

en beleid

Focus Een biopsychosociaal model voor diagnostiek

door W.M.N.J. Buis

Gepubliceerd in 1996, no. 8

Samenvatting

Er wordt een biopsychosociaal model gepresenteerd voor een systematische weergave van diagnostische overwegingen en beleid in de psychiatrie. Dit 'DAC-model' werd oorspronkelijk ontwikkeld voor verwijzingen voor diagnostiek en advies ten dienste van huisartsen. Het model omvat, naast klinisch syndroom en premorbide persoonlijkheid, hypothesen vanuit de biologische/somatische, de psychodynamische/psychologische en de systeem/context-invalshoek. Aangrijpingspunten voor behandeling en beleid worden ook systematisch vanuit deze verschillende invalshoeken beschreven.

Inleiding

In het 'DAC-project' (Diagnostiek- en AdviesCentrum) van de polikliniek psychiatrie van het Bosch Medicentrum en Reinier van Arkel in 's-Hertogenbosch werd de functie psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van huisartsen geaccentueerd. Hierbij werd een protocol ontwikkeld voor de verwijs- en adviesprocedure en voor de weergave van de diagnostische bevindingen en adviezen. Bij de evaluatie van deze werkwijze bleek dat deze door huisartsen bijzonder gewaardeerd werd (Buis 1990, 1993, 1995).

Een belangrijke nevenbevinding was dat het biopsychosociale DAC- model (tabel 1) de polikliniekmedewerkers erg goed beviel. Zij vonden dit model verhelderend en kwaliteitsbevorderend. Men was van mening dat deze systematische benadering bijdroeg aan een gefundeerd advies, maar ook een goede basis kon vormen voor het eigen behandel- of beleidsplan. De arts-assistenten gaf het houvast om de patiënt en zijn klachten te begrijpen en de verschillende invalshoeken te integreren. Het DAC-model wordt in Reinier van Arkel sinds 1987 veel gebruikt bij de opleiding, de dagelijkse praktijk en in de uitschrijfbrieven.

Tabel 1: DAC-model voor diagnostiek en advies/beleid

(Voorlopige) diagnose/inschatting:

- A. Klinisch syndroom; DSM-IV As I-diagnose (cvt. probleem/V-code)
- B. (Premorbide) persoonlijkheid; DSM-IV As II-diagnose
- C1. Somatische/biologische hypothese
- C2. Psychodynamische/psychologische hypothese
- C3. Systeem/contexthypothese
- C4. Prognose

Advies/behandeling/beleid:

- D1. Somatisch/medicamenteus
 - D2. Attitude/psychotherapeutisch
 - D3. Praktisch/contextgericht
 - E. Eventuele gespecialiseerde behandeling
-

Doel van deze publikatie is meer bekendheid te geven aan dit praktische model.

Doel van deze publikatie is meer bekendheid te geven aan dit praktische model.

Integrale psychiatrische diagnostiek

Hoe nuttig de diagnostische classificaties van de DSM-IV ook zijn, het blijft bij voornamelijk descriptieve diagnostiek (Koster van Groos 1995). Voor het beleid in de praktijk is diagnostiek in de betekenis van 'doorschouwen' van belang, waarbij de syndromen niet alleen herkend, maar ook begrepen worden. Naarmate men meer in staat is diagnostiek in deze zin te bedrijven, zal men ook beter therapeutische aangrijpingspunten en prognoses kunnen vaststellen. Het gaat erom welke farmacotherapeutische en/of psychotherapeutische en/of sociaal-psychiatrische behandeling helpt bij welke symptomatologie, door welke oorzaak, bij welke ontwikkeling en achtergrond, in welke context.

Aangezien er nog betrekkelijk weinig bekend is over oorzaken van psychische stoornissen, zal men het in de praktijk vaak moeten doen met werkhypothesen. Lazare (1979, 1989) verwoordde op heldere wijze de basale beginselen van een integrale diagnostiek. Hij beschreef hoe psychopathologie vanuit de verschillende invalshoeken begrepen kan worden: de somatisch-biologische, de psychodynamische, de leertheoretische en de socioculturele invalshoek. Lazare citeerde McHugh en Slavney (1986) om het belang van de integratie van de verschillende benaderingen duidelijk te maken: 'Each construct and explanatory method has its own set of premises, store of facts, and mode of progression... But each must be woven into a comprehensive design in every clinical encounter'.

Werkhypothesen als basis voor indicatiestelling en beleid

Omdat de DSM-diagnostiek weinig aanknopingspunten biedt voor indicatiestelling en behandeling, hanteerden Frances e.a. (1984) een werkmodel dat ook de hypothesen vanuit de verschillende invalshoeken omvatte. Hun model luidde als volgt:

1. Descriptieve diagnose (vier assen van de DSM-III)
2. Biologische hypothese
3. Psychodynamische hypothese
4. Leertheoretische hypothese
5. Systeemhypothese

Uitgaande van de verschillende hypothesen wogen ze voor- en nadelen af van de daarop te baseren behandelingen.

De benaderingen van Lazare (1979) en van Frances e.a. (1984) zijn als basis gebruikt voor het 'DAC-model' dat in 1986 in Reinier van Arkel ontwikkeld werd.

Toelichting op het DAC-model voor de diagnostische overwegingen

In het model voor een integrale diagnostische inschatting komen aan de orde:

A. Klinisch syndroom (eventueel probleem):

DSM-IV As I-diagnose (eventueel V-code); beschrijving van het toestandsbeeld.

B. (Premorbide) persoonlijkheid:

Beknopte beschrijving van de persoonlijkheid vóór de huidige decompensatie of klachten; DSM-IV As II-diagnose, voor zover van toepassing.

De As III-, As IV- en As V-diagnoses worden in het model niet expliciet vermeld, maar ze komen in de verschillende hypothesen wel aan de orde.

C1. Somatische/biologische hypothese:

Hier kunnen een (mogelijk) voor de psychopathologie verantwoordelijk actueel, aangeboren of verworven somatisch lijden en een (mogelijk) psychotoxisch effect (alcohol, geneesmiddelen) vermeld worden. Tevens kunnen hypothesen geformuleerd worden over neurotransmitters of over een vermoedelijke 'endogene' oorzaak.

Ook somatische gevolgen van stress zonder orgaanlijden zoals hyperventilatie-effect, gespannen spieren, 'nerveuze' tachycardie kunnen hier beschreven worden.

C2. Psychodynamische/psychologische hypothese:

Deze betreft de 'rode draad', de biografische reconstructie. De term psychodynamisch wordt hier conform Frances en Lazare in de ruime betekenis gebruikt. Afweermechanismen, 'copingstyles' en 'overlevingsstrategieën' worden hier vermeld. Andere aandachtspunten zijn affectieve verwaarlozing, vroegkinderlijke scheefgroei, psychotraumata, levensfaseproblematiek en de betekenis van life-events voor het individu.

De leertheoretische hypothese wordt niet apart vermeld; deze kan hier toegevoegd worden onder de noemer psychologische hypothese.

C3. Systeem/contexthypothese:

Hierbij wordt de patiënt gezien als schakel in zijn sociale context. De volgende sociale systemen krijgen hierbij steeds aandacht:

-gezin/partner;

-werk/uitkerende instanties;

-artsen/hulpverleners.

De systeemhypothese beschrijft ook wat de 'functie' kan zijn van de klachten en welke bestendige factoren er zijn.

C4. Prognose:

Het te verwachten verloop en herstel.

Toelichting op het DAC-model voor behandeling/beleid/ advies

Het model voor behandeling/beleid/advies sluit aan op het model voor integrale diagnostiek. Daarnaast wordt systematisch overwogen of een meer gespecialiseerde behandeling geïndiceerd is.

D1. Somatisch/medicamenteus beleid/advies:

Het beleid ten aanzien van psychofarmaca, maar eventueel ook een advies over somatische farmaca die de psyche nadelig kunnen beïnvloeden; daarnaast het beleid of adviezen over aanvullend somatisch onderzoek en/of de behandeling van een onderliggend somatisch lijden. Ook fysiotherapie, ontspanningsoefeningen en andere lichaamsgerichte therapieën kunnen hier een plaats krijgen.

D2. Attitude/psychotherapeutisch beleid/advies:

Het beleid aangaande de psychotherapeutische benadering en de planning van de gespreksbehandeling. Hierbij gaat het niet alleen om de indicatie voor psychotherapieën in engere zin. Er worden ook meer basale uitspraken gedaan over de attitude, het opbouwen van een werksamenwerking en de aard van de begeleiding.

Aanbevelingen voor psycho-educatie en indicaties voor partner-relatietherapie kunnen hier eveneens vermeld worden; hier ligt echter een raakvlak met D3.

D3. Praktisch/contextgericht beleid/advies:

Dit beleid betreft de patiënt in zijn sociale context, op het gebied van basale levensbehoeften, gezin, sociale contacten, vrije tijd, aanpak van de problemen op het niveau van werk en bedrijfsarts. De coördinatie van medische en hulpverlenersbemoedelingen, adviezen aan uitkerende instanties en het beleid ten aanzien van andere personen in het (gezins)systeem van de patiënt kunnen hier aan de orde komen. Dagbesteding, dagritme en sociale vaardigheden kunnen eveneens een punt van aandacht zijn bij het beleid. Het gaat hier vooral om praktische adviezen en maatregelen.

E. Beleid/advies m.b.t. een (eventuele) specialistische behandeling in de GGZ:

Dit betreft overwegingen over een (eventuele) meer gespecialiseerde behandeling, bijvoorbeeld door een meer gespecialiseerde medewerker, in een andere setting of bij een andere instelling.

Een casus ter toelichting

Ter illustratie volgen in tabel 2 de diagnostische overwegingen en adviezen/beleid bij een 58-jarige man, die werd verwezen voor diagnostiek en advies vanwege woede-uitbarstingen na een CVA met hemiparese. Revalidatie was meermalen mislukt, hij kon zijn handicap niet accepteren. Vervolgens was hij behandeld in de psychiatrische dagkliniek en door de RIAGG, hetgeen nauwelijks resultaat had opgeleverd. Bij aanmelding gebruikte hij tryptizol. In het kader van de diagnostiek- en adviesprocedure vond n intakegesprek plaats, en een neuropsychologisch onderzoek. Tabel 2 geeft de bevindingen die beschreven werden in de uitschrijfbrief beknopt weer.

Deze casus illustreert fraai hoe voorlopig onze hypothesen zijn. De huisarts hield een adviesgesprek met het gezin en stopte de tryptizol, maar gaf geen ander antidepressivum. Hierop werd de man hypomaan; vervolgens werd hij met succes gerevalideerd voor zijn CVA. Dit verloop gaf ons te denken of de diagnose 'organische' stemmingsstoornis wel juist was en of we ook niet een 'endogene' component hadden moeten overwegen. Het blijft natuurlijk ook de vraag waaraan de omslag in de stemming van de patiënt (het meest) te danken is geweest.

(Geprotocolleerde) behandelplannen en evaluatie

In het DAC-model wordt duidelijk gemaakt dat behandeld wordt op basis van hypothesen. Bij een multidisciplinaire behandeling is uiteraard belangrijk dat de patiënt geen tegenstrijdige boodschappen krijgt vanuit de verschillende invalshoeken. Aan de hand van het DAC- model kan duidelijk beschreven worden wie wat doet en met welk doel.

Voor veel voorkomende stoornissen kan het DAC-model dienen als algemeen raamwerk voor een protocol met een biopsychosociale meersporenbenadering. Deskundigen op het gebied van biologische psychiatrie, psychotherapie en sociale psychiatrie kunnen hierbij inbreng hebben en tot consensus komen.

De expliciete formulering van hypothesen enerzijds en het daarop gebaseerde behandelbeleid anderzijds maken het DAC-model geschikt als raamwerk voor evaluatie en toetsing. Per invalshoek kunnen de gestelde hypothesen getoetst en de beoogde doelstellingen geëvalueerd worden.

Discussie

Het DAC-model bleek goed toepasbaar bij pogingen tot diagnostiek in de zin van 'doorschouwen' en begrijpen van de pathologie. Het blijft echter een reductionistisch model. In de consultatieve psychiatrie worden biopsychosociale modellen gebruikt met een tijdas (Leigh 1981; Huyse 1989). Nurcombe en Gallagher (1986) accentueerden in een dergelijk model predisponerende, luxerende en instandhoudende factoren.

Een ander punt van bezinning is de medische leest waarop het model geschoeid is, in die zin dat de patiënt zijn klachten presenteert en 'lijdend voorwerp' is, terwijl de dokter zeer actief is om een diagnose te stellen. Dit betekent het risico dat niet aangesloten wordt op de verwachtingen of hulpvraag van de patiënt en dat diens sterke kanten onvoldoende aandacht krijgen. Nicolai (1992) pleitte voor diagnostiek en beleid vanuit een 'psycho-educatiemodel'. Daarmee wordt bedoeld dat visie, mogelijkheden en aanpak met de patiënt besproken worden. Van de patiënt wordt daarbij een actieve inbreng gevraagd om uiteindelijk te komen tot een gezamenlijke probleemformulering. Vervolgens worden de te bereiken doelen en de methode die daarvoor gebruikt zal worden, besproken.

De verantwoordelijkheid voor de behandeling wordt hierbij, voor zover mogelijk, door therapeut en patiënt gedeeld.

Het DAC-model kan handvatten bieden bij het opstellen van een dergelijke probleemformulering en behandelplan samen met de patiënt. Om op overzichtelijke manier doelen, termijnen en evaluatiemomenten weer te geven zal het model echter bijgesteld of aangevuld moeten worden.

Tot slot: van diagnostiek naar dialoog

Op onze polikliniek verschuift momenteel de aandacht van consensus onder deskundigen (teamleden, huisarts) naar consensus met de patiënt. Wat deskundigen denken over wat er aan de hand is en wat daaraan te doen valt is belangrijk, maar nog belangrijker is wat de patiënt daar zelf van vindt. Zonder tweerichtingsverkeer tussen patiënten en professionals zijn er grote risico's dat gezondheidszorg een pathologiebestendigend effect heeft.

Literatuur

Buis, W.M.N.J. (1990), *Psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van de huisarts; verslag van een polikliniekproject te 's-Hertogenbosch*.

Dissertatie, Utrecht. Thesis, Amsterdam.

Buis, W.M.N.J. (1993), Psychiatrisch(e) diagnostiek en advies. *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 10, 693-696.

Buis, W.M.N.J. (1995), Psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van huisartsen; follow-up onderzoek 'DAC-project' 's-Hertogenbosch. *De Ark van Reinier*, 4, 63-70. *Medisch Journaal Bosch Mediecentrum*, 9, 145-159.

Frances, A., J. Clarkin en S. Perry (1984), *Differential therapeutics in psychiatry; the art and science of treatment selection*. Brunner, New York.

Huysse, F. (1989), *Systematic interventions in consultation/liaison psychiatry*. Dissertatie VU Amsterdam. Free University Press, Amsterdam.

Koster van Groos, G.A.S. (1995), *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Lazare, A. (1979), *Outpatient psychiatry; diagnosis and treatment*. Tweede editie 1989. Williams & Wilkins, Baltimore.

Leigh, H. (1981), Behavioral medicine: toward a comprehensive psychosomatic approach. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 36, 151-158.

Nicolaï, N. (1992), *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie*. SUA, Amsterdam.

Nurcombe, B., en R.M. Gallagher (1986), *The clinical process in psychiatry; diagnosis and management planning*. Cambridge University Press, Cambridge, p. 302-320.

Summary: A bio-psychosocial model for diagnosis and management

A bio-psychosocial model is described: the 'DAC-model'. It presents the diagnostic considerations and management in psychiatric practice in a systematic way. This model was originally developed to give psychiatric advice to general practitioners. It includes the clinical syndrome and the (premorbid) personality as well as hypotheses from the different perspectives: biological/somatic, psychodynamic/psychological and system/context. Therapeutic possibilities are also described systematically from these different viewpoints.

Mevr. dr. W.M.N.J. Buis is als psychiater en A-opleider werkzaam in Psychiatrisch Ziekenhuis Reinier van Arkel en in het Bosch Medicentrum, beide te 's-Hertogenbosch. Correspondentieadres: Postbus 70058, 5201 DZ 's-Hertogenbosch.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 15-3-1996.