

# Twee patiënten met verhoogd risico op een eerste psychose

G. COHEN, R.M.C. KLAASSEN, J. RIETDIJK, S. DRAGT, M. VAN DER GAAG

**SAMENVATTING** Patiënten in een prodromale fase hebben een verhoogd risico op een psychose in de nabije toekomst. Deze populatie is onder te verdelen in drie groepen: patiënten met een genetische predispositie voor schizofrenie, met subklinische psychotische klachten of met kortdurende voorbijgaande psychotische klachten. Deze patiënten hebben vaak comorbide angst- en stemmingsklachten. Wij beschrijven twee patiënten met subklinische psychotische klachten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)5, 471-474]

**TREFWOORDEN** adolescenten, prodromen, psychose, risico, vroegdetectie

Een psychose ontstaat vaak in de adolescentie of op jongvolwassen leeftijd (14-35 jaar) en kan voorafgegaan worden door een prodromale fase. Het beloop van premorbide via prodromale fase naar een psychose gaat vaak geleidelijk en kan maanden tot jaren duren. De prodromale fase wordt in prospectief onderzoek de *at risk mental state* (ARMS) of *ultra high risk* (UHR)-fase genoemd. De ARMS is een fase waarin de persoon een risico loopt om psychotisch te worden. De scheidslijn tussen geen risico, verhoogd risico en psychosen is arbitrair en afhankelijk van de criteria en meetinstrumenten. Uit onderzoek is gebleken dat 13-54% van de mensen met ARMS daadwerkelijk een psychose krijgt binnen een jaar (Haroun e.a. 2006; Lencz e.a. 2003; Mason e.a. 2004; Miller e.a. 2002; Yung e.a. 2003; 2008). Er zijn drie subgroepen:

- patiënten die zelf een schizotypische persoonlijkheidsstoornis of een eerstegraads familielid met een psychose hebben;
- patiënten met subklinische psychotische symptomen;
- patiënten die een kortdurende psychose hebben doorgemaakt, waarbij de symptomen niet langer dan één week aanwezig waren en spontaan

verdwenen (*brief limited and intermittent psychotic symptoms*; BLIPS).

Patiënten hebben een verhoogd risico als zij in een van deze groepen vallen en tevens een daling in het functioneren hebben.

Het opsporen van jongeren met een verhoogd risico op een psychose in een vroeg stadium heeft mogelijk grote voordelen. Ten eerste kan de ontwikkeling van de klachten worden gevolgd en kan bij een transitie naar psychose eerder met de behandeling gestart worden, waardoor de duur van onbehandelde psychose (DOP) korter is en de prognose verbetert (Loebel e.a. 1992; Wunderink e.a. 2006). Ten tweede ligt de focus in onderzoek op mogelijke preventieve behandeling van de klachten, waardoor een psychose kan worden uitgesteld of voorkomen. Hoewel er bemoedigende resultaten zijn in kleine studies, is er op dit moment ontoereikende wetenschappelijke onderbouwing voor preventieve interventies zoals psychotherapie of medicatie in de praktijk (de Koning e.a. 2009; McGorry e.a. 2009).

Voor klinici blijft de vraag: hoe vinden we deze groep en hoe stel je een ARMS vast? Driekwart van de patiënten met schizofrenie heeft een pro-

dromale fase doorgemaakt met stemmingsklachten en negatieve symptomen (An der Heiden & Häfner 2000). Patiënten zoeken hulp voor stemmings- en angstklachten, waardoor screening van jongeren in de tweede lijn veelbelovend is (Klaassen e.a. 2006). Daarentegen is screening in de algemene bevolking niet renderend, gezien de lage incidentie van psychotische stoornissen en schizofrenie (Van Os 1998). Bovendien komen psychotische symptomen vaak voor in de algemene bevolking zonder dat er sprake is van een stoornis (Eaton e.a. 1991; Rutten e.a. 2007; Stip & Letourneau 2009; Verdoux & van Os 2002).

Voor het opsporen van het verhoogde risico kan allereerst gebruik worden gemaakt van een screeningslijst, bijvoorbeeld de 'Prodromal Questionnaire' (PQ; Loewy e.a. 2005; van der Gaag e.a. 2008). Bij voldoende symptomen kan een gestructureerd interview worden afgenomen zoals de 'Comprehensive Assessment of At Risk Mental States' (CAARMS; Yung e.a. 2005; van der Gaag e.a. 2008). Met de CAARMS worden (subklinische) psychotische gedachten (ongewone gedachte-inhoud, niet-bizarre ideeën, waarnemingsstoornissen, gedesorganiseerde spraak) uitgevraagd. Het algemeen functioneren wordt bepaald met de 'Social and Occupational Functioning Scale' (SOFAS; Goldman e.a. 1992).

Wij beschrijven twee patiënten met een ARMS.

#### GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 14-jarige jongen, werd aangemeld bij de kinder- en jeugd-ggz met depressieve klachten en akoestische hallucinaties. Hij had last van somberheid, anhedonie en verminderde eetlust. Er was geen sprake van concentratiestoornissen, suïcidale ideatie, slaapstoornissen of vermoeidheid. In de familie kwamen geen psychotische stoornissen voor. Patiënt woonde samen met zijn zusje bij zijn moeder. Hij had een vriendin. Hij deed vmbo-kader, miste in het afgelopen jaar twee maanden school en presteerde onvoldoende. Hij voelde zich in deze periode niet op zijn gemak

bij anderen en zag zijn vrienden ook minder. Hij gebruikte geen medicatie, alcohol of drugs.

De uitslag van screening met de PQ was positief. Tijdens het CAARMS-onderzoek gaf patiënt aan dat hij enkele keren per week de omgeving als onwerkelijk en met dreiging ervoer als hij uit de lift bij zijn woning stapte. Dit leverde stress op, maar interfereerde niet met zijn dagelijkse bezigheden. Daarnaast hoorde hij gemiddeld twee keer per maand gedurende een uur een onbekende stem in zijn hoofd die nare dingen over hem zei, waardoor hij niet goed insliep.

Patiënt B, een 20-jarige student, werd verwezen door de studentenpsycholoog vanwege dwanggedachten en somberheid. De dwanggedachten ontstonden nadat een vrouw, op wie hij in stilte verliefd was, vertrok naar het buitenland. Aanvankelijk gingen de dwanggedachten over de vrouw, later over een opmerking van een vriend. Verder had hij last van somberheid, concentratiestoornissen, energieverlies, anhedonie en suïcidale gedachten. Hij woonde op kamers, bracht doorde-weeks veel tijd op zijn kamer door, probeerde (tevergeefs) door studeren afleiding te vinden van de dwanggedachten. Hij had weinig contact met studiegenoten. Hij sportte niet meer. Hij gebruikte geen medicatie, alcohol of drugs. In de familie kwamen geen psychotische stoornissen voor.

De uitslag van screening met de PQ was positief. In het CAARMS-onderzoek gaf patiënt aan dat hij het gevoel had alsof hij bestuurd werd door de gedachten. Hij had het idee dat de vriend de dwanggedachten met kwade bedoelingen in zijn hoofd had gestopt, maar was hiervan niet volledig overtuigd. Hij had hier dagelijks meerdere keren kortdurend last van, hetgeen veel stress veroorzaakte.

#### BESPREKING

Patiënt A werd verwezen met depressieve klachten en patiënt B met dwangklachten en secundaire depressieve klachten. Omdat de stem-

mings- en angstklachten op de voorgrond staan, worden subklinische psychotische klachten pas duidelijk als er naar doorgevraagd wordt. Dit is mogelijk met behulp van de CAARMS. Patiënt A ervoer enkele keren per week kortdurend een sterk gevoel van verbijstering (bij het uit de lift stappen) en dit werd gescoord onder ongewone gedachteninhoud als waanstemming. Daarnaast had hij last van akoestische hallucinaties. Op basis van de intensiteit was de klacht psychotisch, maar door de lage frequentie wordt deze in de CAARMS toch subklinisch gescoord.

Uit het CAARMS-onderzoek bleek dat patiënt B last had van ongewone gedachten (gedachtenbrenging) en niet bizarre paranoïde ideeën (vriend wilde hem kwaad doen). Omdat patiënt nog twijfelde aan de gedachten, werden de klachten als subklinisch gescoord. Beide patiënten voldeden bij het afnemen van de CAARMS aan de criteria van groep 2 van de ARMS (subklinische psychotische symptomen).

## CONCLUSIE

In dit artikel beschrijven wij twee patiënten met een ARMS. De ARMS werd bij beide patiënten gesteld op grond van subklinische psychotische klachten en een daling in het sociaal functioneren. In de praktijk blijkt dit de grootste subgroep te zijn van patiënten met een ARMS. De ARMS wordt meestal naast de aanmeldingsklacht en/of hoofd-diagnose gesteld. Bij een regulier intakegesprek gericht op de aanmeldingsklacht worden deze subklinische klachten vaak gemist. Met screening in de tweede lijn, aangevuld met het CAARMS-interview, kan de ARMS beter in beeld worden gebracht.

## LITERATUUR

- Eaton WW, Romanoski A, Anthony JC, Nestadt G. Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 689-93.
- Gaag M van der, Klaassen R, Wunderink L. Ervaringenlijst, geautoriseerde vertaling van Prodromal Questionnaire. 2008.
- Gaag M van der, van der Werf J, Wunderink L, Malda A, Klaassen R. CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental States) geautoriseerde vertaling. 2008.
- <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/files/FILES/instrumentarium/caarms.pdf>
- Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1148-56.
- Haroun N, Dunn L, Haroun A, Cadenhead KS. Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophr Bull* 2006; 32: 166-78.
- An der Heiden W, Häfner H. The epidemiology of onset and course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 292-303.
- Klaassen MC, Nieman DH, Becker HE, Linszen DH. Wanneer heeft detectie van hoogerisicofactoren voor een eerste psychose zin? *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 467-76.
- Koning MB de, Bloemen OJ, van Amelsvoort TA, Becker HE, Nieman DH, van der Gaag M, e.a. Early intervention in patients at ultra high risk of psychosis: benefits and risks. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 426-42.
- Lencz T, Smith CW, Ather AM, Correll CU, Cornblatt BA. The assessment of 'prodromal schizophrenia': unresolved issues and future directions. *Schizophr Bull* 2003; 29: 171-28.
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1183-8.
- 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; 77: 141-9.
- Mason O, Startup M, Halpin S, Schall U, Conrad A, Carr V. Risk factors for transition to first episode psychosis among individuals with 'at-risk mental states'. *Schizophr Res* 2004; 71: 227-37.
- McGorry PD, Nelson B, Amminger GP, Bechdolf A, Francey SM, Berger G, e.a. Intervention in individuals at ultra high risk for psychosis: a review and future directions. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 1206-12.
- Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Somjee L, Markovich PJ, Stein K, e.a. Prospective Diagnosis of the Initial Prodrome for Schizophrenia Based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: Preliminary Evidence of Interrater Reliability and Predictive Validity. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 863-5.

- Van Os J. Zin en onzin van detectie van pre-schizofrenie. *Tijdschr Psychiatr* 1998; 40: 570-576.
- Rutten S, Beuckens J, Boonstra N, Jenner JA. Positieve en negatieve auditieve vocale hallucinaties. *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 803-12.
- Stip E, Letourneau G. Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 140-51.
- Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res* 2002; 54: 59-65.
- Wunderink A, Nienhuis FJ, Sytema S, Wiersma D. Treatment delay and response rate in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 332-9.
- Yung AR, Phillips LJ, Simmons MB, Ward J, Thompson K, French P, e.a. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ('prodromal') group. *Schizophr Res* 2003; 60: 21-32.
- 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. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005; 39:964-71.
- Yung AR, Nelson B, Stanford C, Simmons MB, Cosgrave EM, Killackey E, e.a. Validation of 'prodromal' criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. *Schizophr Res* 2008; 105: 10-7.

## AUTEURS

GUIDO COHEN was ten tijde van het schrijven arts in opleiding tot psychiater, Early Detection and Intervention Team (EDIT), Leiden; thans psychiater.

RIANNE KLAASSEN is kinder- en jeugdpsychiater en teampsychiater, EDIT Rivierduinen, Leiden.

JUDITH RIETDIJK is psycholoog en onderzoeker, Vrije Universiteit Amsterdam.

SARA DRAGT is arts-onderzoeker, Vroege Onderkenning Risikante Symptomen (VORS)-project, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

MARK VAN DER GAAG is hoogleraar Klinische Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam, hoofd psychoseonderzoek, Par-nassia, Den Haag.

Correspondentieadres: Guido Cohen, Brechtzijde 20, 2725 NS Zoetermeer.

E-mail: g.cohen@ggzoetermeer.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-8-2011.

## SUMMARY

Patients with an increased risk of developing a first psychotic episode: two cases – G. Cohen, R.M.C. Klaassen, J. Rietdijk, S. Dragt, M. van der Gaag – Patients with an 'at risk mental state' (ARMS) run an increased risk of developing a psychosis within the near future. Patients with an ARMS can be divided into three groups: those with genetic predisposition to schizophrenia and displaying decreased social functioning, those with attenuated psychotic symptoms and those with brief limited and intermittent psychotic symptoms (BLIPS). Patients with an ARMS are often suffering from comorbid anxiety and depressive symptoms. Our study focuses on two patients with an ARMS.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)5, 471-474]

KEY WORDS ARMS, early detection, psychosis