
Klinische psychologie

Diagnostiek en therapie

Guus Smeets
Arjan E.R. Bos
Henk T. van der Molen
Peter Muris

Tweede druk



Noordhoff Uitgevers

Klinische psychologie

Diagnostiek en therapie

Klinische psychologie

Diagnostiek en therapie

Redactie:

Guus Smeets
Arjan E. R. Bos
Henk T. van der Molen
Peter Muris

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Ontwerp omslag: G2K-designers, Groningen

Omslag illustratie: Photodisc

Ontwerp binnenwerk: Annette Bouwels en Sandra Daems, Open Universiteit Nederland

Redactie: Jan Hendriks, Open Universiteit Nederland en Marjo Diederens, Taalvorm Heerlen

Beeldresearch en rechtenvererving: Ronald Gossieau, Open Universiteit Nederland

Illustratieverantwoording

Wit, Peter de, Amsterdam: 222, 270, 496

Hollandse Hoogte, Amsterdam: 711 (Foto Gerard Til)

Van Lennep Producties Amsterdam: 713

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan: Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB Groningen, e-mail: info@noordhoff.nl

0 1 2 3 4 5 / 13 12 11 10 09

© 2009 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/reprorecht). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN (ebook) 978-90-01-84795-1

ISBN 978-90-01-76376-3

NUR 772

Inhoud

Woord vooraf 6

Dankwoord 9

Algemene inleiding 11

Deel 1 Behandelvormen en hun indicaties 19

1 Het anamnestic interview 21

2 Psychoanalytische behandelingen 47

3 Cliëntgerichte psychotherapie 67

4 Systeemtherapieën 93

5 Gedragstherapie 121

6 Cognitieve therapie 151

7 Interpersoonlijke psychotherapie 185

8 Biologische therapieën 211

Deel 2 Diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen 241

9 Angststoornissen 243

10 Stemmingsstoornissen 267

11 Somatoforme stoornissen 309

12 Verslavingen 333

13 Schizofrenie en aanverwante psychosen 369

14 Persoonlijke stoornissen 395

15 Eetstoornissen 435

16 Seksuele stoornissen 467

17 Dementie 497

18 Angst- en stemmingsstoornissen bij kinderen en adolescenten 527

19 Leerstoornissen 553

20 Disruptieve gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten 589

21 Ontwikkelingsstoornissen: verstandelijke beperking en autisme 619

Deel 3 Indicatiestelling, therapie-evaluatie en ethiek 655

22 Indicatiestelling 657

23 Therapie-evaluatieonderzoek 681

24 Ethische aspecten van psychologische interventies en wetenschappelijk onderzoek 707

Literatuur 727

Over de auteurs 819

Zakenregister 825

Personenregister 831

Woord vooraf

Met dit boek willen we een overzicht bieden van de verschillende therapeutische stromingen en de daarvan afgeleide behandelmethoden, zoals die tegenwoordig in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voorkomen. Ook wordt er in dit boek ingegaan op verschillende vormen van diagnostiek, waarbij er naast stoornisgerichte diagnostiek ook aandacht is voor diagnostiek die specifiek is voor een bepaalde therapeutische stroming. Het boek is vooral bedoeld voor studenten van wo- en hbo-instellingen die na hun opleiding gaan werken in de ggz of aanverwante sectoren en voor wie enige kennis van de verschillende therapeutische behandelmethoden noodzakelijk is. Daarbij valt in de eerste plaats te denken aan studenten psychologie, geestelijke gezondheidskunde, (ortho) pedagogiek en geneeskunde. Daarnaast kan het boek van nut zijn voor studenten psychiatrische verpleegkunde, maatschappelijk werk en sociaalpedagogische hulpverlening. Verder is het boek een up-to-date naslagwerk voor degenen die momenteel de postdoctorale beroepsopleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut of klinisch psycholoog volgen en voor professionals die in de ggz werkzaam zijn.

Het boek vormt een tweeluik met het eerder verschenen boek *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* onder redactie van Henk T. van der Molen, Sandra Perreijn en Marcel A. van den Hout. In dat boek komen de belangrijkste persoonlijkheidstheorieën en DSM-IV-classificaties van psychopathologie aan bod. Deze stof werd bij het opstellen van dit boek als basiskennis verondersteld.

Het boek werd ontwikkeld bij de faculteit Psychologie van de Open Universiteit Nederland te Heerlen. Het boek is als tekstboek opgenomen in de cursus *Klinische psychologie 2: diagnostiek en therapie* die deel uitmaakt van het programma van de bacheloropleiding psychologie van de Open Universiteit. Deze cursus, die als afstandsonderwijs wordt aangeboden, bestaat naast het tekstboek uit een digitaal werkboek dat behalve studeeraanwijzingen en samenvattingen van de verschillende hoofdstukken ook zelftoetsvragen bevat. Uiteraard is dit boek ook in de meer traditionele onderwijsvormen goed bruikbaar zonder het genoemde digitale werkboek.

Bij de tweede editie

Deze tweede editie is een geheel herziene versie van de eerste editie van het boek die in 1999 verscheen. De belangrijkste wijziging ten opzichte van de eerste editie betreft de verbreding van het aandachtsgebied van dit boek. Beperkte de vorige editie zich tot de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen bij volwassenen, deze editie besteedt ook aandacht aan de diagnostiek en behandeling van stoornissen die specifiek voorkomen in de leeftijdsgroepen kinderen, adolescenten en ouderen. Daarmee bevat dit boek informatie over de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen tijdens de gehele levensloop. De wijzigingen ten opzichte van de vorige editie zullen we hieronder per deel kort beschrijven.

Wijzigingen in deel 1: Behandelvormen en hun indicaties

Met de toenemende kosten van de (geestelijke) gezondheidszorg, stellen verzekeraars en overheid steeds strengere eisen aan de effectiviteit van behandelingen om voor vergoeding in aanmerking te kunnen komen. Deze ontwikkeling heeft ertoe geleid dat relatief kortdurende behandelingen, waarvan de effectiviteit in empirisch onderzoek is aangetoond, in de ggz terrein winnen. Het doel van dit boek is om de lezer een overzicht te bieden van 'evidence based' behandelingen, die in de praktijk van de ggz veel toepassing vinden. Een behandelvariant die binnen deze categorie valt en sterk in opmars is, is de interpersoonlijke psychotherapie, die nieuw in dit boek is opgenomen. Behandelingen die minder duidelijk als opzichzelfstaande stromingen kunnen worden beschouwd, zoals de eclecticische behandelingen en de crisisinterventies zijn komen te vervallen. In lijn met de eerdergenoemde verbreding van het aandachtsgebied van dit boek, is het hoofdstuk over het anamnestic interview uitgebreid met een beschrijving van de specifieke kenmerken van het anamnestic interview bij kinderen en adolescenten.

Wijzigingen in deel 2: Diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen

Uitbreiding met hoofdstukken over de diagnostiek en behandeling van leeftijd-specifieke stoornissen

In de vorige editie van dit boek werd in het deel over de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen geen aandacht besteed aan de diagnostiek en behandeling van stoornissen bij kinderen, adolescenten en ouderen. In deel 2 van dit boek zijn maar liefst vijf nieuwe hoofdstukken opgenomen die ingaan op de behandeling van stoornissen die ty-

pisch zijn voor deze leeftijdsgroepen. Een geestelijk gezondheidsprobleem dat zich met de vergrijzing in toenemende mate in de ggz presenteert, is dementie, waarvan de diagnostiek en behandeling aan bod komen in hoofdstuk 17. De diagnostiek en behandeling van angst en stemmingsstoornissen, leerstoornissen, disruptieve gedragsproblemen, en ontwikkelingsstoornissen bij kinderen en adolescenten vormen tezamen ook een belangrijk deel van het zorgaanbod van de ggz. Deze leeftijdspecifieke stoornissen komen respectievelijk aan bod in de hoofdstukken 18, 19, 20 en 21.

Actualisering op basis van recente onderzoeksbevindingen

Alle hoofdstukken over de diagnostiek en behandeling van stoornissen bij volwassenen die ook al deel uitmaakten van de vorige editie van dit boek zijn aangepast met de meest recente gegevens uit wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van deze interventies. Ook zijn de desbetreffende hoofdstukken waar nodig aangevuld met informatie over nieuwe ontwikkelingen op het gebied van stoornisgerichte diagnostiek en interventietechnieken.

Wijzigingen in deel 3:

Indicatiestelling, therapie-evaluatie en ethiek

Omdat therapie-evaluatieonderzoek steeds belangrijker wordt, is het van groot belang dat een klinisch werkzaam psycholoog in staat is om in de grote hoeveelheid van onderzoekspublicaties op dit terrein het kaf van het koren te scheiden. Een psycholoog die verantwoordelijkheid draagt voor het welbevinden van zijn cliënten, moet zich op basis van de steeds vernieuwende onderzoeksliteratuur een juist beeld kunnen vormen van wat de beste behandeling is voor de stoornis die hij wil behandelen. Bovendien moet hij weten hoe hij volgens een verantwoorde methodiek kan komen van een diagnose tot een goede indicatiestelling, waarbij hij rekening houdt met de kenmerken en de wensen van de cliënt. Ook dient een psycholoog goed op de hoogte te zijn van de regels en wetten die hij in acht moet nemen wanneer hij in onderzoek of in behandelingen werkt met mensen die zich in een emotioneel kwetsbare positie bevinden. Om recht te doen aan het belang van deze aspecten is er in deze editie veel aandacht besteed aan de revisie van de hoofdstukken over indicatiestelling, therapie-evaluatieonderzoek en ethiek, respectievelijk de hoofdstukken 22, 23 en 24.

Dankwoord

Net als in de vorige editie zijn ook nu weer alle hoofdstukken geschreven door experts op de desbetreffende terreinen. Wij zijn de auteurs veel dank verschuldigd voor hun bijdrage en voor de prettige samenwerking in de totstandkoming van dit boek. Graag bedanken we op deze plek ook de oud-redactieleden Arnoud Arntz en Susan Bögels, die tien jaar geleden aan de basis hebben gestaan van de eerste editie van dit boek. Wil Boven van Uitgeverij Noordhoff bedanken we voor de plezierige samenwerking. Tot slot willen we onze dank uitspreken aan de mensen die hebben gezorgd voor de bureau- en eindredactie, de grafische verwerking en de opmaak van de tekst tot een drukklaar geheel. Het waren respectievelijk Jan Hendriks, Sandra Daems en Annette Bouwels die dit werk met grote vakkundigheid hebben geklaard.

Rotterdam / Maastricht, april 2009

Guus Smeets
Arjan E. R. Bos
Henk T. van der Molen
Peter Muris

Algemene inleiding

Guus Smeets, Arjan Bos, Henk van der Molen en Peter Muris

Het doel van dit boek is een overzicht te bieden van twee belangrijke onderwerpen in de klinische psychologie: de psychodiagnostiek en de behandeling van psychische problemen en stoornissen. Het boek bouwt voort op het boek *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2007) waarin de meest vooraanstaande persoonlijkheidstheorieën in de klinische psychologie en de vele verschillende stoornissen zijn behandeld. Daarin werd reeds enige aandacht besteed aan de verschillende vormen van diagnostiek en ook – zij het kort – aan de behandeling van de stoornissen. In dit boek gaan we veel dieper op deze onderwerpen in.

Opbouw van het boek

Het boek bestaat uit drie delen:

- Deel 1 Behandelvormen en hun indicaties
- Deel 2 Diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen
- Deel 3 Indicatiestelling, therapie-evaluatie en ethiek

We zullen de opbouw van het boek hieronder verduidelijken aan de hand van de casus die ook in het boek van Van der Molen, Perreijn en Van den Hout (2007) is gepresenteerd.

De heer Jager is 40 jaar, getrouwd en hij heeft drie kinderen, van respectievelijk 18, 15 en 12 jaar. Sinds de voltooiing van zijn opleiding tot meester in de rechten is hij beleidsmedewerker op het gemeentehuis van een middelgrote stad. Hij heeft verscheidene malen promotie gemaakt. Bij zijn collega's staat hij bekend als een buitengewoon punctueel man met een grote kennis van zaken. Ondanks zijn succes is hij echter zelf steeds meer aan zijn eigen capaciteiten gaan twijfelen. De promoties beschouwt hij als missers van zijn superieuren. Zelf wilde hij de laatste bevordering – inmiddels twee jaar geleden – tegenhou-

den, maar onder druk van zijn vrouw is hij er uiteindelijk toch mee akkoord gegaan. De twijfel aan zijn eigen capaciteiten gaat de laatste drie maanden dikwijls gepaard met ernstige gevoelens van somberheid. Door het tobben ligt hij vaak nachten wakker. Dat heeft weer tot gevolg dat hij onuitgerust op zijn werk verschijnt, waardoor hij geregeld blunders begaat.

Thuis is de heer Jager zeer prikkelbaar. Als hij 's avonds van zijn werk thuiskomt, kunnen de kinderen maar beter bij hem uit de buurt blijven. Soms is de heer Jager bang dat hij gek zal worden. Daarbij moet hij denken aan zijn moeder die haar hele leven met depressies te kampen heeft gehad. Zij is een aantal malen in een psychiatrische inrichting opgenomen geweest en hij vreest dat hem in de nabije toekomst hetzelfde zal overkomen. Zijn karakter lijkt immers veel meer op dat van zijn moeder dan op dat van zijn vader, die – ondanks de depressieve episodes van zijn echtgenote – altijd opgeruimd en energiek is gebleven.

Om hulp vragen beschouwt de heer Jager eigenlijk als een afgang. Uiteindelijk besluit hij toch de huisarts te consulteren. Deze verwijst hem door naar een Riagg waar hij zijn klachten in het intakegesprek met een psycholoog naar voren brengt. Bij doorvragen blijkt dat de heer Jager er vaak over denkt om 'eruit te stappen'. Als hij de klachten na het gesprek goed op een rijtje zet, komt de psycholoog tot de conclusie dat er bij de heer Jager sprake is van een 'depressieve stoornis, eenmalige episode'.

Deel 1 **Behandelvormen en hun indicaties**

In deel 1 van dit boek komen, na een bespreking van het anamnestic interview, de uitgangspunten van verschillende therapeutische hoofdstromingen aan de orde.

In hoofdstuk 1 bespreekt Bögels het anamnestic interview. We refereren hier aan de casus van de heer Jager: alvorens de psycholoog tot een diagnose komt, voert deze een zogenaamd intakegesprek met hem. Vaak zijn er overigens meerdere gesprekken nodig om tot een goede inventarisatie van de problemen en een diagnose te komen. In dit hoofdstuk bespreekt de auteur de taken en de vaardigheden van de 'intaker'. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen anamnesevaardigheden, gespreksvaardigheden en cognitieve vaardigheden. Het anamnestic interview bij kinderen en jeugdigen lijkt weliswaar in veel opzichten op dat van volwassenen, toch zijn er enkele aandachtspunten waarmee de psy-

choloog die de anamnese afneemt, rekening moet houden. In haar hoofdstuk gaat Bögels daar specifiek op in.

Aan het eind van de anamnesticke fase dient de intaker te komen tot een oordeel over de aard en de ernst van de problematiek. Vervolgens komt de vraag aan de orde of een behandeling nodig is of niet. Als het antwoord op die vraag bevestigend is, rijst vervolgens de vraag welke behandelingsmethode het meest geschikt is om de problematiek te verminderen of liefst natuurlijk geheel te verhelpen. Deze vraag staat bekend als de vraag naar de indicatiestelling.

Over het antwoord op de vraag naar de indicatiestelling is binnen de klinische psychologie lang niet altijd eenstemmigheid. Er bestaan verschillende theoretische referentiekaders (zie Van der Molen et al., 2007) van waaruit er vele therapeutische stromingen en interventievormen zijn ontstaan. In dit boek beperken we ons tot die therapeutische stromingen die veel worden toegepast en waarvan de werkzaamheid wetenschappelijk is onderzocht. In de hoofdstukken 2 tot en met 8 komen de zeven belangrijkste stromingen aan de orde.

Het eerste theoretische referentiekader is het oudst: het psychoanalytisch referentiekader, onlosmakelijk verbonden aan de naam van Freud (zie Soudijn, 2007). De bij dit referentiekader horende vormen van psychotherapie zijn de verschillende *psychoanalytische behandelingen*. Deze worden in hoofdstuk 2 door Derksen besproken. Behandelaars met een preferentie voor dit referentiekader zullen er bij de heer Jager van uitgaan dat zijn depressie veroorzaakt wordt door een onverwerkt verlies in de eerste levensjaren in combinatie met een tekortschietende afweer om onbewuste angsten en intrapsychische conflicten onder controle te houden. Deze behandelaars zullen meneer Jager een psychoanalytische therapie adviseren.

Het tweede theoretische referentiekader is ontstaan als een reactie op het behaviorisme en de psychoanalyse. We hebben het hier over de humanistische psychologische theorieën (zie Lang, 2007). Niet de theorie over het ontstaan van psychopathologie, maar de beleving van de problemen door de cliënt dient volgens deze theorie het uitgangspunt voor de behandeling te vormen. De bij dit kader aansluitende vorm van psychotherapie is de *cliëntgerichte psychotherapie*. Deze wordt door Stinckens en Leijssen behandeld in hoofdstuk 3. Therapeuten die vanuit dit kader werken, zullen de heer Jager een cliëntgerichte gesprekstherapie aanbieden. Daarin ligt het accent op existentiële problemen en de bespreking van de depressieve gevoelens in het hier en nu. Het doel daarvan is dat de heer Jager beter leert begrijpen hoe zijn sombere gevoelens ontstaan en ze daardoor ook beter leert te hanteren.

Het derde theoretische referentiekader betreft de systeemtheoretische benaderingen van psychopathologie (zie Perreijn, 2007). Bij dit kader

behoren de *systeemtherapieën*. Deze bespreken Lange, Jacobs en Thewissen in hoofdstuk 4. Een systeemtherapeut zal de problematiek van de heer Jager in verband brengen met zijn functioneren op zijn werk en in zijn gezin. We zagen dat de heer Jager tegen zijn zin onder druk van zijn vrouw de promotie op zijn werk aanvaard heeft. Is hier sprake van een patroon? Moet hij vaker aan eisen van zijn vrouw voldoen, waaraan hij eigenlijk niet kan beantwoorden? Een gevolg is in ieder geval dat hij geïrriteerd op de kinderen reageert. Afhankelijk van de inschatting van de belangrijkste oorzaken van de depressie van de heer Jager zal de systeemtherapeut kiezen voor een relatietherapie en deze mogelijk combineren met een aantal gesprekken met het hele gezin.

Het vierde theoretische referentiekader staat te boek als de leertheoretische benadering van psychopathologie (zie Eelen, Perreijn & Havermans 2007). In hoofdstuk 5 bespreken Emmelkamp en Vedel de mede op deze benadering gebaseerde *gedragstherapie*. Binnen deze algemene vorm van psychotherapie is een groot aantal op leertheoretische principes gebaseerde technieken ontwikkeld. Behandelaars die werken volgens de leertheoretische benadering zullen de heer Jager waarschijnlijk een gedragstherapie adviseren. Deze therapie heeft tot doel om meer bekrachtiging voor constructief gedrag teweeg te brengen, waardoor de depressieve gevoelens, die een gevolg zijn van een gebrek aan bekrachtiging, zouden moeten verdwijnen.

Sterk verwant met de leertheoretische benadering zijn de cognitieve theorieën van psychopathologie, tezamen het vijfde theoretische referentiekader (zie Arntz & Roelofs, 2007). In hoofdstuk 6 behandelen Arntz en Smeets de bij deze theorieën aansluitende *cognitieve therapie*. Behandelaars uit deze stroming zullen door middel van cognitieve therapie trachten de heer Jager tot andere ideeën over zijn eigen presteren te brengen. Het doel van cognitieve therapie bij de heer Jager zal vooral zijn om disfunctionele cognities te veranderen in functionele cognities. Zo zal de therapeut de gedachte van de heer Jager – dat hij net als zijn moeder misschien wel ‘gek’ wordt – uitdagen. In de praktijk is er de laatste decennia steeds vaker sprake van een combinatie van cognitieve therapie en gedragstherapie; men spreekt in dat geval kortweg van *cognitieve gedragstherapie*.

De zesde therapeutische stroming die we in dit boek bespreken, richt zich niet zoals de eerdergenoemde stromingen op intrapersoonlijke maar juist op interpersoonlijke processen. De *interpersoonlijke therapie* besteedt bij de behandeling van psychische problemen vooral aandacht aan het herstellen van sociale steun en het benutten van de relaties met belangrijke anderen in de omgeving van de cliënt. In hoofdstuk 7 bespreken Blom en Smeets deze behandelvorm. De therapeut die volgens deze benadering werkt, zal nagaan of de promotie van de heer Jager twee jaar geleden wellicht een grote interpersoonlijke rolverandering was die heeft

bijgedragen aan de depressie, of dat er sprake is van een interpersoonlijk conflict, bijvoorbeeld met zijn vrouw. De therapeut zal nauwgezet nagaan welke relaties er veranderd zijn en samen met de heer Jager zoeken naar mogelijkheden om de kwaliteit van die relaties te verbeteren.

Het laatste theoretische referentiekader is gekenschetst als de biologische benadering van psychopathologie (zie Cima, Van den Hout & Veltman, 2007). Vanuit die benadering is een aantal 'biologische therapieën' ontwikkeld. Van Vliet en Honig bespreken de *biologische therapieën* in hoofdstuk 8. Voorbeelden daarvan zijn behandelingen met psychofarmaca, slaap- en waaktherapie, lichttherapie, elektroconvulsieve therapie en psychochirurgie. Dit zijn weliswaar geen psychotherapieën in de strikte zin van het woord, maar ze vinden in de ggz vaak toepassing bij de behandeling van psychische stoornissen, al dan niet in combinatie met andere behandelvormen.

Uit het voorgaande blijkt dat er verschillende vormen van psychotherapie naast elkaar bestaan. In het verleden heeft dat geregeld tot een 'methodenstrijd' geleid. In de dagelijkse praktijk levert een dergelijke strijd weinig op. De enige belangrijke vraag is daar eigenlijk: Welke vorm van psychotherapie levert bij deze problematiek de beste resultaten? Om bij ons voorbeeld te blijven: wie helpt de heer Jager het beste van zijn depressie af? Gelukkig groeit de laatste jaren het besef dat een verantwoorde indicatiestelling zich baseert op empirisch onderzoek naar de effectiviteit van bepaalde behandelmethoden. In jargon spreekt men in dat geval van 'evidence based mental health'.

Deel 2 Diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen

De vraag naar de effectiviteit van psychotherapieën kan men in het algemeen stellen, maar het is zinvoller die vraag te beantwoorden voor de verschillende psychische stoornissen. In deel 2 wordt deze vraag daarom uitgewerkt voor een aantal in de ggz veel voorkomende stoornissen. Dit deel beslaat dertien hoofdstukken, die zich richten op stoornissen bij volwassenen, ouderen en kinderen. Voorafgaand aan de bespreking van de diverse therapiemogelijkheden wordt daarbij steeds eerst apart aandacht besteed aan de diagnostiek van de desbetreffende stoornis. Daarbij worden de meest gebruikte (psycho)diagnostische instrumenten besproken. Achtereenvolgens komen aan de orde: de diagnostiek en behandeling van angststoornissen (hoofdstuk 9, Emmelkamp), stemmingsstoornissen (hoofdstuk 10, Peeters en Huibers), somatoforme stoornissen (hoofdstuk 11, Bouman), verslavingen (hoofdstuk 12, Marissen, Breteler en Schippers), schizofrenie en aanverwante psychosen (hoofdstuk 13, Van der Gaag), persoonlijkheidsstoornissen (hoofdstuk 14, Van Genderen, Arntz en Wijts), eetstoornissen (hoofdstuk 15, Jansen), seksuele

stoornissen (hoofdstuk 16, Van Lankveld), dementie (hoofdstuk 17, Ponds, Dijkstra en Van Hooren), angst- en stemmingsstoornissen bij kinderen en adolescenten (hoofdstuk 18, Muris, Broeren en Mayer), leerstoornissen (hoofdstuk 19, Ruijsenaars en Van Luit), disruptieve gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten (hoofdstuk 20, Orobio de Castro, Van der Oord, Raaijmakers en Prins) en ontwikkelingsstoornissen (hoofdstuk 21, Van Berckelaer-Onnes).

Deel 3 Indiciestelling, therapie-evaluatie en ethiek

Deel 3 is gewijd aan een aantal belangrijke deelaspecten van psychologische hulpverlening. In hoofdstuk 22 gaan Matkotski, Vervaeke en Van der Molen in op de problematiek van de indicatiestelling: het besluitvormingsproces dat uitmondt in een therapieadvies aan de patiënt. Om te komen tot een therapieadvies, combineert de indicatiesteller zijn kennis van de patiënt, die uit de anamnese naar voren is gekomen, met zijn kennis van het onderzoek naar de effectiviteit van de verschillende behandelingsmogelijkheden. Hoofdstuk 23 van Muris, Rassin en Van der Molen behandelt de vraag welke vormen van therapie-evaluatieonderzoek er zijn en wat de kenmerken zijn van goed therapie-evaluatieonderzoek. Ten slotte gaan Bos, Van der Vlist en Smeets in hoofdstuk 24 in op een aantal ethische aspecten van psychologische interventies en wetenschappelijk onderzoek. De auteurs bespreken daarin de beroepscode voor psychologen, besteden aandacht aan de regels voor ethische toetsing van onderzoek met mensen en leggen uit wat er wordt verstaan onder wetenschappelijke integriteit.

Patiënten en cliënten

De heer Jager werd met ernstige gevoelens van somberheid, slaapproblemen, prikkelbaarheid en gedachten over zelfmoord door zijn huisarts verwezen naar de Riagg. Daar komt de intaker uiteindelijk tot de conclusie dat er bij de heer Jager sprake is van een depressieve stoornis. Betekent het feit dat de psycholoog deze diagnose stelt automatisch dat de heer Jager ziek is?

De verschillende theoretische referentiekaders binnen de ggz hebben niet alleen elk een eigen benadering van psychopathologie, ze hebben ook verschillende opvattingen over wanneer iemand ziek of gezond is. Deze verschillen weerspiegelen zich voor een deel in de manier waarop er binnen een referentiekader gesproken wordt over de hulpvrager: als patiënt of als cliënt. De biologische benadering bijvoorbeeld, benadert psychopathologie vooral vanuit een medisch model. Iemand die voldoet aan de diagnostische criteria voor een psychische stoornis wordt gezien als ziek en men spreekt dan van een patiënt. Ook binnen het psychoanalytisch referentiekader spreekt men meestal van patiënten. Geheel an-

ders ligt dat voor de humanistische benadering. Binnen dit kader hecht men minder belang aan diagnostiek van psychopathologie en men spreekt hier over het algemeen van cliënten en niet van patiënten. In deze benadering staat niet de ziekte centraal, maar de cliënt, een mens met problemen. Binnen de overige benaderingen is het onderscheid tussen patiënt en cliënt minder duidelijk, beide benamingen worden door elkaar gebruikt.

In dit boek zult u de benamingen cliënt en patiënt beide tegenkomen; in het ene hoofdstuk wordt steeds van patiënten gesproken, in een ander van cliënten en in weer een ander hoofdstuk gebruikt men patiënt en cliënt door elkaar. De redactie is van mening dat het onjuist zou zijn om hierin één lijn te trekken en door het hele boek ofwel van patiënten ofwel van cliënten te spreken. De keuze hebben wij aan de desbetreffende auteur(s) gelaten.

We hopen met dit boek de lezer in de eerste plaats een goed beeld te geven van de hoofdstromingen in de psychotherapie (deel 1). In de tweede plaats is het boek bedoeld een goed overzicht te geven van zowel de instrumenten die in de praktijk gebruikt worden bij de diagnostiek van stoornissen als van de diverse behandelingsmogelijkheden van psychische stoornissen bij volwassenen, ouderen en kinderen en de effectiviteit daarvan (deel 2). Ten slotte willen we met dit boek het inzicht in enkele algemene kwesties ten aanzien van diagnostiek en behandeling in de klinische psychologie bevorderen (deel 3).

Deel 1

Behandelvormen en hun indicaties

Inhoud deel 1

- 1 Het anamnestic interview 21
- 2 Psychoanalytische behandelingen 47
- 3 Cliëntgerichte psychotherapie 67
- 4 Systeemtherapieën 93
- 5 Gedragstherapie 121
- 6 Cognitieve therapie 151
- 7 Interpersoonlijke psychotherapie 158
- 8 Biologische therapieën 211

Hoofdstuk 1

Het anamnestic interview

Susan Bögels

Inhoud hoofdstuk 1

1.1	Inleiding	1.4.2	Spelobservatie
1.2	Het anamnestic interview bij volwassenen	1.4.3	Andere accenten van de anamnese met een kind
1.3	Taken en vaardigheden van de intaker	1.4.4	Organisatie van de anamnese met een kind en het gezin
1.3.1	De anamnese en de anamnesevaardigheden	1.5	Oriëntatie op de behandeling
1.3.2	Gespreksvaardigheden	1.5.1	Behandelmethode en setting
1.3.3	Cognitieve vaardigheden	1.5.2	Indicatiestelling voor behandeling
1.4	Het anamnestic interview bij kinderen	1.6	Slotbeschouwing
1.4.1	Semigestructureerde interviews bij kinderen en hun ouders		

1.1

Inleiding

Mensen die in ernstige geestelijke nood verkeren, wenden zich voor hulp tot een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Om te bepalen wat hun probleem is en of, hoe, waar, hoelang en hoe intensief te behandelen gaat aan behandeling een diagnostische fase vooraf: de intake of anamnese. Anamnese betekent volgens Van Dales woordenboek 'het terugroepen in de herinnering' en is afkomstig van het Griekse anamnesis. In de praktijk van de gezondheidszorg verwijst anamnese naar datgene wat de cliënt zich van zijn ziektegeschiedenis herinnert. Het gaat om een gesprek (of een aantal gesprekken) met een duidelijk omschreven doel: het verzamelen van informatie die bijdraagt aan de totstandkoming van een diagnose. De onderwerpen van de anamnese zijn afhankelijk van de setting waarin de intaker werkt. Bij één en dezelfde patiënt zal een huisarts bijvoorbeeld een heel andere anamnese afnemen over hoofdpijnklachten dan een neuroloog.

Het anamnestic interview is in de geestelijke gezondheidszorg de belangrijkste bron van informatie om de diagnose en het behandelingsplan op te baseren. De anamnese bestaat doorgaans uit een of enkele gesprekken, soms aangevuld met psychologisch onderzoek door middel van (semi)gestructureerde interviews en tests. Soms vindt er ook een lichamelijk onderzoek plaats. Met behulp van deze gegevens doet de intaker een uitspraak over wat er aan de hand is, en waardoor de problemen zijn

veroorzaakt en waardoor ze in stand worden gehouden. Aan de hand van de diagnostische gegevens, alsmede de wensen van de patiënt en de mogelijkheden van de patiënt, doet de intaker een voorstel voor behandeling. Doorgaans doet de intaker dit niet alleen, maar bespreekt hij de gegevens van de patiënt en zijn inschattingen en behandelingsvoorstel in een intake-team. Vaak is een intake-team multidisciplinair van aard. Dat wil zeggen dat er hulpverleners van de verschillende therapeutische stromingen in het team zitting hebben. Hierdoor kan het team het probleem van de patiënt en de mogelijkheden voor behandeling vanuit verschillende visies beschouwen.

In dit hoofdstuk bespreken we eerst de anamnese bij volwassenen. De verschillende fasen van de anamnese komen aan de orde, evenals de vaardigheden die de intaker nodig heeft voor het afnemen van de anamnese. Daarna gaan we in op specifieke aspecten van het anamnestic interview bij kinderen. Tot slot bespreken we hoe de intaker op basis van de gegevens uit de anamnese tot een behandelingsvoorstel komt.

1.2

Het anamnestic interview bij volwassenen

De belangrijkste doelen van het anamnestic interview zijn het komen tot een diagnose en een behandelingsplan. De intaker formuleert de diagnose in termen van de aanwezige psychopathologie (de 'beschrijvende' diagnose), doorgaans door middel van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000; zie ook Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2007 voor meer informatie over de DSM-IV). Daarnaast tracht de intaker de problemen van de patiënt te herformuleren door zijn levensgeschiedenis te reconstrueren, zijn huidige omstandigheden te analyseren, en een indruk te krijgen van zijn persoonlijkheid, ten behoeve van de etiologische formulering oftewel 'verklarende' diagnose (Siassi, 1984; zie ook Groen & Thunnissen, zal in 2009 verdwijnen). De taak van de intaker bestaat dus uit het verzamelen van relevante informatie van de patiënt ten behoeve van de beschrijvende en verklarende diagnose, alsook andere informatie die nodig is voor het maken van een behandelingsplan. Het vestigen van een werkrelatie met de patiënt is een ander doel van het anamnestic interview (Reiser, 1984). Ook al is de taak van de intaker beperkt tot de diagnostische fase, en zal de intaker de patiënt meestal niet zelf behandelen, dan nog is het belangrijk dat patiënt en intaker een goede werkrelatie opbouwen en overeenstemming bereiken over het probleem en de behandeling ervan. Dit zal de 'compliance' bevorderen, dat wil zeggen dat de patiënt meer bereid is om de behandeladviezen op te volgen.

Voor het vaststellen van de beschrijvende diagnose (as I en as II DSM-IV) bestaan er ook gestructureerde en semigestructureerde interviews. Het

voordeel van dergelijke interviews is dat ze meer betrouwbaar zijn dan het klinisch interview waar dit hoofdstuk over handelt, en dat de kans op het missen van bepaalde diagnoses kleiner is. Een nadeel van (semi)gestructureerde interviews is dat ze meer tijd kosten omdat ze de intaker niet toestaan op basis van klinische kennis en ervaring de kortste weg tot de diagnose te nemen. Daarnaast bestaat het risico dat patiënten zich minder begrepen voelen door de lange lijst van voorgeformuleerde vragen die hen wordt voorgelegd. Bovendien beperken dergelijke (semi)gestructureerde interviews zich tot de beschrijvende diagnose, terwijl voor het vaststellen van een behandelplan andere informatie, onder meer de verklarende diagnose, eveneens noodzakelijk is. Een combinatie van een (semi)gestructureerd interview voor het vaststellen van de beschrijvende diagnose en onderdelen van het hier beschreven anamnestic interview is ook goed mogelijk. Ten behoeve van de training van hulpverleners is het in ieder geval aan te raden enkele malen een (semi)gestructureerd interview af te nemen, omdat dit de hulpverlener leert welke informatie nodig is om een beschrijvende diagnose te kunnen stellen en met welk soort vragen de hulpverlener deze informatie bij de patiënt kan ontlokken.

1.3

Taken en vaardigheden van de intaker

Anamnestic interviewen is een complexe vaardigheid van de intaker, waarin drie typen vaardigheden te onderscheiden zijn (Bögels et al., 1995):

- 1 de feitelijke anamnesevaardigheden,
- 2 de gespreksvaardigheden, en
- 3 de cognitieve vaardigheden.

De anamnesevaardigheden betreffen het vermogen van de intaker om bepaalde diagnostische informatie te verzamelen, of anders gezegd, de inhoudelijke agenda van het interview te hanteren. De gespreksvaardigheden betreffen de kwaliteit van de communicatie van de intaker. Bij anamnesevaardigheden gaat het er dus om wát er wordt nagevraagd, bij gespreksvaardigheden gaat het om hóe het wordt nagevraagd. De cognitieve vaardigheden betreffen het denkproces van de intaker. Het gaat om het vermogen van de intaker om verkregen informatie te ordenen, op basis van de informatie hypothesen te formuleren over de diagnose, de etiologie en het behandelingsplan, en om vragen te bedenken om de hypothesen te toetsen. Deze cognitieve vaardigheden zou men ook wel probleemoplossingsvaardigheden kunnen noemen. Tabel 1.1 bevat een uitgewerkt schema van de inhoudelijke agendapunten, gespreks- en cognitieve vaardigheden van de anamnese.

TABEL 1.1
Inhoudelijke agenda-
punten anamnese

<i>Inhoud</i>	<i>Gespreksvaardigheden</i>	<i>Cognitieve vaardigheden</i>
Introductie	Geven van informatie Vragen om feedback	
1 Probleemverheldering en speciële anamnese		Formuleren van hypothesen voor as-I- en as-II-diagnosen
1a Probleemverheldering	Aandachtgevend gedrag	
Verheldering van het aanmeldingsprobleem	Open vragen	Lijst 1: mogelijke diagnosen
Exploratie van andere problemen	Gevoelsreflecties	Lijst 2: uitgesloten diagnosen
Aanleiding om hulp te zoeken	Parafaseren van inhoud	Lijst 3: niet onderzochte diagnosen
Hulpvraag		
1b Speciële anamnese	Open en gesloten vragen	Selecteren van vragen om de hypothesen te toetsen
Uitdiepen hoofdklacht	Concretiseren	
Ontstaansfactoren	Hardop denken	
Verloop	Structureren	
Invloed op dagelijks leven	Samenvatten	
Behandeling en zelfhulp		
2 Psychiatrische anamnese	Geven van informatie (introduce 2e fase)	Formuleren van (differentiaal) diagnose op as-I, II en III
Versijning en psychomotoriek	Specifieke open en gesloten vragen	
Oriëntatie	Hardop denken	
Aandacht en geheugen	Structureren	
Waarneming		
Spraak en denken		
Stemming en affect		
3 Biografische anamnese	Geven van informatie (introduce 3e fase)	Formuleren van precipiterende, predisponerende en onderhoudende factoren (verklarende diagnose)
Vroege jeugd	Alle luistervaardigheden	Toetsen van as-II-diagnose
Kindertijd	Hardop denken	
Adolescentie	Structureren	
Volwassenheid		
Intrapsychische, sociale, intellectuele en seksuele ontwikkeling		
Premorbide persoonlijkheid		
4 Huidig functioneren	Geven van informatie (introduce 4e fase)	Formuleren diagnose as-IV en V
Kwantiteit en kwaliteit van sociale relaties	Alle luistervaardigheden	
Arbeidsfunctioneren, arbeidssatisfactie, financiële situatie		
Afsluiting	Samenvatten Geven van informatie Vragen om feedback	

Dit hoofdstuk verduidelijkt de taken en de vaardigheden van de intaker. Eerst worden de feitelijke anamnesevaardigheden, ingedeeld in de vier fasen van de anamnese, beschreven. Vervolgens worden de gespreksvaardigheden die de intaker hierbij nodig heeft, uitgewerkt. Tot slot gaan we in op wat er dient te gebeuren in het hoofd van de intaker, de cognitieve vaardigheden.

1.3.1

De anamnese en de anamnesevaardigheden

De inhoudelijke agenda die de intaker dient te hanteren tijdens een anamnestic interview kan het best worden ingedeeld in vier fasen (Bögels, 1994):

- 1 de probleemverheldering en de speciële anamnese
- 2 de psychiatrische anamnese in engere zin
- 3 de biografische anamnese en
- 4 de sociale anamnese, ofwel het huidige functioneren.

Fase 1: Probleemverheldering en speciële anamnese

Probleemverheldering

De intaker start met een korte introductie, waarin hij zichzelf voorstelt, het doel van het interview benoemt, vertelt hoelang het gesprek zal duren, en samenvat wat hij al van de patiënt weet. Dan exploreert hij het aanmeldingsprobleem van de patiënt, zodanig dat een duidelijk en concreet beeld wordt verkregen van het probleem, zoals de patiënt het presenteert en formuleert. Dit houdt in dat de intaker vraagt wat zijn probleem is, wanneer, waar, en bij wie het zich vooral voordoet, en hoe de patiënt het probleem zelf beleeft. Het referentiekader van de patiënt staat hierbij centraal (zie ook Lang & Van der Molen, 2003).

Exploratie van (mogelijke) andere klachten of problemen

Wanneer het aanmeldingsprobleem duidelijk is, vraagt de intaker na of er nog andere problemen zijn, en verheldert hij deze problemen op dezelfde wijze. Wanneer de patiënt spontaan andere problemen naar voren brengt, gaat de intaker hier eveneens op in.

Aanleiding om hulp te zoeken en hulpvraag

De intaker vraagt wat de aanleiding was dat de patiënt juist nu hulp vraagt voor zijn problemen. Deze vraag kan ook meer zicht geven op de lijdensdruk van dit moment en de motivatie voor behandeling. Tevens onderzoekt de intaker wat de hulpvraag van de patiënt is en welke wensen en verwachtingen de patiënt heeft ten aanzien van mogelijke hulp. Indien de patiënt meerdere problemen heeft, gaat de intaker na welk probleem de patiënt als eerste wil behandelen. Zowel aanleiding als hulpvraag zijn van belang bij het uitstippelen van het verdere diagnostiek- en behandelbeleid bij de patiënt.

Uitdiepen van de hoofdklacht(en)

Uitdiepen van de hoofdklacht gebeurt vanuit het referentiekader van de intaker. Deze informatie wordt ingewonnen in het kader van het probleemoplossingsproces, dat wil zeggen het genereren en toetsen van

hypothese door de intaker. De intaker stelt verdere vragen over de aard en intensiteit van de hoofdklacht, en vraagt daarbij naar symptomen die het probleem begeleiden (de diagnostische criteria). Bijvoorbeeld: de intaker vraagt aan een patiënt die klaagt over somberheid of hij de laatste tijd ook is afgevallen. Aan een patiënt die de straat niet op durft vraagt de intaker welke lichamelijke gevoelens hij heeft als hij op straat loopt. Aan een patiënte die last heeft van vreetbuien vraagt de intaker of zij ook laxantia gebruikt.

Ontstaansfactoren

De intaker vraagt hoe de klacht ontstaan is en welke omstandigheden en gebeurtenissen een rol speelden bij het ontstaan van de klacht. Daarnaast gaat hij na welke ideeën de patiënt heeft over de oorzaken van de klacht. Met deze laatste vraag wordt tevens een beeld verkregen van het ziekte-inzicht en het beoordelingsvermogen van patiënt. Dit is zowel van belang bij het stellen van de diagnose (bijvoorbeeld het ontbreken van een kritisch beoordelingsvermogen bij een paranoïde toestandsbeeld) als bij de beeldvorming van de persoonlijkheid van patiënt en de behandelingsmogelijkheden.

Verloop

De intaker exploreert de duur van de klacht, en hoe de klacht zich vanaf het moment van ontstaan heeft ontwikkeld tot nu. Is de klacht in bepaalde perioden verergerd of verminderd en welke factoren hingen hiermee samen?

Involed op dagelijks leven

De intaker onderzoekt de gevolgen van de klacht op het dagelijkse leven van de patiënt. Het gaat hierbij om de gevolgen op het gedrag van de patiënt en om de reactie van de omgeving op de klacht. De mogelijke functie van de klacht kan hierdoor duidelijk worden.

Behandeling en zelfhulp

Tot slot gaat de intaker na of de patiënt eerder behandeling heeft gehad voor deze klachten. Het gaat hierbij om behandeling in de breedste zin des woords: medische, paramedische, psychiatrische en psychologische behandeling. Het gebruik van medicatie voor de klachten, en alcohol- of drugsgebruik als vorm van zelfmedicatie, vallen eveneens onder behandeling en zelfhulp. Ook vraagt de intaker na wat de patiënt zelf al heeft geprobeerd te doen aan de klachten. De effecten van alle 'behandelingen' op de klacht dient de intaker eveneens na te vragen.

Fase 2: Psychiatrische anamnese in engere zin

Tijdens de psychiatrische anamnese in engere zin gaat de intaker op een gestructureerde manier psychiatrische symptomatologie na. De informatie kan hij op vier manieren krijgen: via observatie, conversatie, exploratie en onderzoek (Othmer & Othmer, 1994). Observatie houdt in het registreren van de diverse gedragingen, reacties, en uiterlijke kenmerken en het interpreteren van hun betekenis. Hiervoor is de medewerking van de patiënt niet noodzakelijk. Conversatie is de niet-gerichte algemene communicatie met de patiënt, zoals een praatje over het weer, of hoe de patiënt hier gekomen is. Tijdens de conversatie kan de intaker een indruk krijgen van de conditie van de patiënt, terwijl deze zich er niet speciaal van bewust is dat hij geobserveerd wordt. Een paranoïde patiënt bijvoorbeeld, kan exploratie weigeren maar wel conversatie toestaan. Exploratie is het onderzoeken van de innerlijke ervaringen van de patiënt die niet te observeren zijn, zoals: stemming, gedachte-inhoud en oordeelsvermogen. Onderzoek houdt in het testen van bepaalde functies van de patiënt. De intaker kan bijvoorbeeld het geheugen van de patiënt testen door hem een rijtje woorden te laten onthouden.

Verschijsning en psychomotoriek

Vanaf de eerste confrontatie met de patiënt dient de intaker het gedrag van de patiënt, diens verschijsning en presentatie te observeren. De wijze waarop de patiënt wacht in de wachtkamer geeft soms al belangrijke informatie. Wanneer de intaker een patiënt bijvoorbeeld staand in de wachtkamer aantreft (observatie) zou dit een teken kunnen zijn dat de patiënt zich niet op zijn gemak voelt tussen andere mensen (interpretatie), wat bijvoorbeeld voorkomt bij sociale fobie of bij een paranoïde waan (diagnose). De intaker observeert specifiek de verschijsning van de patiënt, zoals lichaamsbouw, hygiëne en oogcontact. Hij observeert het psychomotore gedrag van de patiënt en let op afwijkingen zoals tremoren of tics.

Oriëntatie

Tijdens het interview wordt door de intaker onderzocht of de patiënt goed georiënteed is in tijd, plaats en persoon. Weet de patiënt wat de dag en tijd is, waar hij is, wanneer de afspraak gemaakt is, hoelang de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen, hoe hij de instelling heeft kunnen vinden, en wie de intaker is?

Aandacht en geheugen

De intaker observeert en vraagt of er sprake is van problemen in concentratie, zoals snel afgeleid zijn, en in bewustzijn, zoals sufheid of slaperigheid. Tevens onderzoekt hij het geheugen van de patiënt. Dit gebeurt

enerzijds door informele tests zoals het spellen van de naam van de intaker tijdens het voorstellen en vervolgens te observeren of de patiënt die naam ook gebruikt. Anderzijds kan de intaker ook navragen of er problemen zijn met het onthouden en herinneren.

Waarneming

De intaker onderzoekt waarnemingsstoornissen: ziet, hoort, ruikt of voelt de patiënt wel eens dingen die anderen niet zien, horen, ruiken of voelen? Daarbij gaat de intaker na of er sprake is van echte hallucinaties of van pseudohallucinaties of illusionaire vervalsingen. Bijvoorbeeld: 'Hooft u echt een stem of is het net alsof u een stem hoort?'

Spraak en denken

Spraak is gecodeerd denken, en stoornissen in de spraak kunnen stoornissen in het denken indiceren, maar dit is niet altijd het geval. De intaker observeert het tempo van spreken, stoornissen in de articulatie, snelheid en vloeiendheid. Stoornissen in de vorm van het denken worden ook nagegaan: is het denken traag, wijldloepig, of versneld? Veel mentale stoornissen kenmerken zich door pathologische inhoud van het denken. Is er sprake van wanen, overwaardige ideeën, suïcidale of extreem schuldbeladen gedachten? Zijn er irrationele angsten, obsessies of dwanghandelingen?

Stemming en affect

Tot slot vraagt de intaker na in welke stemming de patiënt verkeert. Stemming is de subjectieve emotie die door de patiënt wordt ervaren gedurende een langere periode. Er kan sprake zijn van een depressieve stemming, een euforische stemming, een geïrriteerde stemming of een angstige stemming, of van 'afwezigheid van gevoel'. Het affect van de patiënt, dat wil zeggen de emotionele reactie van de patiënt op interne en externe gebeurtenissen tijdens het interview, wordt door de intaker geobserveerd. Indicaties voor (verandering in) affect zijn autonome reacties zoals blozen, trillen, zweten, toon van de stem, houding en beweging.

Fase 3: Biografische anamnese

De biografische anamnese brengt de levensgeschiedenis van de patiënt in kaart in verschillende perioden; de vroege jeugd (0-4), kindertijd (4-12), adolescentie (12-18) en volwassenheid (18-nu). De intaker vormt zich een beeld van de lichamelijke, psychische, seksuele, sociale, en intellectuele (dat wil zeggen: opleidings- en arbeids-)ontwikkeling van de patiënt gedurende de verschillende perioden. De intaker stelt vragen als: 'Beschrijf eens het gezin waarin je bent opgegroeid?' 'Hoe ging het

op school?' 'Hoe waren de contacten met leeftijdsgenoten?' Life events gedurende de verschillende perioden, zoals trauma's, verhuizingen, opnamen en scheiding, worden nagevraagd. Ook vragen intakers naar psychiatrische stoornissen in de familie.

De intaker vormt zich een indruk van de persoonlijkheid van de patiënt: welke trekken kenmerken de patiënt over langere tijd? Voorbeelden hiervan zijn overdreven nauwgezetheid, verlegenheid, extraversie, overmatige bezorgdheid, perfectionisme en losbandigheid. Door vragen te stellen als: 'Hoe vindt u het om een fout te maken op uw werk?', 'Als u een probleem hebt, bespreekt u dat dan met anderen of lost u het bij voorkeur zelf op?' kan de intaker zich een beeld vormen van de persoonlijkheidskenmerken van de patiënt. Het zelfbeeld wordt geëxploreerd door de patiënt te vragen een beschrijving te geven van wat voor persoon hij is, en/of hem te vragen naar zijn goede en slechte eigenschappen. Eigenschappen die samenhangen met de klachten en niet voordien al aanwezig waren, zijn geen persoonlijkheidskenmerken. Met name langdurige patronen van disfunctioneren, zoals die bestaan bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, worden door de intaker onderzocht.

Fase 4: Huidig functioneren

De vierde fase van het interview betreft het huidige functioneren van de patiënt in zijn sociale relaties, maatschappelijke situatie en vrijetijdsbesteding. Ten eerste brengt de intaker de aanwezigheid en kwaliteit van het sociale netwerk van de patiënt in kaart. Het gaat hierbij om relaties binnen het huidige gezin (de primaire groep) en daarbuiten. Zo krijgt de intaker een beeld van hoe de patiënt sociaal functioneert en hoeveel sociale steun de patiënt in diens omgeving heeft. Dit kan van belang zijn bij het bepalen van het verdere beleid. Ook gaat de intaker na hoe de patiënt functioneert in zijn werk of opleiding, hoe de financiële situatie en de huisvesting is, en welke hobby's de patiënt heeft. Belangrijk is ook te weten hoe tevreden de patiënt met zijn huidige functioneren op deze gebieden is.

Afsluiting

Aan het eind van het interview deelt de intaker zijn opgedane inzichten met de patiënt. Hij vat samen wat hij begrepen heeft van het probleem van de patiënt, wat de diagnose is, wat mogelijke oorzaken zijn, en wat de hulpvraag is. Bovendien geeft hij informatie over de prognose van de klacht en de (verschillende) behandelmogelijkheden. Ter illustratie een gespreksfragment (zie hiervoor box 1.1).

BOX 1.1

Afsluiting van de anamnese: samenvatten en informatie geven

Uit wat u mij verteld hebt blijkt dat u last hebt van een zogenaamde 'paniekstoornis'. Een paniekstoornis houdt in dat u last hebt van paniekaanvallen, waarbij – in uw geval – u duizelig bent, hartkloppingen hebt, misselijk wordt en bang bent om dood te gaan. Herkent u dit? (...) Dit probleem komt veel voor, één op de twintig mensen heeft er last van (...). Het overlijden van uw oom door een hartinfarct heeft u bang gemaakt dat er ook met uw gezondheid iets mis zou zijn. In dezelfde periode had u ook veel stress op uw werk, wat de klachten verergerd kan hebben (...). Het is goed dat u zo snel naar ons toe bent gekomen, want het is een heel hinderlijk probleem. Er zijn gelukkig goede behandelingen om van deze angst af te komen. We kunnen u een zogenaamde 'cognitieve gedragstherapie' aanbieden. Dit is een therapie waarbij u eerst leert na te gaan waar u nu precies bang voor bent als u last hebt van hartkloppingen, bijvoorbeeld een hartaanval. Vervolgens gaat u samen met uw therapeut onderzoeken of dit werkelijk een dreigende hartaanval is, of dat er een andere verklaring voor uw hartkloppingen is. De therapie duurt ongeveer drie maanden en de meeste mensen zijn dan grotendeels van hun angst af. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid van medicijnen tegen de paniekaanvallen. Deze medicijnen helpen goed. Het nadeel is echter dat er een kans bestaat dat de klachten terugkomen wanneer u stopt met de medicijnen. Daarom is mijn advies de cognitieve gedragstherapie te proberen. Mocht dit niet of niet afdoende helpen, kunt u altijd nog medicijnen overwegen.

1.3.2**Gespreksvaardigheden**

Gespreksvaardigheden hebben betrekking op het proces van het interview. Ze reflecteren het vermogen van intakeurs om interesse te tonen in de problemen van de patiënt, om informatie te ontlokken op een open en natuurlijke manier, om hun begrip van het probleem te communiceren aan de patiënt en om de patiënt zo veel mogelijk informatie te geven over het doel van het interview, de therapie en dergelijke. Gespreksvaardigheden zijn van groot belang bij het vestigen van een werkrelatie met de patiënt. Lang en Van der Molen (1990; 2003) delen gespreksvaardigheden in twee categorieën in: luistervaardigheden en regulerende vaardigheden. Luistervaardigheden zijn nodig om de patiënt zijn verhaal te laten vertellen. Met behulp van regulerende (of metacommunicatieve) vaardigheden stuurt de intakeur de koers van het interview en geeft hij inzicht in zijn werkmethode.

We kunnen de volgende zes luistervaardigheden onderscheiden (Lang & Van der Molen, 1990; Bögels, 1994):

- aandachtgevend gedrag
- vragen stellen
- concretiseren
- parafraseren van inhoud
- reflecteren van gevoel
- samenvatten.

Aandachtgevend gedrag bestaat uit verbale en non-verbale gedragingen zoals: gelaatsuitdrukkingen, oogcontact, hoofdknikken en ondersteunende handgebaren, ‘hummen’, korte stilten, en kleine tussenwerpsels. Doel ervan is een situatie te creëren waarin de patiënt gestimuleerd wordt vrijuit en in alle rust over zijn problemen te praten. De non-verbale en verbale aanmoedigingen mogen niet zo vaak voorkomen of onrustig zijn dat zij de patiënt afleiden van zijn verhaal.

Belangrijk bij het vragen stellen, is het onderscheid tussen gesloten en open vragen. Een open vraag sluit geen antwoordcategorie uit en laat de patiënt een grote vrijheid in de formulering van zijn antwoord. Open vragen hebben tot doel de patiënt ruimte te geven om vanuit zijn eigen referentiekader te praten en zelf richting en inhoud van het gesprek te bepalen. Open vragen kunnen variëren in de hoeveelheid ruimte die een patiënt krijgt. Vergelijk: ‘Waar wilt u over praten?’ en ‘Hoe ging het afgelopen week met de collega’s op uw werk?’. De ruimte die een open vraag biedt, dient zodanig te zijn gekozen dat het de patiënt stimuleert tot (verdere) exploratie. Het stellen van open vragen is geïndiceerd wanneer de intaker de patiënt exploratief tegemoet treedt, dus met name tijdens de probleemverheldering, de exploratieve perioden in de specifieke anamnese, en de exploratieve perioden in de biografische en sociale anamnese.

Een gesloten vraag beperkt de antwoordmogelijkheden van de patiënt. De inhoud van de vraag bepaalt voor een groot deel het antwoord. De patiënt kan in het algemeen volstaan met het beamen dan wel ontkennen, waardoor de intaker maar weinig nieuwe informatie krijgt. In de probleemverhelderende fase is een spaarzaam gebruik van gesloten vragen daarom aan te raden. In de specifieke anamnese en psychiatrische anamnese in engere zin is het vaker geïndiceerd gesloten vragen te stellen wanneer de intaker iets specifiek wil weten, dat wil zeggen eenvoudige of feitelijke informatie wil krijgen. Bijvoorbeeld: ‘Hebt u ooit het idee gehad dat u achtervolgd werd?’.

Door te concretiseren en door te vragen laat de intaker de patiënt zo nauwkeurig mogelijk over zijn problemen vertellen. De intaker stelt

vragen als: 'Wat gebeurde er precies?' 'Wie zijn "ze"?' 'Wanneer voelde u zich zo?' Concretiseren kan plaatsvinden met betrekking tot verschillende aspecten van het probleem: de situatie, het gedrag, de gedachten, de gevoelens. Concretisering dient bij voorkeur plaats te vinden in de vorm van open vragen. Doel van concretiseren is om algemene, onpersoonlijke en impliciete uitspraken en verhalen van de patiënt te verduidelijken om zo een scherper en gedifferentieerder inzicht in de problematiek te krijgen. Concretisering is geïndiceerd wanneer de patiënt vage uitspraken doet en verduidelijking hiervan nodig is om zich een redelijk nauwkeurige voorstelling van de problemen te kunnen maken. Concretisering is ook nodig om een onderwerp dat de patiënt al naar voren heeft gebracht, verder uit te diepen.

Parafraseren betekent dat de intaker kort en in eigen woorden weergeeft wat de belangrijkste inhoudelijke informatie is die de patiënt net heeft gegeven. Het parafraseren kan verschillende doelen dienen: tonen van begrip, nagaan of men de patiënt heeft begrepen, en de informatie van de patiënt nauwkeuriger weergeven. Wil de intaker laten merken dat hij de patiënt begrijpt, dan dient hij de parafrase op bevestigende toon uit te spreken. Wil de intaker nagaan of hij de patiënt heeft begrepen, dan moet de patiënt de mogelijkheid krijgen om de intaker te corrigeren en dient de parafrase op veronderstellende toon te worden uitgesproken.

Reflecteren van gevoel betekent het in eigen woorden weergeven van het belangrijkste gevoel dat in de woorden van de patiënt doorklinkt. De gevoelens kunnen betrekking hebben op personen (de patiënt zelf, anderen, de intaker) of op gebeurtenissen. Zij kunnen in het verleden gespeeld hebben of actueel zijn, zij kunnen enkelvoudig zijn (bijvoorbeeld 'verdrietig') of meervoudig ('verdrietig' en 'opgelucht' tegelijk), de patiënt kan ze verbaal al dan niet in bedekte termen uiten, maar vaker worden ze non-verbaal geuit (lichaamshouding, gelaatsuitdrukking, stemvolume, intonatie, enzovoorts). Met reflecteren van gevoel toont de intaker begrip voor de gevoelens van de patiënt en stimuleert hij de patiënt diens gevoelens te uiten en zich er meer bewust van te worden. Omdat de intaker hier interpreteert, dient hij deze reflecties bij uitstek tentatief te brengen.

Een samenvatting is een beknopte weergave van de belangrijkste zaken die de patiënt volgens de intaker verteld heeft. Het verschil tussen samenvatten enerzijds en parafraseren en reflecteren anderzijds, is hoofdzakelijk daarin gelegen dat in een samenvatting uitingen van de patiënt over een langere periode worden weergegeven. Een samenvatting kan de volgende doelen dienen: nagaan of men de patiënt goed begrepen heeft, de patiënt stimuleren tot verdere exploratie van zijn gedachten of

gevoelens en structuur aanbrengen in het gesprek door de hoofdzaken te ordenen. Samenvattingen zijn geïndiceerd na een verwarde woordestroom; als de patiënt klaarblijkelijk alles verteld heeft wat voor hem van belang is, aan het einde van de bespreking van een bepaald onderwerp (bijvoorbeeld een fase van de anamnese), bij de overgang naar een volgend onderwerp, aan het einde van een gesprek en aan het begin van een vervolgesprek.

De regulerende vaardigheden die relevant zijn voor het anamnestic interview zijn (Bögels, 1994):

- geven van informatie
- vragen om feedback
- hardop denken
- structureren.

De intaker dient op verschillende momenten in een gesprek informatie te geven aan de patiënt. Noodzakelijk is dat de patiënt de informatie kan begrijpen en onthouden. Informatie is beter te begrijpen als ze concreet is, in begrijpelijke taal geformuleerd (geen vaktermen en moeilijke woorden) en wanneer ze is aangepast aan het begripsvermogen van degene voor wie ze is bedoeld, in dit geval de patiënt. Informatie spreekt meer aan wanneer ze aansluit bij de belevingswereld van de patiënt, bijvoorbeeld wanneer de hulpverlener voorbeelden uit het verhaal van de patiënt gebruikt. Informatie is beter te onthouden wanneer ze in kleine hoeveelheden wordt aangeboden. Informatie geven is op verschillende momenten geïndiceerd:

- aan het begin van het gesprek (de intaker stelt zich voor, geeft het doel en de werkwijze aan, noemt de tijd die er voor het gesprek is, verwijst naar informatie die hij al van de patiënt heeft en legt uit waarom hij een cassette recorder of iets dergelijks gebruikt)
- aan het begin van een nieuwe fase van de anamnese (de intaker kondigt de fase aan, legt het doel en de werkwijze ervan uit)
- wanneer de patiënt vragen heeft over de klachten en de behandeling
- aan het eind van het gesprek (de intaker sluit het gesprek af, geeft informatie over de verdere voortgang, noemt wat de afspraken zijn).

Vragen om feedback betekent vragen om reacties van de patiënt nadat de intaker informatie heeft gegeven. Vragen om feedback heeft verschillende doelen: De intaker kan hiermee onderzoeken of de patiënt de informatie gehoord en begrepen heeft. Hij kan nagaan hoe de patiënt over de informatie denkt (Is de patiënt het met de informatie eens? Zitten intaker en patiënt op dezelfde golflengte?) en de intaker kan de samenwerking ermee bevorderen. Vragen om feedback kan door middel van gesloten of open vragen. Gesloten indien de intaker om akkoord wil vragen (bij een

contract) of op begrip wil controleren. Open, indien de intaker geïnteresseerd is in de mening van de patiënt, diens eigen gedachte of reacties op hetgeen de intaker gezegd heeft. Beide vormen kunnen in een gesprek voorkomen. De intaker heeft een geïnteresseerde houding ten aanzien van spontane feedback van de patiënt over het interview en laat merken deze feedback belangrijk te vinden.

Hardop denken houdt in dat de intaker zijn gedachten hardop uitspreekt. Niet alleen de uiteindelijke conclusies, maar ook zijn observaties, gedachten en overwegingen deelt de intaker aan de patiënt mee. Hardop denken heeft verschillende doelen: het bevordert de openheid en duidelijkheid van de kant van de intakers, het werkt angstreducerend en het stimuleert de patiënt zelf tot hardop denken waardoor deze een actievere rol krijgt. Met hardop denken kan de intaker bovendien informatie ontlokken waarmee hij zijn begrip van het probleem kan toetsen. Hardop denken bevordert de samenwerkingsrelatie. Het is geïndiceerd wanneer de intaker een vraag over een nieuw onderwerp wil stellen of een vraag of opmerking uit zijn eigen referentiekader wil maken. De intaker maakt de vraag inzichtelijk voor de patiënt. Hardop denken is ook geïndiceerd wanneer de intaker gedachten heeft die hem blokkeren in het luisteren naar de patiënt, bijvoorbeeld: 'Ik merk dat ik even niet luisterde omdat ik nog zat te denken over wat u daarnet zei over het drinkgedrag van uw man'. Vanzelfsprekend kan de intaker niet alle gedachten die hem afleiden met de patiënt delen, hardop denken moet de doelen van het anamnestic interview (verkrijgen en toetsen van relevante informatie en bevorderen van de werkrelatie) dienen.

Structureren is het ordenen en leiden van het gesprek. Structurerende reacties hebben tot doel de lijn van het gesprek vast te houden, het gesprek te ordenen en het gesprek efficiënt te laten verlopen (dat wil zeggen binnen de afgesproken tijd zo veel mogelijk van de doelen van het interview te bereiken). De intaker kan structureren door terug te komen op eerder (half) besproken onderwerpen, door de patiënt af te kappen wanneer hij zijpaden inslaat en terug te brengen op de vraag of het onderwerp. De intaker laat de patiënt dan niet doorpraten over onderwerpen waarvan het belang volgens de intaker niet duidelijk is. De structurerende reacties dienen duidelijk te zijn voor de patiënt. De intaker kapt bijvoorbeeld zodanig af dat de patiënt begrijpt waarom hij afgekapt wordt en zich niet bestraft voelt. Structurerende reacties zijn geïndiceerd wanneer de patiënt en/of de intaker afdwaalt van het onderwerp, wanneer de patiënt uitwijdt over irrelevante details, en wanneer de voor het gesprek gestelde doelen niet gehaald dreigen te worden.

1.3.3

Cognitieve vaardigheden

Anamnese- en gespreksvaardigheden zoals we die hierboven hebben besproken, hebben betrekking op het overte gedrag van de intaker. We richten ons nu op het coverte gedrag van de intaker, namelijk de mentale processen tijdens het afnemen van de anamnese. Intakers dienen een grote hoeveelheid verbale en non-verbale informatie van de patiënt tegelijkertijd te verwerken. Op basis van deze informatie selecteren zij diagnostische hypothesen en ontwikkelen ze vragen om deze hypothesen te testen en bij te stellen of te verfijnen (Nurcombe & Gallagher, 1986). Voor het selecteren van diagnostische hypothesen maken ze gebruik van vergelijkbare gevallen die opgeslagen zijn in hun geheugen, en van kennis over diagnostische classificaties. Tot slot beslissen ze welke diagnose het meest waarschijnlijk is. Al deze activiteiten worden cognitieve ofwel probleemoplossende vaardigheden genoemd.

Het proces van hypotheseselectie en hypothesetoetsing is beschreven door Othmer en Othmer (1994). Bij dit proces maakt de intaker drie lijsten. Bij de start van het eerste contact maakt de intaker een lijst met alle mogelijke diagnoses, gebaseerd op observaties en symptomen die verenigbaar zijn met belangrijke mentale stoornissen (lijst 1). Tijdens hetzelfde screeningsproces observeert de intaker en probeert hij aanwijzingen te verkrijgen die andere mentale stoornissen uitsluiten, om vervolgens een lijst met uitgesloten stoornissen op te stellen (lijst 2). De derde lijst (lijst 3) betreft de nog niet onderzochte stoornissen. Het diagnostische proces verloopt dan als volgt: van de lange lijst 3 met niet onderzochte stoornissen (feitelijk de hele DSM-IV) leidt de intaker een lijst van ingesloten en een lijst van uitgesloten stoornissen af. Dit proces wordt gecontinueerd totdat de lijst met niet onderzochte stoornissen leeg is. In box 1.2 treft u een voorbeeld aan van dit proces, normaal gesproken vindt dit proces echter in het hoofd van de hulpverlener plaats.

BOX 1.2

Het diagnostisch denkproces van de intaker: de drie lijsten aan het begin en het eind van een anamnestic interview

Een patiënte meldt zich aan vanwege sociale angst en wisselende stemmingen. Uit haar voorgeschiedenis (status) is bekend dat zij soms seksueel ontremd gedrag vertoont en dat zij enkele malen is opgepakt wegens rijden onder invloed van alcohol.

Na lezing voorinformatie status formuleert de intaker de volgende lijsten:

lijst 1: bipolaire stoornis, sociale fobie, alcoholmisbruik of afhankelijkheid, borderlinepersoonlijkheidsstoornis

vervolg box

lijst 2: leeg
lijst 3: hele DSM-IV.

Na het anamnestic interview stelt de intaker de drie lijsten als volgt bij:

lijst 1: bipolaire I stoornis, sociale fobie

lijst 2: andere angststoornissen, alcoholmisbruik en afhankelijkheid, andere aan een middel gebonden stoornissen, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornissen, dissociatieve stoornissen, somatoforme stoornissen, seksuele stoornissen, eetstoornissen, slaapstoornissen, stoornissen in de impulsbeheersing, gedragsstoornissen

lijst 3: andere persoonlijkheidsstoornissen.

Aan het begin van dit screeningsproces gebruikt de intaker algemene vragen die sensitief maar weinig specifiek zijn, om diagnostische aanwijzingen te verzamelen. Bijvoorbeeld: 'Hoe is het met uw stemming?', 'Hoe is uw lichamelijke gezondheid?', 'Hebt u last van spanningen of angsten?'. Met dergelijke vragen onderzoekt de intaker belangrijke diagnostische gebieden van mentale stoornissen. De belangrijkste diagnostische gebieden zoals onderscheiden in de DSM-IV-TR zijn:

- angstklachten
- stemmingsstoornissen
- somatoforme stoornissen
- gedragsproblemen
- verslavingsproblemen
- psychotische stoornissen
- cognitieve stoornissen.

Daarnaast screent de intaker psychosociale en omgevingsproblemen. Ook onderzoekt hij langdurige patronen van slechte aanpassing, ter screening van persoonlijkheidsstoornissen.

Nadat de intaker met sensitieve doch weinig specifieke vragen diagnostische aanwijzingen verzameld heeft waaruit blijkt dat er op een bepaald gebied iets aan de hand is, gebruikt de intaker vragen van hoge diagnostische specificiteit om alle essentiële symptomen van een stoornis te identificeren, de diagnostische criteria. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld last heeft van een sombere stemming, vraagt de hulpverlener 'Hoe vaak hebt u last van somberheid?' (om na te gaan of aan het criterium dat de sombere stemming het grootste deel van de dag duurt, er bijna elke dag

is, en gedurende twee weken aanwezig is, voldaan wordt) en 'Hebt u ook wel eens de tegenovergestelde stemming meegemaakt, dat u zo vrolijk of high was dat mensen in uw omgeving zich zorgen om u maakten?' (om na te gaan of er sprake is van een unipolaire dan wel bipolaire stoornis).

Tot slot zoekt de intaker naar informatie die de diagnose ondersteunt, zoals informatie over het verloop van de stoornis, de premorbide persoonlijkheid, de hulpverleningsgeschiedenis en de medische, gezins- en persoonlijke geschiedenis.

Het resultaat van het anamnestic interview is doorgaans een multi-axiale evaluatie van de problemen van de patiënt volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000). Intakers die de multi-axiale evaluatie niet willen gebruiken, noteren gewoon de gestelde diagnoses. De belangrijkste diagnose of de reden voor de komst van de patiënt naar de ggz dient door de intaker als eerste hulpvraag genoteerd te worden. Naast de diagnostische formulering in DSM-terminen, noteert de intaker op een formulier ook andere gegevens die belangrijk zijn om het probleem van de patiënt te begrijpen en de beste behandeling te overwegen. Het betreft onder meer de hulpvraag van de patiënt, diens persoonlijkheidskenmerken, relevante gegevens uit de biografische anamnese en de hulpverleningsgeschiedenis, en het zelfreflectief vermogen van de patiënt. Uiteindelijk resulteert het anamnestic interview in een beargumenteerd voorstel voor behandeling (of geen behandeling), en een prognose over wat er van de voorgestelde behandeling te verwachten valt. In figuur 1.1 zijn de eerste twee pagina's van een intakeformulier weergegeven. De conclusies van het anamnestic interview: de diagnostische formulering, het behandelingsplan en de prognose, dient de intaker aan de patiënt mee te delen.

In tabel 1.1 (derde kolom) is een opsomming gegeven van de cognitieve vaardigheden waarover de intaker gedurende de verschillende fasen van het diagnostisch interview moet kunnen beschikken. Tijdens de probleemverheldering formuleert de intaker al hypothesen over de as-I-en as-II-diagnose (lijst 1: 'mogelijke diagnoses', vanuit lijst 3: 'niet onderzochte diagnoses'). De intaker toetst zijn hypothesen echter nog niet, omdat op dat moment het referentiekader van de patiënt tijdens de probleemverheldering centraal staat. Tijdens de speciële anamnese selecteert de intaker vragen om zijn diagnostische hypothesen te testen. Met de informatie die deze vragen opleveren scherpt hij lijst 1 aan en stelt hij lijst 2 van de uitgesloten diagnoses op. Tijdens de psychiatrische anamnese in engere zin werkt de intaker lijst 3 van de niet onderzochte stoornissen verder af.

FIGUUR 1.1

Deel uit intakeformulier

<p>basisgegevens naam: voornaam: geboortedatum: adres: tel. nr.:</p>	<p><i>psychiatrische familieanamnese</i></p>
<p>intaker: naam: verwijzer: naam: instelling:</p>	<p><i>somatische voorgeschiedenis</i></p>
<p>anamnese (huidige klachten, symptomen, betekenis voor betrokkene, aanleiding voor komst, begin en beloop, factoren die van invloed zijn op de klachten, reactie op behandelingen, hulpvraag)</p>	<p>promorbiditeit <i>beschrijvend</i> (beeld dat betrokkene van zichzelf en anderen heeft, normen, interessen en hobbies, fantasieën en idealen, temperament, habituele stemming, habituele reactie op stress, persoonlijkheidsstreken)</p>
<p><i>psychiatrische voorgeschiedenis</i> (eerdere problematiek, opnames, hulpverleningscontacten, diagnoses, medicaties)</p>	<p><i>b psychodynamisch</i> het driftleven (ontwikkelingsfasen, fixaties, regressies)</p>
<p><i>actueel medicatiegebruik, intoxicaties, verslavingen</i></p>	<p>ik-functies (regulatie, integratie, afweer, reality-testing, frustratietolerantie, objectrelaties, conflictvrije gebieden)</p> <p>gewetensfunctie en streefniveau</p>

Met de gegevens uit de psychiatrische anamnese heeft de intaker doorgaans voldoende informatie om een (differentiaal)diagnose te stellen op as-I (mentale stoornissen) en as-III (lichamelijke ziekten). Met de gegevens uit de biografische anamnese in combinatie met de informatie uit de probleemverheldering en speciële anamnese kan de intaker de precipiterende, predisponerende, en onderhoudende factoren formuleren. Tevens worden door het afnemen van de biografische anamnese levenslange patronen van slechte aanpassing doorgaans duidelijk. Op basis daarvan kan de intaker een eventuele diagnose op as-II (persoonlijkheidsstoornissen) formuleren. Tijdens de sociale anamnese vergaart de intaker de nodige informatie om een formulering op as-IV (psychosociale en omgevingsproblemen) en as-V (sociaal, werk, en psychologisch functioneren) te kunnen maken.

1.4 Het anamnestisch interview bij kinderen

Het anamnestisch interview bij kinderen en jeugdigen lijkt in veel opzichten op dat van volwassenen. Het belangrijkste verschil ligt erin dat het is aangepast aan het ontwikkelingsniveau van het kind. Daarnaast neemt de intaker over de problemen veelal een heteroanamnese af. Meestal gebeurt dat bij de ouders van het kind, maar ook een heteroanamnese met de leerkracht of crèche medewerker, of, indien van toepassing, beroepsopvoeders, levert vaak bruikbare aanvullende informatie op. Bij jonge kinderen, en bij kinderen bij wie een interview afnemen moeilijk is, bijvoorbeeld vanwege selectief mutisme of mentale retardatie, kan de intaker naast informatie uit heteroanameses ook gebruikmaken van observaties op school en/of thuis.

1.4.1 Semigestructureerde interviews bij kinderen en hun ouders

Er zijn diverse gevalideerde semigestructureerde interviews die geschikt zijn voor psychologen, pedagogen en psychiaters, om psychopathologie bij kinderen te meten, zoals de Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; Silverman & Albano, 1996; Nederlandse versie Siebelink & Treffers, 2001). Van deze lijst bestaat een versie die bij het kind zelf wordt afgenomen en een versie die bij de ouders wordt afgenomen. Een ander veelgebruikt instrument is de Structured Clinical Interview for DSM-IV-Child edition (SCID-C; Hien et al., 1998; Nederlandse versie Dreessen, Stroux & Weckx, 1998). De bovengenoemde interviews worden doorgaans bij het kind zelf afgenomen vanaf de leeftijd van acht jaar, terwijl ze bij ouders van kinderen vanaf zes jaar gebruikt kunnen worden. De interviews bij de ouders en bij het kind worden in aparte sessies afgenomen. Uit de interviews bij ouders en bij kind kunnen verschillende resultaten komen. Bij de ADIS worden de diagnoses die uit het

kind- en ouderinterview komen, met een ernstscore groter dan 4, eenvoudig bij elkaar opgeteld. Stel dat het kind aangeeft dat er sprake is van een sociale angststoornis, en de ouders geven een separatieangststoornis aan, dan wordt de diagnostische formulering sociale angststoornis en separatieangststoornis. Bij de SCID-C weegt de intaker de scores van kind en ouder per criterium van de desbetreffende stoornis, en op basis van dat gewogen oordeel komt er al dan niet 'ja' voor het criterium uit, en uiteindelijk voor een stoornis. Verder laat onderzoek zien, dat voor externaliserende stoornissen (zoals ADHD, oppositionele gedragsstoornis) het oordeel van de ouders meer valide is, terwijl voor internaliserende stoornissen (angststoornissen, depressie) het oordeel van het kind zelf evenveel of meer valide informatie geeft (bijvoorbeeld Lyneham, Abbot & Rapee, 2007).

1.4.2

Spelobservatie

Meer nog dan bij volwassenen, is het bij kinderen belangrijk dat ze zich op hun gemak voelen met de intaker en in de situatie, voordat de intaker informatie over de problemen tracht te verkrijgen. Bij jonge kinderen kan het helpen om eerst met het kind te spelen (bijvoorbeeld in de spelkamer) waarbij de intaker door observatie tijdens het spel al veel informatie over het kind verzamelt, en tegelijkertijd ook contact met het kind krijgt en zo een band opbouwt. De intaker kan tijdens het spel de volgende problemen bij het kind onderzoeken:

- Aandacht: is de aandacht snel afgeleid of vluchtig?
- Gebruik van de ruimte en spelkamer: is het kind weinig exploratief (blijft op een plaats en met een ding spelen).
- Spel: is het spel fantasiearm of repetitief?
- Angst: is het kind bang om het fout te doen of om initiatief te nemen?
- Is het kind in het spel erg precies, rigide?
- Motoriek: is het kind hyperactief of juist passief?
- Contact: is het kind opvallend vrij of juist verlegen of teruggetrokken? Betreft het de interviewer al dan niet in het spel? Is er sprake van gedeelde aandacht (tracht het kind de aandacht van de intaker te richten op wat hij ziet, door wijzen of praten)?

Idealiter bestaat een spelobservatie uit een onderdeel waarin de intaker het kind alleen laat spelen, en een deel waarin de intaker zich in het spel mengt, en daarbij zowel volgend meespeelt, alsook zelf initiatieven neemt om na te gaan hoe het kind daarop reageert (kan het kind delen, of wil het steeds de leiding hebben). Ook kan de intaker nagaan hoe het kind met competitie omgaat, door een spel voor te stellen waarbij er een

winnaar en een verliezer is. Wanneer de intaker het kind een keer laat winnen en een keer zelf wint, kan hij nagaan hoe het kind op verliezen reageert. Omdat dit hoofdstuk over het anamnestic interview gaat, voert het te ver om uitgebreid op spelobservatie als diagnostisch middel in te gaan. Hiervoor verwijzen we naar bijvoorbeeld Moyles (2005).

1.4.3

Andere accenten van de anamnese met een kind

Omdat kinderen het grootste deel van hun tijd op school doorbrengen, is vragen naar het functioneren op school zeer belangrijk. Hoe voelt het kind zich op school? Hoe ervaart hij de lessen? Is er sprake van onderstimulering (bijvoorbeeld bij hoogbegaafde kinderen) of juist overvraging? Ook het sociale functioneren op school wordt nagevraagd. Wat doet het kind in de pauzes? Heeft het vrienden, wie, en hoe vaak ziet het die vrienden buiten school? Hoe is de sfeer in de klas, wordt er gepest? Pest het kind zelf wel eens of wordt het wel eens gepest? Hobby's, interesses, maar ook vragen naar de fantasiewereld en dromen over de toekomst geven de intaker inzicht in het functioneren van het kind en van sterke kanten. De intaker vraagt door om een heel concreet beeld te krijgen van een spel, een fantasie, enzovoorts. Een voorbeeld:

I: 'Wat doe je graag als je uit school komt?'

K: 'Op de computer, spelletjes'

I: 'O ja? Welke spelletjes doe je graag?'

K: 'Kasteelkat'

I: 'Dat ken ik niet, hoe gaat dat spel?'

K: 'Het is een speciale kat, zijn hoofd verandert in een kasteel'

I: 'Oh wat spannend, vertel daar eens wat meer over. Wanneer verandert zijn hoofd?'

Enzovoorts.

Het functioneren van het gezin en de positie van het kind daarbinnen is een ander belangrijk onderwerp voor de anamnese. De intaker laat het kind vertellen over de leden van het gezin, de relatie met beide ouders, en met broers en zussen. Vragen die behulpzaam kunnen zijn, zijn bijvoorbeeld:

- Als je een probleem hebt, naar wie in het gezin ga je dan het eerste toe? Waarom? Naar wie ga je niet toe? Waarom niet?
- Over welke dingen heb je wel eens ruzie met je ouders? En met je broers en zussen? Hoe loopt zo'n ruzie af?
- Ben je trots op je gezin? Wat doen jullie als gezin samen? Zou je willen dat jullie meer (minder) samen deden?
- Wie is er na school thuis als jij thuiskomt? Naar wie ga je toe als je problemen met je huiswerk hebt? Waarom naar ...?

De intaker tracht met dergelijke vragen een beeld te krijgen van wat het gezin samen doet en hoe beschikbaar de ouders voor het kind zijn, vanuit het perspectief van het kind.

Wanneer de intaker enige relatie met het kind heeft opgebouwd, en naar hobby's enzovoorts heeft gevraagd (conversatie), exploreert de intaker het probleem waarvoor het kind is gekomen of verwezen. Daarbij is het belangrijk eerst na te gaan hoe het kind het vindt om hier te zijn, vooral wanneer niet het kind, maar de ouders of school hem gestuurd hebben. Sommige kinderen hebben namelijk het idee dat ze slecht of fout zijn omdat ze naar een ggz-instelling of de jeugdzorg zijn gestuurd. De intaker stelt, naast de al eerder besproken vragen over beschrijving, etiologie, en instandhouding van het probleem, vragen zoals:

- Als je last hebt van (de klacht waarvoor het kind verwezen is) hoe reageren gezinsleden dan, wie reageert het meest behulpzaam, en wie het minst, waarom?
- Soms kun je ook wel voordelen hebben van (de klacht). Welke voordelen levert het jou wel eens op?

1.4.4

Organisatie van de anamnese met een kind en het gezin

Een anamnese bestaat doorgaans uit een begin met beide ouders en het kind samen, dan een gedeelte met het kind alleen, een gedeelte met de ouders alleen, en een gezamenlijke afsluiting. Wanneer de intake gebeurt door twee intakekers, zijn de gezamenlijke gedeeltes met beide intakekers en splitsen ze zich erna op zodat een intakeker de ouders ziet en de andere intakeker het kind. Indien er maar een intakeker is, kan hij de ouder vragenlijsten in laten vullen wanneer hij met het kind praat en omgedraaid. Eventueel wordt een aanvullend intakegesprek met het hele gezin gepland, dus inclusief broers en zussen. In geval van scheiding van de ouders ziet de intakeker de ouders apart van elkaar. Het is een kunstfout om de vader te vergeten indien de ouders gescheiden zijn. Wanneer pubers ervoor kiezen zonder de ouders de intake te doen dient dit serieus genomen te worden. Belangrijk is dat de intakeker de redenen exploreert waarom de puber zonder ouders wil komen. Hierbij dient hij de regels in acht te nemen rondom de geheimhoudings- en rapportageplicht voor ouders en (minderjarig) kind. Deze regels liggen ondermeer vast in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst.

1.5

Oriëntatie op de behandeling

Nadat door middel van het anamnestic interview is vastgesteld dat er sprake is van een bepaalde mentale stoornis (of stoornissen) is het vervolgens de vraag óf er behandeld dient te worden en zo ja, met welke

methode, en in welke setting. We gaan in deze paragraaf eerst in op de methode en setting van de behandeling. Vervolgens gaan we in op de indicatiestelling voor behandeling.

1.5.1 Behandelmethoden en setting

Wat betreft de keuze voor methode is er ten eerste de keuze tussen psychotherapie, biologische therapie, of andere interventies. Psychotherapie is de psychologische behandeling van die aspecten van het psychisch disfunctioneren die de stoornis en de daaraan verbonden klachten in stand houden. Psychotherapie is gericht op het verminderen van een psychische stoornis en de daaraan verbonden klachten (Colijn, Bögels, Sniijders & Thunnissen, ter perse). Dit gebeurt door het systematisch toepassen van psychotherapiemethoden, die door een beroepsgroep algemeen aanvaard en omschreven zijn. De psychotherapie wordt uitgevoerd door de beroepsbeoefenaar die door de overheid daartoe bevoegd wordt geacht, het betreft de GZ-psycholoog, de klinisch psycholoog, de psychotherapeut en de psychiater. Binnen de psychotherapie bestaan er vier hoofdstromingen:

- de gedragstherapie (hieronder valt ook de cognitieve therapie)
- de psychoanalytische therapieën
- de client-centered therapieën
- de systeemtherapieën (echtpaar- en gezinstherapieën).

Naast de psychotherapieën zijn er ook biologische therapieën, zoals psychofarmacologische therapieën of lichttherapie. Andere interventies zijn kort- of langdurende structurerende en ondersteunende gesprekstherapie, en eclecticische of integratieve therapievormen, dat wil zeggen therapievormen die elementen uit verschillende therapieën combineren. Tot slot bestaan er de crisisinterventies, in die gevallen waarin sprake is van acute crisissen. De verschillende therapievormen worden behandeld in deel I van dit boek.

Wat betreft de setting waarin een behandeling plaatsvindt, gaat het in de eerste plaats om de keuze voor intramuraal, semimuraal of extramuraal. Daarnaast bestaat er de keuze tussen een individuele behandeling, een behandeling met partner, gezin, of rond de ouder-kindrelatie, ouderbegeleiding, of een behandeling in een groep. Ten derde is er de keuze van een behandeling in de eerste lijn, tweede lijn of derde lijn.

Dit boek richt zich met name op de behandeling in de tweede lijn (overheids- en particuliere ggz- en jeugdzorginstellingen) en de derde lijn (psychiatrische instellingen, specifieke behandelklinieken voor bepaalde stoornissen). Behandeling in de eerste lijn door het maatschappelijk werk, kruiswerk of de huisarts, valt buiten het bestek van dit boek. Intakers

dienen echter wel op de hoogte te zijn van de verwijsmogelijkheden naar de eerste lijn. Ook buiten het bestek van dit boek, maar niet onbelangrijk, zijn steun, hulp en adviezen van zelfhulpgroepen, patiëntenverenigingen en belangengroepen van de familie van patiënten. Voor meer informatie over de organisatie van de ggz en de beroepsbeoefenaren wordt verwezen naar het Nationaal Kompas Volksgezondheid op de website van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2008).

1.5.2

Indicatiestelling voor behandeling

De intaker dient, doorgaans na overleg met het intake-team waarin de anamnese van de patiënt wordt besproken, tot een handelingsvoorstel te komen. Hij dient te besluiten óf er behandeld wordt, wat er behandeld wordt, op welke wijze, hoelang, waar en door wie. Indicatiestelling is het vaststellen van welke veranderingen er nodig en mogelijk zijn, op basis van de diagnostische formulering en in samenhang met wat de patiënt wil en wat de hulpverlening kan bieden.

Bij de indicatiestelling dient de intaker een zestal zaken te overwegen:

- Ten eerste moet de intaker rekening houden met het natuurlijke beloop van de stoornis, dat wil zeggen het beloop zonder ingrijpen. De intaker dient zich af te vragen of bijvoorbeeld een ontregeling van de stemming na een nare ervaring niet vanzelf overgaat, of de angstgevoelens, nachtmerries en herbelevingen na een ernstig verkeersongeluk niet vanzelf verdwijnen. Stoornissen verschillen sterk in hun natuurlijk beloop. Zo heeft een onbehandelde sociale fobie een chronisch verloop (vaak levenslang), terwijl in de helft van de gevallen van posttraumatische-stressstoornis de symptomen binnen drie maanden na het trauma volledig verdwenen zijn. Maar ook al gaat een stoornis na enige tijd vanzelf over, dan nog kan interveniëren wenselijk zijn vanwege de ernst van het lijden of de ontregeling ten gevolge van de stoornis.
- Ten tweede is het om een behandelingsplan te kunnen maken, erg belangrijk kennis te hebben van de effecten van de verschillende behandelmogelijkheden. Welk percentage van de patiënten heeft baat bij een bepaalde therapie en leidt die therapie tot klachtvermindering of is men na de therapie geheel klachtvrij? Deze informatie staat beschreven in deel 2 van dit boek.
- Ten derde moet de intaker de hulpvraag, de motivatie en de mogelijkheden van de patiënt in ogenschouw nemen bij het vaststellen van een (be)handelingsplan. Sommige patiënten hebben wel ernstige psychische stoornissen, maar geen hulpvraag. Denk bijvoorbeeld aan sommige verslaafden of delinquenten. De stoornis of het probleem waarvoor de patiënt behandeling vraagt, diens voorkeur voor een

klachtgerichte of inzichtgevende behandeling, een behandeling van korte of langere duur, zijn allemaal aspecten van de hulpvraag waarmee de intaker rekening dient te houden. Wat betreft de motivatie van de patiënt is het belangrijk dat de intaker zich realiseert dat de beslissing om therapie aan te gaan, door te zetten en af te maken, steeds een kosten-batenafweging is, niet alleen voor de therapeut, maar ook voor de patiënt. De patiënt zal nagaan wat de therapie hem kost (in financiële zin, in tijd, in lijden, qua inspanning) en wat het hem oplevert (denk aan klachtenvermindering, verbetering in sociaal, relationeel, en beroepsmatig functioneren, aandacht en steun, strafvermindering). Wat de mogelijkheden van de patiënt zijn om te profiteren van een bepaalde behandeling heeft te maken met het leervermogen van de patiënt en zijn vermogen tot zelfreflectie en zelfinzicht. Ook de mate waarin de patiënt in het verleden in staat was om te profiteren van bepaalde therapie dient de intaker in ogenschouw te nemen bij het inschatten van het te verwachten resultaat.

- Ten vierde spelen, naast de feitelijke diagnose, allerlei aspecten van de inhoud van het probleem, de persoonlijkheid van de patiënt tot de omgeving van de patiënt een rol bij het kiezen van een passende behandeling. Ter illustratie enkele voorbeelden. Bij een patiënt is een depressieve stoornis vastgesteld, en uit de anamnese blijkt dat de patiënt ernstige problemen heeft in sociale relaties. De intaker adviseert een interpersoonlijke therapie voor depressie. Voor iemand die vooral een 'doener' en geen 'prater' is zou de intaker eerder een gedragstherapie dan een client-centered therapie adviseren. Wanneer iemand nauwelijks een sociaal netwerk heeft om op terug te vallen wordt eerder een intramurale behandeling overwogen dan wanneer er een uitgebreid sociaal vangnet aanwezig is. Tevens dient de intaker steeds na te gaan of de patiënt kan wachten op behandeling of dat er sprake is van een crisis en direct interveniëren geboden is.
- In de vijfde plaats spelen bij het bepalen van de behandel mogelijkheden pragmatische overwegingen een rol, zoals: de kosten van bepaalde behandelingen, wachtlijsten, beschikbaarheid in de regio, en de voorkeur van therapeuten voor bepaalde behandelmethoden. Voor verdere informatie over indicatiestelling voor behandeling in de ggz verwijzen we naar hoofdstuk 22 van dit boek.
- Het te verwachten resultaat van een behandeling, de prognose, kan worden voorspeld op basis van gegevens over de werkzaamheid van de interventie (voor zover bekend), de hulpverleningsgeschiedenis, hulpvraag, motivatie en mogelijkheden van de patiënt. De intaker sluit de diagnostische fase af, door de prognose na behandeling aan de patiënt voor te leggen. Indien er meerdere behandel mogelijkheden zijn, waarvan de te verwachten resultaten vergelijkbaar zijn, zoals cognitieve therapie of antidepressieve medicatie bij depressie, maakt

de patiënt een keuze op basis van de informatie over de verschillende mogelijkheden met hun voor- en nadelen of risico's (zie ook het voorbeeld in box 1.1).

1.6 Slotbeschouwing

In dit hoofdstuk hebben we de intake en diagnostiek in de ggz behandeld. De onderwerpen waarover de intaker tijdens het anamnestic interview informatie moet verzamelen, de communicatieve vaardigheden van de intaker, en het diagnostische beslissingsproces kwamen aan bod, alsmede de anamnese bij kinderen. Tot slot gingen we in op de overwegingen van de intaker bij de keuze voor een bepaalde vorm van behandeling.

Het zorgvuldig en volledig afnemen van een anamnese in een goede werkrelatie met de patiënt, alsmede het adequaat diagnosticeren van de mentale stoornissen vereist complexe professionele vaardigheden die intakers in de ggz zich eigen dienen te maken. De vraag is hoe 'intakers-in-opleiding' dit kunnen leren. Naast het bestuderen van teksten zoals dit hoofdstuk zijn de volgende ingrediënten noodzakelijk:

- De intaker dient grondige kennis te verwerven van de internationale diagnostische criteria van mentale stoornissen (dat wil zeggen: de DSM-IV).
- De intaker moet veel ervaring hebben met patiënten die aan één of meerdere mentale stoornissen lijden (door bestudering van geschreven gevalstudies, videovoorbeelden, en natuurlijk door confrontatie met echte patiënten in de praktijk van de ggz).
- De intaker dient goede voorbeeldinterviews te observeren.
- De intaker dient te oefenen in het anamnestic interviewen en de diagnostiek van mentale stoornissen, zowel met behulp van het 'vrije' interview, zoals in dit hoofdstuk beschreven, als met behulp van (semi)gestructureerde interviews voor het bepalen van de beschrijvende diagnose
- De intaker dient deskundige feedback te krijgen over de verrichte interviews, zowel wat betreft de kwaliteit en kwantiteit van de verkregen informatie, de diagnostiek, als wat betreft de gespreksvaardigheden.

Met dit hoofdstuk is hopelijk duidelijk geworden dat anamnese en diagnostiek de basis vormen voor adequate interventie in de geestelijke gezondheidszorg.