

## Wat is een geval voor de ggz?

P.P.G. HODIAMONT

Op 23 februari jongstleden stelde Marcel van Dam in het tv-programma *De achterkant van het gelijk* voor een gezelschap van gerenommeerde psychiaters onder meer de vraag aan de orde, welke mensen met psychische problemen wél en welke niet in aanmerking komen voor behandeling in de ggz. Zoals gebruikelijk werd die vraag uitgewerkt in een socratische dialoog. Kenmerkend voor de socratische dialoog is de methode van doorvragen op de antwoorden van de gesprekspartners over hun opvattingen ten aanzien van een concrete casus. Idealiter komt men zo gaandeweg tot zicht op en begrip voor elkaars standpunten, waarden en achtergronden. Gezien de diverse achtergronden van de participanten was het geen verrassing dat hun antwoorden op de vraag sterk uiteenliepen. En omdat het vrijwel onmogelijk is alle relevante standpunten in een dergelijke dialoog te betrekken, zullen de antwoorden die de socratische methode oplevert ook niet representatief zijn voor de beroepsgroep. Dat het programma bepaald niet bedoeld was te komen tot een eenduidig en representatief antwoord op de vraag, neemt de daaraan levende behoefte echter niet weg bij het publiek in het algemeen en bij de ggz in het bijzonder. *'There is no other branch of medicine, which finds it so difficult to say no, and is so often blamed when it says yes'*, zo karakteriseerde de Britse sociaal psychiater Sir Aubrey Lewis (1967) de niet aflatende discussie over het wezen van psychische stoornissen en de daarmee samenhangende legitimering van ggz-behandeling. Een en ander was voor mij aanleiding tot de volgende overwegingen.

In de loop van de tijd zijn vele definities van geestesziekte of psychische abnormaliteit in zwang geweest (Mechanic 1999). De meeste daarvan hadden de door Comer (2001) genoemde 'four Ds' als gemeenschappelijke kenmerken: *deviance, distress, dysfunction, danger*. Omdat gevaar in dit verband eerder uitzondering dan regel is, werden alleen de eerste 3 kenmerken opgenomen in de omschrijving die de DSM-IV geeft van geestesziekte: een herkenbaar klinisch syndroom dat gepaard gaat met lijden en/of disfunctioneren. De combinatie van de laatste 2 kenmerken heeft een hoge prevalentie. Zo bleek uit het Nijmeegse Regioproject (Hodiamont 1986) dat bijna 45% van de algemene bevolking zelf aangaf zo ernstig te lijden en sociaal te disfunctioneren, dat ze voldeed aan de criteria voor een psychosociaal probleemgeval. Dit percentage (i.c. psychiatrische gevallen) daalde tot 7 toen daar het criterium van een herkenbaar klinisch syndroom aan werd toegevoegd. Van doorslaggevend belang is niet alleen dat, maar ook hoe en door wie de voor een psychiatrisch syndroom vereiste kenmerken worden vastgesteld. 'Hoe' heeft te maken met de *betrouwbaarheid*, 'door wie' met de validiteit van de psychiatrische diagnose. De invoering van gestandaardiseerde psychiatrische interviews heeft ertoe geleid dat relevante informatie volledig en op steeds dezelfde manier wordt verzameld. Daarmee is

een aanzienlijk hogere mate van diagnostische betrouwbaarheid bereikt dan mogelijk was met het zogenaamde vrije interview. Betrouwbaarheid van diagnostische termen komt weliswaar de communicatie tussen hulpverleners ten goede, maar heeft geen invloed op de trefzekerheid van een diagnose. Het verschil tussen betrouwbaarheid en validiteit kan geïllustreerd worden door de vergelijking met een kapotte klok. Deze is uiterst betrouwbaar omdat ze, voor iedereen zichtbaar, consistent hetzelfde tijdstip aangeeft, maar zeer invalide omdat ze slechts tweemaal per etmaal op de juiste tijd staat. Valide diagnoses zijn veel moeilijker te verkrijgen dan betrouwbare diagnoses. Het ideale criterium is *predictieve validiteit*: het vermogen van een diagnose te voorspellen hoe een stoornis met of zonder behandeling zal verlopen. Zo lang het diagnostisch systeem niet voldoet aan dit criterium zullen we het echter moeten doen met het predictieve vermogen van de ervaren clinicus. Van oudsher (en bij gebrek aan een betere maatstaf) geldt de ervaren clinicus namelijk als ‘... *the ultimate criterion against which other means for identifying psychiatric disorders are validated*’ (Blum 1962). Om bij de huidige stand van zaken redelijk betrouwbare en valide psychiatrische diagnoses te verkrijgen, ligt het voor de hand beide aspecten te combineren door de inzet van gestandaardiseerde interviews, afgenomen door personen met relevante psychiatrische ervaring. Het uit de psychiatrische epidemiologie bekende PSE/SCAN-interviewmodel (*Present State Examination/Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) is een goed voorbeeld van deze benaderingswijze. In dit interview getrainde clinici stellen per symptoom de nodige vragen om te bepalen of het symptoom in klinisch significante mate aanwezig is, en zo ja, met welke mate van ernst. De beoordeling daarvan is gebaseerd op onderliggende noties over wat geldt als psychiatrisch afwijkend, met name dat de klacht in geen verhouding staat tot de omstandigheden en zich onttrekt aan de controle van de patiënt. Als de interviewer op deze wijze alle mogelijke items heeft uitgevraagd, worden de gescoorde symptomen via een computerprogramma geclusterd tot syndromen in termen van de vigerende classificatiesystemen DSM-IV en/of ICD-10. De invloed van de interviewer is dus ‘beperkt’ tot het nalopen, klinisch beoordelen en scoren van psychiatrische symptomen, waarna het computerprogramma, volledig betrouwbaar en onafhankelijk (van vertekening door hulpverlenerreflexen), vaststelt of er sprake is van een psychiatrische stoornis.

Zo doende zou men de beginvraag eenvoudig en duidelijk kunnen beantwoorden: in aanmerking voor ggz-behandeling komen patiënten met een DSM-IV/ICD-10-diagnose, vastgesteld via een computeralgoritme op basis van een betrouwbaar (semi-)gestandaardiseerd interview, afgenomen door een getrainde clinicus. Uiteraard liggen een aantal vooronderstellingen ten grondslag aan

## LITERATUUR

- Blum, R.H. (1962). Case identification in psychiatric epidemiology: methods and problems. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 40, 253-288.
- Comer, R.J. (2002). *Fundamentals of Abnormal Psychology* (3de druk). New York: Worth Publishers.
- Hodiamont, P.P.G. (1986). *Het zoeken van zieke zielen*. Academisch proefschrift. Nijmegen: ISG/KUN
- Lewis, A. (1967). *The state of psychiatry*. New York: Science House.
- Mechanic, D. (1999). Mental health and mental illness: Definitions and perspectives. In A.V. Horwitz & T.L. Scheid (Red.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. Cambridge: Cambridge University Press.

dit antwoord. Het veronderstelt op de eerste plaats dat men het DSM-IV-systeem beschouwt als een adequate representatie van het psychopathologische spectrum. Hoewel men daar de nodige vraagtekens bij kan zetten, zal deze vooronderstelling in de praktijk waarschijnlijk weinig weerstand oproepen. Dat ligt wellicht anders voor de tweede vooronderstelling, die het oordeel over symptomen van ervaren klinici (in psychopathologisch opzicht) meer valide acht dan dat van patiënten of van leken die het patiëntenoordeel zonder meer overnemen. Achter deze laatste vooronderstelling gaat weer een andere discussie schuil, die in de sociale wetenschappen bekend staat als de 'emic-etic-controverse'. Het gaat daarbij om de vraag hoe psychische fenomenen of problemen het best ontsleuteld kunnen worden: via een subjectieve 'perceived morbidity' benadering of via een objectiverende 'disease' benadering. Persoonlijk ben ik van mening dat een klinische vertaling van door de patiënt gerapporteerde klachten de voorkeur heeft. Deze sluit namelijk natuurlijk aan op het professionele behandelingsaanbod en zou logischerwijs moeten leiden tot het beste behandelingsresultaat. En daar gaat het uiteindelijk toch om.