

De detectie van mensen met een verhoogd risico op een psychose: detectiemethoden en basiskenmerken van de populatie

J. RIETDIJK, M. VAN DER GAAG

- ACHTERGROND** De detectie van mensen met een verhoogd risico op het ontstaan van een psychose (at risk mental state; ARMS) is mogelijk. De vraag is of in de routinezorg van de ggz deze detectie ook kan worden verwezenlijkt.
- DOEL** Bespreken van drie onderzoeken uit het proefschrift 'People at ultra high risk for psychosis: the obvious cases and beyond' en nagaan of men met getrapte screening patiënten met ARMS kan detecteren in een algemene hulpzoekende populatie.
- METHODE** In het casusregister van Parnassia Den Haag werden alle mensen die tussen 2005 en 2009 een psychose kregen, geselecteerd en werd nagegaan of zij in de fase voor de eerste psychose hulp hadden gezocht voor niet-psychotische psychische problemen. In het EDIE-NL-onderzoek werd bekeken of een getrapte screening (de Ervaringenlijst in de algemene hulpzoekende populatie, gevolgd door een goudenstandaardinterview in het geval van een score boven de grenswaarde) bruikbaar was in de detectie van patiënten met ARMS in de leeftijd van 18-35 jaar.
- RESULTATEN** 56,2% van de patiënten met een eerste psychotische episode had hulp gehad voor niet-psychotische psychische problemen. Met de screening detecteerde men meer patiënten met ARMS vergeleken met de verwijzingsmethode en dezen kregen drie keer zo vaak een psychotische stoornis binnen 18 maanden.
- CONCLUSIE** De tweedelijns-ggz herbergt 4% patiënten met ARMS. Screening leidt tot minder fout-negatieve beoordelingen dan verwijzing.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)4, 257-265

TREFWOORDEN At risk mental state, psychoscreening, vroegdetectie



Psychotische stoornissen zijn ernstige psychiatrische ziekten, die behalve voor het (sociaal) functioneren en levensgeluk van de patiënt, ook gevolgen hebben voor de maatschappij. Interventie in het hoogrisicostadium kan psychose voorkomen, uitstellen of in het minst gunstige geval de prognose verbeteren (McGorry 1998). Door de aard van de symptomen en de risicofactoren, is het definiëren van valide en betrouwbare criteria voor de detectie

van mensen met een verhoogd risico één van de grootste uitdagingen voor onderzoekers en behandelaren. Schizofrenie heeft geen symptomen die uitsluitend bij deze stoornis voorkomen en de risicofactoren zijn niet-specifiek. Hierdoor is het niet eenvoudig een betrouwbaar risicoprofiel op te stellen.

In dit artikel brengen wij de resultaten bijeen van drie artikelen uit het proefschrift van de eerste auteur (J.R.),

People at ultra high risk of psychosis: the obvious cases and beyond, en we onderzoeken de risicofactoren en de karakteristieken van de populatie met een verhoogd risico op een psychose, aangeduid met *at risk mental state* (ARMS). De nadruk ligt hierbij op de aanwezigheid van subklinische positieve psychotische symptomen en de ontwikkeling van algemene psychiatrische symptomen. Deze risicofactoren zijn retrospectief onderzocht in een cohort met een eerste episode (het casusregister van Parnassia) en prospectief in de ARMS-populatie van het Nederlandse *Early Detection and Intervention Evaluation* (EDIE-NL)-onderzoek.

De ARMS-populatie bestaat uit drie groepen en kan worden gedetecteerd met de *Comprehensive Assessment of At Risk Mental States* (CAARMS; Yung e.a. 2005). De drie groepen zijn:

- de populatie met een familiair risico, namelijk patiënten met een eerstegraadsfamilielid met een psychotische stoornis of zelf een schizotypische persoonlijkheidsstoornis;
- de populatie met lichte subklinische positieve psychotische symptomen;
- de groep met één of meerdere psychose(s) korter dan een week met spontaan herstel (*brief limited intermittent psychotic syndrome*; BLIPS).

Alle drie de groepen hebben daarnaast een daling in sociaal functioneren van 30%. Fusar-Poli e.a. (2012) vonden in hun meta-analyse over 27 vroegdetectiestudies een gemiddeld psychoserisico van 18% na 6 maanden; 22% na 1 jaar, 29% na 2 jaar en 36% na 3 jaar. Dit betekent dat de transitieratio in de ARMS-groep een stuk hoger ligt dan in de algemene bevolking (ongeveer 0,02%), maar dat de specificiteit nog verder kan worden verbeterd.

Vervolgens is een belangrijke vraag of de huidige methode voor vroege detectie voldoende sensitief is. De meeste onderzoeksinstellingen maken gebruik van de verwijzingsmethode: patiënten worden wegens een vermoeden van een psychotische ontwikkeling doorverwezen. Uit onderzoek is echter gebleken dat bij de verwijzingsmethode veel mensen met een ARMS niet worden gedetecteerd. McGlashan e.a. (2003) hebben met deze methode in vier jaar tijd slechts 60 mensen gedetecteerd in een gebied waar de geschatte incidentie rond de 600 per jaar ligt. Dit suggereert dat veel mensen niet worden herkend met deze strategie (fout-negatieve bevindingen). De hypothese hierbij is dat mensen met een ARMS niet als zodanig worden herkend door de verwijzers uit de eerste en tweede lijn.

Een belangrijke vraag is hoe dit kan worden ondervangen. Eén van de ideeën is dat screening in de tweede lijn uitkomst zou kunnen bieden (Rietdijk e.a. 2011a). De EDIE-NL-studie is de eerste studie waarin men onderzoek deed naar een screeningsmethode in de tweede lijn met als doel een bijdrage te kunnen leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de detectie van ARMS. De uitkomsten van deze

AUTEURS

JUDITH RIETDIJK, Dijk en Duin, Early Detection and Intervention Team (EDIT) en VIP-team, Zaandam.

MARK VAN DER GAAG, Parnassia, afd. Psychoseonderzoek, Den Haag; hoogleraar Psychiatrie, Vrije Universiteit Amsterdam en EMGO+ instituut, afd. Klinische Psychologie, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Judith Rietdijk, Dijk en Duin, Early Detection and Intervention Team, Westzijde 120, 1506 EJ Zaandam.

E-mail: j.rietdijk@dijkenduin.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-8-2013.

screening worden eveneens besproken in het proefschrift dat onderwerp is van dit artikel.

In dit artikel brengen wij de resultaten van de drie onderzoeken uit het proefschrift samen aan de hand van drie onderzoeksvragen.

1. Zoeken mensen hulp voor niet-psychotische psychische problemen voor het ontstaan van de eerste psychose?
2. Zijn de mensen met een verhoogd risico op psychose detecteerbaar in de tweede lijn?
3. Wat zijn de kenmerken van deze mensen in termen van hulpzoekend gedrag?

Onderzoek 1: hulpzoekend gedrag in prodromale fase

Voordat kan worden onderzocht of patiënten met ARMS detecteerbaar zijn in de algemene hulpzoekende populatie, is het noodzakelijk om te weten of mensen daadwerkelijk hulp zoeken voor niet-psychotische psychische problemen in de tweedelijnsinstellingen voor het ontstaan van de eerste psychose. Daarnaast is het bij het bepalen van risicofactoren van belang om te achterhalen met welke prodromale stoornissen patiënten in beeld komen.

Om dit te onderzoeken, is gebruikgemaakt van het casusregister van Parnassia en PsyQ in Den Haag. Parnassia heeft alle persoonsgegevens, zoals leeftijd, woonplaats, burgerlijke staat en diagnoses van al haar patiënten bijgehouden in een grote database. In deze dataset werden alle mensen geselecteerd bij wie tussen 2005 en 2009 bij Parnassia voor het eerst de diagnose psychotische stoornis werd gesteld en die tussen 18 en 35 jaar oud waren bij de allereerste aanmelding. Bijal deze mensen werd retrospectief gekeken of zij zich in de jaren voor de eerste psychose hadden aan-

gemeld voor niet-psychotische stoornissen bij PsyQ. Eerder werd de methode uitgebreid beschreven (Rietdijk e.a. 2011b).

RESULTATEN

Tussen 2005 en 2009 kregen in het verzorgingsgebied van Parnassia Den Haag 1753 mensen (18-35 jaar) een behandeling voor een psychotische stoornis. Van hen was 42% vrouw (n = 738). Meer dan de helft van deze patiënten had vóór het ontstaan van de eerste psychose hulp gezocht voor niet-psychotische psychische problemen (n = 985; 56,2%).

De gediagnosticeerde stoornissen in de voorgeschiedenis waren: angst- en stemmingsstoornissen (39,1%), verslaving (21,5%), ADHD (11,4%), persoonlijkheidsstoornissen (6,5%), diagnose onbekend (5,9%) en overige stoornissen die niet erg veel voorkomen in de algemene populatie, zoals seksuele stoornissen (15,7%). De mediaan in tijd tussen eerste aanmelding en de eerste psychose was 78 maanden (standaardfout = 2,04). Ongeveer 23% van de patiënten maakte de transitie binnen 2 jaar na de eerste aanmelding.

Onderzoek 2

Uit onderzoek 1 bleek dat ruim de helft van de patiënten met een eerste psychotische episode hulp had gezocht voor niet-psychotische psychische stoornissen. Daarnaast is gebleken dat patiënten met ARMS een mix aan psychische en sociale problemen rapporteren (McGorry 1998). Dit suggereert dat de tweedelijnsinstellingen een goede plaats zijn voor de detectie van mensen met een ARMS.

Deze hypothese werd onderzocht met data van het EDIE-NL-onderzoek (Rietdijk e.a. 2010). Het EDIE-NL-onderzoek werd opgezet in vier instellingen in Nederland. Binnen dit onderzoek werd gebruikgemaakt van twee verschillende detectiemethoden: een getrapte screening en de traditionele verwijzingsmethode.

METHODE

De eerste methode, de screening, bestond uit twee stappen (Rietdijk e.a. 2010). Alle mensen (18-35 jaar) die tussen februari 2008 en februari 2010 hulp zochten bij PsyQ Haaglanden en Zoetermeer (hierna samengevoegd als regio Den Haag) voor niet-psychotische problemen, werden gescreend met de *Prodromal Questionnaire*, vertaald in de *Ervaringenlijst* (Loewy e.a. 2005). Het invullen van vragenlijsten, inclusief de *Ervaringenlijst*, is verplicht bij de intakeprocedure bij PsyQ. Om die reden was de respons zeer hoog.

Mensen die 18 of hoger scoorden op de *Ervaringenlijst*, werden geïnterviewd met de CAARMS (Yung e.a. 2005).

De tweede methode, de traditionele verwijzingsmethode,

vond plaats in het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC). Alle mensen tussen de 14 en 35 jaar oud die werden verwezen wegens vermoeden van een psychotische ontwikkeling werden geïnterviewd met de CAARMS. Bij GGZ Friesland en GGZ Rivierduinen werd in eerste instantie gebruikgemaakt van de verwijzing en later ook van de getrapte screening.

Alle mensen met een verhoogd risico op een psychose werd een informed consent voorgelegd van het EDIE-NL-onderzoek. Als zij deze hadden getekend, dan werden zij gerandomiseerd over twee groepen: een groep met de gebruikelijke behandeling voor hun aanmeldklacht en een groep met dezelfde behandeling plus een extra behandeling gericht op psycho-educatie, metacognitieve behandeling en het normaliseren en verminderen van de hoog-risicosymptomen.

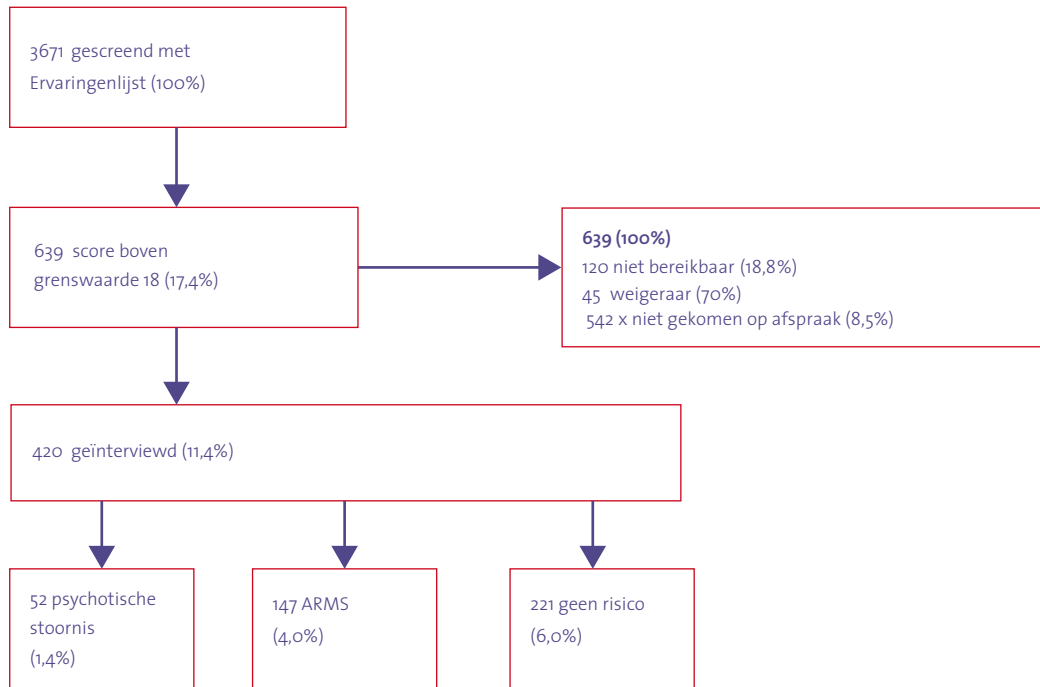
De resultaten van de getrapte screening in Den Haag werden vergeleken met die van de verwijzingsmethode in Amsterdam. Dit werd gedaan om te bekijken of de getrapte screening een effectieve methode is en eenzelfde ARMS-groep kan worden gedetecteerd als met de verwijzingsmethode. De verschillen bij aanvang tussen de gescreende en verwezen groep werden in SPSS geëxploreerd met χ^2 -toetsen. Psychiatrische stoornissen en transitieratio's werden getoetst met multivariate analyses voor covariatie (MANCOVA), gecorrigeerd voor leeftijd, sekse en de interactie regio x sekse.

INSTRUMENTEN

Een uitgebreide beschrijving van de instrumenten waarvan in het EDIE-NL-onderzoek gebruik werd gemaakt, staat in een publicatie over het protocol (Rietdijk e.a. 2010). Instrumenten die in dit artikel aan bod komen:

1. De genoemde Ervaringenlijst is de vertaalde *Prodromal Questionnaire* (Loewy e.a. 2005). Dit is een eens-oneensvragenlijst met 92 items met vragen naar prodromale symptomen, waaronder 45 positieve symptomen.
2. De genoemde CAARMS (Yung e.a. 2005) is een semi-structureerd klinisch interview waarmee men nauwkeurig de ernst, frequentie en duur van (subklinische) psychotische positieve symptomen kan uitvragen. Doordat deze drie kenmerken los van elkaar worden gescoord, is het mogelijk om heel nauwkeurig onderscheid te maken tussen onvoldoende klachten, hoog risico of psychose. De betrouwbaarheid van de CAARMS is goed: hoge scores geven een relatief risico van 12,44 (95%-BI: 1,5-103,41; $p = 0,0025$) om psychotisch te worden.
3. Depressie is gemeten met de *Beck Depression Inventory* (BDI; Van der Does e.a. 2002) en de *Calgary Depression Scale* (Addington e.a. 1994). De BDI is een 21 items tellende zelfinvulvragenlijst met vragen naar depressieve

FIGUUR 1 Stroomdiagram resultaten screening op psychose 2008-2010 in gebied van 600.000 inwoners



symptomen. De scores bedragen 0-63 (0-13 = minimale depressie; 14-19 = lichte depressie; 20-28 = depressie; 29-63 = ernstige depressie).

4. De CDS is een 9-iteminterview, ontwikkeld om symptomen van depressie te onderscheiden van negatieve symptomen.
5. Sociale angst werd gemeten met de *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS; Mattick & Clarke 1998). Dit is een 20 items tellende zelfinvulvragenlijst met scores tussen 0 (helemaal niet van toepassing) en 4 (helemaal van toepassing). Een score van 36 of hoger reflecteert een sociale angststoornis.

RESULTATEN

Van februari 2008 tot februari 2010 werden alle mensen (18-35 jaar) die zich bij PsyQ aanmeldden met niet-psychothische psychische problemen gescreend met de getrapte screening in de intakefase. Zie **FIGUUR 1** voor een overzicht van de resultaten. Deze uitkomsten werden vergeleken met de resultaten van de traditionele verwijzing, om zo te exploreren of met de getrapte screening een valide ARMS-populatie werd gevonden.

Tussen februari 2008 en februari 2010 kreeg het AMC 193 mensen uit heel het land verwezen wegens vermoeden van een psychotische ontwikkeling of een hoogrisicosyndroom. Van hen bleken 66 mensen al psychotisch te zijn, hadden nog eens 66 mensen een verhoogd risico en 61 mensen hadden onvoldoende klachten om deel te kunnen

nemen aan dit onderzoek. In **TABEL 1** staan de belangrijkste significante verschillen tussen de twee populaties. De mensen gedetecteerd met de screening waren significant ouder (gemiddelde = 25,5; standaardfout = 0,51) dan de verwezen patiënten (gemiddelde = 20,6, standaardfout = 0,68); ($t(131) = 4,19$; $p = 0,043$).

De patiënten met ARMS in de twee populaties werden getest op verschillende psychiatrische stoornissen met MANCOVA. De analyses werden gecorrigeerd voor leeftijd, sekse en de interactie regio x sekse. Het bleek dat de gescreende populatie significant hoger scoorde op de BDI ($F(1, 132) = 14,56$; $p < 0,0001$) en de CDS ($F(1, 132) = 10,03$; $p = 0,002$) en de SIAS ($F(1, 132) = 7,48$; $p = 0,007$). Deze scores werden beïnvloed door regio en leeftijd, maar niet door sekse of de interactie regio x sekse.

Onderzoek 3

Vervolgens werd in de complete EDIE-NL-populatie ($n = 201$) gekeken naar kenmerken bij aanvang van de studie. De nadruk lag hierbij op de aanwezigheid van positieve symptomen en andere psychiatrische symptomen. Hiervoor werd gebruikgemaakt van dezelfde methoden en instrumenten als in onderzoek 2. Allereerst werd gekeken of er een overlap was in positieve symptomen. Daarna werd met SPSS onderzocht of het hebben van ARMS geassocieerd was met depressie op de BDI en sociale angst op de SIAS. Een lineair regressieanalyse werd uitgevoerd om te onderzoeken of hogere depressie en sociale angstscores

TABEL 1 Resultaten screening versus verwijzing in de periode februari 2008-februari 2010 bij het opsporen van patiënten met een verhoogd risico op psychose

	Screening	Verwijzing
CAARMS-interview	420	193
ARMS	147 (35%)	66 (34%)
Psychose	52 (12%)	66 (34%)
Inclusies in het EDIE-onderzoek	93	40
Percentage man	35%	85%
Leeftijd	25,5 jaar	20,6 jaar
Percentage psychose na 12 maanden	25%	7%
BDI	49,78	36,71
CDS	7,16	3,37
SIAS	54,88	43,11

CAARMS = Comprehensive Assessment of At Risk Mental States; ARMS = At Risk Mental State; EDIE = Early Detection and Intervention Evaluation; BDI = Beck Depression Inventory; CDS = Calgary Depression Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale

geassocieerd waren met hogere scores op subklinische positieve symptomen.

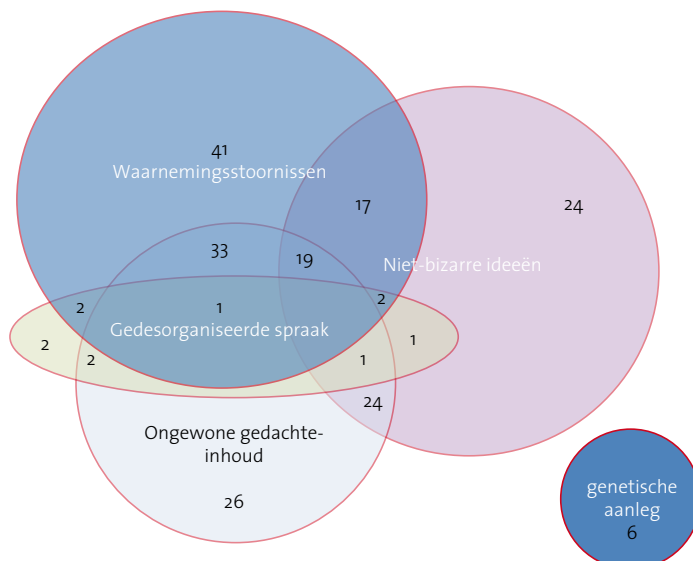
RESULTATEN

In totaal deden 201 mensen mee met het EDIE-NL-onderzoek. Van deze mensen scoorden 93 mensen ARMS op slechts één criterium van de CAARMS, 79 patiënten scoorden ARMS op twee positieve items en 23 mensen scoorden ARMS

op drie positieve items. Nog eens 6 mensen waren alleen geïncludeerd op een genetische kwetsbaarheid; zij rapporteerden geen positieve symptomen. Zie **FIGUUR 2** voor de overlap van positieve symptomen.

Daarna werd bekeken of het hebben van een ARMS geassocieerd was met de rapportage van symptomen van depressie op de BDI en sociale angst op de SIAS. Het bleek dat 58% van de patiënten met ARMS boven de grenswaarde scoorden

FIGUUR 2 Overlap in inclusieschalen



voor een klinische depressie op de BDI. Op de SIAS scoorde 42% boven de grenswaarde voor de diagnose sociale fobie. Uit een regressieanalyse bleek dat de totale intensiteitscore voor positieve symptomen op de CAARMS geassocieerd was met een hogere score op de BDI (gecorrigeerde $R^2 = 0,018$; $F(1, 197) = 4,58$; $p = 0,034$) en de SIAS (gecorrigeerde $R^2 = 0,037$; $F(1,197) = 8,57$; $p = 0,004$).

DISCUSSIE

Opvallendste bevindingen

Meer dan de helft van de patiënten met een psychotische stoornis heeft hulp gezocht voor niet-psychotische psychische problemen voordat de eerste psychose ontstond. In tegenstelling tot de algemeen heersende opvatting dat psychose vooral voorafgegaan wordt door angst- en stemmingsstoornissen, blijkt uit de analyses dat alle stoornissen aanwezig zijn in de fase voorafgaand aan de eerste psychose. Angst- en stemmingsstoornissen zijn relatief vaker aanwezig in de voorgeschiedenis, maar dit valt waarschijnlijk te verklaren doordat angst- en stemmingsstoornissen veel voorkomen in de algemene bevolking. De percentages die wij hier vonden, komen overeen met de percentages in de algemene hulpzoekende populatie (Baan e.a. 2003).

Detectiemethoden

Nu we weten dat mensen hulp zoeken in de tweede lijn voordat zij een eerste psychose krijgen, is de volgende vraag: kunnen we deze mensen detecteren met een getrapte screening vóórdat deze eerste psychose ontstaat? Van de gescreende mensen bleek 1,4% een psychotische stoornis te hebben en 4% had een ARMS, zonder dat dit al eerder was vastgesteld (Rietdijk e.a. 2012). Bij screening als detectieprocedure vond men meer dan het dubbele aantal mensen ($n = 93$) met een risicoprofiel in een kleinere regio dan bij een verwijzprocedure ($n = 40$) in een grotere regio. Vanwege de verschillen in de procedure is het voordeel van screening boven verwijzing niet goed te bepalen omdat de Amsterdamse regio ook nog eens een groot aantal verwijzingen van buiten Amsterdam heeft gekregen en niet alle eerstelijnsinstanties naar het AMC verwezen, hoewel dit in die periode de enige kliniek in de regio was die gespecialiseerd was in ARMS-problematiek.

Vergeleken met de verwezen groep was de gescreende populatie ouder en scoorde significant hoger op andere psychiatrische stoornissen. Daarnaast detecteerde men bij de screening relatief meer vrouwen dan bij de verwijzingsmethode. De verschillen in psychiatrische stoornissen hingen samen met de detectiemethode en leeftijd van patiënten. Geslacht had hierop geen invloed. Verder bleek

de hoogte van de intensiteitscores op subklinische positieve psychotische symptomen samen te hangen met scores op de depressie en sociale angst.

Fout-positieve bevindingen?

In eerste instantie ontstond de kritiek dat de hogere prevalentie van ARMS in de gescreende populatie het resultaat zou zijn van de detectie van meer fout-positieve bevindingen, oftewel mensen die een verhoogd risico lijken te hebben, maar die dit in werkelijkheid niet hebben. Dit is echter niet het geval: mensen uit de gescreende populatie kregen drie keer zo vaak een psychotische stoornis binnen 18 maanden als mensen uit de verwezen populatie.

Dit laatste suggereert dat de screening mensen detecteert die niet worden doorverwezen door (niet in de vroegdetectie getrainde) hulpverleners in tweedelijnsinstellingen, terwijl de hulpverleners uit de tweedelijns-ggz belangrijke verwijzers zijn (Rietdijk e.a. 2011). Dit sluit ook aan bij de bevindingen van McGlashan (2003), die in vier jaar tijd 60 mensen met een ARMS doorverwezen kreeg in een gebied waar de geschatte incidentie 600 is.

Mogelijke praktische consequenties

Omdat de gescreende populatie significant ouder was dan de verwezen populatie, is de suggestie dat men met de screening vooral patiënten detecteert die laat-prodromaal zijn. Follow-uponderzoek moet uitwijzen of de verwezen ARMS-populatie uiteindelijk net zo vaak een psychotische stoornis krijgt, maar dan binnen een langer tijdsbestek. De hier beschreven uitkomsten moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd, aangezien de detectiemethoden niet zijn getest in een gerandomiseerd onderzoek met meerdere instellingen.

Hoewel een groot deel van de groep patiënten met ARMS nooit de transitie naar psychose zal maken, is psychologische behandeling gericht op de subklinische positieve symptomen toch geïndiceerd. Patiënten rapporteerden allen een hoge lijdensdruk op de positieve symptomen en zochten hulp hiervoor. Bovendien bleek dat de patiënten met ARMS en een hogere totaalscore voor intensiteit op positieve symptomen, ook hoger scoorden op depressie en sociale angst. Dit suggereert dat het hebben van ARMS-symptomen gepaard gaat met gevoelens van somberheid en angst die kunnen worden verminderd met cognitieve gedragstherapie. De preventieve cognitieve gedragstherapie die werd aangeboden in de experimentele conditie, bleek de helft van de transities naar psychose te voorkomen en de lijdensdruk significant te verlagen (Van der Gaag e.a. 2012). Een nadelig effect van de cognitieve gedragstherapie is niet bekend.

Beperkingen

De resultaten van genoemde onderzoeken kunnen zijn beïnvloed door tekortkomingen van de studies (Rietdijk e.a. 2011; 2012; 2013). Ten eerste maakte de EDIE-NL-studie gebruik van zelfinvulvragenlijsten. Hierdoor kunnen allerlei vertekeningen zijn opgetreden, zoals over- of onderrapportage van symptomen. Daar staat tegenover dat onderzoek heeft uitgewezen dat de uitkomsten van zelfinvulvragenlijsten in de algemene bevolking en in hulpzoekende populaties betrouwbaar zijn (Eaton e.a. 1991; Hanssen e.a. 2005). En de vragenlijsten hadden allemaal een goede betrouwbaarheid en validiteit (Loewy e.a. 2005; Mattick & Clarke 1998; Van der Does 2002).

Een tweede beperking is dat we niet beschikten over informatie over de behandelingen in de groep patiënten met een eerste episode uit het casusregister. We weten dat de weg naar psychose wordt gekarakteriseerd door catastrofale interpretaties van psychoseachtige ervaringen en emotionele verklaringen (Garety e.a. 2001). Behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie hebben de lijdensdruk wellicht (tijdelijk) verlaagd, waardoor de duur tussen de eerste aanmelding en de eerste psychose wellicht is beïnvloed. Daar staat tegenover dat deze steekproef een afspiegeling van de klinische praktijk, waardoor de resultaten generaliseerbaar zijn naar klinische populaties.

Een derde beperking is dat de resultaten uit het onderzoek waarbij de screening is vergeleken met de verwijzing in verschillende regio's plaatsvond. Allerlei regiokenmerken kunnen de resultaten beïnvloed hebben. Bovendien waren de regio's niet gerandomiseerd over de condities. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of de screening in andere instellingen even effectief blijkt.

Een vierde beperking is dat we geen gegevens hebben over de fout-negatieve bevindingen; mensen die niet zijn gedetecteerd met de screening, maar wel een verhoogd risico hebben. Toekomstig onderzoek van EDIE-NL-medewerkers zal hier mogelijk uitsluitsel over geven.

Een vijfde beperking is dat we geen gegevens hebben van de mensen die wel hoog scoorden op de Ervaringenlijst, maar niet bereikbaar waren voor het CAARMS-interview. Een groot deel van deze mensen was ook uitgevallen bij de behandeling bij PsyQ. Dit zou een groep met een ernstiger stoornis kunnen zijn. Er zijn echter geen aanwijzingen in die richting. Ten eerste zijn deze mensen door de huisarts niet doorverwezen wegens vermoeden van een psychotische ontwikkeling, want dan zouden ze direct in zorg zijn gekomen bij Parnassia, de Haagse specialist in psychosezorg. Ten tweede zijn zij volgens de patiëntenregistratie van Parnassia ook in de jaren na het invullen van de Ervaringenlijst, niet doorverwezen wegens vermoeden van

psychose. Hoewel het jammer is dat we geen gegevens hebben van deze mensen, is dit ook de klinische praktijk. Deze mensen komen waarschijnlijk ook niet in zorg nu EDIE-NL is geïmplementeerd als reguliere zorg.

Sterke punten

De kracht van dit onderzoek zit vooral in de sterke in- en externe validiteit. De onderzoeken zijn alle geïmplementeerd in de routinezorg en daardoor een weergave van de klinische praktijk binnen Den Haag, Amsterdam, Leiden en Friesland. Daarnaast hebben alle CAARMS-onderzoekers een intensieve training gehad van de ontwikkelaar van deze schaal, Alison Yung. Elke drie maanden vonden inter-ratersessies plaats, waarmee in de gaten werd gehouden of alle onderzoekers nog op dezelfde manier scoorden. Een tweede kracht is dat de screening is geïmplementeerd in de intakeprocedure van PsyQ. Het invullen van de Ervaringenlijst was noodzakelijk om de intakeprocedure te doorlopen en hierdoor was de respons hoog. Wij hebben het aantal ingevulde lijsten steeds vergeleken met het aantal intakes en de cijfers kwamen overeen.

CONCLUSIES

De door ons beschreven onderzoeken tonen aan dat veel patiënten hulp zoeken in de tweede lijn voor allerlei niet-psychotische psychische problemen voordat zij de eerste psychose doormaken. Een getrapte screening in de algemene hulpzoekende populatie lijkt effectief in het opsporen van mensen met een verhoogd risico op een psychose. Tevens blijkt screening niet te leiden tot de detectie van meer fout-positieve bevindingen, dat wil zeggen: mensen die een ARMS lijken te hebben, maar nooit de transitie zullen maken.

In vergelijking met verwijzing vonden wij bij screening meer patiënten met ARMS in een kleinere regio die ook nog eens een groter risico hebben om de transitie naar psychose door te maken. Deze bevinding, tezamen met de leeftijdsverschillen in beide groepen, suggereert dat men met een getrapte screening mensen detecteert in de laat prodromale fase, terwijl men met verwijzing een meer vroeg prodromale groep detecteert.

LITERATUUR

- Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1990; 3: 247-51.
- Baan CA, Hutten JH, Rijken PM. Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening (Rep. No. 282701005). Bilthoven: RIVM/ NIVEL: 2003
- Carpenter W, van Os J. Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? *Am J Psychiat* 2011; 168: 460-3.
- Does van der JW. The Dutch version of the Beck Depression Inventory- second edition (BDI-II-NL) (In Dutch). Lisse: Swets Test Publishers; 2002.
- Eaton WW, Romanoski A, Anthony JC, Nestadt G. Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *J Nerv Men Dis* 1991; 179: 689-93.
- Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton M, Barale F, e.a. Predicting psychosis: A meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiat* 2012; 69: 220-9.
- Gaag van der M, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaassen RMC, e.a. Cognitive behavioural therapy for subjects at ultra-high risk for developing psychosis: a randomised controlled clinical trial. *Schizophr Bull* 2012; doi:10.1093/schbul/sbs105.
- Garety PA, Hemsley DR. *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford: Oxford University Press; 1991.
- Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Vollenberg W, van Os J. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *Br J Clin Psychol* 2005; 44: 181-91.
- Loewy RL, Bearden CE, Johnson JK, Raine A, Cannon TD. The Prodromal Questionnaire (PQ): Preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophr Res* 2005; 79: 117-25.
- Mattick RP, Clarke JC. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav Res Ther* 1998; 36: 455-70.
- McGlashan T. Commentary: progress, issues, and implications of prodromal research: an inside view. *Schizophrenia Bull* 2003; 29: 851-8.
- McGorry PD. 'A stitch in time'... the scope for preventive strategies in early psychosis. *Eur Arch Psy Clin N* 1998; 24: 22-31.
- Rietdijk J, Dragt S, Klaassen R, Ising H, Nieman D, Wunderink L, e.a. A single blind randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy in a help-seeking population with an at risk mental state for psychosis: the Dutch Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE-NL) trial. *Trials* 2010, 11.
- Rietdijk J, Hogerzeil SJ, van Hemert AM, Cuijpers P, Linszen DH, van der Gaag M. Pathways to psychosis: help-seeking behavior in the prodromal phase. *Schizophr Res* 2011b; 132: 213-9.
- Rietdijk J, Ising HK, Dragt S, Klaassen RCM, Nieman DH, Wunderink L, e.a. Depression and social anxiety in help-seeking patients with an ultra-high risk for developing psychosis. *Psychiat Res* 2013; 209: 309-13.
- Rietdijk J, Klaassen R, Ising HK, Dragt S, Nieman DH, van de Kamp J, e.a. Detection of people at risk of developing a first episode psychosis: comparison of two different recruitment strategies. *Acta Psychiat Scand* 2012; 126: 21-30.
- Rietdijk J, Linszen D, van der Gaag M. Field testing attenuated psychosis syndrome criteria. *Am J Psychiat* 2011a; doi:10.1176/appi.ajp.2011.11060859.
- Yung AR, Yuen HP, Berger G, Francey SM, Hung T-C, Nelson B, e.a. Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophr Bull* 2007; 33: 673-681.
- Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, e.a.. Mapping the onset of psychosis – the Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS). *Aust NZ J Psychiat* 2005; 39: 964-71.

SUMMARY

The detection of people with an ultra-high risk of developing psychosis: detection methods and baseline characteristics of the population

J. RIETDIJK, M. VAN DER GAAG

- BACKGROUND** It has proved possible to detect persons who are in an at risk mental state (ARMS) and who run the risk of developing a psychosis. We need to find out whether the detection can be successfully carried out when these patients are being cared for by the secondary mental health care services.
- AIM** To summarise three studies forming part of a Ph.D. thesis about persons with a high risk of developing psychosis and to explore whether a two-stage screening programme can detect ARMS-patients among a general help-seeking population.
- METHOD** The case register of Parnassia (in The Hague) was used to pick out all persons who had developed a first-episode psychosis between 2005 and 2009 and who had sought help for non-psychotic psychological problems during this phase preceding a first-episode psychosis. Data from the Dutch EDIE-NL study were used to find out whether a two-stage screening method was able to detect ARMS-patients (aged 18-30) more accurately than the traditional screening method. The two-stage screening consisted of a Prodromal Questionnaire relating to all help-seeking subjects in the general population, followed by a gold-standard interview with patients who achieved a score higher than the cut-off level.
- RESULTS** 56.2% of the first-episode psychotic patients received help for non-psychotic psychiatric problems in the secondary mental health care services. Screening detected more ARMS-patients than did the referral method and the 'referred' patients developed three times as many psychotic symptoms over a period of 18 months.
- CONCLUSION** The secondary mental health care services care for 4% of the ARMS-patients and are in a position to detect ARMS-patients provided they use two-stage screening. Screening leads to fewer false-negative results than does the 'referral' method.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)4, 257-265

KEY WORDS at risk mental state, early detection, psychosis screening