

Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Frank C. Verhulst

5e herziene druk

2020  uitgeverij
koninklijke van gorcum

© 2020, Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

NUR 875

ISBN folio 978 90 232 5690 8

ISBN ebook 978 90 232 5691 5

1e druk 2006

2e druk 2006

3e druk 2008

4e herziene druk 2015

5e herziene druk 2020

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen
Grafische verzorging: LINE UP boek en media bv, Groningen
Omslagontwerp: Grootzus, Rotterdam
Druk: Drukkerij Van Gorcum, Raalte

 MET TROTS
GEPRODUCEERD
IN NEDERLAND

Inhoud

Woord vooraf XIII

Deel I Inleiding 1

- 1 **Het vakgebied kinder- en jeugdpsychiatrie 3**
- 2 **Diagnostiek 7**
 - Inleiding 8
 - Meerdere informatiebronnen 8
 - Hoe wordt diagnostische informatie verkregen? 9
 - Onderdelen van het diagnostisch onderzoek 9
 - Het hulpverleningsproces 10
 - De aanmelding 10
 - De hulpvraag en het uitdiepen van de hoofdklacht 10
 - Vragenlijsten 12
 - Diagnostisch onderzoek 13
 - Gesprek met ouders 13
 - Gesprek met het kind of de jeugdige 16
 - Gesprek met de leerkracht 20
 - Psychodiagnostisch, lichamelijk en technisch onderzoek 20
 - Diagnostische formulering 20
 - Vergelijken en integreren van informatie 20
 - Diagnose in engere zin: classificatie 21
 - Etiologische en prognostische hypothesen 21
 - Diagnostische formulering 21
 - Behandeling en evaluatie 22

Deel II Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen 23

- 3 **Leerstoornissen 25**
 - Inleiding 26
 - Specifieke lees- en spellingsstoornis (dyslexie) 27
 - Diagnostische kenmerken 27
 - Comorbiditeit 28
 - Voorkomen 28

- Etiologie 28
- Differentiaaldiagnose 30
- Behandeling 30
- Beloop en prognose 31
- Rekenstoornis (dyscalculie) 31
 - Voorkomen en comorbiditeit 32
 - Etiologie 32
 - Behandeling 33
- 4 Spraak- en taalstoornissen 35**
 - Inleiding 36
 - Taalstoornis 36
 - Diagnostische kenmerken 36
 - Voorkomen 38
 - Etiologie 38
 - Differentiaaldiagnose 39
 - Behandeling 40
 - Beloop en prognose 41
 - Spraakstoornissen 41
 - Spraakklankstoornis 41
 - Stoornis in de vloeiendheid van de spraak (stotteren) 43
- 5 Autismespectrumstoornis 47**
 - Inleiding 48
 - Diagnostische kenmerken 48
 - Problemen met de wederkerige sociale communicatie en sociale interactie 49
 - Beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses en activiteiten 51
 - Bijkomende kenmerken 52
 - DSM-5-kenmerken van ASS 54
 - Voorkomen 54
 - Etiologie 55
 - Genetische invloeden 56
 - Omgevingsinvloeden 57
 - Psychologische mechanismen 57
 - Neurobiologische mechanismen 60
 - Klinisch onderzoek 62
 - Differentiaaldiagnose 62
 - Diagnostisch onderzoek 64
 - Behandeling en beleid 65
 - Psycho-educatie 65
 - Somatische zorg 66
 - Psychosociale behandeling 67
 - Hulp aan ouders en oudertraining 68
 - Medicatie 69
 - Beloop en prognose 69

Deel III Externaliserende stoornissen 71

6 Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis 73

- Inleiding 74
- Diagnostische kenmerken 74
 - Onoplettendheid 75
 - Hyperactiviteit 75
 - Impulsiviteit 75
 - Geassocieerde problemen 76
- Comorbiditeit 78
- Voorkomen 79
- Etiologie 79
 - Genetische invloeden 79
 - Omgevingsinvloeden 80
 - Neurocognitief onderzoek 81
 - Beeldvormend en neurofysiologisch onderzoek 81
- Differentiaaldiagnose 82
- Behandeling en beleid 82
 - Psycho-educatie 83
 - Oudertraining 84
 - Schoolinterventies 84
 - Cognitieve gedragstherapie 85
 - Dieet en voedingssupplementen 85
 - Farmacotherapie 85
 - Integratie van verschillende behandelingsvormen: beslisboom 87
- Beloop en prognose 90

7 Gedragsstoornissen 93

- Inleiding 94
- Diagnostische kenmerken 94
 - Verskillende ontwikkelingstrajecten 96
 - Ongevoeligheid en emotieloosheid 97
 - Reactief versus proactief agressief gedrag 97
- Comorbiditeit 97
- Voorkomen 98
- Etiologie 98
 - Kindkenmerken 98
 - Omgevingsinvloeden 103
- Differentiaaldiagnose 105
- Behandeling 106
 - Psycho-educatie 106
 - Behandeling van kinderen met een gedragsstoornis (tot twaalf jaar) 106
 - Behandeling van jeugdigen met een gedragsstoornis (vanaf dertien jaar) 108
 - Farmacotherapie 109
 - Integratie van verschillende behandelingsvormen 109
- Beloop en prognose 110

Deel IV Internaliserende stoornissen 111**8 Angststoornissen 113**

Inleiding 114

Separatieangststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie, sociale- angststoornis en paniekstoornis 115

Diagnostische kenmerken 115

Comorbiditeit 118

Voorkomen 119

Etiologie 119

Differentiaaldiagnose 126

Behandeling 126

Beloop en prognose 130

Schoolweigering 132

Inleiding 132

Diagnostische kenmerken 132

Voorkomen 132

Etiologie 132

Behandeling 133

Selectief mutisme 133

Diagnostische kenmerken 133

Voorkomen 134

Etiologie 134

Differentiaaldiagnose 134

Behandeling 135

Beloop en prognose 135

9 Posttraumatische-stresstoornis 137

Inleiding 138

Diagnostische kenmerken 138

Herbeleven van het trauma 140

Vermijding 140

Negatieve veranderingen in cognities en stemming 140

Verhoogde arousal en reactiviteit 141

Comorbiditeit 141

Voorkomen 142

Etiologie 142

Neurobiologische aspecten 143

Differentiaaldiagnose 144

Behandeling 144

Crisisinterventie 145

Psychosociale behandeling 145

Farmacotherapie 146

EMDR 147

Beloop en prognose 147

10 Obsessief-compulsieve stoornis (OCS) 149

- Inleiding 150
- Diagnostische kenmerken 150
- Comorbiditeit 152
- Voorkomen 152
- Etiologie 153
 - Genetische factoren 153
 - Neurobiologie 153
- Differentiaaldiagnose 154
- Behandeling 155
 - Psycho-educatie 155
 - Cognitieve gedragstherapie 155
 - Farmacotherapie 156
- Beloop en prognose 156

11 Stemmingsstoornissen 159

- Inleiding 160
- Depressieve stoornis 160
 - Inleiding 160
 - Diagnostische kenmerken 160
 - Comorbiditeit 162
 - Voorkomen 162
 - Etiologie 163
 - Differentiaaldiagnose 167
 - Behandeling 167
 - Beloop en prognose 170
- Bipolaire stemmingsstoornis 171
 - Inleiding 171
 - Diagnostische kenmerken 171
 - Comorbiditeit 173
 - Voorkomen 173
 - Etiologie 174
 - Differentiaaldiagnose 175
 - Behandeling 175
 - Beloop en prognose 177
- Disruptieve-stemmingsdisregulatiestoornis 177
 - Inleiding 177
 - Diagnostische kenmerken 177
 - Comorbiditeit 178
 - Voorkomen 178
 - Etiologie 178
 - Differentiaaldiagnose 179
 - Behandeling 179
 - Beloop 179

Deel V Psychosen 181**12 Schizofreniespectrumstoornissen en andere psychosen 183**

- Inleiding 184
- Diagnostische kenmerken 184
 - Psychose 185
 - Psychose als gevolg van middelengebruik 186
 - Klinische fasen 186
- Comorbiditeit 187
- Voorkomen 188
- Etiologie 188
 - Genetische factoren 188
 - Omgevingsfactoren 189
 - Neurobiologische mechanismen 190
 - Neuropsychologische aspecten 190
- Differentiaaldiagnose 191
- Behandeling 192
 - Farmacotherapie 193
 - Psychosociale interventies 195
 - School en sociaal functioneren 196
 - Organiseren van zorg 196
 - Signaleringsplan 196
- Beloop en prognose 197

Deel VI Psychiatrische stoornissen met lichamelijk lijden 199**13 Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen 201**

- Inleiding 202
- Diagnostische kenmerken 203
 - Somatisch-symptoomstoornis 203
 - Conversiestoornis 204
- Comorbiditeit 205
- Voorkomen 205
- Etiologie 206
- Differentiaaldiagnose 207
- Behandeling 208
 - Psycho-educatie 209
 - Cognitieve gedragstherapie 209
 - Fysiotherapie en psychomotorische therapie 210
 - Farmacotherapie 210
 - Andere behandelingsvormen 210
 - Klinische behandeling 211
- Beloop en prognose 211

14	Eetstoornissen	213
	Inleiding	214
	Anorexia nervosa	214
	Diagnostische kenmerken	214
	Comorbiditeit	216
	Voorkomen	216
	Etiologie	217
	Differentiaaldiagnose	218
	Behandeling	219
	Beloop en prognose	221
	Boulimia nervosa	221
	Diagnostische kenmerken	222
	Comorbiditeit	222
	Voorkomen	223
	Etiologie	223
	Differentiaaldiagnose	223
	Behandeling	223
	Beloop en prognose	223

Deel VII Overige stoornissen 225

15	Ticstoornissen	227
	Inleiding	228
	Diagnostische kenmerken	228
	Beschrijving van tics	228
	Kenmerken van tics	229
	Ticstoornissen	229
	Comorbiditeit	230
	Voorkomen	231
	Etiologie	231
	Neurobiologie	231
	Genetisch onderzoek	233
	Neuropsychologische mechanismen	233
	Omgevingsinvloeden	233
	Differentiaaldiagnose	234
	Behandeling en beleid	234
	Psycho-educatie	234
	Gedragstherapie	234
	Medicatie	235
	Beloop en prognose	236

16	Psychiatrische stoornissen bij jonge kinderen	239
	Inleiding	240
	Invloeden op de ontwikkeling van het jonge kind	240
	Neurobiologie	242
	Effecten van stress tijdens de zwangerschap	243
	Effecten van stress in de eerste levensjaren	243
	Gehechtheid	244
	Kwaliteit van de gehechtheidsrelatie	245
	Hechtingsstoornissen	246
	Diagnostische kenmerken	246
	Etiologie	247
	Voorkomen	248
	Differentiaaldiagnose en comorbiditeit	248
	Behandeling	249
	Beloop en prognose	249
	Voedingsstoornissen	250
	Pica	250
	Ruminatiestoornis	251
	Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis	251
	Slaapstoornissen	253
	Slapen en waken	253
	Nachtelijk ontwaken en inslaapproblemen	254
	Parasomnieën	255
	Slaap-apnoe-aanvallen	256

Literatuur 258

Register 276

Woord vooraf

Bij de vierde herziene druk

In het woord vooraf bij de eerste druk van het *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie* moest nog uitgelegd worden waarom een Nederlandstalige beknopte beschrijving van de belangrijkste psychische stoornissen op de kinderleeftijd en adolescentie uitgebracht werd. Er bestaat immers een aantal overzichtswerken over de kinder- en jeugdpsychiatrie, zelfs bij dezelfde uitgever uitgegeven. Acht jaar en een paar ongewijzigde drukken verder is het duidelijk dat het *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie* in een leemte voorziet. Beknopt en overzichtelijk worden de belangrijkste psychische stoornissen beschreven die in de eerste achttien levensjaren kunnen voorkomen. Maar het was ook duidelijk dat het tijd was de tekst aanzienlijk te herzien. De introductie van de nieuwste en vijfde editie van de Amerikaanse *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), de toename van wetenschappelijke kennis binnen het vakgebied en de wens om over toegankelijke informatie voor de praktijk te beschikken, waren redenen genoeg om de tekst grondig aan te pakken.

De tekst is niet uitgebreid, eerder zelfs ingekort, en toegankelijk gehouden terwijl de wetenschappelijke onderbouwing up-to-date is en de vertaling naar de praktijk voorrang heeft gekregen. Daarbij is zo veel mogelijk franje achterwege gelaten en wordt alleen kennis besproken die noodzakelijk is voor het begrijpen van de belangrijkste kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen en hoe hiermee om te gaan. De tekst is niet alleen gericht om basiskennis over de kinder- en jeugdpsychiatrie op te doen, maar dient ook als een beknopt naslagwerk dat voor de praktijk geschikt is. Opleidingen geneeskunde, psychologie, pedagogiek, gezondheidswetenschappen en hbo-opleidingen waarin aandacht besteed wordt aan psychiatrische problemen bij kinderen en jeugdigen vinden in dit boek een overzichtelijke bespreking van de belangrijkste kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen.

Aandacht wordt besteed aan stoornissen als autismespectrumstoornis, ADHD, gedragsstoornissen, angststoornissen, depressie en suïcide, andere neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, psychiatrische stoornissen met lichamelijke problemen zoals anorexia nervosa, maar ook minder vaak voorkomende stoornissen zoals conversiestoornis, tics en selectief mutisme. Ook wordt aandacht besteed aan het diagnostisch

psychiatrisch onderzoek bij kinderen en jeugdigen en staat er een aantal handige overzichten in het boek met vragen die aan het kind of de jeugdige en de ouders gesteld kunnen worden, evenals het gedrag dat geobserveerd kan worden. Stoornissen en problemen die niet specifiek zijn voor de kindertijd of adolescentie en waarover in de literatuur over psychiatrie bij volwassenen uitgebreid wordt geschreven, worden hier niet behandeld. Te denken valt aan schizofrenie, bipolaire stoornis of middelenmisbruik en verslaving. Hierover is elders veel te vinden.

Deze herziening is geschreven vanuit mijn ervaring als kinder- en jeugdpsychiater, maar ook als wetenschappelijk onderzoeker en docent binnen een universitair medisch centrum. Kennis en ervaring komen door veel te doen, veel te lezen maar vooral door de vele contacten en discussies met medewerkers, collegae en studenten; en natuurlijk door de gesprekken met kinderen en jeugdigen en hun ouders die hulp zochten voor de problemen die zij ervoeren. Ik ben hen zeer dankbaar voor de inspiratie en het vertrouwen.

Frank Verhulst

Rotterdam, januari 2015

Bij de vijfde herziene druk

Vijf jaar na de vierde, voor een groot deel herschreven, druk van het *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie* werd het weer tijd om de tekst grondig door te nemen en waar mogelijk te voorzien van de nieuwste inzichten van de afgelopen jaren. De vierde druk verscheen kort na de introductie van de DSM-5. Het was toen nodig om stil te staan bij de introductie van nieuwe namen en definities van stoornissen. Nu, vijf jaar later, zijn deze nieuwe concepten zo ingeburgerd dat deze uitleg niet meer nodig is. De naam 'autismespectrumstoornis' (ASS) bijvoorbeeld is zo ingeburgerd dat de vroegere naam voor globaal dezelfde stoornis, PDD-NOS, bijna alweer vergeten is.

Het is een goed gebruik dat de uitgever Koninklijke Van Gorcum bij de docenten die het *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie* gebruiken, inventariseert wat men van de tekst vindt en of men onderwerpen mist. Dit bleek het geval. Bewust waren in de vorige tekst de bipolaire stemmingsstoornissen en de psychosen niet opgenomen met als argument dat deze stoornissen in de leerboeken volwassenenpsychiatrie behandeld worden. Toch was dat voor sommige lezers een tekortkoming. Deze onderwerpen zijn in de huidige druk wel opgenomen: de bipolaire stemmingsstoornissen als onderdeel van het hoofdstuk over stemmingsstoornissen en de psychosen als apart hoofdstuk.

Zoals steeds weer is het herzien en up-to-date maken van een tekst die een leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie beslaat, veel maar ook dankbaar werk. Het gehele vakgebied weer eens de revue laten passeren en de laatste ontwikkelingen bestuderen en toetsen op hun relevantie is een boeiende en inspirerende bezigheid.

Frank Verhulst

Rotterdam, maart 2020

Deel V

Psychosen

- 12 Schizofreniespectrumstoornissen en andere psychosen 183



Schizofreniespectrumstoornissen en andere psychosen

Normaal gesproken kunnen mensen onderscheid maken tussen de werkelijkheid en innerlijke voorstellingen en gedachten. Als de greep op de werkelijkheid, de realiteitstoetsing, niet volledig is en iemand dingen hoort of ziet die anderen niet horen of zien; of als er gedachten of overtuigingen zijn die niet vatbaar zijn voor feiten, die ermee in tegenspraak zijn, kan er sprake zijn van een psychotische stoornis. Bij een psychotische stoornis kunnen hallucinaties voorkomen (bijvoorbeeld het horen van stemmen die opdrachten geven terwijl anderen de stemmen niet kunnen horen), of wanen (bijvoorbeeld de overtuiging dat er een complot is terwijl dat niet zo is). Ook andere symptomen kunnen voorkomen zoals verward denken, abnormale houdingen of ander motorische afwijkingen, affectvervlakking en initiatiefverlies, of zich terugtrekken uit sociaal contact. Een psychotische stoornis kan kortdurend zijn en binnen een maand verdwenen zijn, maar kan ook langer duren. Duurt een psychotische stoornis langer dan een halfjaar, dan spreekt men van schizofrenie. Schizofrenie begint zeer zelden voor de puberteit en wordt beschouwd als een ernstige psychiatrische stoornis die grote consequenties kan hebben voor het dagelijks leven van de jeugdige en zijn gezin. Vroege herkenning van de eerste tekenen en vroege behandeling zijn daarom van groot belang.

Inleiding

Schizofrenie is een zeer ernstige psychiatrische stoornis die in zeldzame gevallen voor het tiende levensjaar begint, waarvan de incidentie in de adolescentie toeneemt en die een piek kent op jongvolwassen leeftijd. De eerste, vaak niet-specifieke, symptomen kunnen in de kindertijd of in de adolescentie optreden (Addington & Heinssen, 2012). Dit wordt de prodromale fase genoemd. Hoewel schizofrenie dus in de adolescentie kan beginnen, is het een stoornis die door haar veelal chronische karakter vooral in de psychiatrische zorg voor volwassenen een belangrijke rol speelt. Meer dan 50 procent van degenen die de diagnose schizofrenie krijgen, heeft met tussenpozen over vele jaren psychiatrische problemen, 20 procent heeft levenslange chronische symptomen en heeft te maken met beperkingen in het dagelijks functioneren, en schizofrenie gaat gepaard met een aanzienlijk verkorte levensduur (Barbato, 1998). De prognose is slechter naarmate de stoornis vroeger begint en langer onbehandeld is. Dit zijn belangrijke redenen om binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie tekenen van een eerste episode van schizofrenie te onderkennen en vroegtijdig te behandelen.

Schizofrenie die voor de puberteit (*very early onset schizophrenia*) begint, of na de puberteit maar voor het achttiende jaar (*early onset schizophrenia*), is qua symptomen niet anders dan schizofrenie die op (jong)volwassen leeftijd begint. Vandaar dat hier de kernsymptomen en de DSM-criteria die voor volwassenen gelden besproken worden. Er zijn echter wel verschillen in geassocieerde kenmerken en in de symptomen die op de voorgrond staan (zie later).

Diagnostische kenmerken

Schizofrenie is het prototype van een psychotische stoornis en wordt tegenwoordig gezien als behorend tot het spectrum van psychotische stoornissen (Van Os e.a., 2009). Hoewel schizofreniespectrumstoornissen dus als een continuüm kunnen worden beschouwd, maakt de DSM-5 een (enigszins arbitrair) onderscheid naar ernst op basis van de duur van de psychotische toestand.

Drie psychotische stoornissen kunnen naar duur worden onderscheiden:

- 1 een kortdurende psychotische stoornis (korter dan een maand);
- 2 schizofreniforme stoornis (langer dan een maand en korter dan zes maanden);
- 3 schizofrenie (langer dan zes maanden).

Daarnaast is voor de adolescentie van belang dat er psychotische symptomen kunnen optreden als gevolg van het gebruik van (genees)middelen of ten gevolge van een somatische aandoening. De vooral op volwassen leeftijd voorkomende psychotische stoornissen zoals de waanstoornis, schizo-affectieve stoornis en schizotypische persoonlijkheidsstoornis zijn zeldzaam voor het achttiende jaar en worden hier niet behandeld.

Psychose

Een psychose is een toestandsbeeld dat bestaat uit afwijkingen in een of meer van de volgende symptoomdomeinen: wanen, hallucinaties, gedesorganiseerd denken en spreken, gedesorganiseerde of abnormale motoriek en negatieve symptomen (APA, 2013). Er wordt onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve symptomen. Positieve symptomen representeren een teveel of een afwijking van het normale functioneren (wanen, hallucinaties, gedesorganiseerd denken en spreken, gedesorganiseerde of abnormale motoriek) en negatieve symptomen representeren een afname of verlies van het normale functioneren.

Wanen zijn overtuigingen die onaannemelijk zijn en onbegrijpelijk voor anderen. Een waan is dus een inhoudelijke denkstoornis. Er zijn vele soorten wanen die in de klassieke literatuur benamingen hebben gekregen, zoals:

- achtervolgingswaan of paranoïde waan;
- betrekkingswaan (overtuiging dat onafhankelijke gebeurtenissen of gedrag van mensen met de eigen persoon te maken hebben);
- wereldondergangswaan;
- groothedswaan;
- wanen die te maken hebben met het verlies van controle over lichaam of geest zoals vergiftigingswanen;
- gedachte-onttrekkingswanen;
- gedachte-inbrengingswanen; en
- beïnvloedingswanen (de overtuiging dat iemands gedachten, emoties en bewegingen gecontroleerd worden door externe krachten).

Hallucinaties zijn zintuigelijke ervaringen (percepties) die optreden bij afwezigheid van een externe stimulus. Iemand met hallucinaties hoort, ziet, voelt of ruikt dingen die er niet zijn maar die dezelfde helderheid hebben en net zo ervaren worden als normale percepties. Bij schizofrenie gaat het vrijwel altijd om auditieve hallucinaties, meestal in de vorm van het horen van stemmen. Dit kan in de vorm van het horen van een stem die een bevel geeft (imperatieve hallucinatie). Visuele hallucinaties komen vooral voor bij middelengebruik. Hallucinaties bij schizofrenie zijn altijd bij normaal bewustzijn. Hallucinaties bij gedaald bewustzijn kunnen normale fenomenen zijn zoals bij het inslapen (hypnagoge hallucinatie) of kunnen optreden bij een delier ten gevolge van een somatische aandoening.

Gedesorganiseerd denken is af te leiden uit de manier van spreken en wordt ook wel een formele denkstoornis genoemd. Hierbij is dus de vorm van het denken gestoord, in tegenstelling tot wanen waarbij de inhoud van het denken gestoord is. Vragen worden slechts zijdelings beantwoord of de antwoorden hebben helemaal niets met de vraag te maken, er wordt van de hak op de tak gesprongen zonder begrijpelijk verband en het spreken kan zo onbegrijpelijk zijn dat van *incoherent denken* gesproken wordt. Dit is heel anders dan het verhoogd associatief denken bij een manie, waarbij er een gedachtevlucht is en het denken versneld is. Hierbij zijn de associaties wel te herleiden en hebben ze een min of meer logisch verband, terwijl dit bij gedesorganiseerd denken

niet zo is. Soms zijn er *neologismen*, het vormen van woorden die niet bestaan, of is er sprake van een inhoudelijke armoede van de spraak.

Gedesorganiseerde of abnormale motoriek interfereert met normaal dagelijks functioneren en kan bestaan uit kinderlijk ‘gek’ gedrag of plotselinge motorische agitatie waarbij ook de normale samenhang van de motoriek afwezig is. Een specifieke vorm van abnormale motoriek is de *katatonie*. Hierbij is er juist een sterke afname van motorische reacties op de omgeving. Dit kan in de vorm van een soort bevrozing van motoriek (stupor) of spraak (mutisme), of in de vorm van bizarre, rigide lichaamshoudingen (kataplexie), of stereotiepe bewegingen, grimassen en staren.

Negatieve symptomen bestaan uit affectieve vervlakking en initiatiefverlies. Bij affectieve vervlakking hoort een afname van emoties, oogcontact, gebaren en intonatie bij het spreken. Initiatiefverlies is te merken aan een afname van zelfgeïnitieerde doelgerichte activiteiten. Affectvervlakking en initiatiefverlies zijn vaak onderdeel van een gebrek aan belangstelling voor of een gebrek aan mogelijkheden tot sociaal contact en leiden tot sociale terugtrekking.

Tabel 12.1 geeft de DSM-5-criteria (APA, 2013) van schizofrenie weer.

Tabel 12.1 Hoofdkenmerken van schizofrenie

<ul style="list-style-type: none"> • twee (of meer) van de volgende symptomen, waarvan een van de eerste drie: <ul style="list-style-type: none"> – wanen – hallucinaties – gedesorganiseerd spreken – gedesorganiseerd gedrag – negatieve symptomen • sinds het begin van de stoornis ligt het niveau van functioneren duidelijk onder het niveau van voor het begin van de stoornis
<ul style="list-style-type: none"> • symptomen zijn gedurende minstens zes maanden onafgebroken aanwezig

Psychose als gevolg van middelengebruik

Psychotische symptomen kunnen optreden als direct effect van het gebruik van middelen zoals cannabis, opioïden, stimulantia, hallucinogenen, ketamine en meer recent ook lachgas. Deze symptomen treden op in relatie tot het middelengebruik en zijn in korte tijd voorbij, meestal binnen een paar dagen na stoppen van het gebruik.

Klinische fasen

Hoewel de symptomen van schizofrenie die voor het achttiende jaar begint niet wezenlijk anders zijn dan van schizofrenie die op volwassen leeftijd begint, zijn er toch ook verschillen. Schizofrenie die voor het achttiende jaar begint, wordt gekenmerkt door een sluipend begin, meer negatieve symptomen, meer formele denkstoornissen en minder systematische wanen zoals een paranoïde waan; terwijl schizofrenie die op (jong)volwassen leeftijd begint, juist vaak gepaard gaat met systematische wanen zoals paranoïde wanen en eerder plotseling begint. Het sluipende begin in de zogenoemde

prodromale fase kan bestaan uit een langzame verslechtering in sociaal en schools functioneren en specifieke veranderingen in het gedrag zoals vreemd gedrag en ideeën, buitengewone interesses, veranderingen in stemming en bizarre waarnemingen.

Een ander kenmerk van schizofrenie die voor het achttiende jaar begint, is dat de stoornis sterker geassocieerd is met ontwikkelingsproblemen dan schizofrenie die op (jong)volwassen leeftijd begint. Deze problemen kunnen zijn: achterstand in de taalontwikkeling of in de motorische ontwikkeling, lichte neurologische afwijkingen, lager IQ, aandachts- en andere cognitieve problemen en problemen met sociale relaties (Cannon e.a., 2002). Hoewel in mindere mate komen deze ontwikkelingsproblemen ook voor bij schizofrenie die op volwassen leeftijd begint. Schizofrenie wordt dan ook wel gezien als een neurobiologische ontwikkelingsstoornis met lichte afwijkingen vroeg in het leven ver voordat de eerste diagnostische kenmerken van schizofrenie zich openbaren. Het is ook mogelijk dat voorafgaand aan de diagnose schizofrenie er zich al eerdere problemen voordeden, zoals gedragsproblemen, angst of depressie. Een probleem is dat retrospectief vaak eerdere ontwikkelingsproblemen of probleemgedrag vastgesteld kunnen worden, maar dat de voorspellende waarde hiervan niet specifiek voor schizofrenie is, maar ook voorspellers van andere stoornissen kunnen zijn.

Omdat het zo belangrijk is dat schizofrenie vroeg ontdekt en behandeld wordt, probeert men de vroege verschijnselen die duiden op een zich ontwikkelende psychose te onderkennen. Een groep die een risico vormt om schizofrenie te ontwikkelen zijn adolescenten met de volgende kenmerken: familiale belasting, milde positieve symptomen van schizofrenie en korte psychotische episodes met terugkeer naar normaal functioneren (Fusar-Poli, 2017). Als deze kenmerken aanwezig zijn, is het risico op het ontwikkelen van schizofrenie vergroot. Dat geldt vooral als deze kenmerken voorkomen bij adolescenten die hulp zoeken voor problemen.

Echter, de meeste adolescenten met een hoog risicoprofiel zullen geen psychose ontwikkelen, en identificatie en behandeling van een groep waarvan het merendeel geen psychose krijgt kan stigmatisering in de hand werken. Veel adolescenten met milde of voorbijgaande psychotische symptomen hebben een veelheid aan andere problemen zoals depressie, angst, middelengebruik of zich ontwikkelende persoonlijkheidsstoornissen. Als deze adolescenten hulp krijgen, zullen hulpverleners alert zijn op de mogelijkheid dat er een risico is op psychose.

Comorbiditeit

Een psychose is zo'n ernstige stoornis dat eventuele andere stoornissen of problemen op de achtergrond raken. Dit geldt met name voor angststoornissen, zoals paniekstoornis, die samen met schizofrenie kunnen voorkomen. Verder komt middelengebruik, met name tabaksgebruik, vaak voor. Door de ongezonde leefstijl (roken, ongezond eten, niet sporten), het vermijden van zorg en het geneesmiddelengebruik komen somatische aandoeningen veel voor.