

## De diagnose voorbij

### Inleiding

Wij worden als huisarts toenemend geconfronteerd met patiënten die ons ervan willen overtuigen dat zij behept zijn met een of ander modern ziektebeeld. Die zijn er overigens in een groeiend aantal. Te denken valt aan whiplash, hypoglycaemie, kleurstofallergie, ME, PVS, PMS, fibromyalgie, HPU, postcommotioneel syndroom of RSI. Deze lijst is zonder moeite dubbel zo lang te maken. Het probleem waar deze mensen ons voor stellen is niet zozeer de notie dat zij ergens last van hebben of ongelukkig zijn, alswel de moeite om t.a.v. hun probleem in het voorgeschotelde ziektebeeld te geloven. De ziektebeelden, of preciezer gezegd: de diagnoses, zeggen ons niet zoveel en hebben daarnaast of te weinig of teveel therapeutische consequenties. We zijn als arts niet ongenegen om te geloven in hun zich niet goed voelen, maar ervaren onwil of ongeloof bij onszelf t.a.v. de door hen aangedragen diagnose. E.e.a. geeft aanleiding tot ofwel verhitte discussies ofwel een in cynisme afwenden van de patiënt, inclusief zijn narigheid. En omdat het om steeds meer mensen gaat, dreigt het gevaar dat ook de dokter slijt aan deze situatie en geruisloos werkt aan zijn burnout, voor zover deze diagnose niet ook thuis hoort in bovengemeld rijtje. Een algemeen gevoel is in elk geval dat het hier gaat om zinloze diagnoses.

### De diagnose.

Er is bij patiënten, en ook bij dokters, een grote behoefte aan een diagnose. Waarom is dat zo? Daar zijn een heleboel goede redenen voor, die er met elkaar op neer komen dat je zonder diagnose, zonder een door iedereen aanvaarde naam voor een complex aan ziekteverschijnselen, niet ziek bent. Zonder diagnose kan de dokter niets doen, want hoe moet je een therapie bedenken voor iets dat niet bestaat. Therapie moet volgen op een diagnose. Iemand die erg afvalt, veel drinkt, slecht genezende wonden heeft en een te hoog suikergehalte in zijn bloed heeft, lijdt aan suikerziekte. De diagnose suikerziekte, diabetes mellitus, leidt tot behandeling met antidiabetica of insuline. Iemand met de diagnose diabetes is herkenbaar voor de medische buitenwereld, krijgt de benodigde aandacht en heeft op termijn recht op voorzieningen of een uitkering. Een diagnose leidt tot erkenning, aandacht en hulp. De diagnose diabetes is dus een zinvolle diagnose. Het zinvol zijn van een diagnose hangt samen met aantoonbare lichamelijke of psychische afwijkingen en een beschikbare therapie, hoewel dat laatste niet obligaats is. MS is een aantoonbare ziekte, is dus te diagnosticeren, maar is niet echt te cureren. Maar voor zover je er iets aan behandelt, weet je in elk geval **wat** je behandelt, n.l. een degeneratieve ziekte van het centrale zenuwstelsel. Met de opkomst van de geneeskunde zoals wij die nu kennen is het vanzelfsprekend geworden dat ziek zijn en daarvoor behandeld worden synoniem zijn met het kunnen “presenteren “ van een echte diagnose. Wie dat niet kan wordt beschouwd als een aansteller, hysterisch, heeft “functionele” klachten of komt kennelijk aandacht tekort. Het hebben van een diagnose is belangrijk; dat weten artsen, maar patiënten ook.

### Biografische narigheid

Bovenstaand verhaal neemt niet weg dat er heel veel mensen niet gelukkig zijn, vastlopen in een baan of een relatie of door hun verdere leefomstandigheden biografisch niet uit de verf komen. Niet iedereen heeft voldoende creativiteit om daar op eigen kracht uit te komen. En wie een beetje thuis is in de wetmatigheden van het lichaam weet dat psychisch of sociaal lijden op den duur lichamelijke processen gaat beïnvloeden. Er is inmiddels genoeg

onderzoek beschikbaar dat de relatie tussen stress en bijvoorbeeld hoge bloeddruk op zijn minst aannemelijk maakt. Zo zijn er talloze mensen die zich niet gelukkig voelen, daar lichamelijk ook last van krijgen en de dokter bezoeken. Het is niet uitzonderlijk dat het lijfelijk onwelbevinden zo op de voorgrond is komen te staan, dat de eventuele oorzaak, het biografisch ongenoegen in al zijn verscheidenheid, niet meer bewust is. De mens ervaart klachten, is moe, heeft spierpijn of verdraagt geen voedsel meer en meldt zich bij zijn huisarts. En hier begint de ellende i.c. de strijd om de diagnose.

## Paradigma

Het zou op zich interessant zijn om na te gaan hoe een diagnose ontstaat en vanuit welke ideeën een “ziekte” als ME is ontstaan. Hoe komt een ziekte, of beter gezegd, een diagnose in de wereld. Hoe zijn we verzeild geraakt in de discussie over zinvolle en zinloze diagnoses. Waarom is een diagnose eigenlijk zo belangrijk. Daarop is een even eenvoudig als moeilijk antwoord mogelijk: omdat we dat zo hebben afgesproken en, naarmate de tijd gevorderd is, zijn gaan geloven dat er geen geneeskunde te bedrijven valt zonder diagnose, zonder een naam. Gaande de vorige twee eeuwen heeft zich, zoals boven beschreven, een geneeskunde van het zoeken naar lichamelijke oorzaken van ziekte ontwikkeld. De lichamelijke oorzaak maakte een benaming, een objectief, los van de patiënt staande, probleembeschrijving mogelijk. Gaandeweg is het verschijnsel diagnose ook maatschappelijk gezien zo relevant geworden, dat iemand in zijn ziek zijn pas serieus genomen wordt en bijvoorbeeld een uitkering krijgt als hij met een echte, zinvolle diagnose op de proppen kan komen. De hechte relatie van een echte ziekte en een echte diagnose is het paradigma van de geneeskunde zoals wij die uitoefenen.

## Zinloos en zinvol

Ondertussen zitten wij in onze spreekkamer met de patiënt die zegt ME of fibromyalgie of allebei te hebben, tegenover ons en vragen we ons in wanhoop af wat we er mee moeten. Er zijn verschillende reactiepatronen mogelijk

Allereerst is het mogelijk dat zich een vruchteloze discussie ontwikkelt tussen arts en patiënt. Hierbij kan de dokter ontkennen dat er überhaupt zoiets als ME bestaat. Hij probeert zijn patiënt daarvan te overtuigen en en passant een andere ziekte, bijvoorbeeld depressie, aan te smeren. Het komt er hierbij in feite op neer dat de patiënt zegt dat hij ziek is en dat de dokter beweert dat zulks niet aan de orde is. Wanneer de patiënt hier niet mee akkoord gaat, moet hij maar een andere dokter zoeken. De dokter ontkent hiermee niet alleen de diagnose, maar ook zijn patiënt.

Een hiermee te vergelijken handelswijze, zij het subtieler, vertoont de dokter die zegt er geen verstand van te hebben en zijn patiënt doorstuurt naar een andere therapeut, een specialist of desnoods iemand in het alternatieve circuit. Dit kan ook een vorm van ontkennen zijn: “laat de patiënt maar van een ander horen, dat hij niets mankeert” of “Als hij maar genoeg ontkennende dokters tegenkomt, ontdekt iemand zelf wel dat hij niet ziek is”.

Naast deze houdingen van ontkennen of omzeilen is nog een derde werkwijze denkbaar. Deze gaat er van uit dat ME weliswaar een zinloze diagnose is, maar dat het doel waarmee de patiënt het spreekuur bezoekt gericht is op het vinden van een oplossing voor zijn probleem. Hoe kom je m.a.w. van een zinloze diagnose tot een zinvol therapeutisch gebaar. Wat is er nodig om iemand te helpen in zijn ellende.

## De ervaring als realiteit

Om te beginnen is het nodig dat arts en patiënt zich realiseren dat zij gevangen zitten in het paradigma van de op diagnoses gerichte geneeskunde. Ze moeten zich ervan bewust worden dat het kunnen stellen van een diagnose heel handig is en heel wat mensenlevens gered heeft, maar dat het bij een diagnose altijd gaat om groepen mensen met dezelfde of vergelijkbare aantoonbare afwijkingen. Het gaat nooit om individuen. Het meet- en weegbare element in onze huidige benadering van ziekte sluit het persoonlijke buiten en dat was ook de bedoeling. Het interesseert een internist in principe niets wat een patiënt persoonlijk beleeft aan zijn diabetes en het zal een chirurg een grote zorg zijn of iemand een lutsbestemming ervaart aan zijn ontstoken blinde darm. Om iemand als persoon in nood te ervaren zonder meer, moet de noodzaak van de diagnose komen te vervallen. Wat doet overigens een arts die een “niet plus” gevoel heeft bij een ziek mens eigenlijk anders dan de behoefte aan een diagnose voorbijgaan en zich realiseren dat deze persoon ziek genoeg is om zich zorgen over te maken zonder nog te weten wat er aan de hand is? Zo bijzonder is dat dus niet.

Vervolgens kunnen de dokter en zijn patiënt tot het besef komen dat weliswaar de diagnose zinloos is en geen uitkomst op heling biedt, maar dat dit niet geldt voor de ervaringen van de patiënt. De patiënt voelt zich ziek, ongelukkig en niet in staat om zijn leven een creatieve draai te geven. De patiënt ervaart zijn leefwereld op een bepaalde manier en kan dat tot uiting brengen. De patiënt kan over zijn verleden praten, hij kan zijn gevoelens uiten, zijn dromen vertellen etc. etc. Ik noem dit de wereld van de ervaring. Arts en patiënt kunnen gezamenlijk deze ervaringswereld verkennen en in kaart brengen. “Wat ervaar je, wat beleef je” komt dan in de plaats van “wat mankeer je, wat zijn er voor (objectiveerbare) klachten. De wereld van de ervaring stelt arts en patiënt in staat om de afstand die de diagnose schept, te overbruggen.

## Structuur

Hiermee ben je er nog niet. De ervaringswereld is ongestructureerd; elke ervaring is even belangrijk. Het is niet zo dat het ontdekken van de eigen ervaringswereld meteen de ogen opent voor dat wat er in het leven van de patiënt mis is. De logische samenhang, het instrument van de diagnose, is in de ervaringswereld impliciet en moet met noeste arbeid expliciet gemaakt worden. Hier kan de arts zijn vaardigheden inzetten. Al naar zijn belangstelling of aanleg kan hij gebruikmaken van ook lichamelijk gerichte onderzoeksmethodes, technieken of modellen- het past in deze manier van werken dat elke therapeut die methode kiest welke het beste bij hem past- om samen met de patiënt samenhang te ontdekken in de amorfe massa ervaringen, die in het verhaal van de patiënt opgedolven zijn. De zo gevonden samenhang kan zicht geven op de problematiek van de patiënt, welke tot dan verborgen bleef onder de vermeende ziekte annex diagnose. Het gewonnen inzicht biedt dan uiteindelijk mogelijkheden om tot een oplossing te komen.

## De diagnose voorbij?

Eigenlijk kan men zich afvragen of er zodoende toch niet een diagnose (Gr. Lett. “erdoorheenweten”, inzicht, het beleven van verborgen dingen, onderscheiding) gesteld wordt, zij het dat het hier gaat om een persoonlijke diagnose en niet om een grote groep patiënten met dezelfde ziekteverschijnselen. In elk geval wordt duidelijk waar het bij deze patiënt aan schort en is het aan de creativiteit van de dokter, geholpen door zijn patiënt, of andersom, om te bezien op welke wijze deze persoonlijke diagnose gevolgd kan worden door een oplossing, een therapie. Wat heeft deze patiënt met dit probleem nodig.

Het moge duidelijk zijn dat hier een toekomstperspectief geschilderd wordt. Het zal zeker niet zo zijn dat nu ineens iedereen deze werkwijze gaat volgen. Het zou wel zo kunnen zijn dat de zgn. moderne ziektebeelden een uitdaging vormen voor de dokters van nu om na te denken over hun manier van werken en de basis leggen voor een toekomstige manier van geneeskunde uitoefenen, waarbij de verworvenheden van nu, de mogelijkheden om fysisch onderzoek te doen en therapeutisch in te grijpen, niet worden weggegooid maar worden aangevuld vanuit het besef dat elk mens uniek is en ook in zijn ziekzijn zo moet worden benaderd.

Rotterdam 19 mei 2003  
Aart van der Stel