



## **Sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek een brede aanpak of een focus op de werkrelatie?**

Stuudiemiddag NVSPV en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (opleiding MGZ-GGZ en VO-SPV).  
Nijmegen, woensdag 16 juni 2004

### **Samenvatting voordracht Frans Boeckhorst:**

**Narratieve diagnostiek:  
Een verhalend perspectief op psychiatrische klachten en de leefwereld van de patiënt.**

1. *Inleiding.*
2. *Ziekte ontregelt de vanzelfsprekendheid*
3. *Verschillen in visies*
4. *Zorgelijke ontwikkeling de dominantie van het biomedisch perspectief.*
5. *Het aandeel van het psychiatrische werkveld*
6. *Hernieuwde aandacht voor verstehende diagnostiek: ziekte-narratieven.*
7. *Narratieve diagnostiek in de sociaal psychiatrische verpleegkunde: een richtsnoer.*

## **1. Inleiding.**

De sociale psychiatrie gaat er van uit dat een psychiatrische ziekte multifactorieel bepaald is: naast neurobiologische stoornissen spelen de levensgeschiedenis, omstandigheden, de sociale context en de eigen beleving een rol bij het ontstaan en het verloop van een stoornis. *Het perspectief van de patiënt is daarom van groot belang in de diagnostiek.*

Het aangrijppingspunt van de sociaal psychiatrische zorg en hulpverlening is de interactie en de wisselwerking tussen patiënt en zijn directe leefwereld. *Ook daarvoor is het perspectief van de patiënt van belang om samenwerking te verkrijgen en een werkrelatie op te bouwen.* Een goede werkrelatie is het voertuig van de hulpverlening.

Het perspectief van de patiënt is “verhalend” van aard. Dat wil zeggen dat de beschrijvingen en interpretaties die de patiënt geeft eenduidige en logische verklaring vormen maar een verhalende vorm heeft en door (narratieve) logica wordt gekenmerkt.

(In een narratieve teksten ontstaat betekenis geschapen door de activiteit van het vertellen zelf. In het vertellen selecteert de patiënt wat voor hem belangrijk is, schept hij samenhang en legt verbanden tussen handelingen, gebeurtenissen en beleving. Ook heeft zijn vertelling heeft een dramatische vorm waarin mensen met elkaar verwickeld zijn, er hindernissen en barrières in de interactie ontstaan en waarin een ontwikkelingsverloop plaatsvindt die gekenmerkt wordt door het “en toen..en toen” )

## **2. Ziekte ontregelt de vanzelfsprekendheid.**

Nijhof: “Ziekte verstoort het gewone, het vanzelfsprekende bestaan; ziekte tast de argeloosheid aan. Ziekte breekt ín in de vanzelfsprekendheid waarmee we denken dat dingen gaan zoals ze gingen”.

Dat leidt tot gepeins, verontrusting en allerlei vragen en onzekerheden. Maar ook vergt een ziekte veel alledaags werk dat veelomvattend en ingewikkeld is en waar de professionele gezondheidszorg niet op is ingesteld: “ziekenwerk”.

Het ziekenwerk dat patiënten moeten verrichten vertegenwoordigt een ander perspectief op de werkelijkheid dan die van artsen, verpleegkundigen en hulpverleners.

Wanneer het verschillend perspectief op de werkelijkheid tussen patiënt en arts of hulpverlener onzichtbaar en onbesproken blijft, resulteert het in onbegrip en misverstanden die tot hernieuwde problemen kunnen leiden.

Aandacht voor de ziekte-ervaring van de patiënt, voor zijn gepeins, beslommeringen en ziekenwerk, resulteert in beter begrip die de basis vormt van samenwerking in de behandeling. En die begint bij hoe diagnostiek wordt verricht.

### **3. Verschil in visies op psychiatrische stoornissen en diagnostiek.**

In een medische context gaat diagnostiek over het vaststellen van een ziekte op grond van specifieke kenmerkende klachten, symptomen en verschijnselen. Hierbij wordt aangenomen dat ziekte tot een biomedische stoornis kan worden herleid. Medische diagnose is rationele, objectiverende diagnostiek die een wetenschappelijke grondslag heeft.

Geldt dat ook voor psychiatrische diagnostiek? Hierover zijn de meningen verdeeld.

Een eenduidig antwoord op deze vraag is er niet. Er is veel discussie over de vraag of een psychiatrische stoornis wel als een "ziekte" kan worden opgevat, naar analogie van een lichamelijke ziekte. Daarnaast speelt het perspectief van de hulpverlener bij psychiatrische problematiek een veel grotere rol, evenals het theoretische referentiekader, de context en doelstelling van diagnostiek.

Twee visies:

*Biomedisch:* psychiatrische ziekte heeft te maken met afwijkingen van neurobiologische processen in ons hersenorgaan.

*Bio-psycho-sociaal:* psychiatrische stoornissen zijn meervoudig bepaald en kunnen niet tot materiële processen in de hersenen worden herleid.

Beide visies impliceren ook een verschil in diagnostiek:

*Verklarende diagnostiek:* rationeel-objectiverende diagnostiek, gericht op het zoeken naar oorzakelijk factoren die de stoornis verklaren .

*Verstehende diagnostiek:* waarbij verondersteld wordt dat een psychiatrische stoornis multifactorieel bepaald is, en de context, individuele levensgeschiedenis en beleving als wezenlijk worden gezien voor diagnostische begripsvorming.

Beide visies op psychiatrische stoornissen en diagnostiek sluiten elkaar niet uit; ze kunnen goed worden gecombineerd. Maar in de praktijk gebeurt dat niet en overheerst het medisch-biologische perspectief en de stoornisgerichte diagnostiek.

### **4. zorgelijke ontwikkelingen: de dominantie van het biomedisch ziekteperspectief.**

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn zorgwekkend omdat het perspectief van de patiënt steeds minder van belang lijkt. Medische specialisten varen steeds meer op een technische geneeskunde, waarbij de uitkomsten van tests en onderzoek graadmeter zijn en het contact met de patiënt niet (meer) als waardevol wordt gezien.

Het individuele levensverhaal, met zijn unieke zin en betekenisverlening, en de rol van de eigen leefwereld en omgeving, verdwijnt uit het zicht. Ziekte wordt verengd tot een stoornis, tot een meetbare afwijking van normale neuro-biologische processen.

Een gezondheidszorg die steeds meer uit economische overwegingen en kostenbeheersing vaart op protocollen en richtlijnen versterkt de trend naar uniforme, kwantificeerbare en op evidentie gebaseerd behandelingen.

In de interactie tussen arts en patiënt domineert de medisch-biologische vertelling, wordt de patiënt als verteller tot zwijgen gebracht en komt zijn verhaal niet aan bod.

Dat geldt eveneens voor de (sociale) psychiatrie:

-> zie tabel gegevens, onderzoek in GGNet, uitgevoerd door ESH team,

Uit onderzoek dat wij in GGNet uitvoeren blijkt dat stagnaties in de hulpverlening samenhangen met een complex van factoren waarbij het ontbreken van narratieve diagnostiek, d.w.z. het verhalend perspectief van de patiënt, een belangrijke rol lijkt te spelen.

Het overheersen van een stoornisgerichte diagnostiek, waarbij het verhalend perspectief (ziekte-narratieven) van de patiënt genegeerd wordt heeft dus grote gevolgen:

- Stoornis gerichte diagnostiek reduceert de psychiatrische problematiek tot dysfuncties, pathologie en ziekte. Het berooft mensen van het vermogen om over eigen oplossingen te denken en leidt tot misverstanden en conflicten in de samenwerking.
- Stoornisgerichte diagnostiek reduceert iemands identiteit tot pathologische kenmerken. Ziekte-logica ontschuldigt welliswaar maar het vergroot de kans op een passieve opstelling en negeert zijn competenties.
- Stoornisgerichte diagnostiek stigmatiseert en versluiert de aandacht voor de rol van de omgeving, economische, culturele en maatschappelijke omstandigheden .
- Stoornisgerichte diagnostiek en het classificeren van dysfuncties (DSM IV), wekt de schijn van objectiviteit, suggereert dat de expert oorzaken kan opsporen en behandelen.
- stoornisgerichte diagnostiek perkt ook de therapeut in: het leidt tot voorschriften en protocollen die voorschrijven hoe te behandeld dient te worden. Het zoeken naar de juiste techniek of methode komt voorop te staan en de therapeutische relatie raakt onderbelicht.

#### **5. Het aandeel van de psychiatrische context.**

- Diagnostische en therapeutische onzekerheid door ingewikkelde en diffuse problematiek.
- Een onrustig en gejaagd werkveld.
- Negatieve beeldvorming door voortdurende herhalingen
- Het gevaar van kortzichtigheid door snel zoeken naar oplossingen en directe actie.
- Verwikkelingen in een wijd systeem met een veelvoud aan hulpverleners.

#### **6. Hernieuwde aandacht voor verstehende diagnostiek: de rol van ziekte-narratieven**

Patiënten ordenen hun opvattingen en beleving in ziekte-narratieven.

Daarin peinen ze over wat hun is overkomen en zoeken naar antwoorden op vragen die men zichzelf stelt als men met indringende levensgebeurtenissen wordt geconfronteerd. Het zijn vragen die gaan over aard van hun ziekte, over het waarom, over wat er gebeuren moet, over het verloop en de invloed op hun lichaam, over hun angsten een vrees. Het zijn vaak vragen die "stilzwijgend" door het hoofd spoken en die niet meteen om een technische en strikt antwoord vragen. De vorm van narratieven ligt niet vast, ze wisselen vaak van inhoud en zitten vol tegenstrijdigheden en wisselen van inhoud naar gelang nieuwe ervaringen ontstaan.

Ziekte-narratieven spelen een belangrijke rol hoe de patiënt met hun ziekte omgaat en die ondergaan. Ze zijn verbonden met lichamelijke processen en met heftige emoties en gevoelens die in de behandeling meespelen en het verloop van de ziekte beïnvloeden. Ze zijn van invloed op hoe men converseert met mensen, die de ziekte anders interpreteren en betekenis geven. .

De ziekte-narratieven van patiënten zijn voor hulpverleners van groot belang:

- Ze geven diagnostische informatie over de geschiedenis, omstandigheden en verloop, die diagnostisch belangrijk is.
- Ze verhelderen het perspectief van de patiënt op zijn klachten en aandoeningen, op de gebeurtenissen en omstandigheden, op zichzelf en de wereld om hem heen.
- Ze maken een taxatie van de samenwerking en de manoeuvreerruimte van de hulpverlener mogelijk: bij welke visies en waarden moet hij aansluiten en welke speelruimte heeft hij voor het invoeren van andere visies en betekenissen?
- Ziekte-narratieven helpen om medische bevindingen en aanbevelingen te vertalen naar de alledaagse leefwereld.
- Ziekte-narratieven helpen bij de formuleren van haalbare doelen en concrete behandelstrategieën, die rekening houden met de persoonlijke omstandigheden en

kenmerken van de patiënt en zijn specifieke context. En waarbij gebruik gemaakt wordt van eigen competenties en oplossingsstrategieën.

Als hulpverleners de ziekte-narratieven en het perspectief van de patiënt uit het oog verliezen of negeren, heeft dat vervelende consequenties voor zowel diagnostiek, behandeling, samenwerking en het verloop van een ziekte. Vooral bij chronisch zieken, waar demoralisering op de loer ligt.

### ***7. Narratieve diagnostiek in de sociaal psychiatrische verpleegkunde: een richtsnoer***

Het leren opsporen en systematisch gebruik maken van ziekte-narratieven behoort naar mijn mening tot het basis gereedschap van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De sociale psychiatrie richt zich immers bij uitstek op de persoonlijke geschiedenis, omstandigheden en de sociale context waarin psychiatrische problemen zich ontwikkelen. Wat ze wil tegengaan is de marginalisering en uitstoting van de psychiatrische patiënt door het leren hanteren van psychiatrische problematiek in zijn persoonlijk leefwereld, waarbij praktische problemen in het alledaagse leven centraal staan en zelfsturing en autonomie richting gevende principes zijn. Daarvoor moet de hulpverlening aansluiten bij het verhaal van de patiënt, bij zijn perspectieven, betekenisgeving en waardenoriëntatie.

Hulpverlening valt en staat met het scheppen van een samenwerkingsrelatie. Dat is het vehikel van het hulpverleningsproces. Dat is vooral belangrijk bij psychiatrische patiënten die door de opeenstapeling van stress en verlieservaringen gedemoraliseerd zijn en door onbegrip en conflicten met hun omgeving of zich voortdurend terugtrekken en isoleren of voortdurend in gevecht zijn. Voortdurend gaat het om een taxatie van wat bij deze patiënt een geschikte ingang en aanpak zou zijn, welke interventies haalbaar zijn gezien de mogelijkheden van de patiënt, hoe de patiënt gemotiveerd kan worden om therapeutische suggesties en adviezen uit te voeren en aangereikte vaardigheden uit te proberen. Maar cruciaal voor een samenwerkingsrelatie is dat de hulpverlening is dat de hulpverlener zijn ziekte-narratieven opspoort en erbij aansluit.

### ***8. Het opsporen van een ziekte-narratief.***

Het opsporen van ziekte-narratieven gaat niet gemakkelijk. Ze zijn “stilzwijgend” (tacit) van aard en liggen niet klaar geformuleerd in het hoofd van de patiënt.

Vaak spelen er allerlei tegenstrijdigheden en worden er verschillende dingen verteld, afhankelijk van tijdstip en situatie van het gesprek. Ook spelen emoties een rol waardoor herinneringen, ervaringen en gedachten niet meteen onder woorden kunnen worden gebracht. Wat verteld wordt zijn “losse” verhaalfragmenten die slechts een glimp opleveren van de leefwereld van de patiënt. Pas in het gericht vragen, dóórvragen naar details en leggen van verbanden rijst er een verhalende samenhang op tussen allerlei gebeurtenissen, omstandigheden en belevingen. Daarbij moet de hulpverlener erg sensitief zijn voor de signalen en reacties van de patiënt op zijn vragen en interpretaties en daarbij aansluiten. Het zijn graadmeters die het tempo, de intensiteit en de richting van het gesprek steeds opnieuw aangeven. Tijd, rust en ruimte zijn hierbij belangrijke voorwaarden.

Ziekte-narratieven zijn ook geen verhaal van de patiënt alleen. Ze zijn uiteindelijk het product van de interacties tussen patiënt en hulpverlener. Ze komen voort uit de beschrijvingen en interpretaties die patiënt en hulpverlener onderling uitwisselen en waarover ze met elkaar onderhandelen.

## Aandachtspunten voor narratieve diagnostiek:

Onderscheid drie niveaus”:

1. Narratieve interview (instructie).
2. Analyse van narratieve componenten en verhaalstructuur (vb. personages, ensceneringen van handelingen, enscenering in de tijd, dramatische structuur met verwickelingen, narratieve toon, plot, coherentie, genre).
3. Constructie van een ziektenarratief.

## Aandachtspunten bij narratieve interview

Het narratieve interview verloopt vanuit vier invalshoeken: *tijdstraject, verklaringskader, ziekenwerk en hulpverleningsgeschiedenis.*

### *A. de levensloop en het ontwikkelingstraject van stoornissen en klachten*

- Ontstaan van de klachten en stoornissen.
- Een beschrijving van de context en omstandigheden van klachten en stoornissen.
- Ingrijpende levensgebeurtenissen, in verschillende levensfasen die samenhangen met ontstaan van klachten
- Specifieke scènes en episodes in het verloop van de stoornis.
- Het patroon van ziekte-episodes (chronisch verergerend, periodiek instabiel, herhalingen)
- Relevante personen die betrokken zijn bij ziektegeschiedenis.

### *B. Verklaringskader.*

- Opinies, verklaringen en redeneringen die de patiënt volgt met betrekking tot het ontstaan en verloop van zijn klachten.
- Intergenerationele verhalen en thema's die meespelen.
- Omstandigheden en situaties die volgens patiënt het optreden van klachten versterken
- Spelen religieuze opvattingen een rol?
- Spelen culturele opvattingen een rol?
- Specifieke waarden en normen?
- Hoe groot ziet de patiënt de invloed van de klacht op de rest van zijn leven?

*C. Ziektewerk:*

- Alledaagse routines en rituelen in het omgaan met klachten en stoornissen
- Specifieke vaardigheden en competenties in het hanteren van ongemak en moeilijkheden.
- Relevante personen bij de ondersteuning en hulp.

*D. Toekomstperspectief*

Hoe ziet patiënt zijn toekomst in het licht van de klacht/stoornis.

*E. Hulpverleningsgeschiedenis*

- De geschiedenis van opnames en behandelingen
- Ervaringen met hulpverleners, artsen en verpleging