



## Pieter Kop

*On being sane in insane places*<sup>1</sup>

D.L. Rosenhan (1973)

Science 179: 250-258

# Over het zien van verschil tussen normaal en abnormaal

In de diagnostiek plakt men het etiket van een ziekte op een patiënt en dat etiket moet zo goed mogelijk overeenkomen met de beschrijvingen van ziekteverschijnselen die de patiënt vertoont. Dat is een riskante onderneming: vaak komen dezelfde ziekteverschijnselen voor bij diverse etiketten en moet men kiezen welk etiket het meest passend is. Verder is er sprake van 'en...en', 'en...of' en van 'of...of' relaties. Ziekteverschijnselen op zich zijn niet altijd voldoende om een etiket te rechtvaardigen en soms zijn ze ternauwernood kenmerkend voor de patiënt. Toch moet een behandelaar een etiket toewijzen en aan de hand van zijn classificatie een behandelplan opstellen. Voor een clinicus is de diagnose een lastig probleem met veel onzekerheden en met een behoorlijk risico om verschijnselen over het hoofd te zien of juist over te waarden. Voor een theoretisch psycholoog echter is diagnostiek een mooi terrein om te bestuderen hoe een mens beslist in een situatie van onzekerheid. De besliskunde is het vakgebied waarin de factoren worden bestudeerd die beslissingen beïnvloeden; het vak hoort bij de psychologie en de economie. De toepassingen vindt men echter haast overal, in de gezondheidszorg, maar onder andere ook in het strafrecht, in de sociale psychologie, en in de bestuurskunde. Kahneman en Tversky wonnen een paar jaar geleden nog een Nobelprijs voor hun onderzoek op dat gebied.

### Gezonde mensen diagnosticeren als schizofreen

David Rosenhan, een sociaal psycholoog, begin jaren zeventig werkzaam aan de rechtenfaculteit van Stanford University (Palo Alto, Californië), zag in de diagnostiek een onderwerp waar hij zijn onderzoeksdrijf goed kwijt kon. Inhoudelijk was dit terrein minstens zo interessant als de laboratoriumproeven van de besliskunde. Hij wilde onderzoeken onder welke omstandigheden het etiket 'schizofreen' aan iemand in de praktijk wordt toegekend, welke kenmerken daarvoor moesten worden vertoond en hoe de beslissingen daarover worden beïnvloed door belangen die niet rechtstreeks met de pathologie te maken hebben.

Hij liet acht proefpersonen zich aanmelden bij een psychiatrisch ziekenhuis. De proefpersonen waren drie psychologen -één daarvan was hijzelf-, een kinderarts, een psychiater, een huisvrouw, een kunstschilder en een student; drie vrouwen en vijf mannen. Behalve de student waren ze tussen 30 en 45 jaar oud. Ze meldten

zich met de klacht dat ze de afgelopen weken soms onduidelijke stemmen hadden gehoord, die 'leeg', of 'hol' zeiden of een stomp geluid maakten en verder onverstaaanbaar waren; bij aanmelding hoorden ze geen stemmen meer. Voor het overige gedroegen ze zich volstrekt normaal, en pasten ze zich aan de omstandigheden aan. Hun namen waren gefingeerd, alleen de drie psychologen en de psychiater gaven een ander beroep op. Allen vertelden hun biografische gegevens en hun eigen levensgeschiedenis naar waarheid. Ze vertoonden geen abnormale gedragingen tijdens hun verblijf in de inrichting. De ziekenhuizen varieerden van oude, vervallen en slecht georganiseerde opbergplaatsen, tot moderne goed geoutilleerde instellingen met goed opgeleid personeel. Ze waren verspreid over de Verenigde Staten en hadden patiënten uit alle lagen van de bevolking. In totaal vonden 12 opnames in evenzeveel inrichtingen

Pieter Kop is eerstelijns psycholoog te Sprang-Capelle ([pieterkop@hetnet.nl](mailto:pieterkop@hetnet.nl)).

## Verschillende strategieën

1

Bij het diagnosticeren worden verschillende strategieën gevolgd, afhankelijk van de waargenomen feiten en de belangen die met de diagnose worden gediend. Zo is in de gezondheidszorg het niet-ontdekken van een ziekte veel erger dan het ten onrechte signaleren van een symptoom, en in die traditie worden de artsen getraind. In de geestelijke gezondheidszorg ligt dat al wat gevoeliger, een eenmaal benoemde aandoening draag je toch al gauw een leven lang met je mee. In het strafrecht is een onterechte veroordeling veel erger dan een onterechte vrijlating. In de economie liggen de belangen weer anders: een faillissement is zelden een groot bezwaar bij het opstarten van een nieuwe onderneming. De herkenbaarheid van de feiten en de context waarin ze plaatsvinden bepalen mede of een label wordt toegekend. Als het label eenmaal is geplakt, bekommert men zich nauwelijks meer om de feiten, maar des te meer om de interpretatie. De herkenbaarheid van een verschijnsel vergemakkelijkt in eerste instantie de classificatie, maar vervolgens bepaalt de classificatie wat men herkent. Kortom, voor een theoretisch georiënteerd psycholoog is de klinische diagnostiek een heel interessant terrein.

plaats. De opdracht aan de proefpersonen was om - zonder hulp van buiten en zonder te onthullen dat ze waren binnengekomen met voorgewende verschijnselen - de staf en behandelaars ervan te overtuigen dat ze niets mankeerden, en alles te doen om zo snel mogelijk te worden ontslagen.

Rosenthal redeneerde dat het moeilijk kan zijn om het onderscheid tussen normaal en abnormaal in alle gevallen goed en snel vast te stellen. Bepalen of iemand al dan niet hallucineert, het kernsymptoom, zou toch minder moeilijk moeten zijn. Hij ging er van uit dat zeker de behandelende staf van een psychiatrische inrichting patiënten kon onderscheiden van niet-simulerende niet-patiënten. Zijn proefpersonen kregen de opdracht aantekeningen te maken zodat later kon worden nagegaan op welk moment en op welke gronden de omslag in de herkenning van ziek naar niet ziek was gemaakt. Hij verwachtte dat het niet lang zou duren voor de proefpersonen ontslagen zouden worden. Aanmelding en opname waren nooit een probleem, maar het ontslag kwam gemiddeld pas na 19 dagen en de langste duurde 52 dagen. In een geval luidde de diagnose manisch-depressief, en in alle andere gevallen schizofreen. Bij geen enkele patiënt werd op enig moment door de staf vastgesteld dat deze niet langer als patiënt moest worden beschouwd. Ze namen deel aan de gewone activiteiten, liepen door de ruimten, spraken met andere patiënten en, dat was hun enige opdracht, schreven hun observaties van personeel en patiënten nauwkeurig op ('patiënt engages in writing behavior' stond er in het dossier). De medicatie die ze kregen voorgeschreven - overigens

nogal verschillend in de diverse inrichtingen - werd zonder protest geaccepteerd, en heimelijk door het toilet gespoeld (een heleboel andere patiënten deden dat ook, zo bleek). Ze klaagden heel oprecht over het gevoel genegeerd te worden (de gemiddelde contacttijd per dag met stafleden was 6.8 minuten), over het gevoel machteloos te zijn, zich gedepersonaliseerd te voelen. Ze waren oprecht geïrriteerd door de onpersoonlijke benadering en door het ontbreken van persoonlijke belangstelling door het behandelend personeel. Maar ze vielen het personeel niet overmatig lastig met die klachten. Uiteindelijk werden allen ontslagen met de diagnose: schizofrenie in remissie. Over de validiteit van de oorspronkelijke diagnose bij opname werden achteraf nooit vragen gesteld. Er was blijkbaar onvoldoende twijfel om die te formuleren in een verslag. In feite vielen ze alleen door de mand bij echte patiënten: 'jij bent een professor', of 'jij bent een journalist' zeiden ze tegen de veel schrijvende pseudo's.

### Waren de bevindingen wel zo frappant?

Rosenthal's artikel in het blad *Science* was een zevenklapper. De psychiaters, de psychologen, de sociologen, de journalisten, de geleerden, de beleidsmakers, de statistici, de besliskundigen, de behandelaars, ze zijn er allemaal bovenop gesprongen. Er is uitbundig met het vingertje gezwaaid, er is gelachen en alle voor de hand liggende grappen zijn als buitengewoon origineel en authentiek opgediend. Maar waren de bevindingen van Rosenthal dertig jaar geleden eigenlijk wel zo frappant? En zou het nu zoveel beter zijn? Het is heel onwaar-

schijnlijk dat iemand zich met voorgewende auditieve hallucinaties meldt aan de poort van een psychiatrische inrichting. Bij zo'n aanmelding moet er iets aan de hand zijn en de kans is groot dat je met een verhaal over stemmen horen wordt binnengelaten. Verder wordt de levensgeschiedenis van iemand die zegt recent stemmen te hebben gehoord daardoor gekleurd, hoe middelmatig de loop der gebeurtenissen in zijn of haar leven ook is. En de meeste patiënten gedragen zich een groot deel van de dag normaal en veel afwijkend gedrag wordt ingegeven door de omgeving, met name door de inrichting. Dat gold toen, en waarschijnlijk nu ook nog wel. De onpersoonlijke benadering door het personeel maakt de ontdekking van een pseudo-patiënt eveneens onwaarschijnlijk. Bovendien wordt een type 2 fout (iets constateren zonder dat de werkelijkheid eraan beantwoordt) in de gezondheidszorg nog altijd minder erg geacht dan een type 1 fout (iets over het hoofd zien).

Rosenhan beschrijft ook gebeurtenissen, die nu niet meer zo gemakkelijk zouden voorvallen. DSM-IV is toch een beter instrument dan de DSM-II destijds. De symptomen die de pseudo-patiënten vermeldden zijn duidelijk niet die van een veel voorkomende psychiatrische ziekte. Ze waren toen blijkbaar wel voldoende voor opname en voor een eenduidig diagnostisch label behorend bij een ernstige psychotische aandoening. Dat zou nu vermoedelijk niet meer zo gemakkelijk en universeel voorkomen. De diagnostiek kent nu een betere vaststellingsprocedure en is aan betere controle onderhevig. De hallucinaties traden uitsluitend op voorafgaand aan de opname en de pseudo's gedroegen zich zo normaal mogelijk gegeven de omstandigheden. Het totaal ontbreken van abnormaal gedrag of abnormale symptomen verhinderde toen geenszins de diagnose van een ernstige psychiatrische ziekte. Consistent normaal gedrag

was toen onvoldoende aanleiding om de eerdere, wellicht tentatieve diagnose bij te stellen, of zelfs maar ter discussie te stellen. We mogen er tegenwoordig zeker op rekenen dat in de eerste weken na een opname de diagnose en het behandelplan regelmatig worden bijgesteld. Tegenwoordig heeft zo'n bijstelling altijd iets te maken met eventuele verandering in geobserveerd gedrag. Omdat de protocollen aanzienlijk zijn verbeterd en het intakeproces is gestabiliseerd lijkt het in onze tijd onwaarschijnlijker dat het aantal type 1 fouten zo opvallend zou toenemen bij een waarschuwing voor indringers (41 aanmelders worden geacht geen lijder te zijn; zie kader 2). Zeker weten doen we het echter niet, want van een systematische herhaling van Rosenhans onderzoek is het helaas niet meer gekomen.

Herlezing van dit meer dan dertig jaar oude artikel is weldadig vanwege de schrijfstijl, de betoogtrant en de zorgvuldigheid waarmee de onderzoeksvraag wordt ingeleid en vastgehouden. De stijl is uitermate netjes en verzorgd. Paragrafen beginnen met een vraag of een stelling en worden na argumentatie of expliciteer van de gegevens beëindigd met een uitspraak. Nergens worden journalistieke trucs gehanteerd, er wordt niet gejuicht, niemand wordt bestraffend of honend toesproken, de betrokken stafleden en inrichtingen worden nergens met name genoemd en ze worden op diverse plaatsen van elke blaam gezuiverd. Rosenhan haalt een bestaand probleem naar de voorgrond; hij wijst niet naar iemand die het veroorzaakt heeft, hij zegt niet dat het al lang had moeten worden opgelost, en hij zegt zelfs niet dat het probleem kan worden opgelost. Hij zegt alleen dat er een probleem is, en dat het voor de klinische praktijk goed zou zijn als we onderscheid kunnen maken tussen mensen met en mensen zonder een ernstige psychiatrische aandoening, en hij

## 2 Nieuwe pseudo-patiënten

Rosenhan deed ook het andere experiment. De opnameafdeling van een groot academisch psychiatrisch ziekenhuis werd te verstaan gegeven dat in de volgende drie maanden een of meer pseudo-patiënten zich zou melden. Het ziekenhuis werd gevraagd bij elke aanmelding in die periode aan te geven wat de kans was dat het hier een pseudo-patiënt betrof. In de drie maanden na de mededeling werd van 41 nieuwe patiënten aangegeven dat het hoogstwaarschijnlijk een pseudo-patiënt betrof. Rosenhan zond er geen enkele.<sup>2</sup>

zegt dat zulks volgens zijn waarnemingen niet in voldoende mate het geval is.

Het artikel heeft een sterke structuur. Eerst wordt de vraagstelling geïntroduceerd: *kunnen we de mentaal gezonden onderscheiden van de geesteszieken?* Deze vraagstelling is praktisch gezien heel eenvoudig, maar de vraag is wel of je een meervoudig veel omvattend begrip (normaal) zonder meer kunt vergelijken met een beperkt begrip (abnormaal). Dat probleem speelt ook voor de diagnostiek: hoe kun je leren uit te kijken naar normaal gedrag of normale verschijnselen? Na de beschrijving van de onderzoeksopzet worden de twee sterkste conclusies behandeld: *mentale gezondheid is veel moeilijker te constateren dan geestesziekte en psychiatrische labels hebben de tendens te blijven plakken en alles verklarend te worden.* Voor die conclusies worden naast anekdotische gegevens vooral systematische observaties gepresenteerd.

### Consequenties van opname

In het tweede deel van het artikel gaat Rosenhan in op het ongerief opgenomen te zijn: over *de afstandelijkheid, de depersonalisatie, de hiërarchie, de machteloosheid*, en de uitsluitend professionele en onpersoonlijke interactie tussen personeel en patiënten. Opgenomen zijn in een inrichting voelde aan alsof een deel van je mensenrechten was ontnomen, de bewegingsvrijheid was weg, je werd ontdaan van je geloofwaardigheid. Misstanden en onprofessioneel gedrag van behandelend personeel komen voor, patiënten zien dat en zijn er het slachtoffer van. Tegelijkertijd worden misstanden en

onbehoorlijk gedrag verborgen gehouden voor andere stafleden of zelfs getolereerd en door de vingers gezien. Dit soort klachten is gemakkelijk opzij te schuiven: 'dat komt hier niet voor, dat was vroeger misschien zo, alles is nu veel beter'. Zijn we daar nu alerter op; weten we dat of denken we dat?

Rosenhan heeft de moeite gedaan om enige van die klachten te onderbouwen. In een apart onderzoek ging hij na hoe de interactie verliep tussen stafleden en patiënten in een academische psychiatrische inrichting, tussen dokters en patiënten in een academisch ziekenhuis en tussen studenten en docenten op een universiteit. De verschillen zijn absoluut en totaal: in meer dan driekwart van de gevallen werden de vragen van psychiatrische patiënten weggewuifd, niet beantwoord, genegeerd, of met een nietszeggend 'zoek-het-maar-uit' afgedaan. Dat gebeurde in het ziekenhuis en op de campus nooit. Daar werden alle vragen beantwoord of doorverwezen naar een geëigende en bereikbare instantie.

Amerikanen zijn veel aardiger in het antwoorden op vragen en veel hulpvaardiger dan wij, en ze zijn dat zeker voor afhankelijke groeperingen als patiënten en studenten. Maar zowel studenten als patiënten stellen veel meer vragen en willen veel vaker uitleg en verantwoording: ze zijn mondiger. Die mondigheid leidde allemaal tot niets in de psychiatrische inrichting. Ook dat heeft Rosenhan aan de kaak willen stellen in het laatste deel van zijn artikel. We zouden willen weten hoe het er nu aan toe gaat, en vooral hoe het nu hier bij ons aan toe gaat. Systematisch onderzoek op een redelijk grote

## Een adequaat weerwoord

3

Voor de niet direct betrokkenen was de publicatie van Rosenhans artikel een genoeglijk incident. Geen mooier vermaak dan leedvermaak. Zelf ben ik met het artikel in de hand (ik had toen nog een abonnement op Science) meteen bij een collega een paar deuren verderop binnengestapt. Die was nog maar net terug van een jaartje Stanford, en wij kenden de auteur en zijn kornuiten. We hebben de misstanden in de klinische psychologie uitgebreid aan de kaak gesteld en die vergeleken met de (onze) schone handen uit de experimentele psychologie. Kassa! Jarenlang hadden we van de dokter-tjes moeten horen dat ons rattenwerk weliswaar zeer gedegen en misschien zelfs wel een beetje belangrijk was, maar in ieder geval hoogst irrelevant. Daar was nu een adequaat weerwoord op geformuleerd.

schaal is mij niet bekend. Overbodig lijkt het allerminst. De laatste paragraaf is gewijd aan de verontrustende consequenties die het toewijzen van labels (*stigmatisering*) kan hebben. Het zal duidelijk zijn dat stigmatisering op gelijke wijze zijn werk doet voor patiënten en niet-patiënten. Diagnoses, is de conclusie van de auteur, zijn onbetrouwbaar, niet noodzakelijk, niet erg nuttig, en ze kunnen schadelijk zijn. Gedragsobservatie is in alle gevallen betrouwbaarder. Hoeveel mensen, toen en nu, zijn er door een (on)juiste diagnose gestigmatiseerd? Als de oncoloog een type 2 fout maakt is dat een reden voor een feestje; als de psychiater een type 2 fout maakt zijn de gevolgen desastreus, en zo goed als onomkeerbaar. De psychiatrische inrichtingen in de USA zijn niet helemaal vergelijkbaar met die in Europa. Met name de gigantische psychiatrische ziekenhuizen voor de oud-strijders (Veterans Administration; duizenden patiënten en tientallen gebouwen per instelling) zijn niet te vergelijken met de kleinschalige Europese behandelcentra. Verder is de socialisering in de psychiatrie hier veel rigoureuzer geweest dan in de USA.

### Tot slot

Rosenhan heeft naar mijn weten niet expliciet de bedoeling gehad om steun te leveren aan Szasz, Laing of Goffman, of de antipsychiatrie. Het ging hem in de eerste plaats om een sociaal-psychologisch onderzoek naar de toewijzing van etiketten en de invloed daarvan op het gedrag van anderen. Hij wilde een sociaal-psychologische stelling die in het laboratorium was ontwikkeld valideren in de werkelijkheid: als iemand eenmaal is geëtiketteerd wordt hij als stereotype behandeld en verliezen gedragsobservaties hun belang. Een tweede punt is dat objectief waarnemen zonder context moeilijk is en voortdurende waakzaamheid vereist. En een derde punt is dat cliënten ook veel normaal gedrag vertonen, maar dat de staf hiervoor weinig aandacht heeft en het abnormale gedrag daardoor voor de staf overbelicht wordt; voor de patiënten bleek dat niet het geval. Als laatste punt geldt dat de bejegening van patiënten toen in ieder geval veel te wensen overliet en dat het ook nu een punt van voortdurende aandacht moet zijn. Rosenhan heeft als goed onderzoeker de feiten gerapporteerd die hij had waargenomen; met het trekken van conclusies is hij voorzichtig geweest. Hij heeft de psychiatrie niet gestigmatiseerd.

### Noten

- 1 De volledige tekst is te lezen op: [courses.ucsd.edu/fall2003/ps163f/Rosenhan.htm](https://courses.ucsd.edu/fall2003/ps163f/Rosenhan.htm)
- 2 Walter Vandereycken vertelt dat eind jaren '70 op de Viersprong elke nieuwe opleiding zich als cliënt moest aanmelden op de polikliniek en daar werd geïnterviewd door degene wiens plaats hij/zij zou gaan innemen. De interviewer wist dat er ooit een fakecliënt zou komen en leerde uit te kijken naar het normale en gezonde in de aangemelde cliënten.