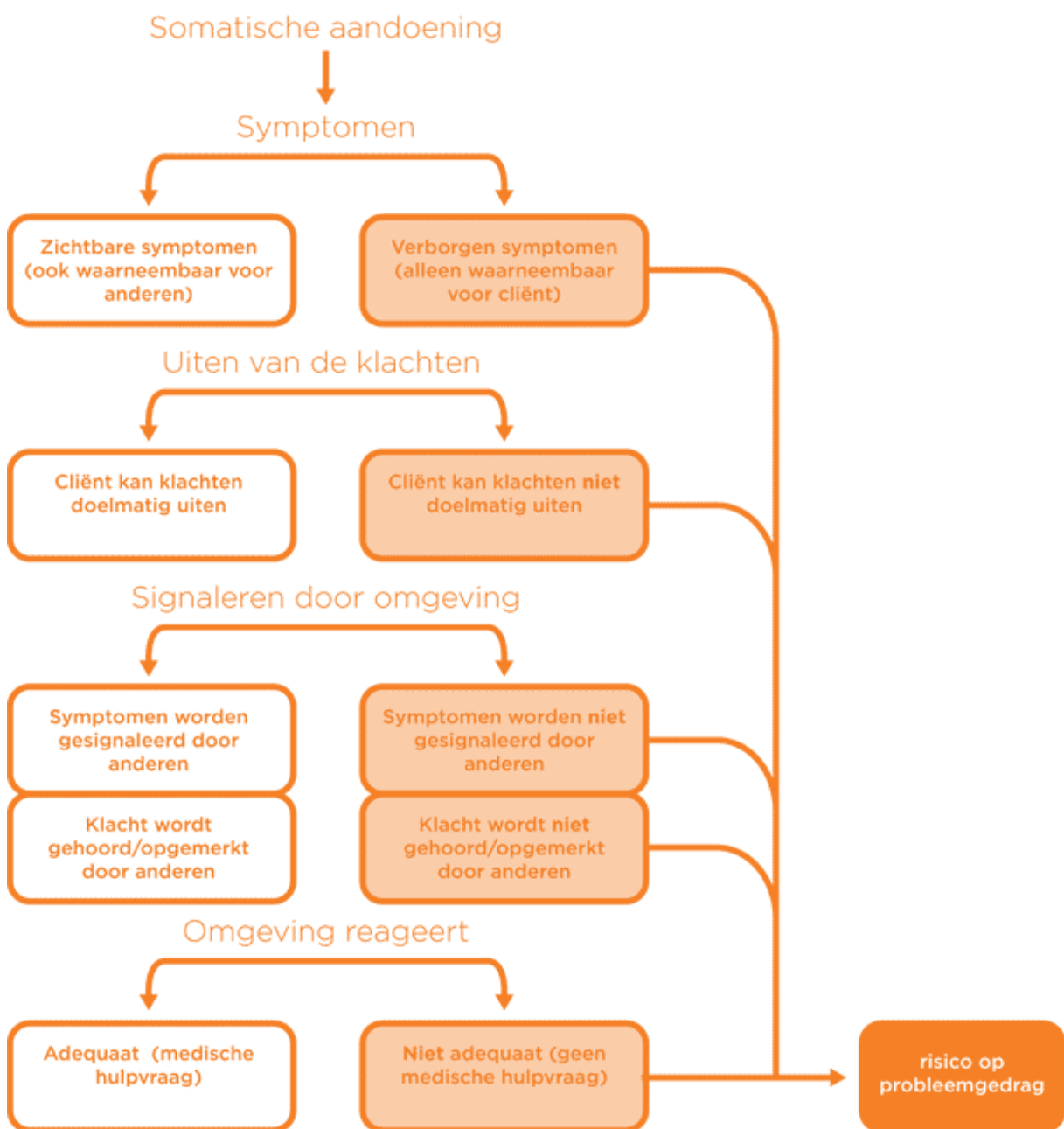


## Printversie

# Relatie probleemgedrag en aandoening

De relatie tussen een somatische aandoening en (probleem)gedrag is onomstreden. Toch kan de somatische aandoening als verklaring voor probleemgedrag om meerdere redenen worden gemist.



## Relatie onomstreden

Somatische aandoeningen kunnen bij mensen met een verstandelijke beperking een belangrijke oorzaak zijn voor probleemgedrag zoals automutilatie en agressie.<sup>64, 65</sup> Ook het literatuuronderzoek dat in opdracht van het CCE is uitgevoerd laat zien dat somatische aandoeningen een rol kunnen spelen bij probleemgedrag bij kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking<sup>66</sup>. Hieruit blijkt dat urine-incontinentie, ernstige pijn gerelateerd aan spasticiteit, slaapstoornissen en visuele beperkingen een grote kans op probleemgedrag geven. Voor refluxziekten, bepaalde vormen van epilepsie, vroege dementie en ongemak tijdens bepaalde fasen van de menstruatiecyclus is een relatie niet voldoende bewezen, maar wel waarschijnlijk.

Voor alle andere somatische aandoeningen is dit verband niet onderzocht maar logischerwijs wel aanwezig. Want veel somatische aandoeningen gaan gepaard met lichamelijke ongemakken en pijn. Een fysiologische reactie op ongemak en pijn is verhoging van het stressniveau, wat zich laat zien in verandering van gedrag. Gedrag als uiting van stress kan doelmatig zijn (anderen zien duidelijk waar iemand last van heeft). Maar het gedrag kan ook niet-doelmatig zijn. Voor anderen is dan niet (direct) duidelijk wat er precies aan de hand is. Bijvoorbeeld wanneer iemand geprikkeld is, rumineert of zich zelf verwondt. Dit niet herleidbare gedrag kan fysiek of psychisch schadelijk en/of storend worden voor de persoon zelf of voor zijn omgeving of kan de participatie in de samenleving belemmeren. We spreken dan van probleemgedrag.

In de DSM IV-TR<sup>67</sup>, een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen, zijn aparte paragrafen gewijd aan de relatie tussen psychische aandoening en lichamelijke aandoening:

- psychotische stoornis door een somatische aandoening (293.8)
- stemmingsstoornis door een somatische aandoening (293.83)
- angststoornis door een somatische aandoening (293.84)
- persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening (310.1)
- slaapstoornis door een somatische aandoening (780.xx)

Uit een Nederlands onderzoek onder alle adolescenten met een verstandelijke beperking in de provincies Groningen en Drenthe blijkt dat de kans op gedragsproblemen bijna 2 keer (1,99 keer) hoger is bij adolescenten met een of meer somatische aandoeningen dan bij adolescenten zonder een somatische aandoening.<sup>68</sup>

De relatie tussen een somatische aandoening en (probleem)gedrag is onomstreden.

## Zichtbare symptomen

Sommige symptomen zijn waarneembaar voor de betrokkene maar ook voor anderen. Bijvoorbeeld ernstige benauwdheid of bloedverlies. Dit zijn zichtbare symptomen.

### Voorbeelden van zichtbare symptomen:

- Pijn (deze wordt soms<sup>69</sup> – maar vaker niet – door anderen opgemerkt<sup>70</sup> en wordt daarom ook bij de verborgen symptomen vermeld)

- Koorts, zweten, flauwvallen, opgezette klieren, moeheid
- Bloed, pus, zwelling, jeuk, huidafwijkingen
- Sufheid, prikkelbaarheid, rusteloosheid, slaperigheid\*
- Afscheiding uit oog, oor, vagina, anus
- Gewichtsverlies, gewichtstoename, slikproblemen, braken, boeren, riekende adem, geelzucht, diarree, harde ontlasting, opgezette buik, incontinentie
- Benauwdheid, hoest
- Bewegingsbeperking, botbreuk, ontwrichting, krachtsverlies, uitval, stuip

(\* Deze vier symptomen zijn weliswaar zichtbaar, maar kunnen worden toegeschreven aan de verstandelijke beperking en niet aan een somatische aandoening. Er is dan sprake van diagnostic overshadowing.) Sommige van de hierboven genoemde zichtbare symptomen zijn pas waarneembaar bij goede observatie, zoals opgezette klieren, moeheid, jeuk, benauwdheid en krachtsverlies.

## Verborgene symptomen

Andere symptomen zijn verborgen en alleen waarneembaar voor de betrokkene en nauwelijks (hooguit bij gerichte observatie) of niet voor anderen. Bijvoorbeeld hartkloppingen en slechter zien. Dit zijn verborgen symptomen.

### Voorbeelden van verborgen symptomen:

- Pijn: onder andere kiespijn, oorpijn, keelpijn, maagpijn, buikpijn, pijn op de borst, hoofdpijn, pijn aan rug, arm, been, hand, voet, pijn bij plassen, pijn aan anus, menstratiepijn
- Zich ziek voelen (malaise), het koud hebben, warm hebben
- Duizeligheid, licht gevoel in het hoofd, onvast gevoel in benen, flauwtes
- Vermoeidheid, lusteloosheid, nervositeit, somberheid, angst, slapeloosheid
- Oorsuizen, slechter horen, overmatig oorsmeer, slechter zien, uitval gezichtsveld, visuele sensaties zoals lichtflitsen bij migraine, veranderde smaak of geur
- Misselijkheid, geen eetlust, zuurbranden, opgeblazen gevoel, verstopping, moeizaam plassen
- Hartkloppingen, opvliegers
- Spierspasmus, spierpijn, spierzwakte, niet ver kunnen lopen, stijf gevoel, tintelingen

Alle verborgen symptomen lopen grote kans gemist te worden door anderen. De eventuele zichtbaarheid hangt af van:

- het vermogen van de betrokkene om de klacht doelmatig te uiten,
- de ernst van het symptoom (hoe ernstiger des te groter de kans op zichtbaarheid),
- het signaleringsvermogen van de observator

## Uiten van de klachten

Toch kan de somatische aandoening als verklaring voor probleemgedrag om meerdere redenen gemist worden.

## Client kan klachten niet doelmatig uiten

### Waarom worden klachten niet geuit?

De cliënt kan, afhankelijk van de ernst van de verstandelijke beperking, de symptomen niet (dan wel onvoldoende) op doelmatige wijze kenbaar maken. Dat kan komen door:

1. Een gering ziektebesef: signalen die het lichaam afgeeft (bijvoorbeeld pijn, ongemak) kunnen door de cliënt anders worden herkend.
2. Een gering ziekte-inzicht: het inzicht in een ziekte is minder door de beperkte kennis van de cliënt.
3. Beperkingen op het gebied van communicatie: factoren als de cognitieve ontwikkeling, de sociaal-emotionele ontwikkeling, de zintuigproblematiek, autisme en angst kunnen de communicatieve vaardigheden van de cliënt nadelig beïnvloeden.
4. Een atypische uiting van gezondheidsklachten: bijvoorbeeld terugtrekken, agressie, zelfverwonding bij obstipatie in plaats van het aangeven van een pijnlijke stoelgang, een opgeblazen gevoel en buikkrampen.
5. De op basis van een somatische aandoening ontstane bewustzijnsverandering en verwardheid (zoals we dat zien bij een delier) waardoor de cliënt niet meer adequaat zijn klachten kan uiten.

### 'Symptomen worden niet gesignaleerd door anderen'

### 'Klacht wordt niet gehoord / opgemerkt door anderen'

1. De symptomen en klachten worden niet onderkend door andere personen. *Zie zichtbare en verborgen symptomen.* De mate van onderkenning is afhankelijk van de aard van de symptomen, de wijze van communiceren van de cliënt, de aard van het gedrag, de kennis over de cliënt en van de ervaring en scholing van de andere personen.
2. Een atypische uiting van gezondheidsklachten: bijvoorbeeld terugtrekken, agressie, zelfverwonding bij obstipatie in plaats van het aangeven van een pijnlijke stoelgang, een opgeblazen gevoel en buikkrampen.
3. Omdat de symptomen van een somatische aandoening wel worden gesignaleerd, maar worden toegeschreven aan de verstandelijke beperking in plaats van aan een somatische aandoening (diagnostic overshadowing).

### 'Niet adequaat (geen medische hulpvraag)'

1. De omgeving (ouders, begeleiders, behandelteam, huisarts) is zich terdege bewust van de somatische problematiek bij de cliënt maar is zich niet bewust van de mogelijke relatie met probleemgedrag en 'behandelt' het probleemgedrag.
2. omdat de symptomen van een somatische aandoening wel worden gesignaleerd, maar worden toegeschreven aan de verstandelijke beperking in plaats van aan een somatische aandoening (diagnostic overshadowing).

## Noten

64 Applegate H, Matson JL, Cherry KE. An evaluation of functional variables affecting severe problem behaviors in adults with mental retardation by using the Questions about Behavioral Function Scale (QABF). *Res Dev Disabil.* 1999 May-Jun;20(3):229-37

65 Matson JL, Boisjoli JA. Multiple versus single maintaining factors of challenging behaviours as assessed by the QABF for adults with intellectual disabilities. *J Intellect Dev Disabil.* 2007 Mar;32(1):39-44.

66 De Winter CF, Jansen AAC, Evenhuis HM. Physical conditions and challenging behaviour in people with intellectual disability: a systematic review. *J Intellect Disabil Res.* 2011 Jul;55(7):675-98.

67 DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) tekstrevisie van de vierde editie

68 Oeseburg B, Jansen DE, Groothoff JW, Dijkstra GJ, Reijneveld SA. Emotional and behavioural problems in adolescents with intellectual disability with and without chronic diseases. *J Intellect Disabil Res.* 2010 Jan 1;54(1):81-9.

69 Walsh M, Morrison TG, McGuire BE. Chronic pain in adults with an intellectual disability: Prevalence, impact, and health service use based on caregiver report. *Pain.* 2011 Apr 15. [Epub ahead of print]: Dit Ierse onderzoek is gebaseerd op vragenlijsten aan 2.378 verzorgers en ouders van mensen met een verstandelijke beperking en wijst uit dat 15,4% van deze mensen chronisch pijn heeft met een gemiddelde duur van 6,3 jaar. Het betreft hier dus zichtbare pijn.

70 Het signaleren van pijn bij mensen die dit niet zelf adequaat kenbaar kunnen maken is moeilijk. Voor het signaleren van pijn zijn pijn-observatieinstrumenten ontwikkeld, onder andere de checklist pijngedrag (CPG) voor kinderen en de Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) voor ouderen van het Erasmus MC.