



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Speurtocht naar de voorboden van een psychose bij jongeren

Rianne Klaassen en Swanny Wierenga

SAMENVATTING In dit artikel wordt aan de hand van het voorbeeld psychose allereerst het concept *staging* uitgelegd. Vervolgens wordt in een casusbespreking een voorbeeld van behandeling van subklinische psychotische symptomen en gebleken risicosymptomen voor een eerste psychose, besproken. Behandeling met cognitieve gedragstherapie, zoals in deze casus wordt op dit moment onderzocht op de positieve effectiviteit ervan op het beloop van subklinische psychotische klachten. De groep patiënten met een verhoogd risico op een psychose zit vaak in de adolescentiefase, wat inhoudt dat rekening gehouden dient te worden met ontwikkelingsniveau, hetgeen uitgelegd wordt.

Inleiding

Staging, de Engelse term om te beschrijven dat een diagnose diverse stadia met bijbehorende behandeling en prognose kent, houdt een verfijndere manier van diagnosticeren in. Staging maakt het gemakkelijker om een behandeling aan te passen aan het stadium van een aandoening, zodat over- en onderbehandeling kunnen worden voorkomen. Wij zullen dit principe bespreken vanuit de achtergrond van jongeren met een verhoogd risico op een psychose binnen een jaar: jongeren met *at risk mental states* (ARMS) ook wel *ultra high risk* (UHR) genoemd (McGlashan, 1996; Yung & McGorry, 1996). Psychosen ontstaan over het algemeen in de leeftijd van 14 tot 35 jaar.

Psychosezorg is van oudsher vooral gericht op volwassenen: er wordt nog weinig gebruik gemaakt van kennis over de diverse ontwikkelingsfasen waarin jongeren met een psychose zitten. Dit terwijl het grotendeels gaat om adolescenten, bij wie het succesvol kunnen begeleiden en behandelen inhoudt dat rekening gehouden wordt met de ontwikkelingsleeftijd van de jongere. In de volgende

DRS. R.M.C. KLAASSEN, kinder- en jeugdpsychiater bij het vroegdetectieteam EDIT, Rivierduinen te Leiden. E-mail: r.klaassen@ggzkinderenjeugd.nl.
DRS. S. WIERENGA is klinisch psycholoog, werkzaam bij het vroegdetectieteam EDIT, Rivierduinen te Leiden.

casusbespreking wordt behandeling van de ARMS met inachtneming van ontwikkelingsfase nader uitgewerkt.

Stage: stadiering van psychosen

Fava en Kellner (1993) hebben het staging-principe in de jaren 90 van de vorige eeuw beschreven. Het zijn vooral de oncologen die dit principe doorgevoerd hebben in hun praktijk. Denk maar aan de welomschreven stadia in de ontwikkeling van baarmoederhalskanker, borstkanker en prostaatkanker. Bij elk (voor)stadium van kanker hoort een eigen behandelprotocol, waarbij geïndiceerde preventie (screening bij bepaalde leeftijdscategorieën), verfijnde diagnostiek, behandeling en bijbehorende prognoses een eenheid vormen. Ook is het mogelijk om naar een eerder stadium met overeenkomstig lichtere behandeling en betere prognose terug te gaan. Indien geen rekening gehouden wordt met staging, is de kans groot dat onder- of overdiagnostisering plaatsvindt.

In 2006 hebben McGorry, Hickie, Yung, Pantelis en Jackson dit staging-principe beschreven voor psychosen. Tabel 1 laat de verschillende stadia zien. Tot de jaren 90 werden psychosen en schizofrenie vaak pas laat behandeld. Hierbij werden hoge doseringen antipsychotica gegeven, waren vaak opnames nodig en werd de prognose als slecht ingeschat. Er is nog steeds een groep patiënten met recidiverende psychosen en een beperkt functioneren, die zowel antipsychotica als forse psychosociale ondersteuning nodig hebben (tabel 1, stadium 3a en 3b).

Vroegdetectie van psychose heeft een nieuwe groep patiënten in beeld gebracht: jongeren met een eerste psychose die vaak ambulante en effectief behandeld kunnen worden met een lage dosering antipsychotica. Vroeginterventie leidt tot een verbeterde prognose, met name ook omdat deze groep beter kan blijven meedoen op school of werk, en de patiënten hun vrienden kunnen behouden (tabel 1, stadium 2; Johnstone, Crow, Johnson, & McMillan, 1986; Loebel et al., 1992).

De genetisch belaste groep jongeren heeft een ouder, broer of zus met een psychotische stoornis, die in het afgelopen jaar een verminderd functioneren heeft getoond. In de tabel is dit stadium 0. Kinderen van een ouder met schizofrenie hebben 12,8% kans om ook zelf schizofrenie te ontwikkelen (Cardno et al., 1999). De interventie bestaat uit familie-educatie over de risico's en wanneer contact met de hulpverlening gezocht moet worden. Indien er sprake is van problemen vanwege de psychiatrische stoornis van een ouder, dan wordt een

Tabel 1. Staging bij psychose.

Klinisch stadium	Definitie	Doelpopulatie	Interventies
0	verhoogd risico, geen symptomen	eerstegraadsfamilieleden	familie-educatie KOPP
1a	<ul style="list-style-type: none"> • milde of non-specifieke symptomen • milde achteruitgang in functioneren 	<ul style="list-style-type: none"> • Bureau Jeugdzorg • eerste lijn 	<ul style="list-style-type: none"> • psycho-educatie • actieve alcohol- en drugsreductie • behandeling van specifieke klachten
1b	ARMS of UHR + daling functioneren	verwezen naar tweede lijn	<ul style="list-style-type: none"> • psycho-educatie • actieve alcohol- en drugsreductie • klachten volgen • eventueel CGT • eventueel SSRI
2	psychose	tweede lijn poliklinisch/ klinisch	<ul style="list-style-type: none"> • antipsychotica • CGT • psycho-educatie • actieve alcohol- en drugsreductie
3a	incomplete remissie eerste psychose	tweede lijn	als bij 2, maar met meer nadruk op AP en psychosociale strategieën
3b	relapse, gestabiliseerd met behandeling	tweede lijn	als bij 2, met nadruk op relapse-preventie
3c	meerdere relapses, verslechterde toestand en dalende GAF	tweede lijn	<ul style="list-style-type: none"> • als bij 3b, maar met meer nadruk op langetermijnstabilisatie • clozapine
4	ernstige, blijvende symptomen	beschermde woonvorm	als bij 3c

Vrij vertaald uit McGorry et al., 2006.

groep geïndiceerd die zich richt op Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek (KOPP).

De groep met een korte psychose valt in stadium 1b. Patiënten met milde psychoseachtige ervaringen voldoen aan de criteria voor ARMS en vallen in groep 1b. Als er psychoseachtige ervaringen zijn, maar van te lage intensiteit of te lage frequentie, spreken we van stadium 1a. In stadium 1a wordt nog niet geïnterveniëerd, maar de groep kan wel langere tijd gevolgd worden om te controleren of zij niet in stadium 1b komen.

Vroegsignalering van psychose brengt ook een groep patiënten in beeld met een verhoogd risico op een psychose. Deze groep voldoet op dat moment (nog) niet aan de criteria voor een psychotische stoornis, maar vertoont er al wel kenmerken van. De onderzoeks-

groep van Yung in Melbourne slaagde er als eerste in om een groep jongeren met een ARMS of UHR te detecteren (Yung et al., 2003).

Dit betreft allemaal relatief jonge mensen (14-35 jaar) met ofwel psychotische symptomen ofwel een genetische belasting in combinatie met een dalend functioneren. De ARMS-groep bestaat uit drie subgroepen. De grootste groep heeft in het afgelopen jaar milde psychotische symptomen gedurende enige weken gehad. Een tweede subgroep heeft in het afgelopen jaar een psychose doorgemaakt die korter duurde dan een week en die vanzelf is overgegaan. De derde ARMS-groep is de groep jongeren met een eerstegraadsfamilielid met psychose of schizofrenie, in combinatie met een verminderd sociaal functioneren; met sociaal functioneren worden problemen op de volgende terreinen bedoeld: relatie met familie en vrienden, functioneren op werk/school en problemen met wet- en regelgeving.

De kans dat een psychotische stoornis zich bij deze groep van vroeggedetecteerde ARMS-patiënten binnen een jaar voordoet is van 40% gedaald naar 10-30%. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat jongeren al in beeld komen wanneer ze nog milde klachten hebben en door een vroegere interventie niet psychotisch worden of pas na meer dan een jaar psychotisch worden (Cannon et al., 2008; Velthorst et al., 2009; Yung et al., 2006; Yung et al., 2007).

Vroegsignalering is vroegere en effectievere behandeling

Er is wat betreft stadiëring bij psychosen nog geen vastomlijnd stappenplan, zoals wel het geval is in de oncologie. Wat dat betreft staat staging in de psychiatrie sowieso nog in de kinderschoenen. Echter, de verbeterde diagnostiek en interventies voor een eerste psychose en van de ARMS-groep zijn een enorme stap voorwaarts, omdat interventie bij hen minder heftig is dan bij patiënten die later in beeld komen.

Daarnaast heeft een groep jongeren met bijvoorbeeld een depressie ook een ARMS; aandacht voor ARMS bij deze groep patiënten leidt ertoe dat psychosen niet gemist worden. Dat beide, overdiagnostiek en onderdiagnostiek, veel voorkomen laten Nieman et al. (2009) zien in een recent artikel.

Screening van potentieel psychotische patiënten

In de epidemiologie is het een gegeven dat screening aandoeningen met een lage incidentie in de algemene bevolking geen zin heeft vanwege het hoge aantal foutpositieven dat zal worden gevonden. Dit

geldt dus ook voor schizofrenie. en de daarmee samenhangende gigantisch grote aantallen foutpositieven. Screenen van jongeren met een familiair risico heeft ook geen zin. Hoewel het feit dat de kans op een psychose bij iemand met een eerstegraadsfamilielid met schizofrenie tien keer zo groot is, is de kans dat de psychose zich op korte termijn aandient, bijzonder klein. Bovendien heeft 80% van de groep psychotische patiënten helemaal geen familielid met een psychose.

Het probleem van de lage incidentie kan vermeden worden door te zoeken in een sample dat een hogere base-rate heeft op psychose-risico. Dat kan door risicofactoren te combineren; bijvoorbeeld een jonge groep (omdat ouderen bijna nooit meer een eerste psychose ontwikkelen) gecombineerd met een as-1-stoornis waarvoor een hulpvraag bestaat, gecombineerd met psychoseachtige symptomen, waarbij ook al veel ongemak ervaren wordt. Screenen in de tweede lijn lijkt een goed idee omdat twee belangrijke filters, de huisarts en de GGZ, gepasseerd zijn (Klaassen, Nieman, Becker, & Linszen, 2006).

Onderzoek naar psychologische interventies bij jongeren met een ARMS-profiel

Bij de groep jongeren met een ARMS-profiel zijn naast medicatietrials (antipsychotica en antidepressiva) met beperkt resultaat (Cornblatt et al., 2007; McGorry et al., 2002) recent trials gestart met cognitieve gedragstherapie (Morrison et al., 2007; Van Strater & Van der Gaag, 2010). Doel van deze mildere behandelvormen is om een volgend stadium (psychose) te kunnen voorkomen, uit te stellen of milder te doen verlopen.

Ook andere interventies worden onderzocht, zoals casemanagement, stressmanagement en visolie. McGlashan et al. (2007) geven een beschrijving van interventies zoals die momenteel in 'Early Detection and Intervention Teams' over de gehele wereld worden toegepast. Voor een definitief behandelvoorstel is het, gezien de beperkte onderzoeksresultaten, nog te vroeg.

Het belang van enige vorm van familietraining/ouderbegeleiding ter voorkoming van een psychose wordt aanbevolen door Schlosser et al. (2010). Dit past ook bij het feit dat het om adolescenten gaat. Ook hiervoor geldt echter dat replicatie met grotere aantallen nodig is voordat er definitief iets over gezegd kan worden.

Inzicht in de psychologie van de adolescentie

De meeste jongeren met een ARMS vallen nog binnen de adolescentiefase. Er bestaat een hardnekkig misverstand dat jongeren met 18 jaar volwassen zijn. Hoewel dat in juridische zin inderdaad als zodanig wordt beschreven, is dat wat betreft de breinontwikkeling en bijkomende cognities en gedragingen nog niet het geval. De adolescentiefase loopt door tot ongeveer 24 jaar, volgens sommigen zelfs tot een jaar of 30 (De Wit, Slot, & Van Aken, 2004).

De adolescentiefase, waarvan de puberteit een onderdeel is, kan worden ingedeeld in drie fasen:

1. *Vroege adolescentie (10-14 jaar).*

In deze fase is de invloed van hormonen en hersenontwikkeling op kinderen groot. Emoties krijgen voorrang boven rationeel denken. Er is een grote impulsiviteit, in combinatie met onafhankelijkheidsneiging, vooral ten opzichte van de ouders.

2. *Midden adolescentie (14-16 jaar).*

Pubers zijn geneigd tot het nemen van risico's. Experimenteren met nieuw gedrag wordt hier dominant. Van meer op ouders gerichte kinderen verandert men in meer op leeftijdgenoten gerichte jongeren.

3. *Late adolescentie (16-24 jaar).*

De hersenen ontwikkelen zich nog verder: zo ontwikkelt de prefrontale cortex (hierin wordt controle over gedrag en planning bepaald) zich nog door tot het 23^e levensjaar. De controle van de frontaalkwab over het pleziercentrum in de nucleus accumbens, die al wel volledig werkt, is nog niet erg groot. Dit heeft als gevolg dat jongeren in theorie wel afspraken kunnen maken, maar dat zij die niet nakomen als er op het bewuste tijdstip iets leukers is dan de geplande afspraak.

In deze fasen moet een aantal ontwikkelingstaken worden volbracht om volwassen te worden. Wat zijn deze ontwikkelingstaken? De Wit en collegae (2004) komen tot een volgende uitwerking:

1. Het vormgeven aan veranderde relaties binnen het gezin.
2. Het zorgdragen voor gezondheid en uiterlijk.
3. Het zinvol invullen van vrije tijd.
4. Het vormgeven aan intimiteit en seksualiteit.
5. Het participeren in onderwijs en werk.
6. Het onderhouden van vriendschappen en sociale contacten.
7. Het omgaan met autoriteit.

Bij elke jongere die in de zorg terechtkomt, zullen bepaalde ontwikkelingstaken goed verlopen en andere minder goed. Als de ontwikkelingstaken goed worden vervuld, zal een jongere positiever over zichzelf denken, meer positieve reacties ontvangen en heeft hij

ook meer succes met taken die zich later in het leven aandienen. Andersom zal bij jongeren met wie het niet goed gaat, dit vaak ook uit te drukken zijn in ontwikkelingstaken die zo niet volbracht kunnen worden.

Casus Jenny

De 16-jarige Jenny is aangemeld met depressieve klachten en suïcidale uitingen. Zij is erg angstig, vermijdend en is sociaal geïsoleerd. Volgens haar moeder is Jenny al vier jaar lang een ontevreden meisje, dat last heeft van 'levensvreugde-vrees'. Jenny omschrijft haar klachten zelf: 'ik kan moeilijk uit mijn bed komen' en 'ik heb een kort lontje'. Jenny vertelt dat haar klachten op haar 13^e zijn begonnen. Toen heeft ze via de computer ontdekt dat haar vader vreemdging. Ze heeft dit vervolgens aan haar moeder verteld, wat veel onrust binnen het gezin gaf. Haar ouders hebben ook een tijdje apart gewoond, maar zijn nu weer bij elkaar. Haar vader zou Jenny als verrader hebben aangewezen.

Jenny is zich gaandeweg steeds meer gaan terugtrekken uit het openbare leven. Ze heeft een vriend, maar maakt het vaak 'uit' omdat ze niet kan geloven dat hij om haar geeft. Soms denkt ze dat ze voor de trein moet springen. De schoolprestaties gaan achteruit. Jenny doet een opleiding tot doktersassistente, maar gaat maar drie van de vijf dagen naar school. De andere dagen ligt ze vooral op bed of zit ze achter de computer. Thuis zijn er veel ruzies. Ook is Jenny vaak boos en scheldt ze veel.

Jenny heeft een drie jaar oudere broer die vindt dat Jenny thuis de sfeer verziekt. Jenny denkt dat het haar schuld is dat het tussen haar ouders niet goed gaat. Haar ouders discussiëren vaak over Jenny zonder haar erbij te betrekken en hierdoor ontstaan nog meer conflicten. Jenny wordt behandeld met een antidepressivum en krijgt steunende structurende begeleiding bij een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Ook is er ouderbegeleiding en Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT) ingezet, gericht op het verbeteren van de schoolattentie en haar sociale contacten.

Het gaat steeds slechter met Jenny. Ze begint last te krijgen van een stem in haar hoofd, die zegt dat ze stom is en dat ze dood moet. Ze vindt het moeilijk om deze stem te negeren. Jenny durft alleen nog met haar capuchon op over straat. Ze kijkt telkens achterom omdat ze denkt dat ze achtervolgd wordt. Jenny wordt aangemeld bij het Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-)onderzoek (Van Strater & Van der Gaag,

2010). Zij wordt onderzocht op aanwezigheid van (subklinische) psychotische symptomen. Het gestructureerde interview *Comprehensive Assessment of At Risk Mental States* (CAARMS) wordt afgenomen. Jenny voldoet aan de criteria voor *At Risk Mental States* (ARMS). Dit betekent dat zij risico loopt op het ontwikkelen van een psychose binnen een jaar. Er zijn twee subklinische psychotische symptomen aanwezig, te weten niet-bizarre ideeën en waarnemingsstoornissen. Jenny is er zelf 100% van overtuigd dat ze een slecht mens is. Hierdoor denkt ze dat iedereen erop uit is om haar iets aan te doen. Van haar stem moet ze dood. Ze krijgt binnen het EDIE-onderzoek cognitieve gedragstherapie aangeboden, specifiek ontwikkeld voor mensen met ARMS (Van den Berg & Van der Gaag, 2010).

Behandeling gericht op ontwikkelingstaken

Naast medicatie voor de depressie is de behandeling in eerste instantie gericht geweest op de ontwikkelingstaken die niet goed verlopen. De ouderbegeleider, de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, de kinderen jeugdpsychiater en de systeemtherapeut hebben veel aandacht besteed aan alle ontwikkelingstaken:

1. De relaties binnen het gezin: dit ging moeizaam omdat vader niet wilde meewerken.
2. Jenny stond dagelijks twee uur voor de spiegel, zodat ze te laat kwam op school.
3. Behalve zwemmen met haar broer en moeder had Jenny geen hobby's.
4. Jenny bracht volgens haar moeder te veel tijd door bij haar vriend. Dit veroorzaakte veel conflicten.
5. School en stage waren onder voortdurende aandacht van de hulpverleners.
6. Jenny had vaak last van roddelen op school. Ze had het gevoel tussen twee met elkaar concurrerende vriendinnengroepjes in te staan.
7. Omgang met de mentor van school en later de werkbegeleider op haar stageplek had veel aandacht nodig en moest bemiddeld worden in conflicten.

Het volbrengen van deze ontwikkelingstaken ging moeizaam. Jenny hield zich heel vaak niet aan haar afspraken en klaagde over een toename van de stemmen en angsten. De aanvullende behandeling cognitieve gedragstherapie voor haar subklinische psychotische symptomen bleek nodig te zijn om ook vorderingen te maken op haar

ontwikkelingstaken. Hierna wordt kort geïllustreerd hoe dit is gerealiseerd.

Integratie cognitieve gedragstherapie en ontwikkelingstaken

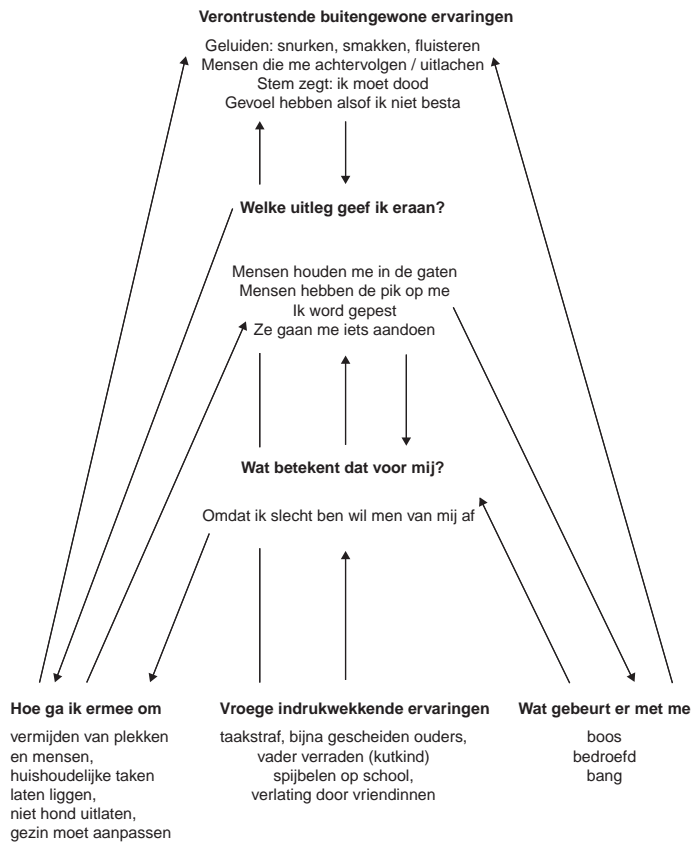
De kennismaking met de therapeut vindt plaats bij Jenny thuis. Vanwege haar angsten was het Jenny al twee keer niet gelukt om op de afspraak bij de therapeut te komen. Moeder neemt ook deel aan het gesprek. Vader is wel thuis, maar laat zich niet zien. De therapeut maakt van de gelegenheid gebruik om moeder, met goedkeuring van Jenny, psycho-educatie te geven over het hoe en wat van subklinische psychotische symptomen. Jenny voelt zich gesteund door de therapeut en vertelt over haar bijzondere ervaringen, zoals het hebben van een stem die haar dood wil hebben en het gevoel hebben dat ze niet bestaat.

Moeder herkent dat haar dochter denkt dat ze achtervolgd wordt. Ze weet dat Jenny daarom altijd haar capuchon op heeft. Ze is bang dat anderen haar herkennen. Jenny zegt dat ze wel weet dat dit niet het geval is, maar dat zij het desondanks zo voelt. Ze wil hier heel graag in therapie aan werken. De eerste doelen worden al geformuleerd. Jenny wil leren dat ze zich aanpast aan het gezin en ook haar taken weer kan uitvoeren, maar ze wil vooral van haar angsten af. De kennismaking wordt afgesloten met een huiswerkopdracht. Jenny wordt gevraagd om haar buitengewone ervaringen te registreren in een gedachteschema. Jenny is een snelle leerling en maakt actief haar huiswerkopdrachten. Het psycho-educatieve deel van de behandeling helpt haar om in te zien dat ze veel last heeft van riskante denkstijlen. Ze herkent dat ze door haar selectieve aandacht voor 'ongure mannen' overal gevaar ziet. Het lukt haar steeds beter om haar stem niet meer toe te schrijven aan anderen, maar waar te nemen als haar eigen gedachte.

Op basis van de gedachtedagboeken en registraties wordt gezamenlijk een probleemformulering gemaakt (zie figuur 1). Jenny krijgt hierdoor inzicht in haar probleem en ze kan eraan werken om de situatie te veranderen.

Er wordt een doelenplan opgesteld waarin de ontwikkelingstaken een duidelijke plaats krijgen. Jenny wil leren zich minder te storen aan de gezinsleden en wil haar huishoudelijke taken weer gaan uitvoeren. Als hoofddoel formuleert ze dat ze wil leren haar interpretaties van situaties te veranderen. Hierdoor zal ze minder bang zijn en meer naar buiten durven (school, stage, uit met vriendinnen) en minder ruzie hebben (gezin, werkbegeleider, vriendinnen).

In de interventiefase is veel aandacht voor het aanpakken van



Figuur 1. Probleemformulering bij Jenny.

vermijdingsgedrag. Veel exposure-oefeningen zijn met behulp van de psychiatrische thuiszorgmedewerker uitgevoerd. Zo leert ze om haar capuchon niet meer op te doen en te fietsen zonder achterom te kijken. De hond laat ze weer alleen uit en ze geniet hiervan. De gedachte dat ze slecht is, wordt uitgedaagd met behulp van de techniek *meerdimensionaal evalueren*. Jenny ziet hierdoor in dat ze juist helemaal geen slecht persoon is. Ze is juist heel erg dapper geweest door voor zichzelf op te komen. Ze ziet in dat haar vader haar van verraad beschuldigt, maar dat dit ten onrechte is.

Met behulp van de *taartpunttechniek* lukt het Jenny om andere verklaringen te vinden voor het handelen of juist niet handelen van andere mensen. De therapie heeft Jenny geleerd dat ze te veel piekert en dat mensen er helemaal niet op uit zijn om haar iets aan te doen.

Ze heeft ook geleerd dat haar ouders de problemen meer bij zichzelf moeten leggen.

Jenny noteert al haar bevindingen op een *noodkaart*. Deze helpt haar om zichzelf toe te spreken als de angst weer komt opzetten.

Een jaar na de therapie gaat het heel goed met Jenny. Ze heeft inmiddels haar diploma gehaald en is in staat om het ouderlijk huis te verlaten en haar eigen keuzes te gaan maken. Het antidepressivum wordt langzaam afgebouwd. Een meer ingrijpende behandeling met antipsychotica is niet nodig gebleken.

Beschouwing stadiëring psychose

De introductie van het staging-concept is nog relatief nieuw en het is nog niet zeker wat de effectiviteit is van behandelen in de fase van ARMS. Het draagt echter wel beloften in zich. Bij kanker is interveniëren in een vroeg stadium een lichte ingreep met groot succes. Behandelen van een vergevorderde kanker is erg invasief en langdurig, met een kleine kans op succes. Bij psychotische stoornissen is het behandelen van een laat stadium eveneens weinig succesvol en is invalidering vaak onomkeerbaar. Het zou een verandering binnen de zorg betekenen als vroeg interveniëren in staat is om een aantal ontwikkelingen af te buigen, zodat die niet eindigen in een psychotische stoornis.

Gezien de kosten van een levenslange psychosebehandeling kan behandeling al snel kosteneffectief worden, zelfs als er een aanzienlijk aantal vals-positieven die nooit de stoornis ontwikkeld zouden hebben, behandeld wordt. Het betekent ook dat mensen in de tweedelijnszorg die werken met mensen met depressies, angststoornissen, ADHD of persoonlijkheidsstoornissen, 'gevoeliger' moeten worden van psychoseachtige ervaringen van patiënten. Misschien gaat het dan niet alleen om een depressie, maar om een voorfase van een psychose die zich kenmerkt door een mengeling van angstklachten en dysthieme stemmingen. De opleiding van andere GZ-psychologen dient ook meer aandacht te besteden aan psychotische symptomen in het kader van andere stoornissen, zoals de posttraumatische stressstoornis of ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Het voorkomen van psychoseachtige ervaringen is ongeveer 20% van alle mensen die hulp zoeken met een as-1-stoornis bij de tweedelijns-GGZ. Bij een deel ervan gaat de ontwikkeling in de richting van een psychotische stoornis waarbij gericht interveniëren dan een noodzaak is. Sommige patiënten worden soms langdurig behandeld in de GGZ voor de 'verkeerde' klachten, omdat de

psychose onopgemerkt blijft of gebagatelliseerd wordt. Kortom: stadiëring kan leiden tot een effectievere en goedkopere hulpverlening.

ABSTRACT In this article we discuss the concept of staging of illness in relation to psychosis. In early detection of subclinical psychotic symptoms mostly a milder treatment like cognitive behavior therapy is sufficient; currently the effect of cognitive behavioral therapy on delaying or even preventing a psychosis is evaluated. Patients with an at risk mental state are mostly adolescents: this taking the developmental phase into account.

Referenties

- Berg, D.A.M. van den & Gaag, M. van der (2010). Cognitieve gedragstherapie bij het voorkomen van ernstige psychiatrische klachten. *Psychopraktijk*, 2(1), 7-10.
- Cannon, T.D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S.W., Addington, J., Walker, E., Seidman, L.J., Perkins, D., Tsuang, M., McGlashan, T., & Heinsler, R. (2008). Prediction of Psychosis in Youth at High Clinical Risk: A Multisite Longitudinal Study in North America. *Archives of General Psychiatry*, 65, 28-37.
- Cardno, A.G., Marshall E.J., Coid B., MacDonald, A.M., Ribchester T.R., Davies, N.J., Venturi P., Jones, L.A., Lewis, S.W., Sham, P.C., Gottesman I.I., Farmer, A.E., McGuffin, P., Reveley, A.M., & Murray, R.M. (1999). Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series. *Archives of General Psychiatry*, 56, 162-168.
- Cornblatt, B., Lencz, T., Smith, C.W., Olsen, R., Auther, A.M., Nakayama, E., Lesser, M., Tai, J.Y., Shah, M.R., Foley, C.A., Kane, J.M., & Correl, C.U. (2007). Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(4), 546-557.
- Fava, G.A., & Kellner, R. (1993). Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 225-230.
- Hafner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M., & Van der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 105-118.
- Johnstone, E.C., Crow, T.J., Johnson, A.L., & McMillan, J.F. (1986). The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *The British Journal of Psychiatry*, 148, 115-120.
- Klaassen, M.C., Nieman, D.H., Becker, H.E., & Linszen, D.H. (2006).

- Wanneer heeft detectie van hoogrisicofactoren voor een eerste psychose zin? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 48(6), 467-476.
- Loebel, A.D., Lieberman, J.A., Alvir, J.M., Mayerhoff, D.I., Geisler, S.H., & Szymanski, S.R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
- McGlashan, T.H. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: research. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 327-345.
- McGlashan, T.H., Addington, J., Cannon, T., Heinimaa, M., McGorry, O'Brien, M., Penn, D., Perkins, D., Salonkangas, R.K.R., Walsh, B., Woods, S.W., & Yung, A. (2007). Recruitment and Treatment Practices for Help-Seeking 'Prodromal' Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 715-726.
- McGorry, P.D., Yung, A.R., Yuen, H.P., Francey, S., Cosgrave, E.M., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adlard, S., & Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 921-928.
- McGorry, P.D., Hickie, I.B., Yung, A.R., Pantelis, C., & Jackson, H.J. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 616-622.
- Morrison, A.P., French, P., Parker, S., Roberts, M., Stevens, H., Bentlall, R.P., & Lewis, S.W. (2007). Three-year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 682-687.
- Nieman, D.H., Rike, W.H., Becker, H.E., Dingemans, P.M., Amelvoort, T.A. van, Haan, L. de, Gaag, M. van der, Denys, D.A.J.P., & Linszen, D.H. (2009). Prescription of antipsychotic medication to patients at ultra high risk of developing psychosis. *International Clinical Psychopharmacology*, 24(4), 223-228.
- Schlosser, D.A., Zinberg, J.L., Loewy, R.L., Casey-Cannon, S., O'Brien, M.P., Bearden, C.E., Vinogradov, S., & Cannon, T.D. (2010). Predicting the longitudinal effects of the family environment on prodromal symptoms and functioning in patients at-risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 118, 69-75.
- Strater, A. van & Gaag, M. van der (2010). Preventie van psychose door cognitieve gedragstherapie van invaliderende intrusies. *Directieve therapie*, elders in dit nummer.
- Velthorst, E., Nieman, D.H., Becker, H.E., Fliert, R. van der, Dingemans, P.M., Klaassen, R., Haan, L. de, Amelvoort, T. van, & Linszen, D.H. (2009). Baseline differences in clinical symptomatology between ultra high risk subjects with and without a transition to psychosis. *Schizophrenia Research*, 109, 60-65.
- Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353-370.
- Yung, A.R., Phillips, L.J., Yuen, H.P., Francey, S.M., McFarlane, C.A.,

- Hallgren, M., & McGorry, P.D. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow-up of a high-risk ('prodromal') group. *Schizophrenia Research*, 60, 21-32.
- Yung, A.R., Stanford, C., Cosgrave, E., Killackey, E., Phillips, L., Nelson, B., & McGorry, P.D. (2006). Testing the Ultra High Risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophrenia Research*, 84, 57-66.
- Yung, A.R., Yuen, H.P., Berger G., Francey, S., Hung, T.C., Nelson, B., Phillips, L., & McGorry, P.D. (2007). Declining transition rate in Ultra High Risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophrenia Bulletin*, 33, 673-681.
- Wit, J. de, Slot, W., & Aken, M. van (2004). *Psychologie van de adolescentie* (pp. 12, 17-18). Baarn: HBUitgevers.