

## **DE PREVENTIE VAN PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING**

*Martin van den Berg*<sup>8</sup>

*Onderstaande tekst is een schriftelijke weergave van een Power Point presentatie zoals die door ondergetekende werd gepresenteerd op het IASSID congres in Kaapstad in augustus 2008. De lezing vond plaats onder het thema risicofactoren en flexibiliteit in het kader van geestelijke gezondheid bij mensen met een verstandelijke beperking en droeg als subtitel de retorische vraag: is preventie van psychiatrische problemen enkel een kwestie van goede ondersteuning?*

### **Inleiding**

Hoeveel daar ook in gelegen is en er veel door voorkomen van bijvoorbeeld “overvraging” ook aan psychiatrische problemen voorkomen kan worden, ligt de kwetsbaarheid bij mensen met een verstandelijke beperking niet alleen in de beperking van de draagkracht door de verstandelijke beperking, maar soms ook in een bijkomende, al dan niet erfelijke, chronisch psychiatrische aandoening. Nu is er helaas pas vaak aandacht voor de psychiatrie bij mensen met een verstandelijke beperking nadat er vele interventies op probleemgedrag hebben plaatsgevonden, er een crisissituatie is ontstaan en de symptomatologie wordt gedempt met het geven van medicatie. Er had in de start al gezocht kunnen worden naar onderliggende psychiatrische problematiek die veel eerder voorspeld voorkomen of behandeld had kunnen worden. Derhalve is dit artikel ook een pleidooi voor meer aandacht voor de psychiatrie binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en een pleidooi voor een multidisciplinaire screening en aanpak.

In dit artikel gaat het om de preventie van psychiatrische problematiek wat niet geheel hetzelfde is als de promotie van geestelijke gezondheid, maar daar toch ook mee samenhangt. Het gaat om de geestelijke gezondheid en kwetsbaarheid daarin. Er wordt enige aandacht geschonken aan risicofactoren, maar ook aan de flexibiliteit en uiteindelijk aan preventie van problematiek.

### **Geestelijke gezondheid**

Geestelijke gezondheid wordt door de WHO gedefinieerd als niet enkel het afwezig zijn van ziekte of gebrek, maar ook als een staat van welzijn waarin een individu zich kan ontplooiën naar zijn eigen mogelijkheden en om kan gaan met de normale stress van het leven, productief kan werken en in staat is om een bijdrage te leveren aan de gemeenschap (WHO 2001a). Dit zou zeker ook moeten opgaan voor mensen met een verstandelijke beperking waarbij dan bekeken zou moeten worden wat inderdaad tot hun mogelijkheden behoort. In het kijken naar geestelijke gezondheid (mental health) in de literatuur bestaat nog wat onduidelijkheid wat daarmee precies bedoeld wordt. De vraag is soms of men psychologisch welzijn bedoelt of het cognitief kunnen snappen van het leven of het inderdaad ontbreken en voorkomen van psychiatrische - dan wel gedragsproblematiek. In ieder geval is het zo dat niet ontkend kan worden dat er ook bij mensen met een verstandelijke beperking een hoge prevalentie is van psychiatrische problematiek. Door sommigen wordt wel beweerd dat het zelfs hoger is dan in de normale bevolking en bij ongeveer een derde van de doelgroep kan voorkomen. Echter duidelijke maten en getallen ontbreken mede doordat er problemen zijn rond de definitiekwesties. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat men denkt dat sommige psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking, zeker bij laag niveau, op een atypische wijze tot uiting

---

<sup>8</sup> Martin van den Berg is psychiater en directeur behandelingen van De Swaai te Beetsterzwaag, Friesland en coördinator van Platform Psychiatrie en Verstandelijke Beperking van de NVvP.

komt of dat symptomatologie over het hoofd gezien wordt omdat deze wordt toegedicht aan de verstandelijke beperking zelf. Dit laatste wordt “overschaduwning” door de verstandelijke beperking genoemd. Een scherpe definitie en differentiatie tussen psychiatrische problematiek en gedragsproblematiek is moeilijk te maken ook omdat er bij mensen met een verstandelijke beperking in de verschillende niveaus tevens sprake is van verschillende ontwikkelingsachterstanden waardoor sommige uitingen nog bij een laag niveau zouden kunnen passen wat bij een volwassen, normaal begaafd iemand psychopathologie zou betekenen. Uiteindelijk kunnen ook gebrekkige communicatieve vaardigheden mensen met een verstandelijke beperking vaak niet in staat stellen subjectieve symptomen te beschrijven en weinig over zichzelf te kunnen mededelen.

### **Psychiatrische problematiek**

Als naar psychiatrische problematiek in het algemeen gekeken wordt kan gesteld worden dat, ook volgens de DSM IV TR, de problematiek te onderscheiden is in meer state-like disorders (toestandsbeelden) en trait-like disorders (chronische psychiatrie). Binnen de toestandsbeelden die in het algemeen van kortdurende aard kunnen zijn en behandelbaar en soms een aantoonbare oorzaak in de zin van overbelasting c.q. stress hebben, moet men denken aan bijvoorbeeld aanpassingsstoornissen met diverse kenmerken, angststoornissen, soms de obsessief compulsieve stoornis, ook wel de stemmingsstoornissen als een kortdurende depressie, dysforie of dysthymie; ook wel de manie en de acute kortdurende psychose. Daarnaast moet men bij de trait-like disorders meer denken aan de chronisch psychotische beelden, zoals onder andere schizofrenie, maar ook aan chronische terugkerende stemmingsstoornissen zoals de bipolaire (manisch-depressieve) stoornis. Ook de ontwikkelingsstoornissen als ASS en ADHD zijn van meer chronische aard. De oorzaken kunnen meer liggen in een kwetsbaarheid die vooral door erfelijke factoren bepaald wordt.

Van alle aandoeningen die geformuleerd worden in de DSM-IV-TR zou men beschrijvingen moeten geven zoals men denkt, dan wel evidence based kan aantonen hoe zij tot uiting komen bij de diverse niveaus van de verstandelijke beperking. Dus van iedere stoornis zou aanpassingen in de symptomatologie voor licht verstandelijke beperking, matige, ernstige en zeer ernstige gegeven moeten worden. De DM-ID, zoals die vorig jaar werd uitgebracht, is zo'n poging; waarmee vanaf nu ervaringen in het veld opgedaan kunnen worden en vastgesteld kan worden of symptomatologie die atypisch is toch ondergebracht kan worden bij een bepaalde psychiatrische aandoening. DSM-IV-TR en DM-ID zijn in principe classificatie-instrumenten die een beschrijving geven van symptomatologie die, opgeteld, leidt tot bepaalde syndromale aandoeningen. Etiologie ontbreekt daarin, terwijl deze bij het ontstaan van diverse probleemgedragingen en psychiatrische problematiek, zeker als er iets vanuit het oogpunt van preventie over gezegd moet worden wel van belang is.

Om iets meer van de kwetsbaarheid en ontstaanswijze van de problematiek te kunnen zeggen is het bio-psycho-sociale model, een bruikbaar hulpmiddel, waarin zowel op het biologische, bijvoorbeeld op het niveau van het brein, het neuropsychologische, het somatische en het genetische; zowel op het terrein van het psychologische, het cognitieve, het sociaal emotionele ontwikkelingsniveau en de persoonlijkheid; als op het sociale niveau in de zin van omgeving en systeem iets gezegd kan worden over oorzakelijke factoren voor de aandoening, waarbij men als men naar het gedrag kijkt uit al deze drie bronnen mogelijk allerlei oorzakelijke factoren aan kan wijzen. Omdat er zoveel verschillende invalshoeken zijn is het uitermate van belang dat multidisciplinair naar de problematiek gekeken wordt en dat zowel de biologische, psychologische c.q. orthopedagogische als sociale factoren c.q. systeemfactoren meegewogen worden.

Ook de richtlijn voor het omgaan met probleemgedrag (Došen e.a.) probeert dit te beschrijven en onderstreept ook dit belang. Uiteindelijk kijkt deze richtlijn ook naar een overlap tussen de probleemgedragingen en psychiatrische stoornissen. Ook auteurs als Hemming hebben veel onderzoek gedaan naar positieve correlaties tussen bijvoorbeeld depressieve symptomatologie en

probleemgedrag, waarbij vooral agressiviteit, zelfverwonding, schreeuwen en destructiviteit, evenals aandachtvragend gedrag redelijk vaak positief correleren met depressieve symptomen, vooral symptomen als gebrek aan energie dan wel prikkelbaarheid of dysforie. Tevens is het zo dat in het kader van goede diagnostiek voor gedragsproblematiek die zou kunnen wijzen op depressiviteit ook de rol van de AVG c.q. de somaticus niet onderschat moet worden omdat onrust en dergelijke ook nog op veel onderliggende lichamelijke problematiek kan wijzen. De belangrijkste boodschap is in ieder geval dat bij het optreden van agressie en allerlei agitatie er dus ook, hoewel het er mogelijk niet op lijkt, toch aan depressiviteit gedacht zou moeten worden. Deze depressiviteit kan overigens wel te maken hebben met overbelasting c.q. overvraging, waarbij het dus ook weer van belang is om niet alleen medicamenteus in te grijpen, maar ook naar omstandigheden als leef- en werkomstandigheden te kijken.

### **Kwetsbaarheid en risicofactoren**

Dit brengt ons bij het onderwerp van de kwetsbaarheid zoals die bij mensen met een verstandelijke beperking ook extra aanwezig lijkt. Indachtig het bio-psycho-sociale model ligt de kwetsbaarheid bij mensen met een verstandelijke beperking op diverse gebieden, zowel op het organische vlak, waarbij abnormaliteiten in de cerebrale structuur of epilepsie de kwetsbaarheid verhoogt, zowel als biochemische veranderingen als een genetische aandoening; waar bijvoorbeeld de relatie tussen Down syndroom en het vroegtijdig optreden van Alzheimer type dementie één van de bekendste is. Ook in het kader van gedrag als resultaat van een complexe relatie met de omgeving is het van belang de mate van de cognitieve ontwikkeling, maar ook de sociale als emotionele ontwikkeling in te schatten.

Socio-culturele factoren als stigmatisatie, gebrek aan mogelijkheden, de vele wisselingen in de ondersteuning, schulden, misbruik, etc. kunnen natuurlijk ook negatief bijdragen. Het goed omgaan met de gezondheid versterkt uiteraard de persoon. Het hebben van betekenisvolle activiteiten en een gezonde levensstijl met betekenisvolle en ondersteunende relaties, plus het vermogen om om te gaan met symptomen zijn beschermend en verhogen de draagkracht van de persoon, terwijl alcohol- en drugsmisbruik en stress bij het ontbreken van voldoende protectieve factoren de biologische kwetsbaarheid voor symptomen verhogen. Deze verhouding tussen draagkracht en draaglast, tussen risicofactoren en protectieve factoren is niet altijd in evenwicht in het leven van mensen met een verstandelijke beperking. Vaak is het het geval dat als risicofactoren toenemen er psychopathologie ontstaat waardoor protectieve factoren ingezet worden, zoals onder andere medicatie, maar ook een goede ondersteuning; waardoor het optreden van de psychiatrische problematiek weer afneemt.

Helaas is het echter vaak zo dat na herstel de goede ondersteuning verslapt, dan wel de medicatie soms te vroegtijdig wordt gestaakt, waardoor de psychopathologie weer terugkomt en een golfbeweging ontstaat. Zowel iemands draaglast kan toenemen door het optreden van allerlei externe problemen, maar kan ook de draagkracht weer afnemen door interne biologische kwetsbaarheid-factoren waardoor mensen bij geringe externe stress toch decompenseren. Eén en ander wordt ook in de kwetsbaarheid van de zogenaamde HPA-as gezocht: de relatie tussen hersenen, hormonen en stress. Nu is het natuurlijk wel zo dat er altijd een soort wisselwerking is tussen omstandigheden, omgeving (zeg maar de uiterlijke kant van de kwetsbaarheid en exposure) als de meer interne kant van kwetsbaarheid: coping of juist het gebrek daarin. Hoewel er dus enorm veel risicofactoren te beschrijven zijn die in de psychosociale sfeer liggen, is het afhankelijk van de flexibiliteit of mogelijkheden voor coping in de persoon zelf die maken dat iets tot een probleem wordt of niet.

### **Preventie**

Wat zegt dit alles nu over preventie van psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking? Daarbij gaan wij er in ieder geval van uit dat psychiatrische problematiek kan voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking en dat preventie zich richt op het reduceren van de incidentie, de prevalentie, het voorkomen van heroptreden van psychiatrische

problematiek dan wel verkorting van de tijd waarin symptomatologie aanwezig is, maar ook de risicofactoren voor het ontstaan van geestelijke stoornissen pakt en terugval voorkomt dan wel uitstelt. Waarbij tevens een taak bestaat om de impact van de ziekte op de aangedane persoon en de familie en omgeving te verminderen. Wij spreken dan zowel over proberen te voorkomen dat de ziekte überhaupt optreedt als over goede behandeling, waardoor belastende symptomatologie zo kort mogelijk aanwezig is, als onderhoud van een eventueel bereikte genezing en terugvalpreventie. Eigenlijk gaan wij dan uit van de drie wijzen van preventie, namelijk de *primaire* preventie, waarbij dus echt geprobeerd wordt het optreden van de ziekte te voorkomen; de *secundaire* preventie, wat inhoudt het vroeg opsporen en ook direct behandelen in een vroegtijdig stadium; of de *tertiaire* preventie waarbij de ziekte in feite al bestaat, omdat wij die mogelijk niet hadden zien aankomen, maar waarbij wel voor terugval of complicaties gewaakt wordt.

Het punt is ook of je universeel, selectief of meer geïndiceerd preventie wilt bedrijven: *universele* preventie is gericht op het algemeen publiek, waarbij bijvoorbeeld adviezen als een advies voor rook- of alcoholvermindering schade aan de gezondheid voorkomt. De promotie van geestelijke gezondheid en algemene leefregels kun je hieronder scharen. De *selectieve* preventie richt zich meer op het individu of een subgroep van de populatie waarbij risico ontstaat voor de ontwikkeling van een geestelijke aandoening. Als voorbeeld kunnen de behavioural phenotypes dienen, waarvan men weet dat sommige een verhoogd risico hebben voor het ontstaan van psychiatrische problematiek. Men zou dan deze problematiek willen voorkomen of op zijn minst vroegtijdig bij willen ingrijpen. Dan is er nog de *geïndiceerde* preventie die hoog-risicogroepen screent op minimale, maar aantoonbare symptomen voordat de aandoening überhaupt ontstaat, zoals Down syndroom op vroegtijdige dementie. De overgangen van universeel naar selectief en geïndiceerd is in feite een verfijning van preventie en zit steeds dichterbij het daadwerkelijk opgaan treden van aandoeningen. Heeft men niet alles kunnen voorkomen dan gaat men uiteindelijk toch over op behandeling. Nazorg van een behandeling of te wel onderhoud en voorkoming van terugval kan men ook weer als een vorm van preventie zien om erger te voorkomen.

Bij de preventie van psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking is het van belang dat het onderscheid in state- en trait-like psychiatrische aandoeningen onderkend wordt. In het kader van de meer state-like aandoeningen zou men door het promoten van geestelijke gezondheid en een gezonde levenswijze etc. en het in de gaten houden van overvraging het een en ander in primair preventieve zin kunnen voorkomen of ieder geval door snel optreden als de eerste tekenen gezien worden, waarbij men dan meer spreekt van secundaire preventie. In het kader van de meer trait-like, dus meer bij de persoon horende, aandoeningen moet men ook denken aan de behavioural phenotypes die predisponeren voor allerlei psychiatrische problematiek waarbij specifieke psychiatrische aandoeningen bij specifieke syndromale aandoeningen lijken te passen en voorspeld kunnen worden. In dat kader kan men dan al haast primaire preventie bedrijven. Sommige meer trait-like aandoeningen, zoals de bipolaire stemmingsstoornis of andere chronische stoornissen als schizofrenie of het autismespectrumstoornissen, zijn al meer tot uiting gekomen anders werden zij niet als dusdanig gediagnosticeerd. Daar kan men echter ook goede preventie bedrijven in de vorm van tertiaire preventie, dat wil zeggen terugval of complicaties voorkomen.

Het geheel onderstreept dat er een goede kennis nodig is van psychiatrische symptomatologie bij mensen met een verstandelijke beperking, dat er überhaupt onderkend wordt dat psychiatrisch syndromen ook bij hen voorkomen en er kennis is van de prevalentie. Met andere woorden: hoe vaak komen bepaalde aandoeningen nou voor bij welk type van de verstandelijke beperking en welke ook eventuele atypische symptomatologie wijst op de problematiek. Ook de onderkenning van de overlap met gedragsproblematiek en risico's van belasting en kwetsbaarheid zijn van belang evenals over het omgaan met psychofarmaca. Dit alles onderstreept ook dat het van belang is dat zowel voor patiënt zelf, indien hij daartoe in staat is, als voor de omgeving er handvatten zijn voor vroegtijdige

onderkenning van symptomatologie, waardoor ook vroegtijdig ingrijpen of voorkoming plaats kan vinden. De flexibiliteit van mensen met een verstandelijke beperking kan in henzelf zitten, maar ook in het geheel van het systeem in een goede samenwerking tussen de patiënt en de omgeving. Families zijn over het algemeen goed in staat tot monitoring, in die zin dat zij patiënten vaak het beste kennen en veel kunnen beschrijven over wat in hun ogen wel pluis en niet pluis is, maar ook de coördinatie tussen medische disciplines en andere professionals van ondersteunende systemen als zorgaanbieders kunnen bijdragen aan een goede bewaking van de geestelijke gezondheid. Uiteraard, en nogmaals benadrukt, is een multidisciplinaire integratieve diagnose van belang om duidelijk te hebben vanuit welke hoek of in welke combinatie de oorzakelijke factoren bijdragen aan het ontstaan van de problematiek en behandeld moeten worden.

In het kader van bovenstaand verhaal lijkt het duidelijk dat vroegtijdige onderkenning van belang is en dat dit niet alleen op jonge leeftijd, maar ook in een vervolg gedaan wordt, waarbij er dus uitgegaan wordt van een levensloopbenadering waarbij multifactorieel een aantal zaken in de gaten gehouden worden en mogelijk voorspellende signalen meegenomen worden. Het is dan van belang kennis van psychiatrische symptomatologie te hebben en deze vroegtijdig te onderkennen, ook syndromen en het beloop daarvan te kennen zodat men ook enigszins zeker is waar men zit en wat men moet doen. Psycho-educatie voor de patiënt zelf, maar ook zijn omgeving, zijn familie en de ondersteunende staf zijn natuurlijk van belang en het ontraden van ongezond gedrag en het promoten van gezond gedrag eveneens.

Voor de psychiater is al deze kennis uiteraard ook van belang, maar ook de samenhang van de kwetsbaarheid, de draaglast, risicofactoren en ondersteuning etc. Ook risicofactoren in bijvoorbeeld de genetica moeten meegewogen worden. Het onderscheid tussen gedragsproblematiek en psychiatrische diagnostiek is in zoverre van belang dat er toch gestreefd moet worden naar het diagnosticeren van een omschreven psychiatrische diagnose waarbij een voorspelling gedaan kan worden over het beloop en eventuele complicaties. Een goede psychiatrische diagnose moet ook leiden tot een goede behandeling waarbij het juist gebruik van psychofarmaca op indicatie aangewezen is en ook van tijd tot tijd geëvalueerd wordt. De psychiater zal ook meewerken en indiceren voor andere behandelingen die bijvoorbeeld sociale vaardigheden vergroten of in ieder geval sociaal rehabilitatieve elementen hebben, waarbij risicofactoren uit de omgeving meegewogen worden, dan wel protectieve factoren ingezet worden. Ook is uiteraard controle en evaluatie van het beloop van de ziekte en onderzoek naar de effectiviteit en efficiëntie van behandelingen van belang.

Bovenstaand verhaal is een integratief verhaal waarbij veel overlap tussen diverse factoren zit. Voor een helder onderzoek is het van belang te verduidelijken of er valide psychiatrische diagnoses te stellen zijn bij de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking en dat deze onderzocht worden met de juiste diagnostische instrumenten. Ook behandeling en behandelprogramma's zouden op hun effectiviteit via Routine Outcome Monitoring getest moeten worden. Veel en interessant onderzoek is nog te doen naar genetische en omgevingsfactoren of: wat is de verhouding tussen genen, brein en gedrag. In het kader van dit alles en in het kader van de preventie is onderzoek naar vroeg-interventieprogramma's van belang en als specifiek aandachtspunt bij de behandeling zouden positieve en negatieve effecten van psychofarmaca gemeten moeten worden.

## Literatuur

- Došen, A., Gardner, W.I., Griffiths, D.M., King, R. & Lapointe, A. (2008). Richtlijnen en principes voor de praktijk. Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor mensen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag. Nederlandse bewerking: Ad van Gennep.
- Hemmings, C. (2007). The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe intellectual disabilities in Nick Bouras & Geraldine Holt Eds.). *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*. Cambridge University Press.

- Kasander R. (2005). *Effectiviteit van GGZ preventie*. Rapport ontwikkeld door Preventie RIAGG Amersfoort & Omstreken.
- Koplan; C., Choruvastra, A. & Compton, M.T. (2007). Prevention Psychiatry - Psychiatrists can practice prevention and promotion when consulting with primary care physicians, health clinics, community agencies, schools, and the workplace. *Psychiatric Annals: a journal of psychiatric education*, 37 (5), 319-330.
- Ormel, J., Neeleman, J. & Wiersma, D. (2001)..Determinanten van psychische ongezondheid: implicaties voor onderzoek en beleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 43 (4), 245-258.
- Preventie: uit [www.nl.Wikipedia.org](http://www.nl.Wikipedia.org)
- Prevention of Mental Disorders, Summary Report , WHO ; 2004.
- Promoting Mental Health , Summary Report , WHO; 2004.
- Reducing Risks for Mental Disorders: frontiers for preventive intervention research. Institute of Medicine ; jan. 1994.
- Research on Psychopathology in Intellectual Disabilities. In <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-06-431.html>
- Factsheet Preventie / sociale psychiatrie in [www.trimbospreventie.nl](http://www.trimbospreventie.nl)
- Van Mierlo F. (2000). *Preventieve Sociale Psychiatrie, een pleonasme*. Trimbos instituut SP nr 56.
-