

# Preventie: groter denken, niet alles zelf doen

R.M.C. KLAASSEN



Preventie is hot. Zelfs zodanig dat sommige bewindslieden beweren dat door aan preventie te doen psychiatrische problematiek als sneeuw voor de zon zou verdwijnen. Voordat we binnen onze eigen gelederen weer een kemphanenstrijd starten met voor- en tegenstanders zou ik een pleidooi willen houden om erover na te denken: er zijn veel preventievragen, niet alleen op het gebied van oncologie of obesitas, maar ook op het gebied van de psychiatrie. Moeten we vanuit specialistische zorg alles zelf beantwoorden en er programma's voor oprichten? Nee. Is het van belang om vanuit dimensioneel, stapsgewijze benadering van psychiatrische aandoeningen hierover na te denken om er mee richting in aan te geven? Ja.

In de oproep van Herman Tjeenk Willink (2018), vertaald in het boek *Groter denken, kleiner doen*, geeft hij allereerst een scherpe analyse van huidige vraagstukken die leven in onderwijs, zorg en rechtspraak. Hij beschrijft de situatie waar we in terechtgekomen zijn en welke controlereflexen alle drie de sectoren in hun greep hebben. Door chronische politieke verwaarlozing in combinatie met een te eenzijdig geloof in markt- en managementdenken is een sluipende uitholling van de bouwstenen van een maatschappij gaande, die hebben geleid tot onder andere een toezichtreflex.

Tjeenk Willink roept de sectoren zelf op om vanuit inhoud (uitvoering) de politiek tegenwicht te bieden middels positie kiezen, debat voeren en zelf grenzen trekken. Dit doen we, zouden we nog meer kunnen doen, maar rondom het thema preventie doen we dit nog te versnipperd.

## Preventie: meer dan voorkómen van ziekte

De fascinatie voor de adolescentiefase, onderzoek naar de preventie van psychose, *youth mental health*, uitmondend in project [www.ease.nl](http://www.ease.nl), heeft mijn eigen denken over preventie en psychiatrie veranderd. Evidence-based werken is goed, maar zelfs als we alle patiënten evidence-based zouden behandelen, dan nog kunnen we slechts 40% van de ziektelast verminderen (Andrews e.a. 2004). Cuijpers en Beekman pleitten in 2018 in dit tijdschrift voor een mix van universele, selectieve en geïndiceerde preventie, in hun korte bijdrage uitgewerkt voor depressie. Voor schizofrenie en bipolaire stoornissen biedt geïndiceerde preventie een unieke kans, door Wunderink (2015) tevens in een redactioneel in dit tijdschrift beschreven. Vanuit de psychiatrie zijn we inmiddels bij alle grotere ziektebeelden gericht op geïndiceerde preventie. Vroegdetectie en interventie, met geïndiceerde preventie per ziektebeeld sluiten aan bij de medische opleiding, gericht op een ziekteaanpak. Echter, preventie op het gebied van mentale gezondheid is meer dan preventie van ziekten.

De WHO geeft als definitie van mentale gezondheid: 'a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with normal stresses of life, can

*work productively and fruitfully and is able to make a contribution to his or her own community.* De vraag die hieruit volgt, is: wat is dan een psychische ziekte? Fusar-Poli e.a. (2020) geven in een recent reviewartikel aan dat dit nog te weinig onderzocht is: een voorwaarde is om de begrippen te conceptualiseren, om vervolgens gestandaardiseerd onderzoek te kunnen verrichten. Mogelijk is hierbij de geneeskundekennis niet toereikend.

### Verstehen en Erklären en subjectieve beleving

Met een combinatie van filosofie en psychiatrie kan een slag gemaakt worden om deze concepten te verhelderen. Uit de uitgebreide filosofische literatuur (waarin bijvoorbeeld Kierkegaard, Heidegger en Jaspers zich tonen als uitstekende psychiaters) in combinatie met wetenschappelijk onderzoek, zou je kunnen afleiden dat het voor elk mens van belang is zich te kunnen ontplooiën. Als dit gedwarsboomd wordt om wat voor reden dan ook, is er een gerede kans dat iemand psychische klachten krijgt. Zoals de Duitse filosoof en psychiater Karl Jaspers (1913) al schreef, is het *Verstehen* (fenomenologisch begrijpen) hierin even belangrijk als het *Erklären* (verklaren, bijvoorbeeld door middel van wetenschappelijk onderzoek).

Nieman (2016) bepleit in haar boek *Prevention in mental health care* om verschillende niveaus van probleemanalyse te integreren. Zij schuift de subjectieve beleving van een persoon naast de neurobiologie naar voren. Psychische klachten kunnen een voorbode zijn van een ernstiger psychiatrisch ziektebeeld (neurobiologie), passend bij geïndiceerde preventie met *at risk mental state* (ARMS) als begrip. Echter, psychische klachten kunnen ook als een signaalfunctie gezien worden: een reactie op omgevingsaspecten die niet (meer) bij de persoon aansluit (subjectieve beleving).

Beide beschrijvingen hoeven elkaar ook niet uit te sluiten, maar meer aandacht voor een subjectieve beleving maakt een bredere verklaring voor klachten mogelijk, soms meer aansluitend bij de jongere zelf. Aandacht hiervoor in bredere zin zou ertoe kunnen leiden dat sommige onnodige verwijzingen op zoek naar een medische verklaring achterwege kunnen blijven.

### Preventie in de praktijk

Als bijna alle grote stoornissen ontstaan in de adolescentieleeftijd, dan kan preventie ingezet worden voordat jongeren in de ggz terechtkomen. Mogelijk dat met een luisterend oor, het verhaal van de jongere zelf centraal stellend, al veel bereikt kan worden ([www.ease.nl](http://www.ease.nl)). Het adagium 'normaliseren waar kan, interveniëren waar moet' maakt dat als gehoord worden niet voldoende is, aanvullende diagnostiek nuttig kan zijn in de tweede of derde lijn.

Wat kan aanvullend werken in de spreekkamer van diezelfde tweede of derde lijn vanuit preventieperspectief? Personaliseren, d.w.z. focussen op risicofactoren evenals op factoren die *resilience* (veerkracht) bevorderen, zowel individueel als in iemands systeem, kan helpen om een beschrijvende diagnose en bijbehorend behandelplan te maken met de jongere en omgeving zelf, waarin hij/zij zich herkent. Juist de focus op eigen veerkracht kan motivatie verhogen, ook voor behandeling.

Identificatie van specifieke risico- en beschermende factoren is echter niet makkelijk, door diverse persoon-omgevingsinteractie en bijbehorende correlaties. Het is meestal het cumulatieve effect van risicofactoren en tekortschietende beschermende factoren gedurende ontwikkeling dat leidt tot transitie naar psychiatrie.

#### AUTEUR

**RIANNE KLAASSEN**, kinder- en jeugdpsychiater, de Bascule, Amsterdam.

#### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. R.M.C. Klaassen, afd. Kinder- en jeugdpsychiatrie de Bascule, Rijksstraatweg 145, 1115 AP Duivendrecht.  
E-mail: [r.klaassen@debascule.com](mailto:r.klaassen@debascule.com)

Geen strijdige belangen meegegeeld.

#### TITLE IN ENGLISH

Prevention: thinking bigger, not doing everything yourself

Daar waar risicofactoren diffuser zijn, zoals herhaaldelijk gepest zijn, sociale exclusie ervaren, is meedenken en adviseren over preventieve strategieën een taak voor de psychiatrie. Door ons te begeven op het terrein van bijvoorbeeld onderwijs, vanuit de wetenschap dat effectieve strategieën als antipestprogramma's een bewezen reducerend effect hebben op agressie en internaliserende problemen bij adolescenten kunnen we faciliteren dat deze programma's ook daadwerkelijk uitgevoerd en geëvalueerd zullen worden.

Deze benadering kan ook de samenwerking stimuleren met partners uit andere sectoren die hier vanuit public-healthgedachte al verder mee zijn, zoals de partners uit de zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB), algemene gezondheidszorgpartners (GGD) en sociaal werkers in bijvoorbeeld jongerenwerk of het onderwijs (Arango e.a. 2018).

Zij doen al veel aan preventie namelijk. Echter, zij worden niet altijd geconfronteerd met de psychiatrische ziektebeelden, waardoor hun blik soms teveel gericht is op preventie en te weinig op juist interveniëren waar nodig. Daardoor kunnen nog steeds sommige jongeren te laat doorverwezen worden. Vandaar het adagium: normaliseren waar kan, maar wel: interveniëren waar nodig.

## LITERATUUR

- Andrews G, Issakidid C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J psychiatry* 2004; 184: 526-33.
- Arango C, Diaz-Caneja M, McGorry P, Rapoport J, Sommer I, Vorstman J, e.a. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 591-601.
- Cuijpers P, Beekman ATF. Personaliseren van preventie van psychische stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 189-93.
- Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Michelli A, Nieman DH, Correll CU, Vedel Kessing L, e.a. What is good mental health? A scoping review. *European neuropsychopharmacology* 2020; 31: 33-46.
- Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. A report of the World Health Organization. Geneva 2004.
- Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer 1913.
- Nieman D. *Prevention in mental health care: Time for a new approach*. New York: Routledge 2016.
- Tjeenk Willink H. *Groter denken, kleiner doen*. Amsterdam: Prometheus; 2018.
- Wunderink L. Naar een nieuwe psychiatrie: vroegdetectie en preventie van ernstige psychiatrische aandoeningen. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 782-4.