

# Psychiatrie als specialisme van onzekerheid

H.L. Van

In 1973 meldden zich acht personen bij een aantal psychiatrische instellingen in de VS omdat zij last hadden van stemmen die hen uitscholden. Het waren in werkelijkheid pseudopatiënten die de instructie hadden zich na intake zo normaal mogelijk te gedragen. Zij werden desondanks 7 tot 52 dagen opgenomen gehouden, kregen medicatie en veelal de diagnose schizofrenie. Opvallend was dat medepatiënten geregeld doorhadden dat er iets niet klopte, maar geen van de psychiaters. Het verslag van dit experiment verscheen onder de titel 'On being sane in insane places' in *Science* (Rosenhan 1973) en veroorzaakte alom deining. De antipsychiatrische beweging beschouwde het als de ultieme bevestiging dat psychische aandoeningen een maatschappelijke mythe zijn. Psychiaters vroegen zich geschrokken af of zij er zelf ook zo makkelijk in zouden tuinen.

## De DSM als oplossing

De journaliste Susannah Cahalan maakte, als echte patiënte, mee dat zij abusievelijk onder de diagnose schizofrenie werd behandeld, totdat bleek dat een auto-immuunziekte haar symptomen verklaarde. Zij schreef er een bestseller over (Cahalan 2018).

In een nieuw, als een wetenschapsdetective lezend boek maakt zij een reconstructie van het experiment uit 1973 (Cahalan 2019). Lang niet alles bleek te kloppen, een van de pseudopatiënten was Rosenhan zelf en het is zelfs de vraag of de anderen allemaal hebben bestaan. Desalniettemin blijft het artikel van Rosenhan historisch een keerpunt in het denken over psychiatrische diagnostiek. Het besef brak door dat het cruciaal is criteria te ontwikkelen die alle psychiaters op eenzelfde wijze toepassen. Het bereiken van een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ging daarom centraal staan.

Men had tot dan de DSM-II, een wat obscure diagnostieklapper van 134 pagina's die te koop was bij de APA voor 3 dollar. Onder de bezielende leiding van Robert Spitzer werd de veel uitgebreidere DSM-III ontwikkeld.

Inmiddels zijn we bij DSM-5, een kloek boekwerk van bijna 1000 pagina's. Deze is in vele talen vertaald en vormt met een prijs van 210 dollar per stuk een voorname inkomstenbron voor de Amerikaanse psychiatervereniging.

De DSM heeft eenheid van taal gecreëerd, niet alleen tussen psychiaters, maar ook in gesprekken met patiënten, naasten en externe partijen als industrie en verzekeraars. Het helpt bij het afbakenen van wat normaal en abnormaal of ziekte is. In feite is de psychiatrie wereldwijd niet meer denkbaar zonder de DSM. Tegelijkertijd zijn er redenen kritisch te zijn vanwege een gebrekkige klinische validiteit, discutabele epistemologische uitgangspunten en zijn sociaal-politieke effecten. Desondanks blijft de DSM dominant. Eigenlijk weten we niet meer goed hoe deze afgeschaft zou kunnen worden.

## De betrouwbaarheid van diagnostiek

Leidend principe voor het DSM-systeem is het bereiken van een goede overeenstemming tussen clinici. Voordat de DSM-III verscheen, varieerde de overeenstemming uitgedrukt als kappa tussen slecht (0,24) voor depressies, redelijk (0,57) voor schizofrenie tot goed (0,77) voor organische psychosyndromen (Spitzer & Fleiss 1974). Helaas lijkt het erop dat verbetering niet gelukt is. De gerapporteerde kappa's uit de DSM-5-fieldtrials zijn nagenoeg hetzelfde: depressie 0,28, schizofrenie 0,46 en neurocognitieve stoornissen 0,78 (Regier e.a. 2013). Het probleem van overeenstemming strekt zich echter verder dan de DSM-stoornissen. Berendsen e.a. (2020) gingen na wat in een opnamekliniek de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was van patiëntkenmerken die belangrijk zijn voor behandelpunten. Ook na een korte training bleef er onvoldoende overeenstemming over het inschatten van factoren zoals agressie, middelenmisbruik, steun van familie of ziekte-inzicht.

# De meervoudige differentiaaldiagnostische problematiek, waar altijd een mate van onzekerheid op van toepassing is, blijft bij de psychiater

## Redenen van onvoldoende betrouwbaarheid

In eerste instantie zal men geneigd zijn te denken dat we diagnostische systemen moeten verbeteren. Inderdaad, omschrijvingen kunnen eenduidiger en het helpt om meer gebruik te maken van gestandaardiseerde interviews. Toch is het de vraag of dit de oplossing is. Gebrek aan overeenstemming is inherent aan het grillige beloop van psychiatrische stoornissen en de wisselende manifestaties van psychopathologische symptomen in verschillende contexten waarin de patiënt verkeert. Soms zijn symptomen gemaskeerd, een andere keer verergerd, bijvoorbeeld door een nieuwe werksituatie of omdat net een relatiebreuk dreigt. Daarbij komt informatie vaak gefragmenteerd naar de diagnosticus en kunnen nieuwe gegevens retrospectief tot een andere interpretatie leiden van eerder vastgestelde symptomen. Nog belangrijker is wellicht dat in een psychiatrisch onderzoek de waarnemingen niet onafhankelijk zijn van de persoon van de interviewer. Door kennis en ervaring van de onderzoeker, maar ook door voorkeuren en onbewuste fenomenen ontvouwt zich het gesprek en wordt bepaald wat naar voren komt. Daarbij kan de patiënt meer of minder vertrouwen hebben in de interviewer waardoor variatie ontstaat in wat hij of zij bespreekt of durft te laten zien van symptomen.

De variabiliteit heeft dus vele oorzaken en dat zal perfectie van diagnostische instrumenten niet wegemen. Wellicht is het zelfs zo dat naarmate de zekerheid over het betrouwbaar stellen van een diagnose groter wordt, de kans toeneemt dat de aandoening verschuift naar een ander domein. Zo is het gegaan met neuroleues of dementie. Ook eenduidig vast te stellen diagnoses zoals enkelvoudige fobie, ADHD of aanpassingsstoornissen migreren gemakkelijk naar het werkterrein van anderen. De meervoudige differentiaaldiagnostische problematiek, waar altijd een mate van onzekerheid op van toepassing is, blijft bij de psychiater.

## Implicaties

De gevolgen zijn dagelijks merkbaar. Bij beoordeling van complexe casuïstiek of second opinions ziet men niet zelden dat in de loop der tijd vele verschillende hoofddiagnoses zijn gesteld. Soms was een eerdere blik

te nauw, een andere keer is te veel gevaren op een specifiek interview. Het leidt dan tot verbaasde en van tijd tot tijd verontwaardigde reacties. Een voorbeeld zagen we onlangs toen een ggz-instelling langdurig in zorg zijnde patiënten opnieuw diagnostisch screende. Bij de helft kon de conclusie worden herzien. Dit werd in de media opgepakt als teken van de gebrekkige stand van zaken in de psychiatrie (Visser 2018).

## Onzekerheid is ongemak

Onzekerheid heeft vooral een negatieve betekenis. Taalkundig is deze geassocieerd met angst, frustratie, verwarring, zwakte, ergernis of ongeschiktheid (Mather e.a. 2020). Onzekerheid is voor dokters een bron voor stress en leidt tot een negatieve attitude in patiëntencontacten (O'Riordan e.a. 2011). Artsen ervaren het als krenkend als ze iets niet precies weten. Ze vrezen het vertrouwen te verliezen waardoor de patiënt minder geneigd zal zijn om adviezen op te volgen. Zij hebben daarom strategieën ontwikkeld om onzekerheid verborgen te houden zoals steeds meer diagnostisch onderzoek aanvragen, vermijden, verdringen of dan toch maar iets voorschrijven. Al met al is er dus intolerantie voor onzekerheid.

## Omgaan met onzekerheid

We kunnen er als psychiater niet op rekenen dat onzekerheid vanzelf vermindert bij groei van ervaring. Ook het invliegen van expertise in behandelteams doet onzekerheid niet afnemen (Pomare e.a. 2019). Het is daarom onvermijdelijk de persisterende onzekerheid meer te integreren in onze basale attitude. Dat kan door deze te normaliseren en een discours te ontwikkelen waarin we leren communiceren over onzekerheid.

Een filosofisch perspectief is nuttig om er een positievere betekenis aan te geven. De oude Grieken wisten al dat onzekerheid een deugd is en beschermt tegen excessen en tegen hoogmoed. Wittgenstein stelde dat zekerheid een illusie van de menselijke geest is en tot onproductiviteit leidt (Buetow 2011). Kennis is altijd incompleet en voorlopig, open staan voor onzekerheid noodzakelijk. Het had destijds de reviewers van 'On being sane in insane places' alerter kunnen maken op

## AUTEUR

**Rien Van**, psychiater, opleider psychiatrie, Arkin, directeur behandelzaken, NPI, onderdeel van Arkin, Amsterdam, en hoofdredacteur *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

### Correspondentieadres

Dr. Rien Van, Arkin Opleiding Psychiatrie, Domselaerstraat 128, 1093 MB Amsterdam.  
E-mail: rien.van@arkin.n

## LITERATUUR

- Berendsen S, van der Paardt J, Van HL, van Bruggen M, Nusselder H, Jalink M, e.a. Staging and profiling for schizophrenia spectrum disorders: inter-rater reliability after a short training course. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2020; doi: 10.1016/j.pnpbp.2019.109856.
- Bhise V, Meyer AN, Menon S, Singhal G, Street RL, Giardina TD, e.a. Patient perspectives on how physicians communicate diagnostic uncertainty: An experimental vignette study. *Int J Qual Health Care* 2018; 30: 2-8.
- Buetow S. The virtue of uncertainty in health care. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 873-6.
- Cahalan S. *Brain on fire: my month of madness*. New York: Simon & Schuster; 2018.
- Cahalan S. *The Great Pretender: The undercover mission that changed our understanding of madness*. New York: Grand Central; 2019.
- Mather S, Miljard Ch, Sabore I. Thriving in the face of uncertainty. *Hektoen J Med Humanities* 2020; 4. <https://hekint.org/2020/09/18/thriving-in-the-face-of-uncertainty/>
- O'Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz JM, Dağdeviren N, Elwyn G, e.a. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care* 2011; 9: 175-81.
- Pomare C, Churruca K, Ellis LA, Long JC, Braithwaite J. A revised model of uncertainty in complex healthcare settings: A scoping review. *J Eval Clin Pract* 2019; 25: 176-82.
- Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, e.a. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 59-70.
- Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science* 1973; 179: 250-8.
- Spitzer RL, Fleiss JL. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry* 1974; 123: 341-7.
- Visser M. Bij ggz-patiënten klopt de diagnose vaak niet (meer). *Trouw* 14 augustus 2018.

de incongruenties in het manuscript en de behandelend psychiater kunnen behoeden pseudopatiënten schizofreen te verklaren.

Toch is dat in de dagelijkse praktijk nog niet zo eenvoudig. Zo laat een studie van Bhise e.a. (2018) zien dat een uitspraak als 'ik ben niet zeker van uw diagnose' leidt tot verlies van vertrouwen in de competentie van de arts.

Dat was niet het geval als de arts uitleg gaf in termen van waarschijnlijkheden en kansen. Dit voorbeeld laat zien hoe verwoording mogelijk is. Onzekerheid is ook te verbinden aan het vinden van alternatieve oplossingen of kan hoop op verandering initiëren.

Daarbij is toepassen van kennis in de zorg altijd relationeel bepaald. Dat geldt eveneens voor de betekenis die de patiënt geeft aan onzekerheid. Hij of zij vertrouwt de dokter niet alleen om de expertise, maar ook om de integriteit waarmee hij of zij wordt meegenomen in het bepalen van de grens van die expertise.

Een passende taal daarvoor ontwikkelen is onontbeerlijk, met begrip voor de last en angst die onzekerheid altijd zal oproepen. Positiever reframen als retorisch trucje gaat niet helpen.

Diagnostische onzekerheid is inherent aan de aard van de problematiek waarmee de psychiater werkt. Een discours

ontwikkelen om dit beter te integreren in gesprekken met patiënten, naasten en andere partijen sluit hierop aan. Psychiatrie wordt geregeld gezien als een specialisme dat mede door eigen onzekerheden over diagnoses keer op keer in crisis raakt. Wellicht helpt het ons juist te laten zien als specialisme van die onzekerheid.