

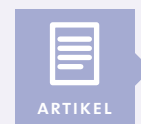
Stagering en profilering van patiënten met een dubbele diagnose

A. NEVEN, A. VAN WAMEL, W. VAN DEN BRINK

- ACHTERGROND** Hoewel er in het werkveld grote behoefte is aan stageren en profileren binnen de psychiatrische diagnostiek, is dit nog steeds een onontgonnen gebied.
- DOEL** Een eerste aanzet geven tot het stageren en profileren van dubbele problematiek: het tegelijkertijd voorkomen van een stoornis in het gebruik van middelen en van andere psychiatrische stoornissen.
- METHODE** Op basis van een stageringsmodel voor verslaving verkennen hoe stagering bij comorbiditeit in de psychiatrie bruikbaar zou kunnen zijn.
- RESULTATEN** Omdat er voor de stagering van deze comorbiditeit nauwelijks evidentie beschikbaar is, presenteren wij een oplossingsgericht stageringsmodel, waarbij aan de beschreven stadia een geadviseerde behandelsetting of behandelintensiteit wordt gekoppeld.
- CONCLUSIE** Of deze methode in de Nederlandse praktijk bruikbaar is en prognostische waarde heeft, zal nog moeten blijken in verder onderzoek.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)2, 114-119

TREFWOORDEN dubbele diagnose, profilering, stagering



De laatste jaren is er toenemend aandacht voor patiënten met een dubbele diagnose: het tegelijkertijd voorkomen van een stoornis in het gebruik van middelen en andere psychiatrische stoornissen. Traditioneel werd bij dubbele problematiek alleen gedacht aan ernstige psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie en de bipolaire stoornis, en aan ernstige vormen van verslaving.

In de loop der jaren werden ook minder ernstige vormen van een combinatie van gebruik van middelen en psychiatrische stoornissen onder dubbele problematiek geschaard (Dom e.a. 2013). Het voordeel hiervan is dat er ook bij minder ernstige en minder chronische vormen van dubbele problematiek aandacht is voor beide stoornissen en hun complexe samenhang. Dat laatste kan verergering van de problematiek, door onderbehandeling van een deel van de klachten, voorkomen. Echter, zeker niet voor elke patiënt met een dubbele diagnose is het volledige pakket aan geïntegreerde behandeling noodzakelijk. Met het verbreden van de definitie is een heterogeen concept ontstaan, waarbij het minder duidelijk is geworden met welke

intensiteit binnen welke setting zij behandeld zouden moeten worden.

Stagering en profilering

Zoals Beekman e.a. (2012) betoogden, is binnen de psychiatrische diagnostiek op een aantal gebieden nog veel winst te boeken. De inzet van het themanummer over stagering en profilering van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* in 2012 was 'dat we anno 2012 de kennis hebben om van een statische, descriptieve en categorale classificatie naar een meer ontwikkelingsgerichte diagnostiek van psychiatrische ziekte te gaan'. De schrijvers doelen hiermee op *stagering* en *profilering*. Stagering is het beschrijven van de fase van ontwikkeling van een ziekte. Profilering betreft het in de diagnostiek betrekken van factoren waarvan bekend is dat ze het beloop of de reactie op behandeling voorspellen (Kapczinski e.a. 2009).

In 2012 gaven Van den Brink & Schippers in dit tijdschrift een aanzet tot het stageren van de stoornis in het gebruik van middelen. Deze werd opgezet aan de hand van de TNM-

classificatie zoals in de oncologie wordt gebruikt, waarbij ‘T’ staat voor de tumorgrootte, ‘N’ voor de uitzaaiingen in de lymfklieren en ‘M’ voor de ernst van de metastasering. Deze eerste aanzet was echter primair gericht op verslaving en deed geen uitspraak over een eventuele behandelsetting. Tot nu toe is het onderzoek naar dit model beperkt. Rutten e.a. (2017) hebben laten zien dat het stageringsmodel op het overgrote deel van de mensen die behandeling zoeken voor hun verslaving van toepassing is en Merkk e.a. (2007) toonden dat een dergelijk stageringsmodel gebruikt kan worden voor gestructureerde zorgtoewijzing binnen de verslavingszorg. Of deze gestructureerde zorgtoewijzing ook meerwaarde heeft en tot betere behandeluitkomsten zal leiden, is echter nog niet bekend en dit hangt, behalve van het stageringsmodel, natuurlijk ook af van de zorgtoewijzingscriteria die gebruikt worden (Merkk e.a. 2014).

In het huidige artikel proberen wij dit concept verder uit te werken voor patiënten met een dubbele diagnose, met als doel voor het gehele dubbelediagnosewerkveld een werkbaar handvat te bieden in het kiezen van de juiste behandelsetting. Onze beschrijving is echter niet bedoeld als rigide systeem. Het model kan een leidraad zijn om keuzes te maken voor een behandelsetting of een bepaalde behandelintensiteit, maar is expliciet niet bedoeld als dwingend systeem.

TABEL 1 Profilering dubbele diagnose

Verslaving

- V0 Asymptomatisch en risicofactoren
- V1/2 Frequent bingegebruik
- V1 Overmatig/ongepast gebruik van middelen
- V2 Afhankelijkheid met hunkering en tolerantie
- V3 Verslaving met compulsief gebruik en verlies van positieve belevingen
- V4 Therapieresistentie/behandeling > 5 jaar

Psychiatrische problemen

- P0 Geen psychiatrische problemen
- P1 Lichte psychiatrische problemen
- P2 Matige psychiatrische problemen
- P3 Ernstige psychiatrische problemen
- P4 Therapieresistentie/behandeling > 5 jaar

Sociaal disfunctioneren

- S0 Geen sociale problemen
- S1 Eén sociaal probleem
- S2 Twee of meer sociale problemen

AUTEURS

ARJEN NEVEN, psychiater, Fivoor, TOPGz-afdeling Centrum Dubbele Problematiek, Den Haag.

ANNEKE VAN WAMEL, wetenschappelijk medewerker, Trimbo-instituut, Utrecht.

WIM VAN DEN BRINK, hoogleraar Verslavingszorg, afd. Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Arjen Neven, Fivoor Centrum voor Dubbele Problematiek, Mangostraat 5, 2552 KS Den Haag.

E-mail: a.neven@palier.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-8-2017.

Stagering dubbele diagnose

De ernst van de verslaving wordt aangeduid met ‘V’ (vergelijkbaar met ‘T’ in het TNM-systeem), zie **TABEL 1**. Hoe ernstiger de verslaving is, hoe hoger het getal is dat achter de V staat. In de tabel is de mate van verslaving weergegeven. Om een goede afweging te maken welke ernstmaat van toepassing is op de betreffende patiënt, kan het helpen het aantal middelen dat de patiënt misbruikt en de fase van motivatie te betrekken (Dom e.a. 2013). Verder kan het helpen de ernstmaat van de DSM-5 mee te laten wegen, alhoewel dit wel problemen kan opleveren, omdat enkele van de criteria voor een stoornis in het gebruik van een middel ook of voornamelijk betrekking hebben op de psychosociale gevolgen die onder ‘S’ worden geclassificeerd (zie hierna).

De ernst van de psychiatrische problemen wordt aangeduid met ‘P’ (‘N’ in het TNM-systeem). Comorbide angststoornissen zullen eerder onder de lichte psychiatrische problemen vallen en schizofrenie eerder onder de ernstige psychiatrische problemen. Hierin kan naast de ernst van de comorbide stoornis ook het aantal psychiatrische stoornissen helpen in het bepalen van de ernstmaat.

De ernst van de sociale problemen wordt aangeduid met ‘S’ (‘M’ in het TNM-systeem). Met sociale problemen bedoelen we problemen in het steunsysteem, financiële problemen, huisvestingsproblemen, werkproblemen en problemen met justitie. Het aantal, maar ook de ernst van ieder afzonderlijk probleem kan meewegen in het bepalen van de mate van sociaal disfunctioneren.

Het stageren van de stoornis hangt ook samen met verschillende stadia in de behandeling (**TABEL 2, FIGUUR 1**) met daaraan gekoppeld behandelsetting en een bepaalde behandelintensiteit. In stadium 0 is er geen sprake van

TABEL 2 Stagering dubbele diagnose

Stadia	V	P	S	Behandelsetting
o-A	V0-1/2	P>0	So-2	Reguliere zorg binnen ggz
o-B	V>0	P0	So-2	Reguliere zorg binnen verslavingszorg
I	V1	P1	So-2	Geïntegreerde behandeling binnen de basis-ggz
II	V2	P2	So-2	Geïntegreerde ambulante behandeling binnen ggz of verslavingszorg
II-A	V1	P2-4	So-2	Geïntegreerde ambulante behandeling binnen ggz
II-B	V2-4	P1	So-2	Geïntegreerde ambulante behandeling binnen verslavingszorg
III*	V2-4	P2-4	So-2	Geïntegreerde ambulante behandeling binnen een FACT-team, eventueel korte klinische behandeling
IV**	V3-4	P3-4	So-2	Geïntegreerde transmurale behandeling binnen gespecialiseerde dubbelediagnoseafdeling

* V en P zijn opgeteld 5 of 6

** V en P zijn opgeteld 7 of 8

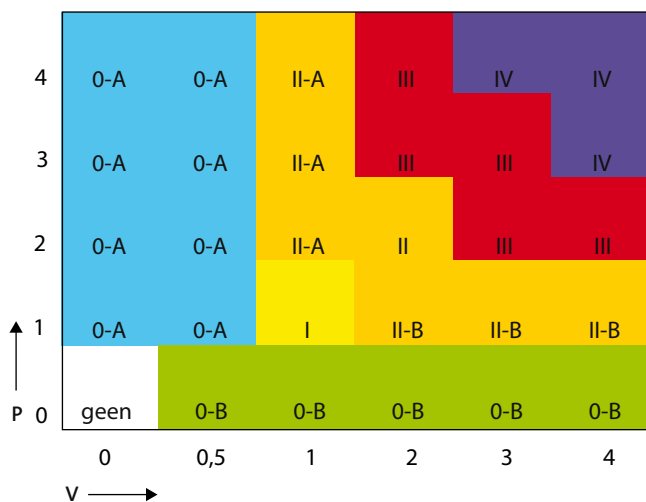
dubbele problematiek. Patiënten met een psychiatrische stoornis worden in de ggz behandeld conform de geldende afspraken (stadium o-A) en patiënten met een verslaving in de verslavingszorg (stadium o-B). Hierbij wordt wel aangetekend dat er maar weinig patiënten zijn met een ernstige verslaving (V3-4) zonder psychiatrische comorbiditeit (Rutten e.a. 2017). De patiënten in stadium o hebben geen dubbele problematiek en dus geen geïntegreerde behandeling nodig en vallen buiten het kader van dit artikel.

Patiënten in stadium I tot en met IV hebben allemaal in meer of mindere mate dubbele problematiek en zouden idealiter geïntegreerd behandeld moeten worden, waarbij behalve naar setting (ambulant versus klinisch) ook kan worden gekeken naar benodigde intensiteit (frequentie

van sessies) en complexiteit (één versus meer specialisten) (Dom e.a. 2013). Met geïntegreerd bedoelen we hier primair dat zowel de verslaving als de psychiatrische problemen door hetzelfde team en in samenhang met elkaar dienen te worden behandeld (Mangrum e.a. 2006; Morrens e.a. 2011).

Patiënten in stadium I hebben relatief lichte problematiek op beide vlakken en zouden in de meeste gevallen met een kortdurende ambulante behandeling (maximaal enkele maanden) in de basis-ggz voldoende zorg moeten hebben. Patiënten in stadium II hebben een wat ernstigere verslaving en een psychiatrisch probleem en hebben meestal baat bij een wat langere (6-12 maanden) ambulante behandeling binnen de specialistische ggz of verslavingszorg, waarbij patiënten met vooral psychiatrische problemen

FIGUUR 1 Stagering dubbele diagnose



eerder in de ggz dienen te worden behandeld (stadium II-A) en patiënten met vooral gebruik van middelen in de verslavingszorg (stadium II-B). In de praktijk worden deze patiënten vaak op verschillende afdelingen en door verschillende teams behandeld (parallele behandeling).

Bij patiënten in stadium III zijn de psychiatrische en verslavingsproblemen weereen stap ernstiger en is langdurige behandeling in een *flexible assertive community treatment* (FACT)-team met een geïntegreerde aanpak noodzakelijk. Deze patiënten hebben veelal meerdere jaren behandeling nodig. Er kunnen in dit stadium intermitterend (maximaal enkele weken) klinische behandelingen plaatsvinden.

Bij patiënten in stadium IV is er sprake van therapieresistentie en is het nodig dat zij langer durend opgenomen worden en dat de behandeling deels klinisch plaatsvindt op een gespecialiseerde afdeling of een duurzaam verblijf. Bij het stageren kan het helpen het sociaal disfunctioneren ('S') bij de overwegingen te betrekken. Patiënten in stadium III en IV zullen over het algemeen meerdere sociale problemen hebben en dus S2 scoren. Ook zouden somatische complicaties kunnen meespelen in het stageren van patiënten met een dubbele diagnose (Van den Brink & Schippers 2012). Buiten het kader van dit artikel vallen de patiënten met een justitiële titel, met ernstige antisociale trekken/psychopathie of met ernstige agressie. Deze patiënten kunnen het beste in een forensisch kader geïntegreerd behandeld worden.

Evidentie

Voor de beschreven indeling is nog nauwelijks wetenschappelijk bewijs. Timko e.a. (2006) concludeerden in hun onderzoek dat zowel patiënten met ernstige als lichte dubbele problematiek het beste in aanvang ambulante behandeld kunnen worden. Verder concludeerden Chen e.a. (2006) en Timko e.a. (2004) dat patiënten met ernstige dubbele problematiek (gemeten met de *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan e.a. 1992) beter af zijn wat betreft middelengebruik en psychiatrische problemen op afdelingen met intensievere zorg ten opzichte van minder intensieve afdelingen. Patiënten met minder ernstige dubbele problematiek hadden daarentegen gelijke uitkomsten in meer en minder intensieve zorgprogramma's (Chen e.a. 2006).

Thornton e.a. (1998) concludeerden in aanvulling hierop dat patiënten met ernstige verslaving (gemeten met de ASI) beter reageerden op een hoog gestructureerde gedragstherapeutische behandeling ten opzichte van laag gestructureerde counseling. Bij patiënten met lichte verslaving was de uitkomst precies andersom.

Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat bij ernstige problematiek een intensievere behandeling in veel gevallen noodzakelijk is om goede behandeluitkomsten te rea-

liseren en dat bij lichtere problematiek een minder intensieve behandeling in het algemeen volstaat. In het adviesrapport van het Zorginstituut 'Verslavingszorg in beeld' wordt geconcludeerd dat een klinische behandeling alleen is gerechtvaardigd bij patiënten met ernstige medische of psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid (Polman & Visser 2014). Deze conclusie ondersteunt in beperkte mate het in dit artikel voorgestelde concept.

Voor de groep verslaafden (met of zonder comorbide stoornis) is al geprobeerd een vergelijkbare stagering te koppelen aan de meest geëigende zorgintensiteit om zodoende tot een optimaal behandelresultaat te komen (Merckx e.a. 2013). Het resultaat was vooralsnog teleurstellend, maar daarbij moet men bedenken dat het hier slechts ging om toewijzingen aan de ambulante zorg met een achteraf bezien niet optimaal toewijzingsprotocol (Merckx e.a. 2014). Om tot verdere verbeteringen te komen, zou het goed zijn als het stageringsmodel zou worden ondersteund door neurobiologische en genetische kenmerken, waarbij onderliggende afwijkingen voorspellend zijn voor prognose en uiteindelijk richtinggevend zijn voor de behandeling. Hier betreden we het domein van de profilering, waarbij op basis van individuele patiëntkenmerken specifieke interventies worden ingezet.

Conclusie

Het stageren en profileren van psychiatrische aandoeningen staat nog in de kinderschoenen, terwijl er in het werkveld wel grote behoefte aan is. Er is weinig evidentie beschikbaar ten opzichte van andere medische specialismen, met name de oncologie. Dit geldt zeker ook voor de subspecialisatie dubbele diagnose.

Met deze korte bijdrage willen wij een eerste aanzet geven tot het maken van profielen en stadia bij dubbele problematiek. Er is echter nog weinig evidentie wat betreft de prognostische waarde hiervan en de consequenties voor de keuze van de behandelsetting en de -intensiteit. Buitenlandse onderzoeken zijn lastig te extrapoleren naar de Nederlandse of Vlaamse situatie. Uiteindelijk zal onderzoek moeten uitwijzen of het concept bruikbaar en van waarde is in de Nederlandse en Vlaamse praktijk.

LITERATUUR

- Beekman ATF, van Os J, van Marle HJC, van Harten PN van. Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 915-20.
- Brink W van den, Schippers GM. Stagering en profilering bij verslaving. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 941-8.
- Chen S, Barnett PG, Sempel JM, Timko C. Outcomes and costs of matching the intensity of dual-diagnosis treatment to patients' symptom severity. J Subst Abuse Treat 2006; 31: 95-105.
- Dom G, Dijkhuizen A, van der Hoorn B, Kroon, H, Muusse C, van Rooijen S, e.a. Handboek dubbele diagnose. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- Kapczinski F, Dias VV, Kauer-Sant'Anna M, Brietzke E, Vázquez GH, Vieta E, e.a. The potential use of biomarkers as an adjunctive tool for staging bipolar disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2009; 33: 1366-71.
- Mangrum LF, Spence RT, Lopez M. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. J Subst Abuse Treatm 2006; 30: 79-84.
- McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, e.a. The fifth edition of the Addiction Severity Index. J Subst Abuse Treat 1992; 9: 199-213.
- Merx MJ, Schippers GM, Koeter MJ, Vuijk PJ, Oudejans S, de Vries CC, e.a. Allocation of substance use disorder patients to appropriate levels of care: feasibility of matching guidelines in routine practice in Dutch treatment centres. Addiction 2007; 102: 466-74.
- Merx MJ, Schippers GM, Koeter MW, Vuijk PJ, Poch M, Kronemeijer H, e.a. Predictive validity of treatment allocation guidelines on drinking outcome in alcohol-dependent patients. Addict Behav 2013; 38: 1691-8.
- Merx MJ, Schippers GM, Koeter MW, De Wildt WA, Vedel E, Goudriaan AE, e.a. Treatment outcome of alcohol use disorder outpatients with or without medically assisted detoxification. J Stud Alcohol Drugs 2014; 75: 993-8.
- Morrens M, Dewilde B, Sabbe B, Dom G, De Cuyper R, Moggi F. Treatment outcomes of an integrated residential programme for patients with schizophrenia and substance use disorder. Eur Addict Res 2011; 17: 154-63.
- Polman PI, Visser ECM. Verslavingszorg in beeld. Alcohol en drugs. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2014.
- Rutten RJT, Broekman T, van den Brink W, Schippers GM. Differentiating treatment-seeking substance-use disordered patients: Support for a staging model. Sucht 2017; 63: 289-96.
- Tiet QQ, Ilgen MA, Byrnes HF, Harris AH, Finney JW. Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes. Addiction 2007; 102: 432-40.
- Timko C, Chen S, Sempel J, Barnett P. Dual diagnosis patients in community or hospital care: One-year outcomes and health care utilization and costs. J Ment Health 2006; 15: 163-77.
- Thornton CC, Gottheil E, Weinstein SP. Patient-treatment matching in substance abuse. J Subst Abuse Treatm 1998; 15: 505-11.

SUMMARY

Staging and profiling of patients with dual disorders

A. NEVEN, A. VAN WAMEL, W. VAN DEN BRINK

BACKGROUND Although there is a great need for staging and profiling in psychiatry, no-one has so far devised a staging and profiling model to aid diagnosis and treatment.

AIM To devise a basic staging and profiling strategy that can be used to treat patients suffering from both substance abuse disorder and a psychiatric disorder.

METHOD On the basis of existing staging model for addiction, we explore how staging could also be useful for the treatment of comorbidity in psychiatry.

RESULTS Since there is hardly any evidence of the use of staging for this kind of comorbidity, we present a staging model that might help to provide a solution. To the described stages we add a recommended treatment setting or treatment intensity.

CONCLUSION Further research is needed to ascertain whether the staging model that we have presented will lead to improvements in the prognosis and treatment of patients with dual disorders referred to Dutch psychiatrists.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)2, 000-000

KEY WORDS dual disorder, profiling, staging