

## PENTALFA: SNELLE OPVANG VAN VROEGE PSYCHOSE<sup>1</sup>

# De benadering van vroege psychose vergt intensieve samenwerking: implementatie binnen VRINT

H. DEMUNTER<sup>2, 3</sup>, L. VAN BOUWEL<sup>2</sup>, L. DE RIJDT<sup>2</sup>, K. LACLUYSE<sup>2</sup>, I. HELEVEN<sup>2</sup>, M. DE HERT<sup>2</sup>, J. PEUSKENS<sup>2</sup>

### Samenvatting

Het doormaken van een psychose is een ingrijpend gebeuren voor patiënten en hun familie. De klinische ervaring leert dat de zorg voor psychotische patiënten vaak te laat komt, dat de behandeling vaak langdurig residentieel en te gefragmenteerd verloopt en dat patiënten soms te vroeg afhaken waardoor een pijnlijk herstel vaak onvermijdelijk is.

Sinds het midden van de jaren negentig van de vorige eeuw groeit vanuit klinisch en wetenschappelijk oogpunt wereldwijd toenemende belangstelling voor de snellere opvang van vroege psychose, in de hoop de impact ervan op het verdere leven te kunnen verminderen. Een ontluikende psychose speelt zich immers meestal af in de adolescentie: de ontwikkelingsfase waarin de aanzet wordt gegeven tot een zelfstandig volwassen leven. Wereldwijd worden daarom teams opgericht met specialisatie in vroege opvang. Dit kenmerkt zich door onder andere het aanbieden van vroege detectie en interventie: fasespecifiek assessment en behandeling, reeds vanaf de fase waarin iemand een verhoogd risico vertoont op het ontwikkelen van een eerste psychose.

VRINT, het Leuvense Vroeg INterventieTeam, werd recent opgericht en hanteert een integratief model voor assessment en behandeling: dit betreft specialistische, fasespecifieke, laagdrempelige, destigmatiserende en geïntegreerde zorg volgens een case-managementmodel. Deze zorg wordt voldoende lang voortgezet en gebeurt in nauwe samenwerking met de familie, de naaste omgeving, de huisarts en andere betrokken hulpverleners, zo veel mogelijk binnen een ambulante kader.

### Inleiding

„Vroege psychose” is een relatief nieuw begrip in de geestelijke gezondheidszorg, dat duidelijk omschreven werd door de International Early Psychosis Association (IEPA) (1). Het betreft ten eerste de prepsychotische fase met daarin de prodromale fase, ten tweede de fase van de eerste psychotische episode en ten derde de kritieke fase tot 5 jaar na de eerste psychotische episode. De IEPA verklaart dat speciale aandacht voor de vroege fasen van psychotische stoornissen verantwoord is vanwege drie redenen:

1. De klinische zorg voor mensen met een eerste psychotische episode wordt vaak uitgesteld, verloopt

soms onaangepast en verbrokkeld of kan zelfs bruusk en traumatisch zijn (zoals bij gedwongen opname). Sommige psychotische patiënten krijgen nooit of veel te laat behandeling, terwijl de ervaring leert dat een vroege psychose vaak goed behandelbaar is.

2. Onderzoek leert dat doeltreffende secundaire preventie de morbiditeit en de mortaliteit eigen aan de psychotische stoornissen beduidend kan verminderen.
3. Epidemiologisch, neurobiologisch en psychosociaal onderzoek van vroege psychose kan de vroege interventie en secundaire preventie vergemakkelijken en een betere behandeling mogelijk maken.

Deze bevindingen hebben bijgedragen tot de oprichting van VRINT, het Leuvense Vroeg InterventieTeam dat instaat voor de snelle opvang van vroege psychose (2). Naast een bespreking van wat „vroege psychose” betekent, worden in dit artikel de ontstaanscontext, de visie, de doelstellingen, de doelgroep en het aanbod van VRINT belicht.

### Ontstaanscontext

Het UPC K.U.Leuven, Campus Kortenberg kent een lange traditie van klinisch werk en wetenschappelijk onderzoek in het kader van psychotische stoornissen. Naast

<sup>1</sup> Interactief Postgraduaat Onderwijs in het kader van het „Pentalfa”-project georganiseerd door de Faculteit Geneeskunde K.U.Leuven (<http://www.med.kuleuven.be/pentalfa>); centrale moderator van de sessie: dr. D. Dewilde.

<sup>2</sup> Universitair Psychiatrisch Centrum K.U.Leuven, Campus Kortenberg.

<sup>3</sup> Correspondentieadres: dr. H. Demunter, Universitair Psychiatrisch Centrum K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg; email: [hella.demunter@uc-kortenberg.be](mailto:hella.demunter@uc-kortenberg.be)

het interdisciplinair residentieel behandelaanbod, is vooral de ambulante nazorg voor patiënten met een psychotische problematiek uitgebouwd.

Naar aanleiding van de Gezondheidsconferentie van het *Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap* in 2002 over „Preventie van depressie en zelfmoord” werden drie teksten over „vroege detectie en interventie bij schizofrene psychose”, over „preventie van psychotisch herval bij schizofrene psychose” en „competentiebevordering” geschreven. In deze teksten wordt nagegaan hoe het verstrekken van informatie over schizofrenie en hoe de destigmatisering ervan het best kunnen gebeuren, alsook op welke manier de competentie van huisartsen, psychiaters en andere hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot psychose verhoogd kan worden (3). Deze teksten vormden de basis en een belangrijke inspiratiebron voor de uitbouw van de werking van VRINT.

Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw ontstonden wereldwijd verschillende vroege-psychoseprojecten, elk met hun eigen accenten, mede beïnvloed door de psychiatrische traditie van het land van herkomst (4). Uit een overzicht van Edwards blijkt dat de toegepaste interventiestrategieën zeer divers kunnen zijn: van behandeling van de eerste psychotische episode in een zo natuurlijk mogelijk milieu tot vroege detectie van psychose met brede informatiecampagnes voor de algemene bevolking (5). Onder andere onderzoek naar de „duur van een onbehandelde psychose” (ook „duration of untreated psychosis” (DUP) genoemd) ligt mee aan de basis van de oprichting van vroege-psychoseteams (6, 7). Onderzoek toont aan dat DUP een grote risicofactor vormt voor een ongunstige uitkomst. Verschillende determinanten spelen hierin een rol (8-13). Heden wordt onderzoek in dit kader uitgebreid naar de prodromale fase. Uit een kleinschalig onderzoek bleek dat een langere duur van onbehandelde prodromale symptomen in verband stond met een verminderde verbetering van het algemeen functioneren na 12 maanden, gemeten met de „Global assessment of functioning”-schaal (14-16).

De International Early Psychosis Association Writing Group schreef op de „Early Psychosis”-conferentie te Kopenhagen in 2002 klinische richtlijnen voor vroege psychose: de „International clinical guidelines for early psychosis”, die in 2005 in het *British Journal of Psychiatry* verschenen (1). Deze richtlijnen zijn zeer genuanceerd en vormen voor VRINT het uitgangspunt voor de concrete werking. Ook in de recent gepubliceerde richtlijnen van het National Institute for Health and Clinical Excellence, zijnde de NICE-guidelines met betrekking tot de behandeling van psychotische stoornissen (17), krijgen vroege detectie en behandeling een prominente plaats.

Geïnspireerd door deze richtlijnen, door ervaringen in klinisch werk en in wetenschappelijk onderzoek binnen het UPC K.U.Leuven, Campus Kortenberg, alsook door andere projecten en wetenschappelijk onderzoek, zowel nationaal als internationaal, koos VRINT voor een

werking met volgende kenmerken (2): interdisciplinaire samenwerking, actieve betrokkenheid van de familie en de naaste omgeving van de patiënt, continuïteit van zorg door onder andere intensieve samenwerking met andere betrokken hulpverleners of instanties en een integratieve visie op vlak van assessment en behandeling, gekaderd binnen het „need-adapted treatment model” (18, 19).

VRINT is één van de pilootprojecten onder VDIP: Vroege Detectie en Interventie bij initiële Psychose, een project van de Vlaamse Overheid (20-22).

## Vroege psychose

De International Early Psychosis Association Writing Group onderscheidt in de „International clinical practice guidelines for early psychosis” drie fasen: de prepsychotische fase, de fase van de eerste psychotische episode en de kritieke herstelfase tot 5 jaar na de eerste psychotische episode (1).

De *prepsychotische fase* wordt nog onderverdeeld in een premorbide en een prodromale fase. De *premborde fase* is de periode zonder ernstige problemen in het emotioneel, cognitief, sociaal en gedragsmatig functioneren. De *prodromale fase* betreft de fase met verhoogd risico op psychose. Deze fase kan omschreven worden als „een periode met specifieke symptomen en toenemende functionele beperkingen, die afwijken ten opzichte van het vroegere of premorbide functioneren van de persoon” (23, 24). De symptomatologie in deze fase is in die mate heterogeen en specifiek, dat het vaak een retrospectief concept betreft. Niet iedereen vertoont er psychisch lijden en/of heeft een hulpvraag. Vaak gebeurt dit pas bij het doorbreken van de eerste psychotische episode en kijkt men dan terug op de voorafgaande dagen, weken, maanden en jaren. Doet een patiënt of zijn omgeving in deze prodromale fase toch reeds een beroep op hulpverlening, is het onderzoek naar wie in de toekomst risico loopt op een echte psychotische stoornis een complexe aangelegenheid, gezien de heterogene en specifieke symptomen. Psychotische ervaringen komen immers vaak voor in de algemene bevolking, zeker bij adolescenten en jongvolwassenen (25). Uit onderzoek is tevens gebleken dat symptomen uit deze prodromale fase ook spontaan kunnen verdwijnen en zich niet hoeven te ontwikkelen tot een psychotische stoornis of kunnen evolueren naar een andere dan een psychotische aandoening. Zo er wel een psychotische doorbraak komt, bestaat er nog een ruim continuüm van psychotische stoornissen, alsof er sprake is van een syndroom en lijkt het beter een dimensionale dan een categoriale diagnostiek te hanteren (25-28). In dat opzicht zal hoogstens uitspraak kunnen gedaan worden over de psychotische kwetsbaarheid die iemand in zich draagt en niet of hij later schizofrenie of een schizofreniforme stoornis of een schizoafectieve stoornis of ... zal ontwikkelen.

Uit onderzoek is gebleken dat opsporing van vroege psychose in de algemene bevolking en zelfs in genetisch kwetsbare groepen weinig zin heeft, gezien de beperkte specificiteit en sensitiviteit van de actuele

methoden voor vroege opsporing. Het lijkt enkel zin te hebben te screenen naar een risico op psychose bij adolescenten en jongvolwassenen die symptomen vertonen die in verband zouden kunnen staan met psychose, zeker indien bij deze personen zelf of hun familie of hun directe omgeving sprake is van psychisch lijden of een hulpvraag (29). Er zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld. Het meest gebruikte instrument dat screent naar een „At risk mental state” (ARMS) (30) is de „Comprehensive assessment of at risk mental state” (CAARMS) (31).

De heterogeniteit en de aspecificiteit van de prodromale fase noodzaken een integratief gebruik van verschillende meetinstrumenten in combinatie met een degelijk, interdisciplinair assessment. Risico-inschatting betreft immers een complexe oefening met ethische overwegingen: een fout-positief resultaat kan stigmatiserend en depressie-inducerend zijn, een fout-negatief resultaat minimaliserend (32). Wetenschappelijk onderzoek is nodig om assessment verder te verfijnen en te valideren (29).

De eerste *psychotische episode* is een kritieke fase met ingrijpende biologische, psychosociale en cognitieve veranderingen. Deze episode valt meestal samen met de ontwikkelingsfase waarin de aanzet wordt gegeven tot een zelfstandig volwassen functioneren op professioneel, sociaal en relationeel vlak. Naarmate de verstoring van de normale ontwikkeling aanhoudt, vermindert de kans om zich in de maatschappij in te schakelen. De daarmee gepaard gaande gevoelens van hopeloosheid en uitzichtloosheid zijn een belangrijke factor in het hoge suïciderisico bij deze patiënten (33-36). Tijdens het hele proces van het uitbreken van een psychose is er ook een zware belasting van de familie en de naaste omgeving van de patiënt (37, 38).

De duur van de *herstelfase* is variabel en grotendeels onbekend (1). Globaal wordt aangenomen dat 6 à 18 maanden nodig zijn voor herstel en dat de eerste 5 jaar na de eerste psychotische episode een kritieke periode blijven met een maximale kwetsbaarheid voor een nieuwe psychose (39). Het is daarom belangrijk gedurende die periode engagement te blijven waarborgen.

## Visie

De manier waarop snelle opvang van vroege psychose georganiseerd wordt, hangt sterk af van de visie die men over psychose hanteert (2). De Kraepeliaanse benadering van schizofrenie als een langdurige ziekte die een chronisch deteriorerend verloop kent, heeft de psychiatrische wereld in de 20e eeuw in belangrijke mate overheerst. VRINT past bij voorkeur de visie toe van McGorry (40) en andere vroege-psychosewerkers, die vertrekt van de vaststelling dat een psychotische stoornis vaak een wisselend verloop kent en dat niet alle individuen noodzakelijkerwijs achteruitgaan op verschillende domeinen van functioneren. Heel wat patiënten maken in hun leven slechts één episode door. Daarnaast hebben niet alle personen met een psychose per

definitie een structurele hersenbeschadiging of een slechte uitkomst. Psychose is een breed gedefinieerd syndroom waartoe ook andere stoornissen dan schizofrenie behoren. Specifieke diagnoses zoals schizofrenie, bipolaire stoornis of schizo-affectieve stoornis kunnen bij een eerste psychotische episode niet altijd even duidelijk gesteld worden (40).

Volgens verschillende onderzoekers is een *dimensionale diagnostiek* in een vroege fase van psychose daarom zinvoller dan een categoriale vorm van diagnostiek (25-27). De dimensionale benadering beschouwt een psychose als een stoornis die zich gradueel ontwikkelt vanuit de normaliteit. Psychologische defensiemechanismen brokkelen af of worden „primitiever” tot er een verlies optreedt van de capaciteit om weerstand te bieden aan interne of externe belasting. Deze toestand kan vervolgens leiden tot een waarneembare psychose.

Eenzelfde benadering vindt men terug in het *kwetsbaarheid-stressmodel*. Dit model, dat oorspronkelijk ontwikkeld werd als een psychologisch model en de laatste 30 jaar verschillende evoluties heeft gekend, blijft naast het *biopsychosociaal model* de basis vormen van de hedendaagse geïntegreerde visie op psychose (41, 42). De term integratie moet in een brede theoretische, klinische en zelfs culturele context benaderd worden. Naast de conceptuele modellen van integratie (43-45), kan deze ook gezien worden als een meer organisatorisch principe in dienstverleningssystemen. Vooral de Scandinavische landen hebben een belangrijke sleutelrol gespeeld in het integreren van sociale, psychologische en biologische behandelingen in een coherent dienstverleningsmodel. Zo ontwikkelden Alanen et al. voor de algemene psychosebehandeling het Fins „*need-adapted treatment model*” (18). Zo startten Cullberg et al. voor eerste-episodepatiënten het Zweedse „Parachute Project” op (46) en zo werd voor de vroegste fase van psychose het Noorse geïntegreerde model (TIPS) ontwikkeld (12, 47). Deze modellen fungeren nog altijd als voorbeeld voor andere vroege-psychoseprojecten overal ter wereld, met vooral een sterke uitbouw in Australië onder impuls van McGorry (48-52). „Need-adapted care” volgens het Fins voorbeeld komt in alle vroege-psychoseprojecten terug en zal ook in het vroege-psychoseproject VRINT een centraal uitgangspunt zijn. Onder need-adapted care wordt verstaan: planning van therapie volgens de individuele noden van de patiënt en zijn omgeving, het hanteren van een psychotherapeutische houding waarbij inspanningen worden geleverd om te begrijpen wat er gebeurt en gebeurd is bij de patiënt en zijn naaste omgeving, het gebruik van de verschillende therapeutische activiteiten die elkaar ondersteunen en elkaar niet tegenwerken dankzij de werking van een interdisciplinair team, het gebruik van behandelingsactiviteiten als deel van een interactief ontwikkelingsproces (18, 53).

McGorry benadert de ontwikkeling van een psychose vanuit de verschillende fasen die de patiënt doormaakt („*staging*”). Hij benadrukt dat de behandeling in de allereerste stadia van de psychose need-adapted moet zijn en van persoon tot persoon sterk kan verschillen. Hij

verwoordt dit als: „*different stages, different treatments*” (52). In het vroege stadium van de psychose is het cruciaal om de bijzondere klinische noden van deze vaak jonge patiënten te beschermen tegen de iatrogene effecten van standaardbehandelingen. De klinische zorg van vroege-psychosepatiënten zou daarom bij voorkeur gescheiden moeten zijn van de zorg voor patiënten met een meer chronische problematiek in een *laagdrempele en destigmatiserende setting*. Het uitstellen van de toegang tot een effectieve behandeling is een belangrijk probleem met vaak verstrekkende gevolgen. Uitgestelde behandelingen die starten in een context van ernstige crisis, confronteren de patiënt vaak met traumatische en vervreemdende therapeutische strategieën, die leiden tot een afkeer voor behandeling en een gebrekkige continuïteit in de zorg voor de patiënt. Sleutelementen in de behandeling van vroege psychose zijn volgens McGorry: gemakkelijke toegankelijkheid en snel engagement, een zo volledig mogelijk assessment, snelle en adequate behandeling en ten slotte bijzondere aandacht voor de herstelfase waarbij de eerste 5 jaar na een eerste episode als een kritieke periode met een maximale kwetsbaarheid voor een nieuwe psychose worden gezien (39, 52).

De eerste stap in de benadering van psychose is het *opbouwen van een relatie* met de patiënt en zijn directe omgeving. Deze relatie, waarbinnen de behandeling concreet vorm krijgt, vormt de basis voor een *engagement* dat gedurende minstens 5 jaar wordt aangehouden. De *continuïteit van zorg* is immers een hoeksteen in de benadering van vroege psychose (2). Een organisatie van de zorg volgens een *case-managementmodel* komt het best tegemoet aan hogergenoemde principes van behandeling (49). Dit model verhoogt ook de mogelijkheid tot samenwerking tussen de extra- en de intramurale zorg: of een patiënt ambulante of zo nodig residentieel gevolgd wordt, de casemanager of zorgverantwoordelijke blijft een centrale contactpersoon, zodat de zorg optimaal kan verdergezet worden.

Als acroniem werd VRINT (VRoeg INterventieTeam) gekozen, omdat het de nadruk legt op de snelle interventie die beoogd wordt en tevens het belang van de *interdisciplinaire samenwerking* onderstreept (2). Bovendien verwijst het oud-Vlaamse woord „vrint” naar de *menselijke ontmoeting* die het team wil aangaan met de jongeren die dreigen weg te zinken in een sociaal isolement. De jongeren zullen worden aangemoedigd opnieuw aansluiting te zoeken bij een „peer”-groep. Via een optimistische visie op psychose wil VRINT de *hoop* op de toekomst voor deze personen op een realistische wijze levendig houden.

### Doelstellingen

De specifieke doelstelling is om jongeren in de vroegste fasen van een psychose zo snel en toegankelijk mogelijk op te vangen, te evalueren en waar nodig een adequate behandeling aan te bieden in een voor hen zo natuurlijk mogelijk milieu. Hiervoor is het belangrijk

dat zowel de hulpverleners in de eerste lijn (huisartsen, centra voor leerlingen- of studentenbegeleiding en andere) als de hulpverleners in de tweede lijn door de medewerkers van VRINT *gesensibiliseerd* en aangemoedigd worden tot onderlinge samenwerking (2).

Het uiteindelijke doel van de meeste vroege-psychoseprogramma's is erop gericht om een doorbraak naar een (eerste) psychotische episode („transition to psychosis”) te vermijden of minstens de ernst ervan te reduceren. In ieder geval beoogt men de DUP („duration untreated psychosis), zijnde de duur van de onbehandelde psychose, in te korten en de morbiditeit eigen aan de psychotische stoornissen aanzienlijk te verminderen.

Naast de „International clinical guidelines for early psychosis” hanteert VRINT de „NICE- guidelines” en de „Australian clinical guidelines for early psychosis” als model, waarin de voordelen van vroege interventie als volgt worden samengevat: vermindering van het risico op herval en suicide, vermindering van de nood aan hospitalisatie en hoge dosissen antipsychotica, vermindering van de ontwrichting van families en van verstoringen in de persoonlijke ontwikkeling, opleiding en professionele ontplooiing van de patiënt, vermindering van de behandelingskosten (1, 17, 51).

De algemene doelstellingen of strategieën, die geassocieerd worden met het beleid van vroege psychose, omvatten: het aangaan en ontwikkelen van een ondersteunende therapeutische alliantie met de patiënt, het gebruik van een evenwichtige biopsychosociale benadering van de patiënt en zijn familie gedurende de verschillende fasen van de psychose, het gebruik van een lage dosis van een antipsychoticum waar nodig, het onderkennen van het stadium waarin de patiënt zich bevindt en het daarop afstemmen van de specifieke zorg, het waarborgen van continuïteit van zorg en het betrekken in het therapeutisch proces van familie, vrienden en hulpverleners, waaronder huisartsen (51).

Medewerkers in het veld van vroege psychose zouden kennis moeten ontwikkelen in de volgende gebieden: ontwikkelingspsychologie, psychiatrie, medicatie en fysieke gezondheid, psychologische behandelingswijzen, sociale programma's en recente maatschappelijke ontwikkelingen. Het vroege-psychoseprogramma moet zich immers richten op een adequate behandeling volgens de fase waarin de patiënt zich bevindt en volgens zijn noden, het minimaliseren van het trauma geassocieerd met het begin van een psychose, de consolidatie van winstpunten, de vermindering van secundaire morbiditeit door het gebruik van psychosociale en farmacologische interventies, de organisatie van een adequate follow-up en de stimulatie van volledig herstel en reïntegratie in de maatschappij (2).

In het project gaat ook bijzondere aandacht uit naar *middelenmisbruik*. Middelenmisbruik is immers een van de meest voorkomende comorbide problemen bij vroege-psychosepatiënten (54). Het uitstellen van de vraag tot behandeling heeft vaak te maken met het toeschrijven van de symptomen aan middelenmisbruik, eerder dan deze te plaatsen in de symptomatologie van een vroege

psychose. Het verband tussen middelenmisbruik en psychose blijft het onderwerp van een controversieel debat. Het lineair-causale model kadert het begin van de psychotische episode binnen de effecten van het middelenmisbruik, terwijl het zelfmedicatiemodel postuleert dat beginnende symptomen leiden tot het nemen van drugs of alcohol in een poging het effect van de symptomen te reduceren (55, 56). Middelenmisbruik blijft een risicofactor voor een psychotische stoornis en omgekeerd (56). In de toekomst zal het noodzakelijk zijn om binnen de VRINT-werking specifieke bijkomende doelstellingen te formuleren voor patiënten die een alcohol- of drugsprobleem vertonen (2).

### Doelgroep

VRINT richt zich tot jongeren en jongvolwassenen tussen 14 en 35 jaar met een vroege psychose, die wonen in het oosten van de provincie Vlaams-Brabant (regio's Leuven, Hageland en Tervuren). Bij de patiënt zelf, de familie of de naaste omgeving is sprake van psychisch lijden of een hulpvraag. Het team voorziet ten eerste een grote flexibiliteit in wie de hulpvraag stelt en wie bij een eerste contact aanwezig wenst te zijn. Het is mogelijk dat de patiënt zelf het (nog) niet haalbaar ziet om de stap naar hulpverlening te zetten, maar de belasting van bijvoorbeeld de sociale isolatie van een jongere voor zijn ouders zo groot is geworden, dat zij hierover wensen te spreken. Dan vindt een gesprek plaats met de ouders in de hoop via die weg de patiënt toch te kunnen stimuleren in een tweede tijd ook zelf deel te nemen. Ten tweede bestaat er ook een grote soepelheid in de plaats waar een eerste contact plaatsvindt. Dit kan bijvoorbeeld aan huis, in het kabinet van de huisarts, op school, ...

### Aanbod

Nog voor een concreet contact met een patiënt wordt aangegaan is op een ruimer draagvlak degelijke en regelmatige *sensibilisering* van en informatie aan mogelijke verwijzers uit de eerste en de tweede lijn van de gezondheidszorg noodzakelijk (3). Het verspreiden van een folder met een Checklist Psychoserisico is hiervan een voorbeeld (tabel 1). Het betreft geen diagnostisch maar een indicatief instrument. Het kan bij de eerste screening gebruikt worden door een hulpverlener, wanneer deze zich zorgen maakt en een verwijzing naar een specialistisch vroege-psychosesteam voor een ruimer assessment overweegt.

Om de laagdrempeligheid van de vroege-psychosewerking te bevorderen, wordt elke werkdag tussen 9.00 en 17.00 u een vlotte telefonische bereikbaarheid op een vast telefoonnummer gegarandeerd. Zowel een patiënt zelf, familieleden, iemand uit de naaste omgeving, als hulpverleners kunnen gebruikmaken van deze telefonische permanentie. Tijdens het eerste telefonisch contact

TABEL 1  
*checklist psychoserisico*  
(naar French P. & Morrison A.P., 2004) (55).

De familie is bezorgd	1
Overmatig alcoholgebruik	1
Drugsgebruik (ook cannabis)	1
Ruziën met vrienden en familie	1
Meer tijd alleen doorbrengen	1
-----	
1 PUNT ELK	subtotaal
-----	
Slaapproblemen	2
Weinig eetlust	2
Depressieve stemming	2
Slechte concentratie	2
Rusteloosheid	2
Gespannen of nerveus	2
Minder plezier beleven aan dingen	2
-----	
2 PUNTEN ELK	subtotaal
-----	
*** Het gevoel dat mensen je bekijken	3 ***
*** Dingen voelen of horen die anderen niet kunnen voelen of horen	3 ***
-----	
3 PUNTEN ELK	subtotaal
-----	
*** Betrekkingsideeën (overmatig idee dat zaken met jou te maken hebben)	5 ***
*** Bizarre overtuigingen	5 ***
Bizarre manier van denken of spreken	5
Ongepaste gevoelsuiting	5
Bizar gedrag of voorkomen	5
*** Psychose bij familielid (1e graad) plus verhoogde stress of achteruitgang in functioneren	5 ***
-----	
5 PUNTEN ELK -	subtotaal
-----	
TOTAAL	

bij minstens 20 punten of minstens 1 \*\*\*item (ook als < 20 punten) overweeg verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening in jouw regio.

gebeurt een korte situering van de hulpvraag en de noodzakelijke criteria: leeftijd, regio en problematiek. Ook wordt de graad van urgentie ingeschat: indien dringend, wordt een eerste afspraak gepland binnen de 48 uur, anders binnen de week (2).

In een ideale situatie zijn tijdens een eerste contact zo veel mogelijk betrokken personen aanwezig. Vanuit het vroege-psychosesteam zijn dat meestal de toekomstige zorgverantwoordelijke (casemanager) en een psychiater. Daarnaast participeren de patiënt en/of zijn familieleden en/of betrokkene(n) uit de naaste omgeving. Ook extern betrokken hulpverleners kunnen aanwezig zijn. Dit gesprek verloopt volgens het „*Open Dialogue model*”, ontworpen door de Fin Seikkula (58-60). Het is een open en transparant forum. Alle hypothesen en beslissingen worden besproken en genomen in ieders aanwezigheid. Ieder die deelneemt aan dit gesprek wordt beschouwd als een evenwaardige partner in de besluitvorming. Het vindt plaats waar de patiënt verkiest: zo mogelijk in het huis dat het team ter beschikking heeft in het centrum van de stad Leuven en anders bij de patiënt thuis, in het kabinet van de huisarts, op school,

op de spoedgevallendienst of EPSI van het algemeen ziekenhuis ... Tijdens het eerste contact gebeurt reeds een inschatting van de fase van vroege psychose waarin de patiënt zich bevindt. De eerste noodzakelijke zorg wordt aangeboden. Een verdere planning wordt opge maakt in functie van het *ontwikkelen van een werkre latie* met de patiënt en de familie en in functie van het uitvoeren van een *nauwkeurig assessment*.

Vervolgens vindt een eerste overleg plaats in het interdisciplinair team (2). Dit team is samengesteld uit een teamcoördinator, twee volwassenenpsychiaters, een kinderpsychiater, vier zorgverantwoordelijken, een maatschappelijk werker, een psycholoog met specialisatie in psychodiagnostiek, psychotherapeuten met specialisatie in cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie en psychoanalytische psychotherapie. Naast de interdisciplinariteit en de samenwerking tussen jeugd- en volwassenenpsychiatrie is het unieke van dit team de medewerking van hulpverleners uit verschillende instanties in de regio, elk met hun achtergrond, ervaringen en expertise: centrum voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen, psychosociaal centrum en psychiatrische thuiszorg. Het team hoopt in de toekomst dit nog verder te kunnen uitbreiden met onder andere ervaringsdeskundigen, specialisten in arbeidstrajectbegeleiding ... De planning voor assessment en begeleiding wordt in de eerste teamvergadering verder uitgewerkt, rekening houdend met de fase waarin de patiënt zich bevindt, met de individuele noden van de patiënt en zijn familie en met de drie peilers van het biopsychosociaal model. Achteraf krijgt de huisarts een verslag. Best worden elke week alle patiënten die geïncludeerd zijn kort overlopen op de teamvergadering en gebeurt maandelijks of bij een acuut probleem een meer uitgebreide bespreking.

Het assessment dient fasespecifiek, degelijk en interdisciplinair te gebeuren. Belangrijke onderdelen zijn een psychiatrisch onderzoek, de psychiatrische voorgeschiedenis, een ontwikkelingsanamnese, een psychologische anamnese, psychosociaal onderzoek, een familieanamnese, de somatische voorgeschiedenis en het uitsluiten van somatische oorzaken van psychose (bloedonderzoek, eeg, MRI van de hersenen). Op indicatie kan bijkomend psychodiagnostisch testonderzoek plaatsvinden: neuropsychologisch onderzoek, breder explorerend onderzoek en zo nodig gespecialiseerd onderzoek naar bijvoorbeeld ADHD, autismespectrumstoornissen. Dit alles, alsook de implementatie van meetinstrumenten, schalen en (semi)gestructureerde interviews, dient degelijk uitgebouwd en geëvalueerd te worden. Voorbeelden voor onderzoek naar psychose en schizotypale persoonlijkheid zijn o.a. de CAARMS, PANSS of PECC, SCID-2 (31, 61-63). Voor onderzoek naar affectieve stoornissen zijn de „Calgary depression scale” en de „Young mania rating scale” aangewezen (64, 65).

Het verder verloop van de *begeleiding* is afhankelijk van de fase van vroege psychose waarin de patiënt zich bevindt. Werd aanvankelijk gedacht aan een mogelijk risico op psychose maar werd geen verhoogd risico vast-

gesteld, blijft er meestal wel sprake van psychisch lijden en een hulpvraag in het kader van een andere (psychiatrische) problematiek. De patiënt wordt daarvoor *verwezen* naar een andere gepaste behandel- of begeleidingssetting. Aan patiënt, familieleden, verwijzer en betrokken externe hulpverleners wordt wel een *follow-up* aangeboden in kader van dit „watch and wait”-principe. Aangezien bijvoorbeeld een CAARMS een voorspellende waarde voor overgang naar psychose op korte termijn heeft, kan het resultaat in eerste instantie negatief zijn, maar positief worden. Dit houdt in dat (een deel van) het assessment op indicatie of systematisch best herhaald wordt. De concrete uitwerking hiervan dient in de toekomst nog verder gespecificeerd en geëvalueerd te worden. Zo een verhoogd risico op psychose of eerste psychose of herstelfase van een eerste psychose wordt vastgesteld, kan een verdere interdisciplinaire begeleiding en behandeling door VRINT geboden worden.

Het *ambulant therapeutisch aanbod* bestaat voor *iedere patiënt* uit regelmatige contacten met de psychiater en de zorgverantwoordelijke. De psychiater is verantwoordelijk voor de medisch-psychiatrische aspecten, zowel wat assessment, opvolging als behandeling (zo nodig medicamenteus) betreft, bouwt een werk- en vertrouwensrelatie op met de patiënt, geeft psycho-educatie afhankelijk van de fase waarin de patiënt zich bevindt en legt de nodige contacten met de huisarts, de familie, de school ... De zorgverantwoordelijke is meestal een psychiatrisch verpleegkundige en heeft zowel een coördinerende als een therapeutische rol. Gedurende de hele begeleiding is hij de centrale contactpersoon, of een patiënt nu ambulant of residentieel gevolgd wordt. Toegankelijkheid, flexibiliteit, behoud van optimisme en deskundigheid zijn belangrijke factoren in de therapeutische relatie tussen patiënt en zorgverantwoordelijke, die zich kenmerkt door o.m. regelmatige, ondersteunende contacten (40). Principes van „assertive community treatment” (ACT), namelijk mobiel en aanklampend werken, kunnen afhankelijk van de noden van de patiënt hierbij van toepassing zijn (66).

Daarnaast bestaat aandacht voor regelmatige contacten met *patiënt en familie*, vooral geïnspireerd door het „*open dialogue model*” van Seikkula, dat in Finland gehanteerd wordt bij o.a. acute psychotische crisissen (6, 58, 59). Patiënt en familieleden worden hierbij gezien als actieve, volwaardige en competente partners. De focus ligt op het versterken van de volwassen kanten van een patiënt en op het maximaal normaliseren van de situatie, in tegenstelling tot het focussen op regressief gedrag. In ieders aanwezigheid komt men tot beslissingen. Er wordt een veilige sfeer gecreëerd van waaruit men vrijuit kan spreken. Het is een narratieve benadering van therapie, waar de taal van de patiënt (ook de psychotische) en de familieleden centraal staat. Men tracht samen opnieuw een gemeenschappelijke taal te ontwikkelen voor de „not-yet-spoken”, voor die ervaringen die nog geen woorden hadden. Men heeft aandacht voor een continue wisselwerking in het werken

met families: het gezin heeft de behandelaar nodig, de behandelaar heeft het gezin nodig en de behandelaar en het gezin hebben elkaar nodig. Ook de familiewerking dient op ieder ogenblik aangepast te zijn aan de noden van patiënt en familie, alsook te gebeuren volgens de fase waarin de patiënt zich bevindt. Tevens wordt individuele gezinsgerichte psycho-educatie aangeboden vanuit het kwetsbaarheid-stressmodel en het biopsychosociaal model (67). Belangrijk hierbij is de decupabilisatie van de familie en op inhoudelijk vlak: uitleg, „problem solving”, versterken van coping- en communicatieve vaardigheden, stressreductie, versterken van het sociaal netwerk, hulp in geval van een crisis. De praktijk van psycho-educatie is echter complexer dan het hanteren van gestandaardiseerde methoden. Het vraagt ervaring, creativiteit, vermogen tot bieden van warmte en empathie om vaak pijnlijke confrontaties en gevoelens toe te laten en op zoek te gaan naar hoop, troost en zingeving (68).

Binnen het ambulante therapeutisch aanbod wordt op indicatie, naast familiebegeleiding, *individuele psychotherapie* aangeboden. Zo kan ten eerste *cognitieve gedragstherapie* (CGT) een onderdeel zijn van het therapeutisch pakket. De specifieke CGT-methodiek blijft behouden: de relatie tussen therapeut en patiënt is er een van samenwerking, het vertrekpunt van therapie is een probleemformulering op maat van het individu, het doel van de therapie zijn de doelen van de patiënt. De cognitieve modellen van psychosen dienen als uitgangspunt voor het ontwikkelen van interventies. Bestaande CGT-interventies in het kader van psychosen worden behouden, maar op maat gesneden van de hoogrisicopopulatie. Onderzoek naar de effecten van CGT in de hoogrisicogroep is aan de gang (69). Ten tweede kan ook *psychoanalytische psychotherapie* aangeboden worden. Omdat de ontluikende psychosen een sterke samenhang vertoont met de ontwikkelingen van de adolescentie, biedt ze een unieke kans om psychotherapeutisch tussen te komen. Cruciaal is dat de affectieve opwellingen kunnen geïntegreerd worden zonder dat dit het lichaam doet versplinteren, dat een verhaal ontstaat waarin heden, verleden en toekomst verbonden worden en waarin vroege belevenissen een nieuwe, toe te eigenen betekenis krijgen. Psychotische jongeren confronteren de hulpverlener met verbodsbreuk, destructiviteit, machteloosheid, angst en lijden, maar laten voorbij een onoverbrugbare gaping niet zelden een grote creativiteit en gevoeligheid vermoeden. Vanuit het contact met zijn eigen psychotische angsten, moet het mogelijk zijn voeling te houden met de gezonde, creatieve kant van de psychotische adolescent, zonder dat men vanuit een zekere fascinatie de psychosen gaat idealiseren (70).

Tevens bestaat de mogelijkheid voor opvolging door een *maatschappelijk werker* in functie van begeleiding in het verder uitbouwen van een zelfstandig leven op het gebied van sociaal-administratieve zaken, opleiding, tewerkstelling, eventueel aangepaste woonvorm ... Vele patiënten raken in een sociaal isolement. Het is de

verantwoordelijkheid van ieder teamlid patiënten te helpen terug contacten aan te gaan.

Het ambulante therapeutisch aanbod bevat op indicatie ook een *psychofarmacologische behandeling*. In de fase met een verhoogd risico zijn antipsychotica niet noodzakelijk aangewezen, behalve bij o.m. snelle deterioratie, ernstig suïcidegevaar als de antidepressieve of anxiolytische behandeling ontoereikend is en toenemende agressie die anderen in gevaar brengt. Een lage dosis van een atypisch antipsychoticum wordt dan aanbevolen (1). Tijdens de fase van een eerste psychotische episode adviseert de IEPA wel het gebruik van een lage dosis van een antipsychoticum, waarvan de dosis zo nodig traag wordt verhoogd („start low, go slow”). Voordat een antipsychoticum wordt opgestart, is een globale somatische screening, met in het bijzonder een screening naar cardiovasculaire risicofactoren (obesitas, roken, hypertensie, diabetes en dyslipidemie) noodzakelijk. Uit onderzoek blijkt immers dat deze problemen vaker voorkomen bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zoals schizofrenie en bipolaire stoornissen. Antipsychotica, alsook andere psychofarmaca, kunnen daarenboven tot (verdere) gewichtstoename leiden en andere metabole cardiovasculaire risicofactoren verergeren. Een degelijke opvolging daarvan is bijgevolg noodzakelijk en vereist samenwerking met de huisarts en zo nodig specialisten in de inwendige geneeskunde, onder wie diabetologen en cardiologen (71).

Ook de uitbouw van *groepstherapeutische activiteiten* in de toekomst lijkt waardevol: psychotherapie en psycho-educatie in groep, metacognitieve training, groep rond middelenmisbruik, „multi-family”-groep ... *Regelmatig teamoverleg, overleg met de huisarts en andere betrokken hulpverleners* blijven over het verloop van een begeleiding belangrijk.

Zo nodig kan een *hospitalisatie* aangeboden worden als er een significant risico op zelfbeschadiging of hetero-agressie bestaat, als de psychotische crisis dermate ernstig is dat de familie niet in staat is tijdelijk verdere opvang te bieden en als de mate van ambulante steun ontoereikend is. Een hospitalisatieperiode wordt best zo kort mogelijk gehouden en beperkt tot de crisis. Eventueel kan na een korte, volledig residentiële behandeling een overgang gemaakt worden via dag- of nachthospitalisatie. Idealiter zou een patiënt met een vroege psychosen best gehospitaliseerd worden binnen een aparte unit, specifiek voor vroege psychosen en geschieden van de zorg voor patiënten met een meer chronische problematiek, om de laagdrempeligheid en de destigmatisering zoveel als mogelijk te blijven waarborgen.

Ten slotte is *wetenschappelijk onderzoek* van cruciaal belang, met onder andere uitkomstonderzoek, waarvoor best internationaal samengewerkt wordt (11, 72). De verschenen Cochrane-review over vroege interventie bij psychosen noopt immers tot bescheidenheid en stimuleert hiertoe (11). De auteurs besluiten daarin dat er op dit ogenblik onvoldoende gegevens beschikbaar zijn voor sluitende aanbevelingen voor de klinische praktijk.

Anderzijds geven zij aan dat uit de vele lopende onderzoeken blijkt hoe vroege interventie voor psychose in volle ontwikkeling is. De internationale interesse in vroege tussenkomst biedt de mogelijkheid tot belangrijke, positieve veranderingen in de klinische praktijk. Die mogelijkheid zou kunnen gemist worden zonder een degelijk internationaal programma voor onderzoek omtrent preventie van psychose, vermindering van de duur van een onbehandelde psychose, fasespecifieke interventies en gespecialiseerde vroege-interventieteams, zo besluiten de auteurs.

### Besluit

VRINT, een Vroeg InterventieTeam, richt zich tot jongeren en jongvolwassenen van 14 tot 35 jaar uit het oosten van de provincie Vlaams-Brabant met een hoog risico op psychose, met een eerste psychose of zich bevindend in de kritieke fase tot 5 jaar na die eerste psychotische episode. De snelle opvang die wordt geboden op het vlak van assessment, therapie, zorg en opvolging gebeurt interdisciplinair, zo veel mogelijk verankerd in de thuisomgeving en in nauwe samenwerking met de huisarts en andere betrokken hulpverleners. Belangrijke doelstellingen zijn het reduceren van morbiditeit, het voorkomen van mortaliteit (waaronder suicide), het maximaliseren van functioneren en van mogelijkheden ter optimalisatie van een normale ontwikkeling en integratie in de maatschappij. In andere regio's in Vlaanderen zijn soortgelijke, specialistische teams werkzaam.

### Mededeling

Er is financiële ondersteuning van het pilootproject VRINT door de Vlaamse Overheid in het kader van het project Vroege Detectie en Interventie bij Initiële Psychose (VDIP Vlaanderen).

### Abstract

#### The approach of early psychosis requires intensive cooperation: implementation in VRINT

To experience a psychosis is a major event for patients and their families. Clinical experience teaches that the care of psychotic patients often comes too late, that frequently the treatment is fragmented and many times takes place in a residential environment for a prolonged time as well as that patients sometimes give up too early, making a painful relapse often inevitable.

Since the mid nineties of the last century worldwide clinical and scientific interest promotes faster care for early psychosis, expecting a reduction of its impact on later life. An early psychosis usually arises in adolescence: the phase of development initiating an independent adult life. Therefore teams

specializing in the early care for psychosis are worldwide formed. Their endeavor is characterized by early detection and intervention: phase-specific assessment and treatment, as early as the moment in which someone presents an increased risk of developing a psychosis for the first time.

VRINT, the early intervention team in the region of Leuven (Belgium) was recently established and applies an integrative model for assessment and treatment: a specialized as well as phase-specific and integrated care, paying a particular attention to a low threshold in the contact and a not stigmatising vision of the patient and based upon a case-management pattern. This care is sufficiently long continued and takes places as much as possible in an ambulatory setting and in close cooperation with the family, the generalist and other caregivers.

### Literatuur

1. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 2005; 48: s120-s124.
2. VAN BOUWEL L. Projecttekst inzake opstart VRINT. In: VRINT – VDIP Leuven. Projectformat voor het indienen van een projectaanvraag voor het oprichten van een regioteam in het kader van het project „Vroege Detectie en Interventie bij Initiële Psychose” (VDIP), een project van de Vlaamse Overheid, 10 december 2008: bijlage 1.
3. PEUSKENS J. Vroege detectie en interventie bij schizofrene psychose: informatie over en destigmatisering van schizofrenie. Preventie van psychotisch herval bij schizofrene psychose: competentie van huisartsen, psychiaters en hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg verhogen. Competentieverhoging van de patiënt en de familie. In: Conference book Gezondheidsconferentie Preventie van depressie en zelfmoord, 3-4 december 2002: 128-145.
4. WAMPERS M, DE HERT M, PEUSKENS J. De (on)draaglijke lichtheid van de preventie van schizofrene psychose. Mechele: Kluwer, 2002.
5. EDWARDS J. Models of early intervention in psychosis and analysis of services approaches. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C. Early intervention in psychosis. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2000: 281-314.
6. EDWARDS J, MAUDE D, MCGORRY PD, HARRIGAN SM, COCKS JT. Prolonged recovery in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 172: 107-116.
7. LARSEN TK, JOHANNESSEN JO, OPIJORDSMOEN S. First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 172: 45-52.
8. VERDOUX H, LIRAUD F, BERGEY C, ASSENS F, ABALAN F, VAN OS J. Is the association between duration of untreated psychosis and outcome confounded? A two year follow-up study of first-admitted patients. *Schizophr Res* 2001; 49: 231-241.
9. NORMAN RM, LEWIS SW, MARSHALL M. Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *Br J Psychiatry Suppl* 2005; 48: s19-s23.
10. PERKINS DO, GU H, BOTEVA K, LIEBERMAN JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1784-1804.
11. MARSHALL M, RATHBONE J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD004718.
12. JOA I, JOHANNESSEN JO, AUDESTAD B, et al. The key to reducing duration of untreated psychosis: information campaigns. *Schizophr Bull* 2008; 34: 466-472.
13. FAROOQ S, LARGE M, NIELSSEN O, WAHEED W. The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in



- low-and-middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2009; 109: 15-23.
14. FUSAR-POLI P, MENEGHELLI A, VALMAGGIA L, et al. Duration of untreated prodromal symptoms and 12-month functional outcome of individuals at risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 181-182.
  15. ENDICOTT J, SPITZER RL, FLEISS JL, COHEN J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 766-771. (Een gewijzigde versie van de „global assessment scale” (GAS) werd vanaf de DSM-III opgenomen als de „global assessment of functioning (GAF) scale”).
  16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition (DSM-IV) 1994, revised in 2000 (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994 en 2000.
  17. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Key priorities for implementation – guidance initiation of treatment (first episode). In: NICE clinical guideline 82 – Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. London: NICE, 2009: 16-19.
  18. ALANEN YO, LEHTINEN K, RÄKKÖLÄINEN V, AALSTONEN J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 363-372.
  19. ALANEN YO. Vulnerability to schizophrenia and psychotherapeutic treatment of schizophrenic patients: towards an integrated view. *Psychiatry* 1997; 60: 142-157.
  20. VRINT – VDIP Leuven. Projectformat voor het indienen van een projectaanvraag voor het oprichten van een regioteam in het kader van het project „Vroege Detectie en Interventie bij Initiële Psychose” (VDIP), een project van de Vlaamse Overheid; 10 december 2008.
  21. PEUSKENS J. De (on)draaglijke lichtheid van vroege psychose. In: Conference book Vierde Vlaamse Geestelijk Gezondheidscongres. Antwerpen: Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg, 16-17 september 2008.
  22. Vroege detectie en interventie psychose (VDIP): [www.vroegdetectie.be](http://www.vroegdetectie.be)
  23. PHILLIPS LJ, MCGORRY PD, YUNG AR, MCGLASHAN TH, CORNBLATT B, KLOSTERKÖTTER J. Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities. *Br J Psychiatry Suppl* 2005; 48: s33-s44.
  24. YUNG AR, MCGORRY PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996; 22: 353-370.
  25. VAN OS J, KAPUR S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374: 635-645.
  26. JOHANNESSEN JP, MARTINDALE B, CULLBERG J. Evolving psychosis. Different stages, different treatments. London/New York: Routledge, 2006.
  27. VAN OS J, TAMMINGA C. Deconstructing psychosis. *Schizophr Bull* 2007; 33: 861-862.
  28. ALLARDYCE J, GAEBEL W, ZIELASEK J, VAN OS J. Deconstructing Psychosis conference February 2006: the validity of schizophrenia and alternative approaches to the classification of psychosis. *Schizophr Bull* 2007; 33: 863-867.
  29. LACLUYSE K, WUYTS P, VAN BOUWEL L, MCGUIRE P, PEUSKENS J. Vroege opsporing en behandeling van psychotische aandoeningen: rationale en klinisch-diagnostische overwegingen. *Tijdschr Geneesk* 2009; 65: 923-928.
  30. YUNG AR, PHILLIPS LJ, MCGORRY PD, et al. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 172: 14-20.
  31. YUNG A, PHILLIPS L, SIMMONS MB, et al. Comprehensive assessment of at risk mental states – CAARMS. Melbourne: The Pace Clinic, Department of Psychiatry, University of Melbourne, 2006.
  32. LARSEN TK, FRIIS S, HAAHR U, et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 323-334.
  33. DE HERT M. Suicide bij jonge schizofrene patiënten. Leuven: University Press, 1995.
  34. DE HERT M, PEUSKENS J. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: schizophrenia. In: Hawton K, van Heeringen K, eds. International handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley & Sons, 2000: 121-135.
  35. DE HERT M, MCKENZIE K, PEUSKENS J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res* 2001; 47: 127-134.
  36. HAWTON K, VAN HEERINGEN K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372-1381.
  37. LOWYCK B, DE HERT M, PEETERS E, GILIS P, PEUSKENS J. Can we identify the factors influencing the burden on family members of patients with schizophrenia? *Int J Psychiatry Clin Pract* 2001; 5: 89-96.
  38. LOWYCK B, DE HERT M, PEETERS E, WAMPERS M, GILIS P, PEUSKENS J. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry* 2004; 19: 395-401.
  39. BIRCHWOOD M, TODD P, JACKSON C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 172: 53-59.
  40. MCGORRY PD. Case management in early psychosis: a handbook. Melbourne: EPPIC, 2001.
  41. ZUBIN J, SPRING B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; 86: 103-126.
  42. ENGEL GL. Need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
  43. FENTON WS. Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26: 47-72.
  44. ARIETI S. The psychotherapy of psychosis. In: Arieti S, ed. American handbook of psychiatry (4th edition). New York: Basic Books, 1975: 627-629.
  45. HOGARTY GE, KORNBILTH SJ, GREENWALD D, et al. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21: 379-393.
  46. CULLBERG J, MATTSSON M, LEVANDER S, et al. Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish „Parachute Project” and two comparison groups. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 274-281.
  47. LARSEN TK, MELLE I, AUESTTAD B, et al. Early detection of first episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophr Bull* 2006; 32: 758-764.
  48. MCGORRY PD, EDWARDS J, MIHALOPOULUS C, HARRIGAN SM, JACKSON HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996; 22: 305-326.
  49. MCGORRY PD. Case management in early psychosis: a handbook. Melbourne: EPPIC, 2001.
  50. MCGORRY PD, KILLACKEY EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002; 11: 237-247.
  51. MCGORRY PD, et al. The Australian clinical guidelines for early psychosis. Melbourne: University of Melbourne, 2002.
  52. MCGORRY PD. The recognition and optimal management of early psychosis. In: Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J, eds. Evolving psychosis. London/New York: Routledge, 2006: 19-34.
  53. MARGISON F, DAVENPORT S. Integrating approaches to psychotherapy in psychosis. In: Gleeson FM, Killackey E, Krstev H, eds. Psychotherapies for the psychoses. London/New York: Routledge, 2008: 17-34.
  54. STRAKOWSKI SM, KECK PE Jr, McELROY SL, LONCZAK HS, WEST SA. Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 106-112.
  55. HAMBRECHT M, HÄFNER H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996; 40: 1155-1163.
  56. MUESER KT, YARNOLD PR, LEVINSON DF, et al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull* 1990; 16: 31-56.
  57. FRENCH P, MORRISON AP. Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis: a treatment approach. London: Wiley, 2004.
  58. SEIKKULA J. Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence. *J Marital Fam Ther* 2002; 28: 263-274.
  59. SEIKKULA J, OLSON M. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Process* 2003; 42: 403-418.
  60. SEIKKULA J, AALTONEN J, ALAKARE B, HAARAKANGAS K, KERÄNEN J, LETHINEN K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case analyses. *Psychother Res* 2006; 16: 214-228.

61. KAY SR, FISZBEIN A, OPLER LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-276.
62. DE HERT M, WAMPERS M, THYS E, WIESELGREN IM, LINTSTRÖM E, PEUSKENS J. Validation study of PECC (Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers): interscale validity and inter-rater reliability. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2002; 6: 135-140.
63. Structured clinical interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). Nederlandse vertaling: Harcourt Test Publishers.
64. ADDINGTON D, ADDINGTON J, MATICKA-TYNDALE E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry Suppl* 1993; 22: 39-44.
65. YOUNG RC, BIGGS JT, ZIEGLER VE, MEYER DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-435.
66. MAES F, VERCRUYSEN V, THYS E, eds. *Draaiboek trACTor voor het opstarten van een Assertive Community Team*. Elsene: PSC, 2009.
67. MCFARLANE WR, DIXON L, LUKENS E, LUCKSTED A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003; 29: 223-245.
68. DE WACHTER D. Recensie over „Kuipers E, Leff J, Lam D. Family work for schizophrenia: a practical guide (second edition) London: Gaskell, 2004”. In: *Systeemtherapie* 2004; 16: 174.
69. LACLUYSE K. Cognitieve gedragstherapie en vroege psychose. In: VRINT – VDIP Leuven. Projectformat voor het indienen van een projectaanvraag voor het oprichten van een regioteam in het kader van het project „Vroege Detectie en Interventie bij Initiële Psychose” (VDIP), een project van de Vlaamse Overheid, 10 december 2008: bijlage 6.2.
70. DE RIJDT L. Zijn en tijd in de adolescentie. Psychotherapie bij adolescenten met een psychotische decompensatie. In: VRINT – VDIP Leuven. Projectformat voor het indienen van een projectaanvraag voor het oprichten van een regioteam in het kader van het project „Vroege Detectie en Interventie bij Initiële Psychose” (VDIP), een project van de Vlaamse Overheid, 10 december 2008: bijlage 6.3.
71. DE HERT M, DEKKER JM, WOOD D, KAHL KG, HOLT RI, MÖLLER HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement of the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psy* 2009; 24: 412-424.
72. MCGORRY PD, NELSON B, AMMINGER GP, et al. Intervention in individuals at ultra high risk for psychosis: a review and future directions. In druk.