Jongvolwassenen en geestelijke gezondheidsproblemen

Prof. dr. Ronny Bruffaerts
UPC KU Leuven

Sinds 2000 is Ronny Bruffaerts verbonden aan het UPC KU Leuven (voorheen de dienst psychiatrie van het UZ Leuven) waar hij zowel klinische mandaten en onderzoeksmandaten uitvoerde. Sinds 2008 is hij professor aan de KU Leuven. Van 2011 tot 2019 was hij de verantwoordelijke voor de liaisonpsychologen van de dienst volwassenpsychiatrie, werkzaam in UZ Leuven. Hij is co-titularis van de Fortune Leerstoel (sinds 2014-2017) en de Mindmates Leerstoel (2018-2023) rond preventie van suïcidaliteit bij studenten. In 2012-2013 was hij verbonden aan Johns Hopkins University in Baltimore (VS) en sinds 2018 aan het Institute of Social Research van de University of Michigan (VS).

Ronny Bruffaerts studeerde theoretische psychologie (1997), klinische psychologie (1998), en psychoanalytische psychotherapie (2004) aan de KU Leuven. Hij behaalde aan de KU Leuven zijn doctoraat Medische Wetenschappen (2005), onder leiding van prof. dr. Koen Demyttenaere (UPC KU Leuven) en prof. dr. Sabbe (UZ Leuven). In wetenschappelijk onderzoek is prof. Bruffaerts vooral gespecialiseerd in het zoeken van determinanten van psychische problemen en hulpzoekgedrag op het niveau van de algemene bevolking. De laatste jaren maakt hij de vertaalslag vanuit populatie-onderzoek naar wegen en scenario's met betrekking tot de voortschrijdende hervormingen van de Belgische ggz.

De redactie stelde Prof. Bruffaerts enkele vragen die specifiek met geestelijke gezondheid en jongvolwassenen te maken hebben.

Hoeveel jongeren/jongvolwassenen kampen met GG-problemen? Proportioneel minder/meer dan andere doelgroepen?

Jongeren en jongvolwassen vertonen in het algemeen meer psychische problemen en psychische stoornissen in vergelijking met oudere cohorten. Bij kinderen en jongeren voldoet gemiddeld 19% aan de criteria van een psychische stoornis, bij volwassenen (18+) is dat ongeveer 15%. Jongvolwassenheid is een belangrijke leeftijdsperiode, omwille van een paar belangrijke redenen. Ten eerste: op een paar jaar tijd moet de adolescent in staat zijn verantwoordelijke taken op te nemen in de maatschappij. Persoonlijke en relationele ontwikkeling staan hier centraal, maar ook verantwoordelijkheid ten aanzien van het professionele leven of academische verwachtingen. In deze zin is het logisch dat er druk op de psychologische ketel komt; druk die maakt dat al langer bestaande psychische problemen net op dat moment – in de jongvolwassenheid – naar boven komen.

Ten tweede weten we ook dat ongeveer driekwart van alle pathologie in een samenleving start vóór de leeftijd van 24-27 jaar. De helft van alle pathologie in België start gemiddeld vóór de leeftijd van 19 jaar. Dat betekent dat we – als we als maatschappij willen inzetten op preventie – écht moeten focussen op de leeftijdsperiode vóór of ín de adolescentie.

Welke problemen doen zich voor? Anders dan bij volwassenen?

Angst en depressie zijn waarschijnlijk de meest gekende stoornissen onder de algemene bevolking. We denken dan ook vaak dat deze problemen de enige zijn die voorkomen bij jongeren. Toch is dat niet zo: we zien bij jongeren vaker externaliserende problemen (zoals gedragsproblemen, eetproblemen, suïcidaal gedrag, niet-suicidaal zelfverwondend gedrag) terwijl bij volwassenen die vaker internaliserende problemen zijn (zoals angst en depressie). Dit wil niet zeggen dat angst en depressie niet voorkomen bij jongeren, maar toch een stuk minder vaak. En eigenlijk gaat het hier wellicht niet om een leeftijdseffect per se, maar veel meer over een cohorteffect: personen die recenter geboren zijn hebben én een hogere kans op de ontwikkeling van psychische problemen én meer kans om net deze externaliserende problemen te ontwikkelen. Als deze effecten zich op het niveau van de algemene bevolking verderzetten, moeten we toch denken aan – in de toekomst – een hogere instroom van patiënten met externaliserende problemen, en desgevallend, ons behandelarmamentarium aanpassen.

Hebben wij gegevens over jongeren/jongvolwassenen die extra kwetsbaar zijn?

Psychische problemen komen vaker voor bij jonge personen met een lagere opleiding: uit internationaal onderzoek blijkt dat jongvolwassen studenten een geschatte prevalentie van pathologie van ongeveer 20% hebben, terwijl dit bij niet-studerende jongvolwassenen 25% is. En we zien dit gegeven trouwens terugkomen bij 16-24-jarige Vlaamse jongeren: een lage opleiding is geassocieerd met tot tweemaal vaker psychische problemen. Ook een lagere socio-economische situatie is een grote risicofactor; daar moeten we zeker ook rekening mee houden. Een derde belangrijke factor is een kwetsbare voorgeschiedenis: trauma in het verleden en ouders met psychische problemen creëren vaak al een kwetsbare positie waarin opgroeien niet evident is. Deze kwetsbaarheidscontexten hangen ook erg samen waardoor het vaak moeilijk is om op één gebied een grote gezondheidswinst te genereren. Bovendien is er ook nog het probleem dat personen met psychische problemen vaak het zoeken van hulp heel lang uitstellen: gemiddeld 10-15 jaar na de effectieve start van de problemen. En dat heeft vooral van doen met de cognitie dat men niet vindt dat er een probleem is, eerder dan met stigma. Belgische gegevens tonen die trouwens treffend aan: het overgrote deel van de jongeren met psychische problemen is niet in behandeling, maar vindt tevens dat behandeling niet nodig is omdat ze vinden dat er geen probleem is dat zich stelt.

Ik meen onthouden te hebben dat er een dubbel probleem is: velen doen te laat beroep op GGZ... sommigen kennen een overconsumptie, anderen maken te weinig gebruik van GGZ?

Er is inderdaad een lange uitsteltijd tot het effectief zoeken van hulp; en áls men dan in hulp komt wordt er te vaak meteen gespecialiseerde hulp ingeschakeld, zoals medicatie of een opname. We zouden als maatschappij al een heel eind vooruit komen met het installeren van zorgvoorzieningen en –beleid (ook op netwerkniveau) dat

de lange uitsteltijd door de patiënt kan doorbreken. Er bestaat hier geen one-fits-all oplossing die werkt in en past op elk netwerk. Elk netwerk verschilt immers van eigen structuur en eigen socio-economische status. We moeten – op lokaal niveau – echt beginnen denken in functie van (1) welke pathologie bevindt er zich in ons eigen (of aanpalend) netwerk en (2) wat kunnen we als netwerk doen om de persoon in kwestie zo goed mogelijk toe te leiden tot de nodige en gepaste zorg, en (3) leidt deze organisatie van zorg effectief tot een lagere uitsteltijd en dus een meer ingevulde zorgnood op het niveau van het netwerk en de populatie?

Is dat ook zo bij jongeren? Hebben wij zicht op de gevolgen?

We kampen met een enorm gebrek aan duidelijke gegevens voor wat betreft het hulpzoekgedrag van jongeren. De gegevens in de Nationale Gezondheidsenquête van 2018 geven een eerste inkijk: vele jongeren met pathologie zoeken geen hulp … omdat de meerderheid het niet nodig vindt hulp te zoeken. Wat we wél weten uit buitenlands onderzoek is dat het proces om hulp te zoeken complex is, en dus niet op eenvoudige wijze op te lossen (ook al lijkt dat zo). Het dichten van de behandelkloof (i.c. het spanningsveld tussen de hoge prevalentie van psychische stoornissen en de lange uitsteltijd) is een uiterst boeiend maar complex vraagstuk. Wellicht moeten we ook daar out of the box denken en een gecombineerde aanpak (preventie in scholen, jeugdbewegingen en andere vindplaatsen én laagdrempelige behandelingen in de maatschappij) durven ontwikkelen, implementeren en evalueren.

Bovenstaande is net nog meer belangrijk omwille van de hierboven omschreven cohorteffecten met een hogere prevalentie van externaliserende problemen en stoornissen. Jongeren met dergelijke problemen hebben immers een externaliserende attributie en copingstijl. Als de hierboven beschreven cohorteffecten zich effectief doorzetten de volgende jaren, dan mogen we verwachten dat er zich andere klinische beelden zullen aandienen in de ggz: meer agressie, meer gedragsproblemen, minder vaak emotionele psychische problemen waar jongeren een duidelijke hulpvraag hebben en over het algemeen patiënten met lagere motivatie om zich effectief te laten behandelen. Dit is geen doembeeld, maar de klinische praxis zoals we ze nu kennen zal zich moéten aanpassen aan de nieuwe en toekomstige klinische cohorten patiënten: we zullen moeten leren professioneel te werken met jongeren / patiënten die geen directe hulpvraag hebben, en/of niet gemotiveerd zijn om effectief al te veranderen.

Hebben wij gegevens om deze extra bezorgdheid te staven?

Die hebben we zeker: populatieonderzoek toont aan dat externaliserende problemen veel vaker voorkomen dan vroeger, én ook geconcentreerd zijn bij de jongere populatie. Voor België en Vlaanderen zijn er data beschikbaar die aantonen dat toch 10-15% van de jongeren en jongvolwassenen nu positief screent op deze stoornissen. Dit betekent niet dat elkeen van die 10-15% effectief een externaliserende stoornis zal hebben in de volwassenheid, maar toch moeten we rekening houden met de hoge prevalentie in het klaslokaal, in de jeugdclub, in het gezin, in de maatschappij. Bovendien hebben we gegevens die duidelijk aantonen dat het probleembesef bij bijvoorbeeld eetstoornissen, suïcidaal en niet-suïcidaal zelfverwondend gedrag redelijk echt laag ligt. Jongeren hebben dan wel dit gedrag, maar men vindt tegelijk dat er geen probleem is dat moet worden behandeld.

De overheid wil extra inzetten op kinderen en jongeren en transitieleeftijd?

Inderdaad, in lijn met de wetenschappelijke populatiedata. Die transitieleeftijd is belangrijk omwille van twee grote elementen: de cohorteffecten die we eerder uitlegden. Maar is ook natuurlijk het disruptieve karakter van de kinder- en jongerenpsychiatrie ten aanzien van de volwassenpsychiatrie. Omwille van de geschiedenis van onze ggz loopt die overgang de facto heel erg abrupt: van de ene op de andere dag maakt de patiënt deel uit van de volwassenpsychiatrie, terwijl de overgang tussen adolescentie, ontluikende volwassenheid ('emerging adulthood') en de jongvolwassenheid natuurlijk een continuüm is. Het is aan de ggz om hier beterschap te brengen, vooral ook als we weten dat het proces van professionele hulp zoeken complex is en niet lineair loopt. En laten we ook niet vergeten dat die transitieleeftijd net de periode is waarin 50% van alle pathologie ontstaat.

De extra inzet heeft trouwens niet enkel een curatieve uitdaging, maar ook zeer zeker een preventieve: aangezien de transitieleeftijd de leeftijdsperiode is waarin de start van pathologie zich voordoet is het van cruciaal belang te denken aan de implementatie van een aantal wetenschappelijk verankerde interventies – bijvoorbeeld op klas- en schoolniveau – waardoor het ontstaan van psychische problemen kan worden gereduceerd. Met andere woorden, niet wachten tot het probleem zich voordoet maar effectief interveniëren in en vanuit de gemeenschap. Die interventies kunnen zich vertalen in bijvoorbeeld het implementeren van specifieke methodieken in de klas die hebben aangetoond dat ze de ontwikkeling van pathologie (tot 20 jaar lang) sterk verlagen.

Een andere vertaalslag zit in bijvoorbeeld de sterke samenwerking tussen huisarts, klinisch psycholoog en psychiater. Een eerste opstap naar de psycholoog wordt met de huidige RIZIV-conventie makkelijker. Veel inzet op laagdrempeligheid en kortdurende behandeling voor wie het nodig heeft. Ook dat is vermaatschappelijking van zorg: niet enkel de zorg in de gemeenschap verankeren, maar ook ín en met de gemeenschap verantwoordelijkheid opnemen om de ontwikkelen van psychische problemen tegen te gaan.

Kunnen wij vanuit cijfergegevens aanbevelingen doen naar huisartsen, de GGZ, de overheid, de jongeren zelf?

- Naar de huisartsen: aangezien driekwart van alle patiënten die in de ggz komen dit doen via de huisarts – en gegeven dat 94% van de Belgen een huisarts heeft – is het van groot belang te weten dat de zorg bij de huisarts start. Hieraan gekoppeld is het noodzakelijk dat de psycholoog en de huisarts gedeelde zorg hanteren ten aanzien van de patiënt, in openheid en vertrouwen, en met een gedeeld dossier. Op zich moeten zij – in samenspraak met de patiënt – kunnen schakelen naar meer gespecialiseerde zorg als dat nodig is.
- De GGZ: als de cohorteffecten zich verderzetten dan zal de ggz (op microniveau) een doorstart moeten maken en moeten denken aan specialistische behandelmodellen die kunnen worden gebruikt voor pathologieën die we nu minder zien, maar waar de stijging in duidelijke lijn ligt. Ik vraag mij bijvoorbeeld luidop af of we niet de vraag moeten stellen welke specifieke behandelingen we straks als sector kunnen inzetten bij de aankomende externaliserende stoornissen. Op het niveau van de organisatie van de ggz (mesoniveau) moeten we leren denken in functie van netwerken waarin continuïteit-van-zorg centraal staat en waar de patiënt kan schakelen binnen de verschillende functies binnen een netwerk als dat nodig is. We moeten ook denken over welke expertise binnen welk netwerk de verantwoordelijkheid neemt voor de zich voordoende pathologie in dat netwerk.
- De overheid: we staan op een kantelpunt naar een betere organisatie van de zorg, met oog voor preventie en curatie. We moeten durven de ingeslagen richting verder te exploreren, met specifieke key performance indicators en outcomes (zoals populatiemanagement). We zijn het aan de maatschappij verplicht wetenschappelijke gegevens te hanteren, de hervormingen te evalueren en, waar nodig, bij te sturen, vanuit een gezondheidseconomisch model. Tegelijk mogen we niet vergeten dat we niet enkel dienen te meten: de zorg moet gebaseerd zijn op een value-based healthcare model voor de ggz waar ervaringen van de patiënt en zijn omgeving een rol hebben, onder andere door behandelingen na te streven die niet enkel goed zijn voor de patiënt, maar waar de patiënt ook een eigen stem heeft in zijn behandeling (participatie) en waar hierdoor de behandeling satisfactie genereert bij de patiënt en zijn omgeving. We zouden hier, om in een Vlaamse terminologie te blijven, als vierde element van een Vlaams value-based beleid ook nog een sterke herstelvisie kunnen toevoegen.
- De jongeren: weet dat emoties bij het leven horen. Emoties zijn geen gegevenheid, die moeten worden ontwikkeld, in relatie met ouders, vrienden, schoolgenoten. Spreken over emoties helpt ze ook te ontwikkelen, zorgzaam met jezelf en met mekaar omgaan ook. Dat kan met / bij vrienden, familie of een professionele hulpverlener als het niet gaat. Als je je psychisch niet goed voelt weet dan dat deze problemen niet zomaar weggaan. Ze kunnen wel worden behandeld zodat het weer beter wordt. En verder: lééf.