

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/204481>

Please be advised that this information was generated on 2019-07-12 and may be subject to change.

Erop Uit!

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. WOUTER STAAL

*inau
gurele
rede*

change perspective

Radboud Universiteit



INAUGURELE REDE

PROF. DR. WOUTER STAAL



Bij een groot deel van de mensen komt psychische kwetsbaarheid voor. Voor de meesten leidt dit niet perse tot een psychiatrische stoornis. De invloed van de maatschappelijke en culturele context lijkt een bepalende invloed uit te oefenen. Bij kinderen en jongeren wordt deze context met name gevormd

door school en gezin. Door maatschappelijke druk wordt gedrag van kinderen en jongeren mogelijk te snel gekoppeld aan een psychische stoornis. Hierdoor komt kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) onder druk te staan waardoor deze minder toekomt aan diagnostiek en behandeling van de kleinere groep kinderen en jongeren die daadwerkelijk een hoge kwetsbaarheid hebben. Voor deze groep blijft de KJP zoeken naar verbetering van behandel mogelijkheden en blijft de KJP onderzoek doen naar onderliggen neurobiologische factoren die de verhoogde kwetsbaarheid bepalen. Aan de hand van een actiegerichte en verbindende houding moeten de grenzen tussen vakgebieden, kennisinstituten en zorgverleners overbrugd worden.

Wouter Staal is opgeleid als psychiater en kinder- en jeugdpsychiater. Hij voert translationeel onderzoek uit; van genetisch onderzoek en neuro-imaging tot neurocognitieve- en interventiestudies. Hij is actief betrokken bij onderwijs alsook speciaal onderwijs, huisartsen en beleidsmakers. Daarnaast is hij betrokken bij nieuwe zorginitiatieven, zoals het verrichten van dynamische consultatie in de huisartsenpraktijk. Hij werkt samen met het Department of Pediatric Neurology and Neurorehabilitation, The First Hospital of Jilin University (China) en met de Universiteit van Essen.

EROP UIT!

Erop Uit!

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Psychiatrie aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc op vrijdag 14 juni 2019

door prof. dr. Wouter Staal

Opmaak en productie: Radboud Universiteit, Facilitair Bedrijf, Post & Print
Fotografie omslag: Bert Beelen

© Prof. dr. Wouter Staal, Nijmegen, 2019

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Meneer de rector magnificus, leden van het bestuur van het Radboudumc en leiding van de afdeling psychiatrie, waarde bestuurders van de Stichting Karakter en zeer gewaardeerde toeschouwers!

Historisch bestaat er een innige relatie tussen de afdeling psychiatrie van het Radboudumc en Karakter, waar de academische kinder- en jeugdpsychiatrie in onze regio grotendeels is ingebed. Mijn positie binnen de afdeling psychiatrie van het Radboudumc en die binnen Karakter onderstreept deze relatie.

We gaan vandaag kijken naar mijn vakgebied, de kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP), waarbij we dat zullen doen op verschillende niveaus en met diverse onderwerpen. Vandaag gaan we er samen op uit!

Er zijn twee ontwikkelingsfasen in ons leven waarin we sterker de behoefte hebben om erop uit te gaan om onszelf en de wereld om ons heen te ontdekken. De eerste fase, die bij peuters en kleuters te zien is en een voorbereiding vormt op het naar school kunnen gaan, en de tweede fase, puberteit die moet leiden tot volwassenheid. Mijn vakgebied is aan het einde van zijn puberteit gekomen en bevindt zich in wat de cultureel antropologen beschrijven als liminale fase. In zijn werk *Les Rites de Passage* beschreef Arnold van Gennep drie fasen waarin in verschillende culturen belangrijke overgangsmomenten verlopen. Rituelen zijn van groot belang om deze overgangsfasen door te komen.

De eerste fase die vooral gekenmerkt wordt door afscheiding en losmaken van de oude fase, wordt gevolgd door de liminale fase waarin verlies van identiteit en status voorop staat. Deze is nodig om de derde fase te bereiken, waarin met een nieuwe identiteit een herintreden in de maatschappij plaatsvindt. Hoe gedraagt mijn vakgebied, de kinder- en jeugdpsychiatrie zich in de overgang naar volwassenheid? Dit wordt duidelijk wanneer naar de geschiedenis van de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater gekeken wordt. Onze huidige opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater is ontstaan in het eerste deel van losmaken, hetgeen geleid heeft tot het los definiëren van het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie. Het is voortgekomen uit een behoefte tot autonome verdieping en identiteitsvorming. Momenteel krijgt de nieuwe opleidingsbeschrijving steeds meer een vaste vorm, waarin in de totale psychiatrieopleiding, uitgegaan wordt van een levensloopperspectief en stages gevolgd zullen worden in zowel de kinder- en jeugdpsychiatrie, als de volwassen-psychiatrie en ouderenpsychiatrie. Wellicht dat daarmee de huidige liminale fase waarin de positie van de kinderpsychiatrie zich tussen de oude en nieuwe werkelijkheid bevindt, tot een einde komt. Overigens is hiermee eigenlijk gezegd, dat de hele psychiatrie nog in een overgang zit naar een nieuwe positie en identiteit. De onrust die in opleidingsland ervaren wordt toont ook fraai aan dat het zich bevinden in liminale fase niet prettig is.

Terug naar de puberteit en jongvolwassenheid, waarin het soms letterlijk maar zeker ook figuurlijk erop uit gaan zo van belang is om tot volwassenheid te komen. Of anders geformuleerd; terug naar de fase waarin over grenzen gekeken wordt, waarin ondernomen wordt en nieuwe paradigma's ontstaan. Een geestestoestand waar de kinder- en jeugdpsychiatrie, maar eigenlijk de hele geneeskunde, zo vaak van geprofiteerd heeft. Zonder meer zijn de belangrijkste doorbraken in de geneeskunde grotendeels gemaakt door buiten de traditionele structuren observaties te doen om vervolgens tot een nieuwe aanpak te komen. Interessant genoeg zijn deze grote doorbraken veelal gedaan zonder uitgebreide protocollering, complexe statistische analyses, of toetsingen, maar met een hoge mate van falsifieerbaarheid en repliceerbaarheid. Falsifieerbaarheid, waarvan de grondlegger Karl Popper is, gaat er vanuit dat er getracht moet worden een theorie of hypothese uiteindelijk te verwerpen. Het is echter juist de 'Popperiaanse' positie van falsifieerbaarheid die het wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot psychische kwetsbaarheid bij kinderen en jongeren zo buitengewoon lastig maakt; overigens niet minder boeiend.

Ik zal drie voorbeelden noemen van grote ontdekkingen in de geneeskunde, waarbij u zich ongetwijfeld realiseert dat er vele voorbeelden meer genoemd kunnen worden.

Zo ontdekte Alexander Fleming bij toeval, of liever dankzij scherpe observatie, dat sommige schimmels een nuttige eigenschap hebben: ze doden bacteriën. Dit leidde uiteindelijk tot de ontwikkeling van antibiotica, waarmee inmiddels ontelbare levens zijn gered. De les die hieruit valt te leren is dat scherpe observatie bepalend kan zijn voor wetenschappelijke doorbraken. Het is dan ook zorgelijk om te zien hoe weinig respect er soms bestaat voor observaties in de kliniek, zowel die van ouders, kinderen en jongeren als hulpverleners. Zij nemen wellicht iets waar van wat vertaald naar wetenschappelijk denken van groot belang kan zijn. Een versterkte interactie tussen wetenschap en kliniek is dan ook voor de toekomst van vitaal belang om nieuwe doorbraken te forceren. Het doet mij dan ook zeer deugd dat binnen Karakter de positie van research practitioner gevormd gaat worden. Dit idee afkomstig van de zeer getalenteerde Nanda Rommelse zou ook toepassing kunnen hebben binnen andere centra in de GGZ.

Het tweede voorbeeld voert duizenden jaren terug in de tijd. Onze voorouders hadden gemerkt, wederom dank zij goede observatie, dat thee van wilgenbladeren koortsverlagend werkt. Deze thee werkte helaas voor hen niet pijnstillend. Felix Hoffman wist echter in de negentiende eeuw aan de werkzame stof in deze thee, namelijk salicylzuur, een acetylgroep toe te voegen en produceerde de eerste aspirines. Deze bleken dankzij de toevoeging van de acetylgroep ook pijnstillend te werken.

Het laatste voorbeeld, dat ook door mijn inspirerende voorganger emeritus hoogleraar Rutger Jan van der Gaag werd aangehaald in zijn afscheidsrede, betreft het baanbrekende werk van Samuel Sarphati. Hij werkte als arts in Amsterdam en dankzij zijn energieke aanpak op gebied van onderwijs, riolering, broodvoorziening, werkverschaffing

en welvaartsverhoging wist hij de algehele gezondheid van de bevolking sterk te verbeteren.

De bereidheid van deze arts om er op uit te gaan en buiten de gebaande paden de gezondheid te bevorderen zal in het bijzonder inspirerend zijn voor de kinder- en jeugdpsychiater. Deze is vanuit een medisch biologisch perspectief vaak betrokken bij het bevorderen van het naar school gaan van kinderen en het bevorderen van gezond leefgedrag. En dat is hard nodig!

Alleen al het dreigende gegeven dat de Nederlandse bevolking aan het vergrijzen is maakt dat snel duidelijk. Wanneer u bijvoorbeeld in de komende twintig tot dertig jaar met pensioen gaat heeft u potentieel een probleem. Ongeveer een kwart van de Nederlandse populatie zal dan 65-plusser zijn, waar dit nu nog ongeveer op een vijfde ligt. Het aantal 20 tot 65-jarigen zal in dit tijdsbestek geleidelijk gaan afnemen. Iedere jongere die uitvalt zal dan ook niet alleen voor het individu in kwestie problematisch zijn, maar voor de gehele samenleving, in het bijzonder de oudsten in de populatie.

Zoals u wellicht al vermoedde; wellicht de grootste risicofactor om op jonge leeftijd uit te vallen is het hebben van een psychiatrische diagnose. Tegelijkertijd is het hoopvol om te vermelden dat met een goede aanpak voor een groot deel van deze groep winst valt te behalen en participatie in de maatschappij mogelijk wordt. Ik zal u, alleen al uit eigenbelang en dat van de vele oudere jongeren die vandaag aanwezig zijn, niet verder te hoeven overtuigen van het belang van een sterke kinder- en jeugdpsychiatrie en van de wijsheid van onze universiteit om wederom een hoogleraar Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie te benoemen aan onze universiteit.

Maar wat is dan een sterke kinder- en jeugdpsychiatrie en wat is er de komende jaren nodig?

De oraties die door mijn collega hoogleraren kinder- en jeugdpsychiatrie zijn gehouden de afgelopen twee jaren geven een aardige impressie waar ons vak zich naar toe wil bewegen. Ik noem ze hier even met titel en enkele steekwoorden:

Terug naar de toekomst, door Arne Popma. Een pleidooi voor een stevig ingebedde positie van de kinder- en jeugdpsychiatrie in de academie ten behoeve van psychisch zeer kwetsbare kinderen, in combinatie met zichtbaarheid in het jeugdwerk op straat, met aandacht voor normaliseren en preventie.

Onze kwetsbare kinderen, uitgesproken door professor Manon Hillegers, waarin een pleidooi wordt gehouden voor het behouden van een medisch perspectief ten aanzien van kinderen met psychiatrische problematiek.

Het psychisch kwetsbare kind, onze zorg, door prof. Ramon Lindauer, waarin hij aandacht vraagt voor de effecten van helaas veelvuldig voorkomen van vroege traumatisering bij kinderen en jongeren.

Maar ook *'Blended psychiatry'* van prof. Floortje Scheepers, waarin de hoop wordt uitgesproken dat met het combineren van patiënten ervaringen, kennis van professionele hulpverleners en kennis uit harde data, nieuwe perspectieven geboden kunnen worden.

Het zijn prachtige oraties, waarin het belang naar voren komt om voor psychisch kwetsbare kinderen en jongeren vanuit onze medische traditie er samen op uit te gaan met onze patiënten, hun naasten en collega hulpverleners. Deze 'nieuwe' generatie hoogleraren kinder- en jeugdpsychiatrie zet sterk in op onderlinge samenwerking en dat is een groot goed. Zo is er tussen de organisaties op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie als de Bascule, Curium, Accare en Karakter, een ambitieuze landelijke samenwerking ontstaan, in nauwe samenwerking met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Het uiteindelijke doel daarin is om de zelfdeterminatie van kinderen en jongeren te bevorderen, door rekening te houden met hun kwetsbaarheid en talent.

Dit brengt ons op het essentiële thema van psychische kwetsbaarheid. Hierover is in de maatschappij een interessant debat gaande dat zich nu nog vooral toespitst op de vraag wanneer er sprake is van psychiatrische ziekte. Sommigen stellen dat tientallen procenten van ons allen een psychiatrische stoornis hebben die behandeling behoeft. Anderen pleiten ervoor een scherp onderscheid te maken tussen tegenslag in het leven en psychiatrische problematiek en vooral een focus te hebben op de ernstige ziektebeelden. Helaas wordt dit debat soms erg zwart-wit gevoerd dan wel zo neergezet dat men tegenover elkaar komt te staan. Gelukkig kan ik ook constateren dat een aanzienlijk deel van de bevolking wel degelijk de nuance ziet en niet vervalt in de formele denkstoornis van dichotoom denken.

In de kern is de vraag wanneer er sprake is van psychiatrische ziekte een weinig helpende vraag. De vraag zou moeten zijn: wat maakt dat psychische kwetsbaarheid al dan niet leidt tot een psychiatrische ziekte? Deze vraag wordt meestal niet gesteld, wellicht omdat ze een *inconvenient truth* aan het licht brengt, namelijk dat de kans dat iemand zelf een psychische stoornis krijgt of meemaakt of dat iemand in zijn of haar directe omgeving ergens gedurende de levensloop een psychiatrisch ziektebeeld ontwikkelt de 100 procent nadert. Kortom, psychische kwetsbaarheid zit in de mens.

Wellicht is dit een evolutionaire prijs voor een snelle groei van onze neocortex over de afgelopen honderdduizenden jaren, waardoor verbinding met oudere structuren nog niet optimaal door geëvolueerd is en ratio en emotie nog onvoldoende geïntegreerd zijn. Dat zou bijvoorbeeld verklaren dat psychotherapeutische interventies waarvan effect redelijkerwijs is aangetoond meestal taal en emotie met elkaar in verbinding brengen. Denk bijvoorbeeld aan het paradigma in de cognitieve gedragstherapie waarbij de stel-

ling is dat cognities (denken) de emotie bepalen en dat het kritisch beschouwen van bijvoorbeeld depressieve cognities een stemming verbeterend effect heeft.

Het neuronale netwerk dat de oude en nieuwe structuren verbindt wordt het limbische systeem genoemd. Het vormt een sluitend circuit, ook wel circuit van Papez genoemd, naar een van de belangrijke grondleggers voor het definiëren van dit systeem. Dit systeem waarin onder andere geheugen, emotie, informatiefiltering, bioritmeregulatie, taal, aandacht, planning en concentratie zijn samengebracht, opereert als een interacterend netwerk. Het is dan ook niet verwonderlijk dat iemand met een psychiatrische ziekte last kan hebben van al deze functies. Deze moeten niet afzonderlijk als verschillende ziektes worden geoperationaliseerd, noch als comorbiditeit. Verder is het vanuit mijn vakgebied van belang om steeds beseft te hebben dat dit limbische circuit tot het 25e levensjaar in ontwikkeling is.

Het in hoge mate voorkomen van psychische kwetsbaarheid is voor velen een gegeven dat men zich liever niet realiseert. Het is dan ook niet verbazend dat er groeperingen zijn die bijvoorbeeld ontkennen dat psychische ziekte bestaat, of dat in elk geval kinderen en jongeren geen psychische ziekte kunnen hebben.

Een parallel met de klimaatdiscussie, waarin wetenschappelijke evidentie door sommige politici in twijfel wordt getrokken, is hierin herkenbaar. Een rijpere manier om met dit gegeven van psychische kwetsbaarheid om te gaan zou kunnen zijn dat met de erkenning hiervan de aandacht gericht kan worden op factoren die deze kwetsbaarheid ten gunste of ten nadele beïnvloeden. Sterker nog: inzicht dat psychische kwetsbaarheid in de mens zit zou juist een beschermende factor kunnen vormen om een psychische stoornis te ontwikkelen. Hieronder zit wel een subtiele maar belangrijke aanname, namelijk dat mensen een lerend vermogen hebben, kunnen samenwerken en hun omgevingscontext kunnen beïnvloeden.

Het is redelijkerwijs aan te nemen dat psychische kwetsbaarheid per individu sterk kan verschillen en zich wellicht als een wiskundige normale verdeling presenteert, net als vele andere eigenschappen zoals lengte, intelligentie *etcetera*. Het grootste deel van de populatie zal dus enige psychische kwetsbaarheid hebben, een veel kleiner deel een grotere kwetsbaarheid en een even klein deel een zeer beperkte kwetsbaarheid. Deze psychische kwetsbaarheid, in de literatuur vaak aangeduid met de term p-factor, zou zich volgens sommige onderzoekers uiten in drie dimensies. Deze drie zijn de internaliserende dimensie, waaronder angst en stemmingsklachten vallen; de externaliserende dimensie waarbij o.a. agressie en beperkte gewetensfunctie gezien worden en een psychotische dimensie, waaronder vormen van verwarring, starheid en gebrek aan realiteitstoetsing vallen. Hoe sterk de driedimensionale indeling is en wat de onderliggende neurobiologie is blijft vooralsnog de vraag. Het zou bijvoorbeeld zo kunnen zijn dat er in de dimensies een overlap bestaat. Zo kan iemand bijvoorbeeld internaliserende problematiek vertonen, maar tegelijkertijd ook agressie regulatieproblemen laten zien. Deze leiden bijvoorbeeld tot zelfbeschadigend gedrag. Werk van collega dr. Pierre Herpers richt zich

o.a. op internaliserende problematiek, die niet goed reageert op de gebruikelijke behandelingen. Deze gaat regelmatig gepaard met dit zelfbeschadigend gedrag, of automutilatie. Door dit gedrag te zien in een breder perspectief van therapieresistente internaliserende problematiek, waarbij onder andere een niet onderkende sociale angst een onderlegger is, kunnen nieuwe vormen van behandeling ontwikkeld worden voor een groep patiënten waar hulpverleners, ouders en patiënten vaak een grote machteloosheid ervaren.

De p-factor lijkt in elk geval zeker ook toepasbaar bij kinderen en jeugdigen. Hoe de dimensies zich verhouden tot de huidige classificatiesystemen zoals de DSM-5 is de vraag. Ook is het onhelder wat de positie is van ontwikkelingsstoornissen zoals autisme en ADHD ten opzichte van dit concept. Klinisch is het echter erg herkenbaar dat kinderen met ontwikkelingsstoornissen die overvraagd worden regelmatig klachten hebben die vallen onder de drie dimensies. Overvraging, bijvoorbeeld omdat iemand sociaal emotioneel nog onrijp is, maar van wie wel verwacht wordt te voldoen aan de eisen die de maatschappij stelt, leidt vaak tot angstklachten, stemmingsklachten, verwarring en starheid en agressie. De kunst is om dit te onderscheiden van bijvoorbeeld een typische depressie en te voorkomen dat nodeloze interventies worden ingezet.

Dat een grote groep enige, maar niet zeer grote psychische kwetsbaarheid heeft wordt onder andere zichtbaar uit traumaonderzoek. Uit meerdere studies blijkt dat bij het oplopen van een ernstig eenmalig trauma, het merendeel geen psychopathologie ontwikkelt. Voor het grootste deel van onze populatie geldt dan ook waarschijnlijk dat het ontwikkelen van psychopathologie bij deze gemiddelde psychische kwetsbaarheid, sterk contextafhankelijk is. Je zou kunnen zeggen dat voor deze groep aanleg en omgeving een bijzonder sterke interactie aangaan. De consequenties daarvan voor wetenschappelijk onderzoek op gebied van de genetica, maar ook voor onderzoek naar farmacologische interventies zijn groot. Het zal vragen om modellen die aanleg en omgeving integer en rekening houden met wisselende psychische kwetsbaarheid.

Ik wil, nu het begrip p-factor is toegelicht, stellen dat de kinder- en jeugdpsychiatrie zich zowel klinisch als wetenschappelijk moet aanpassen aan mate van psychische kwetsbaarheid van de verschillende groepen. Binnen de groep die een hoge p-factor heeft zal bij wetenschappelijk onderzoek met een neurobiologische oriëntatie een veel grotere kans bestaan op het vinden van afwijkingen. Ook zal deze groep ernstiger zijn aangedaan en meer neurocognitieve beperkingen kennen, maar ook vaker somatische co-morbiditeit hebben. Voor de grotere groep met een gemiddelde p-factor zal veel meer winst te behalen zijn uit onderzoek naar de effecten van omgevingsfactoren op het psychische welbevinden. Bij deze groep gaat het dus veel meer over primaire en secundaire preventie. Primaire preventie, dus preventie voordat een ziekte zich heeft ontwikkeld, zou zich voor onze kinderen en jongeren kunnen richten op een gezonde leefomgeving

in de breedste zin van het woord. Er zijn sterke aanwijzingen dat het leven in een groene omgeving, het hebben van een gezond dieet en voldoende beweging, met een beperkt gebruik van multimedia, niet alleen de algehele maar juist ook de totale psychische gezondheid ten gunste komt. Een ecologisch verantwoorde omgeving die groei en boei bevordert!

Kinderen en jongeren verblijven een groot deel van hun tijd op school, dus voor psychisch welzijn is school een sterk bepalende factor. Het passend onderwijs, waarin aangesloten wordt op wat een kind nodig heeft, sluit in beginsel aan op deze gedachte. Het idee is dat een kind naar een gewone school gaat als dat kan en naar het speciaal onderwijs gaat als intensieve begeleiding nodig is. Ondanks dat er over de afgelopen jaren een lichte daling in het aantal kinderen en jongeren te zien is in onze bevolking, is er een groeiend aantal ondersteuningsaanvragen en verwijzingen naar speciaal onderwijs onder andere vanwege gedragsproblematiek van leerlingen. Een aanzienlijk deel daarvan wordt ook naar de kinder- en jeugdpsychiatrie verwezen. Veel docenten ervaren dat zij moeten doorverwijzen naar het speciale onderwijs omdat ze geen grip hebben op het gedrag van kinderen en jongeren. Vrijwel altijd wordt gesteld dat dit een gevolg is van hoe het kind is. Zoals ik al stelde is voor de grootste groep echter eerder een verklaring te vinden in de interactie tussen kind en omgeving. Hoe interactie verloopt tussen docent en kind zal dus een groot effect kunnen hebben op het gedrag van kinderen. Het is dan ook geweldig dat onder anderen Astrid Ottenhym en emeritus-hoogleraar Psychologie van onze universiteit, Edward van Aarle, samen met mij juist deze interactiepatronen gaan onderzoeken. Een nieuwe perspectief name voor de vaak bevlogene docenten creëren, is onder andere onderdeel van dit door het Nationaal Regieorgaan Onderwijs-onderzoek (NRO) hoog gewaardeerde onderzoeksvoorstel.

Voor kinderen en jongeren met een gemiddelde psychische kwetsbaarheid is ook grote winst te behalen door een andere maatschappelijke visie te hebben op wat we van onze kinderen verwachten. Laten we besluiten te stoppen kinderen als projecten te zien die moeten slagen. Een gemiddeld kind, en dat betreft het grootste deel van de kinderen en jongeren, zal niet en tophockey en gymnasium en conservatorium aankunnen. Dit zal tot een overvraging leiden die uiteindelijk leidt tot psychiatrische ziekte en uitval op school, hetgeen weer voorspellend is voor uitval op werk en psychopathologie op volwassenleeftijd. De verwachtingen die we van onze kinderen hebben zouden veel meer moeten gaan over morele waarden dan over output! Waardering voor het gewone en veel minder voor het leveren van bijzondere prestaties zou helpend zijn voor veel kinderen en jongeren. Het voorbeeld dat wij als volwassenen geven is echter lang niet altijd goed. Wij leven in een maatschappij die zichzelf nogal eens voor de gek houdt. Zo is er bijvoorbeeld de gedachte dat iemand zich gedurende zijn leven voortdurend moet ontwikkelen en verbeteren. Menigeen kent de voortgangsgesprekken tussen werknemers

en leidinggeven waarin de vraag wordt gesteld hoe de werknemer zich verder wil ontwikkelen. Niets mis met een behoefte aan ontwikkeling, maar laten we waardering houden voor professionals die uitstekend werk leveren en dat vooral moeten blijven doen. Dus niet iemand de boodschap geven dat het een tekort is als niet die 'volgende stap' gemaakt wordt. De frustratie die dat oplevert zou zomaar een grote behoefte aan coaching kunnen opleveren. En inderdaad, coaching bij carrièreplanning, outplacement, verzuimbeheersing, re-integratie, mobiliteit, startup coaching, talen coaching *etcetera*, is een groeimarkt. Begrijpelijk als we in de huidige tendens van individualisme met het gelimiteerde doel van maximale zelfontplooiing blijven hangen.

Naast de groep van kinderen, die meestal materieel alles hebben, maar emotioneel overvraagd worden in de huidige maatschappij, is er een helaas aanzienlijke groep kinderen die in relatieve armoede opgroeien en vaak een zeer ongezonde leefstijl hebben, waarin overgewicht of het vroegtijdig ontwikkelen van verslavingsgedrag zoals roken, de norm is. De kinder- en jeugdpsychiater zou moeten helpen in het beperken van de tendens om kinderen die door de zojuist geschetste omstandigheden vastlopen, niet een diagnose te geven, maar veel meer te benoemen wat nodig is.

Zo is het advies dat aan jongeren moet worden gegeven om te stoppen met roken, niet alleen iets wat bij de jeugdarts, huisarts of kinderarts moet liggen, maar juist ook bij de kinder- en jeugdpsychiater. Daarmee kan gemiddeld maar liefst tien jaar aan levensverwachting gewonnen worden! Dit geldt ook voor het advies om het rijksvaccinatieprogramma te volgen. Iedere kinder- en jeugdpsychiater zou het opvolgen van dit belangrijke advies bij iedere intake moeten verifiëren. Ook zouden we als kinder- en jeugdpsychiaters het goede voorbeeld moeten geven, bijvoorbeeld door jaarlijks de griep prik te halen, met name vanuit het inzicht dat het asymptotisch verspreiden van griepvirussen onder de patiëntjes die wij zien, onwenselijk is. Zeker de collega's die consultatie verrichten in kinderziekenhuizen moeten dit punt zeer serieus nemen.

Primaire preventie, dus het voorkomen van ontstaan van ziekte heeft nog een te beperkte aandacht binnen het wetenschappelijk onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Een eerste stap is het beter in kaart brengen van de kenmerken van kinderen en jongeren die in psychiatrische behandeling komen. Samenwerking met de gemeente Nijmegen waarbij gegevens op wijkniveau gekoppeld kunnen worden aan data van Karakter biedt hierin interessante opties.

Dit houdt ook een kritische houding ten aanzien van het stellen van diagnose in. Teveel kinderen krijgen nu een diagnose. Het operationaliseren van dysfunctie lijkt soms te zijn weggevallen uit de diagnostiek in de eerste en tweede lijn en te zijn vervangen door het afvinken van screeningslijsten, die vooral een accent hebben op gedragskenmerken en veel minder functiebeperking operationaliseren. De meeste hulpverleners in de GGZ zijn daarnaast uitstekend opgeleid om 'te ontdekken' wat er voor psychiatrisch

probleem er bestaat, maar niet of nauwelijks in het beschouwen van problemen in een andere context. Het zal duidelijk zijn dat in de opleidingen tot kinder- en jeugdpsychiater, psycholoog, orthopedagoog hiervoor veel meer aandacht moet komen.

Secundaire preventie, de vroege opsporing van ziekte om vroeg te kunnen ingrijpen, kent vele vormen. Zo ontwikkelden Floris van de Laar en Tim Olde Hartman, samen met mij de dynamische consultatie van de kinderpsychiater in de huisartsenpraktijk. Als kinder- en jeugdpsychiater ben ik als consulent bij de huisartsenpraktijken van Thermion in Lent en huisartsenpraktijk Oosterhout op afroep inzetbaar. Vragen rond diagnostische screening en medicatieadviezen vormen het grootste aandeel. Het op de huisartsenpraktijk zien van ouders en kinderen biedt een snelle en laagdrempelige optie. Het doel is dus niet gericht op behandelen, maar veel meer op het bewerkstelligen van de juiste zorg op de juiste plaats. Hiermee wordt overigens een zeer aanzienlijke reductie in doorverwijzingen naar de tweede- en derdelijnszorg bewerkstelligd, iets dat in tijden waarin wachttijden een enorm probleem vormen zeer wenselijk is. Het vraagt wel om een specifieke attitude om dit als consulent vorm te kunnen geven. In relatief korte tijd moet bijvoorbeeld een diagnostische indruk gemaakt worden waarop een advies geformuleerd kan worden. Dit vraagt niet alleen om ervaring, maar ook in durf om op grond van een beperkt aantal gegevens besluiten te nemen en een foutmarge te accepteren.

Consultatie in bredere zin zal een belangrijk aandeel vormen van de kinder- en jeugdpsychiater van de toekomst. Mori van den Berg en Martine Boomsma hebben samen met de kinderartsen van het Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein een consultatie systeem opgezet, dat veel kenmerken heeft van het dynamische consultatiemodel dat ik zojuist beschreef.

Een ander voorbeeld waarin aspecten van secundaire preventie naar voren komen is ons, door de Euregio ondersteunde project, rond schoolverzuim. Hierin trekt Karakter samen op met onder anderen. prof. Johannes Hebebrand van LVR Essen, LVR Viersen en Stephan Gemsa van GG-net. Om u een indruk te geven van de ernst: in Nederland verlieten in 2015 ongeveer drieëntwintig duizend jongeren het onderwijs zonder een startkwalificatie voor de arbeidsmarkt en ook in Duitsland vormt langdurig schoolverzuim een groot probleem. Dit resulteert in enorme kosten voor de maatschappij en psychosociale nadelen voor het individu. Bij complexere problematiek lijkt de expertise onvoldoende voorhanden om deze groep de juiste hulp te bieden. Hierdoor krijgen deze kinderen/jongeren vaak veel te laat de noodzakelijke hulp, hetgeen resulteert in een groot aantal 'thuiszitters'. Door over de grens te kijken verwachten we een beter begrip te krijgen van wat nodig is om preventief in te grijpen, maar ook een snellere terugkeer in onderwijs te bewerkstelligen.

Het is de stellige intentie om Bas de Veen, de motor achter dit project, in de gelegenheid te stellen om te promoveren op de interessante gegevens uit dit project, waar professor Aart Schene, professor Ron Scholte dan als promotoren betrokken zullen zijn.

Een derde voorbeeld van secundaire preventie ligt op het gebied van somatische klachten bij kinderen en jongeren in de psychiatrie. Jet Muskens, die als kinder- en jeugdpsychiater is opgeleid bij Karakter en in de basis is opgeleid bij opleider professor Indira Tendolkar van de afdeling psychiatrie, verricht hier uitgebreid onderzoek naar. De bevindingen tot nu toe laten zien dat kinderen met een psychiatrische diagnose een groot risico hebben op lichamelijke ziekte. Het is een ongezonde groep kinderen en jongeren waarbij ongeveer 40 procent overgewicht heeft en ongeveer de helft een tekort heeft aan vitamine D, naast nog vele andere lichamelijke problemen. Een integratieve kijk op psychische klachten en lichamelijke klachten is dan ook van groot belang.

Een mooi laatste voorbeeld van secundaire preventie vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie vormt het recent opgerichte netwerk autismejongekind.nl/vroegherkenning. Op autismejongekind.nl/vroegherkenning komen ouders en professionals aan het woord. Het is een pleidooi voor het tijdig vinden en organiseren van passende hulp voor jonge kinderen en ouders. Veel werk is hierin verricht door dr. Iris Oosterling en dr. Claudine Dietz. Het is een initiatief van Stichting Papageno, de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA), de Academische Werkplaatsen Autisme en het Landelijk Expertise Netwerk Autisme Jonge Kind, en is mede mogelijk gemaakt door de Vrienden Loterij. Ik wil alvast iedereen bedanken die ruimhartig heeft gedoneerd om te zorgen dat dit initiatief duurzaam verankerd kan worden. Het project [autismejongekind/vroegherkenning](http://autismejongekind.nl/vroegherkenning) heeft een focus op autisme, maar heeft in de basis een bredere blik. Als ouders of hulpverleners zorgen hebben over een kindje is er niet noodzakelijkerwijs sprake van een psychiatrische ziekte, maar is het wel van belang iets met deze zorgen te doen. Soms leidt dit tot geruststelling, soms tot een korte gerichte interventie. En als het gepast is, uiteraard wel een diagnose.

Ruim een jaar geleden had ik het genoegen om in het kader van mijn bijzonder hoogleraarschap aan de Faculteit Sociale Wetenschappen te Leiden al iets te zeggen over diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en ik stipte dit zojuist weer aan. Nu zullen sommigen zich afvragen waarom ik het nuttig vind om een bijzonder hoogleraarschap in Leiden te combineren met een leerstoel Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie in Nijmegen. Want ligt Nijmegen niet vooral in het oosten en Leiden in het westen? Is Nijmegen niet van oorsprong katholiek georiënteerd en Leiden-protestants christelijk? Is Leiden 444 jaar geleden opgericht en Nijmegen pas in 1923. En wellicht is ook de politieke oriëntatie wat anders.. Wie echter enig historisch besef heeft weet dat beide plaatsen van oudsher verbonden zijn.

De Tabula Peutingeriana of Peutingerkaart is een dertiende-eeuwse een kopie van een Romeinse reiskaart uit de derde en vierde eeuw. Deze kaart kwam in bezit van Konrad Peutinger, een humanist uit Ausburg, hetgeen de naam van dit document verklaart. Op deze kaart is te zien hoe Noviom Magnum (Nijmegen) en fort Matilo (Leiden) sterk verbonden waren en belangrijke verdedigingswerken vormden van de Romeinse noordgrens, de limes. Overigens blijkt dat dan ook mijn woonplaats in Vleuten (Fletione) en het project in Duitsland, Kleve (Clevus) in Duitsland veel historischer bepaald zijn dan ik aanvankelijk had gedacht.

In ieder geval is er een levendige, organische samenwerking ontstaan, die onder andere fraai geïllustreerd wordt aan de hand van een aanvraag die Sharon Kolk schreef, samen met collega's uit Leiden van het LUMC en de Faculteit Sociale Wetenschappen en van ons Radboudumc en het Donders Instituut. De aanvraag is gericht op de groep kinderen die in aanleg ernstig zijn aangedaan en brengt expertise bij elkaar op het gebied van klinische genetica, hersenontwikkeling, neurocognitie en psychiatrie. Verstoringen in afzonderlijke genen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van de hersenen kunnen leiden tot ernstige aangeboren ontwikkelingsproblemen, welke worden aangeduid als *Neurodevelopmental disorders* (NDD). Iedere dag worden er twee kinderen geboren met een NDD.

Patiënten met een NDD en hun familieleden worden helaas regelmatig geconfronteerd met een gebrekkige en versnipperde kennis bij de diverse zorgverleners. Het samenbrengen van de noodzakelijke expertise en het ontwikkelen van een strategie om dergelijke kennis te integreren is dan ook van groot belang. De multidisciplinaire samenwerking zoals vorm gegeven is op de polikliniek Zeldzaam van ons ziekenhuis is een voorbeeld hoe dit vorm zou kunnen krijgen.

Onder de groep kinderen met een grote p-factor vallen ook kinderen en jongeren met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS). Kinderen met een ASS nemen meestal van jongs af aan minder initiatief om contact te maken met anderen. Hierdoor missen ze voldoende natuurlijke leermomenten voor het leren gebruiken van taal, gespreksvaardigheden en sociale regels. Het ontwikkelen van therapeutische interventies en deze toetsen op werkzaamheid is dan ook van groot belang. *Pivotal Response Treatment* (PRT) richt zich op het verbeteren van deze problemen door het opzetten van leermomenten binnen de behandeling. In onze studies uitgevoerd door onze promovendi Manon de Korte en Iris Smeekens zien we goede behandelresultaten met PRT, die nog sterker blijken te zijn wanneer een klein robotje betrokken wordt in het spelenderwijs leren van vaardigheden. In een andere levensfase bestuderen we ook mensen met autisme.

Onderzoek van mijn Leidse promovenda, Renée Dijkhuis, samen met dr. Leo Sonnevile, dr. Tim Ziermans en professor Hanna Swaab laat bijvoorbeeld zien dat een gebrekkiger executief functioneren voorspellend is voor een lagere kwaliteit van leven bij studenten met autisme.

Nu ik u mee op reis heb genomen door het diverse landschap van de kinder- en jeugdpsychiatrie zult u goed begrijpen wat nodig is voor de opleidingen van onze jonge collega's. Samen met onze opleider binnen Karakter, dr. Heddeke Snoek zal ik als plaatsvervangend opleider kinder- en jeugdpsychiatrie, gegeven de ontwikkelingen in ons vakgebied, sterk sturen op het trainen van vaardigheden op het gebied van consultatie, het kunnen innemen van het patiënten perspectief en het ontwikkelen van ondernemerschap. Een uitbereiding van consult-stages, onder andere binnen huisartsenpraktijken is wenselijk. De kinder- en jeugdpsychiatrie leent zich er ook uitstekend voor om bij geneeskundestudenten inzichtelijk te maken hoe persoonsgerichte, kwalitatief onderscheidende en doelmatige zorg over verschillende levensfasen bevorderd kan worden. Dit maakt dat onze bijdrage aan het onderwijs voor studenten geneeskunde (bachelor en master) en aan AIOS (artsen in opleiding tot specialist) van de opleidingen psychiatrie, kindergeneeskunde en huisartsgeneeskunde van groot belang zijn.

Ik begon deze oratie met een uitleg over overgangsfasen zoals die in de culturele antropologie beschreven worden en ik vervlocht deze met kennis over ontwikkeling en psychopathologie in de kinder- en jeugdpsychiatrie. U zult zich bewust zijn van de parallel naar mij persoonlijk, waar ik gekleed in toga en met baret op, u toegesproken heb. Uiteraard is vandaag ook een overgangsfase voor mij persoonlijk, waarin ik symbolisch hernieuwd toetreed tot de academische gemeenschap van de Radboud Universiteit.

Een woord van dank is op zijn plaats, waar ik mij op dit uur beperk tot mijn naasten, maar waar ik veel uitvoeriger verslag van doe in de gedrukte versie van dit betoog.

Mijn ouders wil ik danken voor hun onvoorwaardelijke liefdevolle steun voor mij en mijn gezin. Jan en Wil, mijn schoonouders, voor alle mooie discussies en wijnen, maar zeker ook jullie warme betrokkenheid! Mijn broers en schoonzussen, en ook Pierre en Raymond wil ik danken voor jullie humor en vriendschap.

Alwin en Thian, wat geweldig dat jullie er zijn en hoe mooi dat jullie zo jezelf zijn!
Tot slot mijn lieve vrouw, Erica, met wie ik zo graag er op uit ga!

Ik heb gesproken!

Aanvullend woord van dank

Zoals u weet ga ik er graag op uit en doe ik dat het liefst samen met jullie!

Graag bedank ik eerst mijn directe collega's binnen Karakter, waaronder mijn collega KJPers, psychologen, orthopedagogen en ons secretariaat vallen. In het bijzonder wil ik Esther & Esther van locatie Tiel noemen. Dank dames voor jullie collegialiteit en professionaliteit. Al diegenen die als clinicus ook door wetenschappelijk denken zijn geïnspireerd, waarvan er gelukkig velen zijn en ik in elk geval Pierre, Mori, Martine, Jet, Karlijn, Jenny, Claudine en Iris (Oosterling) wil noemen.

Mijn promovendi, Manon, Iris, Jet, Bas, Rik, Astrid en Renée, jullie inspireren!

Aart Schene en alle collega's van de afdeling psychiatrie van ons ziekenhuis wil ik danken voor de warme inbedding. Aart, de klik met jou is groot. Met veel bewondering zie ik hoe je een klimaat scheidt waarin mensen tot ontwikkeling komen!

De raad van bestuur van ons Radboudumc, dank voor de geboden kansen, in het bijzonder dank aan (nog) onze decaan Paul! Bertine, uiteraard mag je niet gemist worden in dit dankwoord. Onze geschiedenis voert lang terug en wat mooi om te zien hoe we ieder onze weg gaan en hoe af en toe onze wegen weer kruisen.

Het MT van het UC van Karakter: Nathalie, Jan en Hans. Nathalie, intellect en charme zijn je ruimschoots gegeven en zorgt voor balans in ons MT. Jan, wat een voorrecht om met je te mogen samenwerken. Je scherpe intellect, maar vooral je ongelofelijke vermogen om met humor te relativeren versterkt ons vakgebied. Hans, jouw ondernemerschap, humor en vermogen om mensen enthousiast te krijgen zijn vitaal voor Karakter en de Karakter Academie. Van onze Karakter Academie wil ik iedereen danken die betrokken is kennisontwikkeling en deling, in het bijzonder Helen, Shireen, Karen en de Wouters. Nanda, wat waardevol dat je er bent voor ons wetenschappelijk onderzoek. Ik zie uit naar verdere samenwerking. Jouw ontwikkeling is nog lang niet ten einde en ik ben benieuwd tot welke hoogten je uiteindelijk gaat komen.

Onze leeromgeving van de Karakter Academie, waarvan Geke de ziel vormt, met de opleiders Eddie, Astrid, Esther, Mijne en Heddeke wil ik bedanken voor het vertrouwen en commitment. Heddeke, jou wil ik in het bijzonder danken voor je grote betrokkenheid bij onze AIOS en je verfrissende inzichten. Alle opleidingen, maar zeker onze AIOS kinder- en jeugdpsychiatrie, dank voor jullie vertrouwen in onze opleiding!

De raad van bestuur van Karakter, beste Erica en Toine, hoe mooi om te zien hoe jullie visie zo goed aansluit op mijn oratie. We gaan er zeker samen op uit!

De leden van het voltallige strategische beraad wil ik danken voor inspirerende bijeenkomsten en persoonlijke inbreng. In het bijzonder geldt dit voor onze ouderraad, die ons altijd weer helpt in het krijgen van nieuwe perspectieven.

Mijn collega's te Leiden, in het bijzonder Maretha en Hanna, voor het samen doen van waardevol onderzoek, maar vooral voor de plezierige samenwerking en vriendschap.

De besturen van NVA en Balans, onze directeuren en het bureau wil ik danken voor een intensieve en versterkende samenwerking. Mijn betrokkenheid zal ook in de komende jaren sterk zijn om voor onze ouders en patiënten van betekenis te kunnen zijn.

Prof. Renée Kahn en in het bijzonder professor Hilleke Hulshoff Pol, die mij als wetenschapper alle grondprincipes van wetenschappelijk onderzoek hebben bijgebracht.

Prof. Rutger Jan van der Gaag, mijn oud supervisor ooit bij een keuzecoschap in het UMCU en later collega, collega-opleider en collega-hoogleraar, dank voor je inspiratie!

Tot slot alle ouders en jonge patiënten die vanuit kwetsbaarheid vaak zo krachtig duidelijk maken wat in het leven echt telt. Het ontroert en sterkt mij in de overtuiging om voor mijn vakgebied te gaan staan!

