

# Van toestandsbeeld naar klasse: pragmatisch en principieel of problematisch?

A.J.A. KAASENBROOD



Penterman e.a. (2016) publiceerden in het novembernummer van dit tijdschrift een onderzoek naar de validiteit van acute inschattingen van toestandsbeelden door ggz-crisisdienstmedewerkers. In dit commentaar bespreek ik dit onderzoek.

Ik ben nog van de generatie die is opgeleid met het CHAM-systeem: het 'Consistent, Hiërarchisch, Arbitrair en Monothetisch systeem' voor het benoemen van de psychiatrische toestand waarin een patiënt verkeert. Als arts in opleiding tot specialist in het Amsterdamse AMC was het destijds – 1983 – gebruik om bij het grote ochtendrapport patiënten die de laatste 24 uur waren opgenomen van een toestandsbeeld te voorzien. Het waren er achttien. En ook de Amsterdamse crisisdiensten werkten lang met het CHAM-systeem, simpelweg omdat het voor de acute praktijk zo'n handige heuristiek was. Misschien gebruiken ze het nog wel, want het was een geweldig populair systeem... met name in de hoofdstad.

## Principieel en pragmatisch

R.M. Silbermann was een van de kroonprinsen van roemruchte P.C. Kuiper, want zo werkte dat in die tijd. In 1971 promoveerde hij cum laude op het proefschrift '*CHAM, a classification of psychiatric states*'. De gedachte erachter was principieel en pragmatisch.

'Principieel' omdat het CHAM-systeem Silbermanns antwoord was op de problemen die de nomenclatuur van psychiatrische stoornissen in die tijd kenmerkten, waarin oorzaken, pathogenese en fenomenologie als ordenende principes door elkaar liepen. Hij beperkte zich met zijn CHAM-systeem tot wat hij direct kon waarnemen, de fenomenologie dus.

'Pragmatisch' omdat de hiërarchische ordening niet alleen een prettige volgordelijkheid bracht in situaties die chaotisch waren, zoals crisisdiensten. Maar bovendien stelde het de onderzoeker in staat om snel tot actie over te gaan.

De lijst van toestandsbeelden bestaat uit: coma, subcoma, soporeuze toestand, schemertoestand, delirante toestand, stupor, hallucinatoire of paranoïsch-hallucinatoire toestand, paranoïsche toestand, amnesie, amnestisch-confabulatoire toestand, verwardheid, opwinding, depressie, geagiteerde depressie, angst, gedragsanomalie en hyperesthetisch-emotionele toestand. Liep je de lijst van boven naar beneden af en stelde je een toestandsbeeld vast, dan was ieder verder onderzoek overbodig omdat je wist wat je moest doen.

Het aardige van dat CHAM-systeem was dat je niet hoefde te piekeren over psychiatrische klasse. Of het nu ging om een unipolaire depressie, een bipolaire depressie of een stemmingscomponent bij iemand met een persoonlijkheidsstoornis maakte in feite niet uit. 'Depressief' was gewoon niet meer en minder dan 'depressief'. Een momentopname dus, een toestand die kort of lang kon duren. En als die toestand was vastgesteld, hoefde je alleen nog na te gaan welke complicaties er eventueel op korte termijn vielen te verwachten – zoals zelfmoordpogingen in dit geval – om beleid voor de korte termijn te maken.

## Van indruk tot classificatie

Penterman is van mijn generatie en dus vind ik het buitengewoon aannemelijk dat hij kennis heeft genomen van het CHAM-systeem. Ik heb daar overigens ook directere aanwijzingen voor dan onze overeenkomst in leeftijd. Als je het artikel van Penterman e.a. (2016) in het novembernummer leest, kun je je niet aan de indruk onttrekken dat hij met een zweem van weemoed en verlangen terugdenkt aan Silbermanns pragmatisme, aan een soort *quick scan* die je in tijden van hoge druk redelijk snel in de gelegenheid stelt om psychische ellende betrouwbaar te benoemen. Penterman e.a. vergeleken in hun studie - onderdeel van het proefschrift van Penterman (2015) - de diagnostische indruk van het aanmeldgesprek bij de crisisdienst met de uiteindelijke DSM-classificatie nadat mensen in zorg kwamen bij hun instelling.

## Beperkt nuttig?

Dat beeld was niet onverdeeld positief: sommige voorlopige inschattingen waren goed, andere daarentegen matig tot ronduit beperkt. Met name de voorspelling op grond van de aanmelding dat iemand een psychotische stoornis had, bleek goed te zijn, maar dat gold bijvoorbeeld niet voor depressieve stoornissen. 'Beperkt nuttig oordeel', zo zou je kunnen concluderen, maar dan doe je Penterman en collega's tekort vind ik. Want wie regelmatig in crisisdiensten werkt of gewerkt heeft, weet dat als een patiënt depressief binnenkomt daar honderd en één redenen voor te bedenken zijn. En van veel van die redenen geldt dat de depressie binnen korte tijd kan opklaren. Daar komt nog bij dat mensen die een crisisdienst bezoeken met depressieve klachten, dit meestal doen op het dieptepunt van hun ellende. Het kan bij wijze van spreken niet slechter dan op dat moment. Dat het dan een paar dagen later met wat extra aandacht en wegnemen van stressoren weer een stuk beter gaat, dat ligt voor de hand. Dat geldt minder voor psychotische stoornissen.

## Lat te hoog?

Penterman e.a. hebben de lat te hoog gelegd voor zichzelf en dat hadden zij kunnen voorkomen door een quick-scanmethode als het CHAM-systeem te gebruiken bij die eerste inschatting. Hadden de auteurs dat gedaan, dan hadden zij aan de telefoon met de verwijzer uitsluitend toestandsbeelden vastgesteld en niet meteen een klasse of een groep van klassen, zoals zij nu wel gedaan hebben. Want toestandsbeelden zeggen wel iets, maar niet meteen alles over de klasse waartoe ze behoren. Iemand met een depressieve toestand kan immers net zo goed een depressie hebben of een stemmingsschommeling in het kader van een persoonlijkheidsstoornis. Dus als de uiteindelijke klasse na de intake 'persoonlijkheidsstoornis' luidde, dan nog is het mogelijk dat de inschatting depressief toestandsbeeld na het aanmeldgesprek voor de crisisdienst juist was. Maar als je na het aanmeldgesprek meteen besluit tot een klasse of een groep klassen, dan snijd je in feite je toegang tot 'The Hall of Fame' af. Gezien onze leeftijd weet ik echter niet of Penterman hier nog op zit te wachten.

## LITERATUUR

- Penterman EJM. Over agressie in de ggz-crisisdienst: Inventarisatie van het probleem en ontwikkeling van een checklist [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2015.
- Penterman EJM, Sabelis FGLM, Rasing SPA, van der Staak CPF, Nijman HLI. De validiteit van acute inschattingen van toestandsbeelden door ggz-crisisdienstmedewerkers. Tijdschr Psychiatr 2016; 58: 777-84.
- Silbermann RM. CHAM, a classification of psychiatric states [proefschrift]. Excerpta medica monographs. Amsterdam: Excerpta Medica; 1971.

## AUTEUR

**AD KAASENBROOD**, psychiater en directeur Kennis- en Innovatiecentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Pro Persona, Wolfheze.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Ad Kaasenbrood, Kennis- en Innovatiecentrum Persoonlijkheidsstoornissen, 6874 BE Wolfheze.  
E-mail: a.kaasenbrood@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-11-2016.

## TITLE IN ENGLISH

From first assessment to classification: pragmatic and according to principle, or problematic?