

Voorkómen van ernstige psychische aandoeningen? Meerdere vormen van preventie nodig

M.B. DE KONING



Veel ggz-instellingen hanteren een onderscheid tussen kortere en langere behandelvormen, waarbij patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) (Delespaul & De consensusgroep EPA 2013) over het algemeen in de langdurige zorg worden behandeld. De kortere behandelvormen worden nogal eens aangeduid als ‘curatieve zorg’. Dit kan ten onrechte het idee oproepen dat de problematiek in de langdurige zorg ‘chronisch’ of ‘niet behandelbaar’ is.

Cure versus care

Het begrip ‘EPA’ is echter geïntroduceerd om een groep te definiëren bij wie symptomen en disfunctioneren of ongunstige levensomstandigheden elkaar wederzijds beïnvloeden, en bij wie geïntegreerde zorg op meerdere levensgebieden noodzakelijk is. Het risico dat deze groep mede door het EPA-label gestigmatiseerd wordt en juist minder zorg krijgt, werd door Delespaul (2019) recent treffend beschreven in dit tijdschrift. Deze discussie over de (on)mogelijkheid van curatieve behandelingen in de langdurige zorg is niet nieuw. In 2008 schreef Keet al het redactioneel ‘Ernstige psychiatrische ziekten: cure en care?’, waarin hij het bestaan van bewezen effectieve interventies voor EPA benadrukte, en het belang van integratie van cure en care.

Preventie van EPA?

De begrippen cure en care spelen ook een rol bij adviezen over preventie van EPA. Couwenbergh en Van Weeghel (2019) hebben een belangwekkende studie uitgevoerd op dit gebied. Zij beschrijven in hun artikel elders in dit tijdschrift een veldraadpleging uitgevoerd onder experts uit diverse deeltherreinen van de ggz. Zij richten zich op tertiaire preventie: het voorkómen van chroniciteit bij patiënten die al in zorg zijn in de ggz. Uit hun kwalitatieve studie komen zes clusters van aanbevelingen naar voren. Voor veel van deze aanbevelingen bestaat ook wetenschappelijke evidentie.

De paradox die hieruit naar voren komt, is dat veel patiënten in de ggz in een vroeger stadium geïntegreerde zorg op

meerdere levensgebieden zouden moeten krijgen om langduriger afhankelijkheid van deze zelfde zorg in een later stadium te voorkómen.

Herstelpotentie

De tweede aanbeveling gaat over completere diagnostiek en behandeling, vroeg in het traject. Hoewel deze aanbeveling absoluut zinvol is, dreigt ook hier de indruk te ontstaan dat patiënten opgegeven zijn als ze de ‘cure’ verlaten. Patiënten zouden volgens sommige experts te vroeg als behandelresistent worden bestempeld en doorverwezen worden naar flexibele *assertive community treatment* (F-ACT). Behandelresistentie bij een aanpak gericht op één stoornis betekent echter niet dat de patiënt ook behandelresistent is in een setting waarin interventies op meerdere levensgebieden en gericht op meerdere stoornissen geboden kunnen worden.

Helaas weten we uit de praktijk dat er, mede door schaarste, niet in alle F-ACT-teams voldoende curatieve interventies aangeboden kunnen worden (o.a. Van der Staring e.a. 2019). Dat is echter een probleem van verdeling van schaarse middelen en zegt niets over de herstelpotentie van patiënten in zorg bij F-ACT of de behandelpotentie van F-ACT-teams.

Secundaire of tertiaire preventie?

Het voorkómen van chroniciteit bij patiënten die al in zorg zijn in de ggz, beschouwen Couwenbergh en Van Weeghel als tertiaire preventie. Hier kan het verbeteren van de uitkomst van de behandeling van de gediagnosticeerde stoornis onder vallen. Maar het kan ook gaan om het vroeg opsporen van een (ernstiger) stoornis die nog niet gediagnosticeerd werd toen de patiënt in zorg kwam. Dat noemen we ook wel secundaire preventie, omdat je immers de transitie naar een andere diagnose probeert te voorkómen. Met name op het gebied van opsporen van hoogrisicosymptomen voor psychose en mogelijke preventie van transitie naar psychose is veel onderzoek gedaan (Fusar-Poli e.a. 2013).

De laatste jaren is er ook een pleidooi gaande voor diagnoseafhankelijke vroege interventie, omdat symptomen voorbijgaand en fluctuerend kunnen zijn, en omdat andere uitkomstparameters mogelijk belangrijker zijn dan de eventuele transitie naar een bepaalde diagnose (McGorry e.a. 2018).

De aanbevelingen die Couwenbergh en Van Weeghel formuleren lijken aan te sluiten bij deze ontwikkeling: vier van de zes clusters van aanbevelingen zijn diagnoseafhankelijk: ruimte voor het persoonlijk verhaal, betrekken van familie en sociale context, behoud van maatschappelijke rollen en samenwerking met o.a. sociaal domein.

Sociale context bij algemene psychische aandoeningen

Als je psychische aandoeningen beschouwt als kwetsbaarheden waarvan de expressie kan variëren, is het een logisch gevolg dat de mate van expressie deels bepaald wordt door de sociale context, óók bij algemene (veelvoorkomende) psychische aandoeningen. Er zijn aanwijzingen dat er sprake is van een circulaire én een transgeneratiele relatie tussen een lagere socio-economische status en het vóórkomen van algemene psychische aandoeningen, waarbij zowel inkomensniveau, opleidingsniveau als werkloosheid van invloed lijken te zijn (Fryers e.a. 2003; Reiss 2013). Daarnaast is er bewijs voor de samenhang tussen vroegkinderlijk trauma en algemene psychische aandoeningen op volwassen leeftijd (Green e.a. 2010).

De circulaire relatie tussen symptomen en disfunctioneren of ongunstige levensomstandigheden, die zo kenmerkend is voor EPA, lijkt dus – in ieder geval op groepsniveau – ook een rol te spelen bij algemene psychische aandoeningen. Aandacht voor werk, opleiding, financiële situatie en sociale steun kan mogelijk de draagkracht vergroten en kan daardoor mogelijk bijdragen aan de preventie van EPA, ongeacht de primaire diagnose.

Primaire preventie?

Daarnaast biedt de overtuigende relatie tussen een lagere socio-economische status, vroegkinderlijk trauma en psychische aandoeningen aanknopingspunten voor primaire preventie van psychische aandoeningen. Dit roept de vraag op wat de taak van de geneeskunde en de ggz is op het gebied van maatschappelijke problematiek en preventie. Zeker is dat de schotten tussen ggz en sociaal domein juist voor kwetsbare mensen een hindernis vormen. Programma's voor jongeren zoals Headspace (Australië) en @Ease (Nederland) zijn initiatieven om deze kloof te dichten. Couwenbergh en Van Weeghel doen op grond van hun kwalitatieve studie heldere aanbevelingen voor tertiaire preventie van EPA binnen de ggz. Om preventie van EPA te

AUTEUR

MARIKEN DE KONING, psychiater, Herstelondersteunende Vervolgklinieken, en senior onderzoeker, Mentrum/Arkin, Amsterdam

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Mariken de Koning, Arkin, afd. Onderzoek, Postbus 75.848, 1070 AV Amsterdam.
E-mail: mariken.de.koning@mentrum.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-11-2019.

TITLE IN ENGLISH

Prevention of severe mental illness? Multiple forms of prevention needed

verwezenlijken zijn daarnaast andere vormen van preventie nodig, waarin ook bestrijding van kansenongelijkheid in de samenleving en laagdrempelige beschikbaarheid van hulp voor kwetsbare mensen een plek moeten hebben.

LITERATUUR

- Couwenberg CPG, Van Weeghel J. Voorkómen van stagnatie van herstel en chronische problemen bij patiënten in de ggz. Een veldraadpleging onder Nederlandse experts. Tijdschr Psychiatr 2020; 62: 18-26.
- Delespaul Ph, de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 427-38.
- Delespaul Ph. Graag meer onderzoek naar ernstige psychische aandoeningen. Tijdschr Psychiatr 2019; 61: 443-4.
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38: 229-37.
- Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. JAMA Psych 2013; 70: 107-20.
- Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, e.a. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry 2010; 67: 113-23.
- Keet IPM. Ernstige psychiatrische ziekten: cure en care? Tijdschr Psychiatr 2008; 50: 555-7.

- McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. Beyond the 'at risk mental state' concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psych* 2018; 17: 133-42.
- Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med* 2013; 90: 24-31.
- Van der Staring T, van den Berg D, Schuurmans H, van der Vleugel B. Praten naast pillen: krijgt de patiënt met psychose dat wel? Beschikbaarheid van standaardzorg cognitieve gedragstherapie voor psychose (CGTp) anno 2019. <https://www.vgct.nl/cms/streambin.aspx?documentid=7261>