

Transitiepsychiatrie in Vlaanderen; een proactieve strategie

L. de Backer, C. De Groof, T. van Amelsvoort

- Achtergrond** Ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) bij volwassenen zijn vaak uitlopers van psychische aandoeningen in de kindertijd en jeugd.
- Doel** Focussen op de adolescentie met als doel preventie van chroniciteit in de volwassenheid.
- Methode** Aan de hand van het therapieaanbod van een afdeling transitiepsychiatrie beschrijven wij kenmerken van deze patiëntengroep, alsmede eigenheden in het aanbieden van adequate behandeling en zorg voor jongeren die vastlopen in hun adolescentaire ontwikkeling door psychiatrische problematiek.
- Resultaten** Systeemtherapie, nieuwe autoriteit/geweldloos verzet en onze eigen RAISING skills bieden duidelijke handvatten voor de organisatie van zorg voor én de behandeling van deze patiëntengroep, waarbij het ondersteunen van het adolescentaire ontwikkelingsproces centraal staat. Therapie in deze levensfase kan bijdragen aan het tegengaan van het ontstaan van irreversibele symptomen en verdere evolutie naar EPA.
- Conclusie** Transitiepsychiatrie vormt op deze manier een antwoord op de vraag naar proactieve geneeskunde.

Van alle medische aandoeningen zijn psychiatrische ziekten de belangrijkste oorzaak van ziektelast. Het risico dat een jongere hierdoor getroffen wordt vóór de leeftijd van 25 jaar varieert van 18-55% (Furber e.a. 2015). Ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) hebben effect op alle levens- en maatschappelijke domeinen. Nog meer dan somatische ziekten, hebben EPA niet enkel effect op patiënten, maar ook op hun omgeving, de gemeenschap en de economie. Daarnaast is er ook een transgeneratieel risico naar de prevalentie van EPA in de volgende generatie. Circa 50% van de psychiatrische stoornissen begint in de tienerjaren, 75% voor de leeftijd van 25 jaar (Kessler e.a. 2005) en ongeveer 80% van de EPA bij volwassenen betreft een uitloper van psychische aandoeningen die begonnen voor het 18de levensjaar (Kim-Cohen e.a. 2003). Vroeg in de ontwikkeling van aandoeningen ingrijpen is mogelijk en kosteneffectief (Knapp e.a. 2011; Sandler e.a. 2014). Het einddoel van preventieve en proactieve maatregelen is het verminderen van de incidentie en prevalentie van EPA bij volwassenen. De focus op kinderen en jongeren is hierin onontbeerlijk.

Problemen transitiezorg

Er zijn echter problemen door de transitie van zorg rondom 18-jarige leeftijd. Deze spelen in vele landen en zijn grotendeels gecreëerd door organisatorische en financieringsvraagstukken en hebben weinig te maken

met de aard van de stoornissen. Wanneer jongeren door de artificiële breuk in zorgcontinuïteit geen aansluitende zorg aangeboden krijgen, dan krijgen zij, op de meest kwetsbare leeftijd, vaak geen hulp.

Internationaal zien we daarom nieuwe initiatieven rond zorg voor jongeren in de transitieleeftijd. Dit gaat van nuldelijnszorg-initiatieven zoals TEJO en de OverKop-huizen in Vlaanderen, en in Nederland het laagdrempelige @ease naar het voorbeeld van het Australische Headspace (Rickwood e.a. 2014) en binnen de ggz transitieteams (Leijdesdorff e.a. 2020). Maar ook in de derdelijnszorg zet deze evolutie zich voort.

In dit artikel beschrijven we als een voorbeeld de werkwijze en de doelgroep van een recent opgerichte derdelijnsafdeling transitiepsychiatrie in Vlaanderen.

Werkwijze Marquee

Begin 2017 werd Marquee, een derdelijnsinstelling voor transitiepsychiatrie (residentiële en dagopname) opgericht als 1 van de 4 provinciale afdelingen transitiepsychiatrie in Vlaanderen (Mortsel, Pittem, Melle en St Truiden). De afdeling behoort tot het psychiatrisch ziekenhuis voor volwassenen, Multiversum, in Antwerpen/Mortsel en beschikt over psychiatriemiddelen voor volwassenen. Dit laatste komt overeen met ongeveer de helft van de personeelsmiddelen beschikbaar binnen kinderpsychiatrie.

AUTEURS

Lieve De Backer, beleidspsychiater, Marquee, afd. Transitiepsychiatrie, PC Multiversum, gevangenis Antwerpen, gastprofessor Universiteit Antwerpen, Interactie Academie, Antwerpen.

Catherine De Groof, kinder- en jeugdpsychiater, Marquee, afd. Transitiepsychiatrie, PC Multiversum, Veerkrachtwonen,

Thérèse van Amelsvoort, psychiater en hoogleraar Transitiepsychiatrie, MUMC+, Mondriaan GGz en Koraalgroep, Maastricht.

Correspondentieadres

Lieve De Backer, PC Multiversum, Deurnestraat 252, 2640 Mortselsel, België.
E-mail: debackerlieve@hotmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-1-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(2):115-119

Marquee richt zich op jongeren van 16-24 jaar van wie de ontwikkeling stagneert door psychiatrische problematiek. Iedereen kan aanmelden, ook jongeren zelf. De behandeling duurt 15 weken. Ze is gestoeld op de principes systeemtherapie (Savenije e.a. 2014), nieuwe autoriteit (NA)/geweldloos verzet (Omer & Wiebenga 2015) en op onze zelf ontwikkelde RAISING skills (**figuur 1**). De RAISING skills vormen een antwoord op de nood aan een duidelijk maar eenvoudig kader om met jongeren en hun context te werken volgens een waarde-gepaste visie.

Het behandelaanbod bestaat uit individuele, groeps- en systeemtherapie – zowel ondersteunende gezinsgesprekken, als de start van een *attachment-based family therapy* (ABFT)-traject.

De afdeling bestaat uit 5 behandelgroepen van 8 patiëntengegevens en 1 crisismodule van 5 patiënten.

Kenmerken van de doelgroep

Jaarlijks presenteren we sociodemografische patiëntengegevens en behandelingsresultaten in een jaarverslag (zie **tabel 1**).

Discussie

De eerste gegevens van een derdelijnsafdeling transitiepsychiatrie in Vlaanderen tonen de behoefte aan specifieke, gemakkelijk bereikbare zorg voor jongeren met een stagnerende adolescentaire ontwikkeling door psychiatrische symptomen. Suïcidaliteit blijkt vanuit de aanmeldgegevens het meest voorkomende symptoom te zijn (**tabel 1**). In de behandeling staan nabijheid en dialoog, zowel met de jongere als met de context, centraal. Procesdiagnostiek, waarbij de behandeldoelen leidend zijn, een korte opnameduur en het betrekken van de context ondersteunen het adolescentaire ontwikkelingsproces.

Laagdrempelige aanmelding

Binnen de ggz is het in kaart brengen van de vraag naar hulpverlening complex: door de moeilijke toegang tot de zorg komen veel adolescenten zelf niet tot bij gepaste hulpverlening. Dit geeft een onderschatting van de hulpvraag (Furber e.a 2015), waardoor de kans tot preventie van EPA onbenut blijft. Op Marquee stijgt evenwel het aantal opnamevragen over de verschillende jaren (**tabel 1**).

De cijfers weerspiegelen onze laagdrempelige aanmeldingsprocedure: de meeste vragen zijn van jongeren en context zelf, gevolgd door verwijzingen vanuit een PAAZ-dienst en psychiatrische ziekenhuizen. Dit onderstreept de behoefte aan een gespecialiseerd aanbod gericht op jongeren in de transitieleeftijd. De grootste zorgvragers zijn 15- tot 19-jarigen. Dit komt overeen met de brug die we maken tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie. We bereiken meer meisjes dan jongens.

Dit lijkt in andere jeugdsettings vergelijkbaar. We merken dat veel jongeren die zich aanmelden nog geen psychiatrische hulpverlening kregen. Indien aangevraagd, verwijzen we hen naar gepaste zorg. Deze laagdrempelige aanmeldingsprocedure zorgt voor extra, ongehonoreerde, werkbelasting enerzijds, anderzijds helpt het jongeren in hun zoektocht naar hulpverlening. Het is bekend dat in de preventie van het ontstaan van EPA vroegtijdige hulpverlening cruciaal is. De vraag blijft of we als derdelijnszorg deze maatschappelijke nood dienen in te vullen en of we niet enkel verwijzingen via hulpverleners moeten aannemen.

Uitgangspunten bij de behandeling

De transitieleeftijd vormt de overgang tussen de kindertijd en de volwassenheid. Rond de 16 jaar zijn de meeste jongeren lichamelijk volgroeid. De hersenontwikkeling

Figuur 1. Principes van Marquee: RAISING skills

THE RAISING SKILLS OF MARQUEE

R RESPECT AND CELEBRATE DIFFERENCES

Het is een illusie te denken dat iedereen hetzelfde denkt, handelt, voelt. Dit geldt voor patiënten maar ook voor collega's. Verschillen zijn de motor van een werking, het besef ervan is een mature basis om verder te bouwen en werkelijk te luisteren naar elkaar en naar nieuwe ideeën. ALLE ideeën zijn het waard om beluisterd te worden, die van patiënten zelf misschien nog het meeste. Innovatie ontstaat waar net verschillende ideeën samen komen, niet waar iedereen in dezelfde pas loopt. Creativiteit wordt toegejuicht. (verbredende aanpak -systeemtheorie)

A ALWAYS KEEP AN OPEN MIND

Wees nieuwsgierig en niet-oordelend, deze houding nodigt uit tot boeiende gesprekken, en laat verschillende pistes naast elkaar bestaan. Jongeren hebben een interessante visie op de wereld, die zeker waard is om goed beluisterd te worden. Hun oplossingen zijn soms out of the box en daarom super waardevol. We zorgen als basis voor een zo gezond mogelijk leefklimaat, dwz waar aandacht is voor grenzen maar ook flexibiliteit, waar de peer-group invloed mee in rekening genomen wordt, en waar de balans tussen spanning (moeilijke thema's in therapie bvb) en ontspanning zo evenwichtig mogelijk wordt gehouden. We hechten veel belang aan het behouden van de gezonde stukken in het leven van de jongere en treden hier zeker niet restrictief in op, oa om regressie te voorkomen, maar vooral om verbetering te bekomen in de situatie buiten het ziekenhuis, we zijn geen gezinsvervangende context, eerder een station op de weg naar een gezond volwassen leven. (basis client-centered houding)

I IN EVERY CRISIS THERE IS OPPORTUNITY

In elke crisis zit een opportuniteit. Elke schijnbaar negatieve gebeurtenis kan ook -hoe klein ook- positieve gevolgen hebben. We bekijken het probleem als los van de patient: de patient IS niet het probleem, het probleem is ontstaan in de interacties en het netwerk rond de patient. We externaliseren het probleem en zoeken naar oplossingen eerder dan in het probleem te duiken. Elk probleem ontstaat met een reden, en kan ook positieve gevolgen hebben. We proberen deze gevolgen te belichten (eerder dan heel erg te zoeken naar de reden), en het verhaal te verbreden zodat er alternatieve wegen worden belicht om verder te gaan. (narratieve, externaliserende systeemtheorie)

S SAFETY FIRST!!!

Zowel naar patiënten, medepatiënten en personeel toe, komt veiligheid eerst. We doen er alles aan deze te waarborgen. Dit is onze job en prioriteit. (Nieuwe Autoriteit)

I IN DOING SOMETHING, DO IT WITH LOVE OR NEVER DO IT AT ALL

Patientenzorg vanuit 'love' ziet er anders uit dan vanuit oude autoriteit. De beslissingen die we maken zijn in de patient zijn best interest, de vraag die we steeds stellen is: wat is het beste voor deze patient? Liefde en oprechte betrokkenheid zijn de leidraad bij te nemen beslissingen. Wij zijn slechts een schakel in de keten van hulpverlening die de jongere op dat moment nodig heeft, we proberen maximaal samen te werken met het netwerk van de jongere, zowel het eigen netwerk, als het hulpverleningsnetwerk, ieder die bezorgd is om en betrokken is bij de jongere is welkom. Werken met netwerken is een van onze pijlers, because it takes a village to raise a child. (nieuwe autoriteit)

N NOTHING ABOUT ME WITHOUT ME

Beslissingen worden samen met patienten en hun context genomen. Dit is efficiënter en zorgt voor een betere compliance, een accurater behandelplan waar iedereen kan achterstaan. Het is een samenwerking, eerder dan werken vanuit een expert positie. Behandeldoelen worden door patienten zelf geformuleerd en vormen een soort handelingsgerichte diagnostiek als leidraad doorheen de hele behandeling. (Shared decision making)

G GROWING UP WITHIN BOUNDARIES IS BEING CARED FOR -THE SKY IS NOT THE LIMIT

Grenzen trekken is een act van betrokkenheid. Binnen grenzen kan iemand bestaan. Grenzen zorgen voor een werkbaar en veilig klimaat, zowel voor patienten als voor het team. We zoeken naar een goed evenwicht tussen behandeling en het pedagogische, en proberen vrijheidsbeperkende maatregelen tot een minimum te beperken. Het is onze verantwoordelijkheid als hulpverleners deze grenzen samen met de jongeren te bewaken, en vanuit liefde telkens weer aan te geven. Omdat we hen belangrijk vinden. (Nieuwe Autoriteit/Geweldloos Verzet)

Tabel 1. Aantal opnameverzoeken en werkelijke opnames bij Marquee een derdelijnsinstelling voor transitiepsychiatrie

	OPNAMEVERZOEKEN						WERKELIJKE OPNAMES				
	Aantal opnameverzoeken	Geslacht: m/v/x	Leeftijd 15-19j (%)	Verwijzer	Suïcidarisico bij opname	Open deur mogelijk	Diagnose	Aantal opnames	M/v	Aantal 15-19 j	Gem. Duur behandeling
2017	330	40/60/0	68%	30% jongere en familie zelf	45% ja	234/330 ja	1. aanpassingsstoornis* 2. stemmingsstoornis 3. ontwikkelingsstoornis	144	46/98	98	79 d
2018	375	40/60/0	67%	idem	50% ja	365/375 ja	idem	155	52/103	104	98 d
2019	470	22/66/2	67%	idem	51% ja	470/470 ja	idem	170	44/124	114	89 d

*Top drie van meest voorkomende diagnoses.

is echter nog gaande (Johnson e.a 2009; Blakemore & Robbins 2012). Waar de ontwikkeling van het emotionele centrum eerst komt, met heftige expressie en intensiteit van emoties en motivatie, komen de ratio en de planningsvaardigheden het laatst tot ontwikkeling. Dit maakt dat jongeren zeer impulsief kunnen reageren en volwassenen rond hen nodig hebben om te fungeren als prefrontale cortex (Crone & Dahl 2012).

Hiernaast dient een jongere zich ontwikkelingstaken eigen te maken: individuatie-separatie, seksuele identiteit en identiteitsontwikkeling, alsook praktische competenties hiervan. Het verwerven van autonomie komt steeds meer centraal te staan (De Rijdt & Vandeputte 2001). Hierin zit een valkuil: het alleen proberen oplossen van psychische moeilijkheden leidt tot isolatie en versterkt het gevoel van eenzaamheid. Suïcidaliteit is dan dichtbij. Frequent is de eerste suïcidepoging ook het eerste teken naar de buitenwereld toe. Suïcidaliteit en zelfverwondend gedrag krijgen een rol in de communicatie naar anderen. Suïcidaliteit blijkt ook het hoofdsymptoom bij aanmelding voor opname (zie tabel 1). Door sterk in te zetten op nabijheid en het contact met de jongeren, kan een afdeling met een open deur deze jongeren containen.

Praktische benadering

De specifieke noden van jongeren die voortvloeien uit de eerder beschreven hersenontwikkeling en ontwikkelingstaken, onderscheiden jongerenhulpverlening (16-24 jaar) van kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie.

Verbinding – zowel met het team, als met de context, als een meer geïntegreerd functioneren bij de jongere zelf, als met de maatschappij – is de hoeksteen van de werk-

wijze. De werkmethode van systeemtherapie, NA en RAISING skills biedt hierin handvatten en beantwoordt aan de ontwikkelingsnoden van jongeren waarbij de oefening in het opnemen van de ontwikkelingstaken zonder het verlies van verbinding centraal staat. Door de focus op verbinding van de context en de jongere met elkaar en met het behandelteam, creëren/ondersteunen we een faciliterende omgeving met warme grenzen en ruimte voor experimenteren, die cruciaal is voor een verdere adolescentaire ontwikkeling (De Rijdt & Vandeputte 2001).

De gezinsgesprekken en de teambesprekingen met ouders en jongeren leiden tot gemeenschappelijke doelen en verwachtingen en de ervaring van een grote betrokkenheid met belang van eigen inbreng. Wetenschappelijk psychotherapeutisch onderzoek onderschrijft het belang van de inbreng van de cliënt in therapie om tot therapeutische verandering te komen (Duncan & Miller 2000). Naast therapeutische afstemming is de overeenstemming van hulpvraag en doelen een belangrijk aspect van therapeutische alliantie (Hatcher & Barends 2006).

In het herstel naar verbinding bij de jongeren zelf, ondersteunen we hen in het doorlopen van de ontwikkelingstaken. De premature hersenontwikkeling van de adolescent en de ontwikkelingstaken maken dat deze levensfase behoudens moeilijkheden ook veel kansen in petto heeft: de hersenen en identiteit worden nog gevormd (De Rijdt & Vandeputte 2001). Er zijn daardoor veel leerkansen, meer dan bij volwassenen met dezelfde problematiek.

We kiezen voor een dynamische procesdiagnostiek, vanuit de systeemtherapie, waarbij de behandeldoelen die patiënt en context zelf formuleren, de leidraad in

de behandeling vormen. Bewust kiezen we voor een beschrijvende procesdiagnostiek en schuwen we een categoriale diagnostiek. Literatuur leert ons dat de fluctuerende symptomen de diagnostiek moeilijk en niet eenduidig maken (Yung e.a. 1996; Kessler e.a. 2007; Jones 2013).

De ernst van de symptomen vormt geen maat voor de ernst van de stoornis en wordt gekleurd door de impulsiviteit eigen aan de adolescentaire hersenontwikkeling (De Rijdt & Vandeputte 2001). Bovendien leren ervaring en literatuur ons dat een categoriale diagnose impact heeft op de belangrijkste ontwikkelingstaak, namelijk identiteitsontwikkeling (De Rijdt & Vandeputte 2001). Dit alles maakt dat diagnostiek in deze leeftijdsfase frequent de ontwikkeling kleurt en de preventie van EPA in de weg staat.

Tot op heden ontbreken cijfers om te bevestigen dat transitieafdeling Marquee een preventief effect heeft. Verder onderzoek loopt nog. We hopen met gegevens die momenteel verzameld worden rond effect van behandeling, in een volgende publicatie dit ook op een kwantitatieve manier te kunnen aantonen.

Conclusie

Het merendeel van EPA bij volwassenen betreft uitlopers van psychische aandoeningen die begonnen in de kindertijd en jeugd. In de preventie van EPA is een focus op kinderen en jongeren onontbeerlijk. De adolescentie heeft een belangrijk preventief karakter – gesteund door een verdere hersenontwikkeling en het doorlopen van de ontwikkelingstaken – en houdt naast moeilijkheden ook veel kansen in. Het ingrijpen op psychiatrische problemen vooraleer deze een irreversibel karakter krijgen, is een onbetaalbare kans die hulpverlening in deze leeftijdsfase krijgt. Door in te grijpen in deze levensfase, waarin de hersenen en identiteit een definitievere vorm krijgen, kan de adolescentaire ontwikkeling hervat worden en verdere evolutie naar EPA vermeden worden (McGorry & Mei 2018).

De leeftijdsgrenzen gehanteerd binnen de ggz zijn discutabel en bemoeilijken de toegang tot zorg voor jongeren. Daarnaast maken de eigenheid van deze levensfase en de kenmerken van symptomen de problematiek complex en ernstig. Ze vraagt gespecialiseerde zorg waarbij zowel autonomie uitbouwen en verbinding herstellen centrale thema's zijn. De mogelijkheid tot hulpverlening met expertise in deze levensfase is essentieel. Transitiepsychiatrie, zoals het beschreven hulpaanbod van de afdeling Marquee, overschrijdt deze arbitraire grens en vormt zo een deel van het antwoord op de vraag naar proactieve geneeskunde.

LITERATUUR

- Blakemore SJ, Robbins TW. Decision-making in the adolescent brain. *Nat Neurosci* 2012; 15: 1184-91.
- Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci* 2012; 13: 636-50.
- De Rijdt L, Vandeputte. Adolescentie. In: Dirx J, Hebbrecht M, Mooij AWM, Vermote R, red. *Handboek Psychodynamiek, Een verdiepende kijk op psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2001.
- Duncan BL, Miller SD. *The Heroic Client: Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
- Furber G, Segal L, Leach M, Turnbull C, Procter N, Diamond M, e.a. Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 283.
- Hatcher RL, Barends AW. Thinking about the alliance in practice. *Psychotherapy, Therapy Research, Practice, Training* 2006; 41: 7-10.
- Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adolesc Health* 2009; 45: 216-21.
- Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. *Br J Psychiatry Suppl* 2013; 54: s5-10.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 359-64.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, 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.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 709-17.
- Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health Soc Care Community* 2011; 19: 113-25.
- Leijdesdorff S, Postma MR, van Kersbergen L, Marchetta N, van Amelsvoort T. No boundaries: a 2 year experience in a specialized youth mental health care program in the Netherlands. *Early Interv Psychiatry* 2020; 14: 228-34.
- McGorry PD, Mei C. Early intervention in youth mental health: progress and future directions. *Evid Based Ment Health* 2018; 21: 182-4.
- Omer H, Wiebenga E, red. *Geweldloos verzet in gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2015.
- Rickwood DJ, Telford NR, Parker AG, Tanti CJ, McGorry PD. *headspace - Australia's innovation in youth mental health: who are the clients and why are they presenting?* *Med J Aust* 2014; 200: 108-11.
- Sandler I, Wolchik SA, Cruden G, Mahrer NE, Ahn S, Brincks A, e.a. Overview of meta-analyses of the prevention of mental health, substance use, and conduct problems. *Annu Rev Clin Psychol* 2014; 10: 243-73.
- Savenije A, van Lawick MJ, Reijmers ETM, editors. *Handboek systeemtherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2014.
- Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 1996; 22: 283-303.