

UPC

Z.ORG KU LEUVEN



TRANSITIEPSYCHIATRIE

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR JONGEREN IN DE OVERGANG NAAR VOLWASSENHEID

PROBLEEMSTELLING :

Voor jongeren met GG-problemen is de overgang van Kinder- en jeugdpsychiatrie naar Volwassenenpsychiatrie problematisch

**OPTIMALE
TRANSITIE
< 5%**



- Geplande overdracht
- Informatietransfert
- Parallel of gezamenlijk contact
- Zorgcontinuïteit na overdracht

VOORSPELLERS: EPA (psychose, bipolaire, depressie) & MEDICATIE

BJPsych

The British Journal of Psychiatry (2010)
197, 305–312. doi: 10.1192/bjp.bp.109.075135

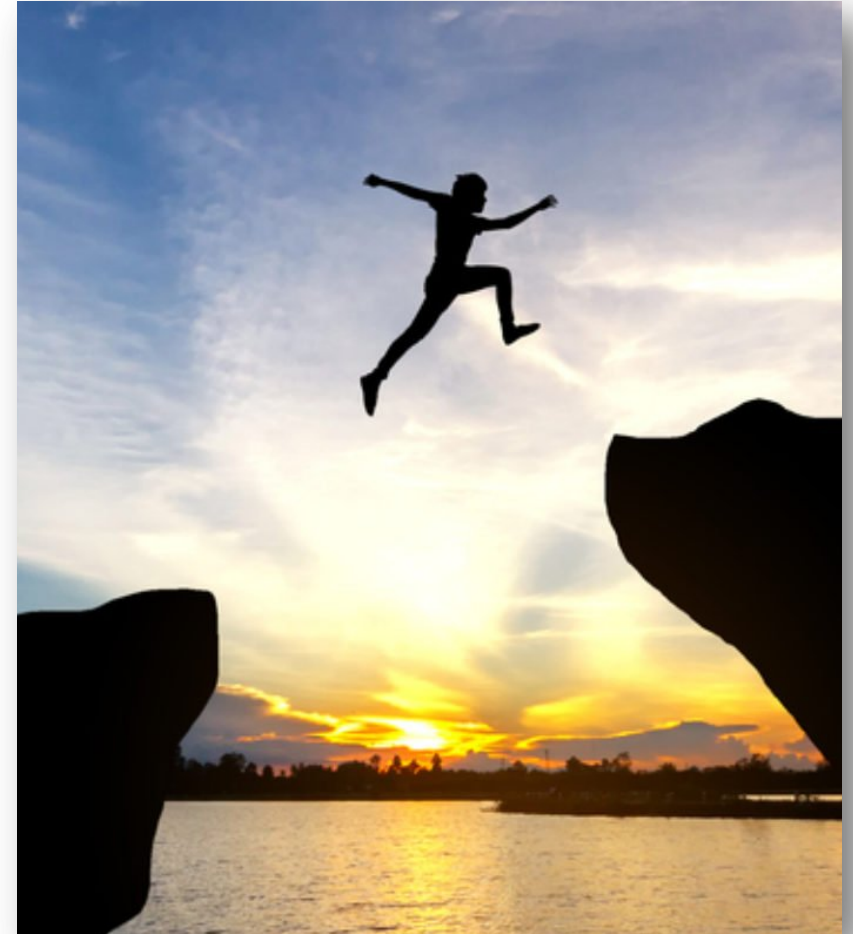
Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study

Swaran P. Singh, Moli Paul, Tamsin Ford, Tami Kramer, Tim Weaver, Susan McLaren, Kimberly Hovish, Zoebia Islam, Ruth Belling and Sarah White

KRITISCH BEKEKEN ...

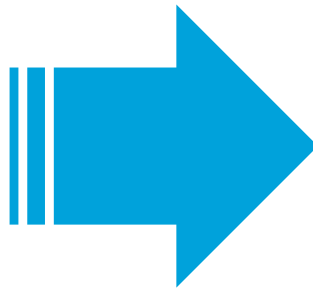
- IS TRANSITIE ALTIJD NODIG ?
 - Eén van vele overgangen en dus keuzes
 - Studie-oriëntatie, beroepsoriëntatie
 - Partnerkeuze
 - Wonen
 - Recht op autonome keuze ?

- IS DEZE TRANSITIE SPECIFIEK ?
 - Transities tussen
 - Modaliteiten van aanbod (ambulant, (semi-)residentieel
 - Sectoren (jeugdzorg, VAPH, GGZ,...)
 - **Hoe vaak zijn die dan optimaal ?**



KRITISCH BEKEKEN ...

- CONCEPT OPTIMALE TRANSITIE IMPLICEERT
 - dat alle “pathologie” continuïteit kent
 - dat ervoor en erna wèl continuïteit in zorg wordt geboden?



I. PERSPECTIEF VANUIT KINDER-EN JEUGDPSYCHIATRIE

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR JONGEREN IN DE OVERGANG NAAR VOLWASSENHEID

Vanuit klassieke “pathologie” bekeken

Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of *DSM-IV* Disorders in the National Comorbidity Survey Replication

Ronald C. Kessler, PhD; Patricia Berglund, MBA; Olga Demler, MA, MS; Robert Jin, MA; Kathleen R. Merikangas, PhD; Ellen E. Walters, MS

Context: Little is known about lifetime prevalence or age of onset of *DSM-IV* disorders.

Objective: To estimate lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the recently completed National Comorbidity Survey Replication.

Design and Setting: Nationally representative face-to-face household survey conducted between February 2001

and February 2002. Lifetime prevalence of any disorder was 46.4% (95% CI 44.4%–48.4%). Median age of onset is much earlier for anxiety (11 years) and impulse-control (11 years) disorders than for substance use (20 years) and mood (30 years) disorders. Half of all lifetime cases start by age 14 years and three fourths by age 24 years. Later onsets are mostly of comorbid conditions, with estimated lifetime risk of any disorder at age 75 years (50.8%) only slightly higher than at age 14 years (46.4%).

Conclusions: About half of Americans will meet the criteria for a *DSM-IV* disorder sometime in their life, with first onset usually in childhood or adolescence. Interventions aimed at prevention or early treatment need to focus on youth.

Beginleeftijd van psychiatrische stoornissen

MEDIAAN (i.e. 50% is al begonnen VOOR deze leeftijd :

	Mediaan AoO	Interval 25 ^e -75 ^e percentiel
Angststoornissen	11j	6 – 21 j
Impulscontrolestoornissen	11j	8 – 15 j
Middelenmisbruik	20j	18 – 27 j
Stemmingsstoornissen	30j	18 – 43 j !?
“Schizofrenie”	28j	

“mental disorders are distinct from chronic physical disorders (where risk of onset increases with age) because they have their strongest foothold in youth, with substantially lower risk among people who have matured out of the high-risk age range”

WHO World Mental Health International College Student project

- 1^e jaars studenten in 19 universiteiten in 8 landen, bij aanvang
- Zelfrapportering via gevalideerde screeningvragenlijsten:
- Voorbij 12 maanden, minstens 1
 - Wereldwijd: 31%
 - België: 19%

	Voorbij 12 maanden	Mediane aanvangsleeftijd
Majeure depressie	18,5	14,3
Veralgemeende angstst.	16,7	14,6
Paniekst.	4,5	14,6
(Hypo)manie	3,1	15
Alcoholmisbruik	6,3	15,6
Middelenmisbruik	3	16,2



Dit is een onderschatting...

Want NIET meegenomen in deze cijfers:

- Vroege ontwikkelingsstoornissen (ADHD, Autisme Spectrum Stoornissen)
- Eetstoornissen : tiener-adolescentie-jonge vrouwen
- Hechtings- en trauma-ontwikkelingsstoornissen

Adolescent mental health in the European Region

Europese cijfers

bij 10-19-jarigen in 2015:

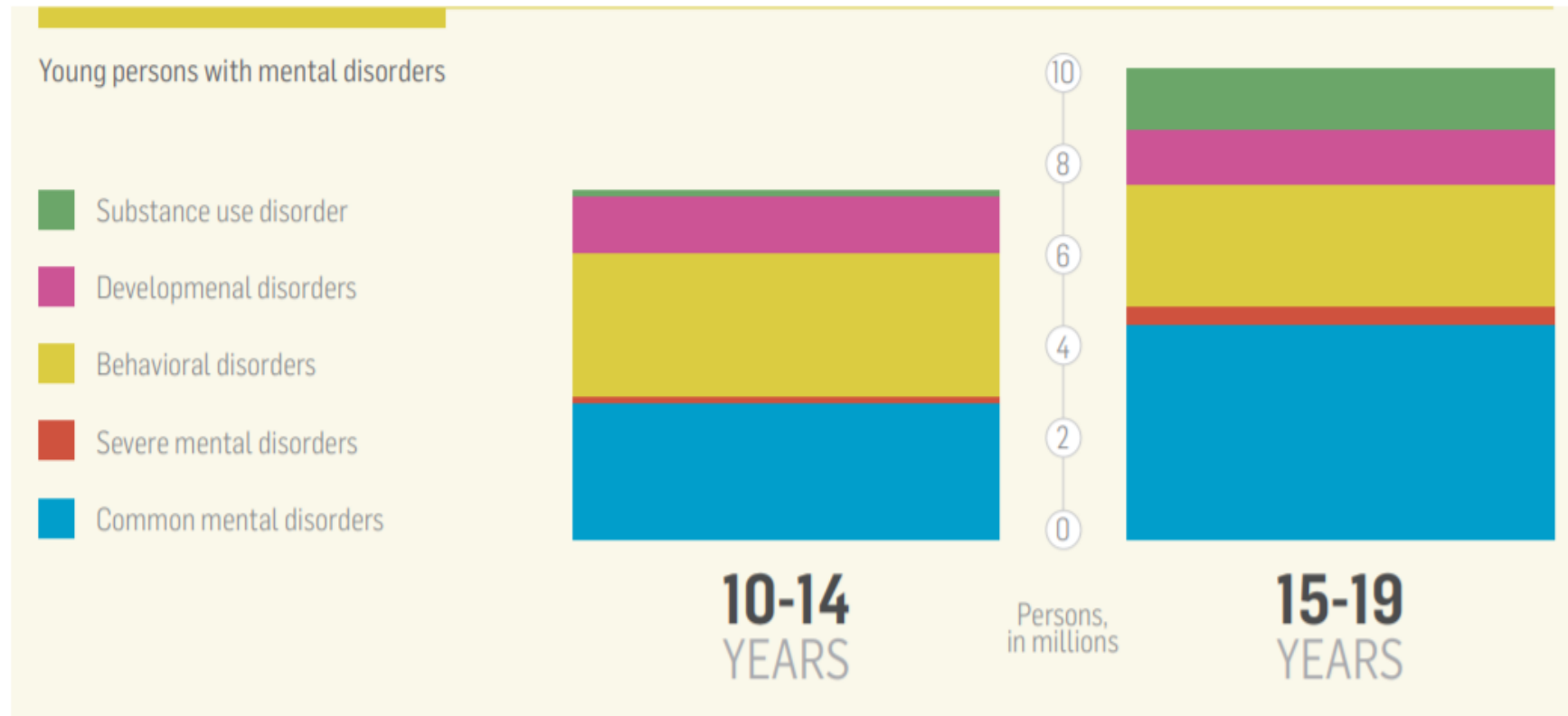
- 17 miljoen
- 20%

Kinderen:

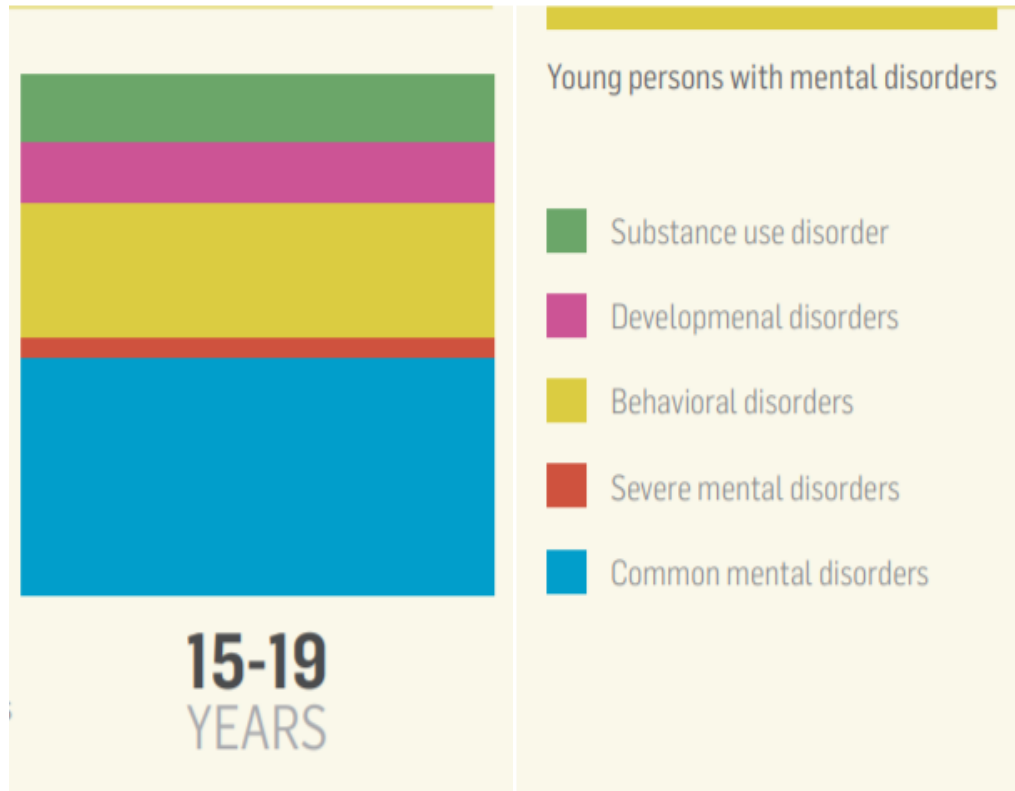
- gedrags- en ontwikkelingsstoornissen meest prevalent

Adolescenten:

- Ontwikkelingsstoornissen relatief stabiel
- Toename van angst-, stemmings, eet- en andere psychiatrische stoornissen
- Toename van middelen gerelateerde stoornissen



Continuïteit / Discontinuïteit Psychopathologie



70 %
PERSISTENTIE
NAAR VOLWASSENHEID

Homotypische en heterotypische continuïteit

Predictie van stoornis op 14j op basis van stoornis op 7j
(odd's ratios)

20/56 heterotypische verbanden zijn significant (gecontroleerd voor homotypische continuïteit)

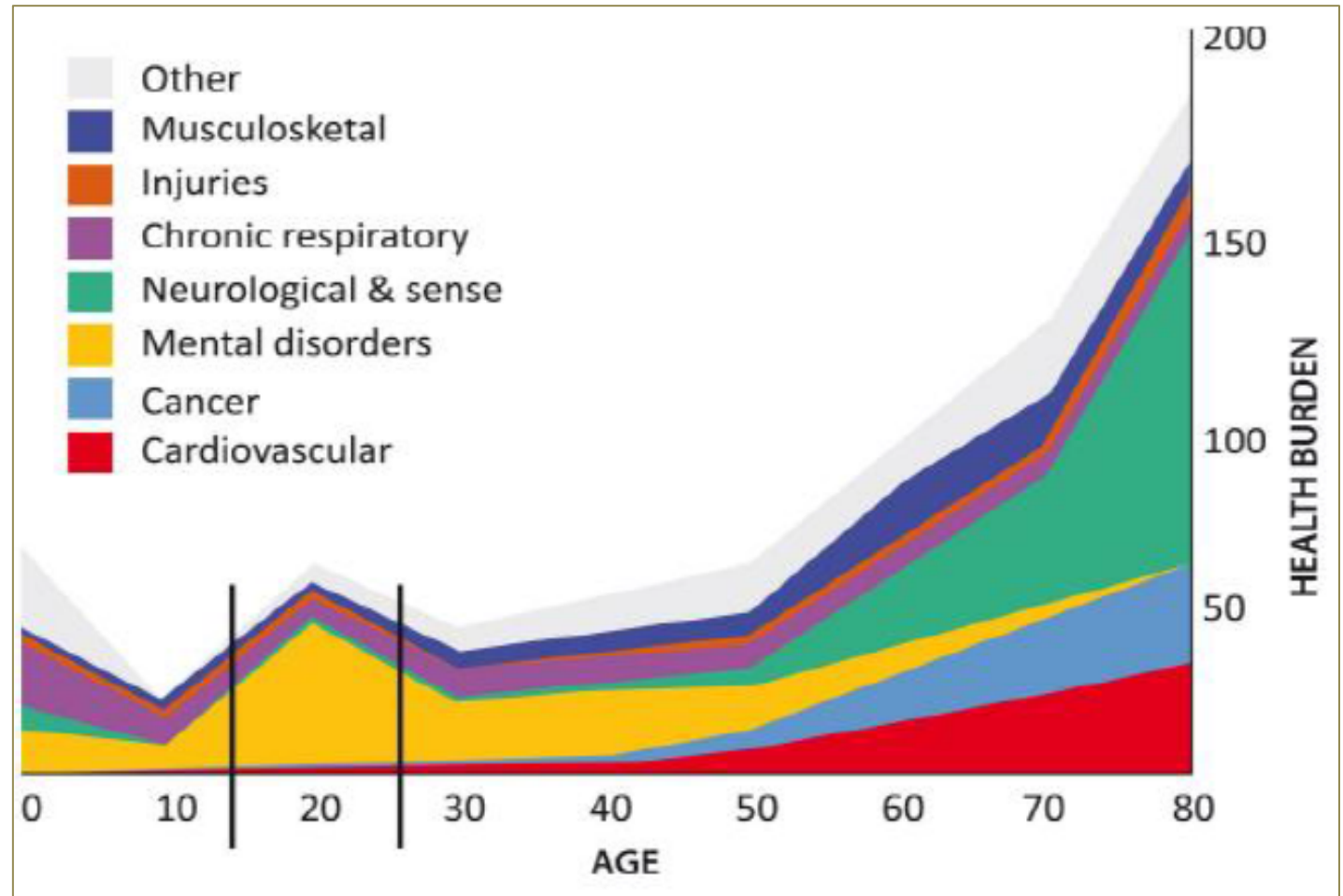
Gedeelde oorzaken ?
Causale relatie ?

		<i>Fear</i>		<i>Distress</i>			<i>Externalizing</i>		
		SPP age 14	SOP age 14	PTSD age 14	GAD age 14	DEP age 14	ADHD age 14	ODD age 14	CD age 14
<i>Fear</i>	SPP age 7.5	2.48** (1.79 – 3.44)	2.68** (1.78 – 4.05)		1.69** (1.19 – 2.41)	1.89** (1.31 – 2.70)			
	SOP age 7.5		8.02** (5.57 – 11.53)		2.09** (1.42 – 3.01)				
<i>Distress</i>	PTSD age 7.5			7.82** (4.11 – 14.90)	2.49** (1.39 – 4.46)		2.35** (1.28 – 4.34)		
	GAD age 7.5	2.63** (1.84-3.68)			2.34** (1.62 – 3.39)	1.55* (1.04 – 2.32)			
	DEP age 7.5			2.08* (1.19 – 3.65)	1.46* (0.99 – 2.14)	2.14** (1.48 – 3.10)			
EXT	ADHD age 7.5			2.83** (1.69 – 4.72)	3.14** (2.31 – 4.28)	2.10** (1.48 – 2.98)	7.77** (5.49 – 10.98)	3.10** (1.98 – 4.92)	2.26** (1.32 – 3.88)
	ODD age 7.5						2.33** (1.49 – 3.66)	5.29** (3.26 – 8.61)	1.85* (1.01 – 3.42)
	CD age 7.5					1.55* (1.09 – 2.19)	2.04** (1.43 – 2.92)	2.93** (1.98 – 4.34)	4.10** (2.84 – 5.90)

Bovendien: vanuit economisch perspectief...

WHO: Meeste
gezondheidswinst
valt te halen in de
groep 14 tot 25

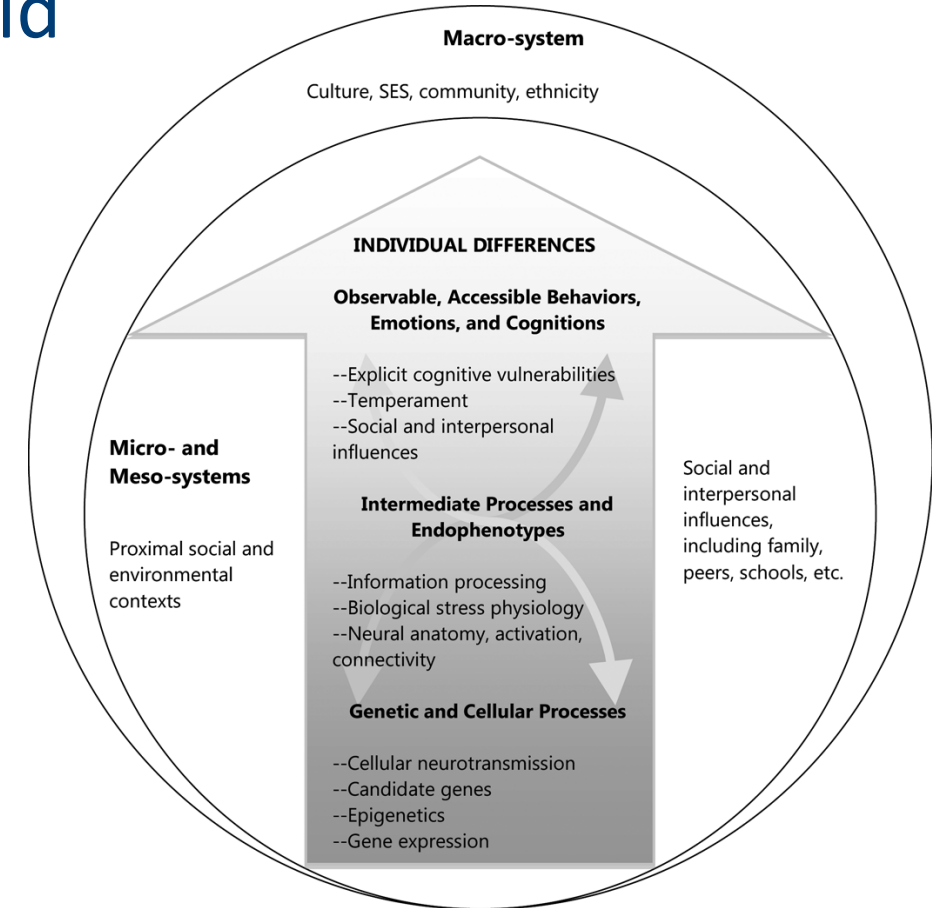
(in termen van DALYs = Disability-
adjusted-life-years)



Vanuit ontwikkelingsperspectief bekeken

Kritische factoren voor gezonde mentale ontwikkeling

- Individuele biologische kwetsbaarheid
- Sensitief ouderschap
 - Hechting, binding
 - Afstemming op het reële kind
- Veilige omgeving
 - Micro: thuis
 - Meso: vrienden, buurt
 - Macro: gemeenschap, cultuur
- Positieve leeromgeving op school



Vroege risicofactoren: ACE: Adverse Childhood Experiences



Petrucelli ea. 2019, Child Abuse & Neglect; Van Winckel ea 2013, Can J Psychiatry

Vroege risicofactoren: eerste 1000 dagen

- Oorspronkelijk concept ~ voeding
- HECHTING
 - Als veilige basis om de wereld te exploreren
 - Als catalysator voor cognitieve, taal- en socio-emotionele ontwikkeling
 - Als blauwdruk voor toekomstige relaties
- BINDING
 - Als fundament voor sensitief ouderschap
- COREGULATIE
 - Als basis voor emotieregulatie

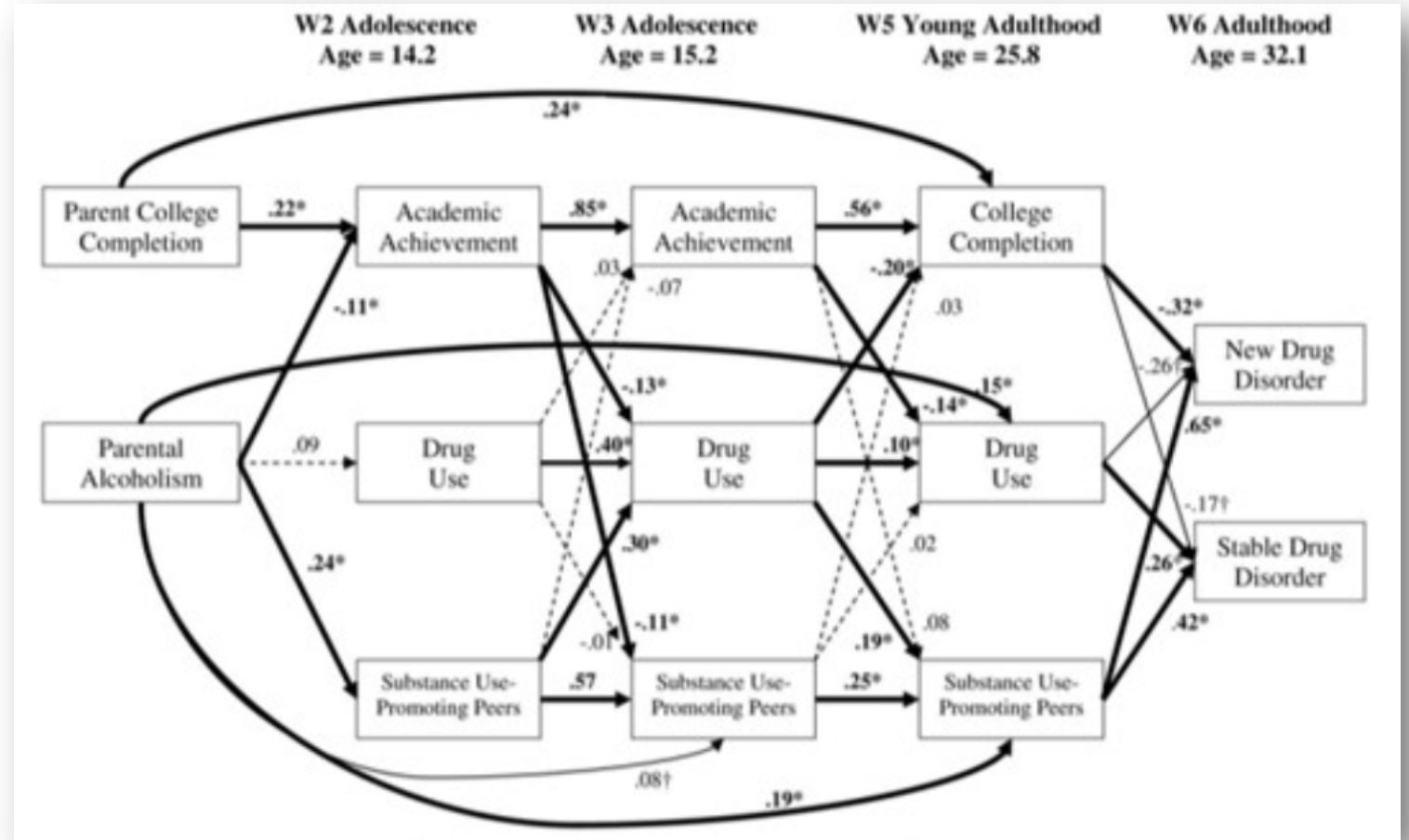


Cumulatieve ontwikkelingscascades

= cumulatieve consequenties van interacties en transacties over tijd (sneeuwbaaleffecten)

Interacties en transacties tussen

- opleidingsniveau ouders
- middelengebruik ouders
- schoolprestaties jongere
- middelengebruik jongere
- gebruikende leeftijdsgenoten resulterend in middelengebruik op volwassen leeftijd



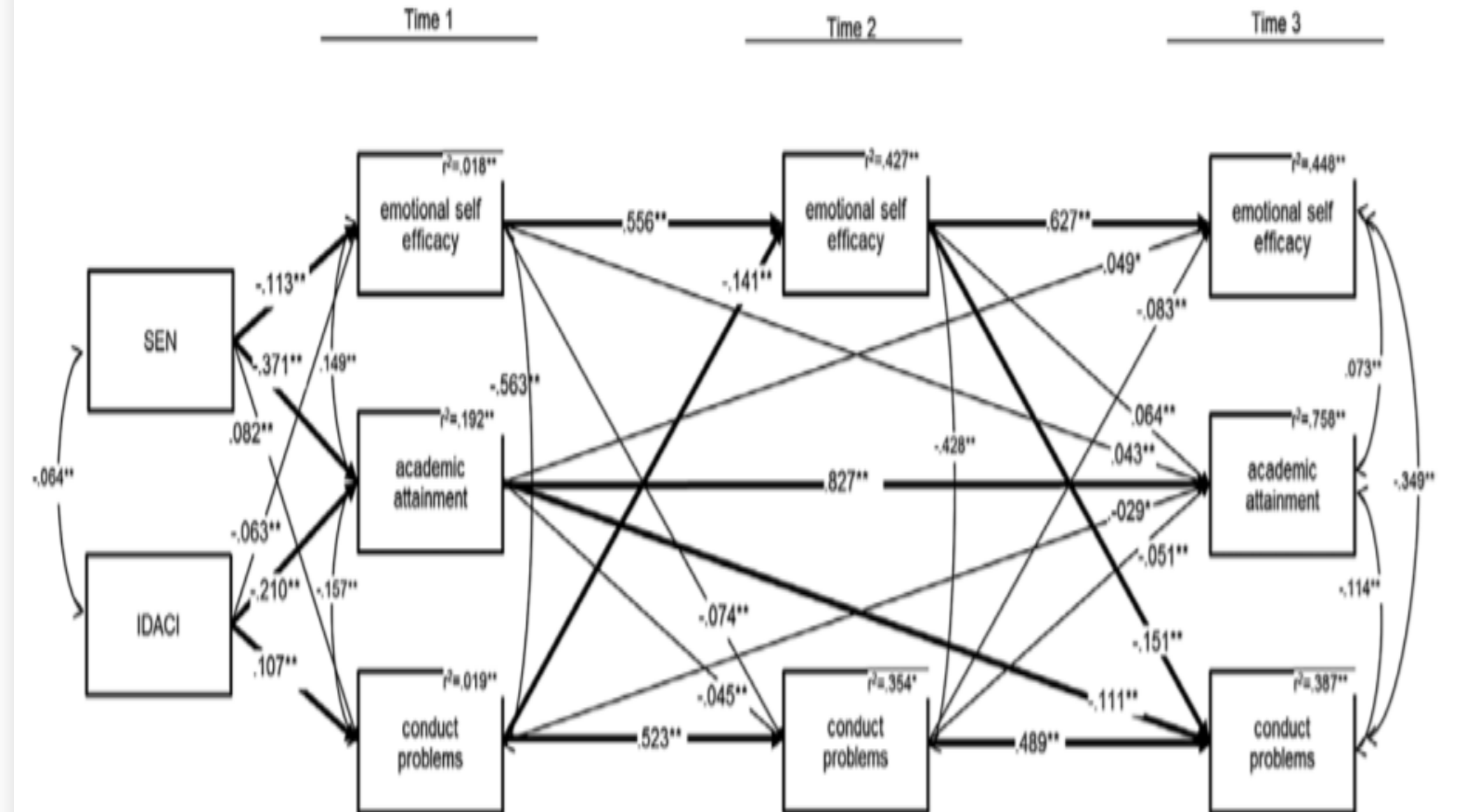
Cumulatieve ontwikkelingscascades

Interacties & transacties

- emotieregulatie
- gedragsproblemen
- Schoolresultaten

Én gedeelde risicofactoren

- SES
- Disability-status



Ontwikkeling ontvouwt de wereld

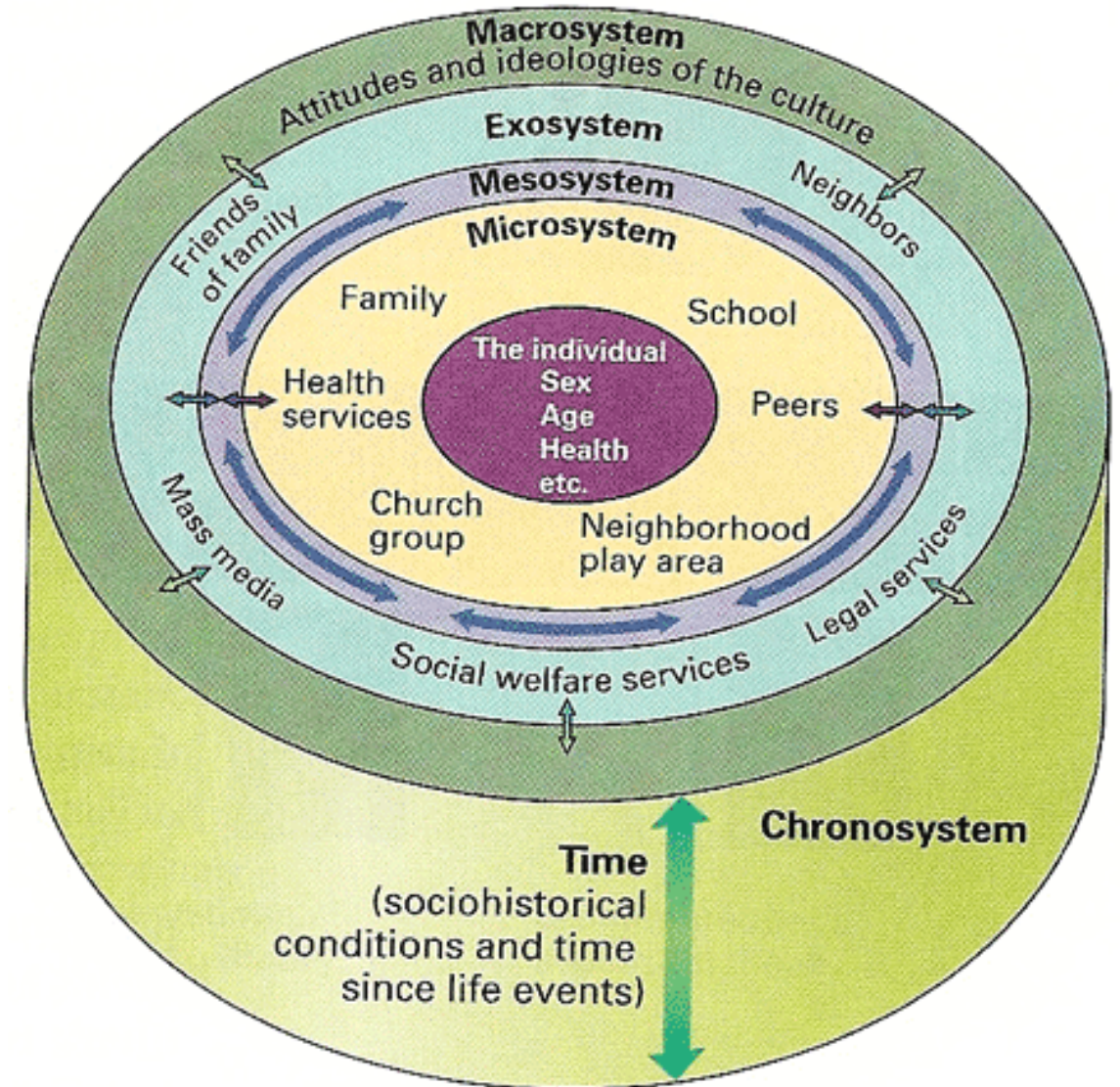
Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen is dus ingebed in een veellagig ecosysteem

OBLIGAAT

- Ouderwerking & gezinswerking
- Schoolwerking

EN VAAK OOK

- Familie
- Jongerenwelzijn of VAPH
- Vrienden



GGZ K&J: intersectoraal ecologisch netwerkperspectief



Socio-legaal

- Bescherming tegen geweld, mishandeling
- Zorg voor kwetsbare groepen (migranten, armoede)
- CAW, JH, justitie, Kinderrechten



GZ-promotie

- Beweging
- Voeding
- Anti-pesten
- Prosociaal gedrag
- SCHOOL, MEDIA



Preventie & vroeg-interventie

- VAD
- VLESP
- Online zelfhulp
- Vroegdetectie-Vroeginterventie
- Eerstelijnspsychologen
- LOGOs, 1^e lijn, NETWERKEN



GGZ

- Van 0 tot ...
- Evidence-Based-Practice & Practice-Based-Evidence aan juiste intensiteit
- K&J-psychiatrie = Gezinspsychiatrie
- GGZ

Wat heeft dit nog te maken met transitiepsychiatrie ?

Wat ontglipt aan kinder- en jeugdpsychiatrie ?

1. Hoge unmet need:

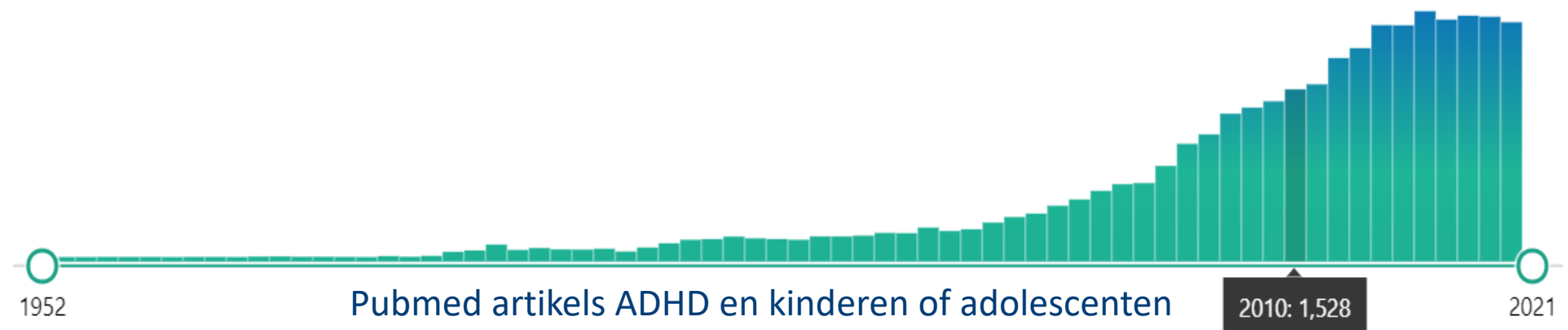
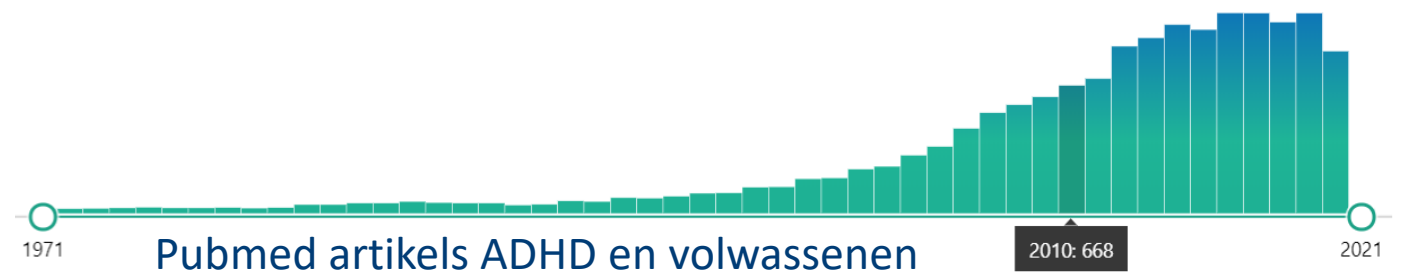
- 60-69 % (nationale gezondheidsenquête, 2018): “stoornis” in laatste 12 maand, maar geen stap richting hulp
- Lange wachttijden (Staten-Generaal GGZ, 2020)
 - 45% op meerdere wachtlijsten (>< 16 % volwassenen)
 - Vooral bij ontwikkelingsstoornissen (50% tot meer dan een jaar)
 - ook voor crisisopname of mobiel crisisteam
- Te weinig intensieve zorg (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2018)
 - Zorgperiode over 1 jaar: 7 contacten, waarvan 5,3 “behandelend”



Wat ontglipt aan kinder- en jeugdpsychiatrie ?

2. Ontwikkelingsstoornissen

- Autisme
- Psychiatrische beelden bij mentale beperking
- Ticstoornissen
- ADHD



Wat ontglipt aan kinder- en jeugdpsychiatrie ?

3. Boodschappers en ontvangers

KINDEREN

- Cognitie, taal, emotieregulatie, sociale, motivationele en morele vaardigheden zijn nog in ontwikkeling
- Ouders als mediators

TIENERS / ADOLESCENTEN

- “Tienerbrein”: emotie >>> ratio
- Nachträglichkeit
- “Personal Fable” & autonomiedrang
- Peers >>> Volwassenen
- In uitersten (stemming, energie, redelijkheid,...)
- Vaak al hele rugzak
- **Hechtingsrupturen**

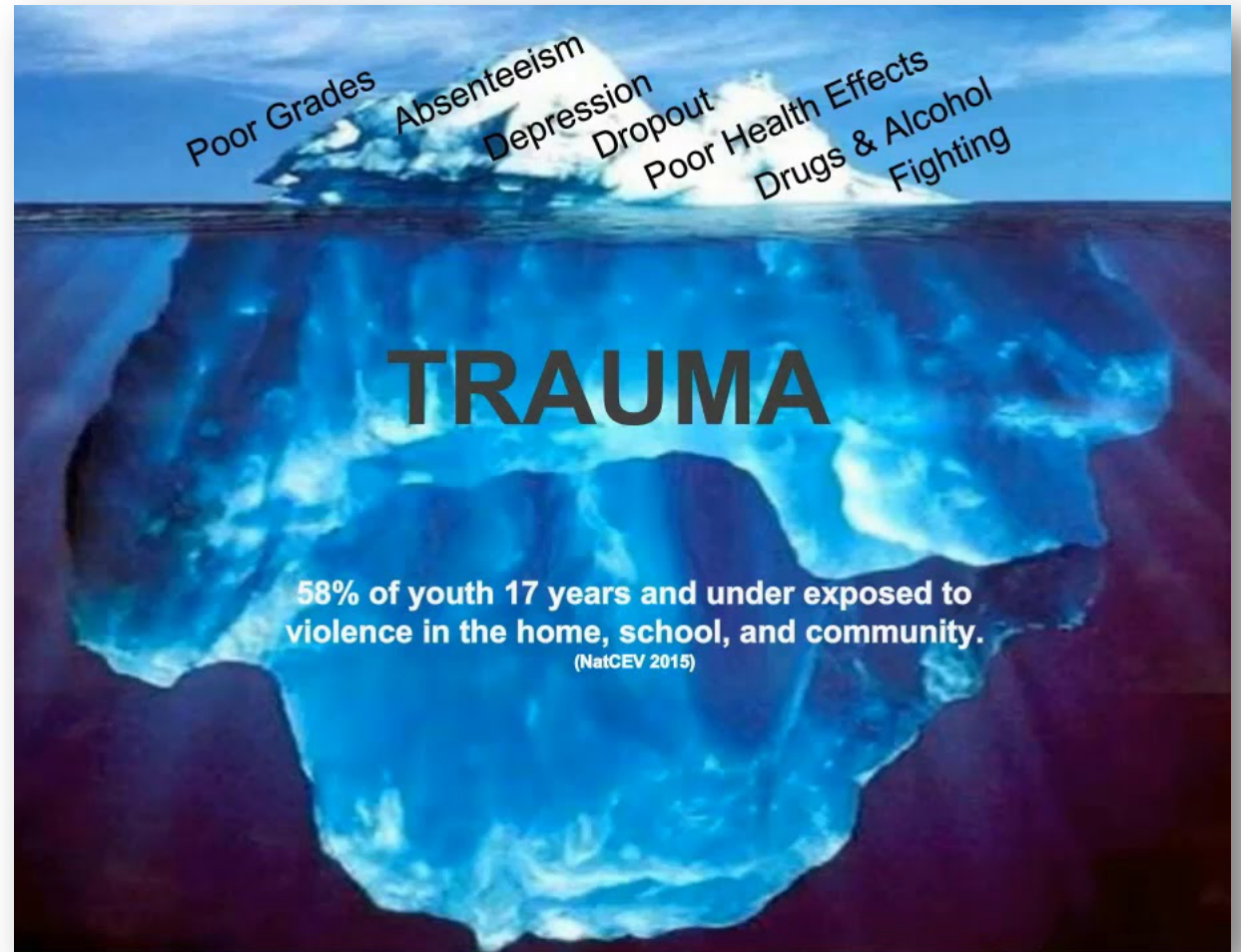


Wat ontglipt aan kinder- en jeugdpsychiatrie ?

4. ACEs in hier en nu

- Loyaliteit
- Geen actief besef
- Gezinsgeheimen
- Gebrek aan medewerking
- Justitie vaak betrokken
- Uithuisplaatsing

Uitdaging om tot constructieve samenwerking te komen



BESLUIT

- Gezien de meeste stoornissen hun aanvang kennen in de kinderleeftijd, en adolescentie
- Gezien de meeste gezondheidswinst voor mentale stoornissen te halen is in de adolescentie
- Gezien risicofactoren zich transactioneel cumulatief gedragen

moet de ontwikkeling van Kinder- en Jeugd GGZ-aanbod
prioritaire aandacht krijgen

Preventie van problemen op (jong)volwassenleeftijd zit
grotendeels dààr !

Wat biedt de transitieleeftijd ?

JONGEREN

- Beter mentalisatievermogen
- Meer emotieregulatie
- Meer autonomie
- Hoge zelffocus
- Op kruispunt van keuzes



Motivatie ?

AANKLAMPEND WERKEN

JONGEREN MET GGZ VAAK LAGE SOCIO-EMOTIONELE ONTWIKKELING

OUDERS: KANS OP HERSTEL HECHTINGSRUPTUREN
(bv. ABFT)



TRANSITIEPSYCHIATRIE

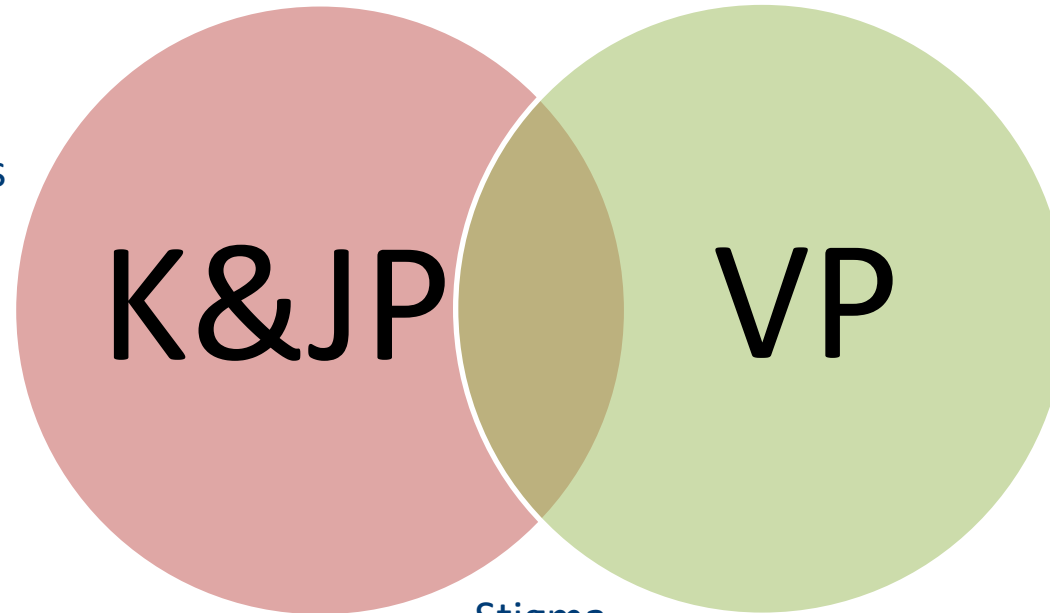


Een berg werk op de plank... in een window of opportunity !

K&JP en VP: SAMENWERKING IN JOVOWERKING

Ontwikkelingsstimulatie & bescherming

Hersenfuncties in ontwikkeling
Blueprints voor coping en relaties
Creatieve therapie
Werken met gezinscontext
Werken met schoolcontext
Werken met lage SEO
Aanklampende werken



Stigma
Empowerment
Zelfrealisatie
Zingeving
Prosociaal gedrag in relaties
Hechtingsrupturen herstellen

Herstel

1/1 therapie
Groepstherapie
Relationeel functioneren
Professioneel functioneren
Kindreflex

BESLUIT

- Gezien de meeste stoornissen hun aanvang kennen in de kinderleeftijd, adolescentie en vroege volwassenheid
- Gezien de meeste gezondheidswinst voor mentale stoornissen te halen is tussen 14-25 jaar
- Gezien risicofactoren zich transactioneel cumulatief gedragen
- Gezien de lagere socio-emotionele ontwikkelingsleeftijd en de opportuniteit tot herstel van hechtingsrupturen

moet de ontwikkeling van Kinder- en Jeugd- en JOVO-aanbod
prioritaire aandacht krijgen en moet de expertise KJP & VP
samen aangeboden worden aan JOVO