

Sociaal disfunctioneren van jongeren met een ultrahoog risico op het ontwikkelen van een eerste psychose

E. VELTHORST, L. DE HAAN

- ACHTERGROND** Schizofrenie gaat gepaard met ernstige sociale tekorten. Sociaal disfunctioneren komt vaak voor bij jongeren met een ultrahoog risico (UHR) op het ontwikkelen van een psychotische stoornis.
- DOEL** Een overzicht geven van literatuur over sociale tekorten in de UHR-fase en over de rol die deze tekorten spelen bij de voorspelling van een eerste psychose.
- METHODE** Literatuuronderzoek in PsycINFO (betreffende de periode van 1995 tot januari 2013) naar de rol van sociaal disfunctioneren in de UHR-fase.
- RESULTATEN** Jongeren die voldoen aan één of meer UHR-criteria hebben meer last van sociale beperkingen dan de algemene populatie. Effectgroottes wijzen op middelgrote tot zeer grote verschillen (Cohens d varieerde van 0,63-4,18). Zowel beperkingen in het sociaal functioneren als in het rolfunctioneren dragen bij aan de voorspelling van een eerste psychose.
- CONCLUSIE** Onderzoek bij jongeren met UHR toont zonder uitzondering aan dat functionele beperkingen zich al openbaren in de fase vóór een psychotische stoornis. Het ervaren van UHR-symptomen gaat op zichzelf gepaard met (ernstige) sociale tekorten die aandacht behoeven, ongeacht of de hulpzoekende jongeren met UHR uiteindelijk een psychose doormaken.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)1, 40-49

TREFWOORDEN psychose, sociaal functioneren, transitie, ultrahoog risico, voorspelling



ARTIKEL



Psychosen gaan vaak gepaard met sociaal disfunctioneren. Bij de DSM-diagnose schizofrenie is een beperking in het sociaal functioneren een voorwaarde voor de diagnose. Ondanks behandeling van schizofrenie is het herstel van sociale functie vaak beperkt. Het merendeel van de mensen met schizofrenie keert niet terug naar het oude niveau van functioneren en meer dan 40% heeft een ongunstig ziektebeloop met langdurige sociale tekorten (Salize e.a. 2009). Sociale tekorten op het gebied van school, werk en vriendschappen manifesteren zich al in de stadia voordat de diagnose wordt gesteld. Al in 1893 beschreef Kraepelin de prominente rol van sociale tekorten in de premorbide fase van schizofrenie. Hij suggereerde dat mensen bij wie schizofrenie is gediagnosticeerd, naast sociale achteruit-

gang als gevolg van de ziekte, ook vóór het ontstaan van de eerste psychose een sociale achterstand hebben opgelopen; een idee dat ook wel de 'sociale-stagnatie'-hypothese werd genoemd (Kraepelin, in (Hafner e.a. 1995)). Baanbrekende onderzoeken die volgden (Hafner e.a. 1995; Klorman e.a. 1977; Strauss e.a. 1977a, b, c), lieten opnieuw zien dat sociaal disfunctioneren al aanwezig is voor de stoornis zich openbaart. Vroeg sociaal disfunctioneren werd bovendien geassocieerd met een chronisch ziektebeloop (zie onder andere Addington & Addington 1993, 2005; Addington e.a. 2003; Allen e.a. 2005; Amminger e.a. 1997; Haim e.a. 2006; Monte e.a. 2008; Rabinowitz e.a. 2005; White e.a. 2009; Willhite e.a. 2008).

De talrijke studies naar vroege sociale tekorten bij schizofrenie die de afgelopen eeuw zijn uitgevoerd, zijn retrospectief en dus gevoelig voor vertekening. Het is de vraag of sociaal functionele tekorten al op te merken zijn in de fase vlak vóór het ontstaan van de psychotische stoornis. Mocht dit het geval zijn, dan zou het identificeren van deze sociale tekorten mogelijk een rol kunnen spelen bij vroegdetectie van een schizofrenieontwikkeling.

In dit overzichtsartikel belichten wij prospectief onderzoek naar sociale tekorten bij jongeren met een verhoogd risico op een eerste psychose, veelal in het kader van schizofrenie; de populatie met ‘ultrahoog risico’ (UHR). Dit wordt ook wel omschreven als *at risk mental state* (ARMS) of *clinical high risk* (CHR). Naar aanleiding van recente onderzoeksbevindingen bespreken we welke rol sociale tekorten spelen in de ontwikkeling en voorspelling van een eerste psychose.

Introductie van het concept ‘ultrahoog risico’

Anders dan in de beschreven *retrospectieve* onderzoeken, wordt in UHR-studies een groep jongeren die voldoen aan UHR-criteria gevolgd en bestudeerd wie van hen de psychosegrens uiteindelijk overschrijdt. De Australische psychiaters McGorry en Yung (Yung e.a. 1996) waren de eersten die operationele criteria hanteerden om de prodromale fase van schizofrenie prospectief in kaart te kunnen brengen. Zij richtten zich hierbij op hulpzoekende jongeren en jongvolwassenen in de leeftijd van 14 tot 35 jaar, die aan 1 of meer van de volgende UHR-criteria voldeden:

1. *Subklinische psychotische verschijnselen (bijvoorbeeld hallucinaties, waanideeën, of gedesorgeriseerde spraak) die wat betreft intensiteit en/of frequentie de grens van een psychose niet overschrijden, en/of;*
2. *kortdurende psychotische symptomen, die binnen een week spontaan in remissie gaan, en/of;*
3. *een genetisch risico (dat wil zeggen: een schizotypische persoonlijkheidsstoornis of een eerstegraads familielid met een psychotische stoornis), plus een duidelijke achteruitgang in functioneren in het afgelopen jaar.*

Enkele (hoofdzakelijk Europese) centra hebben hierbij een vierde criterium – dat van de basissymptomen – gevoegd. Deze basissymptomen (zoals gedachtedruk en concentratieproblemen) blijken vooral op lange termijn (circa 10 jaar) voorspellend voor het ontwikkelen van een psychose (Klosterkotter e.a. 2001).

Hoewel de UHR-criteria en de follow-upperiode wereldwijd enigszins verschillen, komen de studieresultaten van verschillende centra overeen: ongeveer 22% van de geselecteerde jongeren maakt binnen een jaar een psychose door

AUTEURS

EVA VELTHORST, psycholoog, Zorglijn Vroege Psychose, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

LIEUWE DE HAAN, hoogleraar Psychotische stoornissen, Zorglijn Vroege Psychose, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam..

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Eva Velthorst, Academisch Medisch Centrum, Zorglijn Vroege Psychose, Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam.
E-mail: e.velthorst@amc.uva.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-6-2013.

(Fusar-Poli e.a. 2012) en het ervaren van UHR-klachten gaat vaak gepaard met angst, somberheid en problemen in het sociaal functioneren (Addington e.a. 2008; Fusar-Poli e.a. 2012; Velthorst e.a. 2010). Sociaal disfunctioneren wordt zelfs als één van de hoofdkenmerken van de UHR-fase gezien (Fusar-Poli e.a. 2013).

Wij beschrijven eerst UHR-onderzoek naar de ernst en mogelijk oorzakelijke mechanismen van sociaal disfunctioneren en vervolgens onderzoek naar de voorspellende waarde van sociaal disfunctioneren voor transitie naar psychose. Sociaal functioneren wordt gedefinieerd als het functioneren op het gebied van school, werk en sociale contacten/vriendschappen. In enkele UHR-onderzoeken maakt men hierbij een onderscheid tussen sociale tekorten (zoals sociale isolatie) en tekorten in het rolfunctioneren (het functioneren op school/werk).

METHODE

Relevante UHR-publicaties uit de periode van 1996 tot 1 februari 2013 werden gezocht in de database van PsycINFO. De volgende zoekcriteria werden gebruikt: 1. ‘Social functioning’, ‘Social impairment’, ‘Social’, ‘Functioning’; 2. ‘Schizophrenia’, ‘Psychotic’, ‘Psychosis’, en; 3. ‘Ultra High Risk’, ‘UHR’, ‘Clinical High Risk’, ‘CHR’, ‘At Risk Mental State’, ‘ARMS’, ‘Prodrom*’.

Deze zoekopdracht resulteerde in 120 hits, waarvan 32 artikelen werden geïncludeerd die origineel klinisch onderzoek betroffen, Engelstalig waren, sociale tekorten onderzochten en zich specifiek richtten op de populatie met UHR.

TABEL 1 Sociaal disfunctioneren in de fase van ultrahoog risico

Onderzoek, plaats, (1e auteur)	Jaar	Aantal deelnemers	Instrument*	Uitkomst
CARE, Californië (Ballon, 2007)	2007	45 met UHR 16 met EEP 45 NC	SAICA, SAS-SR	Jongeren met UHR en EEP meer problemen in omgang met leeftijdsgenoten, familie, werk- en schoolrelaties dan NC.
RAP, Californië (Cornblatt, 2007)	2007	124 met UHR 44 NC	sociaal en rol-functioneren (GAF)	Jongeren met UHR meer tekorten in rolfunctioneren dan NC. Rolfunctioneren ging achteruit in jaar vóór intake, daarna weer vooruit.
PREDICT, Toronto (Addington, 2008)	2008	68 met UHR 50 met EEP 53 met ME 50 NC	SFS, QLS, SFS	Jongeren met UHR vergelijkbare sociale tekorten als die met EEP en ME.
CAPPS, Californië (Niendam, 2007)	2007	35 met UHR	SIPS, sociaal en rol-functioneren (GAF)	Helpt UHR-groep verbeterde op sociaal en rolfunctioneren. Andere helft stabiel of achteruitgang. Verbetering was geassocieerd met snelle informatieverwerking, visueel geheugen en verbetering klinische symptomen.
CAPPS, Californië (Willhite, 2008)	2008	68 met UHR	SIPS, GAF	Mannen functioneerden slechter, wanneer scores bij aanvang en bij follow-up bij elkaar werden genomen. Sociaal disfunctioneren hing samen met negatieve symptomen.
SYC kliniek, Seoul (Shim, 2008)	2008	32 met UHR 32 met GHR 30 NC	CAARMS, SFS	Jongeren met GHR en UHR hadden meer sociale tekorten dan NC. Tekorten groter bij UHR dan GHR. Bij UHR was de duur van de prodromale symptomen gerelateerd aan interpersoonlijk gedrag. Positieve en negatieve symptomen waren niet geassocieerd met sociaal functioneren. Desorganisatie en algemene symptomen waren geassocieerd met onafhankelijkheidscompetentie bij UHR.
DUPS, Utrecht (Van Rijn, 2011)	2011	34 UHR 23 NC	NPV, SIPS, BSABS	Jongeren met UHR hadden moeite om emoties te identificeren en te verbaliseren. Slechtere emotieherkenning bij sociaal inadequaat gedrag.
OASIS, Londen (Fusar-Poli, 2010)	2010	152 met UHR 98.072 NC	CAARMS, GAF, sociodemografie	Percentage thuiswonende jongeren met UHR significant hoger dan in de algemene populatie. Zij waren ook vaker werkloos. GAF-scores bij aanvang lager bij werkloze dan bij studerende en werkende jongeren met UHR.
PACE, Melbourne, (Lin 2011)	2011	41 met UHR met slecht functionele uitkomst	CAARMS, QLS, SOFAS	Sociale tekorten geassocieerd met specifieke neurocognitieve tekorten, onafhankelijk van het wel of niet ontstaan van een psychose.
CARE, Californië (Eslami, 2011)	2011	22 met UHR	SAS-SR, SIPS	Desorganisatie en tekorten in executief functioneren voorspellen sociaal en rolfunctioneren na 1 jaar follow-up.

TABEL 1 Vervolg

Onderzoek, plaats, (1e auteur)	Jaar	Aantal deelnemers	Instrument*	Uitkomst
RAP, Californië (Carrion, 2011)	2011	127 met UHR 80 NC	SIPS, sociaal en rolfunctioneren (GAF)	Sociaal en rolfunctioneren zijn gerelateerd aan verwerkingsnelheid bij inclusie. Zowel cognitieve als functionele beperkingen aanwezig bij jongeren met UHR. Verwerkingsnelheid voorspelt functioneren.
RAP, Californië (Corcoran, 2011)	2011	56 met UHR 22 NC	SIPS, SAS-SR	Sociaal disfunctioneren gerelateerd aan negatieve symptomen. Affectieve veranderingen gerelateerd aan afname sociale interactie en verminderde bekrachtiging sociaal gedrag.
JEHRI, Espoo, Finland (Grano, 2011)	2011	43 met UHR 37 NC	PROD-screen (gebaseerd op SIPS, BSABS), GAF, QLS	UHR-groep functioneert slechter dan NC-groep, gemeten met de GAF en QoL.
Basel-studie (Aston, 2012)	2012	61 met UHR 37 met EEP 16 DC	SIPS, BSABS, Basel interview of Psychosis	Sociale isolatie in alle groepen één van de eerste zelf opgemerkte symptomen.
DUPS, Amsterdam (Velthorst, 2011)	2011	57 met UHR zonder transitie	SIPS, BSABS, GAF, werkstatus	75% van de patiënten die geen transitie doormaakten, voldeed na 3 jaar niet meer aan UHR-status en verbeterde op alle symptoomclusters en functioneren. De snelste vooruitgang was te zien in jaar na inclusie.
NAPLS, Noord-Amerika (Addington, 2011)	2011	111 met UHR 111 NC	SIPS, sociaal en rolfunctioneren (GAF)	Ook bij jongeren die uiteindelijk géén psychose doormaken, waren sociaal en rolfunctioneren na 1 en 2 jaar nog steeds beduidend slechter dan bij de niet-psychiatrische controlegroep.
CAPPS, Californië (Mittal, 2011)	2012	40 met UHR	SIPS, sociaal en rolfunctioneren (GAF)	Bewegingsstoornissen waren gerelateerd aan psychosociaal functioneren.

NC = controlepersonen zonder klachten, DC = controlepersonen met depressieve klachten, GHR= genetic high risk, EEP = eerste episode psychose, ME = meerdere episodes, SIPS = Structured Interview for Prodromal Symptoms, BSABS = Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms Prediction scale, GAF = Global Assessment of Functioning scale, QLS = Quality of Life scale, SAS-SR = Social Adjustment Scale-Self-Report, NPV = Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst, CAARMS = Comprehensive Assessment of At Risk Mental State, SAICA = Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents, SOFAS = Social functioning Assessment Scale, SFS = Social Functioning Scale

RESULTATEN

Sociaal disfunctioneren in de fase van ultrahog risico

Uit **TABEL 1** blijkt dat sociale tekorten bij jongeren met UHR ernstiger zijn dan in de algemene populatie (Addington e.a. 2008, 2011; Ballon e.a. 2007; Carrion e.a. 2011; Corcoran e.a. 2011; Cornblatt e.a. 2007; Fusar-Poli e.a. 2010; Grano e.a. 2011; Shim e.a. 2008; van Rijn e.a. 2011), en zelfs vergelijkbaar zijn met het sociale disfunctioneren na het doormaken van een eerste psychotische episode (Addington e.a. 2008; Ballon e.a. 2007). Het verschil met de algemene populatie is aanzienlijk; effectgroottes wijzen op middel-

grote tot zeer grote verschillen (bereik van Cohens d : 0,63-4,18).

Om sociaal functioneren in de UHR-fase goed in kaart te kunnen brengen, hebben Cornblatt e.a. (2007) de *Global Assessment of Functioning* (GAF-schaal) aangepast door ten eerste het functioneren gescheiden van de invloed van symptomen te bepalen; ten tweede de ankerpunten toe te spitsen op de jeugdige populatie en ten slotte sociaal functioneren en rolfunctioneren van elkaar te onderscheiden. Studies die gebruikmaakten van deze schaal tonen overeenkomstige resultaten: tekorten in zowel rolfunctioneren

neren als sociaal functioneren zijn al aanwezig vóór de aanvang van de klinisch te diagnosticeren psychotische stoornis (Addington e.a. 2011; Carrion e.a. 2011; Cornblatt e.a. 2007; Niendam e.a. 2007).

Deze resultaten komen overeen met bevindingen uit overige onderzoekscentra; jongeren die voldoen aan de UHR-criteria hebben meer last van studieproblemen, meer problemen in de omgang met studiegenoten (Ballon e.a. 2007), wonen minder vaak zelfstandig of in een instelling (Fusar-Poli e.a. 2010) en tonen een afname in de kwantiteit van sociale interactie (Corcoran e.a. 2011). Sociale isolatie bleek zelfs – na energieverlies, concentratieproblemen en depressie – het frequentst gerapporteerde symptoom (14,8%) (Aston e.a. 2012).

Toch zit er een verschil in de afwijkingen in rolfunctioneren en sociaal functioneren. Waar het rolfunctioneren eerst sterk verslechtert kort na intake, waarna het weer langzaam verbetert, blijken sociale tekorten meer chronisch en stabiel van aard (Cornblatt e.a. 2007). Opgemerkt dient te worden dat dit niet betekent dat alle jongeren met UHR-klachten gedurende de follow-upperiode slecht blijven functioneren (Jang e.a. 2011; Lemos-Giraldez e.a. 2009; Nieman e.a. 2013; Velthorst e.a. 2011). Echter, ook de groep die uiteindelijk geen psychose doormaakt, functioneert gemiddeld slechter dan de algemene populatie (Addington e.a. 2011).

Sociaal disfunctioneren bij psychosen houdt verband met neurocognitieve afwijkingen (zoals snelheid van informatieverwerking (Lin e.a. 2011; Niendam e.a. 2007)) en sociaal-cognitieve afwijkingen (o.a. emotieherkenning); vaardigheden die nodig zijn om de sociale context te kunnen overzien (van Rijn e.a. 2011). Daarnaast is er een samenhang tussen enerzijds een lange duur van de prodromale symptomen (Shim e.a. 2008), klinische symptomen zoals desorganisatie (Shim e.a. 2008), negatieve symptomen (Corcoran e.a. 2011) en bewegingsstoornissen (Mittal e.a. 2011) en anderzijds sociaal disfunctioneren.

Rol van sociale tekorten bij de voorspelling van een eerste psychose

TABEL 2 geeft een overzicht van de UHR-studies waarbij het functioneren is onderzocht als één van de mogelijke voorspellers voor het ontwikkelen van een eerste psychose. Opnieuw zijn de resultaten eenduidig: een slechter sociaal functioneren tijdens het eerste interview (GAF) is één van de belangrijkste voorspellers van een psychoseontwikkeling (Cannon e.a. 2008; Lemos-Giraldez e.a. 2009; Thompson e.a. 2011; Velthorst e.a. 2009; Yung e.a. 2003, 2004). Maar ook een achteruitgang in functioneren gedurende de follow-upperiode verhoogt de kans op een psychose (Cannon e.a. 2008; Jang e.a. 2011; Thompson e.a. 2011; Velthorst e.a. 2013). Een recent onderzoek in Mel-

bourne (Australië) toont aan dat achteruitgang in functioneren gedurende de studieduur zelfs een grotere voorspellende waarde heeft voor het ontstaan van een psychose dan het functioneren bij inclusie (hoewel disfunctioneren bij aanvang van de studie ook voorspellend was). Jongeren die goed functioneerden tijdens inclusie en slecht functioneerden na 3 tot 6 jaar follow-up hadden een grotere kans om een psychose door te maken dan de jongeren die slecht functioneerden bij aanvang, maar snel verbeterden (Velthorst e.a. 2013).

Studies waarbij men de inhoud van het disfunctioneren meer in detail bekeek, laten zien dat zowel sociaal functioneren als beperkingen in het rolfunctioneren kunnen bijdragen aan de voorspelling van een eerste psychose. Zo zijn asocialiteit, de kwaliteit en kwantiteit van sociaal verkeer (Jang e.a. 2011; Nieman e.a. 2013; Velthorst e.a. 2010), werkloosheid/kwaliteit van werk (Nieman e.a. 2013) en thuis wonen (Fusar-Poli e.a. 2010) tijdens de UHR-fase, alle afzonderlijk in verband gebracht met een verhoogde kans op psychose. Ook sociale tekorten eerder in de ontwikkeling (bijv. een achterstand in de sociaal-seksuele ontwikkeling en in ontwikkeling in sociaal gedrag op de leeftijd van 12-15 jaar) bleken de kans op een transitie naar psychose aanzienlijk te verhogen (Dragt e.a. 2011).

Wanneer sociaal functioneren en rolfunctioneren in één studiedesign worden bekeken, blijkt sociaal functioneren een iets sterkere voorspeller van transitie dan rolfunctioneren (Cannon e.a. 2008; Cornblatt e.a. 2012).

DISCUSSIE

Onderzoek bij jongeren met een ultrahoog risico op het ontwikkelen van een eerste psychose toont zonder uitzondering aan dat sociale beperkingen zich al openbaren in de fase die voorafgaat aan een psychotische stoornis. Binnen de hulpzoekende populatie met UHR blijken chronische beperkingen in het sociaal functioneren en het rolfunctioneren evenals een achteruitgang in sociaal functioneren in belangrijke mate bij te dragen aan de voorspelling van een eerste psychose.

Het verband dat wordt gevonden tussen vroegtijdig sociaal disfunctioneren en (sociale) cognitieve tekorten, strookt met het ontwikkelingsmodel van schizofrenie dat suggereert dat neurobiologische tekorten al vroeg in de ontwikkeling aanwezig zijn (Pantelis e.a. 2003a, 2003b). Een mogelijke verklaring voor de toenemende sociale tekorten in de fase die voorafgaat aan een eerste psychose zou gelegen kunnen zijn in de complexe sociale uitdagingen die de adolescentie met zich mee brengt; uitdagingen die door de jongere met sociaal- en neurocognitieve tekorten niet meer zijn te overzien (Velthorst e.a. 2013).

Het is mogelijk dat een stagnatie in het sociaal functioneren tijdens deze cruciale periode eraan bijdraagt dat een

TABEL 2 Rol van sociale tekorten in de voorspelling van een transitie naar (eerste) psychose (TNP)

Onderzoek, plaats, (1e auteur)	Jaar	Duur	Aantal deelnemers	Instrument*	Uitkomst
PACE, Melbourne (Yung, 2003)	2003	12 mnd	49 met UHR	QLS, GAF, BPRS	Duur van prodromale fase, slecht functioneren bij aanvang, lichte positieve symptomen, depressie en desorganisatie voorspelden TNP.
PACE, Melbourne (Yung, 2004)	2004	12 mnd	104 met UHR	QLS, GAF, BPRS	Symptoomduur, slecht functioneren, depressie en verminderde concentratie voorspelden TNP.
PAS, New South Wales (Mason, 2004)	2004	12 mnd	74 met UHR	PSA, QLS, GAF, APSS	Schizotypische persoonlijkheidstrekken waaronder 'magisch denken', 'tekorten in rolfunctioneren', 'vlak affect', 'anhedonie/asocialiteit' en 'auditieve hallucinaties' voorspelden TNP.
RAP, California (Cornblatt, 2007)	2007	12 mnd	124 met UHR 44 NC	sociaal en rol-functioneren (GAF)	Sociaal functioneren voorspelde TNP.
NAPLS, Noord-Amerika (Cannon, 2008)	2008	2,5 jr	291 met UHR	sociaal en rol-functioneren (GAF) SIPS	Zowel sociaal als algemeen functioneren en achteruitgang in functioneren voorspelden TNP, sterkste voorspeller was sociaal functioneren bij inclusie.
DUPS, Amsterdam (Velthorst, 2009)	2009	3 jr	73 met UHR	GAF, SIPS	Naast bizar denken en een lagere GAF-score, bleek sociale anhedonie de krachtigste voorspeller van TNP.
P3, Noord Spanje (Lemos-Giraldez, 2009)	2009	3 jr	61 met UHR	SIPS, GAF	Sociaal functioneren bij inclusie voorspelt TNP. De meeste jongeren die geen transitie doormaakten, functioneerden na verloop van tijd weer beter.
EPOS, Europees onderzoek (Velthorst, 2010)	2010	18 mnd	245 met UHR	SIPS, BSABS, GAF, WHO-DAS	Bij inclusie problemen in het maken van nieuwe vrienden en behouden van vriendschappen, verminderde deelname aan gemeenschapsactiviteiten voorspelden TNP
OASIS, Londen (Fusar-Poli, 2010)	2010	2 jr	152 met UHR 98.072 alg. pop.	CAARMS, GAF, socio-demografie	Werkloosheid en wonen in een instelling waren geassocieerd met TNP binnen 2 jaar.
PACE, Melbourne (Thompson, 2011)	2011	28 mnd	104 met UHR	CAARMS, GAF	Hogere score op ongewone gedachte-inhoud, laag functioneren, en het hebben van een genetisch risico + functionele achteruitgang waren voorspellend voor TNP.
SYC kliniek, Seoul (Jang, 2011)	2011	1 jr	57 met UHR 58 NC	CAARMS, SFS	Jongeren met TNP gingen verder achteruit op de SFS (m.n. interpersoonlijk gedrag), terwijl scores van de rest van de groep juist verbeterden.
DUPS, Amsterdam (Dragt, 2011)	2011	3 jr	72 met UHR	SIPS, BSABS, PAS	Urbaniciteit, sociaal-seksuele (12-15 jr) en sociaal-persoonlijke ontwikkeling (12-15 jr) bleken voorspellend voor TNP.

TABEL 2 Vervolg

Onderzoek, plaats, (1e auteur)	Jaar	Duur	Aantal deelnemers	Instrument*	Uitkomst
NAPLS, Noord Amerika (Cornblatt, 2012)	2012	1 jr	100 met UHR	SIPS, sociaal en rol-functioneren (GAF)	Bij TNP vaker sociale tekorten dan in rest van de groep. Psychose bij aanvang droeg niet bij aan verdere achteruitgang. Rolfunctioneren volgde soortgelijk patroon, maar resultaten waren minder consistent. Na controle voor neurocognitie bleven groepsverschillen overeind.
EPOS, Europees onderzoek (Nieman, 2013)	2013	18 mnd	244 met UHR	SIPS, BSABS, SCPS	Hoge score op de schaal van Strauss-Carpenter was voorspellend voor transitie. Items die onafhankelijk bijdroegen aan voorspelling: 'Kwaliteit werk afgelopen jaar', 'Kwaliteit sociale relaties', 'Gedachtestoornis', 'Wanen of hallucinaties', 'Subjectieve stress afgelopen maand'.
PACE, Melbourne (Velthorst, 2013)	2013	3-6 jr	158 met UHR	CAARMS, QLS, GAF	Jongeren die bij inclusie slecht functioneerden en jongeren die goed functioneerden bij inclusie, maar snel achteruitgang vertoonden, hadden de grootste kans op TNP. Achteruitgang in functioneren was sterker geassocieerd met TNP dan functioneren bij inclusie.

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; SCPS: Strauss and Carpenter Prognostic Scale; WHODAS: Disability Assessment Schedule of the World Health Organization; PSA: Premorbid Social Adjustment scale; APSS: Assessment of Prodromal and Schizotypal Symptoms.

jongere uiteindelijk de psychosegrens passeert. Hoewel het waarschijnlijk is dat sociaal disfunctioneren deels het gevolg kan zijn van bijvoorbeeld paranoïde gedachten, is het aannemelijk dat, wanneer gedachten niet langer getest worden in sociale situaties, dit voor een subgroep de ontwikkeling van waanideeën en achterdocht kan versterken (Velthorst e.a. 2009).

De grote rol van sociaal disfunctioneren in de voorspelling van een eerste psychose heeft geleid tot het toevoegen van een UHR-inclusiecriteria: 'Een achteruitgang in het functioneren van minimaal 1 maand gedurende het afgelopen jaar, of een chronisch laag functioneren' (Yung e.a. 2005).


Hoewel dit criterium, in combinatie met de bestaande UHR-criteria, leidt tot een aanzienlijke verhoging van de specificiteit van de psychosevoorspelling, heeft dit criterium mogelijk tevens tot gevolg dat een subgroep jongeren wordt gemist. Dit betreft jongeren die nog goed functioneren bij intake, maar snel achteruitgaan op het moment dat

de psychose nadert (Velthorst e.a. 2013). Veel van de goed functionerende jongeren worden met dit criterium, gezien het lage transitierisico bij intake, naar huis gestuurd zonder een 'vinger-aan-de-pols'-contact. Het is wenselijk dat de zorgtoegang laagdrempelig is indien er bij deze jongeren alsnog achteruitgang in functioneren optreedt. De daling van transitiepercentages in de recentere UHR-studies heeft de discussie aangewakkerd of het wel de moeite waard is deze heterogene groep te onderzoeken. Uit onderzoek blijkt echter dat ook UHR-symptomen bij hulpzoekende jongeren op zich al gepaard gaan met (ernstig) sociaal disfunctioneren, ongeacht of deze jongeren uiteindelijk een psychose krijgen. Met andere woorden: transitie naar psychose lijkt niet de enige klinisch relevante uitkomstmaat. Jongeren met ernstige blijvende sociale tekorten (waarbij de positieve symptomen de klinische grens van een psychose (net) niet overschrijden) worden in huidig onderzoek bestempeld als 'fout-positieven', wat geen recht aan doet hun zorgbehoefte.

Meer onderzoek naar werkzame interventies gericht op het verbeteren van sociaal functioneren is nodig (Fusar-Poli e.a. 2013). Mogelijk heeft een groot deel van de populatie met UHR al baat bij laagdrempelige zorg (ofwel *soft-entry* benadering (McGorry & van Os 2013)) die vooral gericht is op het behouden van sociale rollen, waardoor de kans op een sociaal isolement en uiteindelijk misschien zelfs op het ontstaan van een psychose verkleind kan worden. Deze laagdrempelige benadering past binnen het stageringsconcept, recent besproken in het themanummer van dit tijdschrift (de Haan e.a. 2012).

CONCLUSIE

Onderzoek naar sociaal disfunctioneren binnen de populatie jongeren met UHR is veelbelovend, maar staat nog in de kinderschoenen. Vervolgonderzoek zou zich onder meer moeten richten op de variatie in het beloop op langere termijn en naar generaliseerbaarheid van de bevindingen naar de algemene ggz, aangezien de meeste studies tot op heden zijn verricht binnen hooggespecialiseerde centra.

 Rianne Klaassen gaf tussentijds commentaar op het manuscript van dit artikel.

LITERATUUR

- Addington J, Addington D. Patterns of premorbid functioning in first episode psychosis: Relationship to 2-year outcome. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 40-6.
- Addington J, Addington D. Premorbid functioning, cognitive functioning, symptoms and outcome in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1993; 18: 18-23.
- Addington J, van Mastrigt S, Addington D. Patterns of premorbid functioning in first-episode psychosis: Initial presentation. *Schizophr Res* 2003; 62: 23-30.
- Addington J, Penn D, Woods SW, Addington D, Perkins DO. Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2008; 99: 119-24.
- Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, Cannon TD, McGlashan TH, Perkins DO, e.a. At clinical high risk for psychosis: Outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 800-5.
- Allen DN, Frantom LV, Strauss GP, van Kammen DP. Differential patterns of premorbid academic and social deterioration in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2005; 75: 389-97.
- Amminger GP, Resch F, Mutschlechner R, Friedrich MH, Ernst E. Premorbid adjustment and remission of positive symptoms in first-episode psychosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6: 212-8.
- Aston J, Bull N, Gschwandtner U, Pflueger M, Borgwardt S, Stieglitz RD, e.a. First self-perceived signs and symptoms in emerging psychosis compared with depression. *Early Interv Psychiatry* 2012; 6: 455-9.
- Ballon JS, Kaur T, Marks II, Cadenhead KS. Social functioning in young people at risk for schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007; 151: 29-35.
- Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, e.a. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: A multisite longitudinal study in north america. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 28-37.
- Carrion RE, Goldberg TE, McLaughlin D, Auther AM, Correll CU, Cornblatt BA. Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 806-13.
- Corcoran CM, Kimhy D, Parrilla-Escobar MA, Cressman VL, Stanford AD, Thompson J, e.a. The relationship of social function to depressive and negative symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychol Med* 2011; 41: 251-61.
- Cornblatt BA, Auther AM, Niendam T, Smith CW, Zinberg J, Bearden CE, e.a. Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007; 33: 688-702.
- Cornblatt BA, Carrion RE, Addington J, Seidman L, Walker EF, Cannon TD, e.a. Risk factors for psychosis: Impaired social and role functioning. *Schizophr Bull* 2012; 38: 1247-57.
- Dragt S, Nieman DH, Veltman D, Becker HE, van de Fliert R, de Haan L, e.a. Environmental factors and social adjustment as predictors of a first psychosis in subjects at ultra high risk. *Schizophr Res* 2011; 125: 69-76.
- Eslami A, Jahshan C, Cadenhead KS. Disorganized symptoms and executive functioning predict impaired social functioning in subjects at risk for psychosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2011; 23: 457-60.
- Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L, Yung AR, McGuire PK. Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: Impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophr Bull* 2012.
- Fusar-Poli P, Byrne M, Valmaggia L, Day F, Tabraham P, Johns L, e.a. Social dysfunction predicts two years clinical outcome in people at ultra high risk for psychosis. *J Psychiatr Res* 2010; 44: 294-301.
- Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, e.a. Predicting psychosis: Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 220-9.
- Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rossler A, Schultze-Lutter F, e.a. The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 107-20.
- Grano N, Karjalainen M, Suominen K, Roine M. Poor functioning ability is associated with high risk of developing psychosis in adolescents. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 16-21.

- Haan L de, Klaassen R, van Beveren N, Wunderink L, Rutten BP, van Os J. Staging van psychotische stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 927-33.
- Hafner H, Nowotny B, Löffler W, an der Heiden W, Maurer K. When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 246: 17-28.
- Haim R, Rabinowitz J, Bromet E. The relationship of premorbid functioning to illness course in schizophrenia and psychotic mood disorders during two years following first hospitalization. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 791-5.
- Jang JH, Shin NY, Shim G, Park HY, Kim E, Jang GE, e.a. Longitudinal patterns of social functioning and conversion to psychosis in subjects at ultra-high risk. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45: 763-70.
- Klorman R, Strauss JS, Kokes RF. Premorbid adjustment in schizophrenia. part IV. some biological approaches to research on premorbid functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1977; 3: 226-39.
- Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 158-64.
- Lemos-Giraldez S, Vallina-Fernandez O, Fernandez-Iglesias P, Vallejo-Seco G, Fonseca-Pedrero E, Paino-Pineiro M, e.a. Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: A longitudinal study. *Schizophr Res* 2009; 115: 121-9.
- Lin A, Wood SJ, Nelson B, Brewer WJ, Spiliotacopoulos D, Bruxner A, e.a. Neurocognitive predictors of functional outcome two to 13 years after identification as ultra-high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2011; 132: 1-7.
- 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 P, van Os J. Redeeming diagnosis in psychiatry: Timing versus specificity. *Lancet* 2013; 381: 343-5.
- Mittal VA, Jalbrzikowski M, Daley M, Roman C, Bearden CE, Cannon TD. Abnormal movements are associated with poor psychosocial functioning in adolescents at high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2011; 130: 164-9.
- Monte RC, Goulding SM, Compton MT. Premorbid functioning of patients with first-episode nonaffective psychosis: A comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of premorbid adjustment scale scores. *Schizophr Res* 2008; 104: 206-13.
- Nieman DH, Velthorst E, Becker HE, de Haan L, Dingemans PM, Linszen DH, e.a. The strauss and carpenter prognostic scale in subjects clinically at high risk of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127: 53-61.
- Niendam TA, Bearden CE, Zinberg J, Johnson JK, O'Brien M, Cannon TD. The course of neurocognition and social functioning in individuals at ultra high risk for psychosis. *Schizophr Bull* 2007; 33: 772-81.
- Pantelis C, Yucel M, Wood SJ, McGorry PD, Velakoulis D. Early and late neurodevelopmental disturbances in schizophrenia and their functional consequences. *Aust N Z J Psychiatry* 2003a; 37: 399-406.
- Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD, Wood SJ, Suckling J, Phillips LJ, e.a. Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: A cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet* 2003b; 361: 281-8.
- Rabinowitz J, Haim R, Reichenberg A, Weiser M, Kaplan Z, Davidson M, e.a. Association between functioning in adolescence prior to first admission for schizophrenia and affective disorders and patterns of hospitalizations thereafter. *Schizophr Res* 2005; 73: 185-91.
- Salize HJ, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, e.a. Cost of treatment of schizophrenia in six european countries. *Schizophr Res* 2009; 111: 70-7.
- Shim G, Kang DH, Chung YS, Yoo SY, Shin NY, Kwon JS. Social functioning deficits in young people at risk for schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42: 678-85.
- Strauss JS, Klorman R, Kokes RF. Premorbid adjustment in schizophrenia. part V. the implications of findings for understanding, research, and application. *Schizophr Bull* 1977a; 3: 240-4.
- Strauss JS, Kokes RF, Klorman R, Sacksteder JL. Premorbid adjustment in schizophrenia: Concepts, measures, and implications. part I. the concept of premorbid adjustment. *Schizophr Bull* 1977b; 3: 182-5.
- Strauss JS, Kokes RF, Klorman R, Sacksteder JL. Premorbid adjustment in schizophrenia: Concepts, measures, and implications. part I. the concept of premorbid adjustment. *Schizophr Bull* 1977c; 3: 182-5.
- Thompson A, Nelson B, Yung A. Predictive validity of clinical variables in the 'at risk' for psychosis population: International comparison with results from the north american prodrome longitudinal study. *Schizophr Res* 2011; 126: 51-7.
- van Rijn S, Schothorst P, Wout M, Sprong M, Ziermans T, van Engeland H, e.a. Affective dysfunctions in adolescents at risk for psychosis: Emotion awareness and social functioning. *Psychiatry Res* 2011; 187: 100-5.
- Velthorst E, Nelson B, Wiltink S, de Haan L, Wood SJ, Lin A, e.a. Transition to first episode psychosis in ultra high risk populations: Does baseline functioning hold the key? *Schizophr Res* 2013; 143: 132-7.
- Velthorst E, Nieman DH, Klaassen RM, Becker HE, Dingemans PM, Linszen DH, e.a. Three-year course of clinical symptomatology in young people at ultra high risk for transition to psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123: 36-42.
- Velthorst E, Nieman DH, Becker HE, van de Fliert R, Dingemans PM, Klaassen R, e.a. Baseline differences in clinical symptomatology between ultra high risk subjects with and without a transition to psychosis. *Schizophr Res* 2009; 109: 60-5.
- Velthorst E, Nieman DH, Linszen D, Becker H, de Haan L, Dingemans PM, e.a. Disability in people clinically at high risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 278-84.
- White C, Stirling J, Hopkins R, Morris J, Montague L, Tantam D, e.a. Predictors of 10-year outcome of first-episode psychosis. *Psychol Med* 2009; 39: 1447-56.

- Willhite RK, Niendam TA, Bearden CE, Zinberg J, O'Brien MP, Cannon TD. Gender differences in symptoms, functioning and social support in patients at ultra-high risk for developing a psychotic disorder. *Schizophr Res* 2008; 104: 237-45.
- Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophr Res* 2004; 67: 131-42.
- Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 1996; 22: 283-303.
- Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, 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.

SUMMARY

Social dysfunction of young persons with an ultra high risk of developing first-episode psychosis

E. VELTHORST, L. DE HAAN

- BACKGROUND** Schizophrenia is associated with severe social deficits. Social dysfunction is common in young persons with an ultra high risk (UHR) of developing a psychotic disorder.
- AIM** To present an overview of the literature on social deficits in the UHR phase, and to find out what role these deficits play in the prediction of a first psychotic episode.
- METHOD** We searched the literature using PsycINFO (covering the period from 1995 to January 2013) in order to locate articles relating to the role of social dysfunction in the UHR phase.
- RESULTS** Young persons who meet one or more UHR criteria face more social constraints than the general population. Effect-sizes indicate differences ranging from medium to substantial (range Cohen's $d = .63 - 4.18$). Impairments in both social and role functioning contribute to the prediction of a first psychotic episode in UHR young persons.
- CONCLUSION** Research conducted on UHR adolescents shows, without exception, that functional limitations are already manifest in the phase preceding a clinical psychotic disorder. The experiencing of UHR symptoms is itself associated with (severe) social deficits that require treatment, regardless of whether the help-seeking UHR individual eventually develops a psychosis.

TJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)1, 40-49

KEY WORDS prediction, psychosis, social functioning, transition, UHR