



# De eerste tekens van een psychose

Vincent Dubois, Michel De Clercq †, Benoît Gillain, André Masson,  
Alexandre Dailliet, Edith Stillemans, Inge Meire

## Inleiding

Schizofrenie is een frequente, complexe en ernstige mentale stoornis die een belangrijke invloed heeft op het functioneren en het sociaal leven van de patiënt en zijn omgeving. Omwille van de ernstige gevolgen van de ziekte en aangezien een vroegtijdige interventie prognostisch gunstig is, was de identificatie van personen met een hoog risico op de ontwikkeling van een psychose het voorwerp van specifieke studies (1-3). Toch moet een te overhaaste diagnose van psychose, net als een te laattijdige diagnose vermeden worden.

De schizofrene stoornissen worden over het algemeen voorafgegaan door sommige vroegtijdige alarmtekens. Tijdens deze periode voldoet de patiënt niet aan de criteria van de ziekte, maar kunnen er veranderingen optreden in zijn gedrag, zijn denkwereld en zijn gevoelens. Deze tekens zijn niet specifiek, noch voor de patiënt, noch voor zijn familie. Bovendien zal een groot aantal personen die deze vroegtijdige alarmsymptomen vertonen, nooit schizofrenie ontwikkelen. Maar aangezien een vroegtijdige herkenning en snelle psychosociale interventies gunstig zijn, zouden er reeds sommige maatregelen kunnen genomen worden, zoals b.v. een continue relatie opbouwen met de patiënt en zijn familie.

Het is een feit dat de huisarts een belangrijke rol speelt in de vroegtijdige opsporing van de psychose, aangezien hij

vaak als eerste geconsulteerd wordt als de familie hulp zoekt. Schizofrenie begint meestal bij jonge volwassenen en de geneesheer heeft vaak de neiging om de eerste tekens te verwarren met een adolescentiecrisis.

In dit artikel bespreken we de opsporing van deze alarmsymptomen.

We onderzoeken ook welke redenen de mensen tegenhouden om voldoende vroeg hulp te zoeken.

## Algemene waakzaamheid voor de psychose: de tekens

### • Alarmsymptomen

Men denkt dat het beginproces van de psychose aanleiding geeft tot ernstige psychologische stoornissen. Zeer vaak isoleert de patiënt zich en breekt hij met zijn sociaal netwerk, zijn familiale en professionele relaties, en zijn studies. Zijn dagelijkse activiteiten veranderen. Bovendien, aangezien de schizofrenie typisch begint bij jonge volwassenen, zal de handicap als gevolg van de ziekte een grote invloed hebben op zijn persoonlijkheid in ontwikkeling; ze kan aanleiding geven tot intens en permanent lijden, zowel voor de patiënten als voor hun familie (4).

Het gebeurt echter zelden dat de typische psychotische symptomen "uit de lucht vallen". Meestal wordt de acute psychose voorafgegaan door een periode zonder uitgesproken psychotische symptomen

(5-11), die vooral gekenmerkt wordt door negatieve symptomen, cognitieve stoornissen, gedragsstoornissen (12) en een sociale disfunctie, alsook hun gevolgen op sociaal en professioneel vlak en op school (zie tabel 1, gebaseerd op de *Early Psychosis Training Pack*).

Deze tekens kunnen enkel retrospectief bepaald worden. Inderdaad, eens de diagnose van schizofrenie werd gesteld, is het relatief gemakkelijk om in te zien dat een bepaald gedrag als ongewoon werd bestempeld en reeds aanwezig was voor het optreden van de typische psychotische symptomen. Deze symptomen kunnen echter niet op predictieve wijze gebruikt worden, omdat ze variabel en niet specifiek zijn.

Mentale stoornissen die lijken op prodromi, evolueren niet allen tot een psychose. Stoornissen in de mentale toestand wijzen niet noodzakelijk op een psychotische gevoeligheid, maar kunnen ook verband houden met een andere onderliggende pathologie, b.v. beginnende angst, een gemoedstoornis of een relatiecrisis. Bovendien zouden de veranderingen die wijzen op een "risicoperson", verhinderd, uitgesteld of gewijzigd kunnen zijn door een versterkte aanpak of een toegenomen sociale ondersteuning. Tenslotte verwacht men vaak de vroegtijdige alarmsymptomen van een psychose met de tekens van een adolescentiecrisis of met de symptomen van misbruik van middelen.

### • Bijzondere gevallen

#### Adolescentiecrisis

Het bizar gedrag dat hogerop beschreven werd, wordt vaak aanzien als een "een voorbijgaande fase" en de familie of de huisarts schenken er geen bijzondere aandacht aan. Aangezien de schizofrenie meestal begint bij jonge volwassenen, is het soms moeilijk om een onderscheid te maken tussen de vroegtijdige alarmsymptomen van een psychose en een adolescentiecrisis. Een klein aantal adolescenten vertoont inderdaad gelijkaardige symptomen, zoals zin om alleen te zijn, verlegenheid, sociale isolatie of gedragsproblemen (12). Maar het gedrag van de meeste jongeren tijdens de adolescentie is eerder impulsief, antisociaal, provocerend of opstandig. Daarentegen zijn de meer typische kenmerken van de vroegtijdige

Tabel 1: Alarmsymptomen die waakzaamheid vragen.

#### Positieve (+) of negatieve (-) symptomen

Sociale isolatie	-
Deterioratie van het functioneren op het werk of in de studies	-
Ongewone overtuigingen of magische gedachten	+
Wantrouwen, bizar gedrag	+
Vervlakt of onaangepast affect	-
Afname van de concentratie, van de aandacht	-
Ongewone percepties	+
Antisociaal gedrag	-
Afname van dynamisme, energie, motivatie, interesse	-
Depressief gemoed, stemmingswisselingen	-
Spraakstoornissen	+/-
Slaapstoornissen, veranderde eetlust	+/-
Angst, spanning	+/-
Prikkelbaarheid	+/-
Woede	+
Stoornis in de persoonlijke hygiëne	-

**Tabel 2: Alarmtekens van een psychose en een adolescentiecrisis.**

Alarmtekens van een psychose	Intermediaire symptomen	Adolescentiecrisis
Psychosociale deterioratie Vreemde opvattingen Magische gedachten Onaangepast affect Ongewone percepties	Sociale isolatie Depressief gemoed Eenzaamheid, verlegenheid	Provocerend gedrag Geweld Verwerpen van regels Uitbarstingen Opstandigheid

alarmtekens vreemde opvattingen, "magische" gedachten, cognitieve stoornissen, en vooral een psychosociale deterioratie, het meest indicatieve symptoom. Het gebrek aan inzicht en de ontkenning van de stoornissen door de patiënt en zijn familie kunnen enerzijds, verhinderen om hulp te zoeken en anderzijds, het proces van bewustwording van het probleem belemmeren (zie Tabel 2).

Misbruik van middelen

Momenteel verbruiken vele jongeren middelen zoals cannabis (19%), ecstasy (6%) of hallucinogenen (4%) (13, 14) eerder dan cocaïne, aangezien dit soort drugs gemakkelijk te vinden is, toegankelijk is, niet al te duur is en meestal verbruikt wordt in groep. Aangezien de symptomen van misbruik van middelen en de symptomen van de psychose

zeer gelijkaardig zijn, kunnen de echte stoornissen gemaskeerd zijn. Het is niet gemakkelijk om het onderscheid te maken tussen een psychotische persoon die middelen verbruikt en een jonge adolescent onder invloed (15). Maar als een psychotische persoon stopt met drugs te verbruiken, blijft hij hallucinaties vertonen, terwijl de symptomen van een niet-psychotische persoon uiteindelijk

**Tabel 3a: Effecten van het verbruik van middelen (16).**

	Acute effecten	Acute intoxicatie	Effecten in geval van langdurig gebruik
Amfetamines	Stimulatie en hyperactiviteit, "rush", euforie, men voelt zich "high"	Excitatie Wantrouwen Slaapstoornissen	Paranoïde psychose met achtervolgingswanen, agressief gedrag en hallucinaties
Cannabis	Vertraging in de gedachten en handelingen Lichte euforie Perceptiestoornissen	Angst Paranoïde gedachten Hallucinaties	Verlies van interesse Passiviteit en inactiviteit
Cocaïne	Initiële "Rush" en euforische "high" Later, prikkelbaarheid en boosheid, "low"	Excitatie Confusie en desoriëntatie	Paranoïde psychose met achtervolgingswanen, agressief gedrag en hallucinaties
Designer drugs	Stimulatie Euforie Hallucinaties	Excitatie Agressie Angst en paniekaanvallen	Uitputting en depressie Paranoïde wanen Auditieve hallucinaties ("men hoort stemmen")
LSD	Levende visuele hallucinaties Perceptiestoornissen Depersonalisatie	Extreme angst met confusie, "bad trip"	Paranoïde en bizarre wanen "Flash back"
Mescaline	Zeer hallucinogeen Verschillende tijdsperceptie Depersonalisatie	Idem LSD	Paranoïde wanen
PCP	Visuele hallucinaties Agressiviteit Minder gevoel van lijden	Spraakstoornissen Motorische problemen	Manische excitatie en psychose Depressie, inactiviteit en apathie
Psilocybine	Zeer hallucinogeen	Idem LSD	Paranoïde wanen

**Tabel 3b: Overzicht van de effecten van de verschillende stoffen op de symptomen en het sociaal functioneren (16).**

	<b>Experimentele studies</b>	<b>Studies met persoonlijke contacten</b>
Alcohol	Gunstige en ongunstige effecten op de psychose Afname van de angst Depressie	Gunstige en ongunstige effecten op de psychose Afname van de angst
Amfetamines	Uitlokking van de psychose Toename van de psychotische symptomen Verbetering van de negatieve symptomen Depressie	Toename van de positieve symptomen (hallucinaties en wanen) Gunstig effect op de negatieve symptomen Toename van de angst
Cannabis	Uitlokking van de psychose Toename van de psychotische symptomen Toename van de negatieve symptomen (onverschilligheid en inactiviteit) Vermindering van de angst Depressie	Toename van de positieve symptomen (hallucinaties en wanen) Vermindering van de angst Relaxatie
Cocaïne	Uitlokking van de psychose Toename van de positieve symptomen Verbetering van de negatieve symptomen Vermindering van de depressie Vermindering van de antipsychotische nevenwerkingen	Toename van de positieve symptomen (hallucinaties en wanen) Gunstig effect op de negatieve symptomen Toename van de angst
LSD en hallucinogenen	Uitlokking van de psychose Toename van de psychotische symptomen	Gunstige en ongunstige effecten op de psychose Toename van de positieve symptomen (hallucinaties en wanen)
Opiaten	Euforie en relaxatie in kleine patiëntengroepen Matige verbetering van de positieve psychotische symptomen Verergering van de negatieve symptomen	Toename van de depressie
PCP	Uitlokking van de psychose Toename van de psychotische symptomen Gedragsstoornissen en agressie	Geen enkel gunstig effect op de psychose

verdwijnen. Bovendien is de psychosociale context de meest indicatieve factor om een onderscheid te maken tussen de symptomen van de psychose en de effecten van drugs. Inderdaad bestaat er een verschil tussen een psychotische persoon die heel in zijn eentje drugs verbruikt en een adolescent die elke vrijdagavond een beetje hasj rookt op een feestje met vrienden. Daarom is het bijzonder belangrijk dat het vroeger gedrag en de psychosociale situatie geëvalueerd worden, en dat deze patiënten aandachtig opgevolgd worden. In dit opzicht is de familie een belangrijke bron van informatie.

Bovendien kan een grondige kennis van de effecten van de verschillende stoffen zeer nuttig zijn voor de differentiaaldiagnose. De twee volgende tabellen hernemen de effecten van een aantal drugs (Tabel 3a), alsook hun invloed op de symptomen en het psychosociaal functioneren (Tabel 3b).

Hoewel men vaststelt dat de psychotische symptomen geïnduceerd kunnen zijn door een misbruik van middelen, suggereert men soms ook dat de inname van middelen voor de eerste episode een poging tot automedicatie zou zijn om de dysfore symptomen van de prodromale periode te behandelen (15).

King et al (17) bestudeerden deze twee hypothesen. Ze stelden vast dat de meeste personen die middelen verbruiken (48%), hiermee begonnen tijdens de premorbide periode, eerder dan tijdens de prodromale fase (8%). Het begin van de prodromi is geassocieerd met een afname – en niet een toename – van de inname van middelen. De personen die middelen verbruikten tijdens de premorbide fase en die deze stopzetten tijdens de prodromale fase, zijn deze die de ernstigste premorbide aanpassingsproblemen vertonen. Dit zou kunnen betekenen dat de personen die hun verbruik van middelen stopzetten, dit deden omdat ze inefficiënt waren als

automedicatie. Zo zou het misbruik van middelen kunnen wijzen op de aanwezigheid van subklinische prodromi die door de patiënt ervaren worden, maar niet door zijn omgeving. Dit zou ook kunnen betekenen dat een zekere fragiliteit leidt tot het misbruik van middelen, niet alleen omdat deze personen echt meer kwetsbaar zijn, maar ook omdat deze drugs een verlichtend effect hebben. De verwardheid en de graad van bezorgdheid die de echte prodromi met zich meebrengen, zouden de patiënt dan kunnen onttrekken aan het vals comfort dat deze drugs geven.

## Therapeutische benadering

### • Waarom is een vroegtijdige interventie belangrijk?

Uit recente studies blijkt dat een zo vroeg mogelijke herkenning en interventie in een zo vroeg mogelijk stadium van een beginnende psychose toelaten om de gevolgen ervan te beperken en ook bijdragen tot een beter eindresultaat dan als de behandeling wordt uitgesteld (18-20). Een snelle interventie is bijzonder belangrijk voor de evolutie van de ziekte op lange termijn.

Maar het instellen van een behandeling wordt vaak uitgesteld. Deze termijn voor behandeling is vaak langdurig en kan ingedeeld worden in twee periodes: "de duur van de niet-behandelde ziekte" en "de duur van de niet-behandelde psychose". Tijdens de eerste periode zijn de patiënt en zijn familie zich meestal nog niet bewust van wat er gebeurt.

Vervolgens, zelfs als ze een psychiatrische stoornis beginnen te vermoeden, kan de stigmatisatie die gepaard gaat met deze stoornissen, hen tegenhouden om hulp te zoeken (21).

Deze factoren zijn uiteraard niet de enige die verklaren waarom psychosen vaak zo laat behandeld worden (zie andere factoren in tabel 4, gebaseerd op de *Early Psychosis Training Pack*).

De "duur van de niet-behandelde psychose" gaat gepaard met een aanzienlijke functionele deterioratie, weerstand tegen een behandeling en een toename van het percentage latere recidieven.

Het feit dat men een zekere tijd wacht om de patiënt door te verwijzen naar een specialist, is echter meestal goed bedoeld,

### Tabel 4: Factoren die het laattijdig instellen van een behandeling verklaren.

- Gebrek aan inzicht
- Niet herkennen door de huisarts of andere eerstelijns hulpverleners
- Niet herkennen door vrienden en familie
- Symptomatologie: traag begin, sociale isolatie, achtervolgingswanen
- Jonge mannen lopen vooral risico
- Terughoudendheid om hulp te zoeken omwille van de stigmatisatie, het gebrek aan inzicht en de angst
- Diensten die niet toegankelijk zijn of geen respons kunnen bieden (wachlijsten, overbelaste diensten, focalisatie op andere problemen)
- Hoogrisicogroepen: daklozen, alcoholici of drugsverslaafden, mensen die lijden aan persoonlijkheidsstoornissen

met name om de gevoelens van de patiënt en zijn familie te sparen, maar deze termijn kan contraproductief zijn om meerdere redenen. Dit vertraagt b.v. de ontwikkeling van een relatie tussen de familie en de psychiater in de strijd tegen de ziekte. Meer nog, het vermindert de kwaliteit van het resultaat van de psychotrope behandeling bij vele patiënten (geringere of tragere remissie van de symptomen, minder goed herstel, verhoogde incidentie van psychotische recidieven en minder goed psychosociaal of professioneel functioneren).

Rekening houdend met de belangrijke nadelen van een uitgestelde behandeling, is het duidelijk dat het nuttig is om prepsychotische individuen vroegtijdig te identificeren. Maar aangezien de tekens niet uitsluitend waargenomen worden bij personen die later een echte psychose zullen ontwikkelen, moet men ook vermijden om eventueel vals-positieve gevallen te agressief te behandelen. Hoewel sommige auteurs aanbevelen om in dit stadium geneesmiddelen te geven, denken wij dat een farmacologische behandeling te vroeg is aangezien men onvoldoende weet over de incidentie en de aard van de overgang naar een echte psychose in deze groep. De voordelen van een therapeutische interventie moeten afgewogen worden tegenover de potentiële risico's van een overbodige behandeling.

Het probleem kan beperkt worden als men zich toespitst op de personen die het meest risico lopen om een psychose te ontwikkelen in de nabije toekomst, aangezien ze zich reeds bevinden in de periode met het meeste risico op de ontwikkeling ervan, aangezien ze een genetisch verhoogd risico vertonen of aangezien ze mentale stoornissen beginnen te vertonen die wijzen op een dreigende psychose (11). In de volgende paragraaf, beschrijven we sommige pogingen die in het buitenland werden ondernomen om bijzondere aandacht te besteden aan dit type prepsychotische patiënten. Hoewel we denken dat deze benadering een risico van stigmatisatie inhoudt en niet volledig kan geëxtrapoleerd worden naar België omwille van sociologische verschillen, willen we toch even dieper ingaan op dit thema.

### • Enkele internationale diensten die gespecialiseerd zijn in de vroegtijdige evaluatie

Verscheidene recente studies lijken erop te wijzen dat het zeer belangrijk is om zo vroeg mogelijk tussen te komen (22-24), en zo de therapeutische resultaten te verbeteren (18-20, 25-29).

#### DEEP

Het project *Detection of Early Psychosis* (DEEP) van Salokangas (voorgesteld te New York tijdens de *2nd International Conference on Early Psychosis*) (30) werd ontworpen om de prodromi te identificeren en te karakteriseren bij eerstegraadsverwanten en nieuwe ambulante psychiatrische patiënten. Het doel van het DEEP-project is de predictieve factoren te identificeren van de overgang van prodromi naar psychose. De eerste resultaten toonden aan dat de personen die prodromale symptomen vertonen, ook een veel groter aantal andere symptomen van psychische deterioratie in hun functioneren vertonen dan personen zonder prodromi en gezonde controlepersonen.

#### EPACT

Het *Early Psychosis Assessment and Care Team* (EPACT) is een onderdeel van het *Early Psychosis Prevention and Intervention Center* (EPPIC), een gespecialiseerde dienst ontwikkeld om de identificatie en de verwijzing te vergemakkelijken van personen die de eerste tekens van een psychotische ziekte beginnen te vertonen.

**Tabel 5: Strategie voor een vroegtijdige hulpverlening.**

- De herkenning van de psychose door de huisarts en de andere eerstelijnsbepalers, alsook door de familie en de jongeren zelf, bevorderen.
  - Opleidingsprogramma's: seminaries, conferenties en cursussen die de psychotische symptomen en tekens beschrijven, alsook de elementen die een beginnende psychose doen vermoeden, om de bewustwording van de risicofactoren te bevorderen
  - Ondersteuning van deze problemen door de media
  - Feedback naar de diensten die de patiënten doorverwijzen naar specialisten, om hen te informeren over de aanvaarde gevallen en gevallen die elders verwezen zijn
  - Mogelijkheid om gemakkelijk telefonisch advies te bekomen
  - Ervoor zorgen dat huisartsen en andere eerstelijnsbepalers meer doorverwijzen, en de patiënten en hun familie aanmoedigen om hulp te zoeken
  - Opleidingsprogramma's: beschikbaarheid van middelen en diensten en de toegankelijkheid ervan
  - Voor iedereen toegankelijk en benaderbaar zijn
  - Een snelle respons bieden voor patiënten die dringend doorverwezen werden (het doorverwijzen naar de specialist aanmoedigen)
  - Flexibele evaluaties geven voor niet-dringende gevallen
- Het vroegtijdig stopzetten van de behandeling verminderen
  - Flexibele evaluaties geven voor niet-urgente gevallen
  - De nodige tijd nemen zodat de patiënt zich betrokken voelt bij de behandeling
  - Vroegtijdige introductie van een *case manager* die instaat voor de continuïteit van de verzorging
- De stigmatisatie verminderen die gepaard gaat met de psychose
  - Opleidingsprogramma's: aard van de psychose, zijn behandeling en zijn prognose
  - Een vroegtijdige etikettering van schizofrenie vermijden
  - De thuisbehandeling promoten eerder dan een behandeling in het ziekenhuis
- Het trauma van het eerste contact met de psychiatrische diensten verminderen
  - Een "vriendschappelijk" verwijzingsstelsel naar de specialist minimaliseert het trauma van het eerste telefonisch contact
  - Minimaal gebruik van politiedwang en geforceerde internering
  - De thuisbehandeling promoten eerder dan de behandeling in het ziekenhuis
  - Vroegtijdige introductie van een *case manager* die instaat voor de continuïteit van de verzorging
- De verwarring en de breuk met de familiale kring beperken
  - Maatregelen nemen om het trauma te beperken; raad en praktische steun geven
  - Psycho-educatie voorzien voor de patiënten en hun familie op het moment van het eerste contact.

Hun strategie wordt in het kort beschreven in tabel 5 (gebaseerd op de *Early Psychosis Training Pack*) (31).

Men moet de families van risicoadolescenten de kans geven om gemakkelijk informatie te bekomen over de vroegtijdige tekens, en om beroep te doen op diensten voor evaluatie die in staat zijn tot vroegtijdige opsporing. De familieleden – vooral de ouders – moeten voldoende plaats en gelegenheid hebben om hun bekommernissen te uiten en erover te spreken.

Persoonlijke bijstand en crisisevaluatie (PACE: Personal Assistance and Crisis Evaluation)

Om de verwijzing naar de specialist te vergemakkelijken, suggereerde Falloon (28) enerzijds om huisartsen op te leiden om de patiënten te herkennen die eventuele prodromale symptomen vertonen, en anderzijds om een gemakkelijk toegankelijk systeem op te richten om deze patiënten te laten evalueren door medische specialisten. Yung et al (11) beschrijven hun poging tot interventie

voor het optreden van de echte psychose door het oprichten van een medisch-sociaal centrum voor de opvolging en verzorging van jongeren die een vermoedelijk hoog risico vertonen op een dreigende psychose. Ze identificeerden verschillende neurobiologische, neuropsychologische en psychopathologische markers en bestudeerden hun relatief risico en hun predictieve waarde voor de ontwikkeling van een psychose.

Het medisch-sociaal centrum PACE liet klinici en onderzoekers toe om de evolutie op te volgen van vele jongeren die een groot risico liepen om in de nabije toekomst psychotisch te worden. Deze follow-up zou kunnen voorkomen dat de positieve symptomen, vooral de hallucinaties, reeds zijn opgetreden voor het eerste contact met de psychiater. De opvolging van deze risicojongeren zou kunnen bijdragen tot de preventie van psychotische stoornissen, of een vroegtijdige interventie toelaten als deze stoornissen optreden.

De follow-up is vergemakkelijkt door de contacten die er gelegd worden tussen de jongeren en de gespecialiseerde medico-sociale dienst.

Nova Scotia programma voor de eerste tekens van psychose (NSEPP: Nova Scotia Early Psychosis Program)

De NSEPP werd opgericht in 1995 met de missie enerzijds de geestelijke gezondheidszorg te optimaliseren voor personen die zich bevinden in het vroegtijdig stadium van een psychose, en anderzijds, onderzoek te voeren en opleidingsprogramma's voor geestelijke gezondheidszorg te ontwikkelen.

De contacten met professionelen uit de sector van de geestelijke gezondheidszorg, de scholen en de universiteiten toonden aan dat de opleiding op het vlak van psychosen onvoldoende of zelfs totaal afwezig was in scholen en universiteiten. Aangezien de diensten voor studenten, professoren en universitaire consulenten cruciaal zijn om de vroegtijdige opsporing van psychosen te bevorderen, werd deze populatie als prioritair beschouwd om informatie over psychosen te krijgen.

#### • Belgische consensus

Tijdens de Belgische consensusconferentie over de behandeling van schizofrene patiënten (32), bevestigde men het belang van vroegtijdige interventies – op voor-

waarde dat men de nodige voorzichtigheid aan de dag legt. Als er hulp gezocht wordt, zal de eerste stap van de patiënt en zijn familie er meestal in bestaan een huisarts te consulteren. Huisartsen – net als psychologen, leerkrachten of opvoedings- en begeleidingscentra – spelen dus een cruciale rol in het opsporen van de vroegtijdige alarmtekens vooraleer de eigenlijke stoornissen optreden. Het is zeer belangrijk dat deze eerstelijnsbepalers zich bewust zijn van het potentieel risico waaraan een jongere met een vreemd gedrag is blootgesteld. Eerstelijnsbepalers moeten een intensieve opleiding en vorming krijgen, aangezien ze de eersten zijn die de verontrustende symptomen kunnen opsporen.

Het spreekt voor zich dat als een jonge persoon een afwijkend gedrag vertoont, men niet onmiddellijk een antipsychoticum zal voorschrijven in een zo vroeg stadium. Maar we moeten altijd zeer waakzaam blijven als we jongeren zien die aanhoudende gedragstoornissen of stoornissen in het functioneren vertonen, vooral als er nog andere risicofactoren voorkomen. De symptomen van elke persoon moeten individueel geëvalueerd worden. Als de toestand van de patiënt na een zekere tijd niet verbetert of verergert, moet men hem zonder dralen doorverwijzen naar een specialist.

#### • Rol van de eerste hulpverlener

De leden van de *Early Psychosis Prevention and Intervention Center* (EPPIC) beweren dat de eerste contacten fundamenteel zijn voor de prognose en voor de latere relatie met de patiënt. Wij denken inderdaad – net zoals de Australiërs – dat het belangrijk is om vanaf het begin aandacht te schenken aan de kleinste verandering, zelfs in blijkbaar banale domeinen. Door eenvoudige vragen te stellen, zoals “Waarom verliet de persoon de school?”, “Waarom slaapt de patiënte niet meer?”,

“Waarom ziet hij zijn vrienden niet meer?” of “Waarom veranderde hij zijn voedingspatroon?”, kan men snel en doeltreffend minimale veranderingen in het gedrag opsporen.

Daarnaast moeten de specifieke kenmerken (hallucinaties, wanen, denkstoornissen, affectieve veranderingen), de psychosociale situatie en de antecedenten grondig geëvalueerd worden. Het kan ook nuttig zijn om in de evaluatie de informatie op te nemen afkomstig van de familie en de vrienden; zij kennen beter de persoonlijkheid en het premorbide functioneren van de patiënt, ze kunnen sommige veranderingen opgemerkt hebben en ze kunnen een verklaring of een te volgen aanpak suggereren. Men moet de familie aanmoedigen om de evolutie van de jonge patiënt op de voet op te volgen. Ze moet betrokken worden bij de diagnose en het therapeutisch proces.

Samengevat is het absoluut noodzakelijk om op zijn hoede te blijven, maar ook de patiënt en zijn familie nauwgezet te blijven opvolgen. Zelfs als de patiënt geen psychiater wil consulteren, moet men zijn familie regelmatig opnieuw zien om haar te informeren, te steunen en haar bewust te maken van het potentieel risico dat verbonden is aan het gestoord gedrag van de patiënt, vooral omdat ze de patiënt kan helpen om zich te laten verzorgen. Zodra de eerste psychotische symptomen opduiken, moet een psychosociale en antipsychotische behandeling ingesteld worden.

### **Algemeen besluit**

Wij kunnen uit de recente studies besluiten dat de vroegtijdige interventie belangrijk is om een beter eindresultaat te bekomen (18-20, 22-4, 31). Bijgevolg zijn de vroegtijdige alarmsymptomen potentieel zeer nuttig om de psychotische stoornissen op te sporen en zo vroeg

mogelijk tussen te komen in geval van psychose. De psychosociale situatie moet nauwgezet geëvalueerd worden.

Tot nu toe werden de klinische kenmerken die waargenomen worden in deze prepsychotische fase, beschreven op basis van retrospectieve studies. Wij hopen dat het in de toekomst mogelijk zal zijn om deze kennis prospectief toe te passen om hoogrisicjongeren te kunnen helpen vooraleer er zich een echte psychose ontwikkelt.

Hoewel de psychiatrische literatuur sinds enige tijd reeds de nadruk legt op het belang van de vroegtijdige opsporing en behandeling van psychotische stoornissen (33, 34), blijven de familieleden en de huisartsen vaak de gedragswijzigingen verwaarlozen; ze wachten vaak te lang om de patiënt door te verwijzen naar gespecialiseerde diensten. Op internationaal niveau, worden er momenteel sommige initiatieven genomen om de opsporing te bevorderen en zo vroeg mogelijk tussen te komen. In België is het nog te vroeg om dergelijke interventiediensten op te richten, maar we pleiten er nu reeds voor dat de huisartsen en andere eerstelijnsbepalers gesensibiliseerd zijn voor het potentieel risico waaraan jongeren met een afwijkend gedrag blootgesteld zijn. Deze sensibilisatie zou er moeten toe leiden dat de behandeling van de specifieke symptomen en het voorschrijven van antipsychotica het resultaat zijn van een observatie- en denkproces dat slechts enkele maanden – in plaats van meerdere jaren – duurt.

Wij zijn niet voor het overhaast instellen van een antipsychotische behandeling zonder degelijke klinische indicaties, maar wij denken dat het proces kan versneld en bijgevolg verbeterd worden. De belangrijkste factor in deze context is de initiële waakzaamheid en de opvolging van de patiënt en zijn familie.

---

#### Referenties

1. Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F. The Copenhagen High-Risk Project 1962-1986. *Schizophrenia Bulletin* 1987;13:485-96.
2. Asarnow JR. Children at risk for schizophrenia: converging lines of evidence. *Schizophrenia Bulletin* 1988;14:613-31.
3. Erlenmeyer-Kimling L, Cornblatt B, Rock D, et al. The New York High Risk Project: Anhedonia attentional deviance and psychopathology. *Schizophrenia Bulletin* 1993;19:141-53.
4. McGlashan TH. Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *British Journal of Psychiatry* 1998;172(Suppl.33):3-6.
5. Keith SJ, Matthews SM. The diagnosis of schizophrenia: a review of onset and duration issues. *Schizophrenia Bulletin* 1991;17:51-67.
6. Haas GL, Sweeney JA. Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1992;18(3):373-86.
7. Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:80-6.
8. Jones PB, Bebbington P, Foerster A, et al. Premorbid social underachievement in schizophrenia. Results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:65-71.
9. Malla AK, Norman MG. Prodromal symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:487-93.
10. Olin SS, John RS, Mednick SA. Assessing the predictive value of teacher reports in a high risk sample for schizophrenia: a ROC analysis. *Schizophrenia Research* 1995;16:53-66.
11. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22:283-303.
12. Häfner H, Nowotny B. Epidemiology of early-onset schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1995;245:80-92.
13. De Clercq M, Vranckx A. Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale; 1996.
14. De Clercq M. L'abord psychopharmacologique des troubles schizophréniques aigus. *Acta Psychiatrica Belgica* 2000;100:7-14.
15. Addington J, Addington D. Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1998;172(33):134-6.
16. De Hert M. Psychose schizophrénique et abus de substances. In: Dom G (editor). *Troubles psychiques et accoutumance. Comment les traiter ensemble?* EPO; 2000. p. 221-44.
17. King S, et al. Patterns of Premorbid & prodromal substance use and associations with risk factors for schizophrenia & premorbid adjustment. Presented at the 2nd International Conference on Early Psychosis. New York; 2000.
18. Birchwood M, McMillan JF. Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1993;27:374-8.
19. McGlashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia: research. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22(2):327-45.
20. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1991;17(2):325-51.
21. Fink PJ, Tasman A. *Stigma and Mental Illness*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1992.
22. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, et al. Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1992;149:1183-8.
23. Moscarelli M. Health and economic evaluation in schizophrenia: implications for health policies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89(Suppl. 382):84-8.
24. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, et al. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22:305-26.
25. Rabiner CJ, Wegner JT, Kane JM. Outcome study of first episode psychosis: I. *American Journal of Psychiatry* 1985;143(9):1155-8.
26. McGorry PD, Chanen A, et al. Post-traumatic stress disorder following recent-onset psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1991;179:253-8.
27. McGorry PD. The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1992;26:3-18.
28. Falloon IRH. Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry* 1992;55:4-15.
29. McGorry PD, Edwards J. The feasibility and effectiveness of early intervention in psychotic disorders: the Australian experience. *International Clinical Psychopharmacology* 1998;13(Suppl 1):S47-S52.
30. Salokangas RKR. Predictors of Transition: From Prodrome to Psychosis. Presented at the 2nd International Conference on Early Psychosis. New York City; 2000.
31. EPPIC. *Early Psychosis Training Pack*. Cheshire UK: Gardiner-Caldwell Communications Limited; 1997.
32. Peuskens J, De Clercq M. *Schizofrene stoormissen*. Gent: Academia Press; 1998.
33. Cameron DE. Early schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1938;95:567-78.
34. Sullivan HS. The onset of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1994;151(Suppl. 6):135-9.
35. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, et al. Can we predict the onset of first-episode psychosis in a high-risk group. *International Clinical Psychopharmacology* 1998;13(Suppl 1):S23-S30.