

## Over het classificeren in de psychiatrie

door A. C. Lit

### Inleiding

Sedert 1 januari 1978 vindt het coderen van de diagnose op de blauwe kaarten van de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg niet meer centraal maar in de afzonderlijke instituten plaats. Die taak heb ik op mij genomen en verricht ik, hoewel met snelgroeiend onbehagen, nog steeds. Op vele vragen, gesteld ten behoeve van de statistieken kan een helder en eenvoudig antwoord worden gegeven, maar zodra een diagnose moet worden gesteld en nog meer als deze moet worden ondergebracht in de toch wel ruime verzameling van de International Classification of Diseases beginnen mijn onzekerheden en aarzelingen. Niet zelden vraagt het invullen van de blauwe kaart een diagnose en een codering waarin de gegevens, onmisbaar voor het doorzien van de situatie van de patiënt en voor zijn behandeling, geen enkele plaats kunnen vinden. De volgende ziektegeschiedenis laat dit zien.

Mijnheer W., 55 jaar oud, is depressief geworden. Bij het ontstaan en voortbestaan van deze toestand hebben veel factoren een rol gespeeld:

- zijn psychasthene aard;
- een veelzijdige involutieproblematiek: toenemende insufficiëntiegevoelens in zijn werk, de voortdurende dreiging van overbodig worden, daling van zijn vitaliteit;
- nu alle kinderen het huis hebben verlaten blijkt zijn huwelijk onvoldoende te berusten op een persoonlijke relatie met zijn vrouw;
- voor een matig ernstige hypertensie wordt hij behandeld met reserpine dat bij daartoe gepredisponeerden een depressie kan provoceren;
- zijn depressiviteit heeft duidelijke vitale aspecten.

Het blijkt onmogelijk om met de International Classification of Diseases van de Wereldgezondheidsorganisatie al deze ontstaansvoorwaarden in diagnoses te rubriceren en vervolgens te coderen. Een ernstig feit als men beseft dat de Patiëntenregistratie onder

meer is opgezet om een inzicht te krijgen in de ontstaansvoorwaarden van psychiatrisch dysfunctioneren. Dan rijst de eenvoudige vraag waartoe het classificeren en het stellen van diagnoses dient.

### Het CHAM-systeem

Deze vraag wil ik behandelen met een bespreking van het CHAM-systeem van Silbermann (1971). Dit is een recent ontworpen en zeer systematisch opgezette methode van classificeren van psychiatrische toestandsbeelden die haar voortdurende actualiteit ontleent aan het feit dat P. C. Kuiper (1980) er een belangrijk hoofdstuk aan wijdt in zijn veel gebruikte leerboek. De naam van het systeem, CHAM, is samengesteld uit de *C* van consistent, de *H* van hiërarchisch, de *A* van arbitrair en de *M* van monothetisch.

Consistent spreekt voor zichzelf. Hiërarchisch betekent een trapsgewijze ordening naar de ernst van de symptomen van syndromen. Arbitrair slaat op de doelgerichte keuze van een beperkt aantal zo objectief mogelijk vast te stellen symptomen en met monothetisch wordt aangeduid dat de diverse toestandsbeelden van elkaar worden onderscheiden door de aan- of afwezigheid van één enkel essentieel symptoom.

Na kritiek op de gebruikelijke diagnosesystemen bouwde Silbermann op zorgvuldige definities zijn eigen systeem op met als doel (o.c. pag. 13):

- a. 'a classification of psychiatric states on the basis of well-defined criteria';
- b. 'an adequate procedure for identification of psychiatric patients according to this system'.

Dit systeem, zo hoopte Silbermann, zou bruikbaar zijn als uitgangspunt voor de behandeling, het stellen van prognosen en vervolgens als een stelsel van algemeen aanvaarde begrippen hetwelk de onderlinge communicatie tussen de werkers in de psychiatrie zou kunnen verbeteren. Hij toetste zijn systeem op de bruikbaarheid – reliability en validity – in een wetenschappelijk opgezet en uitgevoerd opinie-onderzoek onder de vaste stafleden van paviljoen III van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam, waar Silbermann voor zijn dood werkte. Afgezien van zijn kritische opmerkingen over het tekortschieten van de woorden en de begrippen die hij moet gebruiken, zijn er enkele passages in zijn boek die de waarde van het CHAM-systeem al in de wortel aantasten.

Op pag. 64 constateerde hij, na de vaststelling dat zijn systeem beter was dan andere systemen, dat zijn definities van toestandsbeelden zeer goed correleerde met die in de gebruikelijke handboeken. Ik vraag mij af waarom hij dan een nieuw en niet eenvoudig te hanteren systeem ontwierp. Ten tweede bleek de inter-individuele overeenkomst bij het classificeren per patiënt door middel van het CHAM-systeem niet toe te nemen. Silbermann weet dit (o.c. pag. 57) aan het feit dat zelfs ervaren klinici uit de staf van één kliniek voortdurend van mening verschillen over het determineren van één enkel symptoom. Dan volgt op pag. 59 een voor

zichzelf sprekende passage:

'Once the key symptoms are established, the identification procedure is exceedingly simple and quick. Although this is only a first attack on the complicated problem of psychiatric diagnostics in general, the CHAM-system can be said to have great advantages over many, if not all, other classification systems at present used in psychiatry. In the meantime it will remain necessary to search for objective methods of determining psychiatric symptoms'.

Vooral uit de laatste zin blijkt de zwakte van zijn systeem. Het is namelijk evenals de andere door hem afgewezen classificatiesystemen opgebouwd op de gebruikelijke symptomen. Deze worden door Silbermann gedefinieerd op pag. 12: 'behaviour, attitude, expression, or manifestation which deviates from the norm'.

De symptomen die hij benut zijn achtereenvolgens de vier graden van bewustzijnsverlaging, hallucinatie, pseudo-hallucinatie, illusies, derealisatie, wanen, waanachtige denkbeelden, mutisme, stupor, achterdocht, hypochondrie, depressie, minderwaardigheidsgevoelens, Verhältnisblödsinn, motorische en verbale geremdheid, geheugendefecten, confabulaties, desoriëntatie, incoherentie, verwardheid, angst, bizar gedrag, affectlabiliteit en prikkelbaarheid.

1. Het denken over symptomen, syndromen en ziektebeelden heeft in de loop der tijden nogal wat veranderingen ondergaan. Een zeer indrukwekkend en bijna compleet historisch overzicht van diagnosesystemen heeft Menninger (1977) samengesteld. Maar het is al voldoende om de namen te noemen van Janet, Birnbaum, Bleuler en Sullivan. In bijna dezelfde volgorde verwijderden deze onderzoekers zich van de traditionele en op symptomen gebouwde indelingen. Desondanks gaan nog steeds de meeste psychiatrische classificaties uit van de gebruikelijke symptomen.

2. Op de wetenschappelijke waarde van het symptoom als uitgangspunt valt heel wat af te dingen. Silbermann bouwde zijn classificatiesysteem 'on the basis of words, terms and diagnoses', die 'through the centuries' in de psychiatrie werden en worden gebruikt, 'passed to us by our teachers' (o.c. pag. 22). Maar is het mogelijk om met traditionele begrippen een nieuwe classificatie te maken? Zelfs ervaren klinici, werkend in één kliniek, veelal opgeleid in dezelfde school – die eigenlijk een wetenschappelijke groep in de zin van Kuhn (1972, pag. 215) zouden moeten vormen – zijn het vaak niet eens over de aanwezigheid, de ernst of het belang van bepaalde symptomen. Silbermann achtte een symptoom aanwezig als een ervaren clinicus dat vaststelde (o.c. pag. 26). Ook Lorr (1966) kiest dit uitgangspunt. Maar van Rooymans (1969) kunnen wij leren hoe bij het determineren van symptomen oordeel en vooroordeel van ervaren psychiaters onontwaarbaar dooreenlopen. Silbermann had wel oog voor de primitiviteit van zijn uitgangspunten maar verontschuldigde zich met de opmerking dat de sociale wetenschappen ook nog niet verder zijn (o.c. pag. 25).

3. Uitgezet tegen de tijd zijn de meeste psychiatrische symptomen wisselend van sterkte. Silbermann hield het quantificeren van de ernst van symptomen echter consequent buiten zijn systeem. Lorr (1966) handelde evenzo op dezelfde gronden: de subjectiviteit werd te groot.

Zodoende negeren zij het feit, dat de ernst van een symptoom van grote betekenis is. Symptomen zijn niet slechts aan- of afwezig maar ontstaan, nemen toe in sterkte en kunnen, al dan niet onder invloed van een behandeling, verdwijnen. Op deze eigenschap berusten de rating scales waarmee men de ernst van een toestandsbeeld zo objectief mogelijk tracht vast te stellen. Niet alleen de ernst, ook de aard van de symptomen en de ervan afgeleide syndromen zegt veel over de ernst van de toestand waarin de patiënt verkeert.

Silbermann (o.c. pag. 26) rangschikte de symptomen en syndromen in een hiërarchie (de H van CHAM!) van 'ziek' naar 'minder ziek'. De reeks begint met bewustzijnsverlies en delier – levensgevaarlijke situaties – en eindigt bij de affectlabiliteit en prikkelbaarheid waarmee neurotici jarenlang kunnen leven.

Gezien de, hierna te bespreken, geringe specificiteit lijkt het erop alsof niet slechts de ernst maar ook de aard van symptomen meer zegt over de ernst dan over de aard van een toestandsbeeld.

4. Hoe is het gesteld met de specificiteit van symptomen? Dat wil zeggen: in hoeverre wijst een symptoom in de zin van Lorr en Silbermann altijd en uitsluitend naar één syndroom, toestandsbeeld of ziekte?

Ter verduidelijking een onmiskenbaar symptoom uit de algemene geneeskunde, het overmatig transpireren. Het komt voor bij het dalen van hoge koorts, bij een hypoglycaemie, bij angst en tijdens een bezoek aan een sauna. Transpireren is derhalve niet specifiek en soms gezond. Hetzelfde geldt voor de eerder genoemde 28 door Silbermann uitgekozen psychiatrische symptomen. Het meest specifiek zijn nog bewustzijnsstoornissen, onmiskenbaar wijzend op een gestoorde functie van de hersenen. Maar voor het vaststellen van een diagnose zijn meer en andere aanwijzingen noodzakelijk. Er zijn hallucinaties en pseudo-hallucinaties, die de gedachten van een geofende onderzoeker in de richting van een vergiftiging met hallucinogene stoffen voeren maar zonder andere aanwijzingen is een diagnose niet te stellen. Tijdens een bespreking van een vitaal-depressieve patiënt in de staf van één instituut kunnen grote verschillen van mening ontstaan over de diagnose. Het welslagen van een antidepressieve behandeling kan de gezochte bevestiging geven maar een cynische collega zal spreken over een spontane remissie en het bewijs dat deze patiënt op grond van een symptoom op het ogenblik van onderzoek aan een vitale depressie leed is niet geleverd. Een uitweg uit deze impasse zou zijn als bepaalde toestandsbeelden steeds gekenmerkt zouden zijn door een bepaald aantal symptomen. Dan zou een compilatie van specifieke symptomen, ondanks alle onzekerheid en vaagheden die hiervoor en

hierna worden besproken, wèl een betrouwbare en voor misverstanden ontoegankelijke uitkomst geven. Het op deze veronderstelling berustende CHAM-systeem stelde in dit opzicht teleur (o.c., pag. 65):

'The hope that inter-individual agreement per patient would be enhanced by use of the CHAM-system, was not fulfilled; this has to do with the fact that the "inconsistency of diagnosticians" apparently persists even when they deal only with symptoms which were "unmistakably present" '.

### Symptomen nader bezien

Er is ook meer fundamentele kritiek mogelijk op het gebruik van psychiatrische symptomen als bouwstenen voor een classificatiesysteem. Daartoe presenteer ik de definities van Silbermann en Lorr direct na elkaar:

Silbermann: 'behaviour, attitude, expression or manifestation which deviates from the norm'; (o.c. pag. 12)

Lorr: 'Any deviant behavior, posture, attitude or ideational process accepted by experienced clinicians as indicant of a behavior disorder or disturbance' (o.c. pag. 9).

Een analyse van hun exact lijkende definities levert vier begrippen op die *niet* exact zijn en die *niet* definiëren. Dat zijn de begrippen:

- gedrag (1)
- norm (2)
- waarnemen en (3)
- ervaren psychiater (4)

1. De meeste symptomen in de psychiatrie zijn, wellicht met uitzondering van een aantal bewustzijnsstoornissen, geen directe en ondubbelzinnige aanwijzingen voor steeds dezelfde syndromen, toestanden, toestandsbeelden, laat staan 'ziekten'. Het zijn, als ik de tamelijk complete lijst van symptomen zie, die Silbermann uitkoos als basis voor zijn CHAM-systeem, bijna steeds verbale en/of non-verbale gedragingen of uitingen van innerlijke toestanden of processen. Nu wij deze niet meer opvatten als manifestaties van een autonome geest maar als communicatieve verschijnselen, informatie-wisseling, interactie of als output, moeten wij aan de situatie of context grote aandacht schenken. Wij zien dan dat mensen in geestelijke nood in een ongewone onderzoekssituatie gedragingen – in de breedste zin van het woord – vertonen die als symptomen worden gewaardeerd en geïsoleerd. Aan de in dit opzicht ongeoefende patiënt worden vragen gesteld die hem nopen zijn verwarde innerlijk voor de geoefende onderzoeker onder woorden te brengen. Is zijn introspectie voldoende, ook op dit ogenblik? Laat hij zich beïnvloeden door de voor hem ongewone en asymmetrische situatie met een dominante gesprekspartner? Het stellen van de vragen is hen beantwoorden. Onderzoeken en ondervragen volgens een door de onderzoeker vastgesteld patroon is niet alleen

registreren, het is bovendien provoceren van gedrag. Van oudsher weet de psychiatrie daarover mee te praten. Gedragingen zijn derhalve geen vaststaande zakelijke gegevens maar situatiegebonden interacties.

2. In de definities van Silbermann en Lorr wordt achteloos het begrip 'norm' ingevoerd. Dit wordt niet nader omschreven of gedefinieerd. Ik zal het ook niet proberen. Niet uit achteloosheid maar omdat het eenvoudig onmogelijk is. Zolang de grens tussen normaal en abnormaal, tussen gezond en ziek zo vaag blijft als de begrippen ziek en gezond op zichzelf, zolang zal in vele gevallen voor een enkel symptoom niet exact zijn vast te stellen, wanneer het nog een normaal gedrag is dan wel de grens van het abnormale overschrijdt. De door Rooymans en Silbermann aangegeven verschillen van mening tussen deskundigen uit één wetenschappelijke groep zijn in dit opzicht zo veelzeggend dat ik niet behoef in te gaan op meer fundamentele beschouwingen over het begrip norm in methodologie, psychologie en wijsbegeerte.

3. Over waarnemen is tegenwoordig meer bekend dan stilzwijgend verondersteld wordt in de definities van Silbermann en Lorr. Het idee dat juist waarnemen een eenvoudig registreren is van de werkelijkheid voldoet voor het naïeve gebruik van alle dag maar niet in wetenschappelijke publikaties. Silbermann achtte een symptoom aanwezig zodra de psychiater het observeerde; dit zegt evenveel over het symptoom als over het waarnemen van de psychiater. Moderne theorieën zien waarnemen als een representatie van de werkelijkheid waarbij het regenereren van complexen uit het actieve informatie-netwerk – dat tijdens onze ontwikkeling tot volwassene en tot wetenschapper in ons centrale zenuwstelsel *is* en *wordt* opgebouwd – een essentiële rol speelt. Naar deze opvatting, steeds sterker gesteund door de ontwikkelingen in de moderne cognitieve psychologie, kunnen psychiatrische symptomen niet meer opgevat worden als objectieve en voor iedereen waarneembare verschijnselen. Integendeel. Psychiatrische symptomen zijn begrippen waarmee psychiaters informatie uit hun werkveld selecteren, ordenen en in kaart brengen. Dit verklaart waarom het gebruik en de interpretatie van psychiatrische verschijnselen of symptomen door de onderscheiden psychiatrische scholen grote verschillen vertoont. Het verklaart echter niet waarom ervaren psychiaters uit één en dezelfde school, staf of kliniek zo verschillend over symptomen oordelen.

4. Zo komen wij bij het vierde element uit de definitie van symptomen: de ervaren psychiater. Ook voor hem geldt het hiervoor over waarnemen geschrevene. Maar wat is en hoe wordt men een ervaren psychiater? Allereerst door met succes een medische studie te voltooien. Daarna volgt een jarenlange praktische en theoretische scholing waarbij men vertrouwd raakt met een groot aantal begrippen en methoden uit de geschiedenis en de actualiteit van het brede

werkveld van de psychiatrie. Zo gaat de psychiater behoren tot een discipline. Maar is dit voldoende om te beantwoorden aan de kenmerken die Kuhn (1972) toekent aan een wetenschappelijke gemeenschap of groep? De leden hiervan delen namelijk een aantal groepsovertuigingen. Dit laatste heeft Kuhn oorspronkelijk samengevat in één begrip, door hem paradigma te noemen. In een uit 1969 daterend naschrift op zijn bekende werk: 'De structuur van wetenschappelijke revoluties' erkent Kuhn de kritiek die de veelduidigheid van het begrip 'paradigma' aan de kaak stelde en preciseert hij nauwkeuriger wat hij bedoelt. Hij spreekt daarom in het vervolg over 'disciplinaire matrix', waaronder hij verstaat het geordende wetenschappelijk bezit van een groep specialisten. Hij onderscheidt hieraan vier elementen en met een korte bespreking ervan hoop ik mijn gedachtengang te kunnen verduidelijken.

(a) Het eerste element van de disciplinaire matrix is een door één discipline algemeen aanvaarde en niet tot misverstanden aanleiding gevende wetenschappelijke taal. In de wiskunde en logica zijn dat vaak symbolen, in de sociale wetenschappen uiteraard en in ieder geval nog steeds woorden en begrippen.

(b) Een tweede bestanddeel van de disciplinaire matrix wordt gevormd door gemeenschappelijke overtuigingen over de grondbeginselen van het desbetreffende wetenschappelijke terrein. Daarbij denk ik aan de rol die de relativiteitstheorie in de fysica en de evolutietheorie in de biologie spelen.

(c) Een derde element bestaat uit het geheel van de in één wetenschap gehanteerde waarden. Daarmee bedoelt Kuhn onder meer exactheid, vanzelfsprekendheid, consistentie, verenigbaarheid met andere gangbare theorieën en het maatschappelijk nut van een discipline.

(d) Het vierde element van de disciplinaire matrix is wat Kuhn aanvankelijk een paradigma noemde. Omdat het een moeilijk te omschrijven begrip bleek, is hij op het gebruik ervan teruggekomen en het woord 'exemplar' gaan gebruiken. In de Nederlandse vertaling van zijn werk wordt hiervoor gekozen 'toonaangevend voorbeeld' maar als ik Kuhn goed begrijp zou 'exemplars' vertaald moeten worden met modellen, zowel denk- als werkmodellen. Elders spreekt Kuhn over een 'langdurige beproefde en door de groep erkende wijze van zien' (Kuhn, pag. 215).

Wat ik uiteindelijk met deze korte bespreking van enkele gedachten van Kuhn wil stellen is de overtuiging dat:

1. het uitbouwen van een wetenschap alleen door een groep beoefenaars kan geschieden;
2. deze groep naast een gemeenschappelijke wetenschappelijke taal bij het ordenen van de werkelijkheid dient uit te gaan van een minimum aan gemeenschappelijke grondbeginselen, waarden en wijzen van denken en werken.

Als wij nu terugkeren naar de 'ervaren psychiaters' moeten wij constateren dat deze als groep, ondanks een gemeenschappelijk werkveld, in slechts zeer weinig aspecten beantwoorden aan de kenmerken van een wetenschappelijke groep: een discipline met

een gemeenschappelijke disciplinaire matrix. Symbolen of begrippen die zonder problemen of meningsverschillen worden aanvaard en gebruikt zijn er, getuige de psychiatrische literatuur, niet veel. *Hetzelfde geldt voor gemeenschappelijke grondbeginselen en waarden.* En een paradigma in de zin van een complex van denken en werkmodellen is ook niet iets wat de psychiatrie siert. Dit alles geldt niet slechts de psychiatrie als geheel. Het blijkt zelfs, gezien de mededelingen van Silbermann en Rooymans, op te gaan voor de kleine groep van nauw samenwerkende en vaak in dezelfde school opgeleide psychiaters uit de wetenschappelijke staf van één en dezelfde kliniek.

5. Zo blijft er niet veel over van de bruikbaarheid en de betrouwbaarheid van het symptoom als bouwsteen voor respectievelijk syndromen, toestandsbeelden en ziektebeelden. Vaak doet het gebruik van de huidige psychiatrische symptomen denken aan de grote aandacht waarmee artsen tientallen jaren geleden een groot aantal kwaliteiten aan de pulsaties van de arteria radialis onderscheiden of een beslagen tong bestudeerden. Onderwerp van een meningsverschil kon zijn of een pols al dan niet heffend, gevuld, krachtig, gespannen of groot was. Het belang van het onderscheiden van deze kwaliteiten kon destijds nauwelijks worden verdedigd en is nu gering na de introductie van het electrocardiogram, de hartcatheterisatie en de hartfunctieproeven.

6. Na de voorgaande beschouwingen dienen de zo eenvoudige en helder lijkende definities van symptoom van Silbermann en Lorr te worden herschreven en wel als volgt:

Een psychiatrisch symptoom is

- een gedragsaspect of -detail,
- tijdens een asymmetrische ontmoeting arbitrair geïsoleerd uit een gedragstotaal,
- beschreven met woorden en begrippen uit de traditionele psychiatrie,
- waarvan de beoefenaars geen wetenschappelijke groep vormen in de zin van Kuhn.

Het is niet denkbaar dat syndromen en toestandsbeelden, opgebouwd op dergelijke verschijnselen na statistische bewerking door computers een betrouwbare classificatie kunnen vormen. Dit wordt wel vaak verondersteld. Spitzer en Endocott (1969) zijn bezig met een Computerprogramma Psychiatrische Diagnosen. Computers, zo zeggen zij, zijn volkomen betrouwbaar. Bij de verwerking van de basisgegevens komen zij altijd tot dezelfde diagnose. Derhalve kunnen verschillen van mening tussen psychiaters worden voorkomen, zeker als in de toekomst speciaal opgeleide technici de gegevens kunnen gaan verzamelen. De schrijvers beseffen blijkbaar niet dat de input van hun computer niet deugt, te weten gegevens in de vorm van psychiatrische symptomen.

7. De voorgaande beschouwingen voeren tot de conclusie dat de bouwstenen van de gebruikelijke psychiatrische diagnostische systemen en *classificaties naar hun aard onbetrouwbaar en dus onbruikbaar zijn en zeker geen objectieve criteria zijn zoals Kuiper*



(1980, pag. 147) meent. Maar er is in vervolg op het in 1. aangevoerde nog meer te zeggen over het gedragsaspect van psychiatrische symptomen. Gedrag manifesteert zich op de grens van individu en milieu, van mens en gemeenschap. In informatie-terminologie: de output van een systeem. Het registreren en isoleren van deze output tot symptomen stamt uit een tijd waarin men enerzijds het individu alleen maar kon zien als een black box – omdat men in feite niet wist wat er in omging – en anderzijds de omgeving in de breedste zin van het woord nauwelijks in de beschouwingen betrok omdat men geen notie had van de onderlinge relaties en beïnvloeding tussen het individu en zijn milieu. Classificeren in de psychiatrie ging derhalve uit van grensverschijnselen, ongeacht alles wat aan weerszijden van de grens gebeurde. De psychiatrie als geheel is niet in dit stadium blijven steken en zowel in theorie als in praktijk verder gegaan. Met het gevolg dat de huidige diagnostiek is achtergebleven bij de actuele inzichten in etiologie, pathogenese, epidemiologie, therapie en prognostiek.

Ook het CHAM-systeem mist de aansluiting aan deze aspecten hoewel zij bij het ontwerpen ervan als doeleinden gediend hebben. Veelzeggend zijn dan ook de volgende uitspraken van de ontwerper van het systeem (o.c., pag. 60):

'Whether current diagnostic procedure can be maintained, and if so to what extent, is an open question. It seems probable that different classifications will have to be developed for diagnostic, legal, therapeutic and prognostic purposes, depending on their use'. En vervolgens: 'This CHAM-system is the choice of *this* author at *this* time'.

### Andere classificatiesystemen

Het blijft een taak van de psychiatrie om te classificeren – dat is het met talrijke en uiteenlopende doeleinden ordenen van het werkveld – maar dan wel op basis van actuele inzichten in het doen en laten, het wel en wee van mensen. Wat dit laatste betreft zijn wij veel wijzer geworden. Freud begon met het openen van de deksel van de black box, Meyer en Sullivan stonden aan het begin van een explosieve ontwikkeling van de maatschappelijke aspecten van de psychiatrie en de laatste tientallen jaren groeit gestaag onze kennis van wat er biologisch in ons brein gebeurt en fout kan gaan. Uiteraard zijn er schrijvers geweest die hebben gepoogd om de nieuw verworven inzichten te integreren in hun diagnose- en classificatiesystemen. In deel I van zijn Psychiatrie bespreekt Rümke (1954) onder meer het werk van Janet, Jackson en Henri Ey met hun gemeenschappelijke uitgangspunten evolutie en dissolutie, en de structuuranalyse van Birnbaum. Naar mijn mening zijn Rümkes eigen inzichten, waarin wij veel gedachten van bovengenoemde auteurs terugvinden veel genuanceerder. Maar de zwakte van zijn in wezen nog steeds nosologische gedachtengang komt aan het daglicht als blijkt dat het door hem geschetste geheel van betrekkingssystemen, noodzakelijk voor het stellen van een goede diagnose, in

zijn 'schema voor de indeling van psychische afwijkingen' (o.c. pag. 314 en 315) niet is terug te vinden. In dit schema mis ik wat ik in zijn betrekkingssystemen wèl vindt: uitgangspunten voor een systematisch onderzoek naar ziekmakende factoren en voor therapeutisch handelen. Omdat de wijze waarop Rümke deze betrokkenheden rangschikt niet een toevallige is maar een consequent hiërarchieke neem ik de desbetreffende passage uit zijn boek over:

1. Physiologie, anatomie, biochemie, electro-physiologie.
2. Algemene psychopathologie, psychologische constitutie-leer en karakterleer.
3. De drijvende krachten, dieptepsychologie, libido-energetische overwegingen.
4. Ontwikkelingsniveau's: dissolutie (Jackson), regressie (Freud), ontketening van lagere automatismen (Ey), het niveau der gedachte-ontwikkeling, levensfasestoornissen.
5. "Tension psychologique" van Janet.
6. Het subjectieve beleven (phaenomenologie van Jaspers); de verhouding tussen "ik" en "zelf".
7. Daseinsanalytische structuren, "zijns"-structuren (anthropologische psychiatrie).
8. Tussenmenselijke samenhangen.
9. Verbondenheid met de kosmos en met het transcendent-metafysisch-religieuze principe'.

In deze trapsgewijze rangschikking treffen wij een poging aan tot ordening van het aandachtsveld van de psychiatrie die wij bij veel onderzoekers missen.

Een recente en belangwekkende poging om het classificeren in de psychiatrie niet op symptomen te baseren is in 1963 gepubliceerd door Karl Menninger en zijn medewerkers. Na een inleiding in de geschiedenis van de psychiatrische diagnostiek vanaf 460 jaar voor Christus tot heden, geven zij een overzicht van de recente inzichten op diagnostisch en therapeutisch terrein. Daarna ontvouwen zij een algemene en holistische theorie over het menselijk gedrag, gebaseerd op de volgende vier principes (o.c., pag. 77):

- I. The theory of individual-environmental interaction and mutual adaptation effort: this is often referred to as *adjustment theory* or *adaptation theory*.
- II. A theory of organization, also called *system theory*, and *organismic theory*.
- III. A theory of psychological regulation and control, called in psycho-analytic terms *ego theory*.
- IV. A theory of ultimate motivation, frequently called *instinct theory*'.

In een volgend hoofdstuk gaan de schrijvers na wat er met de mens kan gebeuren onder normale en onder abnormale belasting en daarop baseren zij de niet helemaal nieuwe maar wel op oorspronkelijke wijze uitgewerkte theorie dat er maar één geestesziekte is waarin een vijftal in ernst toenemende graden van dysfunctioneren zijn te onderscheiden, die optreden na een toenemend falen van de ego-controle. Deze theorie is niet nieuw omdat ook Jackson, Janet

en Ey geestesziekten een resultaat achtten van een dissolutie of regressie. Het oorspronkelijke is dat Menninger c.s. als eersten aspecten van de algemene systeemtheorie gebruikten bij het classificeren van psychiatrische ziektebeelden. Het is jammer dat zij dat niet consequent hebben gedaan en de voor het inzicht in de mens als complex organisme zo belangrijke notie van open systeem – een georganiseerd geheel van sybsystemen, deelnemend aan een aantal sociale suprasystemen – niet in hun theorie hebben verwerkt. Hiermede zouden zij hun classificatie een veel bredere basis hebben kunnen verlenen. Zij hebben zich echter deze kans laten ontgaan en tot onze verbazing en teleurstelling blijken hun graden van dyscontrole niet anders beschreven te worden dan met de traditionele terminologie van psychiatrische symptomen, syndromen, reactievormen en toestandsbeelden. Hun uitgangspunten zijn niet meer terug te vinden.

Geen van de genoemde onderzoekers vraagt zich echter af wat het nut is van het diagnostiseren, rubriceren en classificeren in de vorm van het tot enkele woorden of zinnen concentreren van een uit het spoor geraakte menselijke levensloop.

### **Multidisciplinaire psychiatrie**

Met de constatering dat de in zwang zijnde diagnose- en classificatiesystemen bij de explosieve ontwikkeling van de psychiatrie is achtergebleven staat zij voor de taak om op andere wijze haar ervaringen te ordenen. Dat blijft noodzakelijk ten behoeve van het grote aantal doeleinden, genoemd door Silbermann: therapie, prognose, wettelijke maatregelen, meta-taal ter weergave van complex gedrag en research. Ik zou er graag aan toevoegen de overdracht van stelselmatige kennis en inzicht, niet alleen tussen de werkers in het veld maar ook aan leken. Iedereen en zeker de patiënt heeft recht op inzicht in een ervaringsgebied waarmee iedere burger in aanraking kan komen. Psychiatrie gaat immers over mensen.

Nu wij veelvoudige pathogenetische factoren erkennen, meer-dimensionale diagnostiek bedrijven en multidisciplinair handelen is het obsoleet geworden om de psychiatrie te ordenen op basis van een wetenschappelijke verwerking van onwetenschappelijke gegevens. De psychiatrie van vandaag speurt met een goede anamnese en een veelzijdig onderzoek naar stoornissen op het niveau van de genen, van de cel, het orgaan en orgaansystemen. Vervolgens naar de ontwikkeling en de complicaties van het innerlijk van de mens en zijn ingewikkelde maatschappelijke verhoudingen. Meer en meer verschijnen daarbij gegevens die harder zijn dan de klassieke symptomen en ziektebeelden. Een actueel voorbeeld hiervan geeft Ciompi (1980) in een samenvatting van zijn met Müller verrichte onderzoek naar de levensloop van een groot aantal als schizofreen gediagnostiseerden. Van de klassieke opvattingen over schizofrenie bleef niet veel over. De prognose bijvoorbeeld correleerde niet met de gestelde diagnose, wel met de volgende andere variabelen:

'Current housing situation – total duration of hospital admission –

type of course – duration of first period of hospital care – current employment situation – premorbid social adaptation – premorbid occupational adaptation – premorbid personality – type of onset – current physical health – severity of initial symptomatology – age at first admission – current age – civil status – occupational training – occupation'.

De klassieke symptomen en syndromen boeten daarentegen al sedert geruime tijd aan belang in en hebben vaak meer waarde voor de beoordeling van de ernst van een desintegratietoestand dan voor de etiologie, de therapie en de prognose.

Wat de psychiatrie echter nog steeds mist is een algemeen aanvaard kader, waarin de vele uiteenlopende aspecten van al deze betrekkingssystemen hun vanzelfsprekende samenhang vinden. Met andere woorden: de psychiatrie behoeft een paradigma, een disciplinaire matrix (Kuhn).

Als zodanig kan naar mijn overtuiging in deze tijd bij deze stand van zaken alleen de algemene systeemtheorie of, meer praktisch gericht, de systeembenadering dienen die met haar mogelijkheden aan bijna alle vereisten van een in de psychiatrie bruikbare disciplinaire matrix voldoet. De algemene systeemtheorie is een methode van ordenen van complexe materie, door Von Bertalanffy (1968) uitgewerkt voor de biologie en bruikbaar gebleken voor vele terreinen van onderzoek, die gekenmerkt worden door een groot onoverzichtelijk aantal gegevens. Von Bertalanffy stelde vast dat alle levende organismen open systemen zijn door hun absolute afhankelijkheid van hun omgeving wat betreft materie, energie en informatie.

Ook de componenten, die tezamen een levend organisme vormen, organen en orgaansystemen, zijn open systemen, subsystemen. Organen zijn samengesteld uit cellen, die op een nog eenvoudiger niveau eveneens om levend te blijven open systemen moeten zijn. Enzovoort. Vervolgens maken levende organismen deel uit en zijn elementen van levensverbanden, die eveneens alle kenmerken hebben van open systemen. Voor planten en dieren leert dat de moderne ecologie, voor de mens de psychologie en de sociale wetenschappen.

Zo ordent Von Bertalanffy de aangetroffen complexiteit van levende organismen tot een hiërarchie van in complexiteit toenemende open systemen. Voor de wetenschappen die zich met de mens bezighouden betekent dat een geheel van kennis, waarin een absolute onderlinge afhankelijkheid wordt gezien tussen de biologische, de psychologische of persoonlijke en de maatschappelijke aspecten van zijn bestaan. Op zich is het geen nieuw uitgangspunt meer. Maar tezamen met het begrippenstelsel en de denk- en werkmethoden van de systeembenadering kan dit de disciplinaire matrix vormen die de psychiatrie zo nodig heeft om tot een normale wetenschap in de zin van Kuhn uit te groeien. Een groeiende stroom van publikaties houdt zich hiermee bezig. Een zeer fraai recent voorbeeld hiervan geeft Guntern (1980) als hij voor de psychotherapie het psycho-analytische door het systeem-paradigma vervangt.

## Een systeembenadering

Het vermogen van de systeembenadering om het onoverzichtelijke terrein van de menselijke betrekkingen – hiertoe behoort uiteraard de psychiatrie – in kaart te brengen komt duidelijk aan het licht in het praktische en goed geschreven boek van Capelle, getiteld: 'Changing human systems' (1979). De schrijver is een psycholoog die in zijn werk met individuen, paren, groepen en organisaties steeds dezelfde problemen en structuren ontmoette. Uitgaande van deze overeenkomsten of isomorfieën ontwierp Capelle een uit vijf achtereenvolgende fasen bestaand onderzoekschema voor het doorlichten van 'human systems', waaronder hij zowel enkelingen als paren, groepen en organisaties verstaat.

1. Allereerst dient te worden vastgesteld op welk niveau in een hulpvragend hiërarchisch geheel van menselijke systemen storingen of problemen bestaan. Is dat *in* het individu of interindividueel zoals in een paar, gezin of familie? Betreft het de groep, de organisatie, de gemeenschap? Zijn er moeilijkheden op meerdere niveaus? Ten behoeve van de psychiatrie zou ik hier aan willen toevoegen de biologische subsystemen.

2. Na deze vaststelling volgt een doorlichting van het betreffende systeem of de betreffende systemen, daarbij lettend op de systeem-eigenschappen: input, verwerking en output van informatie, terugkoppelingsmechanismen, grenzen en tenslotte omgeving van het systeem.

3. Van groot belang is een onderzoek naar het stadium van ontwikkeling waarin het systeem verkeert. Voor een individu is dat bijvoorbeeld de adolescentie of de involutie; in het algemeen de levensstijdperken met hun belangrijke implicatie voor de mogelijkheid van veranderprocessen. Voor een huwelijk is dat anders dan voor een gezin. En voor een groep of een bedrijf is dat weer anders dan voor een gemeenschap. Maar altijd zijn groei, rijpheid, integratie en toekomstmogelijkheden belangrijke factoren die een verdere ontplooiing kunnen bevorderen of in de weg staan.

4. In de vierde onderzoeksfase wordt de invloed nagegaan van een aantal in het systeem werkzame factoren: de nagestreefde doeleinden, de relatiestructuren, de rollen die worden gespeeld, de wijze van communiceren, de machtsverhoudingen, de grenzen en de context van het systeem en tenslotte de bestaande mate van voldoening of onvrede.

5. Met de laatste stap expliciteert Capelle de verhouding hulpvragger-hulpgever op een niet nieuwe maar wel complete en zeer stelselmatige wijze als volgt:

- kennismaking,
- onderzoek contract,
- situatie-analyse,
- peiling van de verandermogelijkheden,
- stellen van veranderdoeleinden,
- alternatieve doeleinden,
- besluitfase,

- behandelplan,
- behandelcontract,
- uitvoering,
- evaluatie van de behandeling, inclusief de bereikte voldoening,
- beëindiging van de relatie.

6. Voor een organisatie-adviseur zijn bovenstaande schema's van zelfsprekende handleidingen bij de diagnostiek en de therapie van hulp- en raadvragende organisaties. Een organisatie is echter ook een menselijk systeem. En een menselijk systeem is een organisatie. Aan de hand van helder gestelde toepassingen van zijn werkwijze op de verschillende niveaus in humane systeemhiërarchieën laat Capelle zien hoe een maximaal aantal relevante gegevens kan worden verzameld, terwijl hun onderlinge verbondenheid als geheel zichtbaar blijft. De systeembenadering is geen wijsbegeerte of levensbeschouwing maar een methode van ordenen, een instrument zoals een moderne microscoop die het door zijn bouw en toerusting mogelijk maakt om één object achtereenvolgens door verschillende optieken te bezien terwijl duidelijk blijft dat het één object betreft. Eigenlijk is het een interdiscipline die van het voortdurend veranderen van optiek een werkprincipe maakt. Betreft het een individu dan komen achtereenvolgens aan de orde: zijn biologische subsystemen, de cognitieve, conatieve en emotionele functies van zijn innerlijk en vervolgens de verwickelingen van zijn levensverbanden. Op de onderscheiden niveaus kan worden geïnventariseerd wat goed is, wat fout is gegaan en wat eventueel ten goede kan worden gekeerd. Uitgangspunten voor de opbouw van een behandelplan en het stellen van een prognose blijven zichtbaar. Etiketteren wordt evenwel onmogelijk maar is dat een verlies?

### Terug naar de patiënt

Het psychiatrisch etiket van de eerder voorgestelde mijnheer W. is heel eenvoudig: involutiemelancholie I.C.D. 196.1. Voor zijn hypertensie kan daar nog aan worden toegevoegd 401.1.

Maar zodoende verdwijnen de aanknopingspunten voor therapie en prognose die in zijn ziektegeschiedenis in overvloed aanwezig zijn. Dit wordt duidelijk als wij deze gegevens ordenen volgens het schema van Capelle.

1. Systeemniveau. Talrijke niveaus van mijnheer W. als 'human system' zijn verstoord.

- Zijn cardiovasculaire systeem is gekenmerkt door een hypertensie.
- De reserpine heeft de biochemie van zijn brein verstoord, blijkt uit afwijkingen van zijn vitale functies en van zijn extrapyramidale systeem.
- Familiaire belasting en opvoeding hebben hem tot een plichtsgetrouwe precieze man gemaakt met een habituele verdringing van zijn emoties.
- Nu hij met zijn extraverte echtgenote alleen in een te groot huis is achtergebleven blijkt hun persoonlijke relatie zwak gefundeerd te zijn.
- Zijn gezin bestaat niet meer zodat de stimulerende en compenserende invloed van de kinderen is weggefallen.
- Bij ingrijpende wijzigingen in zijn werksituatie, een bedrijfsfusie, heeft hij

zich niet snel genoeg kunnen aanpassen.

- De actuele situatie in de R.K. kerk heeft zijn geloofsvertrouwen danig geschokt.

2. Systeemanalyse. Omdat onder 1. al iets inhoudelijks wordt gezegd over de stoornissen op de onderscheiden niveaus ga ik nu, om overzichtelijk te blijven, alleen en oppervlakkig in op enkele aspecten van het innerlijk van mijnheer W., vroeger bij uitstek het terrein van de psychiatrie. Wij zien dan dat mijnheer W. onvoldoende en eenzijdige informatie opneemt, die hij met zijn sombere vooringenomenheid bovendien nog vervormt. In zijn verbale en motorische uitingen beperkt hij zich tot een minimum.

Zijn interessesfeer verkleint hij tot een ego-centriciteit, waarin alleen aandacht is voor zijn eigen falen, zijn dreigende ondergang en zijn lichamelijke klachten. Het grensverkeer met zijn omgeving vermindert tot een minimum.

3. Ontwikkelingsstadium. Mijnheer W. verkeert, gezien zijn leeftijd, in de periode van de involutie, meer nog een psychosociaal dan een biologisch gebeuren. Er is derhalve alle aanleiding om positieve ontwikkelingen in zijn huwelijk en zijn werk niet meer te verwachten.

4. Algemene factoren. De doeleinden, die mijnheer W. voorheen nastreefde, spreken hem niet meer aan. Zijn relaties zijn praktisch verbroken. Formeel speelt hij met zijn vrouw nog de rol van een achtenswaardig paar. Door zijn angst om besluiten te nemen zijn de machtsverhoudingen in het huwelijk omgekeerd. Het echtpaar wordt toenemend gemeden en de onvrede is maximaal.

5. De op bovenstaande wijze geordende gegevens bevatten ten eerste talrijke aanknopingspunten voor de therapie. De internist heeft zijn taak, de psychiater tracht de vitale depressie medicamenteus of met slaaponthouding te beïnvloeden. Een assertiviteitstraining kan de heer W. bewust maken van zijn eigen mogelijkheden. Hij dient te leren om met zijn emoties om te gaan. De mogelijkheden van een echtpaarrelatietherapie en de terugkeer naar zijn werk worden gepeild, terwijl hem de mogelijkheid wordt geboden zijn geloofsmoeilijkheden met een pastor te bespreken.

En ten tweede blijven veel factoren, die de prognose bepalen, zichtbaar. Zijn psychasthene aard, de involutie en zijn werksituatie zullen moeilijk te veranderen zijn; zijn bloeddruk en zijn vitale depressie blijken meestal wel te beïnvloeden te zijn.

## Conclusie

In tegenstelling tot de gebruikelijke classificaties blijkt het mogelijk om op basis van de systeembenadering een wetenschappelijk verantwoorde ordening van psychiatrische gegevens tot stand te brengen die niet alleen kan dienen voor het diagnosticeren – doorschouwen – van de toestand van individuele patiënten maar ook uitgangspunten biedt voor de therapie en het stellen van een prognose. Met een onbekommerde heuristiek weet de moderne

multidisciplinair werkende psychiatrie ook zonder systeemdenken dezelfde gegevens te verzamelen voor de praktijk van therapie en prognosestelling. Aan een wetenschappelijk verantwoorde ordening worden echter méér eisen gesteld dan pragmatische. Zij dient ook te omvatten een stelsel van algemeen aanvaarde begrippen, door middel waarvan de verschillende werkers in het veld van de psychiatrie in het bijzonder en van de menswetenschappen in het algemeen elkaar kunnen verstaan.

Gezien een aantal recente publikaties, o.a. van Capelle (1979), Lit (1978), Menninger (1977) en Miller (1978) is juist dit de grote winst van het denken in categorieën van levende systemen. In dit opzicht biedt de systeembenadering principieel andere perspectieven dan de huidige classificaties.

## Literatuur

- Bertalanffy, L. von (1968), *General System Theory*, Braziller, New York.
- Bertalanffy, L. von (1969). In Gray W. (ed.), *General System Theory and Psychiatry*, Little, Brown & Co., Boston.
- Capelle, G. C. (1979), *Changing human systems*, Int. Human Systems Institute, Toronto.
- Ciampi, L. (1980), The Natural History of Schizophrenia in the Long Term, *Brit. J. Psychiat.* 136, 413-420.
- Guntern, G. (1980), Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma, *Familiendynamik* 5, 1-42.
- Kuhn, Th. S. (1972), *De structuur van wetenschappelijke revoluties*, Boom, Meppel.
- Kuiper, P. C. (1980), *Hoofdsom der Psychiatrie*, 8e druk, Bijleveld, Utrecht.
- Lit, A. C. (1978), *Nieuwe Psychiatrie*, Stenfert Kroese, Leiden.
- Lorr, M. (1966), *Explorations in typing psychotics*, Pergamon Press, Oxford.
- Menninger, K. (1977), *The vital balance*, Penguin Books.
- Miller, J. G. (1978), *Living Systems*, McGraw Hill, New York.
- Rooymans, H. G. M. (1969), *Oordeel en vooroordeel in de psychiatrische diagnostiek*, Proefschrift Groningen.
- Rümke, H. C. (1954), *Psychiatrie*, deel I, Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Silbermann, R. M. (1977), *CHAM, a classification of psychiatric states*, Excerpta Medica, Amsterdam.
- Spitzer, R. en J. Endocott (1969), DIAGNO. II: Further Developments in a Computer Program for Psychiatric Diagnosis, *Amer. J. Psychiat.* 125, 7, pag. 12-21.
- Tilburg, W. van en D. Keuning (1976), Systeembenadering en klinische psychiatrie, *Tschr. Psychiat.* 18, 471-482.
- Tilburg, W. van (1979), Systeemdenken en psychiatrie, *Het Medisch Jaar 1979*, Bohn, Amsterdam.