

VU Research Portal

Voorkomen is beter dan genezen: Early detection and intervention team den Haag.

van den Berg, D.P.G.; van der Gaag, M.

published in

GZ-psychologie
2011

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van den Berg, D. P. G., & van der Gaag, M. (2011). Voorkomen is beter dan genezen: Early detection and intervention team den Haag. *GZ-psychologie*, 2, 12-17.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Early Detection and Intervention Team Den Haag

Voorkomen is beter dan genezen

D.P.G. van den Berg, prof. dr. M. van der Gaag

Dit artikel beschrijft de werkwijze van het *Early Detection and Intervention Team (EDIT)* Den Haag; een team dat voort is gekomen uit de *Early Detection and Intervention Evaluation Studie Nederland (EDIE-NL)*. Het team richt zich op de preventie van ernstige psychische klachten, zoals psychosen. Met een getrapte screening detecteert het team de groep mensen met een *at risk mental state (ARMS)*; een verhoogd risico op het ontwikkelen van bijvoorbeeld een psychose. De hulpzoekende populatie tot 35 jaar in de tweedelijns ggz vult de ervaringenlijst (EL) in. Bij een verhoogde score wordt die groep geïnterviewd met een gestructureerd interview. Patiënten met een psychose worden verwezen naar het Centrum Eerste Psychose. Patiënten met een ARMS krijgen een psycho-educatieve, cognitief gedragstherapeutische behandeling aangeboden die is gericht op buitengewone en opmerkelijke ervaringen. De resultaten zijn vooralsnog niet bekend, maar de indruk van de therapeuten is dat er sprake is van vermindering van lijdensdruk en meer aandacht voor de gewone zaken van het leven.

Trefwoorden: early detection, prevention, clinical staging, at risk mental state, ultra high risk, CGT

1. Inleiding

Het EDIT is voortgekomen uit de EDIE-NL. Dit is een onderzoek naar de effectiviteit van een preventieve cognitieve gedragstherapie (pCGT) op het voorkomen van ernstige psychische stoornissen, zoals psychosen. Deze studie heeft een laatste vervolgmeting ruim een jaar na afloop van de interventie; de resultaten worden in september 2011 verwacht. Naast de publicatie van wetenschappelijke artikelen zal er ook een boek worden gepubliceerd waarin het protocol van deze interventie uitvoerig wordt beschreven. Gezien de bemoedigende wetenschappelijke resultaten in het buitenland (McGorry e.a. 2002; Morrison e.a. 2004; Nordentoft e.a. 2006) en de positieve eerste resultaten in Den Haag heeft Parnassia ervoor gekozen de EDIT-afdeling in de reguliere zorg op te nemen.

In dit artikel komen achtereenvolgens aan de orde het nut van vroege detectie en interventie, welke mensen tot de doelgroep behoren en hoe en waar deze doelgroep te detecteren valt. Ook worden de werkwijze en doelen van pCGT toegelicht.

2.1. Nut van vroege detectie en interventie

Voor een aanzienlijk deel van de patiënten met schizofrenie kent deze ziekte een ongunstig beloop. Zij lijden onder hun klachten, hebben regelmatig een psychotische terugval en worden in hun rolfunctioneren als partner, werknemer, clublid, enzovoorts beperkt (Wiersma e.a. 1998).

De duur van de onbehandelde psychose (DOP) is een voorspeller van het beloop van de ziekte (Harrigan e.a. 2003). Hoe langer een patiënt onbehandeld rondloopt, hoe geïsoleerder die raakt. Vrienden, school en/of werk vallen weg. Sinds een decennium zijn er in Nederland 'eerste psychose' afdelingen die na het ontstaan van de eerste psychose zo vroeg mogelijk proberen in te grijpen. De DOP is daardoor sterk afgenomen in Nederland. Er blijft echter het nadeel dat de patiënt al psychotisch is op het moment dat de zorg start en dat het sociaal verval vaak al voor de psychose zijn intrede heeft gedaan. Ook is de eerste kennismaking met de psychiatrie voor een deel van de patiënten traumatiserend (Bendall e.a. 2006; Shaw e.a. 1997). Men kan letterlijk doodsbang zijn. Het optreden van behandelaars wordt vaak verkeerd begrepen en ervaren als een daad van agressie. En de kans om misbruikt of mishandeld te worden in psychiatrische klinieken is groot (Frueh e.a. 2005). Deze aspecten beïnvloeden de manier waarop de patiënt zijn behandeling en behandelaars ziet, wat negatieve gevolgen heeft voor de therapietrouw van de patiënt (Mueser e.a. 2002).

Over het algemeen is het zo dat ziekten in een later stadium moeilijker te behandelen zijn en rigoureuze ingrepen vereisen. Ziekten in een zeer vroeg stadium zijn vaak met minder ingrijpende behandelingen te beïnvloeden en het beloop is daarna veel gunstiger, zoals bijvoorbeeld in het geval van kanker. Ook bij psychosen komt dit 'staging' nu naar voren (McGorry e.a. 2006). Het is winst voor de patiënt en een kostenbesparing voor de maatschappij, indien psychosen voorkomen of uitgesteld kunnen worden. Uitstel maakt dat iemand een grotere kans heeft

met een partner te leven, een baan te hebben en ingebed te zijn in een sociaal netwerk. Deze patiënt zal zijn leven na een psychose sneller op kunnen pakken dan een jongen van zestien jaar die nog een aantal belangrijke ontwikkelingstaken te volbrengen heeft.

2.2. Wie behoren tot de ARMS-groep?

Verschillende studies zijn succesvol geweest bij het detecteren van mensen met een *at risk mental state* (ARMS) voor het ontwikkelen van een psychose. Van deze mensen met een ultrahoog risico (UHR) ontwikkelt 10 tot 50 procent binnen een jaar een psychose. De groep bestaat uit de volgende drie subgroepen.

1. De grootste groep (ongeveer 70 procent) wordt gevormd door mensen met subklinische symptomen. Deze mensen hebben langer dan een week last van milde psychotische symptomen zonder dat er sprake is van een psychotische stoornis. Ze worden hierdoor echter wel op negatieve wijze in hun functioneren beïnvloedt. Deze mensen zijn bijvoorbeeld dagelijks licht achterdochtig of horen meerdere malen per week hun naam roepen, terwijl er niemand in de ruimte is.

2. Een tweede groep (ongeveer 15 procent) heeft een kortduurende psychose meegemaakt die korter dan een week geduurd heeft en zonder behandeling spontaan in remissie is gekomen. Deze subgroep staat ook bekend als 'Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms' (BLIPS). De persoon vreest bijvoorbeeld voor zijn leven, omdat hij denkt dat zijn collega's het op hem hebben gemunt. Na een paar dagen rust beslist hij op zondagavond echter dat hij de volgende dag toch maar weer aan het werk moet gaan, omdat hij anders te veel gedonder met zijn baas krijgt. Hij gaat de volgende dag dus met lood in zijn schoenen naar het werk, maar merkt tot zijn verbazing dat er helemaal niets gebeurt en zijn collega's juist erg vriendelijk tegen hem doen. Blijkbaar had hij zich vergist.

3. De derde en laatste groep (ongeveer 15 procent) wordt gevormd door mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychosen op grond van erfelijke overwegingen. Deze mensen hebben een eerstegraads familielid met een psychotische stoornis of lijden zelf aan een schizotypische persoonlijkheidsstoornis en laten in de afgelopen maanden tot een jaar een daling van het sociaal-maatschappelijk functioneren zien.

2.3. Hoe zoeken we mensen met een UHR?

De Nederlandstalige versie van de *Comprehensive Assessment of At Risk Mental States* (CAARMS, Yung e.a. 2005) is een klinisch interview dat op een dimensionaal-categorale wijze vaststelt of er sprake is van een ARMS, een psychose of géén van beide. Een exemplaar kan worden aangevraagd bij de hoofdauteur van dit artikel. De nadruk ligt op het uitvragen van de volgende vier groepen symptomen.

1. Ongewone gedachte-inhouden, ofwel bizarre ideeën.
2. Non-bizarre ideeën.
3. Waarnemingsstoornissen. *én*
4. Gedesorganiseerde spraak.

Per groep wordt vastgesteld welke symptomen aanwezig zijn; hoe intens deze zijn; hoe frequent ze voorkomen; en hoeveel

lijdensdruk ze veroorzaken. De afname duurt ongeveer een uur en wordt uitgevoerd door getrainde onderzoekers.

2.4. Waar mensen met een ARMS zoeken?

Uit het NEMESIS-onderzoek (N = 7.076) blijkt dat minimaal één psychotisch kenmerk zich voordoet bij 17,5 procent van de Nederlandse bevolking (Van Os e.a. 2001). Ongeveer 8 procent van de bevolking heeft psychose-achtige ervaringen en ongeveer 4 procent heeft psychotische symptomen met lijdensdruk en een hulpvraag (dit is de gezochte UHR-groep) en ongeveer 3 procent van de bevolking heeft een psychotische stoornis in brede zin (Van Os e.a. 2009). De jaarlijkse incidentie van psychose-achtige ervaringen ligt rond de 2 procent (Hanssen e.a. 2005).

Een combinatie van risicofactoren verhoogt de incidentie exponentieel. Het samengaan van een depressie met psychose-achtige ervaringen vergroot de kans op een psychose binnen 12 maanden tot 18 procent (van Os & Delespaul, 2005). Uit retrospectief onderzoek blijkt dat ongeveer driekwart van de patiënten met een psychose in de prodromale fase hulp zoekt voor angst- of stemmingsstoornissen (Bota e.a. 2005). Rietdijk e.a. (2011) stelden recentelijk vast dat van de mensen die in Den Haag psychotisch werden tussen 2005 en 2009 meer dan de helft zich in de 5 jaar daarvoor had aangemeld voor een tweedelijns behandeling bij PsyQ. Blijkbaar is de hulpzoekende populatie bij PsyQ Den Haag dus 'rijk' aan mensen met een ARMS.

Iedereen die zich aanmeldt bij PsyQ Haaglanden wordt verzocht een aantal vragenlijsten in te vullen, één daarvan is de Ervarenlijst (Prodromal Questionnaire, Loewy e.a. 2005). Dit is een vragenlijst van 92 uitspraken, zoals 'ik zie vaak schaduwen aan voor mensen of hoor stemmen in geluiden', 'ik heb soms het gevoel dat anderen mij kwaad willen doen' of 'vertrouwde omgevingen lijken soms vreemd, verwarrend, bedreigend of onwettelijk'. Indien de patiënt op meer dan 18 uitspraken bevestigend antwoordt, dan wordt het CAARMS-interview afgenomen. Een op de twee personen die de teamleden interviewen blijkt ofwel een ARMS te hebben of psychotisch te zijn. Deze getrapte screeningsprocedure is zeer efficiënt.

De patiënten die reeds psychotisch zijn, worden verwezen naar het Centrum Eerste Psychose van Parnassia. De patiënten met een ARMS blijven bij PsyQ in behandeling voor hun aanmeldklacht, maar krijgen daarnaast ook een extra behandeling van het EDIT aangeboden.

2.5. Hoe te interveniëren?

Het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied is nog beperkt (de Koning e.a. 2009). Door een groep experts zijn internationale richtlijnen voor de behandeling van vroege psychosen opgesteld (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005). Deze schrijven voor om terughoudend te zijn met het gebruik van antipsychotische medicatie bij patiënten met een ARMS. Er is namelijk geen evidentie dat antipsychotische medicatie een eerste psychose kan voorkomen en van de ARMS-populatie zal minimaal de helft helemaal niet psychotisch

worden, wat betekent dat je een grote groep mensen onterecht behandelt met antipsychotische medicijnen, die ernstige bijwerkingen kunnen hebben.

In de EDIE-studie is gebruikgemaakt van een speciaal voor de ARMS-populatie ontworpen protocol voor pCGT. Het uitgangspunt is het protocol van French en Morrison (2004). De behandeling is echter ook aangepast naar aanleiding van nieuwe inzichten betreffende de etiologie van psychosen, welke zijn samengebracht in het biopsychische model van psychosen (Van der Gaag 2006; zie figuur 1). Dit model gaat uit van vier factoren waardoor paranoïde wanen en de secundaire wanen bij auditieve hallucinaties ontstaan. Secundaire wanen bij hallucinaties zijn de opvattingen over de hallucinaties, de ideeën over de herkomst, de macht en de kwaadwillendheid en bepalen voor het grootste deel de lijdensdruk onder de hallucinaties.

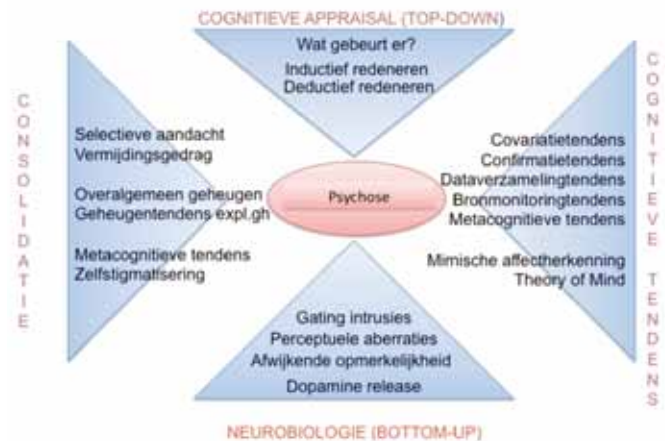
De eerste factor wordt gevormd door 'bottom-up-processen'. Het gaat hierbij om een neurotransmitterontregeling waardoor op willekeurige momenten het dopaminesysteem actief wordt. Als gevolg hiervan bereiken onverwachte inhoud, zoals vreemde gedachten, intrusies en stemmen het bewustzijn. Ook toevallige stimuli uit de omgeving worden door de plotselinge dopamine-afgifte zo saillant, dat de persoon het idee heeft dat deze in het bijzonder betrekking op hem hebben en hij hierop wel moet reageren. Dopamine is als het ware de markeerstift van het bewustzijn.

De tweede factor wordt gevormd door de 'top-down-processen' waarmee de persoon de vreemde gewaarwordingen en de saillante stimuli probeert te begrijpen en te verklaren. Het betreft hier inductief en deductief redeneren: 'wat gebeurt er allemaal?' De derde factor betreft de 'cognitieve tendensen' die aanzetten tot waanachtige verklaringen in plaats van meer normaal geaccepteerde verklaringen. Dit zijn tendensen in waarnemen, herinneren en redeneren die de betekenisgeving van de patiënt beïnvloeden. Enkele voorbeelden hiervan zijn het overhaast conclusies trekken bij mensen met wanen en de tendens om eigen gedachten en uitspraken na verloop van tijd toe te schrijven aan een ander bij mensen die stemmen horen. Deze tendensen zijn voor, tijdens en na een psychose aanwezig, bij mensen met een ARMS, en in een licht verhoogde mate ten opzichte van de bevolking bij eerstegraads familieleden van mensen met een psychose. Deze tendensen spelen een belangrijke rol in het tot stand komen van wanen.

De vierde factor betreft de consolidatie van waanachtige verklaringen nadat deze zijn gevormd. Door bijvoorbeeld een sterke selectieve aandacht voor gevaar en vermijdingsgedrag kan correctie van foutieve waanopvattingen niet optreden.

De EDIT-pCGT richt zich op deze vier factoren en heeft de volgende duidelijke opbouw.

1. Psycho-educatie (o.a. over de neurobiologie) – factor 1.
2. Metacognitieve training betreffende cognitieve tendensen - factor 3.
3. Individuele CGT gericht op de top-downverklaringen -factor 2 en 4.
4. Consolidatie en terugval preventie - factor 4.



Figuur 1. Biopsychisch model van psychosen (Van der Gaag, 2006).

2.5.1. Psycho-educatie

De eerste twee therapiezittingen krijgt de patiënt veel normaliserende uitleg. Er wordt allereerst uitgelegd dat de klachten die hij heeft Buitengewone Opmerkelijke Ervaringen (BOE's) worden genoemd en dat deze absoluut niet zeldzaam zijn. Zo hoort een op de zes Nederlanders op een bepaald moment in zijn leven stemmen of geluiden, terwijl hier geen bron voor is en heeft iedereen die vaak over hetzelfde stuk snelweg rijdt wel eens last van dissociatie. Ten tweede bieden we de patiënt een alternatieve verklaring aan voor het ontstaan van de BOE's: een overgevoelig dopaminesysteem, dat net te snel reageert. De alternatieve verklaring leidt bij sommige patiënten al direct tot een afname van angst voor de BOE's. Een patiënt had na een week een aanzienlijk gedaalde lijdensdruk en zei: 'Als ik nu ineens erg angstig word, denk ik gewoon, dat is mijn dopamine en dan besteed ik er verder geen aandacht meer aan'.

Ten derde leggen de teamleden uit dat niet zozeer de feiten, maar de interpretaties van de BOE's bepalen of mensen er last van hebben. Het team ziet weinig verschil tussen de ervaringen van gezonde stemmenhoorders en stemmenhoorders die veel last van deze ervaringen hebben. De laatste groep interpreteert de stemmen echter vaker als van buiten komend, machtig en kwaadwillend. De teamleden leggen de rationale achter het 'gedachtenregistratieschema' uit en vragen de patiënt om vanaf dat moment alle BOE's te registreren in een G-schema. Hij krijgt hierbij de opdracht om bij elke BOE minimaal één alternatieve verklaring te bedenken.

Ten vierde geeft het team een aantal leefadviezen: laat cannabisgebruik – vanwege de invloed op het dopaminesysteem – achterwege, zorg dat je sociaal en maatschappelijk actief blijft, bespreek je buitengewone ervaringen met anderen die je vertrouwt en houd je niet bezig met occulte zaken.

Ten slotte noemen teamleden dat het voorkomen van ernstige psychische klachten in de toekomst het doel van de behandeling van het EDIT is. Het verminderen van lijdensdruk als gevolg van de BOE's is daarbij de wijze van werken bij deze behandeling. Vanaf dit moment worden de sessies steeds opgedeeld in twee delen. Het begin van de therapiegesprekken besteden de teamleden aan de cognitieve tendensen. Het tweede deel aan de gedach-

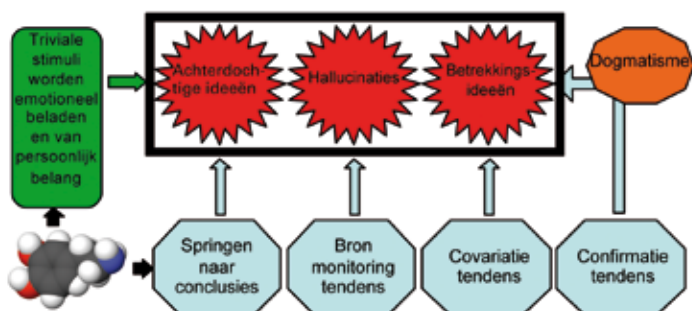
tenregistraties en probleeminventarisatie. Tevens staat het team om de week stil bij het (sociaal) functioneren en worde er doelen opgesteld voor de komende twee weken.

2.5.2. Metacognitieve training: metacognitieve tendensen

De cognitieve tendensen lijken van structurele aard te zijn en dus matig veranderbaar. Het voornaamste doel van de metacognitieve training is dus ook niet het wegnemen van deze tendensen, maar vooral dat de patiënt de invloed hiervan bij zichzelf leert herkennen en daar in tweede instantie op leert te reageren en te compenseren. Als je van jezelf weet dat je te snel beangstigende conclusies neigt te trekken, dan kun je tijdig ingrijpen op het moment dat je merkt dat je angstig wordt en jezelf de vraag stellen of er ook daadwerkelijk gevaar is.

De patiënt krijgt bij de metacognitieve training elke week informatie over een andere cognitieve tendens. Hierbij leggen we uit hoe deze tendens een rol kan spelen bij het ervaren van BOE's. Bij de meeste cognitieve tendensen moet de patiënt huiswerk oefeningen uitvoeren om te beleven hoeveel invloed een cognitieve tendens kan hebben. Zo vragen we de patiënt bij de cognitieve tendens 'selectieve aandacht' zijn aandacht elke werkdag selectief op iets anders te richten. De eerste dag op blauwe auto's, de tweede dag op mensen met een bril, enzovoorts. De patiënt houdt dit op een turflijstje bij en beschrijft elke avond wat hij die dag opmerkte. De volgende sessie wordt dit besproken. De patiënt heeft de tendens dan vaak ook echt beleefd. Hij kon bijvoorbeeld niet stoppen blauwe auto's op te merken of had vermeld gestaan van het aantal mensen dat een bril draagt. Vervolgens wordt besproken of en, zo ja, hoe deze tendens bij zijn klachten een rol speelt. Op deze manier behandelen worden acht cognitieve tendensen behandeld. Enkele cognitieve tendensen en hun invloed op het ontwikkelen van BOE's, weergegeven in figuur 2, luiden als volgt.

1. Het springen naar conclusies is de tendens om op grond van weinig informatie te komen tot stellige conclusies en daarop met overmatige zelfverzekerdheid te vertrouwen.
2. De bronheugentendens is de neiging de eigen gedachten toe te schrijven aan anderen.
3. De covariatietendens betreft het vaker veronderstellen van oorzakelijke verbanden en het onderschatten van toeval.
4. De confirmatietendens is de neiging slechts te zoeken naar bevestiging van de eigen opvatting.

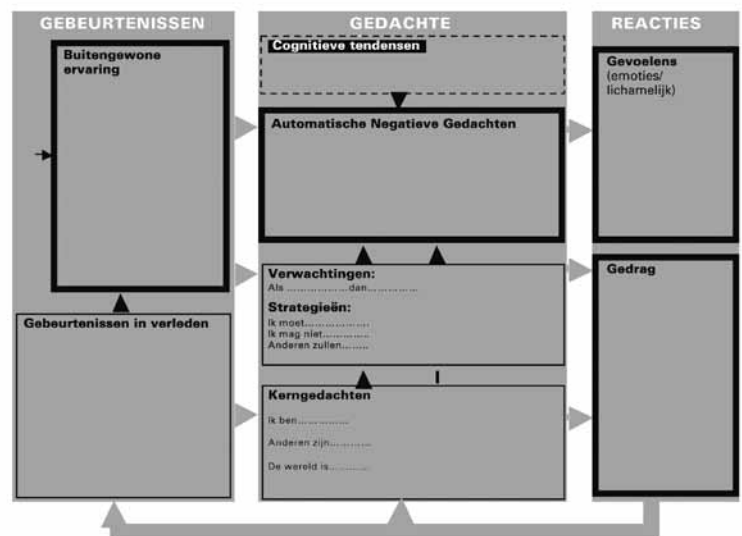


Figuur 2. Enkele cognitieve tendensen en hun invloed op het ontwikkelen van psychosen.

Deze vier cognitieve tendensen leiden tot een zeker dogmatisch bevroren van de opvattingen over wanen en hallucinaties. Er wordt weinig over gesproken of nagedacht, ook omdat de patiënt geen aanvullend bewijs voor zijn opvattingen behoeft.

2.5.3. CGT: alternatieve top-downverklaringen

Het primaire doel van de pCGT is niet zozeer het wegnemen van de BOE's, maar het veranderen van de betekenisgeving ervan. Hoewel dit niet het doel van de therapie is, wordt vaak gezien dat als de angst voor de BOE's zakt, de BOE's ook in frequentie en intensiteit afnemen. Binnen de pCGT wordt gestart met het gezamenlijk opstellen van een probleemformulering op basis van de registraties van de patiënt (zie figuur 3). Hierin staan de belangrijkste BOE's, de negatieve automatische interpretaties hiervan en de daaropvolgende emotionele en gedragsmatige reacties. De invloed van vroegere levenservaringen en de als gevolg hiervan ontwikkelde kerncognities worden ook in de probleemformulering meegenomen. Je hebt alleen last van stemmen die je voor 'sukkel' uitmaken als jij je ergens ook een sukkel voelt. Vaak hebben levenservaringen geleid tot dit negatieve zelfbeeld. En patiënten met milde achterdocht hebben in hun leven vaak geleerd anderen te wantrouwen.



Figuur 3. Probleemformulering pCGT-EDIT.

Cognitieve gedragstherapie vermindert de lijdensdruk. In eerste instantie komen de buitengewone ervaringen en verklaringen hiervan aan de orde. Een opvallend verschil met patiënten die reeds psychotisch zijn, is het feit dat mensen met een ARMS meestal erg open staan voor nieuwe informatie. Het ziektebesef is groot en de patiënt neemt gemotiveerd deel aan de therapie. Het maken van gedachtenschema's heeft vaak al veel invloed. Daarnaast komen technieken zoals de taartpunttechniek, meerdimensionaal evalueren en kansrekening aan de orde. Cognities worden getoetst met gedragsexperimenten, meestal in de vorm van huiswerk. Het gaat erom dat de patiënt zijn vermijding doorbreekt en leert dat zijn beangstigende verwach-

tingen niet uitkomen. Hierdoor gaat de patiënt gebeurtenissen genuanceerder interpreteren en ontstaat vaak meer afstand tot de belevingen en negatieve gedachten.

Het team besteedt ook aandacht aan de negatieve kerncognities over zelf, ander en de wereld waarin de patiënt leeft. Bij achterdocht is het nuttig om te onderzoeken of niemand te vertrouwen is. Bijna elke patiënt is bang om gek te worden of de controle over zichzelf te verliezen. Door de normaliserende psycho-educatie en toename van controle over de BOE's neemt deze angst vaak snel af. De patiënt beseft aan het einde van de therapie doorgaans dat hij wel een bepaalde kwetsbaarheid heeft, maar dat hij nu ook over de juiste gereedschappen beschikt om deze te hanteren. Als dat punt is bereikt, is het tijd om te gaan spreken over de consolidatie van het therapieresultaat.

2.5.4. Consolidatie en terugvalpreventie

De patiënt schrijft aan het einde van de therapie een samenvatting van de belangrijkste zaken die hij tijdens de therapie heeft geleerd. Een noodkaart voor het geval de buitengewone ervaringen in de toekomst toenemen, wordt uitgeschreven. De patiënten krijgen de volgende vier adviezen mee.

1. Bedenk altijd twee of meer verklaringen voor elke buitengewone ervaring.
2. Overleg met anderen over je opvattingen en beschouw anderen opvattingen als even waardevol als de eigen.
3. Wees terughoudend met handelen op basis van je eerste interpretaties; en
4. Bedenk dat buitengewone ervaringen ook maar gewoon ervaringen zijn. Uiteindelijk worden ze veroorzaakt door een ontregeling van neurotransmitters in de hersenen. Dat gaat in veel gevallen vanzelf weer over!

Voordat de behandeling wordt afgesloten, plant het team een aantal boostersessies over langere tijd. De hoofdpunten uit de therapie komen dan nogmaals aan de orde bij de bespreking van eventuele moeilijke momenten die zich hebben voorgedaan in de afgelopen periode. Indien het na een aantal boostersessie goed blijft gaan, wordt de therapie beëindigd met de boodschap dat de patiënt op ieder moment weer een gesprek kan aanvragen.

3. Resultaten en discussie

De ervaringen van het team tot op heden zijn zeer bemoedigend. Gemiddeld duurt de behandeling ongeveer twaalf sessies en zowel patiënten als therapeuten zijn enthousiast. De emotionele arousal daalt vaak snel gedurende de eerste sessies. Het verminderen van de angst voor en bezorgdheid over de buitengewone en opmerkelijke ervaringen lijkt de betrokkenheid erbij te verminderen. Bij veel patiënten nemen de ervaringen af en veel patiënten hebben na de behandeling veel minder last van hun buitengewone en opmerkelijke ervaringen. De resultaten van de EDIE-NL-studie zijn nog niet bekend. Er is de hoop dat de wetenschappelijke gegevens de in dit artikel beschreven klinische indrukken gaan bevestigen en de behandeling psychosen kan voorkomen of uitstellen.

Veel patiënten herkennen zich in de beschrijving van een ARMS. Ze hebben last van subklinische symptomen en maken zich

zorgen hierover. De meeste patiënten hebben allang zelf onderzoek op het internet gedaan en hebben zelf al aan een psychose gedacht. Het gebruik van normale woorden en het mijden van woorden zoals psychose of schizofrenie maakt dat patiënten zich begrepen voelen en niet gestigmatiseerd.

Het merendeel van de ARMS-populatie zal nooit ernstige psychische klachten, zoals een psychose, ontwikkelen. Het team behandelt dus ook een groep mensen terwijl dit eigenlijk niet nodig is. Het onderzoek moet aantonen of de *number needed to treat* (het aantal patiënten dat je moet behandelen om één psychose te voorkomen) acceptabel is voor de inzet van deze interventie in de reguliere zorg. ■

Auteurs

- Drs. David van den Berg, gz-psycholoog in opleiding tot specialist/ promovendus, is behandelaar bij EDIE-NL en het EDIT van Parnassia in Den Haag.
- Prof. dr. Mark van der Gaag, klinisch psycholoog en psychotherapeut, is hoofd Psychoseonderzoek bij Parnassia in Den Haag, hoogleraar Klinische psychologie aan de Vrije Universiteit en hoofdonderzoeker van EDIE-NL.

Auteur voor correspondentie

Early Detection and Intervention Team (EDIT)

Drs. David P.G. van den Berg, gz-psycholoog in opleiding tot specialist/ promovendus
Prinsegracht 63
2512 EX Den Haag
e-mail: d.vandenberg@parnassia.nl

Literatuur

- Bendall, S., McGorry, P., & Krstev, H. (2006). The trauma of being psychotic: an analysis of posttraumatic stress disorder in response to acute psychosis. In: Larkin W. & Morrison A.P. (eds.). Trauma and psychosis: new directions for theory and therapy (pp. 59-100). London: Routledge.
- Bota R.G., Sagduyu, K., Munro, J.S. (2005). Factors associated with the prodromal progression of schizophrenia that influence the course of the illness. *CNS Spectrums*, 10, 937-42.
- French, P., & Morrison, A.P., (2004). Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Frueh, B.C., Knapp, R.G., Cusack, K.J., et al (2005) Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56, 1123-33.
- Van der Gaag, M. (2006). A neuropsychiatric model of biological and psychological processes in the remission of delusions and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 113-22.
- Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W., & Van Os, J. (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 181-91.
- Harrigan, S.M., McGorry, P.D., & Krstev, H. (2003). Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological Medicine*, 33, 97-110.
- International Early Psychosis Association Writing Group: Addington, J., Amminger, G.P., Barbato, A., Catts, S., Chen, E., Chhim, S., Chong, S.A., Cullberg, J., Edwards, J., Grosso, L., Louza, M., Hambrecht, M., Keshavan, M., Johannessen, J.O., Johnson, D.L., Lewis, S., Lieberman, J., MacEwan, W., Malla, A., May, R., McGlashan, T.H., McGorry, P., Merlo, M.G., Nordentoft, M., Nightingale, S., Perkins, D., Thara, R., Yamamoto, K. and Yung, A. (2005) International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187, 120-4.
- De Koning, M.B., Bloemen, O.J.N., Van Amelsvoort, T.A.M.J., Becker, H.E., Nieman, D.H., Van der Gaag, M., & Linszen, D.H. (2009). Early intervention in patients at ultra high risk of psychosis: benefits and risks. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 426-2.
- Loewy, R.L., Bearden, C.E., Johnson, J.K., Raine, A., Cannon, T.D. (2005). The

- Prodromal Questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophrenia Research*, 79, 117-25.
- McGorry, P.D., Yung, A.R., Phillips, L.J., Yuen, H.P., Francey, S., Cosgrave, E.M., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adlard, S., Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59, 921-8.
 - McGorry, P.D., Hickie, I.B., Yung, A.R., Pantelis, C., Jackson, H.J. (2006). Staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8): 616-22.
 - Morrison, A.P., French, P., Walford, L., Lewis, S.W., Kilcommons, A., Green, J., Parker, S., & Bentall, R.P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 291-7.
 - Mueser, K., Rosenberg, S.D., Goodman, L., & Trumbetta, S. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia research*, 53(1-2), 123-43.
 - Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Øhlenschläger, J., Melau, M., Christensen, T.Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., & Jeppesen, P. (2006). Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial: a randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophrenia Research*, 83(1), 29-40.
 - Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R.V., & Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 663-8.
 - Van Os J., & Delespaul, P. (2005). Toward a world consensus on prevention of schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7, 53-67.
 - Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-95.
 - Rietdijk, J., Hogerzeil, S.J., Van Hemert, B., Cuijpers, P., Linszen, D., & Van der Gaag, M. (2011). Pathways to psychosis: help-seeking behaviour in prodromal phase. Submitted.
 - Shaw, K., McFarlane, A., & Bookless, C. (1997). The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(7), 434-41.
 - Wiersma, D., Nienhuis, F.J., Slooff, C.J., & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 75-85.
 - Yung, A.R., Yuen, H.P., McGorry, P.D., Phillips, L.J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S.M., Cosgrave, E.M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K. and Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 964-71.