

Verslag Studiedag VDIP	Tijdige detectie van ernstige psychische stoornissen bij adolescenten en jongvolwassenen: mogelijkheden en beperkingen van screening en ontwikkelingsanamnese.	Datum	9 maart 2015
------------------------------	---	-------	--------------

Goed om weten

VDIP staat voor Vroege Detectie en Interventie bij Psychotische Stoornissen (meer info op <http://www.vdip.be/>). VDIP loopt in 8 CGG verspreid over Vlaanderen en doet aan interventie bij initiële psychose /vroegpsychose zorg. De opdracht van VDIP zal verbreden naar een grotere groep van ernstige, majeure ziektebeelden (bipolaire stoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis). In het kader daarvan werden een aantal studiedagen georganiseerd.

Op 20 november 2014 ging het over Tijdig hulp bieden bij psychische stoornissen en werd de aanzet gegeven door prof. Jim Van Os (als de naam bekend klinkt, las u wellicht dat hij kritische kanttekeningen maakte bij de publicatie van de DSM V) en Philippe Delespaul (hoogleraar Zorginnovatie GGZ aan de universiteit van Maastricht) die samen met Jim Van Os de 'PsyMate™', een tool voor gepersonaliseerde hulpverlening bij ernstige psychische aandoeningen ontwikkelde. De presentaties kan u online vinden op <http://www.zorgnetvlaanderen.be/nieuws/Pages/Tijdighulpbiedenbijpsychischeproblemen.aspx>

Op 9 maart 2015 organiseerde Zorgnet Vlaanderen en de FDGG samen met de CGG met VDIP project een studievoormiddag voor hulpverleners uit de brede geestelijke gezondheidszorg en belendende domeinen (welzijnswerk, huisartsgeneeskunde, CLB). Volgende vragen stonden centraal:

- Bipolaire stoornis, psychotische aandoeningen, borderline persoonlijkheidsstoornis, ... ontstaan vaak in de leeftijdsfase 14-25 jaar. Is het zinvol / wenselijk om bij die leeftijdsgroep in het secundair en hoger onderwijs te screenen op dergelijke ontwikkelingen ?
- Hoe moet de wisselwerking tussen GGZ en actoren op de eerste lijn (schoolarts, psychologen vanuit de CLB, huisarts, CAW,...) er dan idealiter uitzien ?

Van deze dag vindt u onderstaand een kort verslag.

Op 21 mei 2015 zal nog een studiemoment volgen over het thema vroege detectie van en tijdige interventie bij borderline persoonlijkheidsstoornissen; spreker is Joost Hutsebaut.

Samenvatting presentatie Dr. Geert Everaert: Tijdige detectie van ernstige psychische stoornissen bij adolescenten en jongvolwassenen

Geert Everaert is kinder- en jeugdpsychiater. Hij is als hoofdgeneesheer verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint Jozef in Pittem. Hij leidt het expertisecentrum ontwikkelingsstoornissen (ADHD en ASS) bij volwassenen en heeft een ambulante praktijk in Brugge.

Wat is een (ernstige) psychische stoornis?

Uit ervaring weet Dr. Everaert dat jongeren en jongvolwassenen soms bij een heel aantal hulpverleners aankloppen voor ze het gevoel hebben "op het juiste spoor" te zitten. De vraag is of zo geen kansen op vroeger herstel, minder herval of minder zwaar herval worden verspeeld. Net zo goed is er de valkuil van te snel naar

een classificerende diagnose te willen gaan: dat kan de behandeling (gedragmatig, medicamenteus) immers te eng in een bepaalde richting sturen.

Hij verwijst ter illustratie naar het experiment van Rosenhan uit de jaren 70 (een uitgebreide vulgariserende samenvatting vindt u hier: http://en.wikipedia.org/wiki/Rosenhan_experiment). Mensen met een aanmeldingsklacht die naar psychiatrische syndromen kon verwijzen (“ik hoor stemmen”) kregen effectief allen een diagnose, ook al waren zij in feite pseudopatiënten die de strikte opdracht hadden gekregen om na opname te melden dat zij zich beter voelden en geen klachten meer hadden. Ook het omgekeerde effect werd geobserveerd: psychiatrische eenheden die pseudopatiënten verwachtten, verworpen bij een aantal “echte” patiënten de hypothese van een ernstige psychische aandoening.

Verder is het zaak om onderscheid te zien tussen psychisch lijden en een psychische stoornis. Psychisch lijden kan een perfect “gezonde” reactie zijn (vb. rouw, verdriet), terwijl een psychische stoornis niet altijd met lijden gepaard gaat (vb. manische periodes zijn aanvankelijk heel prettig).

Bovendien is het een precare zaak om classificerende diagnoses te willen stellen in een periode dat jongeren nog zeer sterk ontwikkelen (ook qua hersenwerking).

Dit alles maakt dat er kanttekeningen moeten worden gemaakt bij vroegdetectie en vroeginterventie. Tegelijk hebben we de wetenschap dat vroeg ingrijpen het psychische lijden kan verminderen en de prognose verbeteren. Waar zit dan de balans?

Tijdige detectie of vroegdetectie?

Het is beter om over tijdige detectie te spreken, aangezien vroegdetectie van ernstige psychische aandoeningen erg moeilijk is. Ook voor tijdige detectie zijn een aantal randvoorwaarden noodzakelijk. Zo is het nodig dat tussen zorgverstrekker-hulpverlener en cliënt een (vertrouwens)band kan ontstaan. Dit is nodig voor goede diagnostiek (cliënten zullen hun verhaal maar doen als ze zich in een veilige en min of meer “blijvende” setting weten); tijdige detectie enkel op basis van vragenlijst gegevens kan nooit. Ook voor vroeginterventie is een vertrouwensband een noodzakelijke voorwaarde.

Vroeginterventie (bijvoorbeeld in een VDIP, CGG, maar ook eventueel binnen een CLB) is psycho-educatief van aard en kortdurend. Eerder dan te focussen op de chroniciteit van de aandoening is het zaak om de cliënt in een herstel-perspectief te plaatsen door zijn sterktes, veerkracht en beschermende factoren in zijn omgeving te gebruiken. We moeten evenwel het biopsychosociale model ernstig nemen, en dus ook gespecialiseerde hulpverlening (medicatie, gedragmatig) aanbieden (bv. via doorverwijzing).

Ontwikkeling en ontwikkelingsanamnese

In het diagnostisch proces is het essentieel om de ontwikkeling van de jongere in kaart te brengen, met inbegrip van belangrijke contextgegevens of gebeurtenissen die relevant lijken te zijn in de ontwikkeling van de klachten/problemen. Deze anamnese moet een breed beeld bieden. Het gaat dus nooit om het aflopen van een eenvoudige checklist die bij een voldoende aantal “positieve antwoorden” een bepaald risico aanduidt. Anamnese kan niet zonder een klinische blik die de context en ontwikkeling mee in acht neemt.

We mogen ook niet vergeten dat de adolescentie sowieso een moeilijke tijd is, voor alle jongeren. Ze krijgen het moeilijk om eigen emoties, gevoelens en gedachten (of die van anderen) te onderkennen, er betekenis aan te geven en ze te kunnen verwoorden. Dat is een normale ontwikkelingsfase, maar het is al een hele klus om die te verwerken. Identiteitsdiffusie is normaal.

Problemen die een tijd “geruisloos” aanwezig waren, kunnen plots weer schrijnend en acuut worden.

Een kind dat op de leeftijd van 8 jaar te maken krijgt met ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag kan dat schijnbaar moeiteloos verwerken en denkt er niet meer aan. Op het ogenblik dat hij

15 wordt en zelf een vriendinnetje heeft, komt de vroegere ervaring (met het besef dat er toen echt iets gebeurde dat heel erg fout was) terug naar boven.

Tegelijk is de adolescentie ook een soort “tweede kans” periode. Ontwikkelingstaken die niet goed op de rails zijn gezet tijdens de kindertijd, komen in deze periode weer aan bod.

Het is erg opletten met het stellen van categoriale diagnoses in de adolescentie. Het label kan in sommige gevallen dienen om de verwarring rond de identiteit op te vullen (“ik weet eindelijk wie ik ben, ik ben een autist”), terwijl dit therapeutisch geen aanknopingspunten biedt en een stuk toekomstperspectief kan wegnemen.

De adolescentie is tenslotte niet afgelopen op de 18^e verjaardag, ook al zijn jongeren dan voor de wet volwassen geworden.

Taken in de hulpverlening

De hulpverlening speelt – onder meer door de versnippering van het jeugd- vs volwassenen aanbod – onvoldoende in op de noden van cliënten die in de overgangsfase van adolescentie naar jongvolwassenheid zitten.

Cliënten verwachten van de hulpverlening dat die in een voorspelbare, gestructureerde en betrouwbare (consistente) setting plaatsvindt. Bij steeds wisselende hulpverleners kan geen band ontstaan die nodig is om samen te werken aan probleeminzicht en perspectief.

Wat is een psychose?

“Psychose” is een verzamelterm voor ervaringen, symptomen en klachten die het moeilijker maken om de realiteit te begrijpen. Dergelijke ervaringen komen ook voor bij een niet-klinische populatie (5% van de kinderen binnen de normale populatie hoort stemmen, en bij de meerderheid is dit volkomen onschuldig). Psychose is dus alleszins niet gelijk te stellen aan schizofrenie (dit is een syndroomdiagnose).

De diagnostische criteria voor schizofreniespectrum (DSM V) maken duidelijk dat de diagnose eigenlijk zeer moeilijk te stellen is in de adolescentie. Zo mag er geen sprake zijn van druggebruik of een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Of nog: er moeten belangrijke sociale functiestoornissen zijn (en dat is nu net een van de ontwikkelingstaken binnen de adolescentie, om conflicten met ouders en maatschappij aan te gaan).

Er zijn geen prodromen voor schizofrenie die betrouwbaar genoeg zijn om als dusdanig diagnose vroegtijdig te stellen. Er zijn wel een aantal gekende risicofactoren (genetische factoren, middelengebruik). Over mogelijke beschermende factoren (omega 3 vetzuren, hoog IQ, ...) is geen eensgezindheid.

De **conclusie** is dan ook dat er zeer omzichtig moet worden omgesprongen met de diagnose schizofrenie. Men moet breed bekijken welke (psychiatrische) problemen aan de oorsprong liggen (comorbiditeit) en medicamenteuze behandeling steeds opnieuw in vraag stellen.

Samenvatting van het afsluitende panelgesprek

In het panel zaten Dr. Everaert, Lieven Lust (netwerkcoördinator PRIT), Nike Baeten (coördinator VDIP CGG Largo) en An Victoir (VCLB Koepel). De discussie omtrent de rol van CLB wordt met kleur gemarkeerd. De weergave van het panelgesprek is niet volledig.

Vraag: een aantal cliënten vallen in de huidige voorzieningen altijd tussen de mazen van het net. Bijvoorbeeld: Op de PAAZ afdeling van het ziekenhuis krijgen ze te weinig structuur geboden, terwijl het OPZ (openbaar psychiatrisch zorgcentrum) dan weer meldt dat ze te weinig gemotiveerd zijn om aan een hulpvraag te werken. Wat kan men dan doen?

Antwoord: Wegens het belang van de bandopbouw zal het antwoord liggen in het aanstellen van een trajectbegeleider die een vast aanspreekpunt is voor de cliënt en die de cliënt helpt om weer aansluiting te vinden in onderwijs, vrije tijd, in het gezin... met andere woorden al die perspectieven samen houdt. De trajectbegeleider gaat op die manier een versnipperde werking tegen, en zou een zorgmanager moeten zijn die het "gewone" leven van de cliënt mee helpt opzetten. Momenteel is dit in Vlaanderen nog geen realistische piste.

Vraag: Hoe zouden diensten best samenwerken?

Antwoord: Een goed functionerend netwerk bestaat uit organisaties die ten dele hun eigen "identiteit" durven opgeven in functie van het netwerk, en dat ten behoeve van de cliënten. Het aanbod moet afgestemd op de nood van de cliënten en niet omgekeerd. Momenteel merkt men dat organisaties (bv. PAAZ afdelingen) vooral nog redeneren in functie van het aantal bedden dat men ter beschikking heeft en de daar aan gekoppelde financiering.

Vraag: welke rol kunnen CLB's opnemen in tijdige detectie? Is dat mogelijk als men de grote variatie kent die er is in hoe scholen hun zorg organiseren? En kan het CLB de rol van trajectbegeleider opnemen tot VDIP en mobiele teams betrokken worden?

Antwoord: Als men van het CLB een screening verwacht (kort instrument, bij alle leerlingen af te nemen) is het antwoord negatief. Van o.a. dr. Everaert horen we immers dat dit geen goede vorm van diagnostiek zou zijn. Als men van ons tijdige signalering verwacht is het antwoord voorzichtig positief. Positief in de zin dat we via het zorgcontinuüm al een structuur hebben om signalen en zorgen snel op te vangen. Voorzichtig in dubbele zin. (1) het klopt dat er grote verschillen zijn in hoe scholen en CLB's samenwerken – op veel scholen loopt dit heel goed, maar er zijn ook samenwerkingen waar nog veel groeipotentieel zit. (2) we weten dat vroeg signaleren alleen maar een verstandige zaak is als er op dat signaal ook een hulpaanbod kan volgen (criteria vroegsignalering van Wilson en Junger 1968 en de WHO 2008). Daar wringt 't het schoentje: leerlingen kunnen niet meteen terecht waar ze zouden moeten zijn. De CGG zijn ook overvraagd. Wat betreft de rol als (langdurig) trajectbegeleider: de CLB'ers zullen erkennen dat zo'n trajectbegeleiding zeer waardevol zou zijn. Maar als men het omvangrijke takenpakket van de CLB's nu bekijkt, dan moet men vaststellen dat daar geen ruimte voor is.

Vraag: zijn er andere trajectbegeleiders denkbaar?

Antwoord: in eerste instantie moeten we dan aan ouders denken. Die zijn voor veel jongeren ook belangrijke steunverleners. Ouders hebben het zelf ook niet altijd gemakkelijk. Soms is er sprake van meerdere problemen in het gezin. Meestal zien we dat ouders bij aanmelding zelf al "op hun tandvlees" zitten. Indien jongeren zelf niet willen dat hun ouders betrokken worden, moet men dat echter respecteren. Bij volwassenen is het vaak de huisarts die voldoende vertrouwen geniet om als een trajectbegeleider op te treden. Bij jongeren is dat vaak nog niet het geval.

Voor verslag,

An Victoir