

# Het behandelplan van een jonge schizofrene adolescent

*door L.A.J. van Iersel-Hamakers en G.H.F. van der Most*

**Gepubliceerd in 1995, no. 5**

## **Samenvatting**

**In deze casusbeschrijving wordt het behandelplan van een jonge schizofrene adolescent beschreven, uitgaande van een diagnostiekmodel dat recht doet aan zowel de psychodynamische als de biologisch-psychiatrische aspecten. De vijf elementen van het behandelplan - de leefgroep (vooral vaardigheidstraining en voorlichting), de ouderbegeleiding, de school, de psychotherapie en het medisch-psychiatrische deel (onder andere de betekenis van clozapine) - worden afzonderlijk toegelicht.**

## **Inleiding**

Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn niet alleen de opvattingen aangaande diagnostiek in beweging, maar ook de inzichten die ten grondslag liggen aan het behandelplan (Verhey en Van Loon 1993). Een belangrijke impuls die bijdraagt tot de herordering van diagnostische concepten, komt van de kant van de biologische kinder- en jeugdpsychiatrie (Minderaa 1990); de aard van het behandelplan wordt in deze stroomversnelling meegenomen.

Tegelijkertijd en op een diepergaand niveau doet zich de vraag voor naar het beloop van psychiatrische symptomen door de levensfasen heen. De diagnose 'kinderschizofrenie' wordt thans nauwelijks meer gesteld, maar daartegenover staat een toename aan research die voorspellende determinanten voor een schizofrene stoornis tracht op te sporen (Asarnow e.a. 1988; Chapman en Chapman 1978). Dat is een van de manieren waarop getracht wordt de kloof te overbruggen die voorsnog de nosologische concepten van de 'volwassenen-psychiatrie' enerzijds en kinder- en jeugdpsychiatrie anderzijds scheidt.

Waar psychoanalyse, systeemtheorie, cognitief-structurele theorie en orthopedagogiek eertijds de belangrijkste pijlers waren in het kinderpsychiatrisch denken, wordt daar nu de biologische kinder- en jeugdpsychiatrie aan toegevoegd, hetgeen vraagt om het opnieuw vinden van een evenwicht tussen de verschillende denkrichtingen, voor zover deze geïntegreerd dienen te zijn in het totale behandelplan. Dat heeft niet alleen betrekking op het medicatiebeleid, maar evenzeer op de ouderbegeleiding, de leefgroep, de school en de psychotherapie. Het navolgende dient dan ook te worden gezien als een 'kijkje in de keuken': hoe worden binnen onze kliniek de verschillende opvattingen in een samenhangend behandelplan ondergebracht?

Schizofrenie wordt thans als een aanlegstoornis of een conglomeraat van aanlegstoornissen beschouwd, gekenmerkt door een verhoogde kwetsbaarheid voor het ontstaan van een psychose onder invloed van stress (Van den Bosch 1988). Als restverschijnselen na de psychose blijven soms gedurende een langere periode 'negatieve symptomen', zoals emotionele vervlakking, sociaal isolement en anhedonie bestaan. De betekenis van onderliggende cognitieve functiestoornissen (aandacht, concentratie, waarneming, taal en denken) is in onderzoek (Van der Gaag 1988). Bij thans gangbare behandelopvattingen wordt uitgegaan van het zogenaamde kwetsbaarheid-stress-copingmodel (Zubin en Steinhauer 1981). De behandeling berust op vier pijlers: medicatie, voorlichting, begeleiding van het acceptatieproces en het leren omgaan met de

kwetsbaarheid.

Wij hebben de indruk dat patiënten die op De Ruyterstee worden opgenomen met de diagnose 'schizofrenie' naar hun voorgeschiedenis zijn onder te verdelen in drie groepen:

- een groep met een ogenschijnlijk normale ontwikkeling tot aan het moment van de psychotische decompensatie, waarbij in de ontwikkelingsanamnese geen opmerkelijke deviaties worden vermeld;
- een groep met retrospectief gezien een lange prodromale fase met terugtrekgedrag, sociaal disfunctioneren en verminderende schoolprestaties, aanvankelijk vaak geïnterpreteerd als normale puberteitsperikelen;
- een groep kinderen met een multiple ontwikkelingsstoornis (Van der Gaag 1993).

### **De casus**

Casper is een veertienjarige jongen van Aziatische afkomst. Hij wordt acuut opgenomen, nadat hij de avond tevoren tijdens het maken van zijn huiswerk plotseling in de war was geraakt. Hij merkte dat hij zich niet meer op de stof kon concentreren, dat de letters begonnen te dansen en het een warboel werd in zijn hoofd, alsof daar iets geknapt was. Een stem in zijn hoofd zei dat 'het allemaal mis zou gaan, dat hij een mislukking was en maar beter zijn polsen kon doorsnijden of zichzelf moest wurgen'. De stem zei ook 'dat hij het verkeerde kind was en dat zijn ouders eigenlijk een ander kind hadden moeten adopteren'.

Casper was namelijk op de leeftijd van vier maanden geadopteerd door Nederlandse ouders. Direct na zijn geboorte was hij afgestaan en opgenomen in een kindertehuis. Behalve verlengde separatieangst vertoonde zijn vroegkinderlijke ontwikkeling geen bijzonderheden. Hij groeide op als een rustige, enigszins overaangepaste jongen met weinig zelfvertrouwen. Op de basisschool werd hij gepest, waarbij zijn geringe weerbaarheid opviel. Zolang Casper zich kan herinneren, hoort hij een stem in zijn hoofd, die meestal commentaar levert op zijn handelen. Casper beschouwt zijn opname als welverdiende straf, omdat hij zo slecht is.

Na opname is hij zeer angstig en rusteloos en wordt hij voortdurend opgejaagd door zijn innerlijke stem. Hij reageert op alle prikkels vanuit de omgeving. Luxerende factoren voor deze psychotische decompensatie lijken het harde werken voor school, zijn ontluikende seksualiteit en vragen over zijn afkomst te zijn.

### **Het behandelplan en de psychiatrische uitgangspunten daarbij**

In de residentiële kinder- en jeugdpsychiatrie bestaat het behandelplan uit vijf elementen: de leefgroep, de ouderbegeleiding, de school, de psychotherapie en het medisch-psychiatrische deel, die alle in hun onderlinge samenhang worden beschreven, uitgaande van de zogenoemde psychiatrische uitgangspunten. Deze laatste vloeien voort uit de diagnostiek, maar weerspiegelen eveneens de behandelopvattingen binnen het team. In de psychiatrische uitgangspunten worden niet alleen de kerngegevens uit de ontwikkelingsanamnese opgenomen, maar ook, in zowel descriptief-psychiatrische, als DSM-III-R-termen, de visie op de psychopathologie. Hier bij uitstek kan zich de polarisatie wreken tussen biologisch-psychiatrisch en psychodynamisch denken.

Als diagnose wordt bij Casper gesteld: schizofrenie, een in aanleg bepaalde verhoogde kwetsbaarheid voor stress. Terecht beschrijven Duyx en Eussen (1992) dat bij een psychotische decompensatie de cognities die aan de gebeurtenissen (stress) worden toegekend, doorslaggevend zijn. De inhoud van deze cognities wordt bepaald door de formele denkstoornis van de schizofrene patiënt, die zich

gedurende zijn levensloop in wisselende mate manifesteert. In de adolescentie - bij uitstek een ontwikkelingsfase van moeizaam te overwinnen ambivalenties - belast een naar de vorm dichotomiserende denktrant het vinden van een naar de inhoud toegenomen ik-integratie, hetgeen een van de verklaringen is voor het gegeven dat de eerste psychose vaak in de adolescentie optreedt.

Het vormaspect van de schizofrene denkstoornis - het onvermogen om te categoriseren, onderscheid te maken tussen voor- en achtergrond, de neiging om te dichotomiseren in plaats van af te wegen - werd reeds door Bleuler als het kernsymptoom van de schizofrenie beschouwd. In het biologisch-psychiatrische denkmodel neemt het nog steeds een centrale plaats in.

Naar de inhoud en vanuit een ander (namelijk psychodynamisch) denkkader is in het vervolg op Freuds commentaar op de ziektegeschiedenis van 'Schreber' het accent gelegd op projectieve identificatie en andere primitieve afweerpatronen, aan de hand waarvan de inhoud van de denkstoornissen zijn beschreven. In de jaren zeventig heeft Theodore Lidz (1973) in een overigens systeemgeoriënteerde monografie getracht een integratie tot stand te brengen tussen deze vorm- en inhoudgerichte denkrichtingen. Lidz deed dat mede op geleide van Piagets cognitief-structurele theorie, die zich daartoe leent, omdat zij het ontwikkelingsproces van het denken in de verschillende levensfasen beschrijft. Desondanks ontbreekt vooralsnog een allesomvattend verklaringsmodel, omdat in de psychodynamische theorie onvoldoende rekening wordt gehouden met biologisch verankerde beperkingen, terwijl in het biologisch-psychiatrisch denken de dynamiek van de emotionele ontwikkeling wordt ondergewaardeerd. Niettemin wordt in de realisatie van het behandelplan aan beide aspecten van de menselijke persoonlijkheid aandacht geschonken.

Wezenlijk voor het behandelplan van een jongen als Casper is het volgende uitgangspunt: de adolescent decompenseert als gevolg van een in aanleg gegeven, zich in wisselende mate manifesterende cognitieve stoornis, die zich wrekt in het realiseren van de ontwikkelingstaken (of voorfasen daarvan) uit de adolescentie, hetgeen als stress wordt ervaren en daardoor niet adequaat wordt gehanteerd. De schizofrene adolescent slaagt er niet in het aanvankelijk leeftijdsadequate 'cognitief egocentrisme' te ontgroeien, hetgeen volgens Lidz ontaardt in 'egocentric overinclusiveness', waarin de adolescent zijn ik-grenzen verliest en daadwerkelijk alles op zichzelf betreft. Een kerntaak, het bereiken van autonomie en het verdragen van de daarmee samenhangende separatie-angst, kan in hoge mate belemmerd worden door zo'n denkstoornis. Ook de leeftijdsspecifieke ambivalentie tussen trots en schaamte met betrekking tot de seksualiteit leidt dan tot problemen bij het integreren daarvan in het zelfbeeld.

In het behandelplan werd het bovenstaande niet met Casper doorgewerkt; wel kreeg hij uitleg over de redenen waardoor het bij hem moeilijker gaat dan bij leeftijdgenoten en over de mate waarin hij zichzelf dient te beperken. Verder boden de behandelaars hem ondersteuning om, waar mogelijk, deze ontwikkelingstaken wel te vervullen.

- Aanvankelijk werd Casper prikkelarm en grotendeels buiten de leefgroep verpleegd. Er werd een start gemaakt met de intensieve begeleiding van het acceptatieproces. De diagnose werd besproken en uitvoerig toegelicht. Uiteraard was er in eerste instantie boosheid, ontkenning, opstandigheid en teleurstelling. In sommige situaties leidt dat ertoe dat door de ouders van het desbetreffende kind gevraagd wordt om een 'second opinion' elders. Daaraan wordt altijd meegewerkt. Het doormaken van dit 'rouwproces' geldt overigens niet alleen voor de betrokkenen, maar ook voor de behandelaars, zeker in het geval van jonge adolescenten.

- Ook in de ouderbegeleiding werd in eerste instantie het accent gelegd op voorlichting, aanvankelijk met Caspers ouders apart, later in voorlichtingsmiddagen samen met ouders van meer kinderen uit Caspers groep. Daarbij werden zij door de staf geïnformeerd over tal van aspecten betreffende

psychose en schizofrenie en was er ruimschoots de mogelijkheid middels 'sharing' steun te ervaren van ouders van andere kinderen (Dingemans en Van Engeland 1984).

- Het schoolbezoek werd aanvankelijk stopgezet; later werd vooralsnog op de oude school van Casper een aangepast programma voor hem afgesproken.

- Er werd een individuele psychotherapie gestart, gebaseerd op het model 'kortdurende egoversterkende psychotherapie', met als focus het vergroten van Caspers assertiviteit en zelfvertrouwen.

- In medisch-psychiatrische zin is de medicatie bij adolescenten een ingewikkeld vraagstuk. Bij Casper werd binnen één week de medicatie opgebouwd tot 150 mg triflupromazine en 125 mg promethazine. Na drie weken was het beeld nauwelijks veranderd en werd er pimozide (opgebouwd tot 8 mg per dag) en oxazepam (30 mg per dag) toegevoegd. Heel langzaam was er een afname van de psychotische symptomen.

Na acht weken besloten we in nauw overleg met de ouders de opname te beëindigen, omdat het verblijf op de afdeling, onder andere door heimwee, meer stresserend leek dan het verblijven in de vertrouwde thuissituatie. Dit ondanks het nog steeds voorkomende randpsychotisch functioneren van Casper en de grote hoeveelheid medicatie die hij gebruikte. De individuele psychotherapie van Casper werd voortgezet. Duidelijke boodschappen die verwezen naar onderliggende problematiek (loyaliteitsproblemen tegenover de biologische en de adoptieouders, en depressieve gevoelens over het missen van wortels) werden niet uitgewerkt. De focus bleef in het hier en nu, waarbij situaties uit het leven van Casper waarvoor assertiviteit nodig is, werden nagespeeld.

Na verbetering van het beeld werd in de maanden na ontslag de dosis van triflupromazine vermindert tot 25 mg en met oxazepam en promethazine werd geheel gestopt. Pimozide (8 mg) bleef gehandhaafd. De kans op recidive binnen één jaar daalt bij voortgaand medicatiegebruik statistisch van 60% tot 40% (Linszen e.a. 1993).

De ouders werden eveneens poliklinisch begeleid.

Na tien maanden volgde opnieuw een heftige psychotische decompensatie, die heropname noodzakelijk maakte. Tijdens de eraan voorafgaande week waren er enkele korte psychotische momenten geweest. Casper probeerde zich nu, onder invloed van een stem, met een broodmes in zijn buik te steken. Luxerend lijkt de belasting van een nieuwe school te zijn geweest, vooral de situaties buiten het leslokaal.

De 'psychiatrische uitgangspunten' voor het behandelplan bij deze tweede decompensatie waren in wezen niet anders dan bij de eerste keer.

- In de leefgroep werd duidelijk dat heimwee bij de heropname een minder grote rol speelde. Deze keer kon het onderzoek starten welke stresserende factoren de psychose uitlokten. Daarin konden we geen patroon ontdekken. Op potentieel stresserende factoren (zoals heftige conflicten in de groep, een nieuwe verliefdheid, het overlijden van opa) decompenseerde Casper namelijk niet.

- Bij alle kinderen in de leefgroep wordt geprobeerd om samen met hen de specifiek stresserende factoren te onderkennen die een psychose kunnen uitlokken. Er wordt gezocht naar een optimaal evenwicht tussen het wegnemen van stress (bijvoorbeeld door terugtrekgedrag op de kamer toe te staan) en het stimuleren van activiteit. In het gedrag van het kind wordt gezocht naar kenmerkende verschijnselen die aan een psychotische decompensatie kunnen voorafgaan, zoals slechter slapen, drukker worden of meer gaan roken. Zoveel mogelijk wordt getracht de kinderen daarop attent te

maken.

- Het zoeken naar vaardigheden die stapje voor stapje aangeleerd kunnen worden om tot grotere zelfredzaamheid te komen, vindt plaats in de sociale-vaardigheidstraining.

- Sinds enige tijd houden we op de afdeling groepsbijeenkomsten, die gericht zijn op het voorlichten van de kinderen over hun psychose. De jongens en meisjes blijken geïnteresseerd te zijn en wisselen onderling verrassend veel informatie uit over hun ervaringen tijdens hun psychose. Onze indruk is dat deze herkenning steunend werkt.

- Of in de toekomst cognitieve functietraining van nut kan zijn, blijft onderwerp van studie. Generalisatie op gedragsniveau kan nog niet worden aangetoond.

- De ouderbegeleiding werd voortgezet op basis van de bestaande goede samenwerkingsrelatie met Caspers ouders, die zich een goed inzicht in de problematiek konden verwerven. Ook tijdens de weekenden thuis werd gezocht naar een nieuw evenwicht tussen stress en ondersteuning; dit geschiedde voor een aantal items aan de hand van een uitgeschreven programma.

- Aan het einde van de tweede opnameperiode werd Casper aangemeld bij een school voor langdurig zieke kinderen, die beter aangepast was aan zijn persoonlijke behoefte. De leerlingen van deze school zijn door verschillende oorzaken kwetsbaar, maar er is minder agressiviteit dan op de voorgaande school.

- In de psychotherapie stonden in bescheiden mate de beleving en de hantering van de angsten centraal. Caspers angsten waren divers en weinig samenhangend. Ze betroffen zowel verlatingsangst, gewetensangst als desintegratie-angst. Casper kon achteraf veel duidelijker zijn belevenis tijdens de psychose verwoorden. Voor de opname deed Casper pogingen tot zelfcontrole. Zo dacht hij dat hij in televisieprogramma's speciale boodschappen voor hem aantrof, maar hij corrigeerde dat door het programma op video op te nemen. Verder vertelde hij ook - en hij ervoer dat als bevreemdend - dat alle dagen in de week voor hem een vaste kleur hadden. Hij vertelde dat hij, toen hij in de separeerruimte verbleef, letterlijk ervoer dat hij door een groot mes van de rest van de afdeling werd afgesneden. Die rest van de afdeling was als een boot die van hem wegvoer naar Oslo, met daarop ook zijn vader, die het verkeerde kind meenam. Dat mes achtervolgde hem en sneed letterlijk alle wegen door. Hij beleefde alles als straf voor masturbatie. In zijn angsten is het adoptiethema duidelijk aanwezig en spelen evenzeer verlatingsangsten. Verder zijn er aanwijzingen voor oedipale thema's, waarin Casper geen raad weet met de tegenstrijdigheid tussen zijn verlangen naar en zijn angst voor zijn vader.

Vanwege persisterende gehoorshallucinaties werd aanvullend begonnen met een individuele gesprekstherapie, gebaseerd op technieken die gebruikt worden bij de behandeling van patiënten met een posttraumatische dissociatiestoornis, met als doel het verkrijgen van meer controle over de stemmen. Er werd naar gestreefd de stemmen zodanig te 'dresseren' dat ze slechts op de door Casper gekozen momenten mochten spreken. Ook werd de inhoud van wat de stemmen zeiden, in deze therapie minder beangstigend gemaakt.

- Medisch-psychiatrisch. Opnieuw bleken grote hoeveelheden klassieke antipsychotica/neuroleptica nodig te zijn. Nog werd het beeld nauwelijks beïnvloed. Daarom werd in twee weken clozapine tot een dosis van 300 mg per dag opgebouwd. Tegelijkertijd werden de andere neuroleptica afgebouwd. Na tien dagen verbleekte de psychose, alhoewel Casper in de week erna nog af en toe gedurende een aantal uren plotseling psychotisch werd. Inmiddels blijkt dat Casper met clozapine structureel de psychotische symptomen beter onder controle houdt.

## Nabeschuwing

Wij hebben in het voorafgaande ons behandelbeleid beschreven, omdat het een weerspiegeling is van ons streven diverse aspecten van het psychiatrisch denken geïntegreerd onder te brengen in het behandelplan. Daarbij nog enkele kanttekeningen.

- Voor een overwegend vanuit de psychoanalyse en humanistische psychologie georiënteerde kliniek was het niet eenvoudig de oorspronkelijke behandelvisie te vervangen door een programma dat gevoelsmatig vergelijkbaar was met wat aan diabetespatiënten wordt voorgeschreven: zelfstandig leren omgaan met bloedsuikerbepalingen, dieetvoorschriften en insulinetoediening. In de periode waarin de medewerkers voor de taak stonden zich andere opvattingen eigen te maken, namelijk dat zij patiënten met een 'handicap' behandelen en dat er eerder sprake is van revalidatie dan van curatie, is op de afdeling het methodisch werkplan ingevoerd, bestaande uit de vijf eerder genoemde elementen (leefgroepplan, schoolplan, ouderbegeleidingsplan, therapieplan en medisch-psychiatrisch plan). De samenhang tussen deze elementen wordt gevormd door de psychiatrische uitgangspunten, waarin op basis van de ontwikkelingsanamnese en het diagnostisch beeld een globale behandeldoelstelling wordt geformuleerd. In samenspraak met medewerkers van de afzonderlijke disciplines worden de psychiatrische uitgangspunten in operationele termen uitgewerkt.

- Een tweede kanttekening betreft de medicatie. Casper is niet de enige adolescent die hoge doses klassieke neuroleptica nodig heeft, alvorens het therapeutische effect wordt bereikt; evenzeer blijken adolescenten gevoelig voor extrapiramidale bijwerkingen en tardieve dyskinesie (King en Noshpitz 1991). Uit het beloop kan worden afgeleid dat clozapine een wezenlijke verbetering betekent. Er is een snel toenemende stroom literatuur die dit bevestigt (Mozes e.a. 1994). Dit is eens te meer belangrijk, omdat jonge schizofrene adolescenten een langdurig neurolepticumgebruik in het vooruitzicht hebben, hetgeen uiteraard het risico voor het ontstaan van tardieve dyskinesie vergroot.

- Een laatste kanttekening betreft de diagnose. Eerder was het een gangbaar standpunt dat bij jonge adolescenten de eerste decompensatie een schizoaffectieve kleur had en dat pas later duidelijk zou worden of betrokkene een bipolaire stemmingsstoornis dan wel schizofrenie zou ontwikkelen. Uiteraard is deze kwestie voor de medicatie en de prognose van belang. Thans blijkt dat bipolaire stemmingsstoornissen bij jonge adolescenten onvoldoende worden onderkend, en dat deze in het verleden mogelijk vaak ten onrechte als schizofrenie zijn gediagnostiseerd (Carlson e.a. 1994). Caspers ziektebeloop onderstreept hoe belangrijk het is op tijd een juiste diagnose te stellen en op basis daarvan het behandelplan uit te voeren.

## Literatuur

**Asarnow, J.R., M.J. Goldstein en S. Ben Meir (1988), Parental communication deviance in childhood onset schizophrenia spectrum and depressive disorders. *Journal of child psychology and psychiatry***

, 29, p. 825-838.

Bosch, R.J. van den (1988), De ontwikkeling van het schizofreniebegrip. In: R.J. van den Bosch (red.), *Schizofrenie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Carlson, G.A., S. Fennig en E.J. Bromet (1994), The confusion between bipolar disorder and schizophrenia in youth. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 33, p. 453-456.

Chapman, L.J., en J.P. Chapman (1978), Schizotypy and thought disorder as a high risk approach to schizophrenia. In: G. Serham (red.), *Cognitive defects in the development of mental illness*. Brunner Mazel, New York, p. 351-360.

Dingemans, P.M.J.A., en H. van Engeland (1984), De relatie tussen psychose-recidive en de kwaliteit van de interactie patiënt-sociaal milieu. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 26, p. 472-490.

Duyx, J.H.M., en M.L.J.M. Eussen (1992): Schizofrenie. In: F.C. Verhulst en F. Verhey (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek*. Van Gorcum, Assen, p. 417-426.

Gaag, M. van der (1988), Cognitieve functiestoornissen bij schizofrenie. In: R.J. van den Bosch (red.), *Schizofrenie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Gaag, R.J. van der (1993), *Multiplex Development Disorder*. Proefschrift, Utrecht.

King, R.A., en J.D. Noshpitz (1991), Schizophrenia in childhood and adolescence. In: J.D. Noshpitz (red.), *Pathways of growth II*. Wiley & Sons, New York, p. 96-97.

Lidz, Theodore (1973), *The origin and treatment of schizophrenic disorders*. Basic Books, New York.

Linszen, D.H, P.M.J.A. Dingemans en W.F. Scholte (1993), Behandeling, expressed emotion en psychoserecidief bij recent ontstane schizofrene stoornissen. In: *Tijdschrift voor psychiatrie*, 35, p. 625-640.

Minderaa, R.M. (1990), *Het kind dat de wereld niet in perspectief kan zien*. Inaugurele rede, Rijksuniversiteit Groningen.

Mozes, T., P. Toren, N. Chernanzan e.a. (1994), Clozapine treatment in very early onset schizophrenia. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 33, p. 65-70.

Verhey, F., en H. van Loon (1993), Aan autisme verwante stoornissen. Een ontwikkelingspsychopathologische benadering als model voor hulp op maat. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 35, p. 577-589.

Zubin J., en S. Steinhauer (1981), *Journal of nervous and mental disorder*, 169, p. 477-492.

#### **Summary: The treatment design of a young schizophrenic**

adolescent

**This case-study describes the treatment-design of a young schizophrenic adolescent, based on a diagnostic model, in which attention is directed to both psychodynamic and psychiatric aspects. The five elements of the treatment-plan, skill-training, parental counselling, school-program, psychotherapy and pharmacological aspects (e.g. clozapine), are discussed separately.**

**De auteurs zijn beiden als kinder- en jeugdpsychiater verbonden aan De Ruyterstee, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie te Smilde.**

**Correspondentieadres: G.H.F. van der Most, De Ruyterstee, Postbus 30, 9422 ZG Smilde.**

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 27-9-1994.