

Psychiatrische diagnostiek als hermeneutisch proces

Gerrit Glas

Abstract Dit artikel gaat over de vraag of het diagnostisch proces kan worden gezien als een hermeneutische activiteit, gericht op het ontrafelen en duiden van het niet-begrepene. De momenteel meest gangbare ‘taal’ in de psychiatrie is die van de DSM. Via de problemen die er zijn met de DSM als diagnostisch hulpmiddel worden achterliggende vragen geadresseerd die stuk voor stuk te maken blijken te hebben met een dichotoom denkkader. Voorbeelden zijn de dichotomie tussen echte ziekten en levensproblemen, tussen objectieve en subjectieve verschijnselen, en tussen verklaren en begrijpen. We zullen aan de hand van concrete voorbeelden laten zien dat het onnodig is het hermeneutische gezichtspunt sterk af te zetten tegen de natuurwetenschappelijke benadering. Natuurwetenschappelijk verklaren en geesteswetenschappelijk begrijpen zijn in de klinische praktijk sterk met elkaar vervlochten. Ze veronderstellen elkaar. Na deze vaststelling leggen we een verbinding met de praktijk. Diagnostiek is niet alleen een kwestie van taal en vertaling, maar ook van samenwerking en co-constructie, zo luidt de conclusie.

psychiatrische diagnostiek, hermeneutiek, co-constructie, ik-zelfrelatie, context, persoonsgericht, psychopathologie

1. Inleiding

Dit artikel gaat over de vraag of het diagnostisch proces kan worden gezien als een hermeneutisch proces. Hermeneutiek zullen we hier opvatten als de leer van het ontrafelen en duiden van betekenissen. De hermeneutiek vindt haar origine in de theologie en de literatuurwetenschap en heeft in de jaren zestig van de vorige eeuw een hoge vlucht genomen in de filosofie. Maar ook het ontrafelen van wat er aan de hand is in de spreekkamer van de arts kan worden opgevat als een vorm van hermeneutiek. Ook daar gaat het erom het onbegrepene begrijpelijk te maken. Daarbij gaat het in de eerste plaats om de patiënt die een verhaal vertelt en in dit verhaal helderheid wil krijgen over zichzelf (Kuiper, 1981). Hoe verhoudt de ziekte zich tot wie men is en wil zijn? Het gaat daarnaast om de context waarin het verhaal zich ontvouwt. En het gaat ten slotte om wetenschappelijke kennis die, wil ze relevant worden, om vertaling en dus om duiding vraagt.

We beginnen bij de momenteel meest gangbare ‘taal’ in de psychiatrie, die van de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). We gaan kort in op de bezwaren tegen de DSM als diagnostisch hulpmiddel. Die bezwaren maken het nodig in te gaan op een aantal

achterliggende vragen, die stuk voor stuk betrekking blijken te hebben op een dichotomie: de dichotomie tussen echte ziekten en levensproblemen, de dichotomie tussen objectieve en subjectieve verschijnselen, en de dichotomie tussen verklaren en begrijpen. Een aantal concrete voorbeelden zullen duidelijk maken dat het niet nodig is het hermeneutische gezichtspunt sterk af te zetten tegen de natuurwetenschappelijke benadering. Natuurwetenschappelijk verklaren en geesteswetenschappelijk begrijpen zijn in de klinische praktijk sterk met elkaar vervlochten. Die vervlechting neemt nogal eens de vorm aan van een wederzijds elkaar veronderstellen. Na deze analyse volgt de toepassing naar de praktijk. Het zal blijken dat diagnosticeren niet een proces in één richting is. Het bestaat niet alleen uit het vertalen van wetenschappelijk inzicht naar de klinische praktijk, maar ook uit het relevant maken van steeds grotere delen van wetenschappelijke kennis. Dat gebeurt door vanuit de klinische praktijk naar de theorie toe te redeneren. Deze beweging in omgekeerde richting vraagt om samenwerking. Ze ziet het diagnostisch proces als een vorm van co-constructie.

2. De lotgevallen van de DSM

Psychiatrische aandoeningen worden overal in de wereld aangeduid met termen die ontleend zijn aan de DSM. Dit Amerikaanse handboek voor de classificatie van psychische ziekten bestaat inmiddels meer dan zestig jaar. In 2013 verscheen de vijfde editie (American Psychiatric Association, 2013). De DSM wordt in ons land niet alleen in de spreekkamer gebruikt, maar fungeert ook als grondslag voor het uitkeren van zorgkosten, het vaststellen van arbeidsongeschiktheid, het opleggen van maatregelen of straf, en de vaststelling van de hoogte van uitkeringen of het persoonsgebonden budget. Er zit dus nogal wat vast aan het feit dat men voldoet aan de criteria van een stoornis in de zin van de DSM.

Psychische ziekten gedragen zich niet alleen anders dan beuken en eiken, maar ook anders dan hersenbloedingen en darmkanker

In feite is de DSM vergelijkbaar met een zakflora. Daarin verschilt de psychiatrie niet van andere takken van de geneeskunde. Eigenlijk is in de hele geneeskunde de classificatie van ziekten gemodelleerd naar het model van de biologische taxonomie (de leer van het vaststellen van de kenmerken van soorten) (Blashfield, 1986). Net zoals je aan de hand van uiterlijke kenmerken van een boom vaststelt of je te maken hebt met een eik of een beuk, stel je aan de hand van de criteria in de DSM vast of je te maken hebt met een depressie of een angststoornis. Alleen is er wel een verschil: in de biologie is er nauwelijks discussie over de vraag of eiken en beuken bestaan en in welke opzichten ze van elkaar verschillen. Maar in de psychiatrie is daar juist veel discussie over. Bestaan depressies en angststoornissen wel echt als aparte entiteiten? En zo ja, in welke opzichten verschillen ze van elkaar?

Discussies over deze vragen houden de psychiatrie vanaf 1980 in de greep. Toen verscheen de derde editie van de DSM. Deze was vervuld van de hoop dat professionals onderling nu eindelijk dezelfde taal zouden gaan gebruiken voor psychische ziekten. Bovendien verwachtte men dat de deels nieuwe ziektecategorieën als uitgangspunt zouden kunnen gaan dienen voor wetenschappelijk onderzoek. Het ging dus om twee zaken: hogere interbeoordelaarsbetrouw-

baarheid en betere validiteit. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid houdt in dat elke professional of onderzoeker die de DSM gebruikt, hetzelfde bedoelt als hij of zij het over een bepaalde stoornis heeft. Validiteit betekent dat de ziektecategorieën betrekking hebben op zaken die echt bestaan. Dit 'echte bestaan' zou dan moeten worden bewezen door wetenschappelijk onderzoek. Een voorbeeld: als door wetenschappelijk onderzoek zou kunnen worden vastgesteld dat een bepaald circuit in de hersenen een rol speelt bij depressie en als zou blijken dat door toediening van een geneesmiddel de werking van dit hersencircuit verandert en de depressie verdwijnt, dan zou dat een argument zijn voor de validiteit van het concept 'depressie' uit de DSM en voor de werkzaamheid van het geneesmiddel. Naast dat de psychiatrie een succesvolle behandeling rijker zou zijn, zou ze dan met grotere zekerheid kunnen zeggen dat depressies echt bestaan en dat ze iets te maken hebben met het disfunctioneren van bepaalde hersengebieden.

De herziening van de psychiatrische nomenclatuur vond dus plaats in een klimaat van optimisme en hoop. De snel toenemende kennis van het brein en van het menselijk genoom zouden samen met de nieuwe technieken om het brein te onderzoeken (zoals *neuroimaging*) leiden tot een revolutionaire inhaalslag op wetenschappelijk gebied. Het onwetenschappelijke en vaag-artistische imago van psychiatrie zou eindelijk verdwijnen en de psychiatrie zou een volwaardige plaats krijgen naast de andere medische specialismen.

3. Complicaties

Veertig jaar na dato blijkt de situatie veel ingewikkelder te zijn. In de eerste plaats bleken psychische ziekten zich niet alleen anders te gedragen dan beuken en eiken, maar ook anders dan hersenbloedingen en darmkanker. Zo bleek dat je als patiënt zowel aan de criteria van een depressie als van een angststoornis kan voldoen. Dit staat bekend als 'het probleem van de comorbiditeit', het tegelijk voorkomen van meer dan één ziekte.

Een ander probleem betrof het verschil tussen correlatie en causatie. Vaststellen dat een hersencircuit anders werkt als je depressief bent dan wanneer je niet depressief bent is één, maar zeggen dat die andere werking van het hersencircuit de depressie verklaart is twee. Hoe kun je weten of een verandering in functie en/of vorm van een hersengebied de oorzaak en niet slechts een (betrekkelijk triviaal) begeleidend verschijnsel is van de verandering in stemming, cognitie en/of gedrag? Het gaat hier om een taai en nog steeds actueel probleem (O'Regan & Noe, 2001). Ongetwijfeld zijn er in de hersenen verschillen te zien als in de herfst het groene blad in de boom in mijn tuin verkleurt naar geel. Maar hoe essentieel is dit verschil in mijn hersenen voor de verklaring van veranderingen in de kleurwaarneming? Het blad is immers niet zomaar geel, het is verkleurd. Het verkleuren wijst op een tijdsdimensie die verbonden is met het besef van seizoenen. En die verkleuring is verbonden met allerlei andere gewaarwordingen die te maken hebben met de herfst; met een lagere temperatuur, met de wind, of met de zon die door de – 'gouden' – bladeren schijnt. Geel is dus niet zomaar geel, een invariante, fysisch te objectiveren eigenschap. Het kan veranderen in goud. Het heeft een specifieke, contextgebonden betekenis, omdat het onderdeel is van een proces van verkleuring en van de herfst, met al z'n associaties. De betekenis wordt niet bepaald door het momentane, neuronale correlaat van visuele prikkels die het netvlies van mijn oog bereiken, maar door de subtiele afstemming tussen het fenomeen, de tijdruimtelijke context (de tuin, de herfst) en mijzelf als waarnemer

(met allerlei associaties, herinneringen en verwachtingen). Er zijn dus neuronale correlaten van het waarnemen. Maar waarvan het precies correlaten zijn is de vraag. Vermoedelijk van een heel beperkt aspect van het waarnemen, zoals veranderingen in mijn netvlies. Maar die veranderingen zijn slechts een klein onderdeel van het hele proces van waarnemen. Bovendien is het ook dan nog een hele stap om van die correlaten oorzaken te maken. Toegepast op psychische ziekten: dat bepaalde hersenmechanismen anders werken bij psychische stoornissen wil niet zeggen dat die hersenmechanismen de oorzaak zijn van psychische stoornissen. Om van causaliteit te spreken is veel meer kennis nodig over de afstemming tussen het fenomeen, de context en de persoon van de patiënt. En ook dan zal die verklaring naar verwachting hooguit een beperkt aspect van het te verklaren fenomeen betreffen.

Een derde, tot op de dag van vandaag nog weinig onderkende factor, betreft de verwevenheid van psychische symptomen en het 'zelf', de persoon, van de patiënt. Of somberheid of angst iets van jezelf is of voortvloeit uit een 'achterliggende' ziekte is in de praktijk helemaal niet zo makkelijk vast te stellen (Dings, 2020, p. 17; Dings & Glas, accepted). Er is soms overlap tussen het één en het ander. Soms wordt de ene toestand afgewisseld door de andere. De verwevenheid van persoon en ziekte roept de vraag op – waar ik hier nu niet verder op inga – of psychische stoornissen überhaupt wel naar het model van lichamelijke ziekten moeten worden opgevat.

Ten slotte is er nog een vierde factor, namelijk de context, die bijdraagt aan de grote verscheidenheid in manifestaties van psychische ziekten. Symptomen zijn in de psychiatrie niet zonder meer symptomen, dat wil zeggen invariante expressies van een onderliggende ziekte die via causale mechanismen tot expressie komen. Ze zijn onderhevig aan waardering en interpretatie uit de omgeving. De één denkt bij een concentratieprobleem aan triviale zaken als een nachtje minder bedrust als oorzaak; de ander aan beginnende dementie of ADHD. Die interpretaties hebben invloed op hoe klachten worden ervaren en geuit. En het is die ervaring en uiting waarmee de psychiater het in eerste instantie moet doen. Symptomen zijn bovendien onderhevig aan allerlei 'looping' effecten. Het één versterkt het ander: het bestaan van de diagnose ADHD maakte concentratieproblemen, als verschijnsel, belangrijk. Concentratieproblemen konden zo belangrijk worden omdat we als samenleving zoveel waarde hechten aan schoolprestaties. De samenleving heeft met andere woorden behoefte aan de diagnose. Het vaker stellen van de diagnose wordt vervolgens als 'bewijs' gezien dat er ook echt van een serieus probleem sprake is. En daarmee is de cirkel rond.

4. Erklären versus Verstehen

De diagnostische labels in een classificatie-instrument als de DSM zijn dus veel minder hard dan ze lijken. Ze verwijzen niet naar een harde objectieve kern, maar naar verschijnselen die op een netwerkachtige manier met elkaar verbonden zijn en die onderhevig zijn aan tal van beïnvloedende factoren. Het is aannemelijk dat psychische ziekten zich anders gedragen dan de meeste lichamelijke aandoeningen; dat ze veel meer tot in de kern worden bepaald door de context en de verhouding tot het 'zelf'. De psychiater vraagt zich af hoe de persoon met de klachten omgaat en hoe die omgang het zelfbeeld en de omgang met de ziekte kleurt en bepaalt. Dit noem ik de zelf-relationale dimensie van psychopathologie. Daarnaast gaat de psychiater na hoe de omgeving de klachten interpreteert en beïnvloedt. Het gaat hier om de contextbepaaldheid van psychopathologie (Glas, 2019, p. 41 e.v.).

De psychiatrie is altijd ambivalent omgegaan met deze complexiteit. Aan de ene kant hebben psychiaters de neiging zich zoveel mogelijk te voegen naar het biomedische (lees: natuurwetenschappelijke) model van ziekte dat in de rest van de geneeskunde wordt gehanteerd (Boorse, 1975). Aan de andere kant heeft men ook altijd het eigene van psychopathologie willen erkennen. Dit enerzijds-anderzijds speelt bijvoorbeeld een belangrijke rol in het denken over stemmingsstoornissen. Depressies, zo heet het, kunnen natuurwetenschappelijk, maar ook geesteswetenschappelijk worden onderzocht. Ze worden veroorzaakt door causale processen, maar ze zijn ook te begrijpen als een gevolg van trauma of psychische stress. Soms wordt de scheidslijn getrokken in termen van ernst: ernstige depressies zijn dan hersenziekten, terwijl lichtere depressies worden gezien als tijdelijke ontregelingen op basis van psychische of relationele problemen. Deze scheidslijn wordt vervolgens filosofisch gelegitimeerd door een oud (maar slecht begrepen) filosofisch onderscheid uit de kast te halen, namelijk het onderscheid tussen *'Erklären'* (het Duitse woord voor – wetenschappelijk – verklaren) en *'Verstehen'* (het Duitse woord voor begrijpend interpreteren). Ernstige depressies vallen onder het *Erklären*, ze vragen met andere woorden om een natuurwetenschappelijke, somatische verklaring. Lichte depressies vallen onder het *Verstehen*. Zij worden gees-

teswetenschappelijk begrepen. Dit begrijpen is in feite een vorm van hermeneutiek. Het wordt gevoed door een kunde of leer die in staat stelt het onbegrepene (het verlies, het trauma of het gebrek aan plezier) begrijpelijk te maken. Dat gebeurt door het onbegrepene in een betekenisvolle samenhang met andere verschijnselen te plaatsen.

Karl Jaspers (1913), de filosoof-psychiater die het onderscheid tussen verklaren en begrijpen in de psychiatrie introduceerde, greep terug op de levensfilosofie van het eind van de 19^e eeuw (denk aan Dilthey). Maar Jaspers bedoelde wat anders dan wat zijn psychiatrische collega's er later van maakten. Jaspers zag niet zozeer een dichotomie, maar meer een omcirkeling van het verklaren door het begrijpen. Het natuurwetenschappelijk verklaren van ziekte wordt omvat door het begrijpen: eerst het begrijpen van de individuele patiënt met diens biografie, dan het begrijpen van de patiënt in diens verhouding tot anderen en de directe leefwereld, dan het begrijpen van de patiënt vanuit het perspectief van de samenleving en uiteindelijk het begrijpen van de patiënt vanuit het perspectief van de kosmos (!). Voor Jaspers levert de natuurwetenschappelijke kijk op geestesziekten slechts in beperkte mate inzicht op en moet de patiënt ook altijd vanuit ruimere perspectieven worden begrepen.

Het onderscheid dat Jaspers introduceerde, werd – in z'n dichotome vorm – heel invloedrijk en keert tot op de dag van vandaag terug in het denken over de psychiatrie, bijvoorbeeld als er een dichotomie wordt geconstrueerd tussen echte psychiatrische problemen en levensproblemen; of als er een scherpe scheiding wordt gemaakt tussen 'science' en 'art'; tussen kunde en kunst; tussen wetenschap en klinische praktijk; tussen causale behandeling en psychotherapie; tussen oorzaken en zinsverbanden; kortom, tussen de harde objectieve kern en de zachte subjectieve rand van de psychiatrie.

Dat bepaalde hersenmechanismen anders werken bij psychische stoornissen wil niet zeggen dat ze ook de oorzaak ervan zijn

5. De lijnen moeten anders worden getrokken

In grote lijnen zie ik een oplossing voor deze impasse – want dat is het – in twee conceptuele interventies:

- (1) het maken van een systematisch onderscheid tussen verschillende, elkaar niet uitsluitende vormen van kennen: alledaags, klinisch, wetenschappelijk en filosofisch kennen;
- (2) het erkennen van de onherleidbare verscheidenheid van het object van de verschillende wetenschappen (met als meest in het oog springende consequentie de niet-reduceerbaarheid van psychische verschijnselen tot neurale processen).

Het eerste punt stelt dat klinisch kennen iets fundamenteel anders is dan wetenschappelijk kennen (Montgomery, 2005, p. 29 e.v.). De clinicus richt zich op het individuele geval, de wetenschapper op algemeen geldende kennis. De clinicus richt zich op het grotere geheel, de wetenschapper heeft aandacht voor een aspect van dat geheel. Hoe relevant wetenschappelijke kennis is voor het begrijpen wat er aan de hand is, moet van geval tot geval worden bepaald en kan nooit uitsluitend op basis van wetenschappelijk inzicht worden vastgesteld. Interpretatie en weging van de relevantie van bepaalde wetenschappelijke inzichten zijn onlosmakelijk verbonden met het denken van de clinicus. Door het onderscheid tussen klinisch en vakwetenschappelijk kennen te erkennen en door oog te hebben voor de verschillende soorten verklaringen in de vakwetenschappen, wordt duidelijk dat het onderscheid tussen verklaren en begrijpen veel te grof is om helder te krijgen wat er in de spreekkamer gebeurt en dat een meer genuanceerde benadering nodig is.

Het tweede punt voegt hieraan toe dat verklaren geen eenduidig begrip is. Elke wetenschap heeft zijn eigen modus van verklaren. Zo hebben verklaringen in de fysica vaak een wetmatig karakter, terwijl verklaringen in de biologie impliciet of expliciet verwijzen naar een doel. In de biologie speelt het begrip ‘functie’ een cruciale rol en functies hebben een doel. Dat geldt niet voor natuurwetten. De wet van de zwaartekracht heeft geen doel; de citroenzuurcyclus wel. Er zijn allerlei niet tot elkaar te herleiden vormen van verklaren, denk bijvoorbeeld naast de fysica en de biologie ook aan de statistiek, de psychologie en de sociologie.

6. Voorbeelden

Laat ik in plaats van verder te gaan met deze theoretische verhandeling stilstaan bij enkele voorbeelden. De voorbeelden laten zien dat de beoefening van de psychiatrie een intrinsiek hermeneutische dimensie heeft en dat erkenning van die dimensie niet betekent dat de psychiatrie in het moeras van subjectivisme of wetenschapsfilosofisch anarchisme belandt.

Eerste voorbeeld – de coassistent die ingewijd wordt in het vak. Competentie verwerven als diagnosticus behoort tot de kern van het vak van arts. Het moeilijkst voor de coassistent is niet dat er parate kennis moet zijn – die heeft men vaak wel – maar het maken van de koppeling tussen taal en werkelijkheid. De arts *in spe* moet leren herkennen wanneer een bepaalde medische term of concept van toepassing is op wat men ziet en hoort. Dit herkennen vraagt enerzijds om focus en precisie, anderzijds om ervaring met het grotere geheel van het ziekzijn, inclusief het beloop in de tijd. Dat is wat wordt bedoeld met de klinische blik. Die blik is niet subjectief, maar berust op vertrouwdheid met de verschijnselen van ziekte, op patroonherkenning, en op het vermogen het relatieve belang van een bepaalde bevinding voor het grotere geheel in te schatten. Dit inschatten doet een beroep op meer holistische vormen van kennis.

Het diagnostisch proces krijgt daarmee een hermeneutisch karakter. Met hermeneutisch be-doel ik dat verschijnselen die aanvankelijk onbegrepen zijn, begrijpelijk worden gemaakt door-dat ze, na identificatie, in een betekenisvol verband worden geplaatst, vanuit een groter geheel worden bekeken en op hun relevantie worden getoetst. Dat de patiënt met langer durende griepachtige klachten naar de dokter gaat om zich te laten onderzoeken, kan te maken hebben met de verschijnselen op zich, maar ook met ongerustheid omdat een familielid leukemie heeft gekregen. Soms gebeurt het dat er iets in de presentatie van de patiënt is dat blijft haken. De arts krijgt het gevoel dat het verhaal toch niet helemaal klopt. Dit zogenaamde niet-pluisgevoel is een belangrijk en nog steeds onderschat aspect in de medische diagnostiek (Stolper et al., 2011). Het is een bewijs dat de diagnostische hermeneutiek niet alleen reflectief en expliciet plaatsvindt, maar ook impliciet, onder de oppervlakte. Medische diagnostiek is niet alleen een kwestie van logisch redeneren, maar ook van aanvoelen en afstemmen, met soms zelfs lichamelijke componenten – een vage ongerustheid, een beeld dat blijft hangen, een associatie die blijft zeuren. Die ongerustheid en die beelden en associaties zijn niet zomaar losse gedachten, maar moeten worden gezien als belichaamde, affectieve reacties die voortvloeien uit de ver-trouwde omgang met en afstemming op de patiënt, gevoed door langdurige ervaring.

Tweede voorbeeld – het leren gebruiken van gestandaardiseerde vragenlijsten. Een docent geeft een cursus over een diagnostische vragenlijst en vertelt hoe ieder item op de vragenlijst geïnterpreteerd moet worden. Deze interpretatie, zo stelt zij, veronderstelt expert-kennis over de ziekte (zeg: de-pressie) die aan de hand van de vragenlijst wordt onderzocht. Of er sprake is van anhedonie (onvermogen om plezier te hebben; een van de kernsymptomen van depressie) wordt mede bepaald door de achtergrondkennis van de onderzoeker, inzicht in hoe de patiënt de vraag interpreteert, de toelichting die er op de vraag wordt gegeven en door hoe het verschijnsel wordt gewogen in het grotere geheel van hoe de betrokkene zich presen-teert en antwoord geeft op andere vragen.

Vragenlijsten proberen klachten en verschijnselen te 'objectiveren'. Ze worden ingezet om het vak 'objectiever' (natuurwetenschappelijker) te maken, minder afhankelijk van het subjectieve oordeel van de clinicus. Tegelijk vraagt elk item op de vragenlijst om interpretatie. Geeft de patiënt antwoord op de juiste vraag? Is wat de patiënt antwoordt ernstig genoeg om mee te tellen? Kortom, zelfs het beoordelen van het antwoord op een vraag uit een vragenlijst ver-onderstelt een hermeneutisch proces van wegen en interpreteren. Operationalisatie (passend bij de natuurwetenschappelijke benadering) en interpretatie (passend bij de hermeneutische benadering) gaan dus hand in hand, het één veronderstelt het ander.

Het voorbeeld gaat nog door. Later oefent de onderzoeker het gebruik van de vragenlijst door de eigen scores te vergelijken met die van anderen. Er blijkt een aanzienlijk verschil te zijn: waar de één voor het verschijnsel anhedonie een twee scoort, scoort de ander een drie; en datzelfde geldt voor andere verschijnselen van depressie. Op een totaal van veertig punten lopen de verschillen in de som-scores tussen de (ervaren) onderzoekers wel op tot acht à tien punten. De vragenlijst is bedoeld om objectief en betrouwbaar vast te stellen of iemand de-

Het natuurwetenschappelijk verklaren van ziekte wordt omvat door het begrijpen

pressief is en hoe ernstig. Het juiste gebruik van de vragenlijst vraagt echter om afstemming en interpretatie in een gemeenschap van onderzoekers, die elkaar toetsen en corrigeren in het juiste gebruik en de juiste interpretatie van de termen. Hermeneutiek en natuurwetenschappelijk objectiveren sluiten elkaar ook nu niet uit, maar veronderstellen elkaar en zijn in feite nauw met elkaar verweven.

Derde voorbeeld – het inbrengen van wetenschappelijke kennis in het gesprek met de patiënt. Vaak spelen metaforen en beelden een belangrijke rol in de uitleg over wat er aan de hand is. Die metaforen en beelden kunnen bedoeld zijn om wetenschappelijk inzicht te vertalen naar de belevingswereld van de patiënt. De patiënt heeft een verslaving en de psychiater wil uitleggen dat je een verslaving kunt zien als een ontregeling van het beloningssysteem in de hersenen. De term ‘beloningssysteem’ is echter nogal verwarrend en te ingewikkeld. Daarom neemt de clinicus vaak z’n toevlucht tot een metafoor. Een van de metaforen die op dit moment onder invloed van het *National Neuroscience Curriculum Initiative* (NNCI) in de VS wordt gepromoot, is die van de auto waarvan het gaspedaal tot de bodem wordt ingedrukt bij het zien van de verslavingsrelevante prikkel (het zien van een krat bier) en waarbij de remmen en het stuurwiel niet meer werken en het alarmsysteem niet krachtig genoeg is om te voorkomen dat de auto wordt gekaapt. Gaspedaal, stuurwiel, remmen en alarmsysteem worden ge-

relateerd aan bepaalde hersengebieden.

De boodschap van het verhaal is dat het geen wonder is dat de patiënt z’n verslavingsneiging niet kan onderdrukken als hij een krat bier ziet, dat zijn hersenen gekaapt en op hol geslagen zijn; zoals een auto op hol slaat als het gaspedaal wordt ingedrukt en de remmen en het

De diagnostische hermeneutiek vindt niet alleen reflectief en expliciet plaats, maar ook impliciet, onder de oppervlakte

stuurwiel niet meer functioneren. Het NNCI is een organisatie van klinici met veel neurowetenschappelijke kennis. Het doel van de organisatie is om de praktiserende clinicus gereedschap (taal, metaforen, beelden, schema’s) in handen te geven om het neurowetenschappelijke verhaal over de aandoening van de patiënt te vertellen.

In de activiteiten van het NNCI krijgt de vertaling van wetenschap naar praktijk niet alleen een hermeneutisch, maar ook een strategisch aspect. Het vertalen heeft een hermeneutisch aspect in die zin dat gepoogd wordt abstracte wetenschappelijke kennis zo te verwoorden dat deze aansluiting vindt bij de belevingswereld van de patiënt. Het verhaal van de wetenschap wordt zo ingepast in het verhaal van de patiënt. Maar tegelijk gebeurt er nog iets anders. Het verhaal van de wetenschap wordt omgezet in een breed uitgesponnen metafoor die vervolgens strategisch wordt ingezet. Die metafoor is zo dominant dat het oude verhaal wordt vervangen door een nieuw verhaal. Dat gebeurt met opzet. De achterliggende gedachte is dat het oude verhaal de patiënt ongeschikt maakt voor behandeling en opsluit in eigen onmacht, terwijl het nieuwe verhaal een krachtige impuls geeft om zelf in actie te komen. Het oude verhaal is er één van schuld, schaamte, mislukking en demoralisatie. Het verhaal van de wetenschap (c.q. de autometafoor) wordt ingezet om een nieuw verhaal te beginnen. De op hol geslagen auto symboliseert dat men het slachtoffer is van het eigen brein en dat men er zelf weinig aan kan doen. Aan dit slachtofferschap kan echter wat worden gedaan, als men de instructie van de arts

volgt door aandacht te besteden aan de rem (door gedragstherapie), het gaspedaal (door iets te doen aan het in contact komen met verslavende middelen) en het stuurwiel (door verbetering van de zelfregulatie en door motiverende gesprekken). Het verhaal van de arts biedt aldus perspectief op verandering en het geeft een rationale voor elke stap in het behandelproces.

Ook voor de wetenschap en voor wetenschapsvoorlichting geldt dat de vertaling naar het grote publiek en naar wetenschappers in andere disciplines niet louter een proces van informatie-overdracht is, maar ook van het begrijpen van de context waarin kennis is verworven en van het afwegen van de relevantie van die kennis voor de oplossing van een bepaald probleem. De discussie over de translatie van neurowetenschappelijke bevindingen bestaat al lang, maar is onverminderd actueel (Geurts, 2016, p. 3). Ook die discussie heeft een hermeneutisch aspect in die zin dat ook van wetenschappers onderling en van wetenschappers in hun relatie tot het grote publiek de bereidheid wordt gevraagd zich in te leven in het perspectief van de ander. Vanuit dat perspectief kan men dan pogen de eigen kennis relevant te maken in de betreffende context.

7. Toepassing

Enige tijd geleden stond in de krant dat uit een onderzoek van GGNet, een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in Gelderland, was gebleken dat psychiatrische diagnoses bij ongeveer een kwart van de onderzochte groep moesten worden gewijzigd en dat bij ruim een derde de behandeling niet meer paste bij de diagnose. Het betrof een groep van bijna 1000 patiënten ($n = 967$) met veel comorbiditeit en een langdurige relatie met de ggz (Van de Poel, 2018; Timmermans, 2018). Een aanzienlijk deel van deze patiënten ($n = 165$) kon onmiddellijk uit zorg worden ontslagen en worden overgedragen aan de huisarts of een ambulante hulpverlener. Bij iets meer dan de helft leidde de herdiagnostiek tot een significante verandering van het behandelbeleid.

Deze gegevens vatten in een *nutshell* het probleem van de huidige ggz samen. Van belang is dat de onderzoekers verder keken dan de DSM. Dat patiënten in de loop van hun ziekte van diagnostische categorie veranderen, is op zich niet verontrustend. Het zou wel verontrustend zijn als er een slechte interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zou zijn in het vaststellen van DSM-stoornissen. Dat is echter niet het beeld dat uit het onderzoek oprijst. Wat de onderzoekers vooral opviel was dat er zo oppervlakkig werd gekeken en dat daardoor allerlei comorbide problematiek aan de aandacht ontsnapte. Als voorbeelden werden met name verslaving, autisme, verstandelijke beperking en trauma genoemd als niet herkende aspecten van de psychiatrische toestand. De sector moet dus de DSM voorbij als het gaat om diagnostiek, zo luidde de boodschap. De directeur van GGNet noemt daarnaast haast en gebrek aan tijd als belangrijke oorzaken voor de oppervlakkige diagnostiek. Ik citeer:

We voeren elk half jaar behandelbeoordelingsgesprekken. Met aandacht, maar ook met een zekere gehaastheid, die tegenwoordig de hele ggz kenmerkt. Vanwege de enorme toestroom van patiënten én de dalende financiering nemen we minder de tijd. De ggz is een lopende band die steeds sneller draait, met als gevolg: verdunde zorg. (Timmermans, 2018, p. 11)

Uiteindelijk leidt die verdunde zorg zelfs tot defaitisme:

Als het herstel uitblijft, raken patiënt en behandelaar na een tijd gedemoraliseerd. De patiënt verliest zijn eigenwaarde en het vertrouwen in een goede afloop. Dit pessimisme, dat overslaat op de behandelaar, wordt onderschat. Het overschaduwde de evaluatiegesprekken en ondergraaft de behandeling. “Misschien moeten we maar accepteren dat dit niet meer overgaat”, heet het dan. (Timmermans, 2018, p. 11)

Betekent dit dat de critici gelijk hebben en dat de psychiatrie terug moet in het hok van de geneeskunde en zich moet gedragen als elk ander medisch specialisme door te streven naar eenduidige nomenclatuur, *evidence-based* kennis en daarop geënte geprotocolleerde behandeling? Dat is niet de dwingende conclusie uit het Gelderse onderzoek. Dat onderzoek pleit juist voor integrale en grondige diagnostiek, voorbij de DSM, waarbij ook een ontwikkelingsanamnese wordt afgenomen en wordt gekeken naar factoren die diagnose-overstijgend (= transdiagnostisch) zijn. Ik lees in de bevindingen vooral een pleidooi om context-sensitief en persoonsgericht te denken en in diagnostische formuleringen rekening te houden met de complexiteit en het beloop in de tijd van met elkaar interacterende factoren.

8. Besluit

In mijn eigen klinische werk ben ik het diagnostische proces vanwege deze complexiteit en de dynamiek van met elkaar interacterende factoren niet alleen als een vorm van hermeneutiek

Het beoordelen van antwoorden op een vragenlijst veronderstelt een hermeneutisch proces van wegen en interpreteren

gaan zien, maar ook als een vorm van co-constructie. Bij hermeneutiek kan men nog denken dat de bal vooral bij de onderzoeker of clinicus ligt. Het vertalen en het toegankelijk maken van het psychiatrisch inzicht wordt dan iets dat de professional voor de patiënt doet. Maar bij co-constructie

zijn beide betrokkenen actief, elk vanuit een eigen verantwoordelijkheid. Het gaat me niet om de term, maar om het idee. Co-constructie is een modewoord uit de bedrijfskunde. Wat in de context van de psychiatrie met de term bedoeld wordt, is dat de clinicus en de patiënt zich samen inspannen om een verhaal te maken over wat er aan de hand is; om vervolgens samen een pad uit te stippelen dat moet leiden tot verbetering. Diagnostiek is in deze benadering geen doel op zichzelf, maar een hulpmiddel om tot een behandelplan en uiteindelijk tot een 'levensplan' te komen. Het geeft een rationale voor de achtereenvolgende stappen in het behandelplan en biedt uitzicht op het herstelproces. Co-constructie vraagt om samenwerking. In die samenwerking is de professional aanspreekbaar op de eigen professionele verantwoordelijkheid en wordt tegelijk van de patiënt gevraagd zoveel als mogelijk zelf invulling te geven aan de eigen verantwoordelijkheid.

Prof. dr. G. (Gerrit) Glas is psychiater en aan de Vrije Universiteit van Amsterdam hoogleraar filosofie van de neurowetenschappen en bijzonder hoogleraar christelijke filosofie. E: g.glas@vu.nl

Literatuur

- American Psychiatric Association** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Blashfield, R.K.** (1986). Structural approaches to classification. In: Millon, T., Klerman, G.L. (Eds.). *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV* (pp. 363–380). New York/London: The Guilford Press.
- Boorse, C.** (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 5, 49-68.
- Dings, R.P.J.M.** (2020). *Not being oneself? Self-ambiguity in the context of mental disorder* (Proefschrift). Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Dings, R. & Glas, G.** (accepted). Self-management in psychiatry as reducing self-illness ambiguity. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*.
- Glas, G.** (2019). *Person-centered care in psychiatry. Self-relational, contextual, and normative perspectives*. Abingdon/London: Routledge.
- Jaspers, K.** (1953) [1913]. *Allgemeine Psychopathologie* (sechste unveränderte Auflage). Berlin: Springer-Verlag.
- Kuiper, P.C.** (1981). *De mens en zijn verhaal*. Amsterdam: Athenaeum Polak & van Genneep.
- Montgomery, K.** (2005). *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- National Neuroscience Curriculum Initiative.** Geraadpleegd op 24 mei 2018, van <nncionline.org>
- O'Regan, K.J., Noë, A.** (2001). What it is like to see: A sensorimotor theory of perceptual experience. *Synthese* 129, 79-103.
- Van der Poel, P.** (2018). *Kwart ggz-cliënten krijgt verkeerd etiket opgeplakt*. Geraadpleegd op 20 juli 2020, van <skipr.nl/nieuws/kwart-ggz-clienten-krijgt-verkeerd-etiket-opgeplakt>
- Stolper, E., Van de Wiel, M., Van Royen, P., Van Bokhoven, M., Van der Weijden, T., Dinant, G.J.** (2011). Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *Journal of General Internal Medicine* 26(2): 197-203.
- Timmermans, M.** (2018). 'Stopt het defaitisme rond chronische patiënten'. Opvallende uitkomsten van herdiagnoseproject GGNet. *De Psychiater*, 10-12.