

Thérèse van Amelsvoort, bijzonder hoogleraar Transitiepsychiatrie

‘Laat de onnatuurlijke leeftijdsscheiding los’

Prof. dr. Thérèse van Amelsvoort bekleedt de eerste leerstoel Transitiepsychiatrie, aan de universiteit van Maastricht. *De Psychiater* ging met haar in gesprek over enkele pittige uitspraken uit haar oratie over de toekomstige ggz voor jongeren. ‘Om hen passende zorg te bieden, moeten we onze huidige concepten kritisch tegen het licht houden.’

NAOMI QUERIDO, WETENSCHAPSJOURNALIST

‘Transitiepsychiatrie is geen modeterm, wel een opkomend en belangrijk vakgebied’

‘De term transitiepsychiatrie is nieuw in de Nederlandse psychiatrie. Aan mij dan ook de schone taak om dit vakgebied in ons land bekender te maken én op de kaart te zetten. Het begrip is overigens niet helemaal nieuw: in Engelstalige landen gebruiken artsen al langer de term *transitional care* als ze het over *youth care* hebben. Ze doelen dan op de overgangsfase van pediatrische naar volwassen zorg bij jongeren met chronische gezondheidsproblemen. Mijn vakgebied richt zich op jeugdigen van 15 tot 24 jaar die in het grensgebied tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie verkeren.’

Waarom verdient juist deze groep extra aandacht en een leerstoel? ‘Jongeren zijn extra kwetsbaar voor psychische problemen; hun zorgbehoefte is groot, maar ze maken het minst gebruik van de zorg. Deze onderconsumptie heeft consequenties: uit cijfers van de WHO blijkt dat psychische stoornissen op de eerste plaats staan bij jeugdigen als het gaat om gezondheidsverlies. Natuurlijk zijn dat de statistieken, maar het

is een belangrijke groep die nog veel toekomstperspectief heeft. Niet voor niets wordt er gezegd dat “psychische stoornissen de chronische ziekten van de jeugd zijn”, met negatieve gevolgen als uitval, levenslange “last” en eenzaamheid.

Vooral de levensfase tussen 15 en 24 jaar verdient meer aandacht in de psychiatrie. Zo manifesteert driekwart van de psychische stoornissen zich voor het eerst vóór de leeftijd van 24 jaar, en de helft vóór de leeftijd van 14 jaar. Bovendien blijkt dat 98 procent van de jeugdigen met een psychische stoornis meer dan één probleem ervaart, wat kan variëren van dakloosheid en werkloosheid tot crimineel gedrag en middelenmisbruik. Vroegtijdige opsporing en behandeling kán veel effect sorteren, maar we zullen wel een aantal kloven moeten overbruggen om die zorg ook te kunnen bieden. Het is mijn doel om op basis van nieuwe kennis en de laatste wetenschappelijke inzichten de discussie aan te gaan door de huidige concepten kritisch tegen het licht te houden en aan te passen waar nodig.’

‘Laat de strikte leeftijdsgrens tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie los’

‘Een van die concepten waarover we in gesprek moeten met elkaar, is de formele leeftijdsgrens van 18 jaar die wordt gehanteerd als grens tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie. Ik denk dat die scheiding niet terecht is. Want al is een 18-jarige meerderjarig voor de wet, dat betekent nog niet dat diegene ook ‘volwassen’ is in biologisch of sociaal-emotioneel opzicht. Sterker nog: in de levensfase van 15 tot 24 jaar gebeurt er heel veel tegelijkertijd. Je kunt het gerust een relatieve hoogrisicofase voor psychische problemen noemen. Zo zijn de hersenen nog volop in ontwikkeling. Door de veranderprocessen in de grijze en witte stof, de dopamine en hormoonhuishouding reageert het jeugdige brein anders op omgevingsprikkels. Ze nemen meer risicovolle en

impulsieve besluiten en maken keuzes die gericht zijn op “directe beloning” in plaats van zich druk te maken om de consequenties ervan op de lange termijn. En waar jeugdigen tot hun vijftiende vooral onder invloed staan van hun ouders, moeten ze een paar jaar later steeds zelfstandiger beslissingen nemen en worden ze gevoeliger voor de invloed van leeftijdsgenoten en *peers*. Naar de psychiater gaan is niet “cool”; het is een stigma dat gepaard gaat met schaamte en dus liever wordt vermeden.

Juist op het moment dat de jeugdige het meest kwetsbaar is en het zorgstelsel dus heel krachtig zou moeten zijn, is dat systeem ook wankel door de onnatuurlijke leeftijdsscheiding. Het onderscheid tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie

is groter dan slechts een verschil in kalenderleeftijd. Dat staat de continuïteit van zorg, op zo'n cruciaal moment in de levensloop, enorm in de weg. Zo worden er verschillende instrumenten voor diagnostiek en effectmeting gehanteerd die niet goed op elkaar aansluiten. Als je 17 bent, krijg je vragenlijsten die je samen met je ouders invult over je baby- en kindertijd. Ben je 18, dan moet je zelfstandig vragenlijsten invullen over onderwerpen die geen betrekking hebben op stoornissen die op baby- of kinderleef-

'In de levensfase van 15 tot 24 jaar gebeurt er heel veel tegelijkertijd.

Je kunt het gerust een relatieve hoogrisicofase voor psychische problemen noemen'

tijd ontstaan. In de praktijk zijn er meer van dit soort situaties bekend: ondanks de opkomst van een aantal centra met expertise op het gebied van ADHD of autismespectrumstoornissen, is de overgang van kinder- en jeugdpsychiatrie naar volwassenpsychiatrie bijvoorbeeld helemaal niet vanzelfsprekend. Vaak is de volwassenpsychiatrie onvoldoende ingericht op jongeren met ADHD, een autismespectrumstoornis of een verstandelijke beperking en staan ze letterlijk voor een dichte deur. Ook betekent de overstap vaak een andere organisatie, locatie en nieuwe gezichten: voor deze groep een reden om snel af te haken.

Zo verdwijnen jongeren tegenwoordig dus dikwijls uit beeld in de psychiatrie, precies op het moment dat ze de begeleiding bij de overgang naar een nieuwe levensfase, het op eigen benen staan, het hardst nodig hebben. Met het voornemen van de huidige



Prof. dr. Thérèse van Amelsvoort: 'Vooral de levensfase tussen 15 en 24 jaar verdient meer aandacht in de psychiatrie.'

regering om de kinder- en jeugdpsychiatrie over te hevelen naar de gemeenten vrees ik dat die kloof alleen maar groter wordt.'

'Ontwikkel gerichte zorgprogramma's voor jongeren en met jongeren'

'Om continuïteit van zorg te bevorderen in de levensfase waarin psychische kwetsbaarheid het grootst is, zou het aan te raden zijn om speciale psychiatrische programma's voor jongeren op te zetten met een focus op ontwikkelingsleeftijd, sociale en educatieve interventies en preventie van sociale isolatie. Maar wil je jongeren bereiken, dan zul je ze ook moeten betrekken bij het inrichten van zo'n programma: het moet aansluiten bij hun levensfase, levensstijl en de huidige tijdgeest.

Een laagdrempelige omgeving is ook een belangrijke voorwaarde; jongeren bevinden zich in een levensfase waarin ze niet bezig zijn met praten over gevoelens en waarin schaamte snel de kop opsteekt. Er zijn in het buitenland al succesvolle initiatieven: zo wordt in bijvoorbeeld Australië nu geëxperimenteerd met *youth centers* waar jongeren kunnen binnenlopen voor een kop koffie en een gesprek zonder dat er pillen of vragenlijsten op tafel komen. Ik zie geen reden waarom we in Nederland dat voorbeeld niet zouden volgen: we hebben nu helemaal niets specifiek voor deze kwetsbare leeftijdsgroep.

De vervolgvraag is dan natuurlijk: wanneer is psychiatrische hulp nodig? Ons huidig diagnostisch systeem heeft zo zijn beperkingen. De DSM plaatst mensen in categorieën en geeft "etiketten" waar iemand bijna niet meer vanaf komt. Ook komen verschillende psychische stoornissen vaak in combinatie voor en bestaat er veel overlap in onderliggende kwetsbaarheid en uitingen. Bij jongeren brengt dat een extra gevaar met zich mee, omdat het soms nog niet duidelijk is of en hoe een ziektebeeld zich gaat ontwikkelen.

Nog een onderwerp van discussie dus: het zou een overweging zijn om, net als in de somatiek, met het concept *staging* te werken. Uit steeds meer onderzoek blijkt dat preventie, vroege opsporing en vroeg ingrijpen op het grensvlak van kinder- en jeugd- en volwassenpsychiatrie een positieve invloed zou kunnen hebben op de prognose. Dat vraagt wel dat hulpverleners, ouders en jongeren zelf alerter zullen moeten worden op voortekenen en beginfasen van psychiatrische ziektebeelden.'

‘Dicht de kenniskloven’

‘Op het terrein van herkenning moet nog veel gebeuren. Niet alleen psychiaters en psychologen, maar ook verpleegkundigen en huisartsen zullen zich moeten trainen om “alarmsignalen” snel op te pikken. Waarom ik dat onderwerp hoog op de agenda heb staan? Ik weet uit eigen ervaring hoe gemakkelijk de voorkeuren gemist kunnen worden, en welke gevolgen dat kan hebben. Mijn broer en ik schelen één jaar in leeftijd; we zijn opgegroeid in dezelfde omgeving, in dezelfde omstandigheden en hebben dezelfde achtergrond. Toen hij zich als tiener steeds vaker terugtrok op zijn kamer en slechtere cijfers begon te halen, dachten mijn ouders met een lastige puber van doen te hebben. Een paar jaar later kreeg hij een psychose en dat is niet meer goed gekomen. Terwijl juist bij de ontwikkeling van een psychotische stoornis vroege herkenning een groot verschil kan maken in de prognose. Ook in het onderwijs aan psychiaters in opleiding zijn de nodige kenniskloven te dichten: zo zou het een positieve ontwikkeling zijn wanneer er in het curriculum aandacht wordt besteed aan het concept levenslooppsychiatrie. Verder zou het goed zijn indien er

‘Met het voornemen van de huidige regering om de kinder- en jeugdpsychiatrie over te hevelen naar de gemeenten vrees ik dat de kloof alleen maar groter wordt’

een aparte plek wordt ingeruimd in de basisopleiding voor onderwijs over de kwetsbare en hoogrisicofase van de jeugd. Daarbij is het van groot belang om ook colleges te geven over psychiatrische functiestoornissen als cognitie, beloningssystemen, emotie en

‘Benader de doelgroep vanuit een ander perspectief’

Naast mijn werk met jongeren richt ik me ook in mijn onderzoek op jongeren. Zoals de patiëntengroep met het 22q11-deletie-syndroom. Deze mensen worden geboren met een deletie van de lange arm op chromosoom 22, waardoor ze vaak veel lichamelijke problemen hebben, maar ook een verstandelijke beperking en een hoog risico op het ontwikkelen van psychiatrische problemen, vooral op een psychotische stoornis. Deze patiëntenpopulatie vormt een uniek menselijk “knock out” model, omdat de activiteit van een aantal bekende genen is gereduceerd en de gevolgen op gedrag en brein goed zijn te onderzoeken. De komende jaren gaan we in een internationaal onderzoekconsortium, waar Maastricht en Utrecht deel van uitmaken, onderzoeken hoe genetische variaties bij dit syndroom het spectrum aan psychiatrische ziekten kunnen verklaren.

Een ander belangrijk onderzoeksdomein voor mij is het onderliggend mechanisme van geheugen- en aandachtsproblemen bij jongeren met een beginnende psychose. Cognitieve en sociale

Naam: prof. dr. Thérèse A.M.J. van Amelsvoort
Geboortedatum: 31 maart 1966
Geboorteplaats: Den Haag
Functie: bijzonder hoogleraar Transitiepsychiatrie aan de Universiteit van Maastricht
Loopbaan: Na elf jaar internationale (onderzoeks)ervaring in Zwitserland, Luxemburg en Engeland keerde Thérèse van Amelsvoort in 2002 terug naar Nederland om aan het werk te gaan in het Amsterdamse AMC en bij ggz-instelling Arkin. Sinds januari 2012 werkt en woont zij met haar man en zoon in Maastricht.

‘Het zou een mijlpaal zijn als we met nieuwe inzichten of behandelmogelijkheden de kwaliteit van leven kunnen verbeteren bij onze toekomstige generaties. Voor die transitie wil ik me honderd procent inzetten.’

impulsregulatie – kennis van centrale concepten die nodig is om aan te haken bij de biologische veranderingen die in de hersenen van jongeren spelen.

In mijn functie bij de landelijke ggz-instellingen Virenze en Mondriaan zie ik het ook als een taak om een brug te slaan tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie in Zuid-Limburg, bijvoorbeeld via de ontwikkeling van de jeugd-poli's die Virenze opzet bij verschillende vestigingen in de provincie, en waarbij de leeftijdsgrens wordt losgelaten. Verder werk ik bij de Koraalgroep met zwakbegaafde jongeren van 15 tot 24 jaar en ook hier wordt gewerkt met de ontwikkelingsleeftijd en niet een kalenderleeftijd. Daarover gesproken: om de kenniskloof werkelijk te dichten, zullen ook wetenschappers een omslag in hun traditie moeten maken en studies naar jongeren niet meer afbreken bij de grens van 18 jaar. Daardoor missen we nu soms belangrijke informatie omdat die simpelweg niet bekend is.’

problemen als slechte schoolprestaties en terugtrekgedrag blijken ook het meest invaliderend en de grootste voorspellers voor toekomstig functioneren. Deze symptomen zijn echter niet te behandelen met de bestaande antipsychotica; daarom richt ik me samen met Jan Booij van de afdeling nucleaire geneeskunde van het AMC Amsterdam in dit onderzoek op de neurotransmitter acetylcholine. We onderzoeken met SPECT en functionele MRI of afwijkingen in het cholinerge neurotransmittersysteem verantwoordelijk zijn voor de cognitieve problemen die jongeren met een beginnende psychose ervaren. Het zou een mijlpaal zijn als we met nieuwe inzichten of behandelmogelijkheden de kwaliteit van leven kunnen verbeteren bij onze toekomstige generaties. Voor die transitie wil ik me honderd procent inzetten! ■

De volledige tekst van de oratie ‘Transitiepsychiatrie: bridging the gap’ is te downloaden van artsennet.nl.