

Psycho Praktijk

VAKBLAD VOOR PSYCHOLOGIE, PSYCHOTHERAPIE & PSYCHIATRIE

Artikel

Heeft het zin zo vroeg mogelijk te handelen?

door Jaap van der Stel*

PsychoPraktijk jaargang 3, nummer 6 p. 20-23

Trefwoorden: vroege opsporing, vroege interventie

Inhoud

- [Vroegtijdige interventie en psychopathologie](#)
- [Extra probleem: fixatie op eindstadia](#)
- [Ontwikkelingsperspectief](#)
- [In de tussentijd](#)
- [Psychosen](#)
- [Andere voorbeelden](#)
- [Toekomst: ander paradigma](#)

Deze bijdrage gaat in op de vraag of het zinvol is bij psychische aandoeningen zo vroeg mogelijk te handelen [1](#). Die vraag is om allerlei redenen niet eenvoudig te beantwoorden. Toch zijn er goede voorbeelden waaruit blijkt dat de psychiatrie mogelijkheden heeft met betrekking tot vroegtijdige opsporing en interventie.

In alle geneeskundige disciplines geldt dat 'in principe' door vroegtijdige opsporing en behandeling de grootste kans op genezing bestaat of dat een ernstig(er) beloop kan worden voorkomen. Zo gezegd lijkt het vanzelfsprekend dat zoveel als mogelijk middelen moeten worden ingezet op de beginfasen van aandoeningen. Zo simpel is het helaas niet: vaak is nog nauwelijks bekend op welke tekens of signalen men zich bij de vroege opsporing moet richten. En wanneer een groep mensen naar later blijkt ten onrechte tot een risicogroep is gerekend en als gevolg daarvan nodeloos bezorgd is geworden en is behandeld, is er een groot medisch-ethisch probleem. Daar komt bij dat aandoeningen, waaronder sommige psychische stoornissen, een heel lange aanloop kunnen hebben alvorens symptomen manifest worden. En om het nog ingewikkelder te maken: dezelfde signalen die vroegtijdig kunnen worden opgespoord, en die mogelijk wijzen op het ontstaan van een bepaalde stoornis, kunnen ook verband houden met een andere psychische stoornis. Ze zijn daarmee niet specifiek genoeg en dat hindert uiteraard de besluitvorming over een specifieke vroegtijdige behandeling.

Vroegtijdige interventie en psychopathologie

Dat een zo vroeg mogelijke screening en aansluitende werkzame behandeling van immens belang kan zijn voor de verbetering van de gezondheid en de kans op vroegtijdig overlijden sterk kan verminderen, is klip-en-klaar gedemonstreerd door de oncologie. Kanker was vroeger slechts bekend als een dodelijke ziekte; dat beeld is inmiddels veel genuanceerder geworden. Oncologen zijn steeds beter in staat de verschillende soorten kanker in een beginstadium te ontdekken en te behandelen. Psychiaters willen dit natuurlijk ook op hun terrein, maar zij worden geconfronteerd met een aantal grote problemen. Om te beginnen is er nog heel weinig bekend over het ontstaan van psychopathologie. Oncologen kunnen behalve diagnostiek bedrijven met hun zintuigen, gebruikmaken van een scala van biomedische onderzoeksmethoden. In de psychiatrie is de diagnostiek nog lang niet zo ver ontwikkeld dat op zo'n manier van de resultaten van hersenwetenschappelijke onderzoek gebruik kan worden gemaakt en dat daarmee een betrouwbare diagnose kan worden onderbouwd. Het te screenen systeem (de hersenen en het menselijk gedrag dat daarop is gebaseerd) is uiterst complex – er bestaat geen systeem dat nóg ingewikkelder is. Daar komt bij dat de structuur en werking van de hersenen, in het bijzonder de hogere functies ervan, in de context van de sociale en culturele omgeving onderzocht moeten worden om de bevindingen te kunnen interpreteren. Nu hoeft uiteraard niet alles bekend te zijn om tot een betrouwbare diagnose te komen, maar het contrast tussen de potenties van de oncologie en de psychiatrie is nog groot [2](#).

Dat betekent niet dat er geen vooruitgang mogelijk is, of niet al plaatsvindt. Zo kunnen kinderpsychiaters al op hele vroege leeftijd nagaan of bij een kind sprake is van autisme. In de nabije toekomst kan de diagnose mede ondersteund worden door de uitkomsten van hersenscans (MRI) [3](#). En in het geval dit wordt bevestigd kan vervolgens een behandelstrategie worden ontwikkeld. De mogelijkheid om al op jonge leeftijd – nog voordat symptomen manifest zijn

geworden – te kunnen vaststellen of sprake is van een atypische ontwikkeling die leidt tot schizofrenie of bipolaire stoornis is er op dit moment nog lang niet [4](#).

Hetzelfde geldt voor het gros van de andere vormen van psychopathologie. Hoogstens kunnen op grond van longitudinale studies uitspraken worden gedaan over een 'verhoogd', of 'sterk verhoogd' risico. Zulke uitspraken zijn van groot wetenschappelijk belang, maar voor een betrouwbare prognose vaak nog veel te vaag. Het is namelijk niet alleen nodig te voorspellen dat mensen met *die* en *die* kenmerken een grote kans hebben op een bepaalde aandoening. Het is ook nodig om een inschatting te kunnen maken van de secundaire risico's die er mee gemoeid zijn als mensen ten onrechte tot een risicogroep worden gerekend en een – nooit geheel gevaarloze – behandeling ondergaan. Het is dus zaak om kenmerken te vinden waarmee heel precies prognoses kunnen worden onderbouwd. Dit is een lastig probleem voor de psychiatrie omdat, zoals gezegd, een atypische ontwikkeling van psychische functies een heel lange aanloop kan hebben, soms van enkele decennia. En in de tussentijd kan er nog van alles, ten gunste of ten ongunste gebeuren – al dan niet als gevolg van professioneel handelen. Een oplossing voor dit probleem is een kwestie van strategie. Kinderen of jeugdigen in een hoog-risicosituatie kunnen extra aandacht krijgen door ze te laten deelnemen aan trainingsprogramma's, of een behandeling aan te bieden die voorkomt dat een ongunstige ontwikkeling zich doorzet. (De selectie van kinderen zou kunnen plaatsvinden met behulp van een lijst criteria, die wetenschappers kunnen samenstellen. Daarop kunnen kenmerken van het kind en/of hun sociale achtergrond of omgeving vermeld staan.) Ook de ouders kunnen een training of advies krijgen, of educatie ontvangen: op welke signalen moeten ze alert zijn; wat kunnen ze het beste wel of niet doen, waar kunnen ze steun ontvangen voor de opvoeding?

Een algemeen probleem is dat de maatschappelijke bereidheid om signalen van beginnende psychopathologie zeer serieus te nemen en zo nodig intensief te onderzoeken en/of 'de vinger aan de pols te houden' minder groot is dan het geval is bij somatische aandoeningen of lichamelijke gezondheid. Iedereen vindt het vanzelfsprekend dat jonge mensen eens in het halfjaar naar de tandarts gaan voor een controlebeurt. Hun ouders krijgen een dringende oproep als ze niets van zich laten horen. Met zoiets wezenlijks als de geestelijke gezondheid gaan we in onze samenleving op de keper beschouwd veel slordiger om. Dat lijkt verstandig, omdat een vergelijkbare constructie als de tandartszorg voor de psychische gezondheid veel geld zou kosten. Maar het zal gezondheidseconomen weinig moeite kosten om aan te tonen dat een goed opgezet en effectief systeem de samenleving op termijn veel meer geld zal opleveren. Geld dat nu wordt besteed aan zorg die wordt geboden in een te laat stadium. Of de kosten die worden gemaakt door verlies aan productiviteit, grensoverschrijdend gedrag (lichte vergrijpen tot en met ernstige delicten die gerelateerd zijn aan psychopathologie, waaronder verslaving) of huiselijk geweld [5](#).

Extra probleem: fixatie op eindstadia

Een extra probleem waar de psychiatrie mee worstelt is dat de psychiatrie die is gericht op volwassenen een veel groter aandeel heeft in de gehele discipline dan de kinder- en jeugdpsychiatrie. In de volwassenenpsychiatrie maakt men gebruik van de DSM als het belangrijkste systeem waarin de kenmerken van de verschillende vormen van psychopathologie worden beschreven.

De DSM geeft echter bijna uitsluitend beschrijvingen van 'eindstadia'. Dat wil zeggen: de DSM beschrijft waaraan moet worden voldaan om te mogen spreken van stoornis x of y, en op grond van welke procedures zo'n uitspraak kan worden onderbouwd. In de volwassenenpsychiatrie is dit niet zo'n probleem, omdat men daar gewend is *dat* de aangemelde patiënten al een stoornis hebben. In de kinder- en jeugdpsychiatrie is de diagnostiek in veel gevallen veel 'vager', omdat, afgezien van aandoeningen die zich al op jonge leeftijd manifesteren, een definitieve diagnose veel minder voor de hand ligt. In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt men, als vanzelfsprekend, dus veel meer en vaker geconfronteerd met voorstadia van een atypische ontwikkeling waarvan op dat moment nog niet met zekerheid kan worden gezegd of een kind op latere leeftijd, conform de in de DSM opgenomen criteria, stoornis x of y zal ontwikkelen.

Ontwikkelingsperspectief

Meer in het algemeen kunnen we stellen dat het *ontwikkelingsperspectief* met betrekking tot psychopathologie in de kinder- en jeugdpsychiatrie veel hechter is verankerd. Het spreekt voor zich dat om resultaten te boeken die betrekking hebben op de inzet van de gehele psychiatrische discipline, dit perspectief leidend moet zijn in de gehele sector. Eventuele scheidingslijnen tussen de aan leeftijd gebonden deelgebieden van de psychiatrie moeten daarom worden opgeheven. Voor de psychiatrie in haar geheel zijn er veel feitelijke kennis en manieren van denken en onderzoeken beschikbaar in het domein van de *ontwikkelingspsychopathologie*. Deze discipline biedt veel materiaal op grond waarvan, in analogie van de oncologie, stageringssystemen kunnen worden ontwikkeld [6](#).

In de tussentijd

Veranderingen van paradigma's hebben tijd nodig en kunnen niet worden afgedwongen. Het is zelfs goed mogelijk dat de aandacht voor het ontwikkelingsperspectief zich inmiddels ook in de volwassenenpsychiatrie reeds heeft genesteld, maar dat men daar nog geen invulling aan kan geven. In ieder geval zijn er goede voorbeelden aan de hand waarvan we kunnen laten zien dat de psychiatrie mogelijkheden heeft met betrekking tot vroegtijdige opsporing en interventie. Overigens: aandacht voor het dynamisch ontwikkelingsperspectief is altijd sterk aanwezig geweest bij psychotherapeuten die zich baseerden op analytische zienswijzen (afgeleid van die van Freud).

Psychosen

Schizofrenie is een van de ernstigste psychische stoornissen. Het is gerelateerd aan een gamma van ongunstige cognitieve, emotionele, lichamelijke en sociale gevolgen; psychosen vormen de belangrijkste symptomen en zijn voor de betrokkenen zelf en hun naasten heel belastend en beangstigend. Preventie van schizofrenie is nog niet mogelijk, maar er wordt wel al geruime tijd ervaring opgedaan met – vanuit een preventief oogmerk – in een zo vroeg mogelijk stadium een behandelaanbod te doen. Om dit mogelijk te maken wordt veel onderzoek gedaan naar de risicofactoren die met schizofrenie verband houden, zoals de familiegeschiedenis met betrekking tot schizofrenie, de leeftijd van de vader (hoger risico bij oudere vader), gegevens over de zwangerschap en de geboorte en eventuele opmerkelijke gedragingen of gedragsproblemen gedurende de kindertijd en jeugdijaren. Ook onderzoek naar biologische factoren, speciaal gericht op de structuur en werking van de hersenen vindt plaats. De resultaten daarvan zijn van groot belang, maar de onderzoekstechnieken zijn nog niet van dien aard dat ze al kunnen worden toegepast in de reguliere diagnostische praktijk.

Dat is niet alleen zo omdat de gegevens die daarmee kunnen worden verkregen nog heel diffuus zijn, maar ook omdat onderzoekers nog lang niet goed weten waarop men precies moet letten om een zo exact mogelijke diagnose te stellen. Ook genetisch onderzoek kan nog geen uitsluitsel geven over de vraag wie later wel of niet een grote kans heeft op schizofrenie. Het is de vraag of dit ooit zal gebeuren. In de oncologie worden al tientallen jaren het onderkennen van stadia voor de beschrijving van de ziekte, de koppeling daarvan aan gegevens over specifieke groepen patiënten en de resultaten van de behandeling in praktijk gebracht. Gelukkig wordt het belang hiervan ook gezien in de projecten die gericht zijn op vroegtijdige onderkenning en behandeling van schizofrenie, of algemener uitgedrukt psychotische stoornissen. In het bijzonder de Australische psychiater McGorry geniet daarmee veel faam. Een belangrijke bevinding in dit verband is dat wanneer behandelprotocollen niet geënt zijn op het stadium van de stoornis, die tot suboptimale resultaten kan leiden (of zelfs tot schade) [7](#). Een voorbeeld van het laatste is cognitieve gedragstherapie. Normaliter is dit heel functioneel voor de behandeling van mensen met schizofrenie (en in het algemeen wordt deze behandelmethodede ook voor andere aandoeningen succesvol toegepast). Bij patiënten in de prodromale fase, wanneer zeer hoge risico's op schizofrenie zich hebben gemanifesteerd, kan cognitieve gedragstherapie echter contraproductief werken. De verklaring hiervoor is dat deze therapievorm de patiënt zodanig uitdaagt en cognitieve reflectie benadrukt, dat dit juist versterkend werkt op een disfunctioneel psychisch proces bij deze groep patiënten, namelijk hun 'hyper-reflexieve' gewaarwording [8](#).

Ook uitspraken over het wel of niet toedienen van (antipsychotische) medicatie kunnen in de toekomst beter tot zijn recht komen indien medicatieprotocollen heel nauw aansluiten bij het precieze stadium waarin een schizofrene ontwikkeling bij een patiënt zich bevindt.

In het algemeen lijken duurzame resultaten geboekt te kunnen worden wanneer de *duur van een onbehandelde psychose* zo kort mogelijk kan worden gemaakt door een werkzame behandeling met medicatie en/of sociaalpsychologische hulpmiddelen. Helaas is de financiering van deze vorm van vroeghulp wereldwijd nog schamel en/of wordt deze hulp vaak in de vorm van een project geleverd. Hierdoor kan continuïteit uiteraard niet worden gegarandeerd.

Andere voorbeelden

Behalve rondom psychosen zijn er ook in verband met andere psychische problemen belangrijke ontwikkelingen gaande. Zonder uitputtend te zijn worden hier een paar voorbeelden vermeld:

- Er bestaan initiatieven om beginnende vormen van verslavingsproblematiek (alcoholmisbruik, drugsmisbruik) op te sporen en te behandelen. Inmiddels zijn er voor verschillende leeftijdsgroepen of sociale categorieën strategieën ontwikkeld, getest en in praktijk gebracht.
- Er wordt onderzoek gedaan naar de risico's bij kinderen en adolescenten die verband houden met het ontstaan van depressie. Daaruit volgen geen 'eenvoudige' aanwijzingen voor een preventiestrategie. De aanbevelingen die uit de onderzoeken voortvloeien gaan veeleer in de richting van een veelomvattend preventieprogramma. Deze moet verschillende typen interventies beslaan, op diverse domeinen en niveaus de werking van risicofactoren proberen tegen te gaan, en beschermende factoren weten te versterken [9](#).
- Er zijn ook voorbeelden waarbij de behandeling in een vroeg stadium vooralsnog weinig (duurzaam) nut lijkt te hebben. Het meest voor de hand liggende voorbeeld betreft de vroege behandeling van mensen in een beginstadium van Alzheimer.
- Positiever berichten zijn er echter weer ten aanzien van de vroege behandeling van kinderen met een stoornis in het autismespectrum. Onderzoek heeft geresulteerd in nieuwe methoden voor vroegtijdige opsporing. Ook effectieve behandelingen, die een significant gunstige invloed hebben op het beloop van gedragsproblemen en de ontwikkeling van de structuur en werking van de hersenen van deze kinderen, zijn hiervan het resultaat, al is er nog veel onbekend [10](#).
- Ook rondom een vroege behandeling van kinderen met een foetaal alcohol syndroom, dat het resultaat is van alcoholgebruik door de moeder tijdens de zwangerschap, zijn resultaten geboekt die erop wijzen dat een snelle opsporing en directe behandeling loont. De beschadiging van de neurale ontwikkeling van het kind en een breed spectrum van andere orgaansystemen is daarmee weliswaar niet terug te draaien, maar wel kunnen secundaire beperkingen worden voorkomen [11](#).

Naar verwachting lukt het in de toekomst steeds beter om risico's op een atypische ontwikkeling in kaart te brengen. Daardoor kan in een vroegtijdig stadium worden vastgesteld wie wel en wie niet behoort tot een hoge risicogroep. Dan doet zich wel dit probleem voor: die risicofactoren zijn vaak onspecifiek. Ze voorspellen dat een atypische ontwikkeling waarschijnlijk is, maar niet of niet goed genoeg wat de kenmerken daarvan zijn. Dat houdt in dat in zo'n situatie een meer generieke behandeling moet worden geadviseerd.

Toekomst: ander paradigma

Er is nog enorm veel onderzoek nodig naar de determinanten en mechanismen van het ontstaan en het beloop van psychopathologie. Pas dan kan daadwerkelijk door vroegtijdige opsporing en interventie de ernst en omvang van de verschillende vormen van psychopathologie onder de bevolking zodanig worden beïnvloed, dat dit leidt tot opmerkelijke resultaten in de epidemiologische overzichten. Toch zijn er redenen niet alleen op onderzoeksresultaten te wachten. De GGZ kan nu al – vooral daar waar men niet gebonden is aan een specifieke doelgroep, zoals bij de forensische psychiatrie het geval is – het beleid steeds meer gaan richten op eerdere stadia van een atypische psychische ontwikkeling. Dit hoeft niet te betekenen dat de zorg voor mensen met chronische problematiek in het gedrang komt. Het gaat er juist om het ontstaan van chronische problemen te voorkomen, in ieder geval al die secundaire problemen die het gevolg zijn van onderbehandeling in een eerder stadium. Dit verlicht de noodzaak van intensieve zorgverlening in een later (te laat) stadium. Juist wanneer er een kluwen van problemen is ontstaan, wordt een effectieve behandeling belemmerd. Zo gezien is er behoefte aan een ander paradigma van de psychiatrie, waarin de zinnen eenduidig worden gezet op een zo vroeg mogelijke opsporing en behandeling, en men daarmee dus minder is gericht op mensen in een 'eindstadium' van een psychopathologisch traject. Om dat te bereiken zijn nieuwe begrippen, instrumenten en technieken nodig en vooral ook een omschakeling van het denken en het handelen. Wellicht helpt het als de sector zich laat leiden door de vraag wat het de samenleving oplevert in harde cijfers, dat wil zeggen in hoeverre de sector op termijn kan laten zien dat, in termen van klinisch-epidemiologische gegevens (incidentie, prevalentie, ernst van de problematiek, optreden van comorbiditeit), resultaten zijn geboekt.

Het is zeer waarschijnlijk onvoldoende om 'aparte' afdelingen of projecten op te zetten, al kunnen die in een demonstratiefase nuttig zijn. Het besef van urgentie blijkt pas wanneer leidinggevenden en medewerkers beseffen dat de hele organisatie in het geding is. Aan de andere kant is het een illusie om te denken dat de GGZ in haar eentje de beoogde resultaten zal behalen: er zijn actieve netwerken nodig waarin eerstelijnsvoorzieningen, het onderwijs, het welzijnswerk en de jeugdzorg essentiële partners zijn. En één ding is zeker: het handelen wordt steeds ingewikkelder.

* Dr. J. van der Stel is als lector Geestelijke Gezondheidszorg verbonden aan de Hogeschool Leiden. Tevens werkt hij als senior onderzoeker bij GGZ inGeest (jaapvanderstel@gmail.com).

Noten

1. Deze bijdrage is afkomstig uit een hoofdstuk in *Focus op geestelijke gezondheidszorg* (Den Haag: Boom Lemma uitgeverij, 2011), dat de auteur recent publiceerde
2. Zie voor een historisch en inspirerend overzicht van de geschiedenis van de oncologie en de strijd tegen kanker: Mukherjee S (2010) *The emperor of all maladies. A biography of cancer*. New York: Scribner
3. Giedd JN & Rapoport JL (2010) Structural MRI of pediatric brain development: what have we learned and where are we going? *Neuron* 67: 728-734
4. Er zijn wel aanwijzingen dat met hersenscans bij jonge mensen bij wie schizofrenie in de familie voorkomt kan worden voorspeld of zij zelf ook een hoog risico hebben op schizofrenie, gezien geconstateerde veranderingen in de hersenstructuur. Of de betrokkenen iets aan zo'n voorspelling hebben is uiteraard sterk afhankelijk van de vraag of in een zeer vroeg stadium effectieve hulp kan worden geboden. Zie: McIntosh AM ea (2010) Longitudinal volume reductions in people at high genetic risk of schizophrenia as they develop psychosis. *Biological psychiatry* 2011 May 15; 69(10): 953-958. Epub 2010 Dec 17
5. Egger heeft geschreven over de mogelijkheden van psychiatrisch onderzoek van jonge kinderen. Zij noemt de volgende onderdelen essentieel bij een omvattende beoordeling van de geestelijke gezondheid van deze categorie: (1) meerdere metingen, (2) meerdere informanten (dus niet alleen de ouders), (3) een multidisciplinaire benadering, (4) een multicultureel perspectief, (5) toepassing van verschillende onderzoeksmethoden en (6) een diagnostisch en behandelplan dat uit meerdere assen of dimensies bestaat. Zie: Egger HL (2009) Psychiatric assessment of young children. *Child & adolescent psychiatric clinics of North America* 18: 559-580
6. Cicchetti D & Toth SL (2009) The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of child psychology and psychiatry* 50: 16-25
7. Agius M ea (2010) The staging model in schizophrenia, and its clinical implications. *Psychiatria Danubina* 22: 211-220
8. Nelson B ea (2009) The phenomenological model of psychotic vulnerability and its possible implications for psychological interventions in the ultra-high risk ('prodromal') population. *Psychopathology* 42: 283-92
9. Gladstone TR & Beardslee WR (2009) The prevention of depression in children and adolescents: a review. *Canadian journal of psychiatry* 54: 212-221
10. Dawson G (2008) Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Developmental psychopathology* 20: 775-803
11. Paley B & O'Connor MJ (2009) Intervention for individuals with fetal alcohol spectrum disorders: treatment approaches and case management. *Developmental disabilities research reviews* 15: 258-267; O'Connor MJ & Paley B (2009) Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Developmental disabilities research reviews* 15: 225-234.

© 2011, Bohn Stafleu van Loghum, Houten