

'Waar hebben we het precies over?'

Het belang van conceptuele competentie in de psychiatrie

D.W. Strijbos, R. Dings, S.E. De Haan, A. Ralston

- Achtergrond** Hoewel psychiaters en andere ggz-professionals in hun opleiding en tijdens bij- en nascholing tal van begrippenkaders aangereikt krijgen, is er vooralsnog weinig aandacht voor de vaardigheid competent om te gaan met situaties waarin aangereikte concepten als ontoereikend ervaren worden.
- Doel** Introduceren en expliciteren van het fenomeen conceptuele stress en conceptuele competentie als de vaardigheid je hiertoe constructief te verhouden.
- Methode** Conceptuele analyse en literatuurstudie.
- Resultaten** Conceptuele stress is een belangrijk, maar onderbelicht fenomeen in het werk van de psychiater. Hier adequaat mee omgaan vergt conceptuele competentie.
- Conclusie** Conceptuele competentie is een essentiële professionele vaardigheid en verdient meer aandacht, zowel in de opleiding als in bij- en nascholing.

In de psychiatrie stuiten we regelmatig op de grenzen van ons begrip. Stelt u zich de volgende scenario's voor:

Scenario A: Een aios probeert tijdens het psychiatrisch onderzoek te achterhalen of de klachten van zijn patiënt veroorzaakt worden door een depressieve stoornis of door een gegeneraliseerde angststoornis. Hij raakt in de war wanneer zijn supervisor hem bevraagt op zijn aanname dat DSM-stoornissen afgebakende ziektes zijn die klachten veroorzaken.

Scenario B: Een psychiater ziet tijdens haar werk op de crisisdienst een patiënte met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Het crisisplan vermeldt een autonomiebevorderend beleid, waarin staat dat de regie bij patiënte ligt en niet overgenomen wordt. De psychiater ziet een ontredderde, suïcidale vrouw die een dringend appel doet en aangeeft niet voor zichzelf in te kunnen staan. De psychiater voelt tegenoverdracht die ze kan duiden, maar worstelt ondertussen met de vraag wat het in deze situatie betekent om 'de regie bij de patiënt te laten'.

Scenario C: Een aios doet enthousiast verslag aan haar supervisor van onderwijs dat ze gevolgd heeft over diagnostische cocreatie, waarin de subjectieve ervaring van de patiënt een belangrijke stem heeft in het diagnostisch proces. Dit stuit op verzet bij de psychiater, die dit idee niet kan rijmen met zijn beroepsopvatting. De supervi-

sor beschouwt diagnostiek als de medische verantwoordelijkheid van de psychiater en begrijpt niet hoe je hier met patiënten over zou kunnen 'onderhandelen'. Zowel aiossen en psychiaters als andere ggz-professionals komen regelmatig situaties tegen waarin voorhanden begrippen tekortschieten om de klinische realiteit te vatten. Het adequaat omgaan met dergelijke situaties vraagt om iets wat in recente internationale literatuur *conceptual competence* wordt genoemd.¹⁻⁷ De psychiatrie omvat een veelheid aan theoretische kaders en perspectieven om de complexe realiteit van diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen vorm te geven. In plaats van een pleidooi voor één van deze perspectieven te houden, zien we deze pluraliteit als een gegeven waar elke psychiater zich toe te verhouden heeft. Conceptuele competentie is hierbij onontbeerlijk en verdient meer aandacht in de opleiding en bij- en nascholing.

Conceptuele stress

Definitie van conceptuele competentie

Conceptuele competentie in de gezondheidszorg wordt in internationale literatuur gedefinieerd als een 'transformatief besef van de manieren waarop onderliggende theoretische en filosofische aannames van klinici, patiënten en

de maatschappij zorgverlening, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleidingen vormen en beïnvloeden.¹ In de klinische praktijk gaat het dan bijvoorbeeld om de invloed van impliciete aannames op hulpzoekgedrag, klachtenpresentatie, bejegening, diagnostiek en behandeling.² Deze beschrijving blijft nog algemeen en abstract. In dit essay kiezen we er daarom voor om conceptuele competentie te benaderen vanuit de concrete ervaring van *conceptuele stress*: een gevoel van ongemak of onbehagen dat zich van zorgprofessionals meester maakt wanneer ze geconfronteerd worden met de grenzen van hun begrip en niet weten hoe ze verder moeten denken, terwijl dat wel van hen gevraagd wordt.

Conceptuele complexiteit

Concepten of begrippen kunnen grofweg opgevat worden als de inhoudelijke constellaties of vormen ('*Gestalt*') van het denken. Ze structureren hoe we de realiteit ervaren en waarnemen. In het dagelijks leven nemen we concepten doorgaans voor lief: we zeggen bijvoorbeeld dat we nog genoeg tijd hebben om de trein te halen, dat we niet naar school willen, of dat we verliefd zijn. Nu zijn tijd, de wil en liefde complexe begrippen, maar we gaan er pas dieper over nadenken als ze ons voor dilemma's stellen.

Conceptuele stress kent zijn oorsprong in deze conceptuele complexiteit. Stress ontstaat wanneer je gebruikelijke begrippenkader scheurtjes begint te vertonen, bijvoorbeeld doordat je geconfronteerd wordt met interne inconsistenties, uitgedaagd wordt door nieuwe zienswijzen, theorieën of ervaringen, of als je merkt dat je begrippenkader niet toereikend is om de klinische realiteit adequaat te duiden. Deze ontwrichting zorgt vaak voor twijfel en onzekerheid over hoe je een bepaald vraagstuk moet benaderen of hoe je een bepaald fenomeen moet begrijpen. Dit kan gepaard gaan met gevoelens van onbehagen, zeker wanneer je merkt vast te lopen in je denken en dit je belet te doen wat er van je gevraagd of verwacht wordt.

Wat is conceptuele stress niet?

Dit conceptuele onbehagen verschilt van andere vormen van cognitieve en emotionele stress die zich in de praktijk voordoen onder professionals. Stress kan o.a. voortkomen uit kennishiaten, ontbrekende vaardigheden en steun, emotionele en morele belasting, of interpersoonlijke conflicten.⁸⁻¹⁷ Bekend is bijvoorbeeld morele stress – een fenomeen waar de laatste jaren toenemend aandacht voor is in de zorg.⁸⁻¹² Morele stress verwijst naar het wrange gevoel dat je ervaart wanneer je weet wat het moreel juiste is om te doen, maar dit niet kunt uitvoeren, hierin belet wordt of zelfs opgedragen wordt iets te doen dat daar strijdig mee is. Anders dan bij conceptuele stress ligt het probleem bij morele stress niet primair bij het begrippenkader zelf: dat is dan onomstreden. Wel kan het voorkomen dat een ogenschijnlijk louter moreel of interpersoonlijk conflict bij nadere analyse ook blijkt voort te komen uit conceptuele complexiteit. Dit zien

we nogal eens bij samenwerkingsproblemen: de crisisdienst ziet bijvoorbeeld chronisch appellerend suïcidaal gedrag primair als een kans en noodzaak om autonomie te bevorderen, terwijl andere hulpdiensten inzetten op bescherming en overname van verantwoordelijkheid. Conceptuele stress moeten we ook onderscheiden van het ongemak dat je ervaart als je *specifieke kennis* mist om een probleem te begrijpen of op te lossen. Aïossen ervaren regelmatig dergelijke 'kennisstress', bijvoorbeeld wanneer ze in de dienst gebeld worden met een acute medicatievraag, maar niet weten wat het gebruikelijke beleid is. Dit is vaak relatief eenvoudig op te lossen door de ontbrekende kennis te vergaren. In de psychiatrieopleiding wordt gebruikgemaakt van de PICO-methodiek (*population/patient/problem, intervention, comparison, outcome*) om aïossen te leren hoe ze op gestructureerde wijze specifieke kennishiaten in de praktijk kunnen aanpakken op een evidencebased manier.

Wat is conceptuele stress wel?

Conceptuele stress wordt niet veroorzaakt door een specifiek kennistekort, maar door een gebrek aan *begrip*. In het geval van louter kennisstress weet je in principe welke kennis je mist en welke vraag je moet stellen om tot een antwoord te komen. Bij conceptuele stress, daarentegen, is dat nu juist het probleem: door gebrek aan conceptuele uitrusting *weet je niet hoe je tot een antwoord moet komen*. Soms is de vraag wel helder, maar ontbreekt de methode: je weet niet hoe je de vraag (empirisch) kunt beantwoorden. De vraag in scenario B is wel helder ('Wat betekent autonomie en autonomiebevordering wanneer iemand geen verantwoordelijkheid neemt voor zijn gedrag?'), maar er is geen geëigende zoekstrategie of empirische methode om deze vraag te beantwoorden. Soms is een zienswijze zo vreemd aan je bestaande begrippenkader dat je niet weet welke concrete vraag je eigenlijk zou moeten stellen (bijvoorbeeld de psychiater in scenario C).

Conceptuele stress kan verschillende reacties uitlokken. Je kunt in een denkverlamming raken, waarin je je onthand voelt en merkt dat je geen denkstap meer kunt zetten. Soms hanteren mensen een houding die we 'laks eclecticisme' kunnen noemen: inconsistenties tussen begrippenkaders of denkfouten worden weggemoffeld, bijvoorbeeld met de dooddouner dat 'het inderdaad erg complex is'. Een heel andere reactie is de (rigide) volharding in één specifieke theorie of denkwijze ten koste van ontvankelijkheid voor andere perspectieven en denkkaders. Ook deze reactie leidt uiteindelijk niet tot méér begrip en betere onderlinge afstemming.

Er is niet één onomstreden theoretisch kader waarmee we psychische aandoeningen volledig kunnen begrijpen en verklaren. Bovendien werk je als psychiater voortdurend samen met anderen (patiënten, naasten, andere professionals, overheidsfunctionarissen, etc.) die ieder hun eigen perspectief hebben op de situatie. Als psychiater heb je een rol in het opmerken en adresseren

van begripslacunes en botsende perspectieven. Conceptuele stress los je niet op door één specifieke benadering dogmatisch naar voren te schuiven, maar door pluralisme te omarmen vanuit een gezond kritische, pragmatische insteek. Dit vergt conceptuele competentie.

Conceptuele competentie

Wij stellen voor om conceptuele competentie in de klinische praktijk op te vatten als *het herkennen, verdragen, verkennen en professioneel hanteren van conceptuele stress*.

Herkennen

Conceptuele competentie begint ermee dat je in staat bent om conceptuele stress op te merken en te onderscheiden van ander ongemak in de klinische praktijk, zoals kennishiaten of emotionele en morele belasting. Dit is cruciaal. Zo bestaat het risico om in patiëntencontact de begripsvragen van patiënten te benaderen als kennisvragen – en daarmee een poging tot gezamenlijke betekenisverlening in de kiem te smoren. Soms bestaat de neiging conceptuele stress te psychologiseren als tegenoverdracht. Dit is dubbel schadelijk: je wordt actief ongevoelig gemaakt voor begripsvragen en het risico bestaat dat het ongemak wordt afgewend op iets wat de ander doet.

De psychiater in *scenario B* doet dit niet doordat ze het ervaren ongemak (van het niet goed begrijpen hoe ze eigen regie moet invullen bij deze specifieke patiënt) kan onderscheiden van tegenoverdrachtsgevoelens.

Verdragen

Hiermee verweven is het kunnen verdragen van conceptuele stress, zonder het weg te maken als iets anders, zoals een interpersoonlijk conflict of emotionele belasting. Dit verdragen is een generieke vaardigheid die zich hier manifesteert als het kunnen uithouden en het onderzoeken van het niet-weten, zonder direct te twijfelen aan de toegevoegde waarde van je expertise en de hulp die je kunt bieden. Het behelst een dialectisch proces waarin je je conceptuele fundament onderzoekend bevraagt, vanuit een bescheidenheid en vertrouwen dat dit onderzoekend bevragen jou, je patiënt en/of collega's verder helpt. Dit reikt verder dan de *'not-knowing stance'* uit de school van *mentalization based treatment*: een therapeutische techniek die mentaliseren bij de patiënt bevordert. Bij het verdragen van conceptuele stress gaat het om iets fundamenteelers: het koesteren van de verwondering waardoor je experiëntieel en intellectueel open blijft staan voor wat je niet begrijpt.

De supervisor in *scenario C* slaagt hier niet in en reageert direct met weerstand op de notie van diagnostische cocreatie. Dit sluit de deur naar begrip nog voordat er een verkennende vraag kan worden gesteld.

Verkennen

Een volgende stap is het verkennen van het conceptuele onbehagen. Dit betreft een soort diagnostisch proces waarin je probeert te achterhalen waar je begripsgebrek

vandaan komt. Met wat voor conceptueel probleem heb je precies te maken? Welke aannames staan er op het spel?

Gaat het om ontologische aannames, bijvoorbeeld wat is een psychische stoornis, hoe verhoudt die zich tot het brein, het zelf, of sociale omstandigheden? Gaat het om epistemologische aannames, bijvoorbeeld welke perspectieven op psychische problemen leveren 'echte' kennis op, hoe kunnen ervaringskennis, klinische kennis en wetenschappelijke kennis al dan niet geïntegreerd worden? Of betreft het meer ethische aannames, bijvoorbeeld in hoeverre kunnen mensen met een psychische aandoening verantwoordelijk zijn voor hun handelen, of hoe gaan we om met meningsverschillen tussen professionals en patiënten? Dit verkenningproces krijgt doorgaans gestalte in dialoog met jezelf en anderen, waarin het onbehagen en de verwondering tot uitdrukking worden gebracht in een centrale begripsvraag die je vervolgens nader kunt onderzoeken.

Voortbordurend op *scenario A* komt de aios er in gesprek met zijn supervisor achter dat er een belangrijk ontologisch verschil is tussen ziektemechanismen en DSM-classificaties en dat hij ten prooi is gevallen aan de neiging tot reïficatie.^{18,19}

Professioneel hanteren

Dit begint eigenlijk al bij de omvorming van conceptueel onbehagen in verwondering, het verkennen van de bron van de conceptuele complexiteit en de formulering van een centrale begripsvraag, zoals we hiervoor beschreven. De conceptueel competente professional weet vervolgens hulpbronnen in te zetten om tot een antwoord te komen en dit antwoord te vertalen naar de concrete situatie die aanleiding gaf voor de conceptuele stress. De meest voor de hand liggende hulpbronnen zijn andere betrokkenen: patiënten, collega's, supervisors, etc. Wat zijn hun perspectieven op het conceptuele probleem en bieden deze perspectieven handvatten om nieuwe denkstappen te zetten? Een andere, complementaire, hulpbron betreft (filosofische) literatuur die de begrippen waar je mee worstelt nader uitlegt, onderlinge relaties expliciteert en in verband brengt met de klinische praktijk. Het *professioneel* hanteren is gelegen in het betrachten van algemene professionele standaarden en professionele deugden, zoals zorgvuldigheid, integriteit, epistemische bescheidenheid, etc. Uiteindelijk behoort adequate hantering van conceptuele stress immers bij te dragen aan goede patiëntenzorg. Na het gesprek met zijn supervisor leest de aios uit *scenario A* bijvoorbeeld een aantal artikelen over reïficatie in de psychiatrie en reflecteert hij samen met zijn mentor op de impact van reïficatie op patiënten en wat het vraagt van psychiaters om deze neiging te weerstaan.

Bekwaam raken in conceptuele competentie

Aandacht voor conceptuele competentie in opleiding, intervisie en bij- en nascholing betekent niet dat elke psychiater een filosoof moet worden. We willen ervoor waken dat het aanleren van conceptuele competentie te ingewikkeld wordt voorgesteld, waardoor clinici het beleven als een abstracte aangelegenheid die beter kan worden uitbesteed aan professionele filosofen en ethici. Het oefenen in conceptuele competentie vraagt allereerst om een leer- en werkklimaat waarin er ruimte gemaakt wordt om conceptuele stress als zodanig te leren ervaren en exploreren: een *'culture of conceptual inquiry'*, waarin vanuit een praktische, klinische insteek de verwondering en het niet-wetend onderzoeken wordt gekoesterd.¹ Dit moet niet ontaarden in vaag 'gefilosoferen' dat losgezongen raakt van de praktijk. Op dit moment werken wij aan een handzame methodiek om zorgprofessionals hierin te ondersteunen in de klinische praktijk en tijdens inter- en supervisie. Voor de psychiatrieopleiding pleiten wij ervoor om conceptuele competentie expliciet op te nemen in de leerlijn professionaliteit van het landelijk opleidingsplan als een vaardigheid die specifieke EPA's (*entrustable professional activities*) overstijgt.²⁰ Het eigen maken van de basishouding van onderzoekend niet-weten die nodig is om ontvankelijk te raken voor klinisch relevante begripsvragen, staat vaak nog haaks op de wetende expertrol waar artsen mee gesocialiseerd zijn gedurende de (basis)opleiding. Het is hierbij belangrijk oog te blijven houden voor het spanningsveld tussen enerzijds het koesteren van verwondering en anderzijds (de verwachting) besluitvaardig te moeten handelen vanuit de professionele verantwoordelijkheden van de psychiater. Het mentoraat en het huisonderwijs zijn geëigende plekken om te reflecteren op het omgaan met conceptuele stress in relatie tot de eigen professionele

identiteit, maar integratie in multidisciplinaire overleggen en morele beraden is ook mogelijk. Tot slot zien we mogelijkheden om veelvoorkomende, klinisch relevante conceptuele vraagstukken integraal op te nemen in het landelijk cursorisch onderwijs, bijvoorbeeld door deze vraagstukken te expliciteren in casuïstiek die aan bod komt en te verwijzen naar praktische hulpbronnen, theoretische achtergronden en relevante keuzemodules voor verdere oriëntatie.

Conclusie

Conceptuele stress is onvermijdelijk in de psychiatrie. De klinische realiteit is gelaagd en buitengewoon complex en ons collectieve begrip ervan is (inherent) beperkt. De psychiatrie omvat verschillende theorieën en denkkaders die elk een valide perspectief bieden, maar in de toepassing in de concrete praktijk ook altijd beperkingen hebben. Elke psychiater moet zich hiertoe zien te verhouden om tot goed klinisch handelen te komen.

Het is opmerkelijk dat er tot nu toe geen aandacht is voor dit fenomeen op de werkvloer. Hoe we omgaan met conceptuele stress is mede bepalend voor hoe we ons opstellen in contact met patiënten, hun naasten, directe collega's en andere professionals. Het is één van de onderstromen in de relatie die zelden benoemd wordt, maar wel sturend is in hoe we ons verhouden tot onszelf en anderen in het werk.

In dit artikel hebben wij conceptuele competentie in de klinische praktijk geïntroduceerd als het herkennen, verdragen, verkennen en professioneel hanteren van conceptuele stress. Conceptuele competentie verdient aandacht in intervisie, bij- en nascholing en in de psychiatrieopleiding. De aanstaande evaluatie van het landelijk opleidingsplan vormt een mooie gelegenheid om hier een begin mee te maken.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Derek Strijbos, psychiater, filosoof, opleider psychiatrie, Dimence Groep, Zwolle; bijzonder hoogleraar Filosofie in de ggz, faculteit Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Roy Dings, filosoof, faculteit Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen, Radboud Universiteit, Nijmegen; afd. Psychiatrie, UMC Utrecht, Utrecht; Lemon Tree interdisciplinair centrum voor psychiatrie, psychotherapie en filosofie, Amsterdam UMC, Amsterdam.

Sanneke de Haan, filosoof, Socrates hoogleraar Psychiatrie en Filosofie, Erasmus School of Philosophy, Erasmus Universiteit Rotterdam; universitair docent, Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht.

Alan Ralston, psychiater, filosoof en directeur Kwaliteit en Veiligheid, Parnassia Groep, Castricum.

Correspondentie

Prof. dr. Derek Strijbos (d.strijbos@dimencegroep.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-5-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(07):459-462