

Proactieve psychiatrie bij verslaving

V.M. Hendriks, G. Dom

- Achtergrond** Stoornissen in het gebruik van middelen (SGM) ontstaan meestal in de adolescentie en jongvolwassenheid. Eerder interveniëren bij jonge mensen kan het risico op en de ernst van SGM en andere psychische aandoeningen mogelijk verminderen.
- Doel** Doen van suggesties voor proactieve psychiatrie bij verslaving.
- Methode** Literatuuronderzoek.
- Resultaten** Bij proactieve psychiatrie spelen comorbiditeit, accumulatie van risicofactoren en zelfregulatievaardigheden een belangrijke rol. Vroege universele preventie en interventie, vooral gericht op versterking van zelfregulatievaardigheden, tonen effect op vermindering van het risico op een brede waaier van psychische en sociale problemen, waaronder verslaving.
- Conclusie** De beste kansen om brede 'preventieve winst' te boeken liggen waarschijnlijk in een sterke verankering en normalisering van universele preventie op het niveau van de basisschool.

Ongeveer driekwart van de stoornissen in het gebruik van middelen (SGM) in de bevolking ontstaat voor het 27ste levensjaar (Kessler e.a. 2005) en de helft voor het 20ste jaar (Kessler e.a. 2005; Ten Have e.a. 2012), dus in de adolescentie en jongvolwassenheid. Dit impliceert, evenals bij de meeste andere psychische stoornissen, dat proactieve psychiatrie bij SGM primair op jonge mensen gericht moet zijn.

De incidentie en intensiteit van het gebruik van psychoactieve middelen vertonen typisch een piek in de midden- tot late adolescentie en jongvolwassenheid en neemt vervolgens af in het eerste decennium van de volwassenheid. De meest gebruikte middelen onder jongeren zijn – in volgorde van prevalentie – alcohol, tabak en cannabis, op afstand gevolgd door amfetamine, cocaïne en ecstasy. Ecstasy is bij laat-adolescenten en jongvolwassenen de meest gebruikte drug in het uitgaansleven. Middelengebruik in de adolescentie komt veel voor, maar leidt bij de meeste jongeren niet tot problematisch gebruik of een SGM.

In dit artikel gaan wij in op proactieve psychiatrie bij verslaving en op drie onderling sterk verweven invalshoeken die voor de vormgeving daarvan belangrijke consequenties hebben: de concentratie van psychiatrische comorbiditeit, de opeenstapeling van risicofactoren en zelfregulatie als belangrijk endofenotype bij zowel SGM als andere psychische stoornissen.

Concentratie van comorbiditeit

Het risico op het ontstaan van SGM in de adolescentie wordt sterk beïnvloed door eerdere aanwezigheid van (andere) psychische stoornissen. Een disruptieve gedragsstoornis (gedrags-, oppositioneel-opstandige, of aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis) verhoogt het relatief risico op latere SGM in de adolescentie met bijna een factor 5 en de aanwezigheid van een stemmingsstoornis verhoogt het risico met bijna een factor 3 (Ormel e.a. 2015). Bijna driekwart van de psychische stoornissen ooit in het leven bij adolescenten in de Nederlandse bevolking betreft een comorbide stoornis (Ormel e.a. 2015) en bij jongeren die hulp vragen in de ggz is de comorbiditeit nog hoger: zo'n 80% van de jongeren die hulp vragen bij de jeugdverslavingszorg heeft naast verslaving één of meer andere psychische stoornissen (Moska 2019).

Psychiatrische comorbiditeit is dus de regel en bij zoveel comorbiditeit moet men zich afvragen wat nog de betekenis van dit begrip is. Steeds meer onderzoekers en klinici pleiten er daarom voor om meer in brede symptomoclusters te denken (Kotov e.a. 2011), met als meest verstrekkende consequentie dat de samenhang tussen stoornissen wellicht het best verklaard kan worden door één algemene onderliggende psychopathologische dimensie, de 'p-factor' genoemd (Caspi & Moffitt 2018).

AUTEURS

Vincent Hendriks, bijzonder hoogleraar Verslaving en Psychiatrische Comorbiditeit bij Jeugdigen, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie Curium – Leids Universitair Medisch Centrum (Curium-LUMC), Universiteit Leiden en hoofd Onderzoek, Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Parnassia Groep, Den Haag.

Geert Dom, hoogleraar Psychiatrie, Universiteit Antwerpen (UA), Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI) en medisch directeur Zorggroep Multiversum, Boechout.

Correspondentieadres

Prof. dr. V.M. Hendriks, Brijder Verslavingszorg, PARC, Zoutkeetsingel 40, 2512 HN Den Haag.
E-mail: vincent.hendriks@brijder.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-8-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(2):125-128

Daarnaast wordt steeds duidelijker dat vroegkinderlijke negatieve ervaringen een belangrijke transdiagnostische factor zijn voor latere psychische problemen en comorbiditeit (McLaughlin 2016).

Stapelings van risicofactoren

Naast psychische stoornissen zijn veel andere, vaak onderling samenhangende, factoren van invloed op het risico op SGM. Deze risicofactoren liggen op het vlak van zowel de brede sociale en maatschappelijke omgeving (waaronder armoede en achterstand), de institutionele omgeving (o.a. pleeggezinnen en justitiële jeugdinstituten), de directe leefomgeving (gezin, ouders en leeftijdgenoten), als op het persoonlijk vlak (o.a. erfelijke en (neuro)biologische factoren, impulsiviteit en zelfcontrole, toename van *novelty seeking* in de adolescentiefase) (Snoek e.a. 2010). Deze risicofactoren zijn niet uniek voor verslaving, maar gelden ook voor andere psychische aandoeningen en voor andere problemen zoals delinquentie en dak- en thuisloosheid.

Volgens het cumulatieve-risicomodel ontstaan die problemen vooral als er meerdere risicofactoren tegelijk aanwezig zijn. De opeenstapeling van risicofactoren is een robuuste voorspeller van een veelheid van uitkomsten, waaronder lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand, zelfbeeld, welzijn en ook verslaving (Evans e.a. 2013; Atkinson e.a. 2015).

Desondanks blijkt het voor preventie en vroeginterventie niet eenvoudig om degenen te identificeren bij wie de risicofactoren daadwerkelijk zullen uitmonden in een verslaving of zelfs aanhoudende verslaving tot ver in de volwassenheid. Niettemin komen we met dit laatste al een heel eind: Meier e.a. (2015) konden bij adolescenten in een bevolkingscohort op grond van een optelsom van 9 bekende risicofactoren – waaronder armoede, familiale voorgeschiedenis van verslaving, gedragsstoornis in

de kindertijd en frequent roken in de adolescentie – met 80% waarschijnlijkheid correct voorspellen bij wie zich wel of niet een persisterende middelenafhankelijkheid zou ontwikkelen tot het 38ste levensjaar.

Zelfregulatie als centraal endofenotype

Zelfregulatie is een breed begrip dat verwijst naar vaardigheden die ons in staat stellen om onze cognities, emoties, impulsen en gedrag aan te passen en doelgerichte acties uit te voeren (Jolles 2017). Het omvat onder andere de mate van impulsieve besluitvorming, rusteloosheid, aandachtstekort, impulsieve agressie, frustratietolerantie, doorzettingsvermogen en impulscontrole. Zelfregulatievaardigheden ontwikkelen zich vanaf de vroege kindertijd tot de jongvolwassenheid en worden behalve door biologische factoren primair beïnvloed door interactie met de sociale omgeving, in de kindertijd vooral de primaire opvoeders (Hamoudi e.a. 2015). Deze ontwikkeling wordt in de kindertijd sterk negatief beïnvloed door stress en wordt juist sterk bevorderd door warme, ondersteunende, structurerende en responsieve primaire opvoeders. Gebrekkige zelfregulatie wordt in verschillende vakgebieden, waaronder de ontwikkelingspsycho(patho)logie en criminologie, beschouwd als een centrale causale factor bij negatieve uitkomsten zoals psychische problemen, criminaliteit en verslaving, en verschillende auteurs menen dat de eerdergenoemde algemene psychopathologische factor p in wezen gebrekkige zelfregulatie betreft (Carver e.a. 2017).

Moffitt e.a. (2011) onderzochten in een bevolkingscohort de voorspellende waarde van mate van zelfregulatie gedurende de eerste tien kinderjaren voor de toestand op het gebied van gezondheid, middelenafhankelijkheid, financiën en criminaliteit in de volwassenheid. Zelfregulatie in de kindertijd bleek een goede voorspel-

ler van de toestand op elk van deze gebieden meer dan 20 jaar later in de volwassenheid, ook als rekening werd gehouden met intelligentie en sociaal-economische status. Opvallend was dat hierbij sprake was van een lineair verband: kinderen met betere zelfregulatie hadden op alle gebieden betere uitkomsten dan kinderen met slechtere zelfregulatie en deze associatie gold voor elke gradatie van zelfregulatie op het continuüm (Moffitt e.a. 2011).

Effect van vroege interventies

Hoewel correlatieel van aard, suggereren de beschreven bevindingen dat het verminderen van gestapelde risico's en het verbeteren van de zelfregulatie bij kinderen en adolescenten zouden kunnen beschermen tegen negatieve uitkomsten, waaronder middelenstoornissen, op latere leeftijd en dat in principe alle kinderen daarvan zouden kunnen profiteren. Maar kan de zelfregulatie in die levensfasen ook doelgericht met interventies versterkt worden? Het antwoord hierop is positief: vaardigheden die nodig zijn voor goede zelfregulatie kunnen door instructies en oefenen geleerd worden (Murray e.a. 2016), maar er zijn ook nog veel onzekerheden in het onderzoek.

In twee omvangrijke overzichtsstudies van zelfregulatie-interventies vonden Murray e.a. (2016) en Pandey e.a. (2018) overwegend kleine en soms middelgrote effecten op de zelfregulatie en op functionele uitkomsten als delinquentie, psychische gezondheid en – in de weinige studies die daarnaar keken – middelengebruik. Verreweg het meeste onderzoek betrof universele interventies in de kindertijd tot de vroege adolescentie, zo tot het 12de levensjaar. Zowel het type onderzochte interventies als het effect daarvan op de uitkomsten verschilde aanzienlijk tussen de studies en geen type interventie was duidelijk superieur.

In een van de omvangrijkste meta-analyses van gecontroleerde studies naar schoolgerichte preventie-interventies (> 430.000 kinderen) vonden Onrust e.a. (2016) belangrijke verschillen in uitkomsten op het gebied van middelengebruik tussen de opeenvolgende ontwikkelingsstadia van het kind. Het effectiefst in de basisschoolleeftijd waren universele interventies gericht op het verbeteren van zelfregulatie-, probleemoplossings- en sociale vaardigheden en gezond gedrag in het algemeen. Vroege adolescenten hadden naast deze basisvaardigheden vooral baat bij normatieve feedback over middelengebruik en het betrekken van de ouders. Bij midden-adolescenten waren universele interventies juist niet effectief, maar leerlingen met hoog risico leken wel baat te hebben bij cognitieve gedragsinterventies. Laat-adolescenten hadden naast de eerdergenoemde basisvaardigheden vooral baat bij universele interventies gebaseerd op het sociale-invloedmodel.

In alle ontwikkelingsstadia was het effect van de interventies op het middelengebruik (tabak, alcohol en drugs) klein en dit gold voor zowel universele interventies (bijna driekwart van alle studies) als interventies

gericht op degenen met een verhoogd risico (selectieve en geïndiceerde interventies). Hierbij moet men zich realiseren dat in breed toegepaste universele interventies ook kleine effecten kunnen resulteren in aanzienlijke gezondheidswinst op bevolkingsniveau. Vanwege de hoge maatschappelijke kosten die met verslaving gepaard gaan – voor alcohol geschat op 4 tot 6 miljard euro per jaar (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 2018) – kan men ervan uitgaan dat werkzame preventieve interventies op dit gebied vrijwel altijd kosteneffectief zijn.

Preventie, vroege interventie en proactieve psychiatrie bij verslaving

Een belangrijk uitgangspunt van proactieve psychiatrie is dat we onze patiënten eerder zien, in een lichter stadium van hun stoornis, of wellicht zelfs nog daarvoor, wanneer er slechts voortekenen zijn van mogelijk disfunctioneren. Maar hoe vroeger we in de levensloop kijken, hoe minder er sprake is van uitgekristalliseerde ziektebeelden en hoe diffuser het beeld wordt. Proactieve psychiatrie die ver teruggaat in de levensloop lijkt zich dus niet goed te verhouden met een stoornis-specifieke benadering. Dat geldt al enigszins voor de – nog jonge – jeugdverslavingszorg, overigens een goed voorbeeld van proactieve psychiatrie, die wat ons betreft een steviger plek verdient in het zorgaanbod: de meeste interventies daar betreffen niet de verslaving zelf, maar veel meer de clustering in en samenhang tussen verslaving, comorbide psychische stoornissen en andere ongunstige factoren in het ontwikkelingstraject. De onderzoeken die wij in dit artikel bespreken, suggereren dat in elk van de ontwikkelingsstadia in de levensloop van jonge mensen nog veel 'preventieve winst' te behalen is. Deze betreft een breed scala van uitkomsten en geldt waarschijnlijk nog het meest voor vroege interventies in de kindertijd, zo voor het 10de levensjaar. Maar hoe verder we teruggaan in de ontwikkeling, hoe minder de interventies nog tot het domein van de (proactieve) psychiatrie gerekend moeten worden en hoe meer deze liggen op het domein van school en gezin. In het onderwijs zouden lessen en oefeningen in essentiële 'life skills' waaronder zelfregulatie-, probleemoplossings- en sociale vaardigheden een vast, vanzelfsprekend en frequent onderdeel moeten zijn van het curriculum.

Daarnaast zouden psycho-educatie en trainingen in ouderschapsvaardigheden standaard, proactief en laagdrempelig door de lokale jeugdgezondheidszorg aan (aankomende) ouders aangeboden moeten worden. Het zou hierbij moeten gaan om universele programma's die zo min mogelijk het karakter van 'een interventie' moeten hebben, zowel om stigma te voorkomen als om te bevorderen dat zo veel mogelijk ouders en kinderen hiervan kunnen profiteren, zoals onderzoek suggereert (Moffitt e.a. 2011).

Voor degenen bij wie deze universele programma's niet volstaan, kan aanvullend een selectief of geïn-

diceerd preventieaanbod worden gedaan. Ormel e.a. (2019) spreken in dit verband van normalisering van de preventie-inspanningen en zij benadrukken dat dit alleen mogelijk is als de preventie universeel, sociaal en structureel ingebed is op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Helaas is van deze normalisering in Nederland nog geen sprake: hoewel goede, effectieve universele programma's voorhanden zijn (Nederlands Jeugdinstituut 2016, 2017), worden deze maar op beperkte schaal ingezet en uitgevoerd (Looman e.a. 2014; De Castro e.a. 2018).

CONCLUSIE

De volle waarde van een proactieve aanpak wordt steeds duidelijker en uit onderzoek worden enkele contouren scherper.

Ten eerste lijkt de meeste 'winst' te halen bij het inzetten op de vroege jeugd. Dit rechtvaardigt de claim naar een sterke verankering van universele preventie vooral op het niveau van de basisschool.

Ten tweede zijn er goede aanwijzingen dat preventie en vroege interventie, gericht op het beperken van accumulatie van risicofactoren en versterken van zelfregulatie, een breed stoornis-aspecifiek (transdiagnostisch) effect hebben. Daarbij vermindert niet alleen het risico op verslaving, maar ook op een brede waaier van psychische en maatschappelijke problemen.

Tot slot, en het belangrijkste, dragen deze interventies bij tot het verhogen van de algehele individuele weerbaarheid en het bevorderen van kansen en levenskwaliteit in het ontwikkelingstraject naar volwassenheid.

LITERATUUR

- Atkinson L, Beitchman J, Gonzalez A, Young A, Wilson B, e.a. Cumulative risk, cumulative outcome: A 20-year longitudinal study. *PLoS ONE* 2015; 10: e0127650.
- Carver CS, Johnson SL, Timpano KR. Toward a functional view of the p factor in psychopathology. *Clin Psychol Sci* 2017; 5: 880-9.
- Caspi A, Moffitt TE. All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *Am J Psychiatry* 2018. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17121383.
- De Castro BO, Mulder S, van der Ploeg R, Onrust S, van den Berg Y, e.a. Wat werkt tegen pesten? Effectiviteit van kansrijke programma's in de Nederlandse onderwijspraktijk. Nationaal Regieorgaan Onderwijsonderzoek; 2018.
- Evans GW, Li D, Whipple SS. Cumulative risk and child development. *Psychol Bull* 2013; 139: 1342-96.
- Hamoudi A, Murray DW, Sorensen L, Fontaine A. Self-regulation and toxic stress: A review of ecological, biological, and developmental studies of self-regulation and stress. OPRE Report #2015-30, Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2015.
- Jolles J. Over zelfregulatie: een wiki. <https://jellejolles.nl/over-zelfregulatie-een-wiki/>; 2017.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593-602.
- Kotov R, Ruggero CJ, Krueger RF, Watson D, Yuan Q, Zimmerman M. New dimensions in the quantitative classification of mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 1003-11.
- Looman BLJ, de Jager M, Tuk B, Onrust S, Lammers J, Spijkerman M. Sociaal-emotionele ontwikkeling in het primair onderwijs. Utrecht: Pharos/Trimbos-instituut; 2014.
- McLaughlin KA. Future directions in childhood adversity and youth psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2016; 45: 361-82.
- Meier MH, Hall W, Caspi A, Belsky DW, Cerdá M, Harrington HL, e.a. Which adolescents develop persistent substance dependence in adulthood? Using population-representative longitudinal data to inform universal risk assessment. *Psychol Med* 2015; doi: 10.1017/S0033291715002482.
- Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, e.a. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *PNAS* 2011; 108: 2693-8.
- Moska C. Youth in Transition Fact Sheet. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Parnassia Groep; 2019.
- Murray DW, Rosanbalm K, Christopoulos C, Hamoudi A. Self-regulation and toxic stress report 3: A comprehensive review of self-regulation interventions from birth through young adulthood. OPRE Report #2016-34. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2016.
- Nederlands Jeugdinstituut 2016. Databank effectieve jeugdinterventies. Interventie 'Taakspel'. www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Nederlands Jeugdinstituut 2017. Databank effectieve jeugdinterventies. Interventie 'Programma Alternatieve Denkstrategieën'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Onrust SA, Otten R, Lammers J, Smit F. School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clin Psychol Rev* 2016; 44: 45-59.
- Ormel J, Raven D, van Oort F, Harman CA, Reijneveld SA, Veenstra R, e.a. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and comorbidity of DSM disorders. *Psychol Med* 2015; 45: 345-60.
- Ormel J, Cuijpers P, Jorm AF, Schoevers R. Prevention of depression will only succeed when it is structurally embedded and targets big determinants. *World Psychiatry* 2019; 18: 111-2.
- Pandey A, Hale D, Das S, Goddards A, Blakemore S, Viner RM. Effectiveness of universal self-regulation-based interventions in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2018; 172: 566-75.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Maatschappelijke kosten-batenanalyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen. RIVM Rapport 2018-0146. Herz. versie van RIVM Rapport 2016-0133. Bilthoven: RIVM; 2018.
- Snoek A, Wits E, van der Stel J, van de Mheen D. Kwetsbare groepen. Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: Visie en interventiematrix. Amersfoort: Resultaten Scoren; 2010.
- Ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. Tijd tussen ontstaan van een psychische aandoening en eerste zorgcontact. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.