

# Een verborgen zorgvraag identificeren door classificeren?

J. KNOBEL, A. HONIG



Mangnus (2018) vraagt in zijn bijdrage elders in dit nummer aandacht voor een groep patiënten in het ziekenhuis met een duidelijke zorgbehoefte, maar onduidelijk zorglabel. Zijn intentie is lovenswaardig. De betreffende patiënten zijn zeer divers, voldoen vaak niet aan voldoende criteria om een specifieke angst- of stemmingsstoornis te kunnen vaststellen, maar hebben wel verlies van kwaliteit van leven.

Zoals de auteur al schrijft, kan een gerichte behandeling van subklinische beelden een verdere ontwikkeling naar een angst- of stemmingsstoornis voorkómen of kan bij een verdere ontwikkeling naar een stoornis sneller worden ingegrepen. Ook de lichamelijke klachtbeleving is gebaat bij een tijdige identificatie en behandeling van een onderliggende psychische factor.

Mangnus schaaft zich achter de onderzoeksgroepen van Porcelli en Rafanelli (2010) en Sirri en Fava (2013), die betogen met een gestructureerd interview naar *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research and somatic disorders* (DCPR) hierin te kunnen voorzien. Het interview bestaat uit 58 items, die leiden tot 12 subklinische beelden. De auteur concludeert dat deze categorieën zich in samenhang met somatische aandoeningen goed lenen voor een netwerkbenadering (Borsboom 2017). Dit instrument kan volgens hem onderliggende psychologische factoren in kaart brengen.

Een gestructureerd interview als dit heeft het voordeel dat het een betrouwbare en reproduceerbare manier is om binnen een bepaald concept gegevens te verzamelen. De uitslag van een dergelijk gestructureerd interview zal waarschijnlijk eenzelfde interpretatie opleveren bij beoordeling door een ander.

## Beperkingen

Gebruik van een gestructureerde vragenlijst heeft ook beperkingen. Met name het deterministische karakter ervan heeft als gevaar dat het verhaal en de context van de patiënt makkelijk ondergesneeuwd kunnen raken en dat de patiënt zich niet gehoord en begrepen voelt. Als dat gebeurt, zal het ook moeilijk zijn tot een werk- en vertrouwensrelatie te komen, een voorwaarde voor succes onafhankelijk van het geïdentificeerde probleem.

Een ander punt van kritiek is gericht op het totaal van 12 door het interview te identificeren subklinische beelden. In de klinische praktijk en uit onderzoek naar transdiagnostische factoren blijkt dat naast deze 12 ook nog andere subklinische beelden bestaan. Doordat deze ontbreken in het interview bestaat het gevaar dat juist deze overige beelden uit het oog verloren worden. Immers, 'niet op de kaart' betekent veelal 'behoort niet tot de mogelijkheden' en kan daarmee door de beoordelaar uit het oog worden verloren.

Een voorbeeld van andere niet beschreven factoren is de casus die Mangnus beschrijft: de patiënt scoort hoog op ziekteangst, alexithymie en beperkte symptoomaanval en volgt met succes een kortdurende behandeling met cognitieve gedragstherapie en ademhalingsoefeningen. Differentiaaldiagnostisch zou echter ook sprake kunnen zijn van een non fearful paniekstoornis. Tot deze diagnose kan men komen door specifieke zaken uit te vragen (Bosnak e.a. 2018).

## Verskillende perspectieven

Goede psychodiagnostiek is meer dan het beschrijven van klachten en het classificeren daarvan. Daarnaast dient er oog te zijn voor de niet-gestelde zorgvraag (zoals blijkt uit incongruent gedrag of contextuele aspecten), terwijl er wel een andere zorgbehoefte is. Het is dan aan de professional om de verborgen zorgvraag te kunnen identificeren. Derhalve onderschrijven wij het belang om ook deze categorie patiënten tijdig te kunnen identificeren en hun een passend zorgaanbod te kunnen doen. Adequate diagnostiek combineert inzichten vanuit verschillende perspectieven (gesprek, gedragsobservaties, heteroanamnese, eventueel vragenlijsten, gestructureerd interview en projectief materiaal). We beogen immers, ook in de consultatieve ziekenhuispsychiatrie, naast de psychische klachten ook de persoon van de patiënt, de voorgeschiedenis en relevante biopsychosociale factoren in kaart te brengen. De wijze waarop Mangnus dit instrument beknopt illustreert met een casus, wekt de indruk dat de uitslag van het instrument direct vertaald kan worden in een behandelplan. Dit is wat ons betreft te kort door de bocht en doet

geen recht aan hoe idealiter binnen de psychiatrische consultatieve dienst in het ziekenhuis gewerkt wordt. Wel kan het beschreven gestructureerde interview een meerwaarde hebben als aanvullend instrument.

## LITERATUUR

- Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017; 16: 5-13.
- Bosnak E, Frijling J, Figeo M. Angststoornissen, 2.5 Non fearful panic disorder. In: Honig A, Lijmer J, Verwey B, van Waarde J (red.). *Handboek psychiatrie in het ziekenhuis*. Utrecht: de Tijdstroom; 2018.
- Mangnus PJM. Consultatieve psychiatrie: een instrument voor het classificeren van psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: ###-##.
- Porcelli P, Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12: 246-54.
- Sirri L, Fava GA. Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25: 19-30.

## AUTEURS

**JURGEN KNOBEL**, klinisch psycholoog, OLVG, Amsterdam.

**ADRIAAN HONIG**, psychiater, OLVG, en emeritus hoogleraar Ziekenhuispsychiatrie, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, afd. Psychiatrie, Amsterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. A. Honig, OLVG, locatie West, vakgroep Psychiatrie, J. Tooropstraat 164, 1061 AE Amsterdam.

E-mail: a.honig@olvg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-6-2018.

## TITLE IN ENGLISH

Identifying a hidden healthcare question by classifying?