

# Stageren en profileren

Verslag van de studiedag van De Amsterdamse School / AMC  
Psychiatrie op 31 januari 2014 over effectiever behandelen door  
stagering en profilering.

Over de beschrijvende diagnostiek binnen de psychiatrie is al jarenlang veel discussie. Het afvinken van symptomen om tot een diagnose te komen levert feitelijk zeer weinig informatie op als de vraag is hoe een specifieke patiënt behandeld dient te worden. In dit symposium werd een lans gebroken voor een andere benadering om de meest effectieve behandeling te vinden. We moeten ons niet zozeer richten op de classificatie van symptomen en het stellen van de (DSM-)diagnose, als wel op het in kaart brengen van de fase van het ziekteproces waarin de patiënt zich bevindt én het specifieke profiel van de patiënt: stagering en profilering. Dan kan het gebeuren dat er een duidelijke noodzaak tot behandeling is, ook al voldoet een patiënt aan geen enkele diagnose, terwijl omgekeerd bij iemand die wel aan de vereiste criteria voldoet voor een bepaalde diagnose, niet automatisch een behandelindicatie aanwezig is. Hoewel dat natuurlijk voor de clinicus geen nieuws is, denken zorgverzekeraars daar duidelijk anders over, en het werd inzichtelijk dat een rigide hantering van de diagnose-behandelcombinatie veel patiënten tekort doet, terwijl een andere groep behandeld wordt waar dat niet nodig is. Verrassend genoeg werd het symposium

geopend door een hematoloog-oncoloog: Peter Huijgens, hoogleraar Hematologie aan het VUMC maakte op zeer heldere wijze duidelijk – zelfs voor een niet-medisch geschoolde toehoorder – hoe binnen zijn vakgebied gebruik wordt gemaakt van stagering en profilering. Zoals bij zoveel ziektebeelden begint bloedkanker met een beetje ellende en eindigt het meestal in veel ellende. Het rubriceren in een patiëntenvolgsysteem van ziekteprocessen bij grote groepen patiënten heeft zin, omdat daarmee een onderverdeling ontstaat die betekenis heeft voor behandeling. Zo zijn er vormen van acute leukemie die een overlevingskans van 80% hebben, maar zijn er ook vormen die met zekerheid tot een spoedige dood leiden. Enkele vormen van acute leukemie kunnen met DNA-therapie behandeld worden, terwijl de meeste vormen nog steeds met een generieke chemotherapie bestreden worden. Om welk subtype acute leukemie gaat het dan bij deze specifieke patiënt, en in welk stadium van de ziekte verkeert hij? Naast deze stagering is ook de profilering van groot belang. Uit onderzoek is gebleken dat de overlevingskansen voor patiënten die een beenmergtransplantatie moeten ondergaan sterk afhangen van bijvoorbeeld leef-

tijd, geslacht, mate van sociaal steunsysteem en het premorbide niveau van functioneren (in dit geval: slechtere prognose bij jongeren, vrouwen, gebrekkig steunsysteem en een voorgeschiedenis van stressklachten). Door het systematisch verzamelen van dergelijke gegevens wordt ook zichtbaar dat een behandeling in bijvoorbeeld Turkije slechts 40% overlevingskans biedt terwijl in Noorwegen of Nederland 60% behaald wordt voor diezelfde behandeling. Dat blijkt te maken te hebben met de nabijheid van het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvindt en de mate waarin het steunsysteem meebehandeld wordt ten behoeve van de patiënt. Hierbij is de rol van zorgcoördinatoren van essentieel belang. Maar ook de competenties van de artsen dienen meegewogen te worden. Als een patiënt vanwege een nieuwe fase in zijn ziekteproces beter af zou zijn bij een andere behandelaar, dan dient die overgang gecoördineerd plaats te vinden. Ook is in kaart gebracht en afgesproken welk ziekenhuis welk soort behandeling mag uitvoeren, waarin een duidelijke hiërarchie is waar te nemen. Lichte poliklinische behandeling kan in alle ziekenhuizen plaatsvinden, complexere en meer intensieve behandeling is toegewezen aan een aantal over het land verspreide ziekenhuizen, terwijl de beenmergtransplantaties uitsluitend in de daartoe aangewezen transplantatieziekenhuizen mogen geschieden. Hoewel de hematologie gebruikmaakt van zeer geavanceerde laboratoriumtechnieken die stadia van celpathologie kunnen detecteren, blijft ook de klinische blik van de arts een belangrijk instrument bij profilering en

stagering. Als men van mening is dat een patiënt op grond van de fase van zijn ziekteproces (vergevoerd) en op grond van zijn risicofactoren (hoog) beter geen behandeling aangeboden kan krijgen, dan gebeurt dat ook niet. Mocht een patiënt daar wel expliciet om vragen dan zal hem zorgvuldig uitgelegd worden wat de consequenties van behandelen zijn (een afschuwelijke manier van doodgaan) in relatie tot niet behandelen (ook doodgaan, maar met meer kwaliteit van leven).

Huijgens gaf aan dat er binnen de hematologie net als binnen de psychiatrie ook steeds nieuwe diagnostische criteria ontstaan. Dat is onvermijdelijk in een zich ontwikkelend vakgebied. Voor onderzoek is echter van belang dat je je aan de gemaakte diagnostische afspraken houdt binnen de duur van je langlopend onderzoek, ook al zijn er inmiddels nieuwe criteria vastgesteld. Ook de huidige criteria zullen wel weer eens aangepast worden. Dat is niet erg, zolang er oog is voor stagering en profilering.

### **Economisch productieverlies**

De meeste sprekers die volgden, pleitten voor eenzelfde aanpak binnen de psychiatrie.

Aartjan Beekman, hoogleraar Psychiatrie aan het VUMC, gespecialiseerd in stemmingsstoornissen, citeerde een onderzoek van Spijker et al. (2002) waarbij een groep van 250 patiënten met een depressieve stoornis gedurende een jaar gevolgd werd. Bij 50% van deze groep vond er binnen drie

maanden spontaan herstel plaats, bij 63% binnen zes maanden, en bij 76% binnen twaalf maanden; daarentegen bleek bijna 20% van deze groep binnen twee jaar niet hersteld te zijn. Bij sommigen behandelen we dus veel te laat, bij anderen behandelen we terwijl dat niet nodig is. Een zogenoemde *one size fits all diagnosis* gaat dus niet op, al doet een dbc anders suggereren. Het NNT (*number needed to treat*, een maat voor het effect van een behandeling) bij depressie ligt nu rond de 10, hetgeen betekent dat we tien patiënten moeten behandelen om bij één daarvan effectief te zijn... Beekman legde uit dat een gepersonaliseerde behandeling door stagering en profilering ook financiële betekenis heeft: het economische productieverlies van mensen met een depressie is enorm. Weten wie je wanneer moet behandelen komt dus niet alleen de patiënt maar ook de maatschappij ten goede. Niet onbelangrijk gezien de hoge kosten in de zorg en de noodzaak om te bezuinigen.

## ADHD

Jan Buitelaar, hoogleraar Kinder- en jeugdpsychiatrie aan de RUN, liet aan de hand van de ontwikkelingsstoornis ADHD zien wat stagering en profilering kan betekenen. Hoewel er veel discussie bestaat over de prevalentie van de diagnose ADHD (en de veel gehoorde kritiek van overdiagnostisering en medicalisering van kinderen) gaat men wereldwijd uit van een prevalentie van 5%, waarvan 70% de diagnose ook houdt in de volwassenheid. Men vermoedt dat de

oorzaak voornamelijk in genetische factoren te vinden is (75%) en dat omgevingsfactoren voor de resterende 25% verantwoordelijk zijn. Het gaat bij die genetische factoren niet om een afwijking op één gen, maar om een optelsom van genetische risico's. Bij omgevingsfactoren kan gedacht worden aan de invloed van toxische stoffen tijdens zwangerschap en in de kindertijd, aan slechte voeding, aan misbruik en verwaarlozing, slaapdeprivatie en laag geboortegewicht. Het gaat hier overigens om correlaties, waarmee over causaliteit geen uitspraken gedaan kunnen worden. Wel is bekend dat bij baby's die te vroeg geboren zijn, bij baby's met een te laag gewicht bij de geboorte en bij baby's van wie de moeder tijdens de zwangerschap rookte, de kansen op de ontwikkeling van ADHD hoog zijn. Nu is het zo dat veel van de zwangere vrouwen die blijven roken tijdens de zwangerschap ook ADHD hebben, waardoor de correlatie aan betekenis verliest; de genetische component is dan immers meer van invloed dan het roken. Bovendien levert het stoppen met roken bij zwangere ADHD vrouwen veel stress op, wat ook niet bevorderlijk is voor de ontwikkeling van het kind in de baarmoeder. Bij vrouwen die via IVF een embryo van een ander kregen ingebracht – en bij wie er dus geen genetische relatie is tussen moeder en kind – bleek de correlatie tussen roken tijdens de zwangerschap en ADHD van het kind nauwelijks meer te bestaan.

Door verbeteringen in de neonatologie is het mogelijk een groot aantal (veel) te vroeg geboren kinderen in leven te houden die

voorheen geen overlevingskansen hadden; de schaduwkant hiervan is dat een groot deel hiervan met cognitieve stoornissen blijkt te kampen, en dat voor een deel ook de toename in ADHD zou kunnen verklaren.

Van ADHD ontstaat 95% tussen het derde en achtste levensjaar. Als eerste zal gestart moeten worden met ouderbegeleiding en gedragsinterventies. Met medicatie wordt meestal pas gestart rond het tiende levensjaar. Trainen van het werkgeheugen bij kinderen met ADHD blijkt weinig effectief: ze scoren weliswaar beter op de getrainde taak, maar kunnen dit niet meenemen naar andere taken. Het trainen van executieve functies heeft alleen zin als dit geïmplementeerd wordt in het dagelijks leven, en ouders hun kind bijvoorbeeld aan tafel actief daarop aanspreken en dit blijven volhouden.

Overigens is cognitieve training bij ADHD wel effectief ten aanzien van het reduceren van veelvoorkomende comorbiditeit.

Onbekend is wat de effecten zijn van symptoomreductie met medicatie op de lange termijn, omdat de beschikbare data nooit gestageerd zijn op ziekte duur en ernst. Vanwege de maatschappelijke problemen en de bijbehorende kosten die kunnen ontstaan door ADHD (denk aan middelengebruik, verslaving, antisociaal gedrag) is meer profilering van belang. Nu weet men dat bij juist medicatiegebruik 32% van de mannen en 41% van de vrouwen met ADHD minder crimineel gedrag vertoont. Buitenlaar pleitte voor een andere manier van data organiseren en ander soort onderzoek om staging en profilering verder vorm te geven.

## Psychosen in adolescentie

Lieuwe de Haan, hoogleraar Psychotische stoornissen aan het AMC-UVA, stond stil bij psychosen in de adolescentie, omdat de prevalentie van psychosen in die ontwikkelingsfase erg hoog is: milde psychotische verschijnselen komt bij 33% van de adolescenten voor. De vroege stadia met subklinische psychotische symptomen zijn echter niet specifiek en kunnen dan ook uitmonden in verschillende psychiatrische stoornissen, waarbij een deel van de klachten restloos kan verdwijnen, maar ook een deel de transitie naar een volledige psychose doormaakt, en alles wat daar tussen zit. Vroege signalering is van belang, omdat een eerste psychose vaak beter op antipsychotica reageert dan een tweede of volgende psychose. Bovendien reduceert een vroegtijdige interventie de kans op het ontstaan van de zogenoemde negatieve symptomen bij psychosen. Daarnaast blijkt een intensieve aanpak bij de eerste psychose van belang voor het drop-outpercentage (lager), de kans op recidive (lager), maar ook voor woonomstandigheden (minder zwervend en dakloos) en betere vrijetijdsbesteding of beroepsontwikkeling.

Bekende risicofactoren bij het ontstaan van psychosen zijn de leeftijd van de vader (grotere kans op psychose bij een oude vader), het opgroeien in een stad, jeugdtrauma's – vooral seksuele trauma's – cannabisgebruik voor aanvang van het veertiende levensjaar en migratie. Ook het premorbide functioneren voor het ontstaan van de eerste psychotische verschijnselen speelt een rol

bij de kans op transitie naar een psychose. Is er sprake van een verhoogde kans op een psychose, dan is het preventief voorschrijven van antipsychotica geen goed idee: het risico op een psychose neemt namelijk niet af, terwijl er wel veel bijwerkingen zijn. Meer baat is in dit geval te verwachten van CGT. De Haan ging verder in op de invloed van dopamine en glutamaat bij het ontstaan van psychosen: dopaminerge en glutaminerge afwijkingen blijken samen te hangen met de effectiviteit van farmacotherapie.

### **Onzinnige verslavingspreventiecampagnes**

Hoogleraar Verslavingszorg van AMC-UvA Wim van den Brink opende met een duidelijke stelling: verslavingspreventiecampagnes voor volwassenen zijn onzinnig! Besteed liever het geld aan onderzoek naar en behandeling van kinderpsychiatrische stoornissen, om zo het risico op verslaving te reduceren. Stagering en profilering in de verslavingszorg zijn belangrijk, omdat er een grote discrepantie is tussen wat bekend is over de oorzaken van verslaving en de enorme omvang van verslavingsproblematiek. Ook zijn de bestaande behandelmethoden weinig effectief gebleken.

Vergeleken met stemmingsstoornissen (40%) en angststoornissen (30%) komt maar 8% van de groep met verslaving in behandeling. Reden hiervan is de geringe herkenning (of grote ontkenning) van het probleem door de patiënt zelf of de huisarts, de stigmatisering die aan verslaving kleeft, het slechte imago van de verslavingszorg, de slechte

aansluiting van de verslavingszorg bij de wensen van de patiënt (behandelaar zet in op abstineren terwijl de verslaafde wil leren gecontroleerd te gebruiken) en de eerder genoemde beperkte effectiviteit van de behandelingen.

Verslaving is een hersenziekte, net als schizofrenie bijvoorbeeld, maar het wordt in de algemene opinie vooral als verwijtbaar gedrag gezien, en niet als een ziekte. Stagering zou zowel op neurobiologisch als op psychosociaal gebied moeten plaatsvinden. Middelengebruik begint met experimenteren, kan dan overgaan in *binging*, kan leiden tot middelenmisbruik, en vervolgens tot middelenafhankelijkheid, waarbij *craaving* optreedt en er uiteindelijk verslavingscompulsief gebruik ontstaat. De vraag is hoe farmacologische interventies op deze stadia zouden kunnen aansluiten. Zo zou het middel Nalmefene functioneel kunnen zijn bij het minderen van de alcoholconsumptie, maar dat betekent natuurlijk niet dat het bij ieder stadium van middelengebruik toegepast dient te worden. Bij jonge alcoholisten blijkt Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT) effectiever te zijn dan de (goedkopere) CGT; bij oudere alcoholisten is dit echter andersom. Het ontwenningmiddel Naltexon lijkt het beter te doen bij alcoholisten met een belaste familieanamnese voor alcohol dan bij alcoholisten bij wie dit niet het geval is.

Van den Brink sloot af met de opmerking dat verslaving wellicht te zien is als een ernstige vorm van ADHD, dat er in ieder geval veel overeenkomsten zijn, hetgeen ook al pleit voor betere stagering en profilering in de

kindertijd als er sprake is van ADHD, om zo de weg naar verslaving eerder een halt toe te kunnen roepen.

### Filosofische kwesties

Damiaan Denys, filosoof en hoogleraar Psychiatrie AMC-UvA, besprak in zijn betoeg *Kritiek van de zuivere psychiatrie* een aantal filosofische kwesties die relevant zijn voor het stageren en profileren. Allereerst de vraag: wat kan ik kennen? Sommige vragen die zich voordoen, dus ook in de psychiatrie, kunnen we niet beantwoorden. Is de psychiatrische patiënt wel kenbaar? Nee, de aanwezigheid van de behandelaar beïnvloedt de presentatie van de patiënt, en daarmee ontstaat een subjectief aspect dat er nooit uit te halen valt. Veel van wat we als waarheid beschouwen is feitelijk niet meer dan een set overtuigingen. Kennis is dan te zien als *a subset of that which is both true and believed*. De psychiatrie maakt gebruik van veel *tacit knowledge*, impliciete kennis die je kunt opbouwen door veel, heel veel patiënten te zien en je open te stellen voor het leren van je eigen fouten. Denys stelde dat de psychiatrie in crisis verkeert: de hausse van de neuropsychiatrie is al weer tanende, het heeft niet gebracht wat men gehoopt had, maar heeft juist meer vragen en twijfels opgeleverd. Zolang de diagnostiek in de psychiatrie nog te wensen over laat, is het te vroeg om te stageren en te profileren. Eerst moet de diagnostiek op orde gebracht worden, dan pas kan stageren of profileren helpen om de diagnostiek te optimaliseren. In de psychiatrie is immers niet altijd sprake

van een ziekte-eenheid, is er niet altijd sprake van een zich voortschrijdende ontwikkeling zoals bij kanker, en het etiopathogenetische proces is vaak onduidelijk. En de vraag over normaliteit of abnormaliteit valt al helemaal niet te beantwoorden. We moeten dus eerst weer *zurück zu die Sachen selbst* zoals de fenomenoloog Husserl ruim een eeuw geleden zei, dus in dit geval naar de klinische realiteit. Stageren en profileren in de psychiatrie is als het optuigen van een schip zonder bodem, aldus de duidelijke boodschap van Denys.

### Oude wijn in nieuwe zakken

Als laatste in de rij was het woord aan Roos van der Mast, hoogleraar Ouderenpsychiatrie LUMC. ‘Oude wijn in nieuwe zakken?’ luidde de ondertitel van haar lezing. Ook zij begon met een duidelijke stellingname: profileren en stageren in de ouderenpsychiatrie, daar doen we niet aan, en ik geloof er ook niet in. De ouderenpsychiatrie houdt zich bezig met psychiatrische stoornissen die zich voordoen bij mensen van 65 jaar of ouder, ongeacht de leeftijd waarop de stoornis begon en ongeacht de etiologie. Deze grens is willekeurig, en er doen zich dan ook zeer grote verschillen voor in deze levensfase: waar de ene tachtigjarige een zielig kasplantje is, treedt de andere tachtigjarige nog op als solist om een vioolconcert van Bruch te spelen in een concertzaal.

Veel voorkomende ziektebeelden in deze fase zijn depressie, apathie, dementie en delier. Natuurlijk wordt er gekeken naar

karacterisering van de ziekte tijdens de diagnostische fase en het behandelproces, wordt ingeschat wat de belastbaarheid van de patiënt is en wat de uiteindelijke kwaliteit van leven is met het oog op wel of niet behandelen. Er wordt gestreefd naar zorg op maat en *stepped care*. Een nadeel hiervan kan zijn dat er te veel subtypes ontstaan, dat de kosten van de zorg stijgen en de zorg uiteindelijk onbetaalbaar wordt.

Normale veroudering – hier gedefinieerd als een onstuitbaar, voortschrijdend verlies van vruchtbaarheid en functie, met een steeds groter wordende kans om dood te gaan – leidt tot een toename van lichamelijke ziekten, medicatiegebruik, cognitieve stoornissen, zintuigstoornissen en functionele beperkingen, en in veel gevallen tot een toename van eenzaamheid en verlies van betekenis. Het hersengewicht atrofieert en neemt dus af, er ontstaan wittestofafwijkingen, en het immuunsysteem wordt aangetast met als gevolg meer ontstekingen, en er is cardiovasculaire achteruitgang. Bij vasculaire schade kan een depressie ontstaan, die anders gediagnosticeerd dient te worden, en die ook anders behandeld dient te worden dan een depressie waarbij geen sprake is van vasculaire schade.

Volgens Van der Mast voldoet de huidige manier van werken in de ouderenpsychiatrie, en zijn er bovendien onvoldoende data van longitudinaal onderzoek om een zinvolle profilering en stagering mogelijk te maken.

Ten opzichte van de hematologie staat de wetenschappelijk gefundeerde stagering en profilering in de GGz nog in de kinder-

schoenen. Dat betekent geenszins dat er niets gebeurt op dat gebied, maar dat zal vaak impliciet, op klinische ervaring gebaseerd en afhankelijk van de individuele behandelaar het geval zijn. De weg naar een internationale database voor alle in de DSM opgenomen ziektebeelden lijkt nog ver verwijderd.

Het niveau van de sprekers – allemaal hoogleraar in hun vakgebied – was zeer hoog: een vlotte presentatie gecombineerd met veel kennis van zaken, die in hoog tempo aangeboden werd. Met dit hoge niveau van presentaties en een relevant thema zijn de organisatoren van De Amsterdamse School/AMC psychiatrie er wederom in geslaagd een leerzame studiedag neer te zetten, niet alleen voor psychiaters maar zeker ook voor klinisch psychologen en psychotherapeuten. Mocht u van plan zijn om volgend jaar ook van de partij te zijn: kleeft u warm aan. De grote collegezaal van het AMC is in januari kennelijk niet goed te verwarmen.

**Arnout ter Haar**

## Literatuur

Spijker, J., Graaf, R. de, Bijl, R.V., Beekman, A.T.F. & Ormel, J. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The British Journal of Psychiatry*, 181, 208-213.