

Psychosen bij jeugdigen

C. EMCK, P.F. SCHOTHORST, H. VAN ENGELAND

ACHTERGROND De kenmerken en het beloop van psychotische stoornissen bij jeugdigen (12-18 jaar) zijn nog weinig in kaart gebracht.

DOEL Een bijdrage leveren aan de kennis van early-onset-psychosen ten behoeve van diagnostiek en behandeling van deze doelgroep. De vraagstelling betreft premorbide en prodromale kenmerken, eerdere hulpverlening, symptomen, classificaties en de overeenkomsten en verschillen tussen subgroepen met een psychotische stemmingsstoornis en met een schizofrene psychose.

METHODE Met behulp van dossieronderzoek zijn 129 jeugdigen met psychotische klachten onderzocht.

RESULTATEN De groep kenmerkt zich door vroege – doch aspecifieke – hulpverlening, ontwikkelingsproblemen (vooral in het sociale domein) en duidelijk herkenbare prodromale verschijnselen. Daarnaast komen middelengebruik, depressieve symptomen en suïcidaliteit frequent voor. Van het mannelijk geslacht zijn, een lange prodromale fase, aanpassingsproblemen op school en middelengebruik zijn meer indicatief voor schizofrene psychosen dan voor psychotische stemmingsstoornissen. Introversie komt vooral bij schizofrene jongens voor. De classificaties blijken niet altijd stabiel.

CONCLUSIE Op grond van deze bevindingen is een vroege opsporing van alle early-onset-psychosen binnen de bestaande hulpverleningskanalen te bepleiten. De verschillen in de prodromale fase lijken betekenisvol voor het onderscheid tussen psychotische stemmingsstoornissen en schizofrene psychosen, hetgeen van belang is voor zowel onderzoek als (vroege) interventie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 11, 757-765]

TREFWOORDEN jeugdigen, psychose, schizofrenie, stemmingsstoornis

Psychosen bij jeugdigen (12 tot en met 18 jaar) zijn tot nu toe nog maar weinig beschreven. De schizofrenie met een zeer vroeg begin (*very-early-onset-schizofrenie*), met een aanvangsleeftijd voor het 13de levensjaar, is goed gedocumenteerd. Kinderen met een zeer vroeg begin van schizofrenie vertonen duidelijke bijzonderheden in hun premorbide ontwikkeling en symptomen die zich niet onderscheiden van schizofrenie bij volwassenen (Asarnow 1999; Bunk e.a. 1999; Eggers 1999; Eggers e.a. 1999; Asarnow & Tompson 1999; Van Engeland 1998; Alaghband-Rad e.a. 1995). Early-onset-schizofrenie, met een aanvangsleeftijd

tijd tussen 12 en 18 jaar, kenmerkt zich eveneens door zwak premorbide functioneren (McClellan e.a. 1999; Olin & Mednick 1996; Olin e.a. 1998). Het is echter nog niet duidelijk of dit ook geldt voor jeugdigen met affectieve psychosen. De symptomatologie en de prognose bij psychotische stemmingsstoornissen en schizofrene psychosen komen in deze levensfase sterk overeen. Dit leidt tot een hoog percentage misdiagnosen (Carlson e.a. 1999; Carlson e.a. 2000; McClellan e.a. 1999; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997; McClellan & Werry 1997; Strober e.a. 1995; Werry e.a. 1991; Eggers 1989; Gillberg e.a.

1986) en een geringe stabiliteit van de diagnoses (Werry & Taylor 1994). Wel is inmiddels bekend dat jongens vaker aan schizofrene psychosen en meisjes vaker aan psychotische stemmingsstoornissen lijden (Gillberg e.a. 1986).

Al met al is er nog onvoldoende inzicht in de specifieke kenmerken van early-onset-psychosen. Onderzoek bij klinische populaties is daarom van belang. Ons onderzoek betreft de kenmerken sekse, sociaal-economische status, familiale belasting, eerdere hulpverlening, premorbide ontwikkeling, prodromale verschijnselen, symptomen, middelengebruik, medicatie, classificatie, en de overeenkomsten en verschillen bij patiënten met een psychotische stemmingsstoornis en een schizofrene psychose ten aanzien van deze kenmerken.

PATIËNTEN EN METHODE

De onderzoeksgroep bestaat uit 129 patiënten, tussen de 12 en 18 jaar, die in de periode van 1984 tot 2000 zijn aangemeld bij het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht in verband met psychotische klachten en bij wie de kinderen jeugdpsychiater van het UMC een psychotische stoornis vaststelde. De gegevens zijn verzameld met behulp van dossieronderzoek. Daarvoor is een handleiding ontwikkeld met een omschrijving van de variabelen en richtlijnen voor het scoren (deze handleiding is op te vragen bij de auteurs). De interwaarnemersovereenstemming is bepaald met behulp van twee onafhankelijke beoordelaars die onbekend waren met de casussen, en 20 willekeurig gekozen dossiers. Items met een Cohen's kappa van lager dan 0,60 werden niet in de analyse betrokken.

De gegevens over sociaal-economische status betreffen het opleidingsniveau van de ouders (volgens de richtlijnen van het Centraal Bureau voor de Statistiek 1994) en de geografische achtergrond (het geboorteland van de ouders en de jongere). Bij de familiale belasting is gekeken naar een vermelding van psychiatrische aandoeningen bij ouders. Het eerste hulpverleningscontact

is gedefinieerd als hulpverlening bij een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie of jeugdhulpverlening, een orthopedagogische setting, de huisarts of het maatschappelijk werk; dit in verband met ontwikkelingsproblemen, psychosociale of psychiatrische klachten. De gegevens over de intelligentie komen uit het intelligentieonderzoek of de door de psychiater gerapporteerde klinische indruk. Prodromale verschijnselen zijn omschreven als specifieke veranderingen in het gedrag, voorafgaand aan het begin van de psychose (Parnas 1999). Positieve, negatieve, depressieve en manische symptomen zijn omschreven volgens Werry & Taylor (1994) en Harrington (1994). Suïcidaliteit is gedefinieerd als de gerapporteerde preoccupaties met dood of suïcide, akoestische bevelshallucinaties om zichzelf te doden, suïcidale handelingen en suïcidepogingen. Middelengebruik is beoordeeld op *lifetime*-aanwezigheid en de rapportage daarvan in de (hetero)anamnese. De medicatie bij binnenkomst betreft de medicatie die gebruikt werd ten tijde van het eerste contact met het UMC. Daarnaast is de medicatie zoals voorgeschreven in het UMC geregistreerd. De diagnoses betreffen hoofddiagnoses volgens de DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*, of hiernaar geconverteerde DSM-III-R-diagnoses (American Psychiatric Association 1994)). Comorbiditeit is niet meegenomen in de analyse. De diagnoses bij aanmelding zijn door voorgaande behandelaars bepaald, de diagnoses bij ontslag zijn door een kinder- en jeugdpsychiater van het UMC vastgesteld.

Omdat we geïnteresseerd zijn in mogelijke verschillen, zijn er 2 subgroepen gemaakt: een groep met schizofrene ($n = 36$) psychosen en een groep met psychotische stemmingsstoornissen ($n = 40$). Zij worden aangeduid met subgroep S en subgroep A (affectief). De laatste groep bestaat uit patiënten met bipolaire stoornissen, depressies met psychotische kenmerken en schizoaffectieve stoornissen.

De data-analyse vond plaats met behulp van SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*),

waarbij gebruikgemaakt werd van descriptieve maten, de χ^2 - en de t-toets. Voor het in kaart brengen van de medicatie is de groep gebruikt die na maart 1994 werd aangemeld ($n = 91$). Na deze datum kwamen nieuwe atypische antipsychotica (zoals risperidon) op de Nederlandse markt en kon men beschikken over een alternatief voor de klassieke antipsychotica. Omdat vanaf 1995 middelengebruik systematisch werd uitgevraagd, zijn voor de analyse hiervan alleen de jongeren gebruikt die vanaf die tijd zijn aangemeld ($n = 79$).

RESULTATEN

Algemene kenmerken van de onderzoeksgroep De onderzoeksgroep bestaat uit 86 jongens en 43 meisjes. Er zijn 104 jongeren in Nederland geboren (hun ouders ook), 3 in Europa en 22 buiten Europa. Bij 26% is er sprake van familiale belasting (16% stemmingsstoornissen, 7% psychosen). De subgroepen A ($n = 40$) en S ($n = 36$) onderscheiden zich niet van elkaar in geografische achtergrond, familiale belasting en opleidingsniveau van de ouders.

Jongens hebben bij ontslag vaker een classificatie in het schizofrene spectrum, terwijl meisjes vaker psychotische stemmingsstoornissen vertonen ($\chi^2 = 3,8$; $df 1$; $p = 0,05$). Bij de patiënten met schizofrenie is 78% een jongen en 22% een meisje. Bij de psychotische stemmingsstoornissen is 56% een jongen en 44% een meisje.

Hulpverlening en aanvangsleeftijden Bij 102 jongeren (79%) vond er hulpverlening plaats voordat de psychose begon, 45 patiënten (35%) ondergingen al hulpverlening voorafgaand aan het prodromale stadium. De gemiddelde leeftijd bij aanvang van de psychose is 16 jaar en 3 maanden (SD (standaarddeviatie) 22 maanden). Bij de aanvang van de prodromale verschijnselen is dit 14 jaar en 10 maanden (SD 30 maanden). De patiënten zijn gemiddeld 14 jaar en 3 maanden (SD 47 maanden) bij aanvang van de eerste hulpverlening.

De subgroepen S en A verschillen in dit opzicht niet. Wel is het zo dat het interval tussen de aanvang van de prodromale verschijnselen en de aanvang van de psychose bij de schizofrene subgroep langer duurde dan bij de affectieve subgroep (21 versus 12 maanden; $t = 2,3$; $df 61$; $p < 0,05$).

Ontwikkeling en premorbide functioneren De intelligentieverdeling van de onderzoeksgroep komt overeen met die in de algemene populatie (Walsh & Betz 1990). Echter, bij 39% van de patiënten wordt in de anamnese melding gemaakt van problemen in de cognitieve ontwikkeling, die vaak als leerproblemen worden gedefinieerd. Motorische ontwikkelingsproblemen, vooral coördinatieproblemen, komen in 34% van de gevallen voor. Ontwikkelingsproblemen in het sociale domein worden bij 67% vermeld. Het betreft dan vooral sociaal isolement en teruggetrokkenheid. De subgroepen A en S verschillen niet ten aanzien van het premorbide functioneren.

Prodromale verschijnselen In 94% van de gevallen worden prodromale verschijnselen gerapporteerd, gemiddeld 7 per patiënt (SD 3,7). Aanpassingsproblemen op school kwamen bij de schizofrene subgroep vaker voor dan bij de affectieve subgroep ($\chi^2 = 5,7$; $df 1$; $p < 0,05$). In de schizofrene subgroep kwam introversie vaker voor bij jongens dan bij meisjes ($\chi^2 = 10,2$; $df 1$, $p = 0,001$). Tabel 1 geeft een overzicht van het vóórkomen van prodromale verschijnselen.

Naast de in de tabel genoemde items werden overige prodromale verschijnselen geïnventariseerd. Prodromale verschijnselen met een gedragsmatige component kwamen veelvuldig voor (39%), gevolgd door fysieke of motorische (32%), cognitieve (20%) en emotionele problemen. Er waren hierbij geen verschillen tussen de subgroepen A en S.

Symptomen Positieve symptomen werden in 95%, negatieve in 75%, depressieve in 90% en mani-

TABEL 1 Prodrurale verschijnselen

	Totaal (n = 129)	Groep S (n = 36)	Groep A (n = 40)
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
Aanpassingsproblemen op school *	73 (57)	28 (78)	20 (51)
Wantrouwen	65 (50)	22 (61)	23 (59)
Introversie	58 (45)	22 (61)	18 (46)
Slaapstoornissen	58 (45)	16 (44)	20 (51)
Agressiviteit	53 (41)	15 (42)	18 (46)
Angst	48 (37)	14 (39)	15 (39)
Uitgesproken belangstelling	21 (16)	4 (11)	7 (18)
Achteruitgang zelfzorg	19 (15)	8 (22)	4 (10)

Groep S = subgroep met schizofrene psychosen
 Groep A = subgroep met psychotische stemmingsstoornissen (affectieve subgroep)
 Aantal = aantal malen gerapporteerd
 * = verschil in rapportage bij subgroepen
 ($\chi^2 = 5,7$; $df 1$; $p < 0,05$)

sche in 66% van gevallen gerapporteerd. Bij subgroep S zijn zowel positieve als negatieve symptomen vaker aanwezig dan bij subgroep A ($\chi^2 = 4,9$; $df 1$; $p < 0,05$ en $\chi^2 = 6,7$; $df 1$; $p = 0,01$). Manische symptomen komen vaker voor bij subgroep A ($\chi^2 = 7,3$; $df 1$; $p < 0,01$). Ten aanzien van depressieve symptomatologie vertonen de subgroepen geen verschillen. Veel jongeren (47%) kampen met suïcidaliteit. Bij 33% ($n = 44$) betreft dit suïcidale gedachten, bij 14% ($n = 18$) was er sprake van suïcidale handelingen of serieuze suïcidepogingen.

Middelengebruik Bij 62% van de jongeren die vanaf 1995 zijn aangemeld ($n = 79$), wordt middelengebruik gerapporteerd. Multidruggebruik komt in 30% voor en 38% van de jongeren gebruikt dagelijks. De aanvangsleeftijd voor middelengebruik is gemiddeld 15 jaar (SD 16

maanden). Middelengebruik komt vaker voor bij de schizofrene subgroep dan bij de subgroep met een psychotische stemmingsstoornis ($\chi^2 = 6,9$; $df 1$; $p < 0,05$).

Medicatie bij aanmelding en bij ontslag Bij aanmelding gebruikt 30% geen medicatie, 28% gebruikte klassieke antipsychotica, 23% atypische antipsychotica en 19% diverse andere medicatie. Bij ontslag gebruikt 45% atypische antipsychotica, 20% geen medicatie, 17% lithium, 13% klassieke antipsychotica en 5% overige medicatie.

In de schizofrene subgroep ($n = 31$) gebruikt 91% van de patiënten een antipsychoticum bij ontslag (10% klassiek, 81% atypisch). Bij de affectieve subgroep ($n = 29$) gebruikt 34% alleen een antipsychoticum (17% klassiek en 17% atypisch), 28% lithium plus een antipsychoticum, en 14% alleen lithium.

Hoofdclassificaties volgens de DSM-IV bij aanmelding en ontslag De jongeren werden aangemeld voor diagnostiek en behandeling van psychotische stoornissen, maar de aanmeldingsclassificaties liepen zeer uiteen. De meest voorkomende classificatie bij aanmelding is de 'psychose niet anderszins omschreven'. Bij ontslag zijn er drie relatief grote groepen te onderscheiden: een groep met schizofrene psychosen, een groep met psychotische stemmingsstoornissen en een groep met overige psychosen (zie tabel 2).

Stabiliteit en verandering in classificatie Hoewel ruim een derde van de jeugdigen in de loop der tijd toch een andere classificatie krijgt, is schizofrenie de meest stabiele diagnose. Bij de groep die aangemeld wordt met een psychotische stemmingsstoornis of een andere psychose, verschuift bijna een derde naar schizofrenie. In tabel 3 (pag. 762) zijn de percentages weergegeven.

CONCLUSIES EN DISCUSSIE

De resultaten komen voort uit een retrospectief onderzoek en moeten met enige voor-

TABEL 2 Hoofdclassificaties DSM-IV bij aanmelding en ontslag

	Bij aanmelding Aantal (%)	Bij ontslag Aantal (%)
Geen	46 (36)	0 (0)
Schizofrenie	11 (9)	36 (28)
Gedesorganiseerd	3	3
Katatoon	0	1
Paranoïde	3	21
Ongedifferentieerd	1	9
Rest	2	2
Niet gespecificeerd	2	0
Stemmingsstoornis	11 (9)	32 (24)
Dysthymie	1	0
Depressie	3	9
Bipolaire stoornis	7	23
Schizoaffectieve stoornis	2 (2)	8 (6)
Overige psychosen	48 (37)	44 (34)
Psychose door middel	0	2
Psychose door somatische aandoening	0	1
Schizofreniforme psychose	5	2
Waanstoornis	0	2
Kortdurende psychose	3	5
Psychotische stoornis niet anderszins omschreven	40	32
Ontwikkelingsstoornis*	2 (2)	7 (5)
Persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling*	0 (0)	2 (2)
Overigen met differentiaaldiagnose psychose	9 (7)	0 (0)
	129 (100)	129 (100)

* = hoofdclassificatie, waarbij gedurende de behandelperiode tevens een diagnose 'kortdurende psychose' of 'psychose niet anderszins omschreven' (in remissie) werd vastgesteld

TABEL 3 Stabiliteit en verschuivingen van DSM-IV-hoofdclassificaties

Diagnose bij aanmelding	Diagnose bij ontslag			
	Geen	Schizofrene psychosen	Affectieve psychosen	Overige psychosen
Geen	-	13%	22%	54%
Schizofrene psychosen	-	64%	18%	18%
Affectieve psychosen	-	30%	61%	0%
Overige psychosen	-	31%	33%	35%

De getallen betreffen het percentage van de groep met de genoemde aanmeldingsclassificatie dat de vermelde classificatie bij ontslag krijgt

zichtigheid worden geïnterpreteerd. Het is niet duidelijk of er gegevens ontbreken. Bovendien is de periode waarover de gegevens zijn verzameld groot, waardoor tijdgebonden klinische trends in het al of niet vastleggen van gegevens de data kunnen beïnvloeden. Ook is er geen vergelijking met een niet-psychotische groep, zodat het niet mogelijk is uitspraken over de specificiteit van bijvoorbeeld prodromale verschijnselen te doen.

Overeenkomstig de bevindingen van eerder onderzoek (Gillberg e.a. 1986) hebben jongens vaker schizofrenie en meisjes vaker psychotische stemmingsstoornissen. Hoewel de in de literatuur beschreven aanvangsleeftijd van de psychose bij jongens lager is dan die bij meisjes (Werry & Taylor 1994; Larsen, McGlashan & Moe 1996; Larsen, McGlashan, Johannessen e.a. 1996), is dit in deze onderzoeksgroep niet teruggevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor is de jonge leeftijd van de groep, waardoor onderlinge verschillen minder opvallen.

Negenenzeventig procent van de onderzochte groep krijgt hulpverlening voordat er sprake is van een psychose. De vraag is echter of daarmee de duur van de onbehandelde psychose (Larsen, McGlashan & Moe 1996) per definitie kort is gebleven. Immers, het is niet duidelijk of de psychotische symptomen zijn herkend en de hulpverlening adequaat is geweest. Dat velen al vroeg de hulpverlening bereiken, is waarschijn-

lijk te danken aan het feit dat de jeugdigen nog in een opvoedingssituatie verkeren. Daardoor kunnen ook ouders en leerkrachten vroeg problemen signaleren en hulp zoeken.

Opmerkelijk is dat in beide subgroepen een hoog percentage jongeren bijzonderheden in de ontwikkeling vertoont, terwijl McClellan e.a. (1999) vermelden dat schizofrene jongeren in de premorbide periode vaker problemen in het sociale domein vertonen dan jongeren met bipolaire stoornissen.

Veel voorkomende prodromale verschijnselen zijn schoolproblemen, wantrouwen, introversie, slaapstoornissen en prodromale verschijnselen met een gedragsmatige of fysieke component (zie ook Du Bois 1992; Parnas 1999). De prodromale fase duurt bij jongeren die schizofrenie ontwikkelen gemiddeld langer dan die bij jongeren die psychotische stemmingsstoornissen ontwikkelen (21 versus 11 maanden). De prodromale fase is echter kort vergeleken met de beschreven 4,5 jaar bij volwassen schizofrene patiënten (Häfner e.a. 1992). Er zijn geen verschillen in prodromale fase tussen de schizofrene en de affectieve subgroep, behalve dat de schizofrene jongeren vaker aanpassingsproblemen op school vertonen. Mogelijk zijn deze gerelateerd aan cognitieve stoornissen. Bovendien vallen juist jongens in de schizofrene subgroep op door hun prodromale introversie. Olin e.a. (1998) ver-

melden dat vooral meisjes door introversie gekenmerkt worden, doch dit betrof het oordeel van de leerkracht.

Al met al wijkt de prodromale fase bij de early-onset-groep op een aantal punten duidelijk af van die van volwassen patiënten en is deze duidelijk gekleurd door de ontwikkelingsfase.

Bij een grote groep is er sprake van middelengebruik. Het aantal gebruikers is bij de schizofrene subgroep groter dan bij de affectieve subgroep. De leeftijd bij aanvang van het middelengebruik blijkt geen voorspellende waarde te hebben voor de aanvangsleeftijd van de psychose. Dit lijkt strijdig met de bevindingen van Linszen e.a. (1994), die stellen dat het gebruik van cannabis te beschouwen is als een uitlokkende stressor of een premorbide voorteken. Zij onderzochten een oudere groep met alleen schizofrene psychosen, hetgeen de tegenstrijdigheid mogelijk verklaart.

Naast de psychotische symptomatologie blijken veel jongeren te lijden aan depressieve symptomen. Deze symptomen zouden vooral in de eerste episode voorkomen en ook ernstiger zijn (Emsley e.a. 1999; Wassink e.a. 1999). Het is echter de vraag of slaapstoornissen, psychomotorische remming en concentratiestoornissen bij psychosen als depressief symptoom opgevat moeten worden of dat zij deel uitmaken van een cluster negatieve symptomen. In deze onderzoeksgroep vertoont de helft van de jongeren in beide subgroepen suïcidale gedachten of handelingen. Ook hier wijkt de early-onset-groep af van de volwassen patiënten, waar suïcidaliteit vaker voorkomt bij psychotische stemmingsstoornissen dan bij schizofrene psychosen (Radomsky e.a. 1999).

De meeste patiënten met schizofrene psychosen gebruiken, overeenkomstig de richtlijnen, bij ontslag een antipsychoticum (McClellan & Werry 1997; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1998b). Atypische antipsychotica worden vaak verkozen, omdat zij bij jongeren effectief blijken en minder extrapiramidale bijwerkingen vertonen dan klassieke antipsychotica

(Sheitman e.a. 1998; Clark & Lewis 1998). Het medicatiebeleid bij de psychotische stemmingsstoornissen is eveneens overeenkomstig de richtlijnen (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997; Keck & McElroy 1998; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1998a, 1998b): lithium als eerste keuze, met eventuele toevoeging van antipsychotica.

Schizofrenie blijkt de meest stabiele classificatie, maar er vinden nog vele verschuivingen plaats. De aanmeldingsclassificaties zijn echter door anderen vastgesteld dan de classificaties bij ontslag. Mogelijk treden er veranderingen op in de psychopathologie, doch interpretatieverschillen dragen vermoedelijk ook bij aan de instabiliteit van classificaties.

De hier onderzochte groep is divers qua classificatie en valt in zijn geheel op door bijzonderheden in de premorbide ontwikkeling. Hoewel de groep vroegtijdig met hulpverlening in aanraking komt, is deze niet specifiek gericht op de onderkenning en behandeling van psychosen. Het lijkt dan ook zinvol om juist binnen de bestaande hulpverlening de vroege opsporing van niet alleen de schizofrene, maar van alle vormen van early-onset-psychosen een plaats te geven. Het zorgvuldig in kaart brengen van de prodromale fase (duur, schoolproblemen, introversie bij jongens) en middelengebruik lijkt van belang bij verdere diagnostiek. Gezien de complexiteit van de problematiek zal deze zo vroeg mogelijk, in een gespecialiseerd centrum, plaats moeten vinden.

 De auteurs danken J.C. Hop en I. Plompen voor de verleende assistentie bij de dataverzameling.

LITERATUUR

- Alaghband-Rad, J., McKenna, K., Gordon, C.T., e.a. (1995). Childhood-onset schizophrenia: the severity of premorbid course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1273-1283.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of

- children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 138-157.
- American Psychiatric Association (1994). Appendix D: Annotated Listing of Changes in DSM-IV. In APA (red.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition)* (pp. 773-793). Washington: American Psychiatric Press.
- Asarnow, R.F. (1999). Neurocognitive impairments in schizophrenia: a piece of the energetic puzzle. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 (Suppl. 1), 5-8.
- Asarnow, R.J., & Tompson, M.C. (1999). Childhood onset schizophrenia: a follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 (Suppl. 1), 9-12.
- Bunk, D., Eggers, C., & Klapal, M. (1999). Symptom dimensions in the course of childhood-onset schizophrenia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 (Suppl. 1), 29-35.
- Bois, R. du (1992). Frühformen und Vorstufen der Schizophrenie. In F.J. Freisleder & M. Linder, *Aktuelle Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (pp. 137-152). München: Medizin Verlag.
- Carlson, G.A., Lavelle, J., & Bromet, E.J. (1999). Medication treatment in adolescents vs. adults with psychotic mania. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9, 221-231.
- Carlson, G.A., Bromet, E.J., & Sievers, S. (2000). Phenomenology and outcome of subjects with early- and adult-onset psychotic mania. *American Journal of Psychiatry*, 157, 213-219.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1994). *Standaard Beroepclassificatie*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Clark, A.F., & Lewis, S.W. (1998). Treatment of Schizophrenia in Childhood and Adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 39, 1071-1081.
- Eggers, C. (1989). Schizo-affective psychoses in childhood: a follow-up study. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 19, 327-342.
- Eggers, C. (1999). Some remarks on etiological aspects of early-onset schizophrenia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 (suppl.), 1/1-1/4.
- Eggers, C., Bunk, D., Volberg, G., e.a. (1999). The ESSEN study of childhood-onset schizophrenia: selected results. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 (suppl. 1), 21-28.
- Emsley, R.A., Oosthuizen, P.P., Joubert, A.F., e.a. (1999). Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizofreniform disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 747-751.
- Engeland, H. van (1998). Risicofactoren voor schizofrenie: de premorbide identificatie van populaties met een hoog risico. In *Vroegtijdige herkenning en behandeling van schizofrenie*. Congresbundel, SSP/UMCU/AMC, 28-11-1998, 4-11.
- Gillberg, C., Wahlström, J., Forsman, A., e.a. (1986). Teenage psychoses – epidemiology, classification and reduced optimality in the pre-, peri- and neonatal periods. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 27, 87-98.
- Häfner, H., Riecher-Rössler, A., Hambrecht, M., e.a. (1992). ITRAOs: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6, 209-223.
- Harrington, R. (1994). Affective Disorders. In M. Rutter e.a., *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 330-351). London: Blackwell Science.
- Keck, P.E. Jr., & McElroy, S.L. (1998). Pharmacological Treatment of Bipolar Disorder. In P.E. Nathan & J.M. Gorman, *A Guide to Treatments That Work* (pp. 249-256). New York/Oxford: Oxford University Press.
- Larsen, T.K., McGlashan, T.H., & Moe, L.C. (1996). First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 241-256.
- Larsen, T.K., McGlashan, T.H., Johannessen, J.O., e.a. (1996). First-episode schizophrenia: II. Premorbid patterns by gender. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 256-269.
- Linszen, D.H., Dingemans, P.M., & Lenior, M.E. (1994). Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 273-279.
- McClellan, J., & Werry, J. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (Suppl.), 177-193.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1998a). *Richtlijn farmacotherapie bipolaire stoornissen*. Meppel: Uitgeverij Boom.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1998b). *Richtlijn antipsychoticagebruik bij schizofrene psychosen*. Meppel: Uitgeverij Boom.
- Olin, S.S., & Mednick, S.A. (1996). Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 223-240.
- Olin, S.S., Mednick, S.A., Cannon, T., e.a. (1998). School teacher ratings predictive of psychiatric outcome 25 years later. *The British Journal of Psychiatry*, 172 (Suppl.), 7-13.
- Parnas, J. (1999). From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 9 (Suppl.), 20-29.
- Radomsky, E.D., Haas, G.L., Mann, J.J., e.a. (1999). Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1590-1595.
- Sheitman, B.B., Kinon, B.J., Ridgway, B.A., e.a. (1998). Pharmacological

Treatments of Schizophrenia. In P.E. Nathan & J.M. Gorman, *A Guide to Treatments That Work* (pp. 167-189). New York/Oxford: Oxford University Press.

Strober, M., Schmidt-Lackner, S., Freeman, R., e.a. (1995). Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: a five year naturalistic, prospective follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 724-731.

Walsh, W.B., & Betz, N.E. (1990). *Tests and Assessment*. New Jersey: Prentice Hall.

Wassink, T.H., Flaum, M., Nopoulos, P., e.a. (1999). Prevalence of depressive symptoms early in the course of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 315-316.

Werry, J.S., McClellan, J.M., & Chard, L. (1991). Childhood and adolescent schizophrenia, bipolar and schizoaffective disorders: a clinical and outcome study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 457-465.

Werry, J.S., & Taylor E. (1994). Schizophrenia and Allied Disorders. In M. Rutter e.a., *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 594-616). London: Blackwell Science.

AUTEURS

C. EMCK is psycholoog en universitair docent aan de Vrije Universiteit Amsterdam, ten tijde van het onderzoek werkzaam als stafmedewerker afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

P.F. SCHOTHORST is kinder- en jeugdpsychiater en medisch hoofd zorglijn psychose (in oprichting), afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

H. VAN ENGELAND is hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Correspondentieadres: P.F. Schothorst, Universitair Medisch Centrum, Afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie A01 468, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht.

E-mail: p.f.schothorst@psych.azu.nl.

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-2-2001.

SUMMARY

Early Onset Psychosis – C. Emck, P.F. Schothorst, H. van Engeland –

BACKGROUND There is little research on characteristics and prognosis of early onset psychosis (at the age of 12-18 years).

AIM To advance our knowledge of this disorder for the purpose of proper diagnosis and treatment. Premorbid and prodromal characteristics, treatment history, symptoms and classifications, and similarities and differences between subgroups with affective and with schizophrenic psychosis are focused on.

METHOD A chart review was constructed to study a group of 129 subjects with psychotic symptoms.

RESULTS The group was characterised by early – but non-specific – treatment, developmental problems (mostly social), and clear prodromes. Drug abuse, depressive symptoms and suicidal behaviour were also frequent. Male gender, a relatively long prodromal phase, school problems and drug abuse were more indicative for a schizophrenic subgroup. Introversion was characteristic for schizophrenic boys. Classifications, however, were not stable.

CONCLUSIONS These findings suggest that early identification of all early onset psychosis should take place in existing treatment settings. Careful examination of the prodromal phase seems helpful to differentiate between schizophrenic and affective psychosis, which is significant for both research as (early) intervention.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 11, 757-765]

KEYWORDS affective disorder, psychosis, schizophrenia, youth