

# Van klacht naar diagnose

Een cursus diagnostiek voor assistent-psychiaters

*door J. Pols*

## **Samenvatting**

Diagnostiek is een centrale kenmerkende en plaatsbepalende activiteit voor de meeste psychiaters. De uitgangspunten van het psychiatrisch opleidingscurriculum hebben als consequentie dat het belang van een systematische training in en bestudering van het diagnostisch proces ondergewaardeerd wordt. Een diagnostiekcursus wordt beschreven waarin psychiatrische diagnostiek wordt gezien als een proces van toenemende reductie en abstractie en als een vertaling van de belevingen en het gedrag van de patiënt in de taal van de psychiatrie, en waarin gedeeltelijk van de praktijk en gedeeltelijk van de theorie wordt uitgegaan. Op die wijze worden praktische, theoretische en metatheoretische gezichtspunten tot een samenhangend en consistent geheel gebundeld.

## **Inleiding**

Diagnostiek in de psychiatrie kan worden omschreven als het geheel van opvattings-, interpretatie- en beoordelingsprocessen, alsmede het bijbehorend handelen, dat voert tot een oordeel over de klachten, problemen en relevante omstandigheden van het onderzochte systeem. Zij bedoelt een antwoord te geven op drie vragen: 'wat is er aan de hand?', 'hoe komt het?' en 'wat kan eraan gedaan worden?'

Zo gedefinieerd is diagnostiek een centrale, kenmerkende en ook plaatsbepalende (Gezondheidsraad 1986) activiteit van de meeste psychiaters (Bakker 1977; Bowden e.a. 1980; Langsley e.a. 1988).

In de opleiding tot psychiater worden deskundigheid en ervaring in psychiatrische diagnostiek grotendeels verworven door het werken onder supervisie op de stageplek, met als aanvulling de klinische conferenties. In de opleidingscurricula wordt nergens melding gemaakt van een programma van scholing in diagnostiek in het kader van het cursorisch onderwijs.

In het volgende zal ik argumenteren dat een dergelijke praktische training in diagnostiek niet voldoende is om de benodigde kennis,

vaardigheden en inzichten te verwerven. Na een toelichtende omschrijving van het diagnostisch proces ga ik op deze argumenten nader in, om te besluiten met een korte presentatie van een cursus psychiatrische diagnostiek.

### Het diagnostisch proces

Psychiatrische diagnostiek kan worden beschreven als een proces dat zich afspeelt op een aantal verschillende gebieden of niveaus van kunde, kennis en inzicht.

Allereerst is er het praktische, zo men wil 'technische' niveau van de praktische vaardigheid: welke vragen dienen te worden gesteld, en op welke wijze? Waar moet de diagnost op letten en hoe moet hij onder woorden brengen wat hij ziet?

Als tweede niveau: de kennis van de psychopathologie. Tussen dit en het eerste niveau komt een tweerichtingverkeer tot stand: men vraagt bij voorbeeld aanvullend door om te bezien of een bepaald syndroom kan worden 'geconstrueerd' vanuit de mededelingen van de patiënt; tegelijkertijd geven de mededelingen van de patiënt weer aanleiding tot nieuwe vragen.

Als derde niveau: de kennis van de verklarende en betekenisverlenende theorieën.

Als vierde niveau: de kennistheoretische 'status' van deze theorieën. Enig inzicht hierin is noodzakelijk, bij voorbeeld om het verschil tussen een causaal-analytische verklaring en een zinanalytische betekenisverlening te kunnen begrijpen.

Als vijfde niveau: de vergelijking tussen de verschillende theorieën. De in de psychiatrie gebezigde theorieën en modellen kunnen op onderdelen of in belangrijke mate strijdig of zelfs incommensurabel (Feierabend 1978) zijn. In de diagnostiek dient men daarvoor oplossingen te vinden.

Als zesde kan het filosofisch-mensbeschouwelijke genoemd worden. Het gaat hierbij om de beïnvloeding van allerlei visies door levensbeschouwelijke elementen. Deze klinken bij voorbeeld door bij het gebruik van begrippen als 'vrije keuze', 'autonomie', 'volwassenheid' enzovoort. Daarnaast gaat het meer expliciet om levensbeschouwing en religie van onderzoeker en onderzochte in zoverre als die de resultaten van het onderzoek kunnen 'kleuren' of vervormen.

Als zevende de invloed van de morele en maatschappelijke context waarin de psychiatrie als sociale institutie gevat is, de maatschappelijke functies en doelen van deze institutie en in verband daarmee de verwachtingen die maatschappij, patiënt en psychiater van elkaar hebben. Hier spelen allerlei dilemma's, waarvan ik als voorbeelden noem de strijd om de homoseksualiteit als psychiatrische diagnose (zie ook Pols 1986), de invloed van de emancipatiebeweging op de diagnostiek en

met name op de vraag of bepaald gedrag als 'slecht' of als 'ziek' gecategoriseerd moet worden en, zo ja, in welke mate.

Ten slotte, als achtste niveau, de wet- en regelgeving. Deze is niet alleen belangrijk als uitvloeisel en explicitering van het vorige niveau, maar heeft, op haar beurt, in toenemende mate invloed op datgene wat zich tussen patiënt en onderzoeker afspeelt en is daarmee een contextuele factor van betekenis geworden.

Deze niveaus overziende, is te stellen dat diagnostiek in de psychiatrie een uiterst complex proces is. Dit geconstateerd hebbend, keer ik terug naar de zoëven opgeworpen vraag: welke zijn de argumenten die twijfel doen rijzen aan de mogelijkheden die stageplaats en klinische conferentie bieden om dit proces op consistente en omvattende wijze te leren?

1. Het is zeer de vraag of het dagelijkse werk voldoende gelegenheid biedt de diagnostiek in haar complexiteit recht te doen, daar de gelegenheid voor een *systematische* reflectie op de stageplek goeddeels ontbreekt.

2. De dagelijkse praktijk biedt slechts zelden de gelegenheid om het diagnostisch probleem te bespreken los van allerlei preoccupaties, waarvan de vragen naar de behandeling en de te volgen strategie de belangrijkste zijn. Weliswaar dient diagnostiek een antwoord op juist die vragen te geven, maar nauwelijks is te voorkomen dat een preoccupatie met het handelen al als het ware retrograad het diagnostisch proces kleurt en beïnvloedt. Het kan heel onthullend zijn een patiënt te observeren zonder de last te voelen binnen zo kort mogelijke tijd een oordeel te moeten uitspreken over wat er met deze moet gaan gebeuren: de onbevangenheid neemt toe, allerlei ogenschijnlijk niet zo belangrijke details gaan de aandacht vragen, waardoor de multiaspectiviteit van de diagnostiek beter tot haar recht komt.

3. De diagnost moet vaak snel en met onvoldoende kennis van zaken werken; veel wordt buiten beschouwing gelaten of impliciet meegewogen (zie bij voorbeeld Hogarth 1980; Elstein e.a. 1978; Janssen en Donker 1989). Juist in het leerproces kan het expliciteren van deze vaak impliciet blijvende overwegingen van doorslaggevend belang zijn. Het gevaar bestaat immers dat de 'gezel' hier op het verkeerde been wordt gezet omdat allerlei implicaties van het denkproces van de 'meester' hem of haar ontgaan, en explicitering van de gedachtengang door tijdgebrek achterwege blijft.

4. In de dagelijkse praktijk, en ook in de research, bestaat de neiging de psychiatrische diagnose, hoewel toch een complexe en abstracte conceptualisering van verhaalde en te observeren fenomenen, te reïficeren. Dit kan veel misverstand veroorzaken.

5. Psychiatrische diagnostiek wordt op verschillende plaatsen – ook in ons land – op zeer verschillende wijze bedreven. Over de waarde en onwaarde van het psychiatrisch onderzoek, de psychodynamiek, de

epicrise wordt zeer verschillend geoordeeld. DSM-III luidde ook hierom een nieuw tijdperk in, omdat nu voor het eerst een classificatiesysteem werd aangeboden dat voor zeer velen bruikbaar bleek en door zeer velen ook metterdaad gebruikt wordt. Doch dit neemt niet weg dat ook nu nog tussen de verschillende centra in Nederland grote verschillen bestaan in de gehanteerde diagnostische methoden en procedures. Voorbeelden: het gebruik van de individuele structuurdiagnose (Van Dijk 1964), van het CHAM-systeem, van vragenlijsten als onderzoeksinstrument. Dit betekent dat er grote verschillen bestaan in de wegen waarlangs men tot het stellen van een psychiatrische diagnose komt. Dit brengt onvermijdelijk mee dat aan deze diagnoses dan ook een zeer verschillende betekenis dient te worden toegekend.

6. De classificatorische diagnostiek is zich gaan bedienen van 'losbladige' systemen die iedere paar jaar worden gewijzigd. Men dient een goed inzicht te hebben in de principes waarop diagnostiek gebaseerd is om niet een 'etiketteermoeheid' op te lopen waardoor men na de opleiding nog slechts een enkele editie min of meer geïnvolveerd kan meebeleven om daarna, moedeloos geworden, af te haken en te blijven steken bij een systeem dat nog slechts door een gering aantal generatiegenoten gehanteerd wordt.

7. In de praktijk blijkt dat diagnostiek, hoe eigen ook aan de psychiatrie en hoe wezenlijk ook als systeem van kennis, kunde en verantwoording, door veel psychiaters eenvoudigweg niet (meer) gehanteerd wordt. Dat bleek bij voorbeeld in een vergelijking tussen verschillende ambulante instellingen: van één instelling bleek toen dat bij 43% van de daar in behandeling genomen patiënten geen psychiatrische diagnose gesteld was (Ten Horn en Giel 1983).

### **Een cursus psychiatrische diagnostiek**

In de voorbije tien jaar trachtte ik de diagnostiek bespreekbaar te maken in de vorm van een cursus, waarin zoveel mogelijk werd getracht complementair aan de op de stageplek opgedane ervaringen te werken. Allereerst volgen de uitgangspunten van deze cursus, daarna een kort overzicht over de uitvoering ervan.

#### *De uitgangspunten van een cursus psychiatrische diagnostiek*

1. Psychiatrische diagnostiek wordt gezien en beschreven als een proces van stapsgewijs toenemende abstractie, interpretatie en reductie. Iedere stap in de diagnostiek, iedere trede op de ladder die naar een psychiatrische diagnose voert, kenmerkt zich hierdoor. Anders gezegd: diagnostiek is de stapsgewijze vertaling van het probleem van de patiënt in de vaktaal van de psychiatrie, ofwel: is het verhaal van de psychiater over het verhaal van de patiënt.

2. In de cursus wordt steeds een pendelbeweging gemaakt van de

praktijk naar de theorie en terug. Zo kan bij het bespreken van de anamnese goed gebruik gemaakt worden van rollenspellen. De bespreking van het rollenspel geeft gelegenheid theoretische aspecten te belichten: vanuit welke beschouwing of theorie stelt de diagnosticus op elk moment zijn vragen, door welke 'achtergedachten' wordt hij geleid, wanneer ziet men zijn aandacht verslappen en waarom, en wanneer spitst hij zijn oren? Vragen naar de relevantie van de gebruikte theorieën sluiten zich daarbij als vanzelfsprekend aan. Aldus wordt een pendelbeweging zichtbaar tussen drie soorten van vragen: vragen naar de juistheid, efficiëntie en evocatie van het diagnostisch gesprek zelf, vragen naar de gebezigde theorie en vragen naar de relevantie van de verschillende theoretische achtergronden op elk moment.

Andere startpunten vanuit de praktijk kunnen zijn: videobanden, casusbesprekingen, het opstellen en bespreken van samenvatting en epicrise en het apart aandacht besteden aan de schriftelijke en mondelinge presentatie van patiënten. Als theoretisch startpunt wordt literatuur bestudeerd, bij voorbeeld over de verschillende onderdelen van het diagnostisch proces (zie bij voorbeeld Giel 1982; Vandereycken 1986; Shea 1988; McHugh en Slavney 1983).

3. Het internaliseren van de referentiekaders, die bij de diagnostiek een doorslaggevende rol spelen. Dit 'zich eigen maken' blijkt slechts zeer ten dele mogelijk door erover te lezen: op die wijze kan men zich slechts een 'passief taalbezit' verwerven. Het 'actief taalbezit' daarentegen kan slechts ontstaan indien men de taal van de verschillende theorieën leert spreken. Dat wil zeggen: indien men de betekenis van de begrippen, en hun functie in het netwerk van betekenissen in de betreffende theorie, kan internaliseren (Feierabend 1978). Het blijkt dan ook vruchtbaar voor het bespreken van de theoretische achtergronden de discussie als methode te gebruiken.

*De uitvoering van de cursus* – De cursus kan in een drietal onderdelen worden gesplitst, waarvan men er desgewenst een per basisjaar kan behandelen. In het eerste cursusonderdeel komen de opeenvolgende 'traptreden' van het diagnostisch proces, met het praktisch werken als vertrekpunt, achtereenvolgens ter sprake.

Het tweede onderdeel van de cursus wordt gevormd door een bespreking van de mogelijkheden van aanvullend onderzoek en validering van de diagnose. Ter sprake komen dus allereerst het opnemen van de heteroanamnese, het partner-relatie- en gezinsgesprek, en het huisbezoek. In de tweede plaats de psychiatrische onderzoeksinstrumenten zoals vragenlijsten, gestructureerde interviews en dergelijke en het psychodiagnostisch onderzoek.

Het derde onderdeel heeft als uitgangspunt de theoretische achtergrond van de diagnostiek. De 'twee werelden' van het causaal- en zinanalytische en hun relatie tot elkaar, de verschillende concepten en mo-

dellen, de vraag naar de relaties tussen de morele en feitelijke aspecten van de psychiatrische diagnose, en een indruk van het denkproces van de diagnosticus. Het is belangrijk de grondgedachten en vooronderstellingen die constitutief zijn voor de verschillende theorieën zoveel mogelijk te expliciteren. Voorts dienen de waarde van het gedachtengoed dat in dit complex van theorieën opgeslagen ligt evenzeer als de relativiteit ervan duidelijk naar voren te komen.

Gezien het programma van de cursus dient het aantal cursisten maximaal twaalf te bedragen. Wordt de groep groter, dan blijkt de experimenteerruimte zeer snel kleiner te worden, men gaat zich te geremd voelen bij de rollenspelen, de presentaties en in mindere mate ook bij de discussies. Als omvang van de cursus kan men naar mijn ervaring voldoende aandacht besteden aan de verschillende aspecten als men in totaal ongeveer zestig uur ter beschikking heeft.

### Literatuur

- Bakker, J. B. (1977), Belemmeringen bij de discussie over de opleiding tot psychiater in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 19, 329-338.
- Bowden, C. L., F. J. Humphrey, M. G. G. Thompson (1980), Priorities in psychiatric residency training. *American Journal of Psychiatry* 137, 1243-1246.
- Dijk, W. K. van (1964), *Iets over diagnostiek en diagnostiseren in de psychiatrie*. Oratie. Groningen: Wolters.
- Elstein, A. S., L. S. Shulman, S. A. Sprafka (1978), *Medical problem solving. An analysis of clinical reasoning*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- Feierabend, P. (1978), *Against method*. Londen: Thetford Press Limited.
- Gezondheidsraad (1986), *Advies inzake Geestelijke Gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad.
- Giel, R. (1982), *Waarom een psychiatrische diagnose?* Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu.
- Hogarth, R. M. (1980), *Judgement and choice. The psychology of decision*. Chichester: Wiley and Sons.
- Horn, G. H. M. M., R. Giel (1983), Extramuraal geestelijke gezondheidszorg in een stedelijke gemeente. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 25, 73-96.
- Janssen, M., M. Donker (1989), Psychiatrische besluitvorming rond gedwongen opname. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 44, 619-633.
- Langsley, D. G., J. Yager (1988), The definition of a psychiatrist: eight years later. *American Journal of Psychiatry* 145, 469-475.
- McHugh, P. R., P. R. Slavney (1986), *The perspectives of psychiatry*. Baltimore/Londen: John Hopkins University Press.
- Pols, J. (1986), Homosexualiteit en psychiatrie. *NRC-Handelsblad* 11-8-1986, p. 1.
- Shea, S. C. (1988), *Psychiatric interviewing: the art of understanding*. Philadelphia: Saunders.
- Vandereycken, W. (1986), *Basisbegrippen van de psychopathologie*. Leuven/Amersfoort: Acco.

## **Summary: From complaint to psychiatric diagnosis. The role of diagnostics in psychiatric training**

Diagnostics comprise a central, characteristic and defining professional activity for most psychiatrists. The starting points of the psychiatric curriculum have as a consequence, that the importance of a systematic training in and study of the diagnostic process tends to be underscored. A course of diagnostics is proposed and described, starting from the view that psychiatric diagnostics could be described as a process of increasing reduction and interpretation and as a translation of the experiences and behavior of the patient in the language of psychiatry. A model is presented to carry out this course firstly by presenting the phases of the diagnostic process with daily practice as a starting point, secondly by discussing the possibilities and boundaries of supplementing and validating the original examination and thirdly by discussing diagnostics from a theoretical point of view.

---

Dr. J. Pols is als psychiater en A-opleider verbonden aan het psychiatrisch centrum Licht en Kracht, Postbus 30007, 9400 RA Assen.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 19-12-'89.