

Psychiatrie in het licht van de levensloop

Verslag van het symposium van De Amsterdamse School / AMC Psychiatrie op 27 januari 2017.

Door **Arnout ter Haar**, vrijgevestigd psychotherapeut en coach.

Een dag na het symposium van De Amsterdamse School/ AMC Psychiatrie stond er in *NRC Handelsblad* een twee pagina's groot artikel over het onderzoek naar ouderen met autisme van een van de sprekers, hoogleraar Hilde Geurts. Het zegt iets over de relevantie en de actualiteit van de programmering van dit symposium, en evenzeer over de kwaliteit van de sprekers en hun onderzoeksterrein.

Missende schakel

Hoewel de levensloop ieder jaar een belangrijk onderliggend aspect is van dit symposium, was het dit jaar tot hoofdthema gemaakt. Het vormt zo een schakel tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie, iets wat nog altijd geen vanzelfsprekendheid is. **Swaran Singh**, hoogleraar Health sciences aan de Warwick University, maakte dit in zijn presentatie pijnlijk duidelijk. De transitie van de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de volwassenenzorg gaat uiterst moeizaam, en bij een groot percentage vindt de overgang in het geheel niet plaats, terwijl zorg wel geïndi-

ceerd is. Singh duidde dit vanuit de verschillende ontstaansgeschiedenissen van beide psychievelden: de volwassenenpoot vanuit het medische ziektemodel, de jeugd-poot vanuit onderzoek naar ouder-kindinteracties in de vroege ontwikkeling.

Gevraagd naar de reden waarom kinderpsychiaters zelden verwijzen naar de volwassenenzorg kwam het onthutsende antwoord dat men niet verwacht dat de zorgindicatie overgenomen wordt. En het antwoord van de volwassenenpsychiaters bevestigt dit: de kinderpsychiatrie wordt nog te veel gezien als een afgescheiden gebied met eigen diagnostiek en stoornissen, en niet als iets wat over kan gaan met het klimmen der jaren in volwassen psychiatrische beelden. Zo wordt een 17-jarige met een psychose anders behandeld in de jeugdpsychiatrie dan in de volwassenenpsychiatrie. Soms is niet duidelijk waar de bemoeienis van jeugd-zorg ophoudt en de volwassenenzorg begint.

Ook in andere landen verloopt de transitie alerminst probleemloos, en ook in de somatische zorg is dat terug te vinden (bijvoorbeeld bij jongeren met diabetes), maar nergens verloopt het zo slecht als in de psychiatrie. Singh

schetste het beeld van Birmingham, waar jeugdzorg tot 16 jaar geboden wordt, terwijl de volwassenenzorg bij 18 begint. Voor alle 16- en 17-jarigen met een depressie, angststoornis of andere psychiatrische diagnose was er dus geen behandelaanbod.

Singh pleit voor *good enough transition*, waarbij er zorgvuldige overdracht moet plaatsvinden, er gedurende enige tijd samengewerkt dient te worden tussen jeugd- en volwassenenzorg, en de jongere zelf ook goed geïnformeerd moet worden van de veranderingen die hem te wachten staan bij de transitie naar de volwassenenzorg.

Generation R

Hoogleraar Kinder- en jeugdpsychiatrie aan de Erasmus MC te Rotterdam **Frank Verhulst** vertelde in zijn voordracht over Generation R (R staat voor Rotterdam), een longitudinaal onderzoek waarbij een cohort van 10.000 kinderen vanaf de twaalfde week van de zwangerschap tot aan de adolescentie worden gevolgd. Een van de vraagstellingen hierbij was het toetsen van de Barker-hypothese (dat allerlei ziektes zoals diabetes, hart- en vaatziekten, obesitas, maar ook psychiatrische stoornissen, hun oorsprong hebben in de foetale ontwikkeling). Door allerlei pre-, peri- en postnatale gegevens over de ouders te verzamelen en metingen te doen omtrent de groei van de foetus, maar ook geboortegewicht en schedelomvang, en later vragenlijsten af te nemen en ouder-kind interacties te observeren, ontstond een enorme database. Zo kon onderzocht worden wat de invloed van roken van de moeder gedurende

de zwangerschap op de ontwikkeling van het kind betekende, of het feit dat moeder een stemmingsstoornis had. Hoewel dit laatste wel effect had op geboortegewicht (lager) en schedelomvang (kleiner) bleek het geen indicatie voor later probleemgedrag. Wat wel van invloed was, was het postnatale gedrag van ouders, en dan gaat het om de mate van stress die ouders ervaren en de wijze waarop dat doorwerkt in bejegening en opvoeding van hun kind. Voor de Barker-hypothese werd weinig ondersteuning gevonden.

Meer aanwijzingen waren er dat socio-economische factoren van invloed zijn: armoede, laag IQ, weinig steun of netwerk. Ook de duur van borstvoeding werd als variabele meegenomen in het onderzoek. De correlatie tussen een langere duur van borstvoeding en een hoger IQ bleek geheel verklaard te kunnen worden door het IQ van de moeder, en had dus met de duur niets te maken. Opvallend is dat alle kinderen met een niet-Nederlandse achtergrond hogere scores hadden op de Child Behavior Checklist (CBCL) dan kinderen met vier Nederlandse grootouders. En er is sprake van een opteleffect: hoe meer risicofactoren bij de ouders aanwezig, hoe groter de kans op later probleemgedrag bij de kinderen.

Geconcludeerd kan worden dat bij een veelheid aan risicofactoren vroegtijdige interventie belangrijk is (op de praktijk gericht, in de thuissituatie, met uitleg en voorstellen) en dat het (probleem)gedrag de belangrijkste bepalende factor is voor het ontwikkelen van probleemgedrag van de kinderen. Zie verder www.generationr.nl voor meer informatie en deelonderzoeken.

Generatie Y

Er wordt meer longitudinaal onderzoek gedaan. **Tineke Oldehinkel**, hoogleraar Levensloop epidemiologie aan UMC Groningen, deed verslag van het onderzoek TRAILS: *Tracking Adolescent's Individual Lives Survey*. Het is een langlopend, multidisciplinair onderzoek naar de psychische, sociale en lichamelijke ontwikkeling van adolescenten en jongvolwassenen. Meer dan 2500 jongeren doen mee, en worden vanaf hun elfde jaar gevolgd. Deze jongeren worden nu al vijftien jaar om de twee à drie jaar onderzocht door middel van vragenlijsten, interviews, tests en/of lichamelijke metingen. Niet alleen de jongeren zelf geven informatie, maar ook familieleden, leerkrachten en partners (zie www.trails.nl). Het gaat om jongeren die in de jaren '80 of begin jaren '90 geboren zijn, ook wel de generatie Y genoemd, die vaak omschreven worden als nestklevers, gemakzuchtig, tevreden met een zesje, jobhoppers, en *digital natives*. In hun mondelinge presentatie komen ze vaak sterk over, maar ze blijken op papier veel reken- en taalfouten te maken.

Bij 19-jarigen was de top-tien probleemlijst als volgt: ruim bovenaan staat alcoholmisbruik, gevolgd door depressie, drugsmisbruik, sociale fobie, specifieke fobie, oppositioneel gedrag, antisociaal gedrag, drugsverslaving, gegeneraliseerde angststoornis, en ten slotte ADHD. Deze stoornissen zijn te clusteren in ontstaansmomenten; zo komen ADHD en de specifieke fobie (voor dieren bijvoorbeeld) in de vroege kindertijd voor, en is het oppositioneel en antisociaal

gedrag en de sociale fobie iets wat in kindertijd maar ook in de vroege adolescentie kan ontstaan. Depressie en de gegeneraliseerde angststoornis zie je pas vanaf de vroege adolescentie (als het brein cognitief voldoende gerijpt is en er iets van zelfevaluatie kan ontstaan) terwijl alcohol en drugsmisbruik vanaf de midden tot late adolescentie aan de orde komt.

In deze getrapte clusters zit ook enige voorspellende waarde: kinderen met een specifieke fobie lopen risico voor later internaliserend probleemgedrag, terwijl kinderen met ADHD zowel risico lopen op internaliserend als externaliserend probleemgedrag. Een kind met een sociale fobie loopt het risico later een depressie of een gegeneraliseerde angststoornis te ontwikkelen, en kinderen die bekend zijn met oppositioneel of antisociaal gedrag krijgen later vaak problemen met alcohol en drugs. Overigens rapporteert 92 procent van de jongeren, zowel met als zonder psychische klachten, gelukkig te zijn.

Netwerktheorie

De volgende spreker **Hanneke Wigman**, senior onderzoeker bij het Interdisciplinair Centrum Psychopathologie en Emotieregulatie van het UMC Groningen, deelde haar bevindingen op het gebied van de netwerktheorie voor psychosen. Uitgangspunt van haar onderzoek was dat het huidige diagnostische classificatiesysteem weinig houvast biedt als het gaat om de vraag hoe psychopathologie zich in werkelijkheid gedraagt.

Hoewel het onderzoek nog in de kinderschoenen staat, is het veelbelovend en geeft het een frisse, want dynamische kijk op diagnostiek. De DSM gaat uit van een onderliggend construct dat de symptomen veroorzaakt, en stelt dat een minimaal aantal symptomen nodig is om de diagnose te kunnen vaststellen. Maar dezelfde somscore bij twee patiënten (bijvoorbeeld vijf van de negen symptomen bij depressie) kan verwijzen naar twee zeer uiteenlopende symptoomprofielen, en dat geeft dus ook weinig aanknopingspunten voor behandeling; wat voor de een werkt, werkt voor de ander niet of onvoldoende. De netwerktheorie gaat uit van de mate waarin het ene symptoom verbonden is aan andere symptomen, zowel binnen een diagnostische categorie (psychose bijvoorbeeld) als tussen twee diagnostische categorieën (psychose, angst en depressie). In een netwerk van symptomen kan je zo centraliteit van een symptoom onderscheiden, of brugsymptomen en zogenoemde *hubs*: belangrijke knooppunten die met veel andere symptomen verbonden zijn. Ter vergelijking: Schiphol is een hub, verbonden met zeer veel internationale bestemmingen, maar vliegveld Texel is dat niet. Als je weet wat de hubs zijn, en je kunt die beïnvloeden door middel van medicatie of psychotherapie, dan sla je in een keer een grote slag, veel groter dan wanneer je met een interventie slechts één symptoom zou verminderen.

Het is mijns inziens een zinvolle manier om naar symptomen en ziektebeelden te kijken, en toont maar weer eens aan hoe beperkt het DSM-systeem is.

ADHD

De Canadese **Louise Arsenaault**, hoogleraar aan het Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience van het King's College te Londen, kwam met opmerkelijke onderzoeksresultaten betreffende ADHD. Ook hier ging het om longitudinaal onderzoek, de zogeheten E-risk Longitudinal Twin Study, een cohort van in het Verenigd Koninkrijk geboren tweelingen in 1994-1995. Van de kinderen die de diagnose ADHD kregen (rapportage door moeder en leerkrachten, en later ook zelfrapportages) bleek voor 21 procent deze diagnose ook na hun achttiende levensjaar nog van kracht. Dat betekent dat voor 79 procent de diagnose in de loop van hun ontwikkeling niet meer te stellen valt; ze groeien erover heen zou je kunnen zeggen. Voor de 21 procent die persisteert geldt dat ze als kind meer ADHD-symptomen (ernstiger klachten) hadden en ook een lager IQ dan degenen bij wie de diagnose in remissie is. Daarnaast blijkt er een groep te zijn – de zogenoemde *late onset* groep – bij wie de diagnose wel in de volwassenheid gesteld wordt, maar bij wie de diagnose niet in de kindertijd gesteld kon worden. Over het algemeen betreft dit ADHD'ers met een hoger IQ en met minder ADHD-symptomen en minder gedragsproblemen dan de groep volwassenen met ADHD die als kind al de diagnose gekregen hadden.

Het roept de vraag op of er sprake is van twee of drie te onderscheiden ADHD-profielen: de groep met de diagnose in de kindertijd maar niet meer in de volwassenheid, de groep voor wie zowel in de kindertijd als

in de volwassenheid de diagnose geldt en de groep die niet in de kindertijd maar wel in de volwassenheid aan de diagnose voldoet.

Autisme bij ouderen

De eerdergenoemde **Hilde Geurts**, als hoogleraar Autisme gedurende de levensloop verbonden aan de UvA en het Leo Kannerhuis, doet onderzoek naar autisme bij ouderen. Wat gebeurt er met mensen met autisme als zij ouder worden? De algemene verwachting tot nu toe was dat de hersenen van mensen met autisme sneller zouden verouderen, omdat zij vaker te maken hebben met risicofactoren voor veroudering zoals depressie, angst, stress en eenzaamheid, en omdat zij al op jonge leeftijd een aantal probleemgebieden hebben die we ook zien bij ouderen zonder autisme: het bedenken van nieuwe oplossingen, het plannen en organiseren en het gebruik van het werkgeheugen.

Het merendeel van de huidige kennis over autisme is gebaseerd op onderzoek bij kinderen (73 procent), aangevuld met iets meer dan een kwart (27 procent) onderzoeksdata verkregen bij volwassenen, en 0 data afkomstig van onderzoek bij ouderen.

In een cross-sectioneel onderzoek vergeleek Geurts volwassenen in de leeftijd van 19-79 jaar met en zonder autisme op zeer uiteenlopende aspecten als aanwezigheid van comorbiditeit, cognitief functioneren en afname van grijze en witte stof in de hersenen. Van de mensen met de diagnose autisme was 43 procent werkloos, gebruikte 51 procent psychofarmaca, en was er bij 79 pro-

cent sprake van comorbiditeit (depressie, angst of ADHD). Er lijkt een piek te liggen rond de middelbare leeftijd, daarna is een afname van klachten te zien, bijvoorbeeld van sociale angstklachten bij mensen met autisme.

De afname van klachten zou verklaard kunnen worden doordat men zich minder gaat aanpassen en bijvoorbeeld minder naar sociale activiteiten gaat, maar er is ook nog een andere hypothese. Het lijkt erop dat het ouder wordende autismebrein beter beschermd is tegen cognitieve achteruitgang dan het brein van mensen zonder autisme, omdat ze betere getraind zijn in het zoeken naar betekenisvolle informatie in het contact met anderen of hun omgeving – dat hebben ze hun leven lang al moeten doen. Een andere verklaring ligt in de plasticiteit van hersenen, het vermogen om nieuwe verbindingen te maken (connectiviteit) die bij mensen met autisme op jongere leeftijd vaak te veel aanwezig is, maar er op oudere leeftijd voor zorgt dat zij ook bij een afname van de plasticiteit er nog steeds ruim voldoende van over houden. Als er wel een verband gevonden wordt tussen autisme en dementie, blijkt dat bijna geheel verklaard te kunnen worden door een laag IQ, en dus niet door de aanwezigheid van autisme.

Geurts pleitte ervoor andere meetinstrumenten voor het vaststellen van autisme bij ouderen te ontwikkelen. Een item als: *ik ga liever naar een bibliotheek dan naar een feest* differentieert waarschijnlijk goed bij jongeren, maar niet bij ouderen. Ten slotte dient er nog veel onderzoek gedaan te worden, en veel gerepliceerd te worden om

meer zekerheid te krijgen over bovengenoemde hypothesen.

Hernieuwd zelfgevoel

Als hekkensluiter was het woord aan hoogleraar Ouderengeneeskunde aan het UMC Groningen **Jos Slaets**. Met zijn mooie Vlaamse dictie stelde hij de vraag: als alles verandert door het ouder worden, wat blijft dan nog gelijk? Aan de hand van zijn eigen narratief sprak hij over het belang van huidcontact, van *holding* en *good enough* moederschap (en therapeutschap), en het geleidelijk aan ontdekken van de wereld om je heen. Over de zinvolheid van psychotherapie bij ouderen, het leren afscheid nemen en rouwen ('over wie of wat weent u?') en het vinden van een hernieuwd zelfgevoel. Het gaat om een reconstructie van puzzelstukjes

uit het verleden om je identiteit als ouder wordende persoon in het heden te vinden. Identiteit krijgt pas betekenis in contact met de ander. Het huidcontact wat zo belangrijk is in de baby- en kindertijd, maar ook daarna, en wat in de volwassenheid in seksualiteit en intimiteit tot uiting komt, wat blijft daarvan over in de ouderdom? Wie raakt je dan nog aan, wie houdt je vast?

Slaets verzorgde zo een mooi en ingetogen slot – ik had nog wel uren naar hem kunnen luisteren – van een buitengewoon interessante en rijk gevulde dag vol wetenschappelijk onderbouwde nieuwe inzichten. Volgend jaar ben ik er weer bij!

Literatuur

Wevers, J. Nu kopzorgen straks koppositie. *NRC Handelsblad*, 28 januari 2017.