

Tijd voor een Nieuw Systeem van Vragende Diagnostiek voor Psychotische Stoornissen (en alle andere psychopathologie)?

Jim van Os, Hoogleraar Psychiatrie, Maastricht UMC

De talloze problemen van de psychiatrische diagnostiek

De huidige problemen van de DSM-diagnostiek zijn zeer talrijk, en samengevat in Tabel 1. Als je de tabel zou moeten samenvatten komt het er misschien nog het meest op neer dat het dossier van de psychiatrische diagnostiek wordt gekenmerkt door een kloof van niet-weten. We weten niet goed waar psychische klachten vandaan komen, en ook niet hoe we ze moeten beïnvloeden. De wetenschap van brein en psyche is complex. Te complex om het gat van het niet-weten te vullen met DSM-diagnosen die afleiden van het vaak langdurige en moeilijke proces van adaptatie aan kwetsbaarheid en de constructie van het eigen verhaal. Wel weten we, zoals aangetoond in zeer veel onderzoek, dat het bij psychische klachten, hoe dramatisch ook, gaat om menselijke variatie. Het lijkt verstandig om ons niet al te ‘wetend’ op te stellen met betrekking tot de diagnostiek. Het is geen schande om niet te weten. Ondanks niet-weten kunnen we toch compassie, empathie en professionaliteit tonen voor menselijke variatie. Tevens is duidelijk dat diagnostiek persoonlijk (idiografisch) dient te zijn, functioneel (in de zin van relevant voor inzicht in verandering in psychische functies zoals aandacht, geheugen en doelmatig handelen) en uiteindelijk nuttig (in de zin van informatief met betrekking van zorgbehoeften). Verder moet professionele diagnostiek ruimte bieden voor het fase-gebonden proces van lange-termijn adaptatie aan de eigen kwetsbaarheid, en niet alleen de focus hebben op *quick-fix-medicine*, in de zin van richtlijn-gerichte farmacologie voor het gros van de psychische problemen.

Tabel 1. Situatie rond DSM diagnose en de effecten op de ggz: De vier vragen van de diagnostiek.

Probleem	Gevolg	Oplossing
Arbitraire “mode” ziekte labels die komen en gaan	Escalatie tot bijna 400 ziektebeelden in DSM-5	VRAAG 1: WAT IS ER MET JE GEBEURD?
Criteria zijn vaag	Overdiagnose en overbehandeling door marktwerking in de zorg	
Categorieën zijn niet functioneel	Geen vertaling van symptomen naar psychische functies zoals aandacht, geheugen, mentale snelheid, problemen oplossen, alertheid, zelfperceptie, ander-perceptie etc.	
Dsm is uitsluitend nomothetisch zonder idiografische component	Valse voorstelling van ‘ziekten’, stereotypering, wetenschappelijke paralyse, verkokering ggz	
Criteria van de verschillende dsm-labels vertonen veel overlap	De meeste patiënten hebben meerdere diagnoses, hetgeen wordt verheven tot de gewichtige, maar nietszeggende, term ‘comorbiditeit’	VRAAG 2: WAT IS JE KWETSBAARHEID EN JE WEERBAARHEID?
Dsm heeft geen stoornissen maar reeksen algoritmische symptoomcombinaties met impliciete (en valse) claim op endogeen ‘ziekte’ concept; in werkelijkheid is elk dsm label een bonte verzameling van arbitraire algoritmische combinaties van symptomen en verschijnselen die ontstaan in reactie op gebeurtenissen	DSM-diagnoses als schizofrenie bestaan uit een bonte verzameling van arbitraire symptoomalgoritmen die resulteren in bijna 100 ‘sub-stoornissen’, die bovendien met elke nieuwe versie van DSM ingrijpend veranderen	
	De klachten van de mensen zijn niet terug te vinden in het label	
	Labels hebben geen duidelijke relatie met zorgbehoeften en behandeling	
	Onderzoekers gaan vergeefs op zoek naar hersenafwijkingen onder het ‘objectieve’	

	DSM-label	VRAAG 3: WAAR WIL JE NAAR TOE?
	Disfunctionele verkokering van de ggz op basis van labels	
	Valse voorstelling homogeniteit leidt tot stereotypering en verwachtingsloosheid	
	Rol van de omgeving bij ontstaan klachten wordt niet voldoende benadrukt	
Dsm gaat uit van medisch model van diagnose	Nodigt uit tot medisch model van passief 'ziek zijn' op basis van een 'hersenziekte' en 'beter gemaakt worden' op basis van monomane richtlijnen in het initieel uitdijende aanbod van ggz mega-instellingen dat nu ten onder dreigt te gaan aan de irrationele afrekencultuur en random maatregelen van de zorgverzekeraar; leidt af van aandacht voor de fasen van het kwalitatieve proces van adaptatie en constructie van het eigen verhaal; en drukt het public health model van gezondheidswinst door breed aanbieden van zelfmanagement op populatieniveau op de achtergrond.	VRAAG 4: WAT HEB JE NODIG
Dsm diagnose sterk verbonden met impliciet hersenreductionistisch model		
Dsm leidt af van aandacht voor de fasen van adaptatie en constructie van het eigen verhaal		
Dsm medicaliseert risico		
Dsm blijkt perfect vehikel voor het random zorgtoewijzing- en random prestatie model van de zorgverzekeraar		

Mensen die iets niet weten, maar wel nieuwsgierig zijn, stellen een vraag. Volgens Immanuel Kant, een filosoof die leefde van 1724 tot 1804, zijn er vier hoofdvragen in het streven naar kennis en wijsheid: Wat kan ik weten? Wat moet ik doen? Wat mag ik hopen? Wie is de mens? Deze vragen richten zich op ons denken, ons doen, onze verwachtingen en ons eigen wezen. Kant stelt dat de vragen vooraf gaan aan het denken, en het denken kunnen ordenen. Als het streven naar kennis in het algemeen het beste kan worden gepositioneerd vanuit een fundamentele vraagstelling, is dat voor het thema van de psychiatrische diagnostiek wellicht iets om ter harte te nemen. De voorgaande delen hebben hopelijk bijgedragen aan de overweging dat het helemaal zo gek niet is om eerst te verzinnen op welke vragen de diagnostiek eigenlijk een antwoord dient te geven. Ook is hopelijk duidelijk geworden dat de praktijk van de diagnostiek omgeven is door zoveel niet-weten dat ordening van het denken dringend gewenst is. Vandaar het voorstel dat de beste bescherming tegen overmatig leunen op de broze kennis van de diagnose-cum-richtlijn combinatie te halen is uit de vragende opstelling. Naast de fundamentele kennisprincipes van Immanuel Kant sluit dat ook goed aan bij de principes van *empowerment*, waarvan velen hebben gesteld dat het binnen de psychiatrie meer opgang zou mogen maken. Empowerment is het proces waardoor mensen meer invloed verwerven over beslissingen en acties die van invloed zijn op hun gezondheid. Bij deze gedachte past dus goed dat de professional niet werkt vanuit een positie van al-weten en niet strooit met mystificerende diagnostische begrippen. Veel vragen stellen past daar wel bij. De vragende wijs gaat mede over het aspect van de *bejegening* in de diagnostiek, zodat de inhoudelijk slag makkelijker kan worden geslagen.

De diagnostiek van de vragende wijs

Het voorstel daarom is dat de diagnosticerende hulpverlener zich anno 2014 *vragend* opstelt, zonder preconcepties, en het diagnostisch proces zo wordt gereduceerd van 400 DSM-diagnosen tot vier vragen, te weten de vier persoonlijke en belangstellende vragen als geformuleerd in Tabel 2 hier beneden.

Tabel 2. Elementen van diagnose in de vragende wijs

Vraag	Doel	Instrument
Wat is er met je gebeurd?	Klachten plaatsen in context van verhaal en levensgeschiedenis van patiënt	Belangstelling, geen preconcepten in hoofd
Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?	Symptomen analyseren als indicatoren van kwetsbaarheid en weerbaarheid	Digitale zelfkwantificatie van emoties en context in het dagelijks leven
Waar wil je naar toe?	Vertaling maken naar fase-gebonden proces van adaptatie en eigenaarschap	Begrip van herstel
Wat heb je nodig?	Vertaling maken naar zorgbehoeften	<i>Camberwell Assessment of Need</i> (of vergelijkbaar)

Het gaat er niet om dat deze vragen letterlijk worden gesteld, in deze volgorde. Het gaat om de basisfilosofie van zich vragend opstellen. Waar het om gaat is dat de patiënt met een bescheiden, vragend-belangstellende houding tegemoet wordt getreden, en niet met een hoofd vol halve kennis over DSM-hersenziekten. We laten de oude bagage thuis, en beginnen opnieuw, in de vorm van een diagnostisch proces in de vragende wijs.

Vraag 1: Wat is er met je gebeurd?

De vraag naar wat er is gebeurd is de gewoonste in de wereld. Men weet dat een mens behoefte heeft om te vertellen was hem is overkomen, en als arts weet u dat het een goede manier om de mensen iets van hun algemene stress, angst en pijn te laten kanaliseren in de geruststellende aanwezigheid van een hulpverlener. Ook een persoonlijke crisis in de psychiatrie ontstaat om een reden. Alle psychische klachten hebben te maken met veranderingen in de omgeving en, vice versa, beter worden van psychische klachten betekent vaak dat er iets moet veranderen in de omgeving. Het lijkt dus vanzelfsprekend om te beginnen met de mensen te ‘de-briefen’ over de situationele context van de persoonlijke crisis, om van daaruit met elkaar te gaan werken.

Vraag 2: Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?

Binnen het vragende diagnostische raamwerk is dit logischerwijs de tweede vraag. Het impliceert dat de omstandigheden, gediagnosticeerd in de eerste vraag, de kwetsbaarheid van de persoon, die zich niet eerder had gemanifesteerd, zodanig hebben geprikkeld dat er *symptomen* zijn ontstaan, zoals angst, somberheid, zuchtigheid en paranoia. Symptomen zijn belangrijk, maar kunnen niet worden beschouwd als een fenomeen op zich - ze komen immers voort uit kwetsbaarheid. Vandaar dat de tweede vraag gericht is op onderliggende kwetsbaarheid, en niet op symptomen *an sich*. De kwetsbaarheid van de een komt vooral tot expressie in achterdocht, van een ander in angst, en van weer een ander in somberheid. De symptomen geven aan in welke hoek de kwetsbaarheid zich karakteriseert. Symptomen ontstaan op het moment dat de kwetsbaarheid niet langer kan worden gecompenseerd door *weerbaarheid*, die in kaart kan worden gebracht door het bepalen van weerbaarheidsindicatoren zoals de mate van positief affect, optimisme, onbevooroordeeld zijn, altruïsme en zich niet-oordelend opstellen. Het is belangrijk de indicatoren van kwetsbaarheid en weerbaarheid goed in beeld te brengen, omdat dit de basis geeft om de balans te kunnen verschuiven van teveel kwetsbaarheid en te weinig weerbaarheid, naar minder kwetsbaarheid en meer weerbaarheid.

Vraag 3: Waar wil je naar toe?

Het is cruciaal dat deze vraag onderdeel is van de diagnostiek. Het legt de focus op de fase van het proces van adaptatie en zelfmanagement, en probeert samen met de patiënt er achter te komen waar in het proces die zich bevindt, en hoe eventueel stappen naar een volgende fase gemaakt zouden kunnen worden. Het introduceert in het proces van de diagnostiek een langetermijnperspectief van herstel en het streven van leven ‘voorbij’ de aandoening. Ook als de patiënt nog in de fase is van overweldigd zijn door de ervaringen, is het juist belangrijk om een eerste perspectief te krijgen van het proces waarin men deze ervaringen een plek kan geven. Hier ligt een belangrijke rol voor ervaringsdeskundigen, werkzaam in de ggz. In Nederland is dit getoetst in het HEE project (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid). In de diagnostische fase kan een context van ervaringsdeskundigheid er voor zorgen dat het kwalitatieve proces van adaptatie en zelfmanagement centraal komt te staan, en de nadruk niet komt te liggen op chronische symptoomstabilisatie in het

hersenziekte model van de Noord-Amerikaanse academische psychiatrie

Vraag 4: Wat heb je nodig?

Psychische klachten hebben behandeling nodig op het moment dat er sprake is van een zorgbehoefte. Het is dus belangrijk de informatie uit de eerdere vragen te vertalen naar concrete zorgbehoeften, op basis waarvan de behandeling kan worden ingericht.

Conclusie

Ik hoop dat deze korte samenvatting van de vragende diagnostiek heeft verduidelijkt waarom het nuttig kan zijn hier verder handen en voeten aan te geven. Kritiek op de DSM is wijd verbreid, maar wat is het alternatief? Wie weet blijkt het systeem van de vragende diagnose breed toepasbaar te zijn. Gezien het feit dat het is gebaseerd op vier vragen, stel ik voor dat voortaan de volgende afkorting wordt gebruikt: ????

Exp. April 2016 NL/BHC/0015/14