

Michiel W. Hengeveld, Desiree Oosterbaan, Joeri Tijdink

Handboek psychiatrisch onderzoek

De Tijdstroom/Boom, Amsterdam

© Boom uitgevers Amsterdam, 2019. De auteursrechten liggen bij de auteurs.

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers

Uitgegeven door Boom uitgevers Amsterdam BV
Prinsengracht 747-751
1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) 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.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp, Utrecht
Verzorging binnenwerk: Joop Bierling, Alces Alces, Houten

ISBN 978 90 5898 329 9
NUR 875

www.boompsychiatrie.nl
www.bua.nl

Inhoud

Inleiding – 11

Hoofdstuk 1 Terminologie – 11

- 1 Inleiding – 12
- 2 Objectief en subjectief – 12
- 3 Vorm en inhoud – 14
- 4 Gestructureerd of gestandaardiseerd – 15
- 5 Theorie en praktijk – 17
- 6 Overzicht van de inhoud – 17
- 7 Doelgroep en afbakening – 19
- 8 Bijlagen – 19

Hoofdstuk 2 Rangschikking van de psychische functies – 21

- 1 Inleiding – 22
- 2 Nederlandse traditie – 22
- 3 Indeling in drie hoofdgroepen – 23
- 4 Hiërarchie van stoornissen – 23
- 5 Status mentalis – 24
- 6 Indeling van de functies binnen de trias psychica – 24

Hoofdstuk 3 Anamnese – 29

- 1 Inleiding – 30
- 2 Houding en gesprekstechniek – 31
- 3 Reden voor het onderzoek – 33
- 4 Speciële anamnese – 32
 - 4.1 Aanbevelingen en voorbeeldvragen – 32
- 5 Tractus-mentalisanamnese – 33
 - 5.1 Cognitieve klachten – 34
 - 5.2 Affectieve klachten – 34
 - 5.3 Conatieve klachten – 35
 - 5.4 Persoonlijkheidstrekken – 35
- 6 Gebruik van middelen – 36
- 7 Psychiatrische voorgeschiedenis – 36
- 8 Psychiatrische familieanamnese – 36
- 9 Somatische anamnese – 37
 - 9.1 Somatische symptomen van stemmingsstoornissen – 37
 - 9.2 Somatische angstequivalenten – 37
 - 9.3 Functionele neurologische symptomen – 37
 - 9.4 Overige somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten – 38
 - 9.5 Slaapklachten – 38
 - 9.6 Seksuele klachten – 38

- 10 Actuele medicatie – 39
- 11 Sociale anamnese – 39
 - 11.1 Eerste milieu (thuisituatie) – 39
 - 11.2 Tweede milieu (werk en opleiding) – 40
 - 11.3 Derde milieu (sociale contacten en vrije tijd) – 40
- 12 Biografische anamnese – 40
 - 12.1 Gezin van oorsprong – 41
 - 12.2 Persoonlijke levensgeschiedenis (vanaf de adolescentie) – 43
 - 12.3 Betekenisvolle ervaringen – 43
 - 12.4 Zelfbeschrijving – 43
- 13 Ontwikkelingsanamnese – 44
- 14 Heteroanamnese – 45
 - 14.1 Nut en noodzaak – 45
 - 14.2 Doel – 45

Hoofdstuk 4 Eerste indrukken – 49

- 1 Inleiding – 50
- 2 Uiterlijk – 50
 - 2.1 Lichamelijke kenmerken – 50
 - 2.2 Leeftijdsschatting – 51
 - 2.3 Zelfverzorging – 51
 - 2.4 Gelaatsuitdrukking – 51
- 3 Contact en houding – 52
 - 3.1 Oogcontact – 52
- 4 Klachtenpresentatie – 53
- 5 Gevoelens en reacties opgewekt bij de onderzoeker – 53

Hoofdstuk 5 Cognitieve functies – 57

- 1 Bewustzijn, aandacht en oriëntatie – 60
 - 1.1 Bewustzijn – 61
 - 1.2 Aandacht en concentratie – 63
 - 1.3 Oriëntatie – 66
- 2 Geheugen – 67
 - 2.1 Stoornissen in het kortetermijngeheugen – 68
 - 2.2 Stoornissen in het langetermijngeheugen – 69
 - 2.3 Paramnesieën – 71
- 3 Oordeelsvermogen – 73
- 4 Realiteitsbesef, ziektebesef en ziekte-inzicht – 75
- 5 Intelligentie en abstractievermogen – 77
 - 5.1 Intelligentie – 77
 - 5.2 Abstractievermogen – 80
- 6 Taal en rekenen – 82
 - 6.1 Taal – 82
 - 6.2 Rekenen – 86

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 7 | Metacognitieve functies | – 86 |
| 7.1 | Stoornissen | – 89 |
| 7.2 | Onderzoek | – 89 |
| 8 | Voorstelling en waarneming | – 91 |
| 8.1 | Voorstelling | – 91 |
| 8.2 | Waarneming en gnosis | – 92 |
| 9 | Zelfwaarneming | – 105 |
| 9.1 | Zelfbeleving | – 105 |
| 9.2 | Lichaamsbeeld | – 107 |
| 10 | Denken | – 112 |
| 10.1 | Vorm van het denken | – 113 |
| 10.2 | Inhoud van het denken | – 122 |
| Hoofdstuk 6 Affectieve functies – 137 | | |
| 1 | Inleiding | – 139 |
| 2 | Stemming en affect | – 139 |
| 2.1 | Stoornissen | – 140 |
| 3 | Angst en vrees | – 145 |
| 4 | Emotieherkenning en emotieregulatie | – 146 |
| 5 | Onderzoek | – 147 |
| Hoofdstuk 7 Conatieve functies – 151 | | |
| 1 | Praxis | – 152 |
| 1.1 | Stoornissen | – 152 |
| 1.2 | Onderzoek | – 153 |
| 2 | Executieve functies | – 154 |
| 2.1 | Stoornissen | – 154 |
| 2.2 | Onderzoek | – 155 |
| 3 | Psychomotoriek | – 157 |
| 3.2 | Mimiek en gestiek | – 162 |
| 3.3 | Spraak | – 164 |
| 4 | Motivatie, wil en gedrag | – 166 |
| 4.1 | Stoornissen | – 167 |
| 4.2 | Onderzoek | – 178 |
| Hoofdstuk 8 Persoonlijkheid – 183 | | |
| 1 | Inleiding | – 184 |
| 2 | Persoonlijkheidsstoornis | – 187 |
| 3 | Persoonlijkheidstrekken | – 191 |
| 4 | Afweer- en copingmechanismen | – 200 |
| 5 | Basale assumpties | – 205 |
| 6 | Onderzoek | – 207 |

Hoofdstuk 9 Mogelijk gevaar – 213

- 1 Inleiding – 214
- 2 Suïcidaliteit – 215
 - 2.1 Onderzoek – 216
- 3 Agressiviteit – 219
 - 3.1 Onderzoek – 220
- 4 Kindcheck – 220
 - 4.1 Onderzoek – 221

Hoofdstuk 10 Algemene aspecten – 223

- 1 Inleiding – 224
- 2 Lijdensdruk – 224
 - 2.1 Onderzoek – 224
- 3 Sociaal disfunctioneren – 225
 - 3.1 Onderzoek – 225
- 4 Betrouwbaarheid van het onderzoek – 225

Hoofdstuk 11 Onwillekeurige bewegingsstoornissen – 229

- 1 Inleiding – 230
 - 1.1 Onderzoek – 232

Literatuur – 235

Bijlage 1 Status mentalis – 245

Bijlage 2 Status mentalis voor de artsopleiding – 259

Bijlage 3 Status mentalis voor de spoedeisende situatie – 267

Bijlage 4 Psychiatrische begrippenlijst – 270

Register – 331

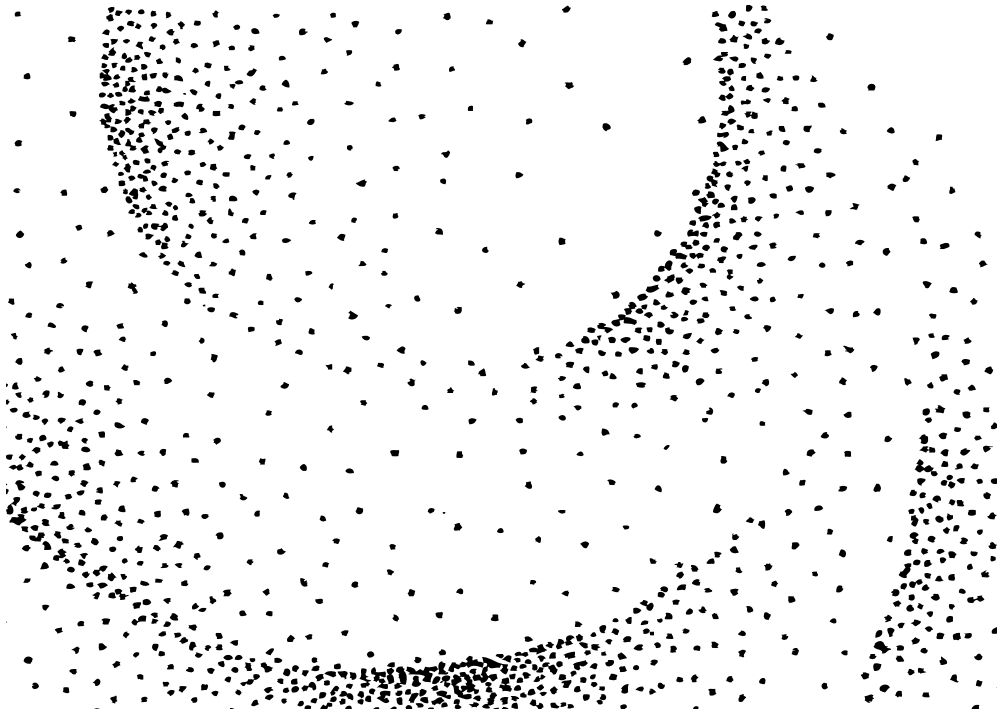
Inleiding

Zonder goede diagnostiek geen goede behandeling. Dat geldt voor de hele geneeskunde, dus ook voor de psychiatrie. Een van de hoofdpijlers van de psychiatrische diagnostiek is het psychiatrisch onderzoek; het vaststellen van de psychiatrische symptomen van een patiënt. Dat is een kerncompetentie van de psychiater. Daarin onderscheiden psychiaters zich van de andere professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Zij moeten het psychiatrisch onderzoek volgens de hoogste kwaliteitseisen kunnen verrichten.

De leer- en handboeken psychiatrie bieden de psychiater daarbij echter onvoldoende houvast. Daarin wordt alleen een beschrijving gegeven van de belangrijkste symptomen van psychiatrische stoornissen en wordt een algemeen overzicht gegeven van de anamnese en het onderzoek. Bovendien worden de gebruikte termen vaak niet of onvoldoende uitgelegd of uiteenlopend gedefinieerd. In de loop van de geschiedenis van de psychiatrie zijn er veel namen gegeven aan psychische klachten en verschijnselen, soms ook verschillende namen voor eenzelfde klacht of verschijnsel. Niet altijd is duidelijk of het om synoniemen voor hetzelfde symptoom gaat of om twee subtiel verschillende symptomen. Wat bijvoorbeeld te denken van de verschillen tussen aboulie, akinesie, anergie, avolitie, inactiviteit, inertie, initiatiefverlies, lethargie, psychomotorische vertraging en psychomotorische remming? Ten slotte verschillen de leer- en handboeken in de beschrijving van de wijze waarop het psychiatrisch onderzoek is georganiseerd. In het bijzonder sluiten de Engelstalige boeken niet aan op de Nederlandse traditie op dit gebied.

Daarom dit handboek. Het heeft als doel het bevorderen van het systematisch en volgens de regels der kunst uitvoeren van het psychiatrisch onderzoek door de (aanstaande) psychiater. Dit gebeurt door:

- het definiëren van de psychische functies en psychiatrische symptomen;
- het beschrijven hoe de psychiatrische symptomen kunnen worden vastgesteld;
- het beschrijven hoe deze symptomen op een gestandaardiseerde wijze kunnen worden opgeschreven.



1 Terminologie

- 1 Inleiding
- 2 Objectief en subjectief
- 3 Vorm en inhoud
- 4 Gestructureerd of gestandaardiseerd
- 5 Theorie en praktijk
- 6 Overzicht van de inhoud
- 7 Doelgroep en afbakening
- 8 Bijlagen

1 Inleiding

Psychiatrische diagnostiek kan gedefinieerd worden als het geheel van methoden waarmee door de psychiater gegevens worden verzameld over de aard en de oorzaken van de psychiatrische symptomen en stoornis van de patiënt. Psychiatrische diagnostiek bestaat uit vele onderdelen; de belangrijkste vijf, volgens de *Richtlijn psychiatrische diagnostiek* (Hengeveld e.a., 2015)¹, staan in tabel 1.1.

Tabel 1.1 De onderdelen van psychiatrische diagnostiek

| Onderdeel | Doel |
|---------------------------------|--|
| Gepersonaliseerde diagnostiek | Inventariseren van de ervaringen, verklaringen en verwachtingen die de patiënt heeft |
| Descriptieve diagnostiek | Vaststellen van de psychiatrische symptomen |
| Etiopathogenetische diagnostiek | Beschrijven van de etiologie en pathogenese |
| Prognostische diagnostiek | Voorspellen van het te verwachten natuurlijke beloop |
| Indicatiestelling | Voorspellen van de te verwachten effecten van de behandeling |

Soms worden al deze onderdelen van de psychiatrische diagnostiek tezamen het psychiatrisch onderzoek, in ruimere zin, genoemd. Dit boek gaat echter vooral over het tweede onderdeel, de descriptieve diagnostiek: het inventariseren van de psychiatrische klachten en verschijnselen door middel van de anamnese en het vaststellen van de psychopathologische symptomen door observatie, exploratie en testen van de patiënt. Dit laatste wordt ook wel het psychiatrisch onderzoek in engere zin genoemd. Om dit onderdeel duidelijk van de andere onderdelen van de psychiatrische diagnostiek te onderscheiden gebruiken we in dit boek verder de term status-mentalisonderzoek.

Een overzicht van diverse terminologische begrippen en hun betekenis is opgenomen in tabel 1.2.

2 Objectief en subjectief

De invoering van de DSM-III in 1980, met alle aandacht voor waarneembaar, operationaliseerbaar gedrag, heeft geleid tot een objectiverende benadering in de psychiatrie. Objectief wil in dit geval zeggen: hetgeen men door middel van de zintuigen waarneemt of kan meten. Dit wordt ook wel de ‘derdepersoonsbenadering’ genoemd, omdat de psychiater de patiënt daarbij als een te onderzoeken object beschouwt. Deze benadering wordt wel gezien als de enige echt wetenschappelijke methode, omdat de onderzoeksresultaten zo veel mogelijk onafhankelijk zijn van de onderzoeker en dus een relatief hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben. Bovendien kunnen de resultaten vaak ook gekwantificeerd worden.

¹ Naar deze richtlijn wordt verder zonder deze referentie verwezen.

Tabel 1.2 Terminologie

| Term | Betekenis |
|----------------------------|---|
| Psychopathologie | Wetenschap van het bestuderen en diagnosticeren van de psychiatrische stoornissen; psychiatrische ziekteleer |
| Psychische functies | De manieren waarop de mens informatie uit de omgeving en het eigen lichaam opneemt, deze informatie ervaart, herkent, waardeert, weegt en toetst aan opgeslagen informatie, leidend tot automatisch dan wel doelbewust gedrag |
| Psychiatrisch symptoom | Klacht of verschijnsel dat voor de psychiater betekenis heeft als uiting van een stoornis in een of meer psychische functies |
| Psychiatrisch syndroom | Een veelvoorkomende combinatie van psychiatrische symptomen in combinatie met beloopkenmerken |
| Psychiatrische stoornis | Een psychiatrisch syndroom dat gepaard gaat met klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociaal functioneren |
| Status-mentalisonderzoek | Het vaststellen van psychiatrische symptomen door middel van observeren, exploreren en testen |
| Psychiatrisch onderzoek | Psychiatrische anamnese en status-mentalisonderzoek, om een al dan niet aanwezig psychiatrisch syndroom vast te stellen |
| Psychiatrische diagnostiek | Het geheel van methoden om een psychiatrische stoornis, inclusief de ervaringen, verklaringen en verwachtingen van de patiënt, de vermoedelijke oorzaken, de gevolgen en de te kiezen behandeling, te kunnen vaststellen |

De vraag is echter of het psychiatrisch onderzoek – geheel of zo veel mogelijk – volgens deze wetenschappelijke methode moet plaatsvinden. Een nadeel van deze benadering is namelijk dat de subjectieve ervaringen van de patiënt geheel buiten beschouwing blijven, terwijl grote delen van het psychisch (dis)functioneren zich afspelen binnen deze subjectieve ervaringswereld. Denk aan psychische functies als het waarnemen, de zelfbeleving, het denken en de stemming, met symptomen als hallucinaties, depersonalisatie, wanen en anhedonie. Zulke symptomen zijn alleen goed te onderzoeken door middel van de fenomenologische methode, in 1913 beschreven door Jaspers (Jaspers, 1997): het empathisch begrijpen, beschrijven en analyseren van de subjectieve ervaringen van de patiënt. Omdat het hierbij gaat om het zich verplaatsen in de ander, wordt dit ook wel de ‘eerstepersoonsbenadering’ genoemd. Voor een gepersonaliseerde psychiatrische diagnostiek – een voorwaarde voor het vormen van een vertrouwensrelatie met de patiënt en voor de indicatiestelling van psychotherapie – is deze benadering essentieel (Hengeveld & Beekman, 2018). Bovendien worden psychiatrische symptomen bij de fenomenologische methode niet alleen gezien als uitingen van psychische disfuncties, maar ook als manieren waarop de patiënt probeert om te gaan met zijn bijzondere subjectieve ervaringen en er zin aan probeert te geven. Maar daar gaat dit boek niet over.

We maken dus duidelijk onderscheid tussen wat de patiënt ons vertelt over zijn eigen ervaringen (klachten) en wat we als psychiater kunnen observeren (verschijnselen). Tabel 1.3 laat voorbeelden zien van symptomen die door de psychiater kunnen worden waargenomen (derdepersoonsbenadering) en daarmee vergelijkbare symptomen zoals ze door de patiënt worden beschreven (eerstepersoonsbenadering).

Tabel 1.3 Met elkaar vergelijkbare objectieve en subjectieve psychiatrische symptomen

| <i>Objectief symptoom</i> | <i>Subjectief symptoom</i> |
|--------------------------------|----------------------------|
| Hypotenaciteit van de aandacht | Concentratiestoornis |
| Tachyfrenie | Gejaagd denken |
| Bradyfrenie | Geremd denken |
| Affectarmoede | Gevoelsarmoede |
| Psychomotorische versnelling | Rusteloosheid |
| Psychomotorische vertraging | Psychomotorische remming |
| Spraakarmoede | Gedachtearmoede |
| Logorroe | Spreekdrang |

3 Vorm en inhoud

Psychiatrische symptomen hebben een vorm en een inhoud. De vorm hangt af van de aard van de psychiatrische stoornis en uiteindelijk van de oorzaken van die stoornis. De inhoud hangt af van de situatie, de cultuur en de maatschappij waarin de patiënt leeft.

De vorm van een psychische ervaring is de beschrijving van de structuur ervan in psychopathologische termen, bijvoorbeeld een waan of een hallucinatie. De inhoud is wat de patiënt ervaart aan belevingen en gebeurtenissen. Als het om de inhoud gaat, vraagt de psychiater zich af wát de patiënt ervaart; gaat het om de vorm, dan vraagt de psychiater zich af hóé de patiënt de wereld en zichzelf ervaart. Een voorbeeld is de ontrouwwaan, die een ontrouwwaan kan blijven ook wanneer de partner van de patiënt echt ontrouw blijkt te zijn. Want daarbij gaat het meer om de vorm van de gedachten die de patiënt denkt, namelijk met de typische kenmerken van een waan, dan om de inhoud van zijn gedachten, namelijk de ontrouw van zijn partner (Kuiper, 1994).

Voor het vaststellen van de aard van de stoornis is de vorm van de psychiatrische symptomen essentieel, voor het bepalen van de psychische oorzaken en de behandeling is de inhoud van de psychische klachten van de patiënt belangrijk. Anders gezegd: het status-mentalisonderzoek is gebaseerd op de vraag: 'Wat is er aan de hand?' (bijvoorbeeld: is er sprake van een paranoïde waan), terwijl de psychiatrische diagnostiek ten behoeve van het vaststellen van de oorzaken en de keuze van de behandeling gebaseerd is op de vragen: 'Wat is er gebeurd?' (bijvoorbeeld: is er sprake van een psychotraumatische ervaring) en 'Waar gaat het over?' (bijvoorbeeld: is er sprake van woede op een naaste).

Voor patiënten is over het algemeen de inhoud het belangrijkste. Ook onvoldoende in de psychopathologie geschoolde zorgverleners hebben evenwel vaak meer oog voor de inhoud dan voor de vorm van de psychiatrische symptomen. Dan kan een psychiatrische diagnose worden verondersteld op basis van hetgeen de patiënt heeft meegemaakt in plaats van op de gevolgen die dit heeft op het psychisch functioneren. Tabel 1.4 laat zien dat een inhoudelijke sensatie of gedachte heel veel verschillende psychopathologische vormen kan aannemen. Er blijkt wel uit dat het voor het vaststellen van de diagnose van groot belang is precies na te vragen hoe de patiënt ervaart of denkt.

Een bezwaar van de (semi)gestructureerde diagnostische interviews is dat deze het vooral moeten hebben van wat de patiënt aan de onderzoeker vertelt, dus voornamelijk van de

Tabel 1.4 Verschillende vormen die een lichamelijke sensatie of een denkbeeld over een lichamelijke klacht kan aannemen

| <i>Klacht of verschijnsel</i> | <i>Symptoom</i> | <i>Psychiatrische stoornis</i> |
|--|---|--|
| Bizarre sensaties in een orgaan | Viscerale hallucinatie | Schizofrenie |
| Oncorrigeerbare overtuiging dat er lichamelijke iets ernstigs aan de hand is | Somatische waan | Psychotisch-depressieve stoornis of morfydysfore stoornis |
| Lichamelijke klacht als uiting van depressiviteit | Somatisch symptoom van stemmingsstoornis | Depressieve stoornis |
| Lichamelijke klacht als uiting van angst | Angstequivalent | Gegeneraliseerde-angststoornis |
| Zich opdringende herbelevingen van een ernstige verwonding | Dwangvoorstelling | Posttraumatische-stressstoornis |
| Gevoel van vervreemding van het eigen lichaam | Desomatisatie | Derealisatie-/depersonalisatiestoornis |
| Excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen samenhangend met een (onverklaarde) lichamelijke klacht | Disproportionele gedachten, angst of tijdsbesteding aan een of meer lichamelijke klachten | Somatisch-symptoomstoornis |
| Een denkbeeld over het lichaam dat het leven van de patiënt domineert en diens gedrag beïnvloedt | Overwaardig denkbeeld | Ziekteangststoornis, morfydysfore stoornis of anorexia nervosa |
| Een gedachte over het lichaam waar de patiënt steeds en lang aan denkt | Preoccupatie | Ziekteangststoornis of morfydysfore stoornis |
| Het voorwenden of doelbewust opwekken van een lichamelijke verwonding of ziekte | Nagebootst symptoom | Nagebootste stoornis |

inhoud en minder van wat de onderzoeker aan stoornissen kan vaststellen bij observatie van de vorm van het psychisch functioneren van de patiënt. Om die reden kan een telefonisch interview een face to face plaatsvindend psychiatrisch onderzoek niet vervangen (Hoek & Hovens, 2011). De kunst van de psychiatrische diagnostiek is het zorgvuldig in kaart brengen van psychiatrische stoornissen in de *vorm* van de ervaringen, de uitingen en het gedrag van de patiënt. Daar gaat dit boek hoofdzakelijk over.

4 Gestructureerd of gestandaardiseerd

Er is niet veel onderzoek gedaan naar de validiteit van gestructureerde interviews versus het 'gewone', ongestructureerde psychiatrisch onderzoek door de psychiater (Miller e.a., 2001; Rettew e.a., 2009). Er bleek slechts een geringe overeenkomst te bestaan tussen de diagnostische bevindingen bij de twee verschillende methoden; de gestructureerde interviews kwamen meer overeen met de diagnoses die uiteindelijk door experts werden gesteld.

Het probleem bij dit soort onderzoek is dat voor de diagnose wordt uitgegaan van DSM-classificaties. Dat een gestructureerd interview gebaseerd op DSM-criteria het dan beter doet dan een psychiatrisch onderzoek door een psychiater, hoeft ons niet te verba-

zen. Het is in feite een cirkelredenering. De essentiële vraag hierbij is natuurlijk: welke diagnose heeft meer klinische validiteit? We weten inmiddels dat een DSM-classificatie alléén onvoldoende aanknopingspunten biedt voor de keuze van de behandeling. Alleen een gepersonaliseerde diagnostische formulering die gebaseerd is op de vijf onderdelen van psychiatrische diagnostiek (zie tabel 1.1), kan leiden tot een op de individuele patiënt toegespitste behandeling.

Voorwaarde daarbij is wel dat de psychiater in staat is tot het systematisch en gestandaardiseerd uitvoeren van het psychiatrisch onderzoek, in het belang van de volledigheid, betrouwbaarheid en uitwisselbaarheid ervan. Dit boek biedt die standaard. We wijzen er daarbij op dat het aantal psychiatrische symptomen dat in de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014)² opgenomen is, slechts een fractie is van alle symptomen die in dit boek worden beschreven. Dit kan een verdieping en verrijking bieden. Veel van de symptomen die in dit boek worden gedefinieerd, kunnen voor de patiënt en voor de diagnose belangrijk zijn naast de in de DSM-5 genoemde symptomen. Denk bijvoorbeeld aan stoornissen in de zelfafgrenzing, in de tijdsbeleving of in de ervaren autonomie van het denken – belangrijke subjectieve symptomen van schizofrenie die in de DSM-5 niet voorkomen.

Een valkuil bij DSM-gestuurd psychiatrisch onderzoek kan zijn dat diagnostiek gereduceerd wordt tot het ‘simpelweg’ uitvragen van rijtjes DSM-classificatiecriteria. Er wordt dan nauwelijks stilgestaan bij de interpretatie van de antwoorden van de patiënt of bij definities van symptomen. Hoewel ook bij gestructureerde vormen van diagnostiek wordt benadrukt dat men altijd het klinisch oordeel moet meewegen, gebeurt dit in de praktijk niet altijd. Dit kan tot een onjuiste diagnose leiden. Zo kan een patiënt die bevestigend antwoordt op de vraag of hij dingen hoort die anderen niet kunnen horen, niet meteen een hallucinatie toegedicht krijgen. Daarvoor zijn eerst een verder uitvragen, het ‘timmermansoog’ van de onderzoeker, de ervaringen in het doen van psychiatrische diagnostiek en klinische interpretatie nodig.

Een ander nadeel van DSM-gestuurde gestructureerde interviews is dat steeds duidelijker wordt dat de huidige classificaties van psychiatrische stoornissen hun beperkingen hebben. De grenzen tussen de stoornissen zijn minder scherp dan door de classificaties wordt gesuggereerd; er is veel etiopathogenetische overlap tussen de stoornissen en de opsplitsing in vele subtypen leidt tot artificiële ‘comorbiditeit’.

Om die reden worden de psychiatrische symptomen in dit boek niet ingedeeld naar de bijbehorende DSM-classificaties, maar volgens de traditie van het status-mentalisonderzoek naar de psychische functies die daarbij verondersteld worden gestoord te zijn (zie hoofdstuk 2). Het is echter vaak niet eenvoudig te kiezen bij welke psychische functie een bepaald symptoom het best ondergebracht kan worden. Een symptoom kan uiting zijn van stoornissen in verschillende functies. Enkele voorbeelden: Is een somatische hallucinatie een stoornis in de waarneming of een stoornis in het lichaamsbeeld? Is verdragd

2 Naar de Nederlandse vertaling van het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5* wordt verder zonder deze referentie verwezen.

3 We hebben ervoor gekozen om in dit boek de mannelijke vorm te gebruiken voor de patiënt en de vrouwelijke vorm voor de psychiater.

spreken een stoornis in de vorm van het denken of een stoornis in de spraak? Zijn neologismen een stoornis in de taal of een stoornis in de vorm van het denken? Is gedachte-onttrekking een stoornis in de waarneming of een stoornis in de inhoud van het denken? Zijn dwanggedachten een stoornis in de vorm van het denken of in de inhoud van het denken? De keuzes hierbij kunnen daarom soms arbitrair of geforceerd zijn. Meestal zijn ze gebaseerd op de tradities binnen het psychiatrisch onderzoek in het Nederlandse taalgebied en is gekozen voor de meest logische of de klinisch relevantste indeling.

5 Theorie en praktijk

Nadrukkelijk moet worden opgemerkt dat lang niet alle in dit boek besproken psychiatrische symptomen in elk psychiatrisch onderzoek aan de orde komen. De *Richtlijn psychiatrische diagnostiek* biedt aanbevelingen voor de onderdelen van de psychiatrische diagnostiek die, afhankelijk van de vraagstelling, binnen de verschillende behandelcontexten en bij bepaalde patiëntengroepen al dan niet aan de orde moeten komen. De genoemde richtlijn gaat er echter terecht van uit dat altijd een psychiatrisch onderzoek uitgevoerd moet worden. Hoe uitgebreid en hoe frequent dat gedaan moet worden, is aan het oordeel van de psychiater. Dat vereist grote deskundigheid, die niet uit een boek te leren is. Dit is geen doe-het-zelfgids voor het vaststellen van psychiatrische stoornissen. Alleen door uitgebreide praktische ervaring in de psychiatrische setting, onder bekwame supervisie, kan men leren symptomen te onderscheiden, patronen te herkennen, diagnostische aanwijzingen op te pakken, de juiste vraag op het juiste moment te stellen en de gulden middenweg te vinden tussen te grote omzichtigheid en te opdringerige nieuwsgierigheid. Dit boek is bedoeld als leidraad bij dit leerproces.

6 Overzicht van de inhoud

Voorafgaande aan de eigenlijke beschrijving van de anamnese en het onderzoek wordt in hoofdstuk 2 toegelicht hoe wij, aansluitend bij deze Nederlandse traditie, gekomen zijn tot de rangschikking van de psychopathologische symptomen in de status mentalis (voor de status mentalis, zie de gelijknamige bijlage achter in het boek). Beschreven wordt hoe de psychische functies zijn verdeeld in cognitieve, affectieve en conatieve functies (de 'trias psychica'). Ook wordt toegelicht dat er drie manieren zijn om de stoornissen in de psychische functies vast te stellen: door te observeren, te exploreren en te testen. Hoofdstuk 2 en de status mentalis hebben als belangrijkste doel de weergave van het status-mentalisonderzoek in patiëntendossiers, rapportages en brieven te standaardiseren. Het diagnostisch proces in de psychiatrie begint met het opnemen van de anamnese. Hoofdstuk 3 presenteert een uitvoerige leidraad voor de wijze waarop deze anamnese kan worden opgenomen en genoteerd. De psychiater verneemt zo de psychische klachten van de patiënt, gerelateerd aan diens sociale situatie en levensgeschiedenis. Hieruit destilleert de psychiater haar eerste differentieeldiagnostische hypothesen over het psychiatrisch syndroom en de mogelijke somatische en psychosociale oorzaken van deze psychiatrische aandoening bij de patiënt.

Het onderzoek van de psychiatrische symptomen vangt aan met de eerste indrukken (hoofdstuk 4). Zoals al is toegelicht, worden deze symptomen niet beschreven aan de hand van de classificatie van de psychiatrische stoornissen, maar worden ze opgevat als stoornissen in verschillende psychische functies. Deze functies zijn traditioneel ingedeeld in de eerdergenoemde trias psychica: cognitieve functies (hoofdstuk 5), affectieve functies (hoofdstuk 6) en conatieve functies (hoofdstuk 7). Ook de persoonlijkheidstrekken (in hoofdstuk 8) worden niet beschreven aan de hand van de tien ‘klassieke’ DSM-persoonlijkheidsstoornissen, maar volgens een ‘psychopathologische versie’ van het vijfcomponentenmodel (de ‘big five’). Het doel van deze wijze van indelen is dat de psychiater de patiënt en diens symptomen met een zo open mogelijke blik onderzoekt en beschrijft, zonder vanaf het begin in de valkuil van het kokerdenken in DSM-classificaties te stappen. Alle mogelijke psychische functies en psychiatrische symptomen worden in deze hoofdstukken gedefinieerd. Telkens wordt beschreven hoe deze symptomen bij het observeren, exploreren of testen kunnen worden vastgesteld. Deze ‘encyclopedische’ hoofdstukken van het boek zijn bedoeld als standaard voor de terminologie en voor de wijze van onderzoek van de symptomen bij het psychiatrisch onderzoek. Ze vormen de kern van het boek en kunnen samen opgevat worden als een handboek psychopathologie.

In de hoofdstukken 9 en 10 worden enkele aspecten besproken die van belang zijn voor de algehele beoordeling van de patiënt en zijn psychiatrische stoornis: het onderzoek van mogelijk gevaar, de lijdensdruk en het sociaal disfunctioneren, en de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Een punt van discussie is welke symptomen we willen beschouwen als psychiatrisch en welke als neurologisch – een kunstmatige scheiding, vooral bepaald door de verdeling van het ‘territorium’ van de twee overlappende specialismen. Men zou kunnen stellen: alle symptomen waar een somatische (‘organische’) oorzaak van bekend is, zijn te beschouwen als neurologisch. Daarmee zou echter het domein van het psychiatrisch onderzoek en van de psychiater wel erg klein worden en het zou waarschijnlijk ook steeds verder krimpen vanwege het voortschrijden van de neurobiologische kennis over de etiopathogenese van de psychiatrische stoornissen. In het verleden is dit bijvoorbeeld gebeurd met epilepsie: door de uitvinding van het eeg veranderde epilepsie van een psychiatrische in een neurologische aandoening. De psychiater behandelt echter ook aandoeningen met een min of meer bekende oorzaak in het zenuwstelsel, zoals ticstoornissen en neurocognitieve stoornissen, en zal dit hopelijk blijven doen. Symptomen van deze ‘neuropsychiatrische’ stoornissen hebben we daarom opgenomen in de drie hoofdstukken over stoornissen in psychische functies. Voor de stoornissen van het bewustzijn, de aandacht, de oriëntatie en het geheugen was dit al geruime tijd de gewoonte. In de voorganger van dit handboek (Hengeveld & Schudel, 2011) zijn de ticstoornissen en de stoornissen van de taal, het rekenen, de gnosis, de perceptie, de executieve functies en de praxis hieraan toegevoegd, dit ook omdat ze in de DSM-IV opgenomen waren als criteria voor psychiatrische stoornissen. Wij hebben deze keuze overgenomen.

Alleen het neurologisch onderzoek van de onwillekeurige bewegingsstoornissen, die vaak voorkomen als bijwerking van psychofarmaca, hebben we in een apart hoofdstuk beschreven (hoofdstuk 11). Naar onze mening behoren deze stoornissen niet tot het gebied van de status mentalis. De psychiater moet ze zeker kunnen herkennen, kunnen onderzoeken en in het dossier kunnen beschrijven als bevinding bij het verrichte neurologisch onder-

zoek (Van Harten, 2011). Ook de DSM-5 behandelt de bewegingsstoornissen niet bij de psychiatrische stoornissen, maar in een apart hoofdstuk over bijwerkingen van medicatie.

7 Doelgroep en afbakening

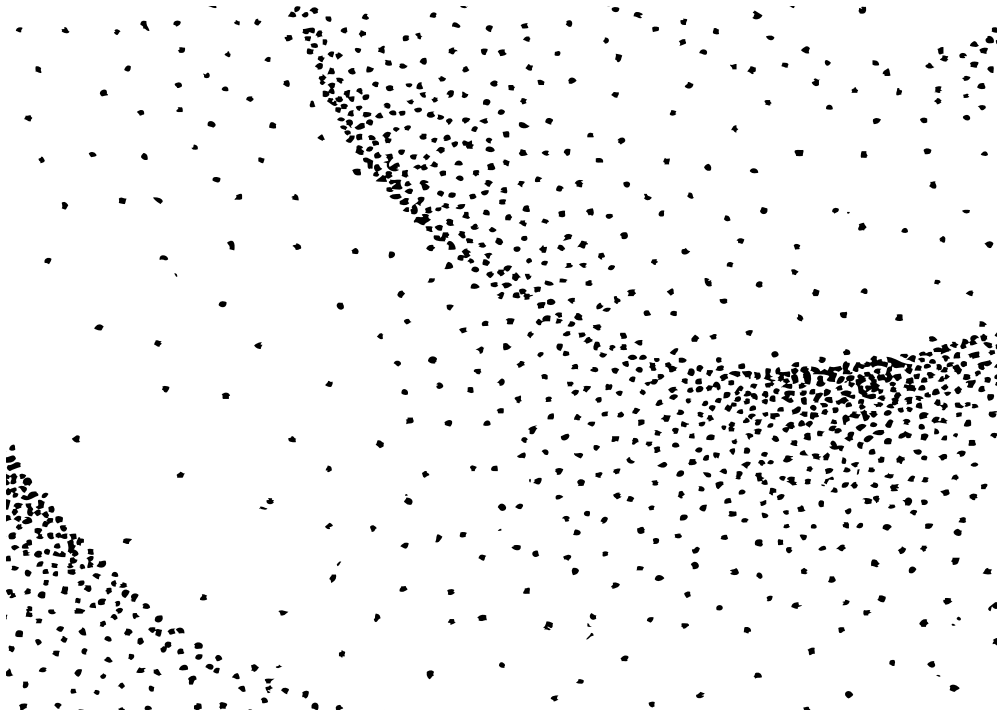
De primaire doelgroep van dit handboek wordt gevormd door alle psychiaters. Het is bedoeld als een kwaliteitsinstrument voor de psychiatrische diagnostiek door de psychiater en de arts in opleiding tot dit specialisme. Veel informatie in dit boek is mede van toepassing op kinderen en zeker op adolescenten, maar het psychiatrisch onderzoek in die leeftijdsfasen kent ook aspecten die niet aan bod komen. Daarvoor wordt verwezen naar leerboeken kinder- en jeugdpsychiatrie (Verhulst, Verhey & Danckaerts, 2014; Doreleijers e.a., 2015).

Dit handboek is niet geschreven voor andere disciplines, maar deze kunnen natuurlijk wel gebruikmaken van gedeelten uit het boek die van toepassing zijn op de diagnostiek van psychiatrische stoornissen binnen hun specifieke context en voor zover deze vallen onder hun specifieke bekwaamheden. Te denken valt aan huisartsen, sociaal geneeskundigen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, klinisch geriaters, neurologen, revalidatiegeneeskundigen, artsen voor spoedeisende geneeskunde, gezondheidszorgpsychologen, klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen, psychotherapeuten en verpleegkundig specialisten ggz.

Niet alle aspecten van volledige psychiatrische diagnostiek komen in dit handboek aan de orde (zie tabel 1.1). Omwille van de bruikbaarheid en overzichtelijkheid werd afgezien van het bespreken van het onderzoek van de sociale context of 'het systeem'; hiervoor wordt verwezen naar de systeempluim (zie bijvoorbeeld Baars & Van Meekeren, 2013; Thunnissen & Nijs, 2018). Evenmin is dit boek een handleiding voor het vaststellen van een psychiatrische diagnose en de behandelindicatie; daarvoor wordt verwezen naar de *Richtlijn psychiatrische diagnostiek* en naar de leer- en handboeken over specifieke psychiatrische stoornissen. Deze uitgave biedt niets meer, maar ook niets minder, dan een uitgebreide leidraad en standaard voor de psychiatrische anamnese en het status-mentalisonderzoek.

8 Bijlagen

Omdat het psychiatrisch onderzoek in de praktijk over het algemeen niet zo omvattend zal (kunnen) zijn als in deze hoofdstukken is beschreven, worden achter in dit boek niet alleen een complete status mentalis, maar ook twee kortere versies gegeven. In de status mentalis voor de artsopleiding zijn alleen de belangrijkste symptomen van de veelvoorkomende psychiatrische stoornissen opgenomen, conform het *Leerboek psychiatrie* (Hengeveld e.a., 2016). Zeker in spoedsituaties zal de psychiater zich, noodgedwongen, moeten beperken tot het vaststellen en vastleggen van symptomen die essentieel zijn voor een eerste differentieeldiagnostische hypothese en een snelle behandelbeslissing. Voor dit doel is als derde bijlage een extra kort model voor de status mentalis in de spoedeisende situatie opgenomen. Als vierde bijlage treft de lezer een lijst aan met de definities van alle psychiatrische begrippen die in dit boek worden besproken.



2 Rangschikking van de psychische functies

- 1 Inleiding
- 2 Nederlandse traditie
- 3 Indeling in drie hoofdgroepen
- 4 Hiërarchie van stoornissen
- 5 Status mentalis
- 6 Indeling van de functies binnen de trias psychica

1 Inleiding

Net als in alle geneeskundige disciplines worden in de psychiatrie de ziektesymptomen onderzocht en vastgesteld met behulp van anamnese en onderzoek. De klachten die de patiënt ervaart, worden spontaan gemeld en de psychiater vraagt daarna oriënterend naar de kernsymptomen van de belangrijkste psychiatrische stoornissen (anamnese). Intussen registreert de psychiater uiterlijke kenmerken van de patiënt en de wijze waarop deze contact legt (eerste indrukken). Op basis van de informatie verkregen bij het opnemen van de anamnese vraagt de psychiater door naar relevante andere psychische klachten (exploratie). De anamnese van de subjectieve psychische klachten en het onderzoek van de objectieve psychische verschijnselen lopen daarmee vloeiend in elkaar over. Tegelijkertijd beoordeelt de psychiater de psychische toestand, de manier van spreken, de gevoelsuitingen en de gedragingen van de patiënt (observatie). Bij een patiënt die weigert te spreken is observatie de enige onderzoeksmethode die mogelijk is. Een aantal psychiatrische verschijnselen kan door de psychiater globaal worden gekwantificeerd door middel van eenvoudige, gestandaardiseerde vragen (tests). Alleen wanneer de anamnese, exploratie of observatie daartoe aanleiding geven, worden dergelijke tests gedaan. Vervolgens interpreteert de psychiater datgene wat de patiënt meldt en datgene wat zij waarneemt aan de patiënt in termen van psychiatrische symptomatologie.

De informatie over de psychiatrische symptomen die zo wordt verkregen uit anamnese, exploratie, observatie en tests, wordt op een systematische manier vastgelegd in het verslag van het status-mentalisonderzoek, de status mentalis. Deze systematiek verhoogt de volledigheid, de uitwisselbaarheid en de betrouwbaarheid van dergelijke psychiatrische gegevens en geeft structuur en houvast aan een psychiatrische beoordeling. Een logische rangschikking van de psychopathologie is bovendien bevorderlijk voor het onderwijs in het onderzoek van de psychiatrische patiënt. Welke systematiek men kiest voor het registreren van de psychopathologische symptomen, is in wezen arbitrair. Van belang is dat zo veel mogelijk psychiaters, bij voorkeur alle Nederlandstalige psychiaters, het over het systeem eens zijn en het in de praktijk gebruiken. Een dergelijke standaardisatie van het psychiatrisch onderzoek wordt door middel van deze uitgave nagestreefd. Daarom geeft dit hoofdstuk, voorafgaande aan de beschrijving van de anamnese, exploratie, observatie en tests in de volgende hoofdstukken, een toelichting op de wijze waarop het verslag van het status-mentalisonderzoek is opgebouwd.

Bij de rangschikking van de symptomen in de status mentalis hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd.

- Aansluiting bij de traditie van het psychiatrisch onderzoek in Nederland.
- Indeling in hoofdgroepen van psychische functies.
- Hiërarchie van de symptomatologie gebaseerd op de mate van urgentie.

2 Nederlandse traditie

De indeling van de status mentalis in oude en recente leerboeken laat weinig overeenstemming zien tussen de auteurs. Bovendien wordt de keuze voor een bepaalde ordening van de psychische functies zelden gemotiveerd. Wel is er duidelijk sprake van een zekere

traditie in elk land. Britse en Amerikaanse auteurs bijvoorbeeld beginnen de *mental state examination* meestal met de spraak en de stemming, om vervolgens via het denken, de waarneming, de oriëntatie, de aandacht, het geheugen en de intelligentie te eindigen met het ziekte-inzicht (zie bijvoorbeeld Leff & Isaacs, 1990; Andreasen & Black, 1995; Hales & Yudofsky, 1996; Murray, Hill & McGuffin, 1997; Gelder, Mayou & Cowen, 2001; Sadock, Sadock & Ruiz, 2017). In Nederland is de volgorde van de psychische functies traditioneel juist andersom: over het algemeen wordt begonnen met het bewustzijn, de aandacht, de oriëntatie en het ik-besef, gevolgd door de waarneming, het denken, het geheugen en de intelligentie, dan het gevoelsleven, waarna de driften, het willen en de strevingen het verslag van het status-mentalisonderzoek afronden (zie bijvoorbeeld Jelgersma, 1926; Rümke, 1954; Kraus, 1964; Zwanikken, Fischer & Zitman, 1993; Kuiper, 1994; Vander-eucken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000).

3 Indeling in drie hoofdgroepen

Hoewel niet in alle Nederlandse leerboeken expliciet genoemd, lijkt een indeling in drie hoofdgroepen van het psychisch functioneren steeds ten grondslag te liggen aan de opbouw van de status mentalis: kennen, voelen en willen (Prick & Van der Waals, 1958). Om zich te kunnen handhaven moet de mens zich kennis verschaffen van de omgeving, deze kennis gevoelsmatig waarderen en vervolgens komen tot handelingen. Deze indeling sluit aan bij de drie delen van de ziel volgens Plato: het kennende deel, het begeerende deel en het strevende deel (Cathcart & Klein, 2009). Didactisch is deze driedeling goed te gebruiken. Ook vonden we deze traditie in de Nederlandse leerboeken terug in de standaarden voor het status-mentalisonderzoek van de volwassen patiënt, die gehanteerd werden in de acht psychiatrische universiteitsklinieken in Nederland. Bij elkaar reden genoeg deze traditie in dit boek voort te zetten. Daarbij is gekozen voor drie termen die in hun oorspronkelijke betekenis weliswaar niet geheel overeenkomen met de drie genoemde hoofdgroepen (kennen, voelen en willen), maar wel een Latijnse etymologie en uiterlijke verwantschap delen: cognitieve, affectieve en conatieve functies (Hilgard, 1980). We hebben dit de trias psychica genoemd.

4 Hiërarchie van stoornissen

De volgorde van de drie psychische functies in de Nederlandse indeling van de status mentalis is waarschijnlijk ontstaan onder invloed van een traditionele hiërarchie van psychiatrische syndromen, die gebaseerd is op de ernst van de verandering in het functioneren van de patiënt en daarmee de urgentie waarmee diagnostiek of behandeling plaats moet vinden. Zo moet bij een patiënt met neurocognitieve symptomen (zoals een gedaald bewustzijn of desoriëntatie) over het algemeen sneller worden gehandeld dan bij een patiënt met psychotische symptomen (bijvoorbeeld hallucinaties of wanen). Tevens wordt de beoordeling van patiënten met psychotische symptomen als urgenter beschouwd dan patiënten met affectieve symptomen (zoals een depressieve stoornis of angststoornis).

Conatieve symptomen, ten slotte, die vooral worden gezien bij gedragsstoornissen, verslavingen, persoonlijkheidsstoornissen en neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, vragen meestal niet om direct medisch ingrijpen (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Hiërarchie van psychiatrische stoornissen en psychische hoofdfuncties

| <i>Hoofdcategorieën van psychiatrische stoornissen</i> | <i>Psychische hoofdfuncties waarbinnen de kernsymptomen vooral vallen</i> |
|--|---|
| Neurocognitieve stoornissen | Cognitieve functies |
| Psychosespectrumstoornissen | Cognitieve functies |
| Emotionele stoornissen | Affectieve functies |
| Externaliserende stoornissen | Conatieve functies |
| Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen | Conatieve functies |
| Persoonlijkheidsstoornissen | Cognitieve, affectieve en conatieve functies |

5 Status mentalis

Op basis van de Nederlandse traditie, de indeling in drie hoofdgroepen van de psychische functies en de hiërarchie van de psychiatrische stoornissen is de in tabel 2.2 gepresenteerde rangschikking voor het opschrijven van de psychopathologische symptomen bij volwassenen ontwikkeld. Let wel: het gaat hier niet om de volgorde waarin de psychische functies door de psychiater worden onderzocht; die hangt af van de klachten die de patiënt presenteert en de differentieeldiagnostische overwegingen die de psychiater heeft. Het volledig uitgewerkte schema voor de status mentalis is achter in dit boek te vinden. Traditioneel worden in de status mentalis, voorafgaand aan de beschrijving van de stoornissen in de psychische functies, de eerste indrukken van de patiënt vastgelegd. Hierbij gaat het om opvallende kenmerken van het uiterlijk van de patiënt, om de manier waarop de patiënt de klachten presenteert en om de interactie tussen de patiënt en de psychiater. In hoofdstuk 4 wordt hier uitgebreid op ingegaan. Uit deze gegevens kunnen belangrijke aanwijzingen naar voren komen over de aard, de ernst en vooral de behandelbaarheid van de psychiatrische stoornis.

6 Indeling van de functies binnen de trias psychica

- *Cognitieve functies*: het begrip cognitieve functies omvat in Europa oorspronkelijk het geheugen, het oordeelsvermogen, de intelligentie, het waarnemen en het denken. In de Amerikaanse psychiatrische traditie worden daarentegen juist het bewustzijn, de aandacht en de oriëntatie tot de cognitieve functies gerekend. Dat zijn de functies die gestoord zijn bij wat in de DSM-5 ‘neurocognitieve stoornissen’ wordt genoemd. Men kan ervoor kiezen om in de status mentalis onderscheid te maken tussen enerzijds het bewustzijn, de aandacht en de oriëntatie en anderzijds de cognitieve functies in traditionele Europese zin. Daar is wat voor te zeggen, omdat het bewustzijn, de

Tabel 2.2 Rangschikking van de psychische hoofdfuncties in de status mentalis

| Hoofdgroepen | Psychische hoofdfuncties |
|---------------------|---|
| Eerste indrukken | Uiterlijk Contact en houding Klachtenpresentatie Gevoelens en reacties opgeroepen bij de psychiater |
| Cognitieve functies | Bewustzijn, aandacht en oriëntatie Geheugen Oordeelsvermogen Realiteitsbesef, ziektebesef en ziekte-inzicht Intelligentie en abstractievermogen Taal en rekenen Metacognitieve functies Voorstelling, waarneming en zelfwaarneming Denken |
| Affectieve functies | Stemming en affect Angst en vrees Emotieherkenning en emotieregulatie |
| Conatieve functies | Praxis Executieve functies Psychomotoriek Motivatie, wil en gedrag |
| Persoonlijkheid | Persoonlijkheidstrekken en -symptomen Afweer- en copingmechanismen Basale assumpties |

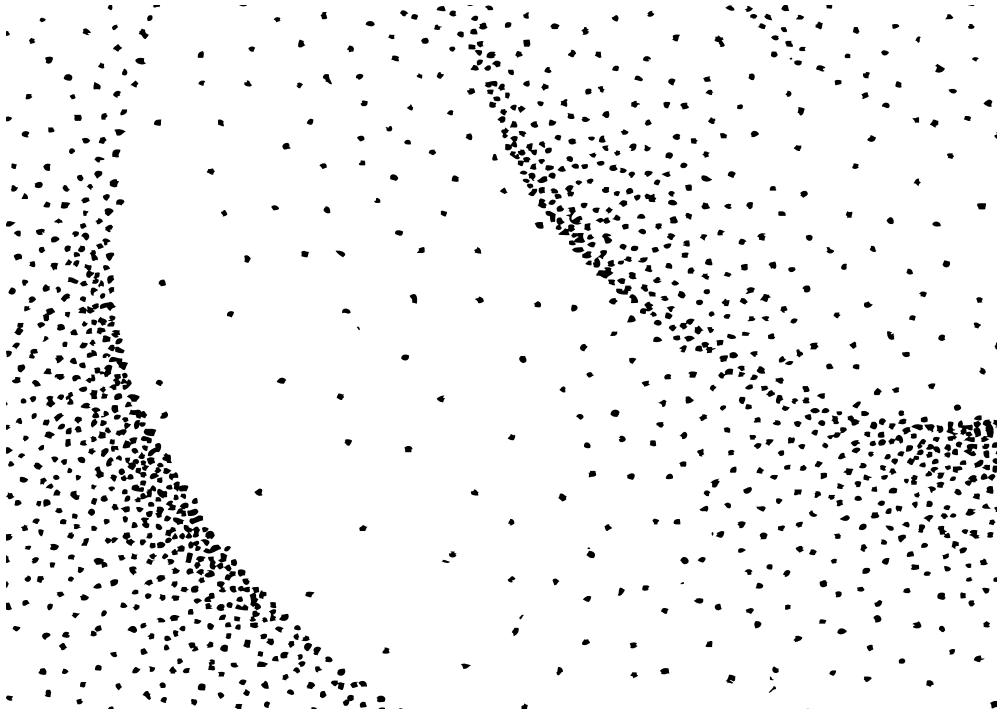
aandacht en de oriëntatie beschouwd kunnen worden als globale hersenfuncties die noodzakelijk zijn voor het kennen van de wereld en onszelf, terwijl het geheugen, het oordeelsvermogen, de intelligentie, het waarnemen en het denken specifiekere psychische functies zijn. Toch hebben wij omwille van de eenvoud ervoor gekozen dit onderscheid niet te maken en ook de globale hersenfuncties onder te brengen bij de cognitieve functies. Intussen zijn ook het realiteitsbesef, ziektebesef, ziekte-inzicht en taal en rekenen al langere tijd onderdeel van het psychiatrisch onderzoek van de specifieke cognitieve functies. In dit handboek introduceren we bovendien ook de metacognitieve functies.

- *Affectieve functies*: de stemming en het affect worden van oudsher beschouwd als de affectieve functies. Ook specifieke angsten en fobische symptomen worden hier beschreven. Er is tegenwoordig veel aandacht voor stoornissen in de emotieregulatie en de emotieherkenning. Deze hebben we ook bij de affectieve functies ondergebracht. Daarmee hebben we de betekenis van het begrip affectieve functies wat ruim opgevat, net als bij het begrip cognitieve functies.
- *Conatieve functies*: het begrip conatieve functies hebben wij eveneens ruimer gedefinieerd dan etymologisch 'verantwoord' is. De vertaling van het Latijnse *conatus* is

namelijk: poging, inspanning, aandrift, drang. Deze betekenis van conatieve functies wordt in de meeste medische woordenboeken gehanteerd en komt overeen met de begrippen 'driftleven, wilsleven en strevingen', waar de status mentalis vroeger vaak mee eindigde. Hiervoor zijn de termen motivatie (de subjectief ervaren krachten die gedrag initiëren, stimuleren en richten) en wil (het vermogen om tot een besluit te komen en dit uit te voeren) gekozen. In de status mentalis bedoelen we met de conatieve functies echter niet alleen deze typisch motivationele functies, maar ook het vermogen complexe aangeleerde bewegingen bewust en doelmatig uit te voeren en na te bootsen (praxis), de controle van de handelingen (executieve functies), de spierbewegingen die (grotendeels) door psychische factoren worden veroorzaakt of gestuurd (psychomotoriek) en alle waarneembare reacties van de patiënt op bepaalde situaties (gedrag). Zowel de motieven en de besluitvaardigheid om tot gedrag te komen als de controle en uitvoering van motorische handelingen en gedrag komen hiermee aan de orde in de status mentalis.

Zo zijn alle psychiatrische symptomen ondergebracht bij cognitieve, affectieve of conatieve functies en wordt het schema van de status mentalis overzichtelijk en mooi ingedeeld in de drie hoofdfuncties van het psychisch functioneren zoals we die al eeuwen in onze cultuur kennen: de trias psychica (zie tabel 2.2).

Het is van belang om na de beschrijving van de status mentalis te noteren welke psychiatrische klachten en verschijnselen beschouwd kunnen worden als persoonlijkheidstrekken en welke afweer- en copingmechanismen en basale assumpties (vaak ook schema's genoemd) de patiënt hanteert. Vrijwel alle persoonlijkheidstrekken kunnen overigens ook als psychiatrisch symptoom optreden; ze worden daarom meestal eveneens beschreven bij de cognitieve, affectieve en conatieve functies.



3 Anamnese

- I Inleiding
- 2 Houding en gesprekstechniek
- 3 Reden voor het onderzoek
- 4 Speciële anamnese
 - 4.1 Aanbevelingen en voorbeeldvragen
- 5 Tractus-mentisanamnese
 - 5.1 Cognitieve klachten
 - 5.2 Affectieve klachten
 - 5.3 Conatieve klachten
 - 5.4 Persoonlijkheidstrekken
- 6 Gebruik van middelen
- 7 Psychiatrische voorgeschiedenis
- 8 Psychiatrische familieanamnese
- 9 Somatische anamnese
 - 9.1 Somatische symptomen van stemmingsstoornissen
 - 9.2 Somatische angstequivalenten
 - 9.3 Functionele neurologische symptomen
 - 9.4 Overige somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten
 - 9.5 Slaapklachten
 - 9.6 Seksuele klachten
- 10 Actuele medicatie
- 11 Sociale anamnese
 - 11.1 Eerste milieu (thuissituatie)
 - 11.2 Tweede milieu (werk en opleiding)
 - 11.3 Derde milieu (sociale contacten en vrije tijd)
- 12 Biografische anamnese
 - 12.1 Gezin van oorsprong
 - 12.2 Persoonlijke levensgeschiedenis (vanaf de adolescentie)
 - 12.3 Betekenisvolle ervaringen
 - 12.4 Zelfbeschrijving
- 13 Ontwikkelingsanamnese
- 14 Heteroanamnese
 - 14.1 Nut en noodzaak
 - 14.2 Doel

1 Inleiding

De psychiatrische anamnese (zie tabel 3.1) begint met de speciële anamnese: welke psychische klachten zijn aanwezig, wat is de geschiedenis ervan, hoe ernstig zijn ze en wat zijn de gevolgen ervan voor het dagelijks leven? De speciële anamnese wordt gevolgd door de tractus-mentalisanamnese, waarin naar de kernsymptomen van de belangrijkste psychiatrische stoornissen wordt gevraagd. Daarna volgen de vragen naar het gebruik van middelen, de psychiatrische voorgeschiedenis, de psychiatrische familieanamnese, de somatische anamnese en de vragen naar het actuele gebruik van medicatie. Van belang zijn ook de sociale anamnese en de biografische anamnese. Deze dienen niet om de psychiatrische stoornis vast te stellen, maar om mogelijke oorzaken ervan op te sporen en meer te weten te komen van de leefomstandigheden van de patiënt. Wanneer gedacht wordt aan een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, is een ontwikkelingsanamnese onontbeerlijk. Ten slotte wordt meestal ook een heteroanamnese opgenomen van een naaste van de patiënt.

Tabel 3.1 Onderdelen van de anamnese*

| Onderdeel | Wat ermee wordt onderzocht |
|---------------------------------|---|
| Speciële anamnese | De aard, de ernst en het beloop van de psychische klachten |
| Tractus-mentalisanamnese | De kernklachten van de belangrijkste psychiatrische stoornissen |
| Gebruik van middelen | Intoxicatie of verslaving |
| Psychiatrische voorgeschiedenis | Eerdere psychiatrische stoornissen en behandelingen |
| Psychiatrische familieanamnese | Psychiatrische stoornissen en behandelingen in de familie |
| Somatische anamnese | Somatische klachten en ziekten, mogelijk gerelateerd aan de psychiatrische stoornis |
| Actuele medicatie | Effect van farmacotherapie |
| Sociale anamnese | Sociale oorzaken en gevolgen van de psychiatrische stoornis en het sociale steunsysteem |
| Biografische anamnese | Oorzaken van de psychiatrische stoornis in de voorgeschiedenis, de persoonlijkheidskenmerken en het zelfbeeld |
| Ontwikkelingsanamnese | De ontwikkeling van de psychische functies in de kindertijd |

* Al deze onderdelen kunnen ook in een heteroanamnese aan de orde komen.

Dit hoofdstuk geeft houvast om binnen de anamnese en de heteroanamnese het psychisch functioneren van de patiënt op een systematische wijze te onderzoeken. In de hoofdstukken over het status-mentalisonderzoek zullen vervolgens de specifieke psychiatrische symptomen in detail besproken worden.

2 Houding en gesprekstechniek

Een empathische houding en een goede gesprekstechniek zijn onmisbare vaardigheden voor het uitvoeren van het psychiatrisch onderzoek. Deze vaardigheden van de psychiater bepalen voor een belangrijk deel de aard en de uitgebreidheid van de informatie die de patiënt verstrekt. Omdat een uitgebreide bespreking van de gesprekstechniek buiten het bestek van dit boek valt, beperken we ons hier tot enkele algemene adviezen (zie tabel 3.2). Wie zich meer wil verdiepen in de gesprekstechnische aspecten van de psychiatrische en psychotherapeutische anamnese, verwijzen we naar de leer- en handboeken op dit gebied (bijvoorbeeld Gabbard, 2014; Morrison, 1993; Pridmore, 2000; Shea, 2017; Van Staveren, 2013; Thunnissen & Nijs, 2018) en naar de *Richtlijn psychiatrische diagnostiek*.

Tabel 3.2 Algemene adviezen bij het opnemen van de psychiatrische anamnese

Neem een open en respectvolle houding aan; handel volgens de vijf 'gewone deugden' van Adam Smith (Ignatieff, 2017): vertrouwen, eerlijkheid, beleefdheid, verdraagzaamheid en respect.

- Leg de bedoeling uit van het gesprek en probeer zo nodig de patiënt op zijn gemak te stellen.
- Zorg bij het maken van aantekeningen ervoor dat dit geen storende invloed heeft op een vloeiend verloop van het gesprek of het oogcontact met de patiënt.

Begin met open vragen naar de klachten van de patiënt en ga pas na enige tijd specifiekere vragen stellen (zie verderop in dit hoofdstuk).

- Vraag daarbij in eerste instantie niet naar rijtjes symptomen op basis van DSM-5-classificaties, maar vraag naar met elkaar gerelateerde klachten van de patiënt, die een symptoomnetwerk zouden kunnen vormen (Borsboom, 2017).

Vraag niet alleen naar de feiten, maar ook naar hoe de patiënt deze heeft ervaren (*belevenisanamnese*).

- Probeer de problemen en gevoelens van de patiënt te signaleren, te begrijpen (niet te veroordelen) en te valideren (het tonen van empathie); geef regelmatig positieve feedback.

Houd rekening met de opvattingen van de patiënt over de aard en de oorzaken van zijn klachten (zijn *ziekteverklaring*).

- Zorg ervoor dat het gesprek niet het karakter krijgt van een kruisverhoor.

Luister niet alleen naar wát de patiënt zegt, maar ook naar hóe hij het zegt en wat hij níét zegt (non-verbale communicatie).

- Soms is het nodig de patiënt nadrukkelijk aan te moedigen meer over een moeilijk onderwerp te praten, maar lang niet alle elementen van een complete anamnese zijn van direct belang; zo heeft de anamnese een ander karakter bij een acute psychiatrische beoordeling dan bij een uitgebreide intake op de polikliniek.

Overweeg om onderwerpen waar de patiënt liever niet over wil praten pas bij een volgende gelegenheid te bespreken, maar schroom niet om, wanneer dat diagnostisch noodzakelijk is, moeilijke onderwerpen te bespreken, bijvoorbeeld suïcidedachten, 'gekke' gedachten, verslavingen, seksueel misbruik of bijzondere seksuele activiteiten.

- Een kalme, neutrale en vanzelfsprekende houding kan, samen met een uitleg over het belang van het onderwerp, erbij helpen de patiënt op zijn gemak te stellen.
- Soms kan zelfonthulling gepast zijn; de belangrijkste afweging daarbij is of wat je over jezelf vertelt de behandeling van de patiënt ten goede komt.
- Bedenk of de klachten anders zouden zijn ervaren en beschreven indien de patiënt van het andere geslacht zou zijn en ga na of je eigen geslacht invloed heeft op de wijze waarop je de anamnese opneemt.
- Bedenk op eenzelfde manier wat de invloed van leeftijd en cultuur zou kunnen zijn.

3 Reden voor het onderzoek

Noteer, wanneer van toepassing, wat volgens de verwijzer de reden voor het onderzoek is. Bepaal wat de context is waarbinnen het psychiatrisch onderzoek plaatsvindt (indicatiestelling, reguliere verwijzing, second opinion, expertise?). Vraag bij de speciële anamnese hoe de patiënt ertoe gekomen is hulp te zoeken, wie hem dat heeft geadviseerd en wat hij er zelf van vindt en eventueel van verwacht. Zo kan de psychiater een indruk krijgen van het ziekte-inzicht (zie § 4 in hoofdstuk 5). Bovendien geeft dit de gelegenheid in een vroeg stadium rekening te houden met de omstandigheid dat een patiënt het gevoel heeft ‘gestuurd’ te zijn. Wat was de feitelijke reden van en/of de directe aanleiding voor de verwijzing naar de psychiater of haar instelling?

4 Speciële anamnese

De structuur van de speciële anamnese bij een psychiatrische hoofdklacht komt overeen met die bij een lichamelijke klacht. Na het noteren van de personalia (voor zover dit nog niet bij de inschrijving is gedaan) en de redenen voor het onderzoek vraagt de psychiater naar de klachten waarvoor de patiënt zich aangemeld heeft of waarvoor hij werd verwezen.

In de speciële anamnese worden alle gebruikelijke dimensies van de hoofdklacht besproken (zie tabel 3.3).

De anamnese van de hoofdklacht eindigt met vragen naar de gedachten van de patiënt zelf over de oorzaken van zijn klachten en naar zijn verwachtingen van de behandeling.

4.1 Aanbevelingen en voorbeeldvragen

1. Vraag de patiënt in zijn eigen woorden zijn klachten te beschrijven. Noteer de klachten zo nauwkeurig mogelijk in de woorden van de patiënt. Vraag om concrete voorbeelden om de klachten toe te lichten.
2. ‘Tot wanneer (zo precies mogelijk) was u nog geheel de oude? Hoe zijn de klachten

Tabel 3.3 Dimensies van de hoofdklacht

| <i>Dimensie</i> | <i>Vraagstelling</i> |
|-----------------------|---|
| Kwaliteit | Wat is precies de aard van de klachten, waarmee is deze vergelijkbaar? |
| Lokalisatie | Waar zit de klacht precies (alleen bij lichamelijke klachten)? |
| Chronologie | Wanneer zijn de klachten begonnen, zijn ze ooit eerder opgetreden, hoe is het beloop, hoe vaak treden ze op? |
| Kwantiteit | Hoe ernstig zijn de klachten momenteel en in de afgelopen periode, welke invloed hebben ze op het functioneren (thuis, op school, op het werk, in de sociale relaties)? |
| Setting | Waar en onder welke omstandigheden treden de klachten op? |
| Factoren van invloed | Waardoor verminderen of verergeren de klachten, wat is er al door de patiënt zelf aan gedaan? Wat heeft de patiënt van eventuele behandelingen ervaren? |
| Begeleidende klachten | Welke aan de hoofdklacht gerelateerde klachten zijn verder aanwezig? |

ontstaan? In welke volgorde? Hoe hebben ze zich in de loop van de tijd ontwikkeld? Vraag naar data. 'Hoe is het beloop van de klachten tot nu toe geweest: wisselend, toenemend ernstig of met perioden van verbetering? Hebt u ooit eerder soortgelijke klachten gehad? Zo ja, wanneer? Welke klachten waren dat precies? Hoe is het toen verdergegaan? Bent u destijds behandeld of zijn de klachten spontaan verbeterd?' (Zie § 7 hierna.)

3. 'Hoe hebt u gereageerd op uw klachten? Hoe heeft uw omgeving gereageerd op uw klachten? Hoe is uw dagelijks leven (thuis, school, werk) door uw klachten beïnvloed? Kunt u een beknopte beschrijving geven van een doorsneeddag? In welk opzicht is uw dagindeling veranderd in vergelijking met vroeger?'
4. 'Wat zijn omstandigheden of perioden waarin de klachten hinderlijker dan wel minder hinderlijk zijn of waren?'
5. 'Wat hebt u gedaan om de klachten te laten afnemen?' (ziektegedrag, zie § 4 in hoofdstuk 5).
6. 'Welke psychische of lichamelijke klachten hebt u nog meer?' Hier vraagt de psychiater gericht naar begeleidende klachten en verschijnselen.
7. 'Wat is uw verklaring voor het ontstaan van de klachten? Wat is volgens u de oorzaak van uw problemen? Ziet u verband met andere gebeurtenissen in uw leven of met uw lichamelijke gezondheid? Waarom denkt u dat het juist toen is begonnen?' (ziekteverklaring, zie § 4 in hoofdstuk 5).
8. 'Wat is voor u de reden geweest om nu hulp te zoeken? Wat ziet u op dit moment als het voornaamste probleem? Wat verwacht u van een eventuele psychiatrische behandeling? Wat zou naar uw idee kunnen helpen om u beter te voelen?'
9. Geef aan het eind van de speciële anamnese een samenvatting van de klachten en het ontstaan en beloop ervan. Vraag aan de patiënt of deze beschrijving klopt. Geef ten slotte ruimte aan de patiënt om onderwerpen te bespreken die niet aan de orde zijn geweest: 'Schieten u nu dingen te binnen waar u niet eerder aan gedacht hebt? Zijn er nog belangrijke zaken die niet aan bod zijn gekomen?'

5 Tractus-mentalisanamnese

De tractus-mentalisanamnese heeft als doel te screenen op andere psychiatrische stoornissen dan waar in eerste instantie aan gedacht wordt. Dit helpt bij het differentieeldiagnostische denken. Bovendien kan de psychiater erdoor op het spoor gebracht worden van eventuele psychiatrische comorbiditeit. Deze anamnese bestaat uit vragen naar de kernsymptomen van veelvoorkomende psychiatrische stoornissen. Als screener kan hiervoor ook de dimensionale 'Niveau-1-vragenlijst algemene psychiatrische symptomen' uit de DSM-5 worden gebruikt, die door de patiënt of een naaste van de patiënt kan worden ingevuld. Soms moet naar zeldzamere stoornissen worden gevraagd als hier aanleiding voor is op basis van de speciële anamnese. Ook kan de screener voor het Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5-syndroomstoornissen (SCID-5-SV) worden gebruikt (www.scid-5.nl). Soms moet de psychiater vanwege de toestand van de patiënt bepalen welke comorbiditeit het relevantst is om uit te vragen, bijvoorbeeld wanneer een patiënt te vermoeid of verward is om een langer durend interview te ondergaan. De vragen zijn als

geheugensteuntje bedoeld, maar zijn onvoldoende geschikt om een symptoom of stoornis aan te tonen of uit te sluiten. Wanneer de patiënt een positief antwoord geeft of wanneer de psychiater bij een negatief antwoord eraan twijfelt of de klacht echt afwezig is, moet de psychiater de betreffende klacht nader exploreren en interpreteren.

5.1 Cognitieve klachten

- *Bewustzijnsstoornissen*: ‘Voelt u zich suf, slaperig, droomachtig, als in een waas? Hebt u het gevoel dat niet goed tot u doordringt wat er om u heen gebeurt?’
- *Stoornissen in de aandacht en concentratie*: ‘Kost het u moeite de aandacht erbij te houden? Bent u snel afgeleid?’
- *Stoornissen in het kortetermijngeheugen*: ‘Kost het u meer moeite dan vroeger om dingen te onthouden? Moet u een lijstje bijhouden om u te herinneren wat u moest doen?’
- *Stoornissen in het langetermijngeheugen*: ‘Merkt u dat u steeds meer van vroeger bent vergeten? Hebt u perioden van geheugenverlies, bijvoorbeeld betreffende een heel belangrijke gebeurtenis die u hebt meegemaakt?’
- *Stoornissen in de metacognitieve functies*: ‘Vindt u het gemakkelijk om u in te leven in anderen? Hebt u moeite te begrijpen wat anderen bedoelen? Vindt u het moeilijk de emoties van anderen aan te voelen? Begrijpt u het gedrag van anderen niet goed?’
- *Stoornissen in de waarneming*: ‘Hooft u geluiden, klanken of stemmen terwijl er niemand of niets in de buurt is en er geen gewone verklaring voor is? Wat voor stemmen hoort u? Wat zeggen de stemmen? Ziet u visioenen of andere dingen die anderen niet kunnen zien? Bent u erg gevoelig of juist heel ongevoelig voor bepaalde zintuiglijke prikkels, zoals licht, geluid of aanraking? Hebt u het gevoel alsof de mensen, de dingen, uzelf of uw lichaam niet echt zijn, onwerkelijk zijn of anders zijn dan vroeger?’
- *Stoornissen in de zelfwaarneming*: ‘Hebt u het idee dat u uit meer dan één persoon bestaat? Hebt u het gevoel dat (een deel van) uw lichaam er anders uitziet, bijzonder lelijk is, afwijkend is, veel te dik is, niet meer aan uzelf toebehoort?’
- *Stoornissen in de vorm van het denken*: ‘Hebt u het idee dat u niet meer helder kunt denken, dat uw gedachten verward zijn?’
- *Stoornissen in de inhoud van het denken*: ‘Hebt u het gevoel dat er iets vreemds aan de hand is, iets wat u niet kunt verklaren? Meent u dat de mensen meer dan normaal in u geïnteresseerd zijn? Dat mensen u achtervolgen of u op de een of andere manier kwaad willen doen? Dat de dingen zo in elkaar gezet zijn dat ze een speciale betekenis kregen? Dat u iets vervelends zou kunnen overkomen? Dat uw gedachten door een ander worden gecontroleerd? Hebt u speciale gaven of krachten die anderen niet hebben? Dringen zich, tegen uw zin, telkens vervelende en ongewenste gedachten of fantasieën aan u op? Moet u steeds aan bepaalde dingen denken die u niet bij uzelf vindt passen of die u heel vervelend vindt? Of moet u denken aan een heel ernstige gebeurtenis die u hebt meegemaakt? Moet u telkens bidden, tellen of in stilte woorden herhalen?’

5.2 Affectieve klachten

- *Stoornissen in de stemming*: ‘Voelt u zich zonder duidelijke reden erg gelukkig en opgetogen of vol energie? Voelt u zich somber, terneergeslagen, hopeloos, lusteloos of zonder energie? Hebt u geen zin meer in de dingen die u eerder wel graag deed? Kunt u

nog plezier hebben in dingen? Denkt u weleens dat u beter af bent als u dood bent? Zou u zichzelf iets aan willen doen? Voelt u zich erg geïrriteerd, geprikkeld, geladen of gespannen? Ook zonder aanleiding? Bent u opvliegend of echt agressief? Voelt u zich erg bezorgd, angstig of paniekerig?

- *Angst en vrees*: ‘Hebt u aanvallen van heftige angst of allerlei lichamelijke klachten? Waar treedt deze angst op? In bepaalde situaties? Bent u erg bang dat u een ernstige ziekte of afwijking hebt of zult krijgen, ondanks dat artsen geprobeerd hebben u gerust te stellen?’

5.3 Conatieve klachten

- *Stoornissen in de executieve functies*: ‘Lukt het u niet goed meer om boodschappen te doen, eten te koken of uw hobby uit te oefenen?’
- *Stoornissen in de psychomotoriek*: ‘Kunt u nauwelijks stilzitten, bent u alsmaar bezig met activiteiten? Maakt u zomaar plotselinge bewegingen omdat u het niet kunt laten? Kunt u vaak de aandrang niet weerstaan om een bepaald geluid te maken of bepaalde woorden te zeggen?’
- *Stoornissen in motivatie, wil en gedrag*: ‘Probeert u specifieke situaties uit de weg te gaan, omdat u anders te angstig wordt? Moet u telkens dingen controleren? Moet u zich telkens wassen of alles opruimen? Moet alles in een bepaalde volgorde, volgens vaste regels? Hebt u buien waarin u in korte tijd abnormaal veel voedsel naar binnen werkt? In bijvoorbeeld twee uur? Hebt u ongewone seksuele verlangens? Zo ja, geeft u daaraan toe? Hebt u de neiging overmatig agressief te reageren, te stelen, brand te stichten, te gokken, uw haren uit te trekken, uzelf te vergifigen, bij uzelf verwondingen aan te brengen? Zo ja, kunt u deze neiging weleens niet beheersen? Vindt u het moeilijk contact met mensen te maken? Of om gevoelens met een ander te delen? Of om te reageren op de gevoelens van een ander? Hebt u een heel sterke voorkeur voor bepaalde activiteiten, voedingsmiddelen, kleding? Vindt u het moeilijk om van activiteit te veranderen? Houdt u niet van onverwachte gebeurtenissen?’

5.4 Persoonlijkheidstrekken

- ‘Hebt u in het algemeen moeite met het maken en behouden van vrienden?’
- ‘Zou u zichzelf als een typische eenling beschrijven?’
- ‘Hebt u in het algemeen vertrouwen in andere mensen?’
- ‘Hebt u gewoonlijk moeite uw zelfbeheersing te bewaren?’
- ‘Bent u impulsief van aard?’
- ‘Bent u ijdel, zelfingenomen, op uzelf gericht?’
- ‘Bent u snel erg geprikkeld, boos of angstig, voor maar een korte periode?’
- ‘Maakt u zich gewoonlijk snel zorgen?’
- ‘Hebt u in het algemeen de neiging sterk op anderen te leunen?’
- ‘Bent u in het algemeen een perfectionist?’

(Naar Moran e.a., 2003; Zimmerman e.a., 2017)

6 Gebruik van middelen

- ‘Gebruikt u een of meer van de volgende middelen: alcohol, drugs (bijvoorbeeld cannabis, fencyclidine, amfetaminen, cocaïne, hallucinogenen, inhalantia, opioïden, GHB, stimulantia), tabak, koffie, thee, cola, energiedrankjes? Hoeveel precies? Geven anderen weleens aan dat u te veel hiervan gebruikt?’

Bij overmatig gebruik van psychofarmaca, alcohol, cafeïne en cannabis en bij gebruik van tabak en illegale drugs vraagt de psychiater tevens:

- ‘Hoelang gebruikt u deze hoeveelheid? Wat zijn de omstandigheden waarin u het middel gebruikt? Gebruikt u het voortdurend of is het gebruik in perioden? Ziet u uw gebruik als een probleem? Hebt u pogingen ondernomen om met het gebruik te stoppen?’
- ‘Is er sprake van hunkering naar het gebruik als u het middel een tijdje niet hebt gebruikt? Wat zijn de gevolgen van uw gebruik op uw relatie, op uw sociale contacten? Kunt u het gebruik beperken of neemt u geregeld meer dan u van plan was? Moet u steeds meer gebruiken om hetzelfde effect te bereiken? Hebt u last van onttrekkingsverschijnselen (zoals trillen, zweten, hartkloppingen) als u het middel een tijdje niet hebt gebruikt?’

7 Psychiatrische voorgeschiedenis

- ‘Bent u ooit in psychiatrische of psychologische behandeling geweest of door de huisarts of in de ggz vanwege psychische klachten behandeld? Zo ja, wanneer precies voor het eerst? Klinisch, poliklinisch? Weet u welke diagnose er toen is gesteld? Hoe bent u behandeld?’
- ‘Hebt u medicijnen gebruikt? Zo ja, hoeveel? Hoelang? Hoe hebt u op deze behandeling gereageerd? Hebt u last gehad van bijwerkingen? Zo ja, welke?’
- ‘Hoe was het resultaat van de behandeling? Hebt u de behandeling afgemaakt? Zo ja, hoelang heeft die al met al geduurd? Zo nee, wat was de reden om de behandeling af te breken?’
- ‘Hoe is het verder met u gegaan? Bent u vervolgens nogmaals of vaker in behandeling geweest?’ Zo ja, dan opnieuw voorgaande vragen doorlopen. Wanneer geen eerdere behandeling heeft plaatsgevonden: ‘Hebt u weleens psychische klachten gehad waarvan u vond (of anderen vonden) dat daar wellicht iets aan gedaan had moeten worden? Zo ja, welke precies?’

8 Psychiatrische familieanamnese

Er wordt gevraagd naar psychiatrische ziekten en alcohol- of drugsmisbruik in de familie (grootouders, ouders, broers en zussen, kinderen, kleinkinderen, ooms en tantes), naar afwijkend gedrag, suïcidaal gedrag en eventuele behandelingen (inclusief medicatiegebruik), voor zover bekend.

9 Somatische anamnese

Veel psychiatrische patiënten hebben somatische klachten of verschijnselen. Deze kunnen symptomen van een psychiatrische stoornis zijn of het kan gaan om een opzichzelfstaande somatische aandoening. Het kan ook gaan om beide: comorbiditeit tussen somatische en psychiatrische stoornissen komt immers vaak voor. Beide stoornissen kunnen dan ook invloed hebben op elkaar.

Bij stemmingsstoornissen, angststoornissen, slaapstoornissen en seksuele disfuncties, en per definitie bij de somatisch-symptoomstoornis en de conversiestoornis, komen somatische klachten voor. Daarom worden deze klachten hier besproken. Van belang is dat de psychiater een somatisch lijden als oorzaak van de klachten uitsluit door een zorgvuldige somatische tractusanamnese op te nemen en door lichamelijk onderzoek, inclusief neurologisch onderzoek, en eventueel laboratoriumonderzoek te (laten) verrichten.

9.1 Somatische symptomen van stemmingsstoornissen

Somatische symptomen van stemmingsstoornissen zijn een verminderde of toegenomen eetlust, die geleid heeft tot gewichtverandering ('Hoeveel in hoeveel tijd?'), obstipatie, doorslaapstoornissen ('Hoe vroeg wakker?'), verminderde of toegenomen slaapbehoefte, slaperigheid overdag, lusteloosheid, energieverlies, vermoeidheid, dagschommelingen ('Voelt u zich 's avonds in de regel beter dan 's ochtends of juist omgekeerd?'), vermindering of toegenomen seksueel verlangen en juist meer energie en activiteit dan gewoonlijk.

9.2 Somatische angstequivalenten

Somatische angstequivalenten zijn inslaapstoornissen ('Hoelang wakker?'), nare dromen ('Angstig, bizar, nachtmerries?'), spierspanning, blozen, hartkloppingen ('Bonzen of snelle pols?'), pijn of druk op de borst, kortademigheid of het gevoel geen adem te kunnen halen, een dikke keel of slikklachten, globusgevoel ('Alsof er iets in uw keel zit?'), duizeligheid, het gevoel wankel op de benen te staan, licht in het hoofd zijn, flauwvallen, veel transpireren of juist een droge huid, een droge mond, koude handen en/of voeten, trillende handen, tintelende vingers of tintelingen in het gezicht, opvliegers of juist koude rillingen, misselijkheid, overgeven, maagpijn of zuurbranden, buikpijn of krampen, diarree en vaker dan gewoonlijk moeten plassen. Angst voor deze somatische angstequivalenten wordt interoceptieve angst genoemd.

9.3 Functionele neurologische symptomen

Het is niet altijd eenvoudig om vast te stellen of er sprake is van een functioneel neurologisch symptoom, kenmerkend voor de conversiestoornis, of van een bekende neurologische aandoening. Functionele neurologische symptomen zijn neurologisch niet goed te verklaren symptomen die zich kunnen presenteren als: aanvalsgewijze bewustzijnsdaling of trekkingen, slecht zien, dubbelzien, kokerzien, wazig zien, hardhorendheid, verlammingen, niet kunnen staan (astasie), niet kunnen lopen (abasie), abnormale bewegingen of aanvallen, slikproblemen (afagie of dysfagie), onvermogen of verminderd vermogen om met geluid te spreken (afonie of dysfonie), gevoelloosheid, niet kunnen zien,