

A silhouette of a person running towards a bright light source, creating a strong backlight effect. The person is in the center of the frame, running away from the viewer. The light source is a bright, rectangular opening in the distance, casting a long, dark shadow of the runner onto the floor. The overall atmosphere is one of movement and hope.

Samenvatting

PB2002







Klinische psychologie 2: diagnostiek en therapie

Hans Smits

Toelichting

In deze samenvatting volg ik de lijn van de tekst in yOUlearn van de cursus Klinische psychologie 2: diagnostiek en therapie (PB2002). De samenvatting betreft onder andere Simon, E., De Hullu, E., Smeets, G., & Van der Molen, H.T. (Red.). (2018). *Klinische psychologie: Diagnostiek en behandeling*. Noordhoff Uitgevers, en Kerkhof, A., & Van Luyn, B. (Red.). (2016). *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. Bohn Stafleu van Loghum.

Uitleg van de gebruikte kleuren:

-  Belangrijk begrip of definitie
-  Overige relevante begrippen
-  Korte samenvatting / externe bron
-  Box / psychologische interventie / leerdoel (●»)
-  Meetinstrument / geneesmiddel
-  Stof uit yOUlearn

Inhoud

Deel 1 Kadering van diagnostiek en behandeling	7
Psychodiagnostiek.....	7
1. Psychodiagnostiek	7
1.1 De rol van psychodiagnostiek	7
1.2 De diagnostische cyclus	8
1.3 Klachtanalyse: wat is de vraag?	8
1.4 Probleemanalyse: wat is het probleem?	8
1.5 Verklaringsanalyse: waar komen de klachten vandaan?	10
1.6 Indicatieanalyse: wat is de beste aanpak?.....	13
1.7 Van wetenschap naar praktijk	13
Indicatiestelling	14
2. Indicatiestelling.....	14
2.1 Indicatiestelling: een besluitvormingsproces	14
2.2 Modellen voor indicatiestelling	14
2.3 Voorwaarden voor indicatiestelling.....	15
2.4 Voorspellers van behandelresultaten.....	15
2.5 Indicaties en contra-indicaties	17
2.6 Indiceren binnen de basis-ggz en de specialistische ggz.....	17
Transdiagnostische benadering.....	17
3. Transdiagnostische benadering	17
3.1 Stoornisspecifieke benadering.....	17
3.2 DSM en evidence-based behandelingen	18
3.3 Transdiagnostische behandeling	18
3.4 Recente transdiagnostische ontwikkelingen	20
Ethiek.....	21
PDF Hoofdstuk 1 Ethische codes voor psychologen (Karel Soudijn)	21
Principes en standaards	22
Bronnen van variatie.....	22
Amerikaanse preambule.....	22
Nederlandse preambule	22
Behandeling van klachten bij het NIP	23
Maatregelen	23
Psychologen met een BIG-registratie	23
PDF Beroepscode voor psychologen van het NIP 2015	23
Algemeen deel	23
De basisprincipes	23
Richtlijnen ter uitwerking van de basisprincipes	23
Deel 2 Diagnostiek en behandeling vanuit verschillende theoretische benaderingen	25
Farmacotherapie en andere niet-psychotherapeutische behandelvormen	25
4. Farmacotherapie en andere niet-psychotherapeutische behandelvormen.....	25
4.1 Psychofarmacologische interventies	25
4.2 Algemene werkingsprincipes van psychofarmaca	25
4.3 Soorten psychofarmaca	27
4.4 Overige neurobiologische interventies.....	32
Cliëntgerichte behandeling van psychopathologie	33
6. Cliëntgerichte behandeling van psychopathologie	33
6.1 De geschiedenis van de cliëntgerichte benadering	33

6.2 Diagnostiek binnen het cliëntgerichte kader	34
6.3 Grondhouding van de cliëntgerichte therapeut	35
6.4 Pijlers van cliëntgerichte psychotherapie	36
6.5 Emotion-Focused Therapy (EFT)	38
6.6 Effectiviteit	39
Cognitieve gedragstherapie	39
7. Cognitieve gedragstherapie	39
7.1 Theoretisch kader	40
7.2 Basisprincipes van cognitieve gedragstherapie	41
7.3 Diagnostiek	43
7.4 Behandeling	44
7.5 Effectiviteit	47
7.6 (Contra-)indicaties	47
7.7 Nieuwe ontwikkelingen	47
Interpersoonlijke psychotherapie	48
8. Interpersoonlijke psychotherapie	48
8.1 Theoretische achtergrond	48
8.2 Effectiviteit	48
8.3 Behandeling	48
8.4 Toepassingen	51
Deel 3 Diagnostiek en behandeling passend bij verschillende vormen van psychopathologie	53
Suïcidaal gedrag	53
PDF Hoofdstuk 3 Verklaringen	53
3.1 Inleiding	53
3.2. Meervoudige verklaringen	53
3.3 Het suïcidaal proces	57
3.4 Waarom plegen zoveel mensen géén suïcide?	57
PDF Hoofdstuk 4 Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten	58
4.1 Inleiding	58
4.2 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag	58
4.3 Contact maken	58
4.4 Betrekken van naasten	59
4.5 Systematisch onderzoek van de suïcidaliteit	59
4.6 Systematische behandeling van suïcidaliteit	60
4.7 Veiligheid en continuïteit van zorg	61
4.8 Non-suïcidecontracten	61
4.9 Na een suïcide	61
4.10 Tot besluit	61
PDF Hoofdstuk 5 Systematische beoordeling van het suïciderisico: de wanhoop bespreken	61
5.1 Inleiding: de kans op suïcide	61
5.2 Langdurige kwetsbaarheidsfactoren	62
5.3 Langdurige beschermingsfactoren	62
5.4 Eerdere suïcide-ideatie en suïcidaal gedrag	62
5.5 Huidige suïcide-ideatie	63
5.6 Risicomomenten	63
5.7 Actuele kwetsbaarheids- en beschermingsfactoren	63
5.8 De wanhoop bespreken	63
5.9 Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten	64
5.10 Overzicht beoordeling van suïcidaliteit in de ggz	64

Angststoornissen	64
9. Angststoornissen	64
9.1 Diagnostiek	65
9.2 Behandeling	65
9.3 Paniekstoornis	68
9.4 Agorafobie	68
9.5 Sociale-angststoornis	69
9.6 Specifieke fobie	70
9.7 Gegeneraliseerde-angststoornis	70
Stemmingsstoornissen	71
10. Stemningsstoornissen	71
10.1 Depressieve stoornissen	71
10.2 Diagnostiek en behandeling van de depressieve stoornis	72
10.3 Bipolaire-stemmingsstoornissen	74
10.4 Diagnostiek en behandeling van de bipolaire-stemmingsstoornis	74
Posttraumatische-stressstoornis	76
11. Posttraumatische-stressstoornis	76
11.1 Een beeld van PTSS	76
11.2 Anamnese bij een vermoeden van PTSS	77
11.3 Diagnostiek	77
11.4 Behandeling	78
11.5 Welke PTSS-therapievormen zijn evidence-based?	78
Dissociatieve stoornissen	79
12. Dissociatieve stoornissen	79
12.1 Trauma en dissociatie	79
12.2 DSM-5 dissociatieve stoornissen	80
12.3 Vaststellen	80
12.4 Behandeling	82
Psychotische stoornissen	84
13. Psychotische stoornissen	84
13.1 Klinisch beeld van een psychose	84
13.2 Clinical staging	85
13.3 Diagnostiek	85
13.4 Diagnostiek per fase	86
13.5 Behandeling	87
Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	89
14. Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	89
14.1 Klinisch beeld	89
14.2 Etiopathogenese	90
14.3 Diagnostiek	91
14.4 Behandeling	92
Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen	92
15. Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen	92
15.1 Oppositioneel-opstandige stoornis	93
15.2 Periodiek-explosieve stoornis	94
15.3 Normoverschrijdend-gedragsstoornis	94
15.4 Antisociale-persoonlijkheidsstoornis	95
15.5 Pyromanie	96
15.6 Kleptomanie	96

Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen	97
16. Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen	97
16.1 Wat is verslaving? Een korte geschiedenis	97
16.2 Hoe raakt iemand verslaafd?	98
16.3 Screening en diagnostiek	98
16.4 Interventies	99
Persoonlijkheidsstoornissen	101
17. Persoonlijkheidsstoornissen	101
17.1 Klinisch beeld	101
17.2 Diagnostiek	102
17.3 Van diagnostiek naar indicatiestelling	103
17.4 Behandeling	103
Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen	105
19. Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen	105
19.1 Van de DSM-IV-TR naar de DSM-5	105
19.2 Classificatie, diagnostiek en prevalentie	106
19.3 Transdiagnostische instandhoudende factoren	108
19.4 Behandeling en effecten	108
Eetstoornissen	110
20. Eetstoornissen	110
20.1 Voedings- en eetstoornissen	110
20.2 Cross-over en transdiagnostiek	111
20.3 Diagnostiek en differentiële diagnostiek	111
20.4 Behandeling	112
Korte samenvatting	114
Index	146

Deel 1 Kadering van diagnostiek en behandeling

Waar komt de cliënt vandaan en waar gaat de cliënt naartoe? Deze vraag heeft een psycholoog in zijn achterhoofd bij elke nieuwe cliënt. Wanneer een cliënt wordt aangemeld vindt in de regel eerst *psychodiagnostiek* plaats (waarvan *indicatiestelling* een onderdeel vormt), gevolgd door een passend *behandeltraject*. Deel 1 kadert de diagnostiek, indicatie en behandeling van cliënten en biedt de psycholoog kennis die hem ondersteunt bij het begrijpen van zijn cliënt en bij het op weg helpen naar een geschikte behandeling. In dit eerste deel bekijkt u hoe de diagnostische cyclus gebruikt kan worden als blauwdruk voor wetenschappelijk verantwoord psychodiagnostisch onderzoek, en hoe elke stap van de diagnostische cyclus (klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse) er concreet uit ziet en wat hier in de praktijk van de ggz bij komt kijken.

Psychodiagnostiek

1. Psychodiagnostiek

Om uit te zoeken wat iemands psychische klachten zijn, moeten heel veel vragen gesteld worden: naar de klachten, naar de omstandigheden, naar de persoon en zijn geschiedenis, en naar de samenhang van alle factoren. Daarna volgen vragen naar de mogelijkheden voor behandeling, en de factoren waarin de cliënt veranderingen kan aanbrengen waardoor zijn klachten verminderen. De psycholoog heeft verschillende instrumenten tot zijn beschikking om de vragen te beantwoorden:

1. Onderzoeksgesprekken
2. (Gedrags)observaties
3. Psychologische tests en vragenlijsten.

Door gebruik te maken van wetenschappelijke methoden zorgt de onderzoeker ervoor dat de informatie gestructureerd wordt verzameld en verantwoord geïnterpreteerd. De kern van de *psychodiagnostiek* is de integratie van de drie genoemde bronnen om antwoorden op onderzoeksvragen te krijgen. Factoren in de persoon, in het gedrag en in de omgeving worden daarbij in samenhang beschouwd.

1.1 De rol van psychodiagnostiek

Vaak leveren het *onderzoeksgesprek* en de (gedrags)observaties al voldoende informatie op om op basis daarvan een behandeling te starten. Soms is echter aanvullend testonderzoek nodig, om de context en achtergrond van de klachten en problemen beter te kunnen plaatsen, of om de juiste behandeling of ondersteuning te indiceren. Over het geheel genomen geldt hierbij het principe van het *stepped-care model*: afhankelijk van de ernst en hardnekkigheid van de klachten kan worden gekozen voor een meer uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek. De ervaring is dat uitgebreid onderzoek zinvol kan zijn in de volgende situaties:

- › Als de indruk ontstaat dat de klachten of problemen grotendeels toe te schrijven zijn aan intelligentie, ontwikkelingsproblematiek, persoonlijkheid of cognitief (dis)functioneren
- › Wanneer een cliënt al meerdere (psychologische) behandelingen heeft gevolgd zonder het gewenste resultaat
- › Wanneer een cliënt gebaat lijkt bij een langer durende en/of intensievere behandeling vanwege zichtbaar geworden persoonlijkheidsproblematiek.

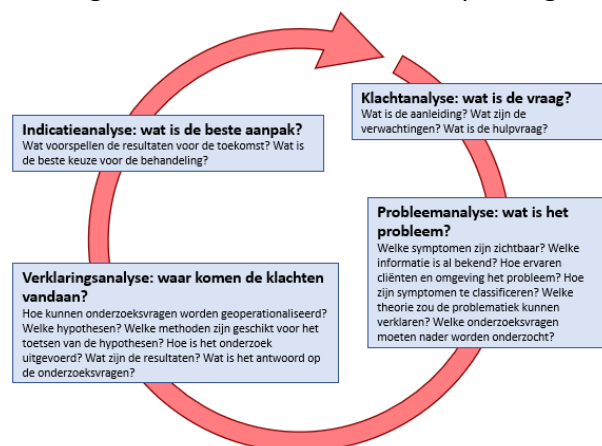
Psychodiagnostiek gaat verder dan het beschrijven van de klachten en het stellen van een classificerende diagnose, omdat bij het psychodiagnostisch proces het opstellen en toetsen van een verklarende hypothese centraal staan. Een psychodiagnosticus zal vooral willen begrijpen welke psychische processen en omgevingsinvloeden ten grondslag liggen aan de klachten en problemen van de cliënt. Als duidelijk is welke factoren een rol spelen, leidt dit tot een indicatiestelling waarbij de interventie wordt gekozen die past bij de (hypothetische) oorzakelijke factoren. Het onderzoek naar de onderliggende verklaringen, het terrein van de psychodiagnostiek, bouwt voort op de waarneembare informatie, die is verzameld in de intake, in anamnestiche gesprekken, en in de behandeling.

•» Bij het onderzoek hanteert de psychodiagnosticus de **empirische cyclus**. Op basis van vermoedens ontwerpt hij hypothesen, toetst deze en bouwt zo kennis op om de hypothesen aan te nemen of te verwerpen.

De psychologische diagnostiek kan vanuit verschillende invalshoeken benaderd worden, afhankelijk van het theoretisch kader. Dit kader van een instelling of onderzoeker heeft veel invloed op de keuzen die in het onderzoek gemaakt worden.

1.2 De diagnostische cyclus

•» De **diagnostische cyclus** (zie de figuur hieronder) dient in het Nederlands taalgebied als basis voor wetenschappelijk verantwoord psychodiagnostisch onderzoek, als toepassing van de hiervoor genoemde empirische cyclus. De cyclus bestaat uit vier stappen, die op elkaar volgen en de informatie uit de voorgaande stappen gebruiken of teruggaan naar een eerdere stap als er informatie ontbreekt of niet blijkt te kloppen. De stappen zijn achtereenvolgens •» klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse. Bij elk van de stappen is een wetenschappelijke grondhouding van belang.



1.3 Klachtanalyse: wat is de vraag?

Psychodiagnostisch onderzoek begint meestal vanuit een doorverwijzing. In de **aanmelding** wordt aangegeven wat de aanleiding voor de verwijzing is en wat de onderzoeksvraag of hulpvraag van de cliënt is. De psychodiagnosticus gaat als eerste stap van de •» **klachtanalyse** na wat de achtergrond is van de aanvrager: de aanleiding, de motieven en de verwachtingen. De tweede stap is de analyse van de hulpvraag van de cliënt: het moment, het doel en het ervaren probleem. Vaak is al meer informatie bekend vanuit het dossier.

De klachtanalyse volgt op de aanmelding, en leidt tot een **verhelderende diagnose**: er is duidelijkheid over aanleiding, verwachtingen en hulpvraag, en over eventueel eerder onderzoek. De kaders waarbinnen het diagnostisch onderzoek kan plaatsvinden zijn nu bekend.

1.4 Probleemanalyse: wat is het probleem?

In de •» **probleemanalyse** past de onderzoeker zijn kennis over psychische problemen toe op de hulpvragen, om te begrijpen wat er aan de hand is. Op basis van het geheel aan

beschikbare informatie en theorie kunnen goede onderzoeksvragen worden opgesteld. Om te beginnen zal de onderzoeker een beeld moeten krijgen van de situatie en de beleavingswereld van de cliënt. Tijdens de **anamnese** worden gegevens over de voorgeschiedenis en het functioneren van de cliënt uitgevraagd. Vaak is het nuttig om ook een **heteroanamnese** uit te voeren, waarbij personen die de cliënt kennen gevraagd wordt om aanvullende informatie.

1.4.1 Gestandaardiseerde klachtinventarisatie

Ter ondersteuning van de probleemanalyse zijn vaak al gegevens vanuit vragenlijstonderzoek beschikbaar, zoals van gestandaardiseerde vragenlijsten die breed screenen op klachten, of specifieke **symptoomvragenlijsten** die de ernst van symptomen uitvragen. Deze vragenlijsten worden vaak standaard in het kader van de intake afgenomen, of maken onderdeel uit van de **Routine Outcome Monitoring (ROM)**-procedure. Die procedure is binnen veel ggz-instellingen gestandaardiseerd en primair bedoeld voor het waarborgen van de zorg. ROM-instrumenten zijn ook geschikt voor het monitoren van de behandelresultaten. Er is ruime wetenschappelijke ervaring opgedaan met de inzet van de **Outcome Questionnaire (OQ-45)**. Die meet drie functiedomeinen: intrapsychisch, interpersoonlijk en sociale rolvervulling.

1.4.2 Specieële anamnese

In het **intakegesprek** met de cliënt brengt de intaker tijdens de **specieële anamnese** de specifieke klachten in beeld, waarbij het accent ligt op de huidige problemen. Door te vragen naar eventuele **luxerende factoren** en de aanloop van de problemen wordt duidelijk wat de volgorde, de aard en de ernst is van de problemen en waarom de cliënt nu hulp zoekt. Vervolgens gaat de intaker na wat voor verklaring de cliënt zelf heeft en of er sprake is van **interferentie**, dus in welke mate sociale, relationele en functionele aspecten belemmerd worden door de problemen. Ten slotte informeert de intaker naar de maatregelen die de cliënt zelf al dan niet genomen heeft, en wat het effect daarvan was. Hierdoor kan hij zich een eerste beeld vormen van het beoordelingsvermogen en het ziekte-inzicht van de cliënt.

1.4.3 Psychiatrische anamnese

De **psychiatrische anamnese** richt zich op het systematisch samenvatten van de psychiatrische symptomen van de cliënt, waarbij zowel objectieve als subjectieve symptomen in acht worden genomen. De intaker bestudeert onderstaande aspecten van de cliënt:

- › Verschijning, gedrag en psychomotoriek
- › Oriëntatie in tijd, plaats en persoon
- › Aandacht en geheugen
- › Waarneming
- › Spraak en denken
- › Stemming en affect
- › Persoonlijkheid.

1.4.4 Observaties tijdens onderzoeksgesprekken

De psychiatrische anamnese omvat veelal waarneembare manifestaties in het contact met de cliënt. Bij psychodiagnostisch onderzoek dient ook een indruk te worden gevormd van minder tastbare aspecten, zoals hoe stevig of kwetsbaar de cliënt overkomt, of hoe hij omgaat met gevoelens. Iedere persoon weert namelijk op eigen wijze ongewenste gevoelens af, door rijpere of meer primitieve afweermechanismen. De psychodiagnosticus heeft de beschikking over testinstrumenten, maar is ook zelf een instrument in het onderzoek.

1.4.5 Biografische anamnese en heteroanamnese

Tijdens de biografische anamnese en/of heteroanamnese vraagt de intaker naar factoren die de cliënt beschermen of juist ontvankelijk maken voor het ontwikkelen van psychopathologie. Deze informatie kan zowel bij de cliënt zelf worden uitgevraagd (■ *biografische anamnese*) als bij een belangrijke informant (heteroanamnese). Juist als bij de ontwikkeling van de problematiek de (vroeg) kindertijd een rol speelt, is betrouwbare informatie vanuit heteroanamnese belangrijk. De intaker besteedt ook aandacht aan eventuele gedragsstoornissen, aandachtsproblemen, leerproblemen of psychische stoornissen. Ten slotte brengt hij eventuele belangrijke life events in kaart, evenals eventuele psychiatrische stoornissen in de familie.

1.4.6 Huidig functioneren

Als afsluiting van de anamnese is de belangrijkste vraag hoe de cliënt op dit moment functioneert: hoe hij vorm geeft aan sociale relaties en vrije tijd, wat zijn maatschappelijke situatie is en hoe tevreden hij is met zijn functioneren. Tot slot is het belangrijk dat de intaker zich bewust is van het gegeven dat medische factoren vaak een rol spelen bij psychiatrische problemen, en zo nodig een lichamelijk onderzoek laat uitvoeren.

1.4.7 Beschrijvende diagnostiek

De probleemanalyse leidt tot een diagnose waarin antwoord wordt gegeven op de vraag ‘Wat is het probleem?’. De intake kan worden afgesloten met deze ■ *beschrijvende diagnostiek*. Dit niveau van diagnostiek, waarin een beschrijving wordt gegeven maar geen verklaring, wordt ook wel *onderkende diagnostiek* genoemd.

Classificatie volgens de DSM-5

Onderdeel van de beschrijvende diagnostiek is de *classificatie* van de symptomen. Het meest gebruikte systeem hiervoor is de DSM-5. Door de symptomen van cliënt te benoemen in termen van een ■ *DSM-classificatie* worden de klachten als het ware samengevat. Op die manier kan een passende behandeling worden geselecteerd.

Hoewel het in de praktijk vaak voorkomt dat op basis van de intake al een DSM-classificatie wordt toegekend, zijn er kritische geluiden tegen de nadruk op DSM-classificatie aan de toegangspoort van de ggz. Een gevaar van een snelle procedure is dat de classificatie verheven wordt tot een diagnose waarbij de individuele problematiek, context en betekenis voor deze specifieke cliënt op de achtergrond raakt.

1.5 Verklaringsanalyse: waar komen de klachten vandaan?

Met de beschrijvende diagnostiek alleen is meestal nog onvoldoende duidelijk geworden hoe het komt dat juist bij deze persoon in deze situatie problemen zijn ontstaan. We weten nog weinig van de persoon zelf of van zijn gedrag. In de ●» ■ *verklaringsanalyse* is de belangrijkste vraag waar de klachten vandaan komen en hoe die te verklaren zijn. Hiertoe worden verschillende instrumenten ingezet: vragenlijsten, interviews en tests.

In de verklaringsanalyse zien we sterk de empirische cyclus terug. Het komt er immers op aan de wetenschappelijke houding vol te houden en zorgvuldig de hypothesen te toetsen. In de praktijk worden onderzoeksvragen en hypothesen vaak weinig expliciet uitgewerkt, en zelden expliciet getoetst. Vanuit de klinische ervaring gaat dat vaak goed. Tegelijkertijd zijn er ook gevallen te noemen waarin tunnelvisie een grote rol is gaan spelen, doordat er te weinig aandacht was voor informatie die de hypothese kon ontkrachten.

1.5.1 Onderzoeksvraagstelling en hypothesen

Hoe kan men nu de problemen van de cliënt verklaren door zijn persoonlijkheid of door zijn gedrag? Om dergelijke onderzoeksvragen te beantwoorden, worden hypothesen opgesteld, die empirisch getoetst kunnen worden en dus falsifieerbaar zijn.

1.5.2 Keuze van instrumenten en methode

De hypothesen worden geoperationaliseerd, waarna passende methoden en meetinstrumenten worden gekozen om de hypothesen te toetsen. Bij elke hypothese moet vooraf duidelijk zijn onder welke voorwaarden, bij welk criterium, deze kan worden verworpen. De keuze voor de instrumenten en methoden kan verschillen per theoretische benadering en per toepassingsgebied. De keuze van de instrumenten is afhankelijk van verschillende factoren. Bij elke methode moet worden overwogen in hoeverre het instrument aansluit bij de onderzoeksvragen en hypothesen. Daarnaast geldt de kwaliteit van het instrument als een belangrijke factor. In Nederland beoordeelt de **COTAN** de kwaliteit van psychodiagnostische instrumenten.

Het (semi)gestructureerde interview

Het interview is een veelgebruikt instrument om op systematische wijze informatie te verzamelen. In de meeste gevallen wordt gebruikgemaakt van **(semi)gestructureerde interviews**, en in veel gevallen leidt het doorlopen ervan tot de vaststelling van een bepaalde classificatie. Zo biedt de **Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-S** voor symptomen en **SCID-5-P** voor persoonlijkheidsstoornissen) een brede checklist van criteria voor stoornissen. Ook zijn er symptoomspecifieke interviews die behulpzaam kunnen zijn, zoals de **Y-BOCS** voor het vaststellen van dwangstoornissen. Gebruik van gestructureerde interviews zorgt ervoor dat informatie wordt uitgevraagd die de hypothesen zowel kan falsifiëren als confirmeren.

Capaciteitentests

Met een **capaciteitentest** kunnen intellectuele vaardigheden worden onderzocht en vergeleken met een normgroep. In de indicatie van de behandeling kan daardoor rekening worden gehouden met sterke en zwakke punten. Men kan ervoor kiezen om te screenen op de aanwezigheid van licht verstandelijke beperkingen (bijvoorbeeld met de **SCIL**) of om een uitgebreid intelligentieonderzoek te doen (bijvoorbeeld met de **WAIS-IV**). Er kan ook worden gekozen voor een non-verbale intelligentietest (zoals de **SON-R**). Ook buiten het domein van de intelligentie kunnen neuropsychologische tests worden ingezet in de diagnostiek van bijvoorbeeld traumatisch hersenletsel, beginnende dementie, CVA en epilepsie.

Vragenlijsten

Veelgebruikt zijn **zelfrapportagevragenlijsten**. De ruwe scores op deze vragenlijsten worden vergeleken met een normgroep, waardoor symptomen of karaktertrekken kunnen worden geschaald. Bij de keuze van de vragenlijst speelt zowel de kwaliteit van de lijst als de aansluiting op de onderzoeksvraag een rol. Met zelfrapportagevragenlijsten kan een beeld worden gevormd van klachten, zowel algemeen screenend als specifiek, persoonlijkheid, en copingvaardigheden. Ook kan er, afhankelijk van de theoretische benadering of stoornis, gebruikgemaakt worden van specifieke vragenlijsten.

Indirecte methoden

Door gebruik van zelfrapportage krijgt de psychodiagnosticus een beeld van de cliënt zoals die zich op een bewust niveau presenteert. Bij gebruik van **indirecte methoden** is voor de cliënt

niet meteen duidelijk wat er gemeten wordt, en kan informatie worden verzameld waar de cliënt zich niet van bewust is of die hij niet rechtstreeks zou toegeven. Dit geldt bijvoorbeeld voor de Implicit Association Test (IAT). Een andere benadering van indirecte methoden is het gebruik van **projectieve tests**, die cliënten op een meer onbewust niveau uitnodigen om iets van zichzelf te laten zien. Vanwege de vrije structuur is normering van dergelijke tests vaak onvoldoende. Projectief materiaal genereert op een andere en eigen wijze hypothesen voor het psychodiagnostisch onderzoek.

Het structurele persoonlijkheidsinterview

Een interview kan ook gebruikt worden om als indirecte methode inzicht te krijgen in de persoonlijkheidsstructuur, zoals in het **structurele persoonlijkheidsinterview**. Deze diagnostiek is gebaseerd op de **psychodynamische theorie** van Kernberg (zie ook pagina 103), waarbinnen drie persoonlijkheidsorganisaties worden onderscheiden: de neurotische, de borderline- en de psychotische organisatie. De kwetsbaarheid of draagkracht van de persoonlijkheid wordt daarbij bepaald door de mate van identiteitsdiffusie, primitieve afweer en realiteitstoetsing. Door tijdens het interview bewust weinig structuur te bieden in het gesprek, wordt de cliënt gedwongen om zelf helderheid te scheppen bij thema's als zelfbeeld, belangrijke andere kernsymptomen en de relatie tussen heden en verleden. Door te confronteren met tegenstrijdigheden worden de afweermechanismen bij de cliënt geactiveerd.

In aanvulling op het structurele interview biedt de **dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek** een theoriegestuurd raamwerk om hypothesen over de persoonlijkheidsorganisatie te toetsen door het combineren en integreren van de resultaten op semigestructureerde interviews, verschillende persoonlijkheidsvragenlijsten en projectieve tests. Deze vorm van diagnostiek is onderwerp van controverse, onder meer vanwege het gebrek aan empirische onderbouwing.

1.5.3 Uitvoering van het onderzoek

Bij de uitvoering van het onderzoek is het belangrijk om ervoor te zorgen dat de onderzoeksmiddelen goed worden toegepast, om betrouwbare uitkomsten te verkrijgen. Bij veel instrumenten is een goede beheersing van de Nederlandse taal een vereiste. Het kan nodig zijn om non-verbale materialen te kiezen of gebruik te maken van voor de doelgroep aangepaste instrumenten. Afname van onderzoek zal zo veel mogelijk in een controleerbare omgeving plaatsvinden. Achteraf moet men ook controleren of de vragenlijsten serieus zijn ingevuld.

1.5.4 Interpretatie van de resultaten

De antwoorden op vragenlijsten en prestaties op taken worden verwerkt volgens de handleiding van het instrument, waarbij in de meeste gevallen vergelijking met een **normgroep** mogelijk is. Genormeerde scores worden vervolgens gerapporteerd en gebruikt om de hypothesen te toetsen.

1.5.5 Integratie van de onderzoeksresultaten

Na de hypothesetoetsing worden in de verslaglegging de resultaten geïntegreerd en de onderzoeksvragen beantwoord. Hierin kan ook tegenstrijdige informatie uit verschillende bronnen een plaats krijgen. Het is belangrijk de testresultaten in samenhang met alle andere informatie te beschouwen. De integratie van de onderzoeksresultaten wordt gebruikt om de aanvrager van het onderzoek terug te koppelen wat uit het onderzoek naar voren is gekomen en om de cliënt een overzicht te geven van de resultaten, en vormt tevens de basis voor de indicatieanalyse.

1.5.6 Terugkoppelingsgesprek

De conclusies van het onderzoek worden in een terugkoppelingsgesprek aan de cliënt gerapporteerd, bij voorkeur in aanwezigheid van een naaste. De conclusies kunnen zo nog eens getoetst worden aan de ervaringen van de cliënt en anderen. Dit kan het beeld verder nuanceren, aanvullen of tegenspreken. Een samenvatting van het gesprek maakt dan ook deel uit van de rapportage. Het is verstandig om ook de aanvrager te betrekken in de teruggave van een onderzoek, om daarmee een extra toetssteen te hebben.

1.6 Indicatieanalyse: wat is de beste aanpak?

In de laatste fase van de cyclus wordt op basis van de verklarende diagnose, een indicerende diagnose gesteld, waaruit een advies volgt voor de aanvrager van het onderzoek.

1.6.1 Predictie

In sommige gevallen zal de onderzoeker een uitspraak moeten of willen doen over de veranderbaarheid van de klachten en het probleemgedrag: men spreekt dan van **predictie**. Predictieve uitspraken zijn bijvoorbeeld gangbaar in de forensische setting. Een voorspelling kan zowel op empirische gronden gegeven worden door gebruik van risicotaxatie-instrumenten, als op basis van de klinische indruk.

1.6.2 Indicatie

In de **indicatieanalyse** formuleert de onderzoeker aan de hand van de resultaten van het diagnostisch proces, alsmede de wensen en mogelijkheden van de cliënt, een voorstel voor behandeling. Meestal worden in een multidisciplinair team de behandelopties besproken, waarna in samenspraak met de cliënt een behandelplan wordt opgesteld.

1.6.3 Gebruik van het psychodiagnostisch onderzoek in de behandeling

Bij de indicatie zijn, expliciet of impliciet, opnieuw hypothesen geformuleerd die in de behandeling getoetst worden. Hoewel een behandeling niet aan alle voorwaarden voor een goed experiment voldoet, kan men het wel op die manier beschouwen. Ook tijdens de behandeling wordt de diagnostische cyclus doorlopen, door de effecten van de behandeling te meten en te evalueren, en opnieuw hypothesen te formuleren.

1.7 Van wetenschap naar praktijk

De diagnostische cyclus wordt in opleidingen psychologie veel gebruikt. In de praktijk van de ggz is de uitwerking in verslaglegging soms anders van opzet en worden hypothesen zelden expliciet getoetst of beschreven. Dit heeft deels te maken met de beperkte tijd en capaciteit die beschikbaar is. De ervaring is dat bij veel psychologen de focus sterker komt te liggen op hun behandelambities. Teams doen er goed aan afspraken te maken over de beschikbare tijd voor intake en psychodiagnostiek. Er kunnen ook beperkingen zijn in de onderzoekbaarheid of motivatie van cliënten, bijvoorbeeld vanwege ernstige psychische klachten of middelengebruik. Daarom is het van belang om vooraf na te gaan of er symptomen zijn die de onderzoeksresultaten minder betrouwbaar zullen maken. Een wetenschappelijke grondhouding blijft van groot belang in de diagnostische cyclus, ook al vraagt de klinische praktijk vaak om concessies. Er bestaan verschillende gevaren in de klinische oordeelsvorming, zoals het varen op intuïtie en **confirmation bias**. Supervisie, intervisie en scholing zijn dan ook van groot belang.

Indicatiestelling

2. Indicatiestelling

●» **Indicatiestelling** omvat het besluitvormingsproces dat uitmondt in een behandelaanbod aan de cliënt. Dit proces vindt meestal plaats aan het eind van de diagnostische cyclus. Het doel van indicatiestelling is te komen tot een verantwoord, wetenschappelijk gefundeerd voorstel met betrekking tot een behandeling die leidt tot een optimaal behandelingsresultaat.

2.1 Indicatiestelling: een besluitvormingsproces

●» Het proces van indicatiestelling kent de volgende stappen:

1. Is professionele hulp nodig?
Om professionele hulp te krijgen binnen de ggz dient een psychische stoornis te zijn geclassificeerd met een DSM-diagnose. De hulpvraag moet op het terrein van de ggz liggen.
2. Wat zijn de behandeldoelen?
Vanuit de problemen van de cliënt moet de indicatiesteller komen tot heldere behandel-doelen die hun weerslag vinden in een behandelplan.
3. Wat is het therapieaanbod?
Per stoornis bestaan soms verschillende behandelmogelijkheden. Het uiteindelijke aanbod is mede afhankelijk van de klachten van de cliënt en diens voorkeur.
4. Wat is de beste behandelcontext?
De behandeling kan ambulant, in deeltijd of klinisch plaatsvinden. Daarbinnen kan de behandeling individueel zijn of in een groep.
5. Welke therapeut heeft de voorkeur?
Bij zowel de keuze van de behandeling als van de therapeut moet zo mogelijk rekening worden gehouden met de voorkeuren van de cliënt.

2.2 Modellen voor indicatiestelling

●» In de literatuur worden vier modellen beschreven met betrekking tot besluitvorming:

1. Het **expertmodel**:
Binnen dit model is de clinicus de expert. Hij neemt de verschillende opties voor behandeling in overweging en zal een voorstel aan de cliënt meedelen.
2. Het **vertegenwoordigersmodel**:
De clinicus neemt kennis van de verschillende behandelopties en neemt ook de beslissing, maar heeft oog voor het cliëntenperspectief.
3. Het **consumentenmodel**:
De clinicus is degene die aan de cliënt alle relevante informatie geeft die van belang is voor de besluitvorming. De informatie-uitwisseling is eenzijdig en de cliënt neemt de beslissing.
4. Het **overlegmodel**:
Hierbij vindt eerst overleg plaats tussen clinicus en cliënt, eventueel met belangrijke anderen. Dit wordt ook **collaborative care** en **shared decision making** genoemd. De clinicus is de expert, maar in overleg met de cliënt wordt consensus bereikt welke behandeling het meest passend is. Dit model doet het meest recht aan het cliëntenperspectief.

Afhankelijk van de problematiek van de cliënt kan voor een bepaald model gekozen worden. Tegenwoordig wordt bij de meeste cliënten de voorkeur gegeven aan het overlegmodel.

2.3 Voorwaarden voor indicatiestelling

●» De indicatiesteller moet in de eerste plaats kennis hebben van de effecten van behandelingen bij specifieke stoornissen. Hiertoe zijn in Nederland multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden beschikbaar, die uitspraken doen over groepen cliënten met een bepaalde stoornis. De indicatiesteller zal de vertaling moeten maken naar de individuele cliënt en, in samenspraak met de cliënt, bepalen wat voor hem of haar de beste passende behandeling kan zijn. De indicatiesteller moet daarom ook goed thuis zijn in de lokale behandel mogelijkheden en kennis hebben van verschillende behandelvormen en behandelaars. In veel gevallen is snel duidelijk welke instantie of welk programma het beste aansluit bij de stoornis of klachten, maar bij comorbiditeit wordt het al ingewikkelder, omdat dan gekozen moet worden welk probleem (eerst) zal worden behandeld. Maar ook daarna zijn er nog verschillende behandelopties waaruit gekozen moet worden, zoals psychotherapie of farmacotherapie. De indicatiesteller moet een inschatting maken van de mate waarin de cliënt de voorgestelde behandeling zal aannemen. Als behandelaar en cliënt consensus hebben over het doel en de aard van de behandeling, is de verwachting dat aanvaarding, inzet en therapietrouw groter zullen zijn.

2.4 Voorspellers van behandelresultaten

2.4.1 Evidence-based behandelen

●» Door het ministerie van VWS werd in 1999 een stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de ggz ingesteld, die de taak kreeg om richtlijnen voor diverse clusters van stoornissen te ontwikkelen. Een richtlijn bevat aanbevelingen voor eerstekeusbehandelingen en best practices. In eerste instantie verschenen er richtlijnen voor de meest voorkomende groepen stoornissen, waarna ook minder voorkomende stoornissen werden beschreven. Ondanks de overzichtelijke systematiek van de richtlijnen werden ze in de klinische praktijk weinig toegepast, onder meer omdat het cliëntenperspectief grotendeels ontbrak. Het ministerie stelde als reactie hierop in 2013 het **Kwaliteitsinstituut Nederland** in. Vanuit dit instituut zijn voor de verschillende stoornissen **zorgstandaarden** ontwikkeld. Die baseren zich op de multidisciplinaire richtlijnen, maar nemen ook het cliëntperspectief mee. Waar wetenschappelijk bewijs ontbreekt, wordt het oordeel van experts betrokken. Naast stoornisspecifieke zijn er ook **generieke zorgstandaarden** verschenen, die transdiagnostisch toepasbaar zijn. De clinicus die de indicatie stelt dient op de hoogte te zijn van deze ontwikkelingen en de best practices volgens de zorgstandaarden. Daarnaast moet hij een vertaling maken naar de individuele cliënt en daarbij rekening houden met andere variabelen: de cliëntvariabelen, de therapeutkenmerken, de therapeutische relatie en de context van de behandeling.

2.4.2 Cliëntvariabelen

●» De indicatiesteller moet met verschillende cliëntfactoren rekening houden. Ten eerste de *ernst van de psychopathologie*. Er zijn aanwijzingen dat cliënten met ernstiger klachten een slechtere behandelprognose hebben, maar er zijn ook aanwijzingen voor het tegendeel. Deze inconsistentie lijkt te verklaren doordat cliënten met ernstiger klachten weliswaar meer verbetering tonen tijdens de behandeling, maar aan het eind nog steeds meer klachten hebben. Ook *comorbiditeit* heeft invloed op de behandelresultaten, maar studies laten zien dat dit geen reden is om af te zien van de eerstekeusbehandeling van de aanmeldingsklacht. Ook de *voorgeschiedenis* van de cliënt is van belang, wat betreft eerdere behandelingen en de resultaten daarvan. Verder zijn *persoonlijke eigenschappen* van patiënten van invloed op

het behandelresultaat. Deels zijn dit eigenschappen die in het algemeen helpen om adequaat te functioneren.

*Motivat*ie en *therapietrouw* van de cliënt zijn essentieel, maar niet eenvoudig vast te stellen. Motivatie is namelijk geen stabiel kenmerk, maar een dynamische toestand die mede wordt beïnvloed door het verloop en het resultaat van de behandeling. Er is de laatste jaren toenevende aandacht voor het motiveren van cliënten. Een bekende aanpak is **motiverende gespreksvoering**, die wel wordt gezien als een vorm van prétherapie. Een vergelijkbare techniek is het **socratisch motiveren**, waarbij de therapeut aansluit bij de wensen van de cliënt en op betrekkningsniveau bespreekt waartoe de cliënt gemotiveerd is.

Verder moet de leeftijdsfase van de cliënt in overweging worden genomen. Hoewel onze ggz nog steeds is ingedeeld in aparte instanties voor kinderen en volwassenen en ouderen, wordt steeds meer ingezien dat de overeenkomsten tussen stoornissen in verschillende fasen groter zijn dan de verschillen. De interventies worden dan ook steeds meer gelijk, en worden hoogstens aangepast aan specifieke thema's die in een bepaalde levensfase spelen.

2.4.3 Therapeutkenmerken

●» Onderzoek heeft consistent aangetoond dat sommige behandelaars gemiddeld genomen effectiever zijn dan andere. Het therapeutkenmerk is verantwoordelijk voor vijf tot negen procent van de variantie in uitkomsten. Onderzoek betreft vier groepen kenmerken:

1. Demografische kenmerken (waaronder leeftijd, geslacht)
2. Professionele kenmerken (training, ervaring)
3. Relatief stabiele karaktertrekken (waaronder emotionele stabiliteit, normen en waarden)
4. Meer tijdelijke, variabele gedragingen (zoals zich houden aan protocollen).

Inmiddels is duidelijk dat demografische variabelen en ervaring geen voorspellende waarde hebben. Op de laatste twee groepen werden wel verschillen gevonden. Therapeuten met **flexibele modelgetrouwheid** bleken beter te presteren. Uit onderzoek blijkt dat effectieve behandelaars met name beter zijn in het reageren op 'moeilijke' cliënten.

2.4.4 Context van de behandeling

●» *Groepsbehandeling of individueel*

Veel psychotherapieën worden individueel aangeboden. Er kan echter ook gericht worden geïndiceerd voor een groepsbehandeling. Er is slechts weinig wetenschappelijk onderzoek naar de directe vergelijking van een groepsbehandeling versus een individuele behandeling. De resultaten zijn niet eenduidig, maar het lijkt dat beide effectief zijn. Een ander aspect is dat groepsbehandelingen meestal kosteneffectiever zijn.

●» *Ambulant, deeltijd, of klinische opname*

De clinicus moet bij het indiceren een keuze maken wat betreft de intensiteit van de behandeling. Ggz-instellingen hanteren hierin vaak hun eigen criteria. Het beleid van de laatste jaren in Nederland en België is dat men steeds meer ambulanteiseert en steeds minder kiest voor een klinische opname. Dat laatste gebeurt wel als de patiënt mogelijk een gevaar voor zichzelf of de omgeving vormt, of als de omgeving van de cliënt niet meer in staat is de last op te vangen. Er zijn aanwijzingen dat het intensiveren van ambulante behandelingen tot een sneller behandelresultaat leidt. Een intensieve behandeling voor cliënten met een ernstige psychische aandoeningen (**EPA**) is de **flexible assertive community treatment (FACT)**. Het gaat vaak om cliënten met psychosen, schizofrenie of een ernstige persoonlijkheidsstoornis.

2.5 Indicaties en contra-indicaties

•» Er zijn ook **contra-indicaties** voor behandeling, en allereerst moet de vraag worden gesteld of behandeling wel geïndiceerd is. Het kan zijn dat er weliswaar sprake is van een stoornis, maar dat andere psychosociale problemen dusdanig op de voorgrond staan dat het weinig zinvol is om te starten met een behandeling. De andere kant is dat hulpverleners soms te terughoudend zijn om te starten met een behandeling, zoals nogal eens het geval is bij cliënten met een PTSS of cliënten met een psychose die comorbide ook een PTSS hebben.

2.6 Indiceren binnen de basis-ggz en de specialistische ggz

•» Sinds 2014 is in Nederland de ggz opgesplitst in de **basis-ggz** (ook wel generalistische basis-ggz genoemd) en de **specialistische ggz (sggz)**. Daarnaast is er nog de **POH-GGZ** binnen de huisartsenpraktijk, •» die de huisarts ondersteunt als een cliënt last heeft van lichte psychische problematiek, maar geen sprake is van een DSM-diagnose. Is wel sprake van een stoornis, dan is het uitgangspunt dat de lichtere stoornissen behandeld worden binnen de basis-ggz. Bij het indiceren naar de basis-ggz •» moet sprake zijn van een stoornis volgens DSM-criteria, sprake zijn van lichte tot matig ernstige problematiek, het risico laag tot matig zijn, sprake zijn van een enkelvoudig beeld met lage complexiteit en de klachten aanhoudend en persisterend zijn. Binnen de basis-ggz wordt vaak gewerkt aan de hand van het **KOP-model** (klachten, omgeving, persoonlijke stijl). Aan de hand van deze drie dimensies wordt geïndiceerd en worden behandelproducten en **behandelproduct** gekozen. In de basis-ggz zijn er vier behandelproducten: kort, middel, intensief en chronisch. Voor het indiceren voor deze verschillende behandelingen is het belangrijk dat de behandelaar goed taxeert op welk terrein de problemen zich bevinden en het product daarop af te stemmen. Bij ernstige en complexe problematiek kunnen de cliënten terecht bij de sggz. De indicatiecriteria hiervoor liggen in het verlengde van die van de basis-ggz: •» er moet sprake zijn van acute, ernstige tot zeer ernstige klachten, sprake zijn van een hoog complex beeld, of sprake zijn van een hoog risico.

Transdiagnostische benadering

3. Transdiagnostische benadering

De transdiagnostische benadering kijkt op een andere manier naar problematiek van cliënten en naar het indiceren van een behandeling dan een stoornisspecifieke aanpak.

3.1 Stoornisspecifieke benadering

Kenmerkend voor een intakeverslag is dat het wordt afgesloten met een of meer DSM-diagnosen en een globaal behandelvoorstel. Bij de start van de behandeling wordt dit voorstel aangevuld tot een concreet behandelplan, dat vervolgens wordt uitgevoerd. Het behandelplan is gebaseerd op de behandelrichtlijnen waarbij de diagnosen vrijwel automatisch verwijzen naar evidence-based behandelprotocollen. Deze •» **stoornisspecifieke benadering** (of **diagnosespecifieke benadering**) is al meer dan 25 jaar dominant in de ggz. •» Toch is deze werkwijze niet zonder controverse. Een belangrijke kwestie betreft de vraag wat de behandelaar moet doen wanneer bij een patiënt meerdere diagnosen tegelijk worden vastgesteld. Behandelrichtlijnen en de DSM vermelden weinig over de handelwijze bij comorbiditeit.

3.2 DSM en evidence-based behandelingen

Anders dan zijn voorgangers streefde de DSM-III naar classificatie volgens objectieve kenmerken. Dat de DSM daarmee geen diagnostisch maar een classificatiesysteem is, wordt vaak als kritiek op het systeem naar voren gebracht. ●» De wijze van classificeren vanaf DSM-III leidt ertoe dat veel patiënten comorbide aandoeningen hebben. ●» Een ander vaak gehoord punt van kritiek is dat de DSM uitgaat van een categoriale indeling en niet van een dimensionale. Daarmee wordt volgens critici tekort gedaan aan de werkelijkheid waar juist veel klinische en subklinische symptomen naast en door elkaar bestaan. Met probeert dit soms te ondervangen door te spreken van ‘trekken van...’. ●» Critici hebben verder aangevoerd dat het DSM-systeem heeft geleid tot een wildgroei in emotionele stoornissen, wat ook tot uitdrukking komt in de prevalentiecijfers van mensen met een DSM-diagnose. Ondanks de kritiek heeft het DSM-systeem vanaf de DSM-III een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van de huidige evidence-based behandelprotocollen. Hoewel de implementatiegraad en acceptatie hiervan in de reguliere behandelpraktijk nog veel te wensen overlaat, gelden deze protocollen als state of the art bij beleidsmakers en academici.

3.3 Transdiagnostische behandeling

Op het ogenblik tracht men de effectiviteit en efficiëntie van de (curatieve) ggz te verhogen door steviger in te zetten op de implementatie en acceptatie van stoornisspecifieke evidence-based behandelprotocollen binnen behandelinstellingen. Maar er is ook een beweging in gang gezet om een meer ●» **transdiagnostische visie** te ontwikkelen, die zich meer richt op aspecten van de problematiek of behandeling die de specifieke stoornissen en behandelingen overstijgen of die zij gemeenschappelijk hebben. Die visie is in zichzelf niet nieuw en bestond en bestaat in verschillende vormen al langer binnen de psychiatrie.

3.3.3 Transdiagnostische interventies op het niveau van het therapeutisch aangrijpingspunt

Op het niveau van het **therapeutisch aangrijpingspunt** vraagt de therapeut zich af welke aspecten in het denken, doen en laten van de patiënt moeten veranderen om aan diens hulpvraag tegemoet te komen. Daarbij is tevens de vraag aan de orde met behulp van welke methoden die veranderingen het beste kunnen worden gerealiseerd. Een aantal aspecten op dit niveau heeft een transdiagnostisch karakter.

Geïndividualiseerde zoekschema's als transdiagnostische factor

Behandelprotocollen bieden globale beschrijvingen van toe te passen interventies. Deze richtlijnen zijn te globaal om ze meteen concreet te kunnen toepassen. Uiteindelijk moeten alle behandelprotocollen dan ook worden geïndividualiseerd en toegespitst op de specifieke patiënt. Om dit te realiseren wordt vaak een beroep gedaan op de traditionele zoekschema's voor individuele probleemanalyse en interventiekeuze. Binnen de cognitieve gedragstherapie gaat het daarbij onder andere om functieanalyses en/of betekenisanalyses.

●» In een **functieanalyse** (FA) wordt een hypothese geformuleerd over de factoren die problematisch gedrag in stand houden. Aan de hand van een FA kan een therapeut een geïndividualiseerd therapieplan ontwerpen, om daarmee aan het generieke voorschrift van een richtlijn te voldoen op een voor de specifieke problemen optimale wijze. In een **betekenisanalyse** (BA) wordt een hypothese geformuleerd over de persoonlijke associaties die verantwoordelijk zijn voor de disfunctionele betekenissen die de patiënt toekent aan feitelijk niet-proble-

matische situaties of gebeurtenissen. Op basis van deze persoonlijke betekenisverlening kan de voorgeschreven behandeling worden aangepast tot een specifieke interventie.

Idiosyncratische zoekschema's als de functie- en betekenisanalyse zijn niet alleen generiek, maar ook transdiagnostisch. Bij het opstellen ervan doet het er immers in eerste instantie niet toe welke specifieke aandoening de patiënt heeft. De vorm van de schema's is altijd hetzelfde. Pas bij het invullen van de inhoud van de schema's ontstaat onderscheid.

Toepassen van transdiagnostische behandelinhoudelijke interventies

Generalistische schema's voor **idiosyncratische** (individueel specifieke) probleemanalyse en interventies dienen er niet alleen toe om de generieke voorschriften van behandelrichtlijnen op iedere patiënt persoonlijk af te stemmen. ●» De schema's worden soms ook gebruikt om nieuwe aanvullende behandeldoelen aan te wijzen, waarop de uit de richtlijnen voortvloeiende interventies onvoldoende zijn gericht. Een enkele keer worden de bestaande interventies zelfs geheel achterwege gelaten. Van richtlijnen mag immers worden afgeweken.

Op basis van generieke transdiagnostische analyse kan de therapeut bijvoorbeeld vaststellen dat bij sommige depressieve patiënten piekeren een belangrijk probleem is waarop geïntervenieerd moet worden, ook al is rumineren geen formeel DSM-5-criterium en ook al maken anti piekertrainingen geen deel uit van bestaande behandelrichtlijnen. Piekeren wordt door velen als een transdiagnostische factor van emotionele stoornissen beschouwd. Vergelijkbare redeneringen gelden in veel meer situaties.

Het onderzoek naar transdiagnostische factoren is nog betrekkelijk pril. ●» Inmiddels is redelijk veel bekend over de mate waarin onder meer lage zelfwaardering, rigiditeit, perfectionisme, intolerantie voor onzekerheid, slaapproblemen en piekeren bij verschillende emotionele stoornissen voorkomen en over de rol die zij in die stoornissen spelen. Veel minder is bekend over de mate waarin specifieke stoornissen afnemen of verdwijnen naarmate veronderstelde, onderliggende transdiagnostische factoren succesvol worden behandeld.

Transdiagnostische op informatieverwerkingsprocessen gerichte interventies

Op een meer fundamenteel niveau is er veel bekend geworden over afwijkende informatieverwerkingsprocessen bij diverse patiëntenpopulaties. Ook dit onderzoek biedt aangrijpingspunten voor transdiagnostisch behandelen, door de inzet van ●» **cognitieve biasmodificatie** (CBM) trainingen, vaak op de computer gebaseerde trainingen om deze (veelal automatische) processen te beïnvloeden. Ook bestaan er trainingen om interpretatiebias te corrigeren, waarbij de neiging om ambigue informatie van de negatieve kant te benaderen wordt omgevormd naar een meer evenwichtige wijze van interpreteren. Verder bestaan er trainingen om disfunctionele automatische toenadering (●» **approach/avoidance tendencies**) te beïnvloeden. Patiënten met een depressieve stoornis, maar ook die met PTSS, hebben een overgegeneraliseerde geheugenbias. Ze hebben er moeite mee om zich specifieke plezierige of onplezierige herinneringen voor de geest te halen. Experimenteel zijn trainingen ontwikkeld om ook deze cognitieve bias te reduceren, zoals de ●» **memory specificity training**.

De beschreven interventies zijn transdiagnostisch omdat ze niet rechtstreeks op het specifieke klachten- en symptomenpatroon ingrijpen, maar op een verondersteld onderliggend mechanisme dat niet beperkt is tot de specifieke diagnose van de patiënt.

Veerkrachtbevorderende transdiagnostische interventies

Gezonde persoonskenmerken en gedragingen kunnen ook een transdiagnostische rol spelen. Ze belemmeren mogelijk de ontwikkeling van psychopathologie en emotionele problemen, en

kunnen het herstel ervan helpen bevorderen. Voor een deel gaat het om het ontbreken of in mindere mate voorkomen van problematische kenmerken en gedragingen. Maar er zijn ook kenmerken geïdentificeerd die intrinsiek een goede geestelijke gezondheid bevorderen. Men spreekt van ●» **welbevinden**, en dit zou beschermen tegen de ontwikkeling van emotionele problemen en de veerkracht bevorderen om tegenslag het hoofd te bieden. Voor een deel wordt welbevinden bepaald door sociaal-maatschappelijke factoren, voor een ander deel gaat het om meer persoonlijke omstandigheden. Ook psychologische factoren beïnvloeden welbevinden. Het gaat dan om autonomie, zelfacceptatie, het ervaren van competentie en het vermogen tot empathie, affectie en intimiteit. Het versterken of opbouwen van aspecten van welbevinden behoren nog niet tot de dagelijkse praktijk binnen de ggz.

3.4 Recente transdiagnostische ontwikkelingen

3.4.1 *Samenvoegen en onderling integreren van afzonderlijke protocollen*

Een recente ontwikkeling is het samenvoegen en integreren van bestaande diagnosespecifieke behandelprotocollen. Dat gebeurt vanuit een transdiagnostische visie.

Unified protocol

Het sterkst is die transdiagnostische insteek op dit moment waarschijnlijk te vinden bij het **unified protocol**, een poging om de verschillende protocollen voor angst- en stemmingsstoornissen terug te brengen tot een enkel protocol. Hieraan liggen verschillende overwegingen en bevindingen ten grondslag. Zo heeft men vastgesteld dat er een hoge parallelle en sequentiële comorbiditeit bestaat tussen de verschillende angst- en stemmingsstoornissen. Ook is duidelijk geworden dat er forse overeenkomsten bestaan tussen diverse effectief gebleken behandelprotocollen. Verder blijkt een effectieve behandeling van de ene stoornis vaak een gunstig effect te hebben op het beloop van andere, niet rechtstreeks behandelde stoornissen. Ten slotte bouwt het unified protocol voort op het toenemende aantal aanwijzingen dat angst- en stemmingsstoornissen waarschijnlijk worden gekenmerkt door een gemeenschappelijk onderliggend construct dat **negatief affect** wordt genoemd. De verschillende interventies binnen het unified protocol worden verdeeld over een aantal relatief losse behandelmodulen. Naast drie modulen voor motivatieversterking, informatieverstrekking en terugvalpreventie, richten vijf modulen zich op het niveau van het therapeutisch aangrijpingspunt: bewustwording van emotionele ervaringen, cognitieve flexibiliteit, tegengaan van vermijding, identificering van lichamelijke sensaties, exposure aan emotionele triggers. Het unified protocol is transdiagnostisch omdat alle modulen bij verschillende diagnosen kunnen worden toegepast.

Enhanced CBT

Het transdiagnostische aspect van **enhanced CBT** (CBT-e) heeft een wat beperktere reikwijdte dan het unified protocol. Het richt zich uitsluitend op de groep eetstoornissen, maar maakt geen onderscheid meer tussen de verschillende typen eetstoornissen. De verschillen tussen deze stoornissen zijn immers klein, terwijl de overeenkomsten juist groot zijn. Er is een focale vorm (CBT-ef) die zich uitsluitend richt op wat als de kernpathologie wordt beschouwd (overwaardering van lichaamsvorm en gewicht) en een bredere versie (CBT-eb) die zich tevens richt op bijkomende problemen als lage zelfwaardering, perfectionisme en interpersoonlijke problemen. De eerste resultaten van verschillende studies vallen positief uit voor CBT-e.

3.4.2 Een netwerkmodel voor psychopathologie

Inmiddels vat steeds meer de mening post dat een puur diagnosespecifieke aanpak zijn langste tijd heeft gehad. Voor een van de belangrijkste aannamen ervan, namelijk het bestaan van onderliggende somatische, neurologische, genetische of hormonale afwijkingen, is nauwelijks enige empirische ondersteuning gevonden. Al dan niet met erkenning voor de waarde die het DSM-classificatiesysteem heeft gehad, worden andere benaderingen voorgesteld. Een daarvan is het **netwerkmodel**. Volgens dit model stuurt niet een onderliggende specifieke stoornis de symptomen van een patiënt aan, maar sturen in netwerken georganiseerde symptomen zichzelf en elkaar onderling aan. Sommige symptomen hebben daarbij sterke onderlinge associaties, terwijl andere veel lossere verbanden met elkaar hebben. Bovendien werken sommige symptomen, kenmerken en emoties excitatoir op elkaar in, en andere inhibitor. Dat kan ook gelden voor beschermende factoren en omstandigheden.

Wanneer transdiagnostisch verwijst naar aspecten die door verschillende diagnoses heen lopen, is het netwerkmodel eerder a-diagnostisch. Het netwerkmodel gaat in zijn uiterste consequentie voorbij aan het idee van categoriaal in te delen stoornissen en stelt een geheel ander systeem voor. Volgens de **netwerkanalyse** is voor een adequaat behandelplan een inventarisatie nodig van specifieke, individuele klachten, symptomen, emoties en andere kenmerken, alsmede van de omstandigheden en de mate waarin deze zich voordoen. Het is daarmee een sterk gepersonifieerd model.

Vanuit de netwerkgedachte wordt veel belang gehecht aan intensieve registratie van symptomen en andere relevante gegevens, zoals met de **Experience Sampling Method (ESM)**. Hiermee worden op meerdere momenten symptomen uitgevraagd, waardoor een individueel beeld kan worden gegeven van fluctuaties van symptomen, en **symptoomclusters** kunnen worden geïdentificeerd. Aansluitend kan men nagaan welke symptomen de meest centrale positie innemen. Dergelijke centrale knooppunten zou men dan in de behandeling bij voorkeur als eerste moeten neutraliseren, om zo ook op andere plekken in het netwerk veranderingen teweeg te brengen.

De werkwijze van het netwerkmodel wordt op diverse manieren onderzocht en de bevindingen zijn vooralsnog bevredigend. Toch zal de aard van de interventies die op basis van een netwerkanalyse worden geïndiceerd waarschijnlijk niet heel erg verschillen van interventies die voortkomen uit het diagnosespecifieke model. Ook daar intervenueert men over het algemeen op het niveau van klachten en symptomen, gebruikmakend van interventies die binnen een DSM-context zijn ontwikkeld. Maar omdat het neutraliseren van de meest centrale symptomen in het netwerk het doel is, zullen interventies vanuit de netwerkanalyse regelmatig zijn gericht op symptomen die niet altijd centraal staan in DSM-classificaties. Een laatste verschil met de traditionele benadering is dat het netwerkmodel gemakkelijk ruimte laat voor het versterken van positieve, beschermende kenmerken, waar het DSM-systeem dat niet doet.

Ethiek

PDF Hoofdstuk 1 Ethische codes voor psychologen (Karel Soudijn)

Een **beroepscode** bevat regels waaraan professionals zich bij de uitoefening van hun praktijk behoren te houden. Deze regels zijn weer afgeleid van een **beroepsethiek**. In een beroepscode voor psychologen kunnen bijvoorbeeld zaken geregeld worden met betrekking tot de volgende kwesties:

- > Sommige rollen zijn zo slecht met elkaar te verenigen, dat ze niet door dezelfde persoon in dezelfde situatie moeten worden uitgevoerd

- › Een vertrouwensrelatie impliceert een sterke beperking op datgene wat aan anderen mag worden meegedeeld
- › Vertrouwelijkheid mag worden opgeheven als de persoon om wie het gaat daar zelf toestemming voor geeft, maar dan moet die persoon wel overzien wat deze toestemming inhoudt
- › Het is belangrijk voor psychologen om slechts opdrachten te aanvaarden die voldoende specifiek zijn.

Principes en standaards

Regels uit ethische codes variëren in de mate van concreetheid waarin ze goede of foute handelingen specificeren. De code van de APA maakt bijvoorbeeld een scherp onderscheid tussen algemene principes en ethische standaards. **Algemene principes** worden gepresenteerd als 'na te streven doelen', **ethische standaards** specificeren 'af te dwingen gedragsregels'.

De beroepsethiek van het NIP kent vier basisprincipes, aangeduid met de begrippen verantwoordelijkheid, integriteit, respect en deskundigheid. Elk van deze principes is uitgewerkt in richtlijnen, die geordend zijn in groepen. Een scherpe scheiding tussen principes en standaards valt hier niet te maken. We kunnen beter zeggen dat er sprake is van een hiërarchische ordening. In de Nederlandse en Belgische beroepscoodes worden thema's behandeld die goed vergelijkbaar zijn. Beide stelsels zijn namelijk geënt op een algemene structuur voor een beroepsethiek, gepresenteerd door de Europese federatie van beroepsverenigingen van psychologen EFPA.

Bronnen van variatie

Het is niet vreemd dat er variatie bestaat tussen beroepscoodes van psychologen in verschillende landen. Nogal wat regels lopen parallel aan bepalingen uit lokale wetgeving. Nederland kent bijvoorbeeld wetgeving die in de gezondheidszorg een aantal rechten en plichten specificiert in de relatie tussen zorgverleners en patiënten, zoals recht op informatie, het geven van toestemming bij het aangaan van een behandeling, en recht op dossierinzage. De NIP-code bevat regels die hiermee te vergelijken zijn. Die worden echter verbreed naar een grote variëteit aan professionele relaties tussen psychologen en cliënten. Naast lokale wetgeving kunnen ook 'lokale incidenten' een bron van variatie vormen. Dat heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat er voorschriften bestaan voor een nauwgezette vermelding van opleiding en kwalificaties, ervaring, deskundigheid en titels, en voor terughoudendheid bij optredens in de media.

Amerikaanse preambule

Aan het begin van beroepscoodes voor psychologen is meestal een **preambule** te vinden, een inleidende tekst die enkele uitgangspunten verwoordt en nog ruimer is dan de algemene principes uit de code. De preambule van de Amerikaanse beroepscode verplicht bijvoorbeeld tot 'het doen groeien van wetenschappelijke en professionele kennis' en tot een 'zodanig gebruik van dergelijke kennis dat hiermee verbeteringen tot stand kunnen worden gebracht in de omstandigheden waaronder personen, organisaties en de maatschappij functioneren'. Het gaat niet zozeer om een richtlijn waaraan het doen en laten van afzonderlijke psychologen getoetst kan worden, maar om een mission statement van een omvangrijke beroepsgroep. In de tekst van deze preambule zijn enkele belangrijke uitgangspunten te herkennen:

- › De basis van het werk van een psycholoog berust op kennisverwerving
- › Psychologen moeten op verschillende niveaus kunnen denken, zoals individu en samenleving
- › Mensen moeten worden beschouwd als individuen met keuzevrijheid
- › Psychologen moeten goed kunnen inschatten wat door betrokkenen als een verbetering of als een verslechtering zal worden beschouwd.

Nederlandse preambule

Ook de NIP-code kent een preambule, maar die is veel bescheidener dan de Amerikaanse. Het doel is tweeledig: het bevorderen van beroepsethische reflectie en het bieden van een maatstaf voor de toetsing van beroepsmatig handelen. ●» De uitgangspunten zijn als volgt te interpreteren:

- › Het werk van psychologen raakt aan uiteenlopende belangen, die ermee gediend zijn dat psychologen zich aan regels houden
- › In concrete situaties kunnen regels strijdig zijn. Psychologen zullen dan zelf een afweging moeten maken. Zij kunnen anderen raadplegen, maar blijven verantwoordelijk voor hun eigen keuze
- › Binnen de beroepsgroep moet die keuze geëxpliciteerd kunnen worden. Anderen hebben het recht om die keuze te toetsen aan de bepalingen uit de code.

De Nederlandse preambule gaat vooral over procedurele kwesties.

Behandeling van klachten bij het NIP

Voor de behandeling van klachten heeft het NIP een commissie ingesteld, het College van Toezicht. Dit college bestaat uit psychologen en juristen. Het neemt alleen klachten in behandeling tegen psychologen die aan het NIP zijn verbonden. Dat kan ook niet-leden betreffen, die in een specialistisch register van het NIP geregistreerd staan. Anonieme klachten worden niet behandeld. De klager moet een duidelijk belang hebben bij de behandeling ervan. Wanneer dit niet zo is, komt een klacht alleen in aanmerking voor behandeling als het belang van de psychologie gediend is met een formele uitspraak over de zaak. Het bestuur van het NIP krijgt een kopie van de uitspraak. Vanaf 2007 worden alle uitspraken over klachten in anonieme vorm gepubliceerd op de website van de vereniging.

Maatregelen

•» Wanneer een klacht gegrond is verklaard heeft het college de keuze uit een aantal maatregelen: waarschuwing, berisping, schorsing, en ontzetting uit het lidmaatschap van de vereniging of – bij registratie in een specialistisch register – schrapping uit het desbetreffende register. Soms is sprake van een voorwaardelijke maatregel. Beide partijen kunnen tegen een uitspraak in beroep gaan. Hiertoe heeft het NIP een College van Beroep in het leven geroepen.

Psychologen met een BIG-registratie

De hiervoor beschreven behandeling van klachten betreft verenigingstuchtrecht. Een groot aantal psychologen in Nederland heeft ook te maken met wettelijk tuchtrecht. Beroepsuitoefening op het gebied van de individuele gezondheidszorg is namelijk geregeld in de Wet BIG. •» Klachten over het werk van BIG-geregistreerden kunnen worden ingediend bij regionale tuchtcolleges. Tegen uitspraken kan men in beroep gaan bij het Centraal Tuchtcollege. De maatregelen die kunnen worden opgelegd zijn gevarieerder dan bij het NIP: •» waarschuwing, berisping, geldboete, schorsing, gedeeltelijke ontzetting en doorhaling van de registratie.

PDF Beroepscode voor psychologen van het NIP 2015

Algemeen deel

- > Algemeen
 - > Begrippen
- > Algemene bepaling
 - > Zorgvuldigheid
- > Bijzondere omstandigheden
 - > Onverenigbaarheid van codeartikelen
 - > Afwijken van de beroepscode
 - > Afwijken van de beroepscode vanwege specifieke wettelijke regels
 - > Wettelijke vereiste nakoming van de opdracht
- > Vertegenwoordiging van de cliënt
 - > Minderjarige cliënt
 - > Informatie aan de ouder zonder gezag
 - > Meerderjarige wilsonbekwame cliënt

De basisprincipes

- > Verantwoordelijkheid
- > Integriteit
- > Respect
- > Deskundigheid

Richtlijnen ter uitwerking van de basisprincipes

- > •» Verantwoordelijkheid
 - > De kwaliteit van het beroepsmatig handelen
 - > Continuïteit van het beroepsmatig handelen
 - > Voorkomen en beperken van schade
 - > Voorkomen van misbruik

- > De psycholoog en zijn werkomgeving
- > Verantwoording
- > ●» Integriteit
 - > Betrouwbaarheid
 - > Eerlijkheid
 - > Rolintegriteit
- > ●» Respect
 - > Algemeen
 - > Autonomie en zelfbeschikking
 - > Vertrouwelijkheid
 - > Gegevensverstrekking
 - > Rapportage
- > ●» Deskundigheid
 - > Ethische reflectie
 - > Vakbekwaamheid
 - > De grenzen van het beroepsmatig handelen

Deel 2 Diagnostiek en behandeling vanuit verschillende theoretische benaderingen

Psychologische diagnostiek heeft tot doel om psychische klachten in beeld te krijgen en inzicht te geven in zowel de functionele als de disfunctionele eigenschappen van de cliënt. Psychologische behandelingen ondersteunen cliënten bij het beter benutten van hun sterke eigenschappen en bij het verminderen van of het leren omgaan met de zwakkere eigenschappen. In dit deel gaat u zich verdiepen in een aantal verschillende theoretische (behandel)benaderingen van waaruit de psycholoog diagnostiek en behandeling kan bedrijven.

Farmacotherapie en andere niet-psychotherapeutische behandelvormen

4. Farmacotherapie en andere niet-psychotherapeutische behandelvormen

De mens is een biopsychosociale eenheid, waarbij het **biologisch substraat** (het lichaam, inclusief het brein) niet los te koppelen is van de geest en de sociale omgeving. Behandeling van een van deze eenheden heeft gevolgen voor elk van de andere. Om een uitgebalanceerd behandelplan ook daadwerkelijk te kunnen uitvoeren, is een multidisciplinaire aanpak in het algemeen aangewezen. Weet hebben van elkaars vakgebieden is daarbij een voorwaarde. In dit licht is het van belang dat psychologen kennisnemen van psychofarmacologie en andere neurobiologische behandelingsopties.

4.1 Psychofarmacologische interventies

Biologisch-psychiatrische aangrijpingspunten van behandeling zijn integraal onderdeel van een algehele behandeling, waarin zowel de geest als de sociale omgeving een rol speelt. Psychofarmacologische interventies gaan bijvoorbeeld altijd gepaard met voorlichting. Naarmate het herstel vordert kan de patiënt, in aansluiting op de ondersteunende therapie, gebaat zijn bij andere vormen van psychotherapie. Ook sociale strategieën zijn van belang. Herstel van dagstructuur en dag-nachtritme zijn daarbij de primaire doelen. In een later stadium kan dan hulp bij re-integratie in gezin en maatschappij nuttig zijn.

Sinds mensenheugenis bestaan er stoffen om psychisch lijden te verzachten. **Psychotrope stoffen** zijn stoffen die tot doel hebben het denken, het voelen, het willen en het handelen te beïnvloeden. ●» Psychofarmaca vormen hiervan de belangrijkste categorie. Het betreft een groep chemische stoffen die psychische functies beïnvloeden door fysiologische processen in de hersenen te veranderen. Stoffen die het psychisch functioneren indirect beïnvloeden, worden niet tot de psychofarmaca gerekend.

Vrijwel alle belangrijke psychofarmaca werden in de jaren 50 min of meer bij toeval ontdekt. De decennia daarna werden vooral besteed aan het voortzetten van klinisch onderzoek om de effectiviteit van deze farmaca vast te stellen, en om soortgelijke psychofarmaca verder te ontwikkelen. De werking ervan heeft ook een enorme stimulans gegeven in het onderzoek naar de rol van neurotransmitters en neuronale netwerken bij psychische stoornissen.

4.2 Algemene werkingsprincipes van psychofarmaca

●» Psychofarmaca kunnen op verschillende manieren worden toegediend en werkzaam zijn.

4.2.1 Farmacokinetiek

●» **Farmacokinetiek** betreft de vraag wat het lichaam doet met het geneesmiddel. Wanneer een middel via de mond ingenomen wordt, moet het eerst via het maag-darmstelsel worden opgenomen in het bloed en vervolgens naar de hersenen worden getransporteerd. Dit proces heet **absorptie**. De **bloed-hersenbarrière** zorgt ervoor dat stoffen niet zomaar de hersenen kunnen bereiken, zodat die beschermd worden tegen potentieel schadelijke stoffen. Geneesmiddelen kunnen ook op andere manieren worden toegediend: door inspuiting in de bloedbaan of in een spier, via de huid, de neus of bloedvaatjes bij de anus. Middelen tonen onderling grote verschillen in absorptie, afhankelijk van onder meer de mate van vetoplosbaarheid van de stof, de zuurbestendigheid en het gemak waarmee deze de bloed-hersenbarrière kunnen doordringen. Na absorptie verspreidt het middel zich over het lichaam. Dit proces heet **verdeling**. Geneesmiddelen kunnen vrij opgelost zijn in het bloed, of gebonden zijn aan bloedeiwitten. Middelen die sterk aan bloedeiwitten zijn gebonden verlaten moeilijker de bloedbaan en bereiken moeilijker de hersenen. De eiwitbinding bepaalt dus mede de werkzaamheid. Ten slotte wordt het geneesmiddel door het lichaam afgebroken (**metabolisme**) en/of vindt **uitscheiding** plaats. De lever is de belangrijkste plaats waar het metabolisme plaatsvindt, door leverenzymen waarvan het **P450-systeem** het meest belangrijke is. De mate waarin deze enzymen aanwezig zijn kan verschillen tussen personen en etnische groepen, en wordt erfelijk bepaald.

Een belangrijke maat voor metabolisme en uitscheiding is de ●» **halfwaardetijd**: de tijd die het lichaam nodig heeft om een bepaalde concentratie in het bloed tot de helft terug te brengen. De halfwaardetijd bepaalt in sterke mate de duur van de werking en bijwerkingen van een geneesmiddel. De combinatie van psychofarmaca en andere psychoactieve stoffen kan allerlei ongewenste effecten geven, bijvoorbeeld doordat ze elkaars werking versterken.

4.2.2 Farmacodynamiek

We spreken van ●» **farmacodynamiek** wanneer we kijken naar de effecten van een geneesmiddel op het lichaam. Veel middelen oefenen effect uit op fysiologische processen door een binding aan te gaan met bepaalde receptoren op het celmembraan, of door een receptor te blokkeren en zo te verhinderen dat andere stoffen op die receptor hun werking uitoefenen. De receptor voor psychotrope stoffen is meestal een **neurotransmitter**.

Meestal bestaat er een relatie tussen de hoeveelheid van een bepaalde stof en het effect ervan. De **dosis-responscurve** is hiervan een grafische weergave. Voor sommige middelen is er sprake van een **smalle therapeutische index**: de effectieve concentratie in het bloed ligt dicht bij de toxische **bloedspiegel**. De arts moet bij een dergelijk middel voorzichtig doseren.

4.2.3 Klinische werkingsprincipes

- » De behandelaar dient zich bewust te zijn van een aantal klinische werkingsprincipes:
 - › Hij moet goed weten wat de stof in het lichaam doet, of er interacties zijn met andere medicijnen, en welke alternatieve behandelvormen er zijn
 - › Hij moet kennis hebben van het nut van onderhoudsbehandeling
 - › Hij moet beoordelen of een medicament invloed kan hebben op het cognitief functioneren, de rijvaardigheid en/of het bedienen van machines
 - › Hij moet kennis hebben van de manier waarop stoornissen kunnen interacteren met klinisch geneesmiddelengebruik
 - › Hij dient farmacotherapie en psychotherapie als complementaire methoden te zien
 - › Hij moet kennis hebben van de algehele fysieke gezondheidstoestand van de patiënt.

4.3 Soorten psychofarmaca

De psychofarmaca kunnen, op basis van hun indicatiegebieden, in zes categorieën worden ingedeeld. Deze verdeling is vooral gebaseerd op de historische ontwikkeling van de diverse stoffen, en is niet absoluut. Een stof uit het ene indicatiegebied kan ook verlichting geven bij andere klachten. Een nieuwe ontwikkeling is om psychofarmaca dan ook niet te benoemen op basis van een aandoening, maar van het werkingsmechanisme (zoals dopamineblokker). Alle in Nederland geregistreerde farmaca staan beschreven in het **Farmacotherapeutisch Kompas**.

4.3.1 Antipsychotica

Indeling

•» **Antipsychotica (neuroleptica)** zijn stoffen met kalmerende en onverschillig makende werking. Ze normaliseren: onrustige en angstige patiënten worden gesedeerd, geremde patiënten juist actiever. Patiënten beschrijven bij gebruik een gevoel van distantie, een lichte depersonalisatie of emotionele vervlakking. De vele antipsychotica zijn op basis van hun chemische structuur onder te verdelen in de klassieke **typische antipsychotica** (zoals **haloperidol** en **pimipamperon**) en de moderne **atypische antipsychotica** (zoals **aripiprazol** en **clozapine**). Wat de atypische middelen gemeen hebben is een afwijkend bijwerkingsprofiel. Dit betreft met name selectievere beïnvloeding van het dopaminerge receptorsysteem en minder beïnvloeding van andere neurotransmittersystemen. Hierdoor treden minder bewegingsstoornissen op.

Werkingsmechanisme

Het belangrijkste werkingsmechanisme van antipsychotica is de blokkade van verschillende dopaminereceptoren in het centrale zenuwstelsel. Die zijn vooral gelokaliseerd in de prefrontale gebieden en de basale ganglia. Antipsychotica met een lage potentie hebben een gering effect op de dopaminereceptoren, reden waarom ze nogal eens worden voorgeschreven om sedatie teweeg te brengen. Die met een hoge potentie, die met name D2-receptoren blokkeren, worden bij de behandeling van psychosen toegepast. Daarnaast verschillen antipsychotica in de mate waarin ook andere receptoren worden geblokkeerd. Dit verklaart het verschil in bijwerkingen.

Indicaties

De belangrijkste indicaties van antipsychotica zijn:

- › Ernstige stoornissen in denken en waarneming, met name wanen en hallucinaties
- › Grote onrust bij organische syndromen als dementie, delier
- › Bipolaire stoornis, acute manie, onderhoudsbehandeling ter recidiefpreventie
- › **Additiebehandeling** bij obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)
- › Overige, meer zeldzame en niet-psychiatrische aandoeningen

Bijwerkingen

Dopamine speelt ook een belangrijke rol in het **extrapiramidale systeem**, dat gedeelte van het bewuste motorische systeem dat niet via de achterstrengen van het ruggenmerg loopt. Stoornissen in dit systeem leiden onder meer tot **parkinsonisme**. In tegenstelling tot de ziekte van Parkinson gaat het bij parkinsonisme meestal om een reversibel fenomeen. In sommige gevallen zijn de bijwerkingen van antipsychotica echter blijvend aanwezig, ook nadat het gebruik van het middel is gestaakt.

De belangrijkste extrapiramidale bijwerkingen van antipsychotica zijn:

- › Acute dystonieën (spierspasmen)
- › Parkinsonisme
- › Akathisie (bewegingsdrang en gevoelens van onrust)
- › Tardieve dyskinesieën (laat optredende bewegingsstoornissen), vaak irreversibel.

Antipsychotica kunnen ook op andere neurotransmitters effect hebben, wat voor een deel ook andere mogelijke bijwerkingen bepaalt. Extrapiramidale bijwerkingen komen veel voor bij de typische antipsychotica. Bij de atypische komen ze minder vaak voor. Die hebben als veel voorkomende bijwerking het **metaboolsyndroom**, ontregeling van het glucose- en vetmetabolisme. Een zeldzame, maar levensbedreigende bijwerking, die met name voorkomt bij antipsychotica, is het **maligne neurolepticumsyndroom**, met klinische verschijnselen als stijfheid, koorts, leverfunctiestoornissen en ontregeling van hartfunctie, temperatuur en bloeddruk.

Besluit

Antipsychotica zijn relatief veilige geneesmiddelen. Wel kunnen patiënten de bijwerkingen als zeer hinderlijk ervaren. Wanneer het dagelijks innemen bij de patiënt op bezwaren stuit, kan eventueel worden overgegaan op **depottoedieningen**, waarbij het middel wordt ingespoten in een spierbundel en langzaam afgegeven wordt in de bloedbaan.

4.3.2 Antidepressiva

Indeling

•» **Antidepressiva** zijn middelen die van oudsher worden toegepast bij de behandeling van depressieve stoornissen. Gebleken is dat ze ook bruikbaar zijn bij de behandeling van diverse angststoornissen, de OCS en eetstoornissen. Globaal kunnen de antidepressiva onderverdeeld worden in farmaca die werken via de noradrenalinereceptor of via de serotoninereceptor. Deze receptoren zijn wijdverbreid door de hersengebieden, en een aantal daarvan is betrokken bij de stemmings- en angstregulatie. Een tweede onderverdeling:

- › **Tricyclische antidepressiva (TCA's)**, zoals **amitriptyline** en **clomipramine**
- › **Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's)**, zoals **citalopram** en **fluoxetine** (Prozac®), die de heropname van serotonine selectief blokkeren
- › Modernere antidepressiva (niet-TCA's en niet-SSRI's) als **agomelatine** en **bupropion**
- › **Monoamineoxidaseremmers (MAO-remmers)** zoals **tranylcypromine**, hebben een blokkerende werking op het MAO-enzym in de zenuwcel en blokkeren daarmee de afbraak van neurotransmitters, en zijn erg effectief. Ze kunnen echter samengaan met ernstige bijwerkingen bij gebruik in combinatie met een overmatige hoeveelheid tyramine.

Werkingsmechanisme

Antidepressiva werken op twee manieren. Ten eerste verbeteren ze de neurotransmissie, en ten tweede prikkelen ze rechtstreeks de receptor. Door de verhoogde concentratie van de neurotransmitter bij de receptoren neemt het aantal receptoren en hun gevoeligheid af. Dit proces staat bekend als **down-regulation** en vindt in enkele weken plaats. Het zorgt ervoor dat er geen overstimulatie ontstaat, en resulteert in normalisering van het evenwicht.

Indicaties

Antidepressiva worden vooral toegepast bij depressieve stoornissen. Er zijn aanwijzingen dat de kans op effect groter is naarmate de depressieve stoornis ernstiger is. Andere aandoe-

ningen waarbij antidepressiva worden toegepast zijn angststoornissen, de posttraumatische stressstoornis, agressie, de OCS, slaapstoornissen, pijnstoornissen en eetstoornissen. Lange tijd werd gedacht dat antidepressiva niet geïndiceerd zouden zijn bij stemmingsstoornissen die een duidelijke reactie zijn op een aangrijpende gebeurtenis. Er zijn echter aanwijzingen dat antidepressiva ook dan geïndiceerd zijn.

Antidepressiva ontlopen elkaar qua effectiviteit nauwelijks. In de meeste onderzoeken zijn antidepressiva effectief bij 50 tot 75 procent van de patiënten (placebo's bij 30 tot 40 procent). Hieruit blijkt dat naast biologische factoren, ook andere factoren van invloed zijn op de stemming. Serotonerge middelen zijn niet alleen antidepressief werkzaam, maar ook bij andere psychiatrische stoornissen. Ook zijn er aanwijzingen dat SSRI's een positief effect kunnen hebben op symptomen van verschillende persoonlijkheidsstoornissen.

Bijwerkingen

Omdat het beoogde effect pas na enkele weken optreedt, merkt de patiënt in het begin vaak alleen de negatieve effecten, wat nogal eens reden is om de behandeling vroegtijdig te stoppen. In het algemeen kunnen in de eerste paar weken gejaagdheid en onrust optreden, doordat de patiënt actiever wordt terwijl de stemming nog niet is verbeterd. Dit kan samengaan met doodsgedachten en suïcidaliteit. De bijwerkingen zijn te herleiden tot de neurotransmittersystemen waarop de antidepressiva werkzaam zijn. Ook bij het plotseling staken van de behandeling kunnen klachten optreden, namelijk onttrekkingsverschijnselen als slaapklachten, agitatie en angst. Daarom dienen deze middelen zo mogelijk geleidelijk te worden afgebouwd. De antidepressiva leiden niet tot gewenning of tolerantie.

Besluit

Antidepressiva ontlopen elkaar niet veel wat betreft klinische effectiviteit. De arts zal de keuze vooral baseren op het bijwerkingsprofiel en specifieke indicaties, zoals angst, en eerdere ervaringen dan wel gevaarlijk gedrag zoals suïcidepogingen met medicatie. Patiënten met een depressieve stoornis zijn vaker suïcidaal. Een reden temeer om belang te hechten aan de veiligheid van de stof bij overdosering. Serotonerge middelen zijn een voorbeeld van veilige medicijnen en TCA's van minder veilige.

4.3.3 Stemmingsstabilisatoren

Indeling

●» **Stemmingsstabilisatoren** zijn stoffen die de stemming stabiliseren, zowel bij een manische als bij een depressieve stemming. De meest bekende en oudste is **lithium**. Alternatieven zijn **natriumvalproaat**, **carbamazepine** en **lamotrigine**. Deze farmaca waren al geregistreerd voor de behandeling van epilepsie. Als het gebruik van één stemmingsstabilisator onvoldoende effectief is, worden ze ook wel gecombineerd toegepast. Sommige atypische antipsychotica worden ook wel gebruikt bij de behandeling van de bipolaire stoornis, zoals **risperidon**.

Werkingsmechanisme

Stemmingsstabilisatoren oefenen hun werking waarschijnlijk uit via de ionkanalen van de celmembraan van de zenuwcellen. Van lithium is verder bekend dat het ook een neuroprotectief effect heeft, naast andere bijeffecten in het lichaam. De werkzame concentratie in het bloed van de verschillende stemmingsstabilisatoren ligt binnen nauwe grenzen en heeft dus een smalle therapeutische index. De adequate hoeveelheid verschilt per persoon.

Indicaties

De belangrijkste indicatie voor toepassing van een stemmingsstabilisator is de bipolaire stoornis. Lithium is een zeer effectief middel bij 50 tot 70 procent van de patiënten. Daarnaast worden deze middelen gebruikt bij de behandeling van de schizoaffectieve stoornis en van de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Lithium wordt ook gebruikt als additiebehandeling bij een antidepressivum bij therapieresistente depressieve stoornissen.

Bijwerkingen

De belangrijkste bijwerkingen van lithium hebben te maken met het gegeven dat lithium een zout is dat door de nieren wordt uitgescheiden en concurreert met andere zouten in het lichaam. Dorst, veel drinken en veel plassen komen vaak voor en vragen zo nodig verder onderzoek. Aanvankelijk kunnen er ook maag-darmklachten zijn. Een te hoge concentratie van lithium wordt een lithiumtoxicatie genoemd. Deze gaat gepaard met sufheid, krampen, misselijkheid, epileptische aanvallen, coma en als er niet ingegrepen wordt, de dood.

Van de andere stemmingsstabilisatoren, de anti-epileptica, zijn de meest frequent voorkomende bijwerkingen sufheid, duizeligheid en maag-darmklachten. Bij een te hoge bloedspiegel heeft de patiënt last van spreken met dubbele tong, sufheid, onzeker lopen en beven.

Besluit

Stemmingsstabilisatoren zijn effectieve psychofarmaca die speciale begeleiding vragen vanwege de werking en bijwerkingen. Een nieuwe ontwikkeling bij de farmacotherapie van de bipolaire stoornis is het gebruik van atypische antipsychotica.

4.3.4 Anxiolytica en hypnotica

Indeling

●» **Anxiolytica** zijn stoffen die angst verminderen, ●» **hypnotica** zijn slaapmiddelen. Het zijn afzonderlijke categorieën, maar de meeste komen uit een gemeenschappelijke groep psychofarmaca: de benzodiazepinen. Bekende vertegenwoordigers uit deze groep zijn **chloordiazepoxide**, **diazepam** en **nitrazepam**.

Werkingsmechanisme

Benzodiazepinen binden zich aan de benzodiazepinereceptoren, waardoor de activiteit van de neurotransmitter gamma-aminoboterzuur (**GABA**) wordt versterkt. GABA is een neurotransmitter met een overwegend remmende werking, wat verklaart waarom deze neurotransmitter niet alleen de spierspanning verlaagt en de drempel voor epileptische insulten verhoogt, maar ook een gunstige invloed heeft op het angstniveau en de kwaliteit van slaap.

Indicaties

Alle benzodiazepinen hebben angstreductie, spierverslapping, slaapverwekking en een anti-convulsieve werking tot gevolg. Welke van deze effecten op de voorgrond staat wordt bepaald door de farmacokinetische eigenschappen. Een ander belangrijk toepassingsgebied is het bestrijden van de symptomen van het alcoholonthoudingsdelier of de onthoudingsverschijnselen die optreden bij het staken van andere stoffen met een dempende werking. Als angst een symptoom is van een andere stoornis dan een angststoornis, dient de behandeling zich eerst te richten op de primaire stoornis. Bij de paniekstoornis, de sociale-angststoornis, de gegeneraliseerde-angststoornis of de OCS zijn serotonerge antidepressiva effectiever.

Bijwerkingen

De meest voorkomende bijwerkingen van benzodiazepinen zijn sufheid en slaperigheid, en verhoogd valrisico. Bij overdosering of langdurig gebruik treedt ook vermindering van cognitieve functies op en mogelijke stoornissen in het oordeelsvermogen. In tegenstelling tot wat eerder werd aangenomen, leidt langdurig gebruik tot tolerantie, afhankelijkheid en onthoudingsverschijnselen. Van tolerantie is sprake wanneer steeds hogere doseringen nodig zijn om hetzelfde effect te bereiken. Bij het gebruik van benzodiazepinen moet de behandelaar rekening houden met **kruistolerantie**. Afhankelijkheid heeft tot gevolg dat plotselinge onthouding leidt tot hevige psychische en lichamelijke verschijnselen. Ernstige onthoudingsverschijnselen komen vooral voor bij patiënten die langdurig hoge doseringen hebben gebruikt. Benzodiazepinen kunnen het effect van andere psychoactieve stoffen versterken, en omgekeerd.

Besluit

Over het algemeen dient men langdurig gebruik van benzodiazepinen te vermijden. De afbouw moet na chronisch gebruik zeer langzaam gaan. Soms moet dit klinisch gebeuren, omdat ernstige psychiatrische verschijnselen en craving kunnen optreden.

4.3.5 Stimulantia

Indeling

•» **Stimulantia** zijn stoffen met een stimulerende werking op het brein. Deze groep farmaca is meer in de belangstelling gekomen, samenhangend met de toegenomen bekendheid van ADHD. **Methylfenidaat**, een amfetamineachtige stof, is de meest toegepaste vorm.

Werkingsmechanisme

Methylfenidaat is vooral werkzaam via de dopaminerge zenuwcellen. Dopamine is als neurotransmitter betrokken bij cognitieve (frontale) processen en bij de motoriek. Methylfenidaat versterkt de rem- en filterfunctie via de dopaminerge neuronen, vooral bij patiënten die overactief zijn. In het algemeen leidt het gebruik bij ongeveer 70 procent van de kinderen en volwassenen met ADHD tot vermindering van de overactiviteit en verbetering van de aandacht en concentratie.

Indicaties

ADHD is de belangrijkste indicatie voor methylfenidaat en de andere amfetamines en **atomoxetine**. Voor de behandeling van ADHD dient farmacotherapie altijd gecombineerd te worden met psycho-educatie, psychologische behandeling en coaching.

Bijwerkingen

De belangrijkste bijwerkingen van de amfetamines zijn verminderde eetlust en gewichtsdaaling, slaapproblemen, trillen, hoofdpijn, droge mond en toename van somberheid of angst. Als er ook tics aanwezig zijn kunnen die verslechteren of verbeteren. Aan het einde van de dag of bij stoppen van de medicatie kan een **reboundeffect** optreden, wat wil zeggen dat de symptomen in versterkte mate terugkomen.

Besluit

Het gebruik van farmaca voor ADHD heeft een vlucht genomen. Kritiek hierop betreft het risico op overdiagnosticering en overmedicalisering, en het gebrek aan controle op het beloop.

4.4 Overige neurobiologische interventies

4.4.1 Slaap- en waaktherapie

●» **Slaap- en waaktherapieën** hebben enerzijds tot doel herstel teweeg te brengen in het slaap-waakmechanisme en anderzijds de opbouw van de slaap weer te normaliseren. Deze biologische interventie wordt met name toegepast bij depressie. Melatonine is een hormoon dat door de pijnappelklier wordt geproduceerd en het natuurlijke slaap-waakritme reguleert. Melatonine is als farmacon breed beschikbaar en is met name geïndiceerd bij ontregeling van het normale ritme, zoals bij jetlag, ADHD of demente ouderen. Voor de behandeling van slaapproblemen lijkt het minder zinvol.

●» **Slaapdeprivatie** is een niet-medicamenteuze behandelmogelijkheid bij met name depressieproblemen. Het therapeutisch effect komt tot stand door het onthouden van de tweede helft van de slaap. De effecten kunnen spectaculair zijn, maar houden meestal kortstondig aan. Deze vorm van behandeling is zeer intensief en vergt veel motivatie en uithoudingsvermogen. In Nederland wordt slaapdeprivatie nog wel eens toegepast bij therapieresistentie.

4.4.2 Lichttherapie

●» **Lichttherapie** is het dagelijks toedienen van enkele uren intens helder kunstlicht bij mensen met een winterdepressie. De kenmerken van deze vorm van depressieve stoornissen zijn naast die voorkomen bij alle andere vormen van depressieve stoornissen ook atypische kenmerken, zoals een toegenomen slaapprobeefte en eetlust. Men veronderstelt dat licht een belangrijke rol speelt bij de pathogenese van winterdepressie. Deze theorie wordt ondersteund door twee fenomenen: de winterdepressie reageert gunstig op kunstlicht, en er blijkt een samenhang te bestaan tussen de prevalentie van winterdepressie en de geografische ligging. Uitgangspunt van lichttherapie is de veronderstelling dat het werkzame element ervan de hoeveelheid licht is die op het netvlies valt. Er bestaat een verband tussen de lichtintensiteit en de duur van de behandeling. Het tijdstip van toediening is daarbij niet van belang.

4.4.3 Elektroconvulsieve therapie

●» **Elektroconvulsieve therapie (ECT)** is een behandelmethode waarbij met twee elektroden op de schedel korte tijd elektrische energie door de hersenen wordt geleid. Deze energie is van zodanige sterkte dat een epileptisch insult volgt. Het therapeutisch bestanddeel van de ECT bestaat uit het insult in de beide hersenhelften met een minimale duur van twintig seconden. Toediening op alleen de rechter hersenhelft is voldoende voor een antidepressief effect. ECT is aan het eind van de jaren dertig van de vorige eeuw ontwikkeld. Na de introductie van het eerste neurolepticum en vooral van antidepressiva gaf men steeds meer de voorkeur aan deze medicijnen. In de jaren zestig kwam ECT toenemend onder druk te staan, onder invloed van de antipsychiatrie. Tegenwoordig wordt ECT toegepast terwijl de patiënt onder een kortdurende narcose is. Inmiddels is ECT niet controversieel meer. Het is een veilige en zeer effectieve vorm van behandeling. Hoe ECT werkt is niet helemaal opgehelderd. Aangetoond is dat ECT een verhoogde afgifte van verschillende neurotransmitters bewerkstelligt en een toename van contacten tussen zenuwcellen induceert, zoals ook antidepressiva doen.

De voornaamste indicaties voor ECT zijn het hebben van een ernstige depressieve stoornis, met name depressie waarbij psychoses optreden, bij therapieresistente depressie en catatonie toestandsbeelden. Blijvende bijwerkingen of hersenbeschadigingen als gevolg van ECT zijn niet aangetoond. Soms kunnen patiënten wat hoofdpijn hebben, gedesoriënteerd zijn of moeite hebben zich recente gebeurtenissen te herinneren.

Transcraniële magnetische stimulatie

●» **Transcraniële magnetische stimulatie** (TMS) is een therapie die vooralsnog vooral in onderzoekssituaties wordt toegepast. Er wordt een spoel bij het hoofd geplaatst waarbij een magnetisch veld wordt opgewekt. Dit induceert potentiaalveranderingen in de zenuwcellen van de cortex. Een van de hypothesen is dat daardoor de frontale functies en het werkgeheugen worden versterkt. TMS wordt toegepast bij therapieresistente depressieve stoornissen en bij hallucinaties. Vooralsnog zijn de resultaten wisselend en beperkt qua duur van het effect.

4.4.4 Psychochirurgie

●» **Psychochirurgie**, operatieve ingrepen in de hersenen voor de behandeling van psychische problemen, zijn bekend sinds ongeveer 1500 v.Chr. Een doorbraak bewerkstelligde Moniz, die experimenteerde met chimpansees. Die werden aanzienlijk rustiger na een dubbelzijdige verwijdering van de orbitofrontale gebieden. Lima voerde voor het eerst een dergelijke operatie bij de mens uit. Met alcohol werden de frontaalkwabben functioneel geïsoleerd van de overige hersendelen: de **lobotomie**. Met de opkomst van de psychofarmaca raakte de psychochirurgie snel in onbruik, maar verdween nooit helemaal. Op beperkte schaal worden vormen toegepast bij een kleine groep patiënten met zeer ernstige psychische stoornissen, die niet meer reageren op andere behandelingsopties. Het gaat vooral om patiënten met een ernstige en invaliderende therapieresistente vorm van een OCS of een depressieve stoornis.

Globaal genomen gaat het om twee methoden. ●» **Doorsnijding** wordt met name bij ernstige therapieresistente OCS toegepast. Er wordt een laesie aangebracht in de verbinding tussen de frontale gebieden en de basale ganglia. Bij deze connecties is bekend dat zij overactief zijn bij OCS. De ongewenste effecten zijn beperkt en leiden niet tot apathie of initiatiefverlies. De andere methode is ●» **deep brain stimulation** (DBS). Hierbij wordt een elektrode diep in de hersenen aangebracht, verbonden met een stimulator. Door stimulatie wordt een functionele uitschakeling van het betreffende neuronale netwerk aangebracht. Dat deze laesie functioneel en reversibel is, vormt een belangrijk voordeel. Vooralsnog is DBS een experimentele behandeling die in Nederland alleen in het kader van onderzoek wordt toegepast bij ernstige therapieresistente OCS en zeer ernstige depressieve stoornissen. De eerste resultaten zijn hoopvol. Bijwerkingen zijn vooral symptomen van ontremming, en zelden bloedingen.

Cliëntgerichte behandeling van psychopathologie

6. Cliëntgerichte behandeling van psychopathologie

Binnen elke psychotherapeutische hoofdstroming hebben de emotionele band tussen therapeut en patiënt, therapeutische taken en doelen een eigen invulling en kleur gekregen. De cliëntgerichte benadering ontstond eind jaren vijftig vanuit onvrede over de psychoanalytische en de gedragstherapeutische benadering.

6.1 De geschiedenis van de cliëntgerichte benadering

De psychoanalytische stroming ontstond begin vorige eeuw uit de drifttheorie en de ontwikkelingspsychologie van Freud. De cognitieve gedragstherapie (CGT) ontstond halverwege de vorige eeuw uit het orthodoxe behaviorisme. In de mensvisie van de klassieke psychoanalyse was de mens de gevangene van zijn driften, in het orthodoxe behaviorisme van zijn conditioneringsgeschiedenis. De therapeutische aanpak van beide stromingen verschilde radicaal van

elkaar. Toch zijn er op metaniveau ook opmerkelijke overeenkomsten aan te wijzen. In hun mensvisies was weinig plaats voor menselijke (keuze)vrijheid en zelfbeschikking. Verder verlopen zowel de overdrachtsanalyse uit de psychoanalyse als de blootstellingsprocedure uit de gedragstherapie sterk procedureel en mechanisch. De therapeutische relatie ten slotte is in beide hoofdstromingen traditioneel vormgegeven vanuit een verticale relatie.

●» Rogers introduceerde met zijn **cliëntgerichte benadering** een derde weg. Hij had bezwaren tegen de metakenmerken van zijn voorgangers, tegen de objectiverende, reductionistische en deterministische mensvisies en tegen het medische model binnen de psychotherapie. Vanuit zijn humanistische opvattingen over zelfverwerkelijking en persoonlijke groei stond hem een optimistischer en meer organisch mensbeeld voor ogen, en streefde hij naar een therapeutische aanpak die zo horizontaal mogelijk is en kapitaliseert op emotionele nabijheid. Vanaf de jaren zestig groeide de rogeriaanse therapie uit tot een volwaardige psychotherapeutische hoofdstroming, die ongeveer twee decennia zeer populair zou blijven. Onder invloed van het Anglo-Amerikaanse neoliberale denken kreeg de cliëntgerichte therapie het vanaf de jaren tachtig steeds moeilijker. Binnen de ggz werd 'stroomlijning' de norm: modules, protocollen en handleidingen deden hun intrede, en de zorg werd steeds meer beschreven in productterminen. In de neoliberale logica diende de subjectiviteit van de therapeut zo veel mogelijk te worden uitgebannen, en moet de professional worden gereduceerd tot een inwisselbare uitvoerder van methoden en technieken, die als bewezen effectief naar voren komen in effectstudies. Van de drie hoofdstromingen sloot de CGT veruit het best aan bij dit ideaal.

Het cliëntgerichte gedachtegoed kan zich echter inmiddels in hernieuwde belangstelling verheugen. In de eerste plaats vanwege het toenemend onbehagen onder patiënten en therapeuten binnen de ggz over de technocratische benadering van hulpverlening. In de tweede plaats vanwege de aanzwellende kritiek op de classificerende diagnostiek volgens de DSM-5 als leidend principe om psychopathologie te behandelen. Een derde reden ligt in de groeiende kritiek op het privilegiëren van gerandomiseerde vergelijkende effectstudies (en daarmee van gestandaardiseerde therapievormen) als gouden standaard. Met deze kritiek komt er meer ruimte voor het gebruik van andere onderzoeksstrategieën om de werkzaamheid van cliëntgerichte therapievormen in kaart te brengen. De meest invloedrijke alternatieve onderzoeksstrategie is het **taakanalyseparadigma** van Greenberg. De taakanalyse benadert het therapeutisch proces als een serie opeenvolgende taken die min of meer opeenvolgend doorlopen worden. Uit bestudering van afgeronde therapieën wordt lering getrokken, zodat de inrichting van therapeutische taken steeds beter afgestemd kan worden op specifieke patiëntkenmerken. Uit dit paradigma is een invloedrijke toevoeging aan de cliëntgerichte benadering voortgekomen: de Emotion-Focused Therapy (zie pagina 38). Met innovaties zijn ook andere namen voor de cliëntgerichte benadering in zwang gekomen, zoals persoonsgerichte therapie of humanistisch-experiëntiële psychotherapieën (HEP).

6.2 Diagnostiek binnen het cliëntgerichte kader

●» Probleeminventariserende diagnostiek of diagnostiek ten behoeve van indicatiestelling is niet sterk ontwikkeld binnen de cliëntgerichte benadering. Wel maken therapeuten en onderzoekers gebruik van gestandaardiseerde symptoomvragenlijsten of meetinstrumenten om interpersoonlijke probleemgebieden te inventariseren. Dit gebeurt onder meer ten behoeve van gevalsstudies naar de effectiviteit van behandelingen. Meer dan de CGT hechten cliëntgerichte onderzoekers aan een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve evaluatiediagnostiek. Tijdens de behandeling wordt idealiter procesgerichte diagnostiek toegepast.

6.2.1 Therapeutisch doel van de cliëntgerichte benadering

●» Het leven van elk mens wordt in zekere mate ingeperkt door geïnternaliseerde geboden en verboden van buitenaf: de **conditions of worth**, oftewel de voorwaardelijke acceptatie vanuit de buitenwereld. De externe sturing van overtuigingen, gevoelens en gedragingen verloopt voor het merendeel onbewust. De sturingen en inperkingen staan per definitie op gespannen voet met het **organische zelf**. Hiertoe behoren niet alleen de ongecensureerde behoeften, verlangens en aversies in het actuele moment, maar ook de actualiseringstendens. Volgens de cliëntgerichte benadering is de **tendens tot zelfactualisatie** kenmerkend voor de hele levensloop. Hoe heftiger en hardnekkiger die wordt gefrustreerd door de conditions of worth, des te meer wordt het gezonde psychische functioneren bedreigd. De cliëntgerichte benadering definieert psychopathologie in termen van een gestagneerde actualiseringstendens waarin het organische zelf te zeer wordt opgeofferd aan do's en don'ts van buitenaf. Cliëntgerichte therapieën stellen zich ten doel patiënten te helpen zich te bevrijden van hun 'niet authentieke' zelf, zodat ze meer trouw durven zijn aan spontane innerlijke belevingen. De therapieën faciliteren processen waarmee patiënten zichzelf en de omgeving vanuit meer gezichtspunten en met meer flexibiliteit gaan bekijken.

6.2.2 Procesgerichte therapie

●» Cliëntgerichte therapie wordt vaak als synoniem gezien met **procesgerichte therapie**. Deze aanduiding accentueert dat therapeutische effecten zich aandienen tijdens het behandelcontact zelf, in de ontmoeting en door de dialoog met de therapeut. Cliëntgerichte therapie is **holistisch**, in de zin dat de mens met zijn unieke levensgeschiedenis in heel zijn actuele (dis)functioneren wordt benaderd, dus niet als louter de drager van symptomen.

6.3 Grondhouding van de cliëntgerichte therapeut

Cliëntgerichte therapie staat bekend als non-directieve therapie. Dit is meer dan een moreel-ethische of ideologische keuze. Het wordt gezien als de beste garantie dat patiënten als 'ervarend subject' in contact komen met gevoelservaringen waarvan zij tot dan toe geen of weinig besef hadden. **Non-directiviteit** verwijst naar het verkennen, ervaren en doorleven van niet-uitgekristalliseerde belevingen, vanuit het unieke referentiekader van de patiënt.

Een therapiegesprek vanuit een cliëntgericht kader kan op het oog gelijkenis vertonen met het gewone goede gesprek tussen leken. De therapeut is wars van de expertpositie en verheft elke patiënt tot expert van zijn eigen binnenwereld. De schijn bedriegt echter. Cliëntgerichte therapeuten hebben door training en vorming een grondhouding verworven waarmee zij patiënten helpen om hun belevingen te leren exploreren, verbreden en verdiepen, en deze als uitgangspunt te nemen voor de wijze waarop zij in het leven willen staan. De therapeut richt zich op onderliggende emotionele betekenissen, die vaak meerdere lagen kennen en ambivalent en tegenstrijdig kunnen zijn.

Het niet oordelend omgaan met de patiënt en het aansluiten bij diens binnenwereld vereist specifieke scholing en veel training. Het goed in praktijk brengen van de cliëntgerichte grondhouding is niet alleen een kwestie van de juiste attitude, maar ook van vaardigheden.

Therapeuten van het eerste uur hebben vaak benadrukt dat de cliëntgerichte grondhouding alleen legitiem is als deze volledig oprecht en doorleefd voelbaar is. De voorwaarde dat de grondhouding altijd spontaan moet zijn, is wellicht te hoog gegrepen. Truax toonde in 1966 al aan dat de therapeutreacties van Rogers zelf een subtiel operant bekrachtigende uitwerking

hadden op de gedragingen van de patiënt. Dit geeft aan dat non-directiviteit een belangrijke norm en waarde vertegenwoordigt, maar in zijn onversneden vorm nauwelijks uitvoerbaar is.

●» **Motiverende gespreksvoering** is een therapeutische wijze van communiceren ten behoeve van patiënten bij wie de motivatie voor therapeutische verandering nog te zwak of ambivalent is om naar specifieke methoden of technieken te grijpen. Motiverende gespreksvoering berust in belangrijke mate op cliëntgerichte grondhoudingen zoals non-directiviteit. Er zijn echter ten minste twee verschillen met de klassieke cliëntgerichte benadering. In de eerste plaats richt de therapeut zich doelbewust en strategisch op therapeutische doelen. In de tweede plaats gebruikt de therapeut consequent ‘verandertaal’ die de patiënt in de richting van een meer uitgesproken veranderwens stuurt.

De cliëntgerichte grondhoudingen zijn niet het exclusieve domein van cliëntgerichte therapeuten. De beide andere therapeutische hoofdstromingen hebben elementen van deze grondhoudingen meer en meer in hun aanpak geïntegreerd. Rogers zelf was zich er al van bewust dat de door hem gepropageerde grondhoudingen onlosmakelijk verbonden zijn met welke therapeutische techniek dan ook. Helaas komt het ook voor dat, ongeacht de technieken die gebruikt worden om de cliëntgerichte grondhoudingen aan de patiënt over te brengen, deze door de patiënt helaas niet als zodanig worden ervaren.

6.4 Pijlers van cliëntgerichte psychotherapie

Van de grondhoudingen van cliëntgerichte therapeuten zijn de belangrijkste onvoorwaardelijke acceptatie, empathie en congruentie. Het goed en zorgvuldig in praktijk brengen van deze grondhoudingen van groot belang. De grondhoudingen bestaan bij de gratie van de concrete invulling ervan en de invullingen ervan zijn heel divers.

6.4.1 Onvoorwaardelijke acceptatie

Met **onvoorwaardelijke acceptatie** wordt bedoeld dat de therapeut op een niet-veroordelende manier luistert naar en reageert op de inbreng van de patiënt. De therapeut toont respect en waardering voor de patiënt als mens, ongeacht hetgeen de patiënt met hem deelt. Dit betekent niet dat de therapeut sympathie voor de patiënt en diens verhaal zou moeten voelen, of dat hij de gevoelens, motieven, opvattingen of gedragskeuzen van de patiënt zou moeten delen. Onvoorwaardelijke acceptatie impliceert non-directiviteit.

De grondhouding van onvoorwaardelijke acceptatie is in de eerste plaats verankerd in een universeel recht van de patiënt om zichzelf te mogen zijn, en heeft tegelijkertijd een therapeutische uitwerking. De meest hardnekkige klachten en problemen zijn die waarmee de patiënt in zijn eentje blijft worstelen, omdat hij bang is beoordeeld of veroordeeld te worden. Door een consequente niet-oordelende houding bevorderen therapeuten dat cliënten zich wel gaan uitspreken over wat hen werkelijk zorgen baart.

6.4.2 Empathie

De grondhouding **empathie** verwijst naar de sensitiviteit die de therapeut nodig heeft om te kunnen en willen aansluiten bij de beleavingswereld van de patiënt. Die beleavingswereld bestaat uit gevoelservaringen en betekenisverleningen die door middel van de dialoog met de therapeut in beweging komen. De therapeut laat zich niet afleiden door eigen voor- en afkeuren, vooroordelen of leerervaringen, en valt idealiter slechts terug op zijn eigen referentiekader als dat helpt om de patiënt beter te kunnen begrijpen vanuit diens interne referentiekader. De therapeut leeft zich zo goed mogelijk in, maar is zich er tevens van bewust dat het

innerlijke ervaren van de patiënt nooit samenvalt met zijn eigen ervaren. Empathie omvat niet alleen het teruggeven van betekenis aan de patiënt. Door navraag te doen en te parafraseren verandert de therapeut betekenis of voegt die toe. Er is een heel scala aan interventies waarmee empathie in de praktijk kan worden gebracht.

Inhoudsreflecties

Met behoud van de belangrijkste elementen in de boodschap van de patiënt geeft de therapeut in eigen woorden (parafraseren) terug hoe hij de boodschap op inhoudsniveau heeft gehoord. Hij blijft daarbij zo dicht mogelijk bij het verhaal van de patiënt. Net als bij de hierna besproken empathische reflecties doet hij dat mede om te toetsen of hij optimaal aansluit bij de belevingswereld van de patiënt, en om de patiënt uit te nodigen samen op zoek te gaan naar nieuwe en verdiepte betekenissen in diens binnenwereld.

Empathische bevestiging

Empathische bevestiging, ook wel **validering** genoemd, leunt dicht aan tegen de inhoudsreflecties, met het verschil dat de therapeut expliciete ruimte en toestemming verleent om als problematisch beleefde gevoelens, gedachten en gedragingen als zodanig te beleven.

Gevoelsreflecties

Bij gevoelsreflecties gaat het om het zo kernachtig mogelijk weergeven van de diepere, essentiële gevoelsbetekenissen in het verhaal van de patiënt.

Reflecties van geuite belevingen

Met reflecties van geuite belevingen brengt de therapeut begrip over voor wat de patiënt hardop uitspreekt of expliciet communiceert.

Reflecties van onderliggende belevingen

Reflecties van onderliggende belevingen gaan verder dan gevoelsreflecties. Ze sluiten minder dicht aan bij wat de patiënt zelf uitsprak. Ze verschillen ook van de reflecties van geuite belevingen, in die zin dat hier juist de mogelijk *impliciete* boodschappen worden opgezocht. Hiermee probeert de therapeut het bewustzijnsproces meer diepgang te geven. Hierdoor kan hij balans aanbrengen, of het specifieke voorval waarover de patiënt spreekt ontstijgen en het gesprek naar een meer overkoepelend thema leiden.

6.4.3 Congruentie/echtheid

Mensen zoeken in eerste instantie vooral hulp om van klachten en symptomen af te komen. De cliëntgerichte benadering ziet psychologische en psychosomatische klachten en symptomen als symbolische uitdrukkingsvorm van meer basale psychologische processen. In cliëntgerichte taal kenmerkt de mens die behandeling zoekt zich door een substantiële mate van incongruentie. De therapeut moet de patiënt helpen meer **congruentie** te bereiken.

Een voorwaarde is dat de therapeut zelf in een *toestand van voldoende congruentie* verkeert. Hij moet zelf tolerant staan tegenover de processen die zich in zijn eigen binnenwereld afspelen, en moet de bereidheid en het vermogen hebben om in de ontmoeting met zijn patiënt zijn eigen binnenwereld zo vrij en breed mogelijk te exploreren, met name als opvattingen, emoties of gedragingen van de patiënt hem in de weg zitten in het contact. Deze bereidheid wordt aangeduid als **interne congruentie**. Wat de therapeut bij zichzelf tegenkomt in de interactie met de patiënt kan als vertrekpunt dienen voor zijn therapeutische interventies, maar

alleen als dit in het belang van het veranderingsproces van de patiënt kan zijn. Soms moet de therapeut de eigen belevingen hardop uitspreken, bijvoorbeeld om de patiënt tot meer zelfreflectie te bewegen. Dit wordt ook wel **externe congruentie** of **transparantie** genoemd, en onderscheidt zich nadrukkelijk van andere interventies, zoals empathische reflecties. Bij de meer klassieke interventietypen kiest de therapeut het referentiekader van de patiënt, die als het ware op zichzelf wordt teruggeworpen. De therapeut blijft buiten schot. Bij externe congruentie is het referentiekader van de therapeut het vertrekpunt. De meer klassieke typen interventies maken het de patiënt mogelijk om zichzelf er niet in te herkennen, aan transparantie valt voor hem niet te ontsnappen. Externe congruentie kan een krachtig therapeutisch middel zijn en accentueert de gelijkwaardigheid van het therapeutisch contact, mits de woordkeus zo respectvol mogelijk is en de patiënt wordt uitgenodigd zich open en eerlijk uit te spreken over eigen behoeften en grenzen binnen de therapeutische context.

6.5 Emotion-Focused Therapy (EFT)

Principiële hantering van een non-directieve houding kan ertoe leiden dat met name meer kwetsbare, disfunctionerende patiënten 'verdwalen'. Voor hen is meer **procesdirectiviteit** nodig: gestructureerde proces- en belevingsbevorderende interventies vanuit een zekere sturing door de behandelaar.

Greenberg staat aan de basis van de **Emotion-Focused Therapy (EFT)**, die inzichten uit de emotietheorieën integreert met het cliëntgerichte gedachtegoed. EFT is een ervaringsgerichte, procesdirectieve vorm van psychotherapie, die zich richt op:

- › De bevordering van een verdiepte emotionele bewustwording en beleving
- › Verheldering van de onderliggende psychologische betekenis van onlustgevoelens
- › Bewustwording van ongerefecteerde behoeften, verlangens en grenzen
- › De transformatie van zelfbelemmerende gevoelsbelevingen
- › Een betere emotieregulatie als zodanig.

EFT benadrukt de cruciale rol van emoties voor de psychische overleving. Emoties, zowel positieve als negatieve, zijn een onmiskenbaar en integraal onderdeel van het informatieverwerkingsproces. Ze hebben informatiewaarde: ze zijn intentioneel en impliceren actietendenties, en voorzien van informatie die onontbeerlijk is voor de overleving.

Intentioneel en actiegericht zijn emoties ook als het gaat om behoeften en verlangens. Ze informeren over onvervulde behoeften en verlangens. Het streven van de mens is wel gericht op het ervaren van positieve emoties en het vermijden van negatieve, maar daarmee is niet gezegd dat het subject het lustprincipe als belangrijkste drijfveer heeft. Mensen worden gemotiveerd door de voortdurende zoektocht naar zin en betekenis. Lustbevrediging kan worden uitgesteld of opgeofferd ten dienste van hogere doelen. Emoties zijn dus intentioneel als het gaat om de subjectieve betekenisverlening die het bestaan de moeite waard maken. Greenberg ziet het reageren met de 'verkeerde' emoties op stressvolle en bedreigende situaties als een belangrijke oorzaak en in stand houdende factor van psychopathologie. Het gaat hier om het onderscheid tussen primaire en secundaire emoties, waarbij primaire emoties onder te verdelen zijn in adaptieve en disfunctionele emoties. **Primaire adaptieve emoties** zijn 'gezond' omdat ze in overeenstemming zijn met de situatie van dat moment en helpen om direct de juiste actie te ondernemen. **Disfunctionele primaire emoties** zijn ook direct, maar 'ongezond': ze helpen niet om constructief om te gaan met wat de situatie vraagt. Het betreft aangeleerde reacties, die voortkomen uit vroegere, vaak emotionele beschadigde ervaringen. **Secundaire emoties** zijn emotionele reacties op emotionele reacties. Omdat ze de

‘natuurlijke’ primaire emotie verbloemen moeten ze als inadequaar worden beschouwd. Ook secundaire emoties zijn vaak terug te voeren tot ongunstige leergeschiedenissen.

De EFT maakt onder meer gebruik van procesdirectieve technieken uit de gestalttherapie. Met de **lege-stoeltechniek** wordt de patiënt aangemoedigd om gestagneerde, problematisch en contradictoire gevoelsreacties ten opzichte van sleutelfiguren te exploreren en te doorleven, waar de sleutelfiguur denkbeeldig op de lege stoel zit. De **dubbele-stoeltechniek** wordt ingezet om de patiënt in contact te brengen met afgesplitste en/of conflicterende zelfbelevingen. De therapeut bevordert de innerlijke dialoog bij de patiënt door elkaar bestrijdende kanten van de zelfbeleving op verschillende stoelen afwisselend aan het woord te laten en naar elkaar te laten luisteren.

6.6 Effectiviteit

•» Beleidsmakers en zorgverzekeraars hebben hun troeven in dit neoliberale tijdperk (zie ook pagina 34) gezet op stroomlijning en standaardisering. Een op maat gesneden cliëntgerichte benadering past hier niet goed bij, en wordt met argwaan gezien. De cliëntgerichte therapie heeft het lange tijd ook moeilijk gehad omdat ze zich niet altijd goed wist te verdedigen tegen de kritiek niet wetenschappelijk onderbouwd te zijn. Cognitief gedragstherapeutische behandelvormen zijn meer dan cliëntgerichte geschikt om ze met effectstudies op werkzaamheid te onderzoeken. De klassieke kernelementen van de cliëntgerichte therapie zijn echter wel degelijk uitgebreid onderzocht. In meta-analyses is voor elk van de drie kernelementen een positieve en redelijk sterke samenhang gevonden tussen de mate waarin die kernelementen in praktijk worden gebracht enerzijds, en de mate van behandel succes anderzijds. Het meest gezaghebbende overzicht van empirische studies naar cliëntgerichte behandelingen is dat van Elliott et al. Zij gebruiken de term humanistisch-experiëntiële psychotherapieën (HEP). Tot de vergelijkende effectstudies behoren gerandomiseerde studies, maar ook niet-gerandomiseerde. Dit kan een onbevooroordeelde vergelijking bemoeilijken. Daarnaast constateren de auteurs ook **allegiance**: loyaliteit of bevooroordeeldheid van onderzoekers ten opzichte van een bepaalde therapiestroming. Veel vergelijkend onderzoek is uitgevoerd door cognitief gedragstherapeutische onderzoekers. Elliott et al. concluderen dat alle drie bestudeerde typen van onderzoek de effectiviteit van HEP ondersteunen. CGT doet het beter dan HEP bij problemen waarbij angsten en fobieën voorop staan. Bij depressieve problematiek doet HEP het opvallend goed en soms beter dan CGT. •» Gemiddeld genomen is CGT verwaarloosbaar effectiever dan HEP. In vergelijking tot andere vormen van HEP komt EFT goed uit de studies naar voren. De onderzoekers concluderen dat er alle reden is om HEP bij betalende instanties onder de aandacht te brengen als benadering die zich empirisch heeft bewezen.

Cognitieve gedragstherapie

7. Cognitieve gedragstherapie

•» **Cognitieve gedragstherapie** (CGT) is een gestructureerde vorm van psychotherapie waarin mensen leren om anders tegen problematische situaties aan te kijken en er anders mee om te gaan. CGT is effectief gebleken in de behandeling van diverse vormen van psychopathologie. •» CGT kent twee belangrijke componenten. De gedragstherapeutische richt zich op het veranderen van gedrag. De manier waarop iemand zich gedraagt, bepaalt namelijk in grote mate hoe iemand zich voelt. De cognitieve component richt zich op de invloed van gedachten

op gevoel en gedrag. De kern is de veronderstelling dat disfunctionele cognities zorgen voor ongewenste gevoelens en gedragingen. In cognitieve therapie leren cliënten hoe ze hun disfunctionele gedachten en overtuigingen kunnen identificeren, evalueren en veranderen. CGT wordt in verschillende vormen aangeboden, zoals individueel en in groepen. Daarnaast zijn er stromingen, met eigen accenten. Verder zijn er gespecialiseerde protocollen ontwikkeld voor specifieke vormen van psychopathologie. Overkoepelend kenmerk van alle benaderingen is dat ze de samenwerking tussen gedachten, gevoelens en gedrag benadrukken en dat ze interventies inzetten om negatieve gevoelens en ongewenst gedrag te veranderen.

7.1 Theoretisch kader

7.1.1 Gedragstherapie

Gedragstherapie ontstond in de jaren 50 en 60 als reactie op de heersende psychodynamische visie. De effecten van de hierop gebaseerde psychotherapie waren niet groter dan 'geen therapie'. Wel effectief bleek de op de leertheorie gestoelde gedragstherapie. De leertheorie gaat ervan uit dat ongewenst gedrag aangeleerd is, door **klassieke conditionering** waardoor prikkels die in eerste instantie niets met elkaar te maken hebben op een gegeven moment met elkaar in verband worden gebracht, of door **operante conditionering** waarbij de consequenties van gedrag de kans vergroten dat dit gedrag opnieuw zal optreden of juist nagelaten wordt. Gedragstherapeuten gaan ervan uit dat als je gedrag kunt aanleren, je het ook weer kunt afleren, met gebruik van dezelfde principes. Door klassieke conditionering aangeleerde associaties kunnen worden uitgedoofd (**extinctie**). Gedragsverandering op basis van operante conditionering wordt bewerkstelligd door gewenst gedrag te bekrachtigen, en ongewenst gedrag uit te doven of te bestraffen.

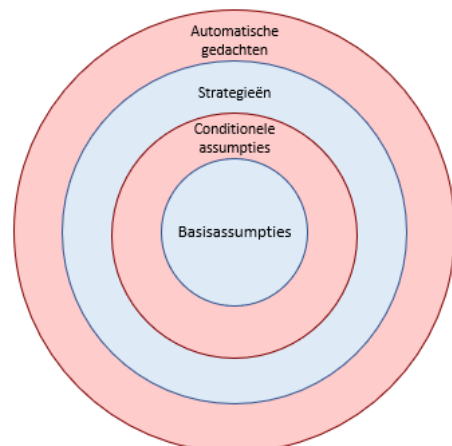
Gedragstherapie werd een succes, deels doordat de effecten ervan duidelijk observeerbaar en meetbaar waren. Verder was de gedragstherapeutische aanpak veel efficiënter dan de traditionele behandelvormen.

7.1.2 De cognitieve theorie

Er was ook kritiek op een puur gedragsmatig alternatief voor de psychoanalyse, onder andere op het buiten beschouwing laten van mentale processen als gedachten, opvattingen en interpretaties. Er ontstond een **cognitieve revolutie**. Als belangrijkste grondleggers van de cognitieve benadering worden Aaron Beck en Albert Ellis beschouwd. De principes en technieken van Beck zijn het meest invloedrijk gebleken. De kern van zijn theorie is de veronderstelling dat psychisch lijden niet zozeer ontstaat door dingen die iemand meemaakt, maar door de manier waarop iemand erover denkt.

De cognitieve benadering kent vier niveaus van cognities:

1. **Basischema's**, iemands fundamentele opvattingen over zichzelf, over de wereld en over de toekomst
2. **Conditionele assumpties**, veronderstellingen over oorzaak-gevolgrelaties, vaak in de vorm van als-dan-stellingen
3. **Strategische ideeën**, opvattingen die mensen hebben over hoe ze gevaren het beste het hoofd kunnen bieden en goede dingen kunnen bereiken
4. **Automatische gedachten**, die meer bewust door iemands hoofd gaan.



Beck stelt dat psychopathologie ontstaat en in stand wordt gehouden door problemen in de informatieverwerking. Bepaalde basisschema's zijn hyperactief geworden en zijn de informatieverwerking gaan domineren waardoor vertekeningen in de interpretatie ervan ontstaan. De hypervalentie van deze schema's manifesteert zich via de automatische gedachten. Die zijn niet de oorzaak van het emotioneel onwelbevinden, maar zijn evenals de gevoelens een product van de onderliggende schema's.

●» Het doel van cognitieve therapie is om de hypervalentie van de basisschema's of de basisschema's zelf te veranderen. Dat is niet eenvoudig, doordat **confirmation bias** is ontstaan. In de cognitieve therapie wordt de cliënt ertoe gebracht het eigen denken te onderwerpen aan kritisch onderzoek en waar nodig te vervangen door opvattingen die meer functioneel en helpend zijn en tegelijk een goed begrip geven van iemands ervaringen. Het idee is dat een objectievere kijk op gevoelens en waarneming ervoor zorgt dat negatieve gevoelens verdwijnen en gedrag kan veranderen. Daarbij wordt als het ware van buiten naar binnen gewerkt. Hoewel de therapie cognitief heet, betekent dit niet dat ze niet-emotioneel is. Het gaat om wat wel de **hot cognitions** wordt genoemd: die opvattingen die nauw verbonden zijn met negatieve gevoelens en disfunctionele gedragingen.

7.1.3 Het samenspel van gebeurtenissen, gevoelens, gedachten en gedrag

●» In de loop der jaren kwam men erachter dat 'anders leren denken' en 'anders leren doen' uitstekend gecombineerd kunnen worden in een behandeling. Bovendien bleken de effecten van beide benaderingen elkaar te versterken. Begin jaren 90 werd de term CGT geïntroduceerd. De moderne CGT benadrukt meer dan ooit het samenspel van gebeurtenissen, gedachten, gevoelens en gedrag. Diverse stromingen hebben andere ideeën over welke component cruciaal is voor psychopathologie en verandering, maar allemaal erkennen ze de samenhang. Zolang niet is aangetoond hoe CGT precies werkt, maakt het niet zo veel uit waar je begint: bij gevoelens, gedachten of gedrag, of zelfs bij fysiologie. Verandering op het ene gebied leidt ook tot verandering op andere gebieden. Dit biedt ruimte voor de voorkeur van de cliënt, maar ook voor trial en error.

7.2 Basisprincipes van cognitieve gedragstherapie

●» De basisprincipes van CGT zijn niet noodzakelijk uniek, maar juist de combinatie van deze kenmerken maakt CGT tot wat het is.

7.2.1 CGT is probleem-georiënteerd en legt de nadruk op het heden

CGT is een klachtgerichte behandeling, gericht op het hier en nu. CGT richt zich veel vaker op het heden dan op het verleden, en staat slechts kort stil bij jeugdervaringen. Therapeut en cliënt bespreken wat de cliënt zou willen veranderen, waarna interventies worden ingezet.

7.2.2 CGT is kortdurend en afgebakend

Het is de bedoeling dat CGT van korte duur is. In de meeste gevallen volstaat een behandeling van twaalf tot twintig wekelijkse sessies.

7.2.3 CGT benadrukt de samenwerking tussen cliënt en therapeut

Therapeut en cliënt werken samen om tot verbetering van klachten te komen. De therapeut sluit daarbij zo direct en concreet mogelijk aan bij de behoeften van de cliënt. In de samenwerking is het voor de therapeut zaak om een goede balans te vinden tussen autonomie van

de cliënt en de noodzaak van structuur, en tussen empathie en distantie. Dit betekent niet dat de therapeut zich afstandelijk of autoritair opstelt. De meeste therapeuten besteden veel aandacht aan een goede werkrelatie. Die werkrelatie is echter geen proces dat verandering faciliteert, maar een situationele voorwaarde voor het op gang brengen van een leerproces.

7.2.4 CGT vraagt om een actieve houding

CGT vergt van therapeuten specifieke kennis, vaardigheden en creativiteit, en van de cliënt een actieve houding. Die moet immers vaak lang bestaande patronen doorbreken. Vaak moet de cliënt tussen de sessies door actief aan de slag met oefeningen en opdrachten.

7.2.5 CGT-sessies zijn gestructureerd

Ongeacht de toepassingsvorm heeft elke CGT-sessie een vaste structuur. Een typische sessie begint met een update en een korte terugblik. Daarna wordt in samenspraak een agenda opgesteld. Vervolgens wordt het huiswerk besproken, en worden de agendapunten besproken. Hierbij wordt gebruikgemaakt van diverse therapeutische technieken. Er wordt nieuw huiswerk afgesproken. De sessie wordt afgesloten met een samenvatting en feedback.

De accenten die worden gelegd hangen sterk af van de specifieke stoornis van de cliënt. Er zijn gespecialiseerde protocollen ontwikkeld die als leidraad kunnen dienen voor verdere structurering van de sessies. Ondanks het feit dat CGT gestructureerd en geprotocolleerd is, is in de praktijk veel variatie te zien. Naast verschillen in problematiek, zorgen verschillen in levensfase, culturele achtergrond en niveau van de cliënt voor andere accenten in de behandeling.

7.2.6 CGT ziet registratie als essentieel onderdeel van de behandeling

Binnen CGT is een belangrijke rol weggelegd voor **registratie**, zoals het maken van aantekeningen tijdens sessies, het bijhouden van gedachten en gedrag op dagboekformulieren, en het kritisch bekijken van cognities op gedachtenformulieren. Ook wordt de cliënt aangespoord om belangrijke conclusies op **coping cards** te noteren, en deze regelmatig te bekijken. Registratie kan belangrijke inzichten verschaffen in patronen van denken en doen. Daarnaast worden zaken beter in het geheugen opgeslagen wanneer ze worden opgeschreven, waardoor therapie-effecten worden gemaximaliseerd. De cliënt krijgt hiermee ook een persoonlijk naslagwerk.

7.2.7 CGT leert de cliënt hoe deze zijn eigen therapeut kan zijn

De cognitief-gedragstherapeut streeft ernaar dat de cliënt zijn eigen valkuilen kan herkennen, evalueren en bijstellen. De behandeling heeft daarom een duidelijk didactisch accent. De therapeut legt de cliënt theorieën voor over het ontstaan en de instandhouding van het probleem, en leert hem technieken die gevoelens en gedrag kunnen doen afnemen.

7.2.8 CGT legt expliciete nadruk op terugvalpreventie

CGT richt zich niet alleen op beter worden, maar ook op beter blijven. **Terugvalpreventie** staat daarom vanaf de eerste sessie op de agenda, en de laatste sessie staat zelfs geheel in dit teken. Terugvalpreventie wordt daarom vaak de derde pijler van CGT genoemd.

7.2.9 CGT ziet psychopathologie als een extreme vorm van normaal gedrag

Volgens CGT moeten psychologische problemen niet gezien worden als aparte dimensies, maar zitten ze aan het uiteinde van het continuüm van het normale. Dat betekent dat iedereen te maken kan krijgen met psychische problematiek, en ook dat het theoretische model van CGT van toepassing is op zowel cliënt als therapeut.

7.3 Diagnostiek

Diagnostiek speelt een belangrijke rol binnen CGT: enerzijds om tot een duidelijke definitie van het probleem te komen, en anderzijds bij het evalueren van het effect van de behandeling.

●» Binnen het CGT-kader is er aandacht voor classificerende, beschrijvende en verklarende diagnostiek. Tijdens de diagnostische fase probeert de therapeut een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het probleem(gedrag), de omstandigheden waarin dit voorkomt en de cognities die hiermee samenhangen. Ook worden ontstaansgeschiedenis en instandhoudende en beschermende factoren in kaart gebracht. De therapeut kan hierbij gebruikmaken van diverse informatiebronnen.

7.3.1 Vragenlijsten en tests

●» Er zijn diverse vragenlijsten en tests ontwikkeld om de verschillende domeinen van het CGT-model in kaart te brengen. Zo is de **Positive and Negative Affect Scale (PANAS)** geschikt om de aanwezigheid en intensiteit van emoties te meten. Emoties kunnen ook in kaart worden gebracht met vragenlijsten die zijn ontwikkeld voor een specifiek probleemgebied, zoals de **Beck Depression Inventory-II (BDI-II)** bij depressie. Daarnaast zijn er ook vragenlijsten die inzicht kunnen geven in de gedragingen van de cliënt, zoals de **Pleasant Events Schedule (PES)**. Er bestaan ook diverse vragenlijsten waarmee de therapeut disfunctionele automatische gedachten en opvattingen kan inventariseren, zoals de **Dysfunctional Attitudes Scale (DAS-A)**, de Irrational Beliefs Test (**IBT**), en de Rational Behavior Inventory (**RBI**). De meest gebruikte vragenlijst om basisschema's in kaart te brengen is de **Young Schema Questionnaire (YSQ)**. Naast manieren om de inhoud van gedachten, attitudes en schema's vast te stellen, is er een aantal methoden ontwikkeld om kenmerkende processen van de informatieverwerking in kaart te brengen.

7.3.2 Observatie en registratie

●» Het kan ook zinvol zijn om de cliënt een gestructureerd dagboek te laten bijhouden om erachter te komen onder welke omstandigheden het probleem optreedt, en welke gedachten daarmee samenhangen. De dagboekgegevens kunnen verbanden aan het licht brengen tussen factoren die het probleem uitlokken en bekrachtigen. Verder kan het zinvol zijn gedrag te registreren met telapparaten. Dit is vooral zinvol bij gedrag dat hoogfrequent is.

7.3.3 Probleemanalyse

●» De therapeut kan de informatie die verkregen is in de diagnostische fase gebruiken om een probleemanalyse te maken. Die kan helpen om de insteek van de therapie te bepalen.

Holistische theorie

Bij een **macroanalyse** – ook **holistische theorie** genoemd – worden probleemgedragingen met een vergelijkbare functie geclusterd en worden hypothesen opgesteld over de causale relaties tussen de clusters. Zo kan centrale problematiek worden opgespoord en kan bepaald worden welke probleemgebieden het eerst aangepakt moeten worden (behandeldoel).

Het is belangrijk om de holistische theorie zorgvuldig met de cliënt te bespreken en overeenstemming te krijgen over de prioritering en de volgorde in behandeldoelen. Het bespreken geeft de cliënt inzicht in de (instandhouding van de) problemen en draagt bij aan het begrip voor de wijze waarop de problemen aangepakt zullen worden in de therapie.

Functieanalyse

Bij een **microanalyse** – ook wel **functieanalyse** genoemd – wordt het gedrag binnen een specifiek probleemgebied verder geanalyseerd. Hierin komt eerst de ontstaansgeschiedenis van het probleem aan de orde en wordt vervolgens stilgestaan bij die factoren die ervoor zorgen dat de klacht in stand blijft. Vragen die de therapeut probeert te beantwoorden zijn: welke stimuli lokken het gedrag uit, en onder welke omstandigheden? Welke reactie treedt op? Wat zijn de gevolgen van het gedrag? Welke factoren bekrachtigen het gedrag? Hierbij is het van belang dat de therapeut goed zicht krijgt op de volgorde van gebeurtenissen. In het driefactorenmodel kan bijvoorbeeld worden gesproken van Sd (discriminatieve stimulus), CER (geconditioneerde emotionele respons), CAR (geconditioneerde vermijdende respons) en ↓C- (negatieve bekrachtiging).

Casusconceptualisatie

Om een beeld te krijgen van de disfunctionele gedachten en schema's die een rol kunnen spelen bij een probleem, kan een **casusconceptualisatie** worden opgesteld. Hiervoor gebruikt de therapeut de eerder verkregen informatie, waarna hij op basis hiervan een aantal hypothesen opstelt over de functionele en disfunctionele schema's van de cliënt. Daarbij vormt de therapeut zich een beeld van de invloed van het disfunctionele schema op het leven van de cliënt, omdat dit een indicatie geeft van de noodzakelijke duur van de therapie en de te verwachten weerstand tegen verandering. De therapeut bespreekt zijn hypothesen met de cliënt en vraagt naar diens oordeel. Alleen bij sterke contra-indicaties wordt de conceptualisatie niet (volledig) met de cliënt besproken. Dit gebeurt dan wel in een later stadium.

7.4 Behandeling

•» Als de therapeut een compleet beeld heeft, behandeldoelen zijn opgesteld en afspraken zijn gemaakt over de duur van de behandeling en de frequentie van de therapiesessies, legt hij het idee achter de behandeling, de **rationale**, voor aan de cliënt. Daarna kan gestart worden met het veranderingsgerichte deel van de therapie. De therapeut heeft de keuze uit diverse technieken. Sommige zijn oorspronkelijk afkomstig uit de gedragstherapie, andere komen uit de cognitieve therapie. Meestal gebruikt de therapeut een combinatie. De bespreking hieronder is niet uitputtend en beperkt zich tot enkele operante technieken, vormen van exposure en de kerninterventies van de cognitieve therapie.

7.4.1 Operante technieken

•» Een klassiek voorbeeld van een behandeling die is gebaseerd op de principes van bekrachtiging en uitdoving of bestraffing, is de **token economy**. Deze vorm wordt veelal toegepast in klinische settings. De therapeut verstrekt tokens voor gewenst gedrag, zodat dit (secundair) bekrachtigd wordt. Bij ongewenst gedrag krijgt de cliënt geen tokens, zodat dit gedrag uitdooft. Hoewel bewezen effectief, is de belangstelling voor deze methode sterk afgenomen, onder meer doordat behandelingen steeds vaker ambulant plaatsvinden. Operante principes met beloningssystemen worden nog wel op andere manieren toegepast, zoals in community-reinforcementprogramma's en zelfcontroleprogramma's.

Een ander voorbeeld van een operante aanpak is de **gedragsactivatie** die wordt ingezet in de behandeling van depressieve stoornissen. Hierbij wordt niet gewerkt met straf en beloning, maar bekrachtiging speelt wel een centrale rol. De aanpak is gebaseerd op het leertheoretische model van **Lewinsohn**, dat ervan uitgaat dat depressie ontstaat en in stand wordt

gehouden door een tekort aan (bekrachtiging voor) gedrag dat plezier en voldoening geeft. Gedragsactivatie richt zich daarom op het uitbreiden van plezierige activiteiten. Om zicht te krijgen op welke activiteiten plezier en voldoening brengen, vraagt de therapeut aan de cliënt een dagboek bij te houden. Aan de hand hiervan maken cliënt en therapeut vervolgens een plan. Het specifiek plannen van gedrag vergroot de kans dat iemand de geplande activiteiten ook daadwerkelijk gaat uitvoeren, zelfs wanneer de cliënt zich op dat moment niet goed voelt. Dit wordt wel **stemmingsonafhankelijk plannen** genoemd.

7.4.2 Exposure

•» Bij exposure worden cliënten blootgesteld aan situaties en stimuli die spanning en angst oproepen en die zij geneigd zijn te vermijden. Dat kan door **exposure in vivo** (lijfelijke blootstelling) en **exposure in vitro** (in de verbeelding, ook **imaginaire exposure** genoemd). Bij exposure in vivo kan worden gekozen voor **graduele exposure**, volgens een stapsgewijze aanpak. Hierbij wordt meestal een **angsthiërarchie** gevolgd die cliënt en therapeut vooraf samen hebben opgesteld. Er kan ook worden gekozen voor een meer willekeurige volgorde van blootstelling of voor **flooding**, waarbij de cliënt meteen wordt blootgesteld aan de meest gevreesde stimulus.

Exposure in vivo is zeer effectief. Lange tijd werd gedacht dat het effect van exposure bereikt werd door het principe van **habituatie**. Volgens die hypothese is exposure echter alleen effectief wanneer de blootstelling doorgaat totdat de angst voldoende gedaald is. Inmiddels is duidelijk dat angstdaling geen noemenswaardige relatie heeft met het uiteindelijke effect. Veel belangrijker is dat de verwachtingen die de cliënt heeft over de situatie, geschonden worden: **expectancy violation**. Exposure gaat dus over het vormen van nieuwe verwachtingen. Om goede exposure te kunnen doen is het daarom belangrijk om de verwachtingen van de cliënt expliciet te achterhalen. Door oefeningen leert de cliënt dat de verwachting niet (altijd) uitkomt, waardoor associaties kunnen worden bijgesteld. Aangeraden wordt om zo veel mogelijk te variëren met context, inhoud, tijdstip en duur van de oefeningen. Het is niet de bedoeling de oorspronkelijke associatie te vervangen, maar die minder geloofwaardig te maken door ernaast een nieuwe associatie te vormen. Dit wordt **inhibitair leren** genoemd. Vanwege de vernieuwde inzichten in de werkingsmechanismes van exposure, worden de effecten van de interventie niet langer bepaald door middel van (reductie in) angstniveaus, maar op basis van de geloofwaardigheid van de verwachtingen.

Een variant is **exposure met responspreventie**, onder andere toegepast bij de behandeling van verslavingen, eetstoornissen en dwangstoornissen. Het doel van responspreventie is het uitdoven van de respons door de cliënt te verbieden de eigen dwanghandeling uit te voeren. Het exposureprincipe kan ook gebruikt worden in behandelingen die gericht zijn op het verwerken van negatieve ervaringen, zoals PTSS en pathologische rouw. Bij deze traumagerichte CGT is meestal sprake van flooding, omdat een hiërarchische presentatie van de stimuli niet goed mogelijk is. Hoewel in vivo exposure een belangrijk deel kan uitmaken van de behandeling, ligt de nadruk doorgaans op exposure in vitro. Exposure in vivo is in deze context meestal gericht op het doorbreken van het vermijdingsgedrag van de cliënt.

Soms worden er ook ontspanningsoefeningen toegevoegd (**systematische desensitisatie** of **relaxatie**). Relaxatie is echter niet noodzakelijk voor een succesvolle behandeling.

7.4.3 Cognitieve technieken

•» Hieronder bespreken we de kerninterventies van de cognitieve therapie: het identificeren van disfunctionele automatische gedachten, het toetsen en veranderen van automatische

gedachten door uitdagingen en experimenten, en het identificeren, evalueren en ombuigen van beperkende onderliggende assumpties en kerngedachten.

Om tot nieuwe gedachtegangen te komen is het belangrijk dat de cliënt zich bewust wordt van zijn gedachten. De therapeut vraagt de cliënt om moeilijke situaties bij te houden, waarbij het van belang is dat de cliënt onderscheid maakt tussen wat de feitelijke situatie vormt, welke gevoelens opgeroepen worden en welke interpretaties hij aan de situatie geeft. Een belangrijk hulpmiddel daarbij vormt het dagboek. De therapeut vraagt de cliënt om problematische situaties in kaart te brengen aan de hand van de vier G's: gebeurtenissen, gevoelens, gedachten en gedrag. Het dagboek dient als uitgangspunt voor de therapiesessies.

Nadat duidelijk is welke gedachten zich manifesteren, wordt een **hot cognition** geselecteerd. Die wordt vervolgens door evaluatie aan een kritisch onderzoek onderworpen. Bij het toetsen van de opvattingen van de cliënt aan logische en empirische houdbaarheid en aan functionaliteit wordt gebruikgemaakt van **guided discovery**. De therapeut en cliënt zoeken samen naar alternatieve verklaringen, waarbij de therapeut het proces bewaakt en de cliënt de inhoud levert. De therapeut maakt hierbij gebruik van de **socratische dialoog**, waarbij vragen stellen en samenvatten door de therapeut de cliënt helpen om nieuwe inzichten te ontwikkelen.

Box 7.5 Voorbeelden van veelgebruikte socratische vragen

- > Wat is het bewijs (voor en tegen) dat de gedachte waar is?
- > Is er een alternatieve verklaring voor deze gedachte?
- > Wat zijn de consequenties als deze gedachte waar is?
- > Hoe functioneel is deze gedachte voor mij? Helpt het mij?

Op basis van de verzamelde informatie wordt een alternatieve gedachte opgesteld. Het is belangrijk dat die voldoende geloofwaardig is voor de cliënt. De geloofwaardigheid van de oorspronkelijke en de nieuwe gedachte worden gescoord. Een uitdaging (evaluatie) is succesvol als de geloofwaardigheid van de disfunctionele gedachte duidelijk is afgenomen en er een geloofwaardig alternatief tegenover is gezet. Het kan zinvol zijn om de nieuwe inzichten of alternatieve gedachten op te schrijven op **flashcards** of **coping cards**.

Een andere methode waarmee de cliënt zijn opvattingen op houdbaarheid kan onderzoeken is het **gedragsexperiment**. Cliënt en therapeut leiden een hypothese af uit de opvatting die de cliënt aanhangt, waarna de houdbaarheid van de hypothese empirisch getoetst wordt. Het is hierbij belangrijk dat de procedure tot in detail wordt uitgewerkt, om interpretatieproblemen achteraf te voorkomen. Ook kan gebruikgemaakt worden van een **rollenspel**, een experiëntiële techniek om gedachten te toetsen. De cliënt ervaart hoe het is om een bepaalde interactie aan te gaan, en leert het perspectief van een ander te kennen.

Vervolgens wordt de aandacht gericht op ideeën die ten grondslag liggen aan automatische gedachten: de onderliggende assumpties en kerngedachten. Die worden geïdentificeerd met de **neerwaartse pijltechniek**. In de meest simpele vorm kent die twee vragen: 'gesteld dat wat je zegt waar zou zijn, wat betekent deze gedachte dan voor jezelf?' (assumpties) en 'wat zegt deze gedachte over jezelf en de toekomst?' (kerngedachten). Beperkende assumpties en kerngedachten kunnen vervolgens worden onderzocht en veranderd.

7.4.4 Terugvalpreventie

Terugvalpreventie loopt als een rode draad door de therapie. Cliënt en therapeut blikken terug en bespreken vragen, bijvoorbeeld over wat helpend en niet helpend was. De cliënt stelt zelf aan de hand hiervan een terugvalpreventieplan op.

7.5 Effectiviteit

●» CGT is veruit de meest onderzochte en empirisch gevalideerde vorm van psychotherapie. Uit onderzoek blijkt CGT effectief bij veel psychische problemen. Naast acute effecten, lijkt de sterke kant van CGT ook vooral in langetermijneffecten te liggen. CGT kent een lager terugvalpercentage dan bijvoorbeeld medicamenteuze behandelingen. Vanwege deze positieve bevindingen geldt CGT als de voorkeursbehandeling voor diverse aandoeningen. Studies die hebben bekeken welke component van CGT het meest effectief is, zijn schaars en laten gemengde resultaten zien. Hoewel CGT positieve effecten heeft voor veel cliënten, profiteert niet iedereen (voldoende) van de behandeling. Het onderzoek gaat dan ook verder.

7.6 (Contra-)indicaties

Een basisvoorwaarde voor CGT is een duidelijke motivatie van de cliënt om iets aan de klachten te doen. Daarnaast moet de cliënt in staat zijn om gedachten onder woorden te brengen en daarop te reflecteren. Anders dan eerder gedacht, kan CGT effectief zijn bij psychotische problematiek. Een lage intelligentie kan wel een contra-indicatie zijn terwijl een secundaire diagnose, anders dan vaak gedacht, geen contra-indicatie hoeft te zijn. Verder onderzoek is nodig om na te gaan of specifieke persoonlijkheidsstoornissen een negatieve invloed op CGT hebben. Ongunstige factoren zijn het moeilijk kunnen samenwerken, een extreem passieve houding ten opzichte van de behandeling, en het ontbreken van een daginvulling.

7.7 Nieuwe ontwikkelingen

7.7.1 Schematherapie

●» Een belangrijke uitbreiding van CGT is de **schematherapie**. Deze is ontwikkeld voor chronische problematiek die wortels heeft in de jeugd. De focus ligt niet zozeer op automatische gedachten en gedragsverandering, maar op experiëntiële technieken waarbij contact gemaakt wordt met het gevoel. Ook wordt veel belang gehecht aan de therapeutische relatie, waarin getracht wordt zaken te corrigeren die in de jeugd zijn misgegaan, zoals het bieden van een veilige hechting. Daarnaast wordt actief gewerkt aan het opbouwen van nieuwe, gezonde schema's die nog te weinig ontwikkeld zijn. De belangrijkste toepassingsgebieden zijn persoonlijkheidsstoornissen, chronische depressieve stoornissen en chronische eetstoornissen.

7.7.2 Derdegeneratie-CGT

●» De meest recente ontwikkeling is de **derdegeneratie-CGT**, die zo wordt genoemd omdat die volgt op de klassieke gedragstherapie en de cognitieve therapie. De derde generatie richt zich op het effectief leren omgaan met cognities en emoties zonder deze rechtstreeks te willen veranderen. Kenmerken is het gebruik van experiëntiële technieken. De bekendste vormen zijn de **Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)** en **Acceptance and Commitment Therapy (ACT)**. Er is nogal wat overlap tussen de verschillende behandelvormen.

7.7.3 Technologische innovaties

●» Technologische ontwikkelingen maken het mogelijk om CGT-technieken aan te bieden onder nieuwe omstandigheden. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van **virtual reality** bij de behandeling van fobische klachten. Een ander voorbeeld betreft het aanbieden van programma's via internet. Meestal gaat het dan om **blended behandelingen**.

Interpersoonlijke psychotherapie

8. Interpersoonlijke psychotherapie

- » De rationale van **interpersoonlijke psychotherapie** (IPT) bij depressieve stoornissen is dat een depressieve stoornis sterk samenhangt met het wegvallen of verstoord raken van belangrijke relaties. IPT is een kortdurende vorm van therapie, ontworpen door Klerman en Weissman. De term 'interpersoonlijk' verwijst naar de aanname dat veranderingen in relaties met belangrijke anderen een depressieve stoornis kunnen uitlokken, en dat verbetering in die relaties ook tot herstel leidt. IPT doet geen uitspraak over de oorzaak van depressieve stoornissen, die immers gelegen is in een mix van verschillende factoren. IPT ken in toenemende mate toepassingen buiten die van depressieve stoornissen, zoals voor bipolaire en eetstoornissen.
- » IPT is anders dan andere behandelingen in die zin dat zij expliciete verbetering in de relatie met anderen nastreeft, en niet zozeer intrapsychische veranderingen. IPT voldoet aan de criteria voor evidence-based behandelen en is opgenomen in richtlijnen voor de behandeling van depressieve stoornissen.

8.1 Theoretische achtergrond

Psychiatrische symptomen moeten volgens IPT begrepen worden in de interpersoonlijke context van de patiënt. Onderzoek onderbouwt dit ook, zoals onderzoek naar het belang van life events. Ook is bekend dat het hebben van sociale steun belangrijk is als buffer tegen een depressieve stoornis, en dat interpersoonlijke conflicten een depressogeen effect hebben. Het optreden van een depressieve stoornis is altijd een interactie tussen meerdere, met elkaar samenhangende factoren, waaronder genetische en andere biologische factoren enerzijds en persoonlijkheids- en sociaaleconomische factoren anderzijds. Of en wanneer een stoornis ontstaat hangt af van de interactie tussen al deze factoren.

8.2 Effectiviteit

- » Vanaf het ontstaan van IPT is onderzocht of ze effectief was in de behandeling van depressieve stoornissen. Dit is bevestigd in twee meta-analyses. Uit Nederlands onderzoek bleek dat de werkzaamheid van IPT vergelijkbaar was met medicatie. IPT is vooral onderzocht en effectief bevonden bij de behandeling van acute depressieve stoornissen. Dat maakt IPT zeer geschikt voor toepassing door praktijkondersteuners en in de generalistische basis-ggz. In de gespecialiseerde ggz zal IPT vooral ingezet kunnen worden in combinatie met medicatie als eerstekeusbehandeling.

8.3 Behandeling

IPT is een therapie van twaalf tot zestien zittingen. De behandeling is verdeeld in drie fasen.

8.3.1 Fase 1: diagnostiek en vaststellen van het probleemgebied

- » De eerste fase van de behandeling omvat de diagnostiek en de vaststelling van het probleem. Deze fase moet leiden tot een behandelcontract waarin overeenstemming over het probleemgebied wordt bereikt. Hiertoe dienen de volgende zes doelen bereikt te worden:

1. *Het stellen van de diagnose*

De therapeut vraagt de verschillende symptomen van een depressieve stoornis systematisch na. Door te benadrukken dat sprake is van een ziekte, wordt zelfbeschuldiging tegengegaan. Het is van belang dat formeel een depressieve stoornis volgens de DSM-5 wordt vastgesteld, waarvan de ernst aan de hand van een standaard meetinstrument kan worden vastgesteld, zoals de Inventory of Depressive Symptoms (IDS) of de BDI.

2. *Het creëren van een goede werkkrelatie*

De therapeut moet een goede werkkrelatie tot stand brengen, door een aantal belangrijke acties: hij geeft een duidelijke verklaring van de klachten, hij geeft hoop op verbetering, hij laat zich zien als een deskundige, hij geeft goede voorlichting en hij toont begrip voor het lijden dat een depressieve stoornis meebrengt.

3. *Inventarisatie van de relatie met belangrijke anderen (interpersoonlijke inventarisatie)*

Vervolgens dient de therapeut na te gaan welke belangrijke relaties er bestaan in het leven van de patiënt en welke veranderingen zich hebben afgespeeld in de maanden voorafgaand aan de depressieve stoornis: de **interpersoonlijke inventarisatie**. Bij voorkeur maakt hij daarbij gebruik van een **sociogram**. Omdat IPT kortdurend is, kan slechts in beperkte mate op het verleden worden ingegaan.

4. *Verband leggen tussen belangrijke gebeurtenis en verandering in stemming*

Voor het vaststellen van het probleemgebied is het belangrijk dat duidelijk wordt welke **life events** zich voordeden voor de depressieve stoornis. Omdat depressieve patiënten slecht in oorzaak-gevolgrelaties kunnen denken, komen zij hier vaak niet spontaan op. Daarom kan het helpen een tijdslijn te maken waar de verschillende life events worden neergezet. De therapeut kiest daarbij een aantal ankers in de tijd.

5. *Vaststellen van een behandelprobleemgebied*

Het kiezen van een probleemgebied is een gezamenlijke onderneming, maar in de praktijk neemt de therapeut vaak het initiatief. IPT kent vier probleemgebieden: **rouw**, interpersoonlijk conflict, interpersoonlijke rolverandering en interpersoonlijk tekort. Een te kiezen probleemgebied moet aan twee voorwaarden voldoen: het moet gerelateerd zijn aan het ontstaan van de stoornis, en het moet affectief geladen zijn.

6. *Overeenstemming bereiken over het behandelcontract*

De eerste fase van de behandeling wordt afgerond met het maken van afspraken rondom de duur van de behandeling, de frequentie en eventuele kosten.

8.3.2 Fase 2: de eigenlijke behandeling

●» In de behandelfase wordt het gekozen probleemgebied besproken aan de hand van concrete ervaringen die de patiënt gedurende de week heeft opgedaan.

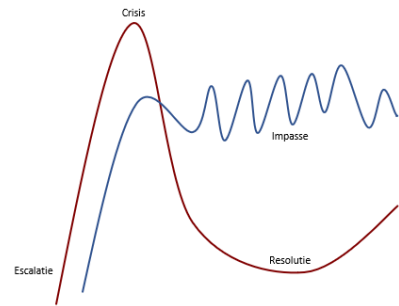
Rouw

Als een verlies heeft geleid tot het optreden van een depressieve stoornis, is bijna per definitie sprake van **pathologische rouw**. De volgende doelen staan dan centraal: het vastgelopen rouwproces weer op gang brengen, en een zinvolle invulling van het leven of vervanging voor de verloren relatie vinden. Het eerste doel kan worden bereikt door de relatie met de overledene zorgvuldig te reconstrueren. Daarna worden de tijd voor het overlijden, de aankondiging van de dood, het sterven en de tijd erna besproken. Het is belangrijk dat de therapeut goede voorlichting geeft over het normale verloop van rouw. Afgeweerde emoties als schuldgevoel en boosheid worden voorzichtig maar doortastend besproken.

Hierna wordt de aandacht verlegd naar het tweede doel. Hierbij is het goed om te kijken naar die zaken die waardevol waren, maar niet meer mogelijk lijken. Dan zal gekeken moeten worden hoe dat weer aan te pakken en welke hulp voorhanden is, maar ook naar contacten en activiteiten die niet mogelijk waren toen de overledene nog leefde.

Interpersoonlijk conflict

Met ●» **interpersoonlijk conflict** wordt een verschil bedoeld tussen wat de patiënt verwacht van een belangrijke ander en wat hij uiteindelijk van die persoon ontvangt. De therapeut moet eerst vaststellen met wie de patiënt precies een conflict heeft. Dat moet iemand van vlees en bloed zijn met wie er nog contact is of snel contact gemaakt kan worden. Hij moet ook vaststellen in welke fase het conflict zich bevindt. De conflicttheorie kent een aantal fasen (zie de figuur hiernaast). De eerste fase is de **onderhandelings- of escalatiefase**, dan volgt een crisis waarna meestal een oplossing wordt gevonden. Bij depressieve stoornissen is echter in veruit de meeste gevallen sprake van **impasse**. Hierbij is het conflict niet tot een oplossing gekomen, maar woekert het ondergronds door. Doelstelling bij dit probleemgebied is het conflict weer in de onderhandelingsfase te brengen zodat het opgelost kan worden, en na te gaan of deze oplossing leidt tot stemmingsverbetering.



Als helder is wat de patiënt wil zal de therapeut proberen het conflict in de onderhandelingsfase te brengen. Dat houdt in dat ook de affectieve lading van het conflict vergroot moet worden. Vaak gebruiken patiënten inadequate manieren van communicatie om hun wensen te uiten. De therapeut doet er dan goed aan gebruik te maken van **communicatieanalyse**. Onderhandelen de partijen weer, dan gaat de therapeut na of die bijdragen tot vermindering van de symptomen. Is dit niet het geval, dan worden andere methoden van communicatie gezocht en uitgeprobeerd. De therapeut kan verschillende technieken gebruiken. Naast communicatieanalyse wordt ook rollenspellen gebruikt. Patiënten met een depressieve stoornis hebben vaak last van **tunnelvisie**, waarin zij maar één oplossing denkbaar achten.

Interpersoonlijke rolverandering

Bij ●» **interpersoonlijke rolverandering** gaat het vaak om overgangen tussen verschillende levensfasen, zoals uit huis gaan of pensionering. Veranderingen als echtscheiding of verhuizing kunnen ook aanleiding zijn voor het optreden van een depressieve stoornis. Doelstelling bij dit probleemgebied is helder te krijgen wat verloren is gegaan. Eventuele gevoelens van rouw moeten adequaat geuit worden. Een veelgemaakte fout is dat de therapeut te snel over de verliezen heen stapt om de nieuwe situatie te bespreken.

Nadat het verlies is besproken en de rouw op gang is gekomen, dient de therapeut met de patiënt na te gaan wat de eisen in de nieuwe rol zijn en welke nieuwe vaardigheden nodig zijn om die rol goed aan te kunnen. Het aangaan van nieuwe contacten is een belangrijk onderdeel hiervan. Ook nu wordt nagegaan of gedragsverandering leidt tot symptoomvermindering.

Interpersoonlijk tekort

Van een ●» **interpersoonlijk tekort** is sprake als de patiënt moeite heeft met het starten of onderhouden van betekenisvolle relaties. Meestal betreft het sociaal geïsoleerde mensen. Doelstellingen zijn na te gaan welke belangrijke relaties in het verleden bestonden, de moeilijkheden en positieve kanten van die relaties te exploreren en de gevoelens rondom huidige

relaties te bespreken. De behandeling is gericht op het vergroten of verbeteren van het sociale netwerk, door te trachten de interpersoonlijke vaardigheden van de patiënt te vergroten. Men kiest voor dit probleemgebied alleen als men niet voor een van de andere drie kan kiezen. Anders dan bij de overige drie probleemgebieden betreft de therapeut meer het verleden bij de therapie. Er zijn immers weinig actuele relaties. In afwijking van de andere gebieden wordt de therapeutische relatie ook gebruikt als een actuele interpersoonlijke relatie. Patiënten met interpersoonlijke tekorten zijn vaak overgevoelig voor (vermeende) afwijzing.

8.3.3 Fase 3: afsluiten van de behandeling

Omdat het een korte therapie betreft, wordt niet veel tijd aan het afsluiten besteed. Wel moet dit zorgvuldig gebeuren. In de laatste twee zittingen bespreekt de therapeut het afsluiten en samen met de patiënt evalueert hij de gemaakte vorderingen. Als de patiënt goed is opgeknapt wordt een afspraak gemaakt voor een follow-upzitting waarin de noodzaak van eventuele onderhoudsbehandeling wordt besproken. Is de patiënt niet of onvoldoende opgeknapt, dan wordt een follow-upafspraak gemaakt na vier tot zes weken. De gedachte is dat veel van de effectiviteit van IPT pas laat in de behandeling of na afsluiting wordt bereikt. In de follow-upzitting wordt dan de eventuele noodzaak van verdere behandeling besproken.

8.4 Toepassingen

In de loop van de jaren is IPT ook effectief gebleken bij een aantal andere stoornissen dan de acute depressieve stoornis. Verder zijn aanpassingen gedaan om IPT geschikt te maken voor toepassing bij ouderen en in groepsformaat.

8.4.1 IPT bij bipolaire stoornissen

De **social rhythm interpersonal psychotherapy** is een vorm van terugvalpreventie, ontwikkeld voor de behandeling van de manisch-depressieve stoornis. Deze therapie bestaat uit psycho-educatie, het reguleren van dag- en nachtritme en IPT. In onderzoek werd een bescheiden effect gevonden op het voorkomen van een depressieve stoornis.

8.4.2 IPT bij boulimia nervosa

IPT is opgenomen in de richtlijnen voor de behandeling van boulimia nervosa. De effecten van behandeling met IPT zijn iets minder gunstig dan van CGT. Verondersteld wordt dat de werkingsmechanismen verschillen. Bij IPT neemt door vermindering van de interpersoonlijke problemen het zelfvertrouwen toe, en hoeft de patiënt minder terug te vallen op problematisch eetgedrag. Bij CGT neemt het zelfvertrouwen toe doordat het problematische eetgedrag onder controle komt. Vrij recent zijn beide behandelingen gecombineerd tot **CBT-e**.

8.4.3 Depressieve stoornissen bij ouderen

In een handboek is beschreven welke aanpassingen nodig zijn om de behandeling bij ouderen met een depressieve stoornis goed te laten verlopen. IPT is zowel op korte als lange termijn effectief bij deze groep. De belangrijkste aanpassing is het tempo van de behandeling.

8.4.4 IPT in een groep

Het toepassen van IPT in een groep (**IPT-G**) werd voor het eerst beschreven in 2000. In ons land wordt IPT-G vooral toegepast in de behandeling van depressieve stoornissen. Hierbij worden interpersoonlijke en groepsdynamische technieken gecombineerd.

8.4.5 IPT voor patiënten met een niet-westerse achtergrond

Uit onderzoek blijkt dat patiënten van niet-westerse origine minder goed profiteren van behandeling in vergelijking met westerse patiënten. De meest genoemde oorzaak is taalachterstand, maar het grootste probleem is de drop-out, ook bij patiënten die de Nederlandse taal machtig zijn.

De volgende aanbevelingen worden gedaan voor adaptatie van de toepassing van IPT:

- › Vervlechting van de interpersoonlijke inventarisatie met het **Cultureel Interview**, een semigestructureerd instrument om de culturele context van de patiënt in kaart te brengen
- › Enige elementaire kennis over diverse bevolkingsgroepen, met bijzondere aandacht voor het welkom heten tijdens het begin van elke zitting
- › Meekomen van een belangrijke ander tijdens de eerste fase van de behandeling, die relevante zaken kan vertellen over de interpersoonlijke leefwereld van de patiënt
- › Teruggeven van klachten in de woorden van de patiënt, bijvoorbeeld wanneer een eigen woord voor depressieve stoornissen in een cultuur ontbreekt.

Deel 3 Diagnostiek en behandeling passend bij verschillende vormen van psychopathologie

Als bepaalde aspecten van het gedrag, het gevoel of de gedachten het leven van een persoon overheersen en de persoon zelf of zijn omgeving hiervan ernstig hinder ondervindt, wordt gesproken van psychopathologie. Op basis van clusters van bepaalde symptomen, klachten, ervaringen en uitingpatronen kunnen verschillende 'prototypes' van psychopathologie (stoornissen) worden onderscheiden, die kunnen worden vastgelegd en teruggevonden in een classificatiesysteem, zoals de DSM-5. In het derde en laatste deel gaat u zich verdiepen in de diagnostiek en behandeling van verschillende vormen van psychopathologie. Achtereenvolgens komt een aantal stoornisgroepen aan bod, maar we beginnen met een stoornis-overstijgend thema: diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

Suïcidaal gedrag

PDF Hoofdstuk 3 Verklaringen

(Uit: Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ, Ad Kerkhof en Bert van Luyn)

3.1 Inleiding

» Waarom maakt iemand een einde aan zijn leven? En waarom doet een ander, in nagenoeg dezelfde omstandigheden, dat niet? Van alle ernstig lijdende mensen zonder toekomstperspectieven ondernemen maar betrekkelijk weinig mensen een suïcidepoging. Ongeveer 25% van de Nederlanders maakt eens of meer in het leven een depressieve periode door. Tussen de 8 en 11% heeft ooit overwogen suïcide te plegen. De meeste mensen kunnen teleurstellingen en tegenslagen verwerken zonder depressief of wanhopig te worden. Wel hebben depressieve en suïcidale mensen vaker grote tegenslagen gehad en negatieve levensgebeurtenissen meegemaakt. Andersom worden mensen met deze ervaringen niet allemaal depressief of suïcidaal. De vraag is dan ook gerechtvaardigd waarom veel mensen met ernstige risicofactoren en ernstige suïcidaliteit geen suïcide plegen. Wat houdt hen tegen of beschermt hen?

3.2. Meervoudige verklaringen

In dit hoofdstuk gaan we op zoek naar verklaringen voor suïcide. We stellen alvast dat bij elke suïcide meerdere invloeden en oorzaken spelen. Deze meervoudige bepaaldheid vergt een grondige analyse. In sommige gevallen zijn suïcides achteraf onverklaarbaar en vooraf onvoorspelbaar. Toch zoeken we naar algemene verklaringen om daaruit te leren hoe we suïcidale patiënten kunnen helpen.

3.2.1 Suïcidaliteit als een symptoom bij psychiatrische aandoeningen

» Bij veel psychiatrische aandoeningen komen suïcidale gedachten, suïcidepogingen en suïcides voor. In een meta-analyse vond men dat 87% van alle mensen die door suïcide om het leven kwamen een psychiatrische stoornis in de voorgeschiedenis had. Van het totaal had 43% als hoofddiagnose een depressieve stoornis. Er is veel comorbiditeit. Niet iedereen met een psychiatrische aandoening heeft echter met suïcidaliteit te kampen. Deze bevindingen betekenen wel dat suïcidaliteit een belangrijk punt van aandacht moet zijn bij de behandeling van patiënten met een stoornis.

3.2.2 Suïcidaliteit als symptoom bij depressie

» Meer dan de helft van alle depressieve patiënten heeft suïcidale gedachten, en de intensiteit daarvan is evenredig met de ernst van hun depressie. De belangrijkste oorzaak van verhoogde sterfte onder depressieve patiënten is suïcide. Uit een meta-analyse blijkt het suïciderisico ten opzichte van de gewone bevolking bij depressie ongeveer twintigmaal groter, vijftienmaal bij bipolaire stoornissen, twaalfmaal bij de dysthyme stoornis, en zestienmaal bij niet anders omschreven stemmingsstoornissen.

Onder depressieve patiënten gaat suïcide vaak samen met comorbide stoornissen en lichamelijke aandoeningen. Het risico op suïcide neemt toe met de ernst van de stoornis. Dat wil niet zeggen dat depressieve stoornissen een noodzakelijke en voldoende voorwaarde zijn voor suïcide, maar wel dat ze een belangrijke voedingsbodem voor suïcidale ontwikkelingen vormen wanneer zich ook andere determinanten aandienen, zoals verlies of werkloosheid, of als iemand overmatig veel alcohol drinkt. Ook hopeloosheid is een belangrijk aspect van suïcidale depressie. Hopeloosheid omvat een kenmerkende manier van kijken naar de toekomst, met overgegeneraliseerde negatieve verwachtingen, maar ook vaak het idee van machteloosheid en externe locus of control. Het zelfbeeld is in veel gevallen gedevalueerd.

3.2.3 Suïcidaliteit als symptoom van andere psychiatrische stoornissen

●» De helft van alle manisch-depressieve patiënten onderneemt eens of meer dan eens een suïcidepoging in zijn leven en 80% heeft suïcidale gedachten. Comorbiditeit met alcoholafhankelijkheid verhoogt het risico. Bij angststoornissen is een duidelijke relatie met suïcidegedachten en -pogingen aangetoond, maar over de associatie met suïcide is nog onduidelijkheid, mede vanwege de hoge mate van comorbiditeit met depressie. Ook bij de PTSS is suïcidaliteit een bekend risico, vooral wanneer comorbide sprake is van depressie en alcoholafhankelijkheid. Verslaving aan middelen is een belangrijke risicofactor voor suïcide. Het risico onder drugsverslaafden is nog groter dan onder alcoholverslaafden. Ook bij schizofrenie en psychotische stoornissen is de kans op suïcide verhoogd. Suïcidepogingen komen veelvuldig voor, en na een eerste poging is het risico op een tweede aanzienlijk verhoogd. Suïcidaliteit komt regelmatig voor bij anorexia nervosa, terwijl bij boulimia nervosa geen verhoogde kans werd gevonden. Suïcide, -pogingen en -gedachten komen relatief vaker voor bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen, met name bij mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Het is duidelijk dat suïcidaliteit de grenzen van de verschillende ziektebeelden overschrijdt. Het is meer een algemeen symptoom bij psychiatrische stoornissen dan dat het voorbehouden is aan een enkele stoornis. Suïcidaal gedrag bij de verschillende stoornissen is ook te begrijpen als een complicatie van of gevoeligheid voor hopeloosheid, impulsiviteit en agressiviteit. Deze predispositie houdt mogelijk verband met een disfunctie van het serotonerge systeem met een sterke psychobiologische respons op confrontatie met uitlokkende omstandigheden. Vermindering van hopeloosheid hoeft daarom niet te betekenen dat de onderliggende neuropsychologische kwetsbaarheid verdwenen is. Een nieuwe, kleine teleurstelling kan de hopeloosheid weer in volle omvang uitlokken.

3.2.4 Suïcidaliteit als gevolg van depressie of andere psychiatrische aandoening

●» Suïcidaliteit kan ook begrepen worden als een *consequentie* van het hebben van een psychiatrische aandoening. Een stoornis vermindert het vermogen tot aanpassing aan de samenleving, of kan leiden tot negatieve ervaringen met de aanpassing. Aandoeningen gaan daardoor regelmatig gepaard met langdurige, pijnlijke gevoelens van angst, woede en depressie, met weinig zelfvertrouwen, met verminderde vermogens om voor zichzelf op te komen en met terugkerende crisissituaties. Suïcidaliteit als symptoom bij een stoornis en als aspect van een psychiatrische ziekte zijn vaak twee parallelle processen.

3.2.5 Suïcidaliteit als weerspiegeling van een langdurige kwetsbaarheid

●» Suïcidaliteit heeft vaak een repeterend karakter. De meerderheid van de mensen die na een eerste poging in een ziekenhuis behandeld worden, laat het bij deze ene poging (60%). De minderheid (40%) recidiveert zo veelvuldig dat de meerderheid van alle suïcidale gedragingen herhaalde gedragingen zijn. Als mensen ooit een periode van ernstige suïcidaliteit hebben meegemaakt, is de kans aanwezig dat zij bij een volgende tegenslag of een volgende periode van depressie weer suïcidaal zullen zijn. Onderzoek toont aan dat de mate van hopeloosheid bij patiënten een voorspellende waarde heeft ten aanzien van toekomstige suïcide. Daarbij lijkt het erop dat sommige mensen een sterkere neiging hebben tot terugkerende wanhoop en suïcidaliteit dan anderen. Inmiddels is duidelijk dat van de symptomen van depressie suïcidaliteit de meest consistente is gedurende opeenvolgende perioden.

3.2.6 Suïcidaliteit als herpesvirus

Het voorgaande leidt tot het besef dat veel patiënten een langdurige kwetsbaarheid hebben voor suïcidale gedachten en gedrag. Als metafoor kunnen we denken aan het herpesvirus, dat vaak sluimerend aanwezig is en dat je nooit meer kwijtraakt. Deze opvatting van suïcidaliteit als terugkerende kwetsbaarheid is van groot belang voor de hulpverlening. Het gaat er niet alleen om de huidige suïcidaliteit te behandelen, maar ook om patiënten te helpen zich te wapenen tegen de volgende suïcidale episode. Het gaat dan in

wezen om terugvalpreventie. Deze opvatting lijkt ook te suggereren dat de neiging met suïcidegedachten te reageren misschien niet altijd verdwijnt, maar dat men er wel mee kan leren leven. Uit deze zienswijze volgt ook dat suïcidaliteit niet genezen hoeft te zijn als de patiënt succesvol behandeld is voor depressie en ontslagen wordt uit de kliniek. De periode met het hoogste risico is die vlak na ontslag. Voor de behandeling betekent dit dat juist bij ontslag extra nadruk gelegd moet worden op adequate en relatief snel beschikbare zorg, en aandacht voor terugvalpreventie.

3.2.7 Suïcidaliteit en karakter

●» Kwetsbaarheid voor suïcide kan ook opgevat worden als kenmerk dat vaker voorkomt bij bepaalde karakters of als persoonlijkheidskenmerk. Deze kwetsbaarheid weerspiegelt stoornissen in de affectregulatie die op kritieke momenten tot zelfdestructieve neigingen leiden. Het is goed mogelijk dat verschillen in kwetsbaarheid voor een deel verschillen in biologische aanleg weerspiegelen. Er komen enkele dimensies naar voren die belangrijk zijn in de aanloop naar suïcidaal gedrag.

Relationele problemen

De relationele problemen en conflicten die plaatsvinden voorafgaande aan suïcidepogingen verschillen vaak niet van de problemen en conflicten die deze personen jarenlang steeds opnieuw hebben meegeemaakt. Op grond van traumatische gebeurtenissen in kindertijd en adolescentie ontwikkelen zij een negatief zelfbeeld, hebben zelf relationele problemen, en ervaren ze gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid. Elke nieuwe negatieve relationele gebeurtenis kan suïcidale verlangens en gedrag uitlokken.

Hulpeloosheid

Suïcidepogers voelen zich niet alleen hulpeloos ten aanzien van relationele problemen, zij vinden zichzelf ook hulpeloos op andere levensgebieden. Veel kwetsbaarheidsfactoren hangen onderling samen. Aangeleerde hulpeloosheid kan een verbindende schakel zijn tussen diverse levensgebieden.

Affectregulatie

Hoe iemand omgaat met zijn gevoelens van frustratie over de levenskwaliteit is afhankelijk van zijn affectregulatie. Suïcidale personen zijn zich vaak niet bewust van emotionele reacties, accepteren noch begrijpen hun eigen emotionele reacties en hebben moeite met het controleren van impulsen.

Impulsiviteit

Veel suïcidaal gedrag lijkt aan de oppervlakte impulsief. Meestal is de gedachte of de wens om zich iets aan te doen niet meer dan een uur of enkele uren van tevoren ontstaan. Over de invloed van impulsiviteit heerst veel onduidelijkheid. Suïcides of pogingen vinden vrijwel nooit plaats zonder een voorafgaand suïcidaal proces, waarin denken aan zelfdoding over kan gaan in bedenken hoe dat te doen, voorbereidingen treffen, in gedachten oefenen. Een deel van de mensen doet op een bepaald moment in dat proces een suïcidepoging, vaak onder invloed van middelen die de remmingen en drempels verlagen.

Mensen verschillen in de mate waarin hun gedrag wordt geremd door hun gedachten of geweten. Mensen bij wie het persoonlijkheidskenmerk impulsiviteit sterker is ontwikkeld, lopen een hoger risico hun suïcidegedachten op een zeker moment om te zetten in gedrag.

Het is evident dat een uiteindelijke suïcide nabestaanden vaak verrast, maar bijna altijd is sprake van een voorafgaand suïcidaal proces. Dit laat onverlet dat er een kleine groep mensen is die zonder suïcidale voorgeschiedenis plotseling tot zelfdoding overgaat. Voorbeelden hiervan zien we bij mensen met stemmingscongruente wanen, grote angst bij psychose of delier, of sterk afgenomen remmingen ten gevolge van neurologische beschadigingen. Vooral bij adolescenten lijkt suïcidaal gedrag buitengewoon vaak impulsief. Impulsiviteit vormt naast hulpeloosheid een belangrijke persoonlijkheidsvariabele die wij in verband met suïcidaliteit kennen.

Dichotoom denken

Dichotoom denken is de geneigdheid van sommige mensen om hun ervaringen en evaluaties te verwoorden in alles-of-nietstermen. Niet verwonderlijk is dat mensen met deze geneigdheid ook hun zelfbeeld beschrijven in deze termen, met een voorkeur voor de allesoverheersende negatieve evaluatie. Hopeloosheid is per definitie een globaal concept dat geen nuancering toestaat. Perfectionisme en faalangst kunnen ook een vorm van zwart-witdenken inhouden die predisponeert voor extreem negatieve evaluaties en depressie. Dit lijkt doorslaggevend bij de ontwikkeling van een emotionele naar een suïcidale crisis.

Rigiditeit

Er is enige evidentie dat suïcidale patiënten problemen op een meer rigide manier aanpakken. Hun competentieverwachting is laag. Zij laten vaker de problemen zichzelf oplossen of hopen dat anderen de problemen voor hen oplossen. Verder zijn hun oplossingen minder vaak op de toekomst gericht. Dit zorgt ervoor dat zij vastlopen in alledaagse problemen, wat het zelfvertrouwen en zelfbeeld nog verder aantast.

Overgeneraliseren

Een ander terrein dat in verband staat met het probleemoplossend vermogen van suïcidale personen is het autobiografisch geheugen. Zij hebben beperkte en weinig genuanceerde herinneringen aan hun eerdere interpersoonlijke problemen en de oplossingen die zij toen geprobeerd hebben. Zij zijn geneigd zich levensgebeurtenissen te herinneren op een overgegeneraliseerde wijze, wat sterk samenhangt met inefficiënte oplossingsstrategieën. Er lijkt sprake van een cognitieve stijl die als persoonlijkheidstrek moet worden opgevat. De overgegeneraliseerde kijk op de toekomst leidt ertoe dat van geen enkele oplossing meer heil wordt verwacht en dat gevoelens van hopeloosheid zich versterken.

Krenking

Kwetsbaarheid voor krenkingen van het zelfbeeld draagt bij aan de ontwikkeling van het suïcidaal proces. Narcisme is elke mentale activiteit die ervoor zorgt dat de structuur, de stabiliteit en het positieve gevoel ten opzichte van het zelfbeeld in stand wordt gehouden. Wanneer het zelfbeeld wordt bedreigd, worden er narcistische mentale activiteiten ontplooid om dit zelfbeeld te beschermen, te repareren en te stabiliseren. Schieten deze activiteiten tekort, dan is aantasting van het zelfbeeld te verwachten. Suïcide kan dan een manier zijn om dit zelfbeeld blijvend te beschermen tegen verder verlies. De notie van kwetsbaarheid voor krenkingen van het zelfbeeld is in de klinische praktijk vaak bruikbaar.

3.2.8 Suïcidaliteit als reactie op bedreigde belangen

●» Mensen worden wanhopig als de belangrijkste zaken in hun leven zijn misgegaan of dreigen mis te gaan, op onherstelbare wijze. De redenen om suïcide te overwegen zijn subjectief zo belangrijk dat het hele bestaan op het spel lijkt te staan. Suïcidaliteit kan daarom begrepen worden als een reactie op geblokkeerde belangrijke doelen. Als die doelen niet meer realiseerbaar zijn, wordt daarmee de kern van je identiteit aangetast. Het zelfbeeld bestaat immers voor een belangrijk deel uit de doelen die we kiezen en bereiken. Cognitief-motivationele benaderingen van suïcidaliteit richten zich daarom op het ervaren verlies van belangrijke waarden.

3.2.9 Ontsnappen aan de toekomst

●» Suïcide heeft ook alles te maken met het gevoel dat de toekomst verschrikkelijk zal zijn. Suïcidale mensen kunnen zich niet voorstellen dat er ooit een dag komt waarop het beter wordt, waarop het leven weer draaglijk wordt. Zij zijn verstrikt geraakt in hun eigen denken en voelen, dat beheerst wordt door negatieve gedachten uit hun verleden. Zij herinneren zich negatieve gebeurtenissen veel beter dan positieve. De tijd is voor suïcidale mensen een onontwarbare kluwen, waarin heden, verleden en toekomst door elkaar lopen. Suïcidale mensen beleven hun voorspellingen over de toekomst niet als een verwachting. Voor hen is het de harde werkelijkheid. Daarom wordt suïcide gezien als een ultieme ontsnapping aan de toekomst.

3.2.10 Suïcidaliteit als een vorm van zelfkwellend piekeren

Zelfkwellend piekeren

●» Pas sinds kort is er aandacht voor het repetitieve karakter van suïcidale gedachten. De eindeloze herhaling van gedachten vormt een kwelling voor de patiënt. Veel suïcidale mensen geven aan continu dezelfde gedachten over suïcide te herhalen, en aan suïcide als uitweg. Het eindeloze intrusieve repeteren van suïcidedgedachten lijkt verbluffend veel op rumineren. Dat onophoudelijke gepieker kan een reden zijn om suïcide te willen plegen. Het alleen gelaten worden met alleen het gezelschap van vreselijke gedachten is een van de grootste kwellingen die suïcidale patiënten kan overkomen.

Een ander element dat bij piekeren een rol speelt, is onzekerheid over de toekomst. Deze onzekerheid is groter bij abstracte, globale toekomstbeelden. Precies dit element treedt bij suïcidale patiënten vaak sterk op de voorgrond: de overgegeneraliseerde, globale toekomstbeelden die nauwelijks te verdragen zijn. Een laatste element is dat suïcidale patiënten vanwege hun neiging tot overgeneraliseren ook snel overdrijven in hun denken, en de neiging hebben te denken in metaforen en die voor waar te houden.

Piekeren in beelden en dwangmatige voorstellingen

Het gepeker over suicide gaat niet zelden gepaard met zich opdringende levendige beelden en voorstellingen van suicide. In het presuïcidale stadium rapporteren patiënten series beelden en filmfragmenten die uitmonden in de laatste handeling. Dergelijke intrusieve beelden fungeren als een soort mentale voorbereiding op de laatste handeling, als een denkbeeldige oefening. Voorstellingen van de eigen zelfdoding, die **flashforwards** worden genoemd, zijn sterk emotioneel en worden soms als traumatiserend ervaren. Patiënten met een bipolaire stoornis bleken hiervan vaker last te hebben dan patiënten met een unipolaire depressie. Mogelijk zijn de beelden behandelbaar met EMDR of **imagery rescripting**. Duidelijk is dat bij het uitvragen van de suïcidale gemoedstoestand niet alleen naar gedachten moet worden gevraagd, maar ook naar beelden en voorstellingen.

Bij het presuïcidale syndroom gaat het in essentie om de vraag waarom bij sommige mensen de gedachten en beelden aan suicide niet ophouden. Bij de meeste mensen verminderen deze gedachten, gevoelens en beelden na enige tijd weer. De vraag is bij wie deze gedachten en beelden persisteren, en waarom.

3.2.11 Suïcidaliteit als zelfbescherming

●» Suicide is in de meeste gevallen geen vrije keuze, maar een wanhoopskeuze. Patiënten ervaren de mogelijkheid om suicide te plegen als de beschermingslinie tegen het alternatief van doorgaan met leven. Het is dan ook de laatste daad van autonomie in een wereld waarover men geen controle meer ervaart. Daarom hechten mensen zo sterk aan deze mogelijkheid en willen ze die niet opgeven. Het is de laatste en ultieme vorm van zelfbescherming. Deze zelfbescherming kan echter doorschieten naar zelfkwelling. Het is de taak van de hulpverlener om samen met de patiënt betere vormen van zelfbescherming te vinden, door te werken aan andere vormen van betekenisgeving of zingeving.

3.2.12 Suïcidaliteit als communicatie

●» Op welke wijze suïcidaliteit ook wordt begrepen, zij heeft ook altijd een relationele, communicatieve kant. Het denken aan suicide weerspiegelt vaak een isolement, en het uiten van suicidegedachten heeft de bedoeling dit isolement te doorbreken. Een suicidepoging weerspiegelt soms ook een boodschap aan de geliefde: 'verlaat mij niet'. Ook de omgeving voelt zich soms aangesproken en kan het gevoel hebben gemanipuleerd te worden. Daarbij verliest men soms uit het oog dat naast de communicatieve betekenis van suïcidaliteit tegelijkertijd een doodswens bestaat.

3.3 Het suïcidaal proces

De hiervoor beschreven benaderingswijzen van suïcidaliteit convergeren naar een procesmodel, waarin de wisselwerking tussen kwetsbaarheid, persoonlijkheid, uitlokkende gebeurtenissen en piekeren centraal staat. Uiteindelijk komt het tot een suïcidale crisis. Hoe lang mensen de hopeloze situatie die daaraan voorafgaat kunnen verdragen, verschilt per persoon en is mede afhankelijk van sociale steun en hulpverlening, van eventuele sporen van hoop die nog aanwezig zijn. Het ambivalente heen en weer geslingerd worden tussen hoop en hopeloosheid is een van de kenmerken van het suïcidaal proces. De drang om te ontsnappen wordt steeds groter. Suïcidaal gedrag kan opgevat worden als een vorm van bescherming van het zelf tegen onttakeling en desintegratie van de persoonlijkheid.

3.4 Waarom plegen zoveel mensen géén suicide?

De uitgangsvraag was waarom sommige mensen wel en zoveel anderen geen suicide plegen. Op de eerste plaats is er natuurlijk het onderscheid tussen de 75% van de Nederlanders die nooit depressief of suïcidaal wordt, en de 25% die eens of meer kampt met somberheid, depressie of suïcidaliteit. Hoe komt het dat zoveel mensen met suïcidale gedachten en veel risicofactoren toch geen suicide plegen? Kennelijk is er een sterke kracht die ervoor zorgt dat mensen ook in de allerafschuwelijkste momenten willen doorleven. Hulpverleners doen er goed aan ervan uit te gaan dat in principe alle suïcidale patiënten liever niet dood willen gaan en alles aangrijpen om verder te kunnen leven. Ambivalentie, het heen en weer geslingerd worden tussen hoop en wanhoop, is het basiskenmerk van suïcidaliteit. Wat geeft de doorslag in momenten van de grootste nood? Op het niveau van de patiënt lijkt doorslaggevend te zijn dat veel mensen toch interne hulpbronnen weten aan te boren: affectregulatie, impulscontrole, het vermogen tot relativeren, flexibiliteit, een goed ontwikkeld zelf en het besef dat een ander te vertrouwen is. Op het niveau van de omgeving zijn de volgende beschermingsfactoren te noemen.

3.4.1 Een begripvol contact met een medemens

Het luisterend oor is misschien wel het effectiefste middel voor suïcidepreventie. Onderzoek onder mensen die op het punt hebben gestaan om suïcide te plegen, laat zien dat de beslissing om het toch niet te doen veelal voortkwam uit een begripvol gesprek met bijvoorbeeld een vrijwilliger of familielid.

3.4.2 Familie, partner en vrienden

Een hecht netwerk van familieleden, partner, vrienden en bekenden vormt een sterk preventief kader voor suïcide. Juist in crisissituaties kunnen zij ingeschakeld worden. Ook het besef bij de patiënt dat hij tevens verantwoordelijkheid draagt voor zijn dierbaren is een preventief element.

3.4.3 Afwezigheid van middelen

Als er vrijelijk middelen beschikbaar zouden zijn om met zekerheid en op pijnloze wijze een einde aan het leven te maken, zouden we heel wat meer suïcides te betreuren hebben. De aanwezigheid van middelen kan tot impulsieve suïcides leiden. Afwezigheid ervan kan van doorslaggevend belang zijn.

3.4.4 Religie

Mensen die actief betrokken zijn bij een geloofsgemeenschap hebben daardoor extra bescherming tegen suïcide, door het inschakelen van geloofsgenoten, maar ook door de angst voor het oordeel van God. In het individuele geval is een sterke religiositeit echter geen garantie dat geen suïcide zal plaatsvinden.

3.4.5 Jonge kinderen

De aanwezigheid van jonge kinderen heeft bij vrouwen in het algemeen een preventief effect. Dat geldt niet voor mannen. In het individuele geval is de aanwezigheid van kleine kinderen geen garantie dat een suïcide niet zal plaatsvinden.

3.4.6 Een goed bereikbare en deskundige gezondheidszorg

Het niveau van de geestelijke gezondheidszorg is een belangrijke beschermingsfactor tegen suïcide. Het aantal suïcides is relatief laag als er een goed stelsel van voorzieningen is, als er veel aandacht is voor ambulante nazorg na ontslag, en als er snelle heropnamemogelijkheden zijn bij terugkerende crises.

PDF Hoofdstuk 4 Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de nationaal en internationaal verschenen richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten. Het is een weergave van wat als optimale zorg wordt gezien.

4.2 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

●» In 2012 is de Multidisciplinaire richtlijn (MDR) diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag uitgekomen. De MDR geeft een vijftal algemene principes voor diagnostiek en behandeling:

1. Contact maken
2. Betrekken van naasten
3. Systematisch onderzoek van de suïcidaliteit
4. Systematische behandeling van suïcidaliteit
5. Veiligheid en continuïteit van zorg.

4.3 Contact maken

●» Om een goed beeld te krijgen van de suïcidale toestand en het complex van factoren dat bij de patiënt heeft geleid tot suïcidaliteit, is een goed contact tussen patiënt en hulpverlener noodzakelijk. Hoe positiever de werkrelatie, hoe sterker het preventieve effect is van de behandeling. Dit lijkt vanzelfsprekend, maar toch gaat het op dit punt vaak en snel mis. Enerzijds wanneer suïcidale patiënten contact afhouden omdat ze emotioneel en cognitief ernstig verward zijn, anderzijds omdat hulpverleners soms bang zijn voor dat contact, waarbij zij zich zowel verantwoordelijk als machteloos voelen. Zij laten zich soms afschrikken uit angst voor het suïcidale gevoel, door de dreiging van suïcide en de gevolgen die een suïcide

zou kunnen hebben. De meest voorkomende, uit angst geboren, reacties op suïcidale personen zijn onder meer: oppervlakkig geruststellen, heftige gevoelens bij de patiënt uit de weg gaan, een formele en afstandelijke opstelling, suïcidaliteit niet herkennen, weinig directief handelen, en defensief reageren. Een gebrek aan kennis bij de hulpverlener kan het contact met de patiënt verder frustreren. Negatieve ervaringen met hulpverleners bij een eerdere episode of poging, kunnen het huidige contact beïnvloeden. Richtlijnen benadrukken dat het met een patiënt spreken over suïcide er niet toe zal leiden dat een patiënt op bepaalde gedachten wordt gebracht. Aangeraden wordt om met patiënten op een open, niet-verooradelende manier over suïcidaliteit te spreken, zonder daarbij de suïcide als zelfbeschikkingsrecht of mogelijke oplossing voor de patiënt te zien. Een veel voorkomende opvatting luidt dat je pas over suïcidale gedachten kunt gaan praten als je eerst een vertrouwensrelatie hebt opgebouwd. De ervaring leert anders. Juist door het bespreekbaar maken van de suïcidale gedachten komen een goed contact en een goede werkrelatie tot stand.

4.4 Betrekken van naasten

●» Bij elke fase van diagnostiek en behandeling moeten, als het maar enigszins mogelijk is, naasten betrokken worden. Zij geven belangrijke informatie voor de diagnostiek en kunnen steun en hulp bieden bij de opvang en begeleiding van de patiënt. Patiënten en naasten moeten uiteraard wel akkoord gaan met deze betrokkenheid. De hulpverlener stelt zich ook op de hoogte van de draagkracht van het steunsysteem. Naasten hebben behoefte aan uitleg en hulp. Zij zijn vaak zwaar belast. Vooral wanneer patiënten zich onthechten aan hun betrekkingen is het raadzaam om de onderlinge betrekkingen in de behandeling te bespreken. De praktijk leert dat het soms lastig is om naasten te betrekken, veelal omdat de patiënt zelf aangeeft dit niet te willen, enerzijds door het gevoel zijn naasten niet nog meer te willen belasten, anderzijds door de angst voor de confrontatie als de naasten betrokken worden. De suïcidaliteit kan tevens samenhangen met (dreiging van) verlatingservaringen, waarbij suïcidaliteit zowel als bekrachtiger kan functioneren, of als kwetsing en overbelasting van het systeem, wat de relatie tot de naasten compliceert. In Nederland lijkt het accent te liggen op een te grote terughoudendheid naasten te betrekken.

4.5 Systematisch onderzoek van de suïcidaliteit

●» De eerste stap in de behandeling van suïcidaliteit is het onderkennen dat een patiënt aan suïcide denkt of het overweegt. Daarna kan een hulpverlener beoordelen hoe groot het risico is. Om tot een goede inschatting te komen, is systematisch onderzoek van de suïcidaliteit nodig.

4.5.1 Langdurige en momentane risicofactoren

●» Een risico-inschatting van suïcidaliteit bestaat uit het inventariseren van beschermende en risicofactoren (zie ook pagina 61 en verder). De belangrijkste risicofactoren zijn combinaties van depressie, angst, psychotische aandoeningen, verslaving en andere aandoeningen, hopeloosheid, impulsiviteit, verlies en persoonlijkheidsdimensies als perfectionisme, zwart-witdenken en piekeren. Belangrijke beschermende factoren zijn het hebben van een gezin, partner, vrienden en een geloofsovertuiging. Cruciaal is hoe vaak en hoe intens een patiënt over zelfdoding denkt, of hij daarbij beelden heeft, of er al plannen zijn gemaakt, en hoe suïcidaal en wanhopig hij in het verleden is geweest. ●» Aanbevolen wordt gebruik te maken van het **CASE** interviewschema (Chronological Assessment of Suicide Events).

4.5.2 Risicovolle momenten

●» Er zijn momenten aan te wijzen waarop het suïciderisico verhoogd is. Bekende momenten zijn bijvoorbeeld de eerste weken van een opname, ongebeleid verlof en het laatste weekend voor ontslag uit een opname. Verder kunnen veranderingen in de behandelsetting een verhoogd risicomoment vormen. Bovendien kan de suïcide van een medepatiënt navolging uitlokken. Dit zijn algemene risicomomenten, maar voor elke patiënt zijn er weer andere momenten waarop de kans op suïcidale ontwikkelingen groot is.

4.5.3 Gebruik vragenlijsten

●» Het is mogelijk om vragenlijsten te gebruiken als hulpmiddel bij het beoordelen van de ernst van de suïcidaliteit. Die hebben echter geen voorspellende waarde of een patiënt binnen afzienbare tijd suïcide gaat plegen. Beschikbare vragenlijsten zijn bijvoorbeeld de Suïcide Ideatie Schaal (**SSI**), de Suïcide Ideation Attributes Scale (**SIDAS**), en de Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging (**VOZZ**).

4.5.4 Wilsbekwaamheid

Wanneer de patiënt mogelijk zichzelf nadeel berokkent of dreigt te berokkenen, is een beoordeling van de wilsbekwaamheid aangewezen. Is de patiënt in staat te begrijpen welk risico hij loopt, welke schade hij kan veroorzaken, welke consequenties dit heeft voor anderen, en welke behandelmogelijkheden worden geboden, of heeft hij een tunnelvisie of is hij zo verward dat hij deze complexe vragen niet meer kan overzien? Wilsbekwaamheid moet worden beoordeeld door een arts.

4.5.5 Afweging en structuurdiagnose

Hoe risicofactoren en -momenten en beschermende factoren afgewogen moeten worden, is aan het klinisch oordeel van de behandelaar. Uit onderzoek blijkt dat het hebben van een 'niet pluis'-gevoel een belangrijke voorspeller is. Verder wordt het belang van multidisciplinair overleg benadrukt. Dit proces mondt uit in een **structuurdiagnose**. Deze is opgebouwd uit een formulering van de suïcidale toestand en van de belangrijkste stress- en kwetsbaarheidsfactoren, een werkhypothese over het ontstaan en de instandhouding van het suïcidale gedrag, en over de mate waarin de patiënt in staat mag worden geacht om zijn of haar belangen te overzien en te waarderen. Uit de diagnostische formulering volgt een inschatting van de prognose, een indicatiestelling voor interventies, een behandelplan en een veiligheidsplan.

4.5.6 Dossiervorming

Een belangrijk onderdeel van het systematische onderzoek is documentatie. In een dossier moeten alle relevante bevindingen, afwegingen en beslissingen zorgvuldig worden vastgelegd, in het bijzonder wanneer wordt afgeweken van de richtlijn.

4.5.7 Veiligheid en veiligheidsplan

Alle min of meer acute vormen van suïcidaal gedrag vragen om een **veiligheidsplan**, een serie afspraken en interventies die beogen te garanderen dat de patiënt veilig is. In het veiligheidsplan wordt gedetailleerd aangegeven welke acties de patiënt en zijn naasten kunnen ondernemen om zijn veiligheid te waarborgen.

4.5.8 Klinische opname

Bij patiënten met een verhoogd risico moet de afweging worden gemaakt of betrokkene opgenomen moet worden of dat ambulante behandeling verantwoord is. Richtlijnen raden aan een patiënt na een suïcidepoging op te nemen wanneer hij psychotisch, waanachtig depressief of delirant, of impulsief/geagiteerd is, wanneer de poging bijna dodelijk was, als voorbereidingen waren getroffen om ontdekking te voorkomen, wanneer de patiënt spijt heeft de poging overleefd te hebben, of als er te weinig sociale steun is. Als een patiënt na een suïcidepoging elke vorm van hulpverlening afhoudt, kan een gedwongen opname overwogen worden. Het is echter in elke situatie belangrijk de mogelijke voordelen van een opname af te wegen tegen mogelijke nadelen.

4.5.9 Alert blijven

Na evaluatie van een suïcide komt vaak als leerpunt naar voren dat behandelaren alert moeten blijven op suïcidaliteit. Veelal zeggen patiënten dat ze wel aan suïcide denken, maar zichzelf niets zullen of willen aandoen. Het blijft van belang dat de behandelaar beoordeelt in hoeverre een patiënt zich aan dit voor-nemen kan houden.

4.6 Systematische behandeling van suïcidaliteit

4.6.1 Psychotherapie

» Richtlijnen raden aan de behandeling eerst te richten op beïnvloedbare risicofactoren, zoals directe veiligheid, behandeling van aandoeningen, aanpak van angst, slapeloosheid en hopeloosheid, en het bieden van steun bij falende coping. Adequate behandeling van een psychiatrische aandoening leidt er echter niet automatisch toe dat suïcidaliteit verdwijnt. Het is daarom van groot belang expliciet aandacht te geven aan suïcidale ideaties, plannen en impulsen als behandelfocus. Dit kan zowel door de **therapeutische aanpak** van suïcidale gedachten, als door **psycho-educatie** of goede **crisis- en signaleringsplannen**. Uit onderzoek blijkt dat meerdere therapievormen effectief kunnen zijn. In de praktijk wordt bijna altijd een mix van therapievormen ingezet, waaronder farmacotherapie. Therapie moet zich richten op het leren omgaan met doodsverlangens als reactie op teleurstellende ervaringen. Wanneer een patiënt meer last heeft van suïcidale gedachten en verlangens is het raadzaam de frequentie van contacten te verhogen.

4.6.2 Medicatie en ECT

●» Over het algemeen raden richtlijnen aan om psychofarmaca bij suïcidale patiënten in kleine hoeveelheden en voor een korte termijn voor te schrijven. Er zijn twee soorten waarvan is aangetoond dat zij effect hebben op suïcidaliteit: **lithium** voor patiënten met een unipolaire en bipolaire stemmingsstoornis, en **clozapine** voor patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Verder zijn er aanwijzingen dat ECT (zie pagina 32) effectief is in de behandeling van ernstige en therapieresistente depressies en kan leiden tot een snelle afname van suïcidale gedachten. Van antidepressiva zou men verwachten dat zij het aantal suïcides en suïcidepogingen doen afnemen. Dit is echter nog onvoldoende aangetoond.

4.7 Veiligheid en continuïteit van zorg

4.7.1 Veiligheid en continuïteit

●» Veranderingen in de zorgsoort zijn bekende risicomomenten voor suïcide. Daarom is het van belang de continuïteit tijdens een behandeling zo veel mogelijk te waarborgen. Op dit punt gaan soms zaken mis en goede afspraken binnen en tussen ggz-instellingen zijn dan ook van essentieel belang. Voor de preventie van suïcide vlak na ontslag uit klinische opname is het wenselijk dat de klinische en de ambulante behandelaar gezamenlijk een behandelbeleid voor na het ontslag opstellen en samen het suïciderisico beoordelen. Voor de overgang van de ene zorgsoort naar de andere geldt dat de overdragende behandelaar er niet zomaar van uit kan gaan dat een patiënt bij de nieuwe behandelaar is aangekomen. Het advies is om dit actief na te gaan. Een ander essentieel aspect is goede onderlinge communicatie. Ook moet duidelijk zijn wie de regie heeft over de behandeling. Ten slotte wordt bij overdracht de informatie bij voorkeur persoonlijk en tijdig overgedragen en goed gedocumenteerd. Kenmerkend voor goede continuïteit is het 'dakpanprincipe': zorg stopt pas als die door anderen is overgenomen.

4.7.2 Non-compliance met de behandeling

●» Als een patiënt niet meer meewerkt aan de behandeling of afspraken niet nakomt, en bekend is dat hij een verhoogd suïciderisico loopt, wordt aangeraden een actieve, outreachende houding aan te nemen.

4.8 Non-suïcidecontracten

●» Er is tot nu toe geen goed onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van **non-suïcidecontracten**. Er is wel onderzoek gedaan naar de ervaringen van behandelaren en patiënten met schriftelijke contracten. Nadeel is dat die de open communicatie over suïcidaliteit kunnen belemmeren en de indruk wekken dat er met restrictieve maatregelen gereageerd kan worden. Ook kan een vals gevoel van veiligheid gecreëerd worden als een non-suïcideafpraak is gemaakt. Contracten vormen geen alternatief voor het systematisch onderzoek, en het gebruik ervan wordt afgeraden bij patiënten die acuut suïcidaal zijn.

4.9 Na een suïcide

Na een suïcide van een patiënt moeten de naasten altijd een of meer gesprekken met de behandelaren aangeboden krijgen. Indien de patiënt was opgenomen is het van belang dat behandelaren alert zijn op imitatie-effecten op andere patiënten.

4.10 Tot besluit

Het is niet de bedoeling te suggereren dat elke suïcide te voorkomen is als de richtlijnen maar gevolgd worden. De aanbeveling is wel om aan suïcidale ideaties en gedrag speciale aandacht te geven in de behandeling van psychiatrische aandoeningen en emotionele problemen.

PDF Hoofdstuk 5 Systematische beoordeling van het suïciderisico: de wanhoop bespreken

5.1 Inleiding: de kans op suïcide

Suïcide is moeilijk voorspelbaar. Wel is het mogelijk om bepaalde groepen te identificeren met een naar verhouding grotere kans op suïcide. We hebben het dan over **distale risicofactoren**, de zaken die al een lange tijd spelen en de drager ervan kwetsbaar maken, zoals depressie of verslaving. De factoren die

spelen in de aanloop tot de suïcide noemen we **proximale risicofactoren**. Voorbeelden zijn een verlies, vernedering, afwijzing en vitale uitputting.

Langetermijnrisicofactoren kunnen groepen identificeren met een grotere kans op suïcide. Op individueel niveau is kortetermijnpredictie bijna onmogelijk. Op collectief niveau is algemene predictie wel mogelijk. Preventie van suïcide dient zich dan ook te richten op de hele groep. Uiteraard is het mogelijk door het verzamelen van de juiste informatie en door een goed persoonlijk contact patiënten uit een hoge risicogroep met een extra grote kans te identificeren. Dan komen de proximale risicofactoren aan bod. Het gaat dan om een nauwkeurige, systematische inventarisatie van gedachten, gevoelens, plannen, voorbereidingen, gebeurtenissen en de reactie daarop van de patiënt. Het systematisch onderzoek naar suïcidaliteit omvat een aantal factoren, die elk moeilijk in maat en getal zijn uit te drukken. Het is de taak van de hulpverlener om al deze factoren in samenhang te onderzoeken en daaruit een indruk te verkrijgen of een patiënt tot een risicogroep behoort of op dit moment een extra verhoogd risico loopt.

5.2 Langdurige kwetsbaarheidsfactoren

●» Gegeven de vaak langdurige kwetsbaarheid die veel suïcidale patiënten kenmerkt, is het van belang een overzicht te maken van de factoren die al geruime tijd in het leven van de patiënt spelen.

Suïciderisico bij depressie

In empirisch onderzoek is een aantal variabelen gerelateerd aan suïcide bij depressie, zoals ernstige en langdurige gevoelens van hopeloosheid en schuld en een laag gevoel van eigenwaarde. Op korte termijn zijn bijvoorbeeld van belang ernstige angstverschijnselen en paniek, ernstig rumineren en slapeloosheid. Bij de bipolaire stoornis vinden suïcides vooral plaats in of na een depressieve fase.

Suïciderisico bij psychotische stoornissen

Bij schizofrenie en psychotische stoornissen zijn bijvoorbeeld de volgende factoren geassocieerd met een hoger suïciderisico: depressie, afhankelijkheid van middelen, wanen, eenzaamheid, onvrede over sociale relaties en hogere intelligentie. Eerdere suïcidepogingen vormen een risico, evenals een geschiedenis van suïcide in de familie. Mannen die alleen leven en werkloos zijn hebben een grotere kans op suïcide.

Suïciderisico bij afhankelijkheid van middelen

Oudere depressieve mannen die aan alcohol verslaafd zijn, staan bekend als een groep met een hoog risico op suïcide. Depressie bij afhankelijkheid van middelen is de belangrijkste aanjager van het risico. Overigens is meestal de volgorde dat mensen die veel drinken uiteindelijk depressief worden. Vooral wanneer verslaafden hun laatst overgebleven dierbare verliezen is de kans op suïcide verhoogd aanwezig.

Suïciderisico in detentie

Suïcides in detentie zijn onder andere geassocieerd met een hogere leeftijd, alleenwonend of zonder vaste woon- of verblijfplaats, preventief gehecht, en eerdere suïcidepogingen.

Suïciderisico bij persoonlijkheidsstoornissen

Comorbiditeit verhoogt het risico op suïcide bij persoonlijkheidsstoornissen substantieel. Depressie verdiept de suïcidale gedachten en vooral verdieping van hopeloosheid kan leiden tot een verhoogd risico. Impulsiviteit speelt uiteraard een rol. Belangrijke aanjager is overmatig middelengebruik. Een geschiedenis van seksueel misbruik en geweld behoort vaak tot de voorgeschiedenis.

5.3 Langdurige beschermingsfactoren

Er zijn een paar langdurige beschermingsfactoren bekend die het risico op suïcide statistisch gezien verkleinen. Dat geldt bijvoorbeeld voor een sterke religieuze betrokkenheid. Ook vrouwen met kleine kinderen hebben minder kans op suïcide. Maar in individuele gevallen hoeft dit niet te gelden.

5.4 Eerdere suïcide-ideatie en suïcidaal gedrag

●» Een verleden met meerdere suïcidepogingen is een sterke aanwijzing voor een langdurige kwetsbaarheid voor suïcide. Eén poging kan een aanwijzing zijn, maar is dat niet altijd. Terugkerende episoden van

sterke suïcide-ideatie vormen op zichzelf een aanwijzing voor een langdurige kwetsbaarheid, ook al zijn er geen suïcidepogingen ondernomen.

5.5 Huidige suïcide-ideatie

●» Het uitvragen van suïcidedgedachten is de kern van het contact met de patiënt. Er is een aantal vragenlijsten om de ernst van suïcide-ideatie te meten, zoals de [SSI](#), de Hopeloosheid Schaal ([BHS](#)) en de [SIDAS](#). Antwoorden op de items van deze lijsten helpen suïcidale gedachten nauwkeurig in kaart te brengen.

5.6 Risicomomenten

Er is een aantal momenten te noemen waarop betrekkelijk vaak suïcides plaatsvinden, zoals vlak na ontslag uit een klinische opname, het eerste weekend op een opnameafdeling, wanneer een medepatiënt zich heeft gesuïcideerd, of wanneer er onrust is in het behandelteam.

5.7 Actuele kwetsbaarheids- en beschermingsfactoren

Waar een patiënt naar toe gaat na het contact met de hulpverlener is van groot belang. Het mobiliseren van familie, vrienden of buddy's om de betrokkenen met warmte en aandacht te omringen, verhoogt de bescherming tegen verder onheil, evenals het mobiliseren van aansluitende nazorg na een opname. Continuïteit van zorg (zie ook pagina 61) is misschien wel de belangrijkste beschermingsfactor.

5.8 De wanhoop bespreken

●» Om een gefundeerde indruk te krijgen van de suïcidaliteit van de patiënt is het nodig op systematische wijze kwetsbaarheden en risicomomenten in onderlinge samenhang door te nemen. Suïcidaliteit is een graadmeter voor de mate van wanhoop die de patiënt ervaart. Door suïcidaliteit in kaart te brengen wordt het mogelijk samen met de patiënt naar de achtergronden en aanleidingen te kijken, en na te gaan welke toekomstperspectieven er nog zijn. Suïcidaliteit is daarmee een praktische ingang tot de patiënt om samen problemen aan te pakken. Een regelmatige en nauwkeurige inventarisatie van de suïcidaliteit van de patiënt is een eerste belangrijke stap op weg naar het afwenden van veiligheidsrisico's.

●» De eerste en belangrijkste vraag van de hulpverlener is de vraag naar de wanhoop van de patiënt. Het is een vorm van valideren waarbij de patiënt zich veelal begrepen voelt en in zijn gevoel herkend. Uiteraard zal de vraag hevige gevoelens oproepen, en het is belangrijk de patiënt tijd te gunnen. Als een patiënt langdurig aan suïcide denkt, is hij vermoedelijk langdurig wanhopig. De wanhoop kan variëren, en daarom is het van belang te informeren naar de ernst van de wanhoop. Het is ook van belang dat hulpverleners beseffen hoe het voelt om wanhopig te zijn. De hulpverlener moet een goed beeld krijgen van de intensiteit en inhoud van de suïcidedgedachten van de patiënt. Bij het stellen van vragen is het belangrijk om de juiste toon te treffen, niet afstandelijk maar ook niet te emotioneel betrokken. Een rustige, doortastende en nieuwsgierige houding van de hulpverlener lijkt nodig.

Het belang van gedetailleerd doorvragen ligt in het bespreekbaar maken van de wanhoop om vervolgens samen naar de nabije toekomst te kijken en samen te overleggen over veiligheid en vervolgstappen. Aanbevolen wordt om zich zo gedetailleerd mogelijk een beeld te vormen van de suïcidedgedachten van de patiënt. Daarbij moet men zich niet tevreden stellen met vage antwoorden. Er kan gevraagd worden naar wellicht al gespaarde medicijnen, eerdere pogingen, tijdstippen, mogelijke afscheidsbrieven, mogelijke gevolgen voor naasten et cetera. Van belang is dat het ook voor de patiënt zelf duidelijk wordt hoe ver hij al gevorderd is met zijn gedachten over suïcide.

Uiteindelijk resulteert dit in een door beide partijen gedeelde topografische kaart van de suïcidale wanhoop en suïcidale voornemens. Aan de hand van antwoorden op de detailvragen en eventueel de scores op gebruikte vragenlijsten kan een eerste indruk worden verkregen van de ernst van de suïcidedgedachten. In het algemeen geldt: hoe nauwkeuriger en specifiekere mensen hebben nagedacht over suïcide en hoe duidelijker uitgewerkt het plan, des te meer suïcide als mogelijkheid naderbij komt. Een globale indeling van ernst is hieronder in box 5.3 weergegeven. De vier genoemde niveaus zijn niet sterk begrensd en lopen in elkaar over. De ernst van de suïcidaliteit kan sterk wisselen. Niet elke patiënt zal precies passen in omschrijvingen van de verschillende niveaus.

Box 5.3 Mate van suïcide-ideatie: stagering

- › Lichte mate: de patiënt heeft af en toe vluchtige gedachten aan suïcide, heeft geen plan, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich de consequenties voor naasten.
- › Ambivalentie: patiënt wil zowel suïcide plegen als doorgaan met leven. Suïcidaliteit staat in het teken van een breuk met anderen, en er zijn soms gedachten aan wraak.
- › Ernstige mate: patiënt heeft voortdurend gedachten en beelden van suïcide in zijn hoofd, voelt zich wanhopig, heeft al verschillende methoden overwogen en een plan gemaakt.
- › Zeer ernstige mate: patiënt is wanhopig, kan alleen nog maar aan suïcide denken, heeft geen oog voor mogelijke consequenties voor achterblijvers, heeft een uitgebreid plan. Patiënt is slapeloos en emotioneel ontredderd, en heeft zichzelf niet meer onder controle.

5.9 Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten

5.9.1 Korte zelfrapportagelijst voor suïcidegedachten: de Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS)

•» Voor een terugkerende snelle meting van de ernst van de suïcidegedachten of voor gebruik als ROM-instrumentarium (Routine Outcome Measurement) kan de **SIDAS** worden ingezet. Deze vragenlijst bestaat uit vijf items die vragen naar vijf aspecten van suïcidale gedachten: frequentie, controleerbaarheid, nabijheid tot een poging, kwelling en interferentie met dagelijkse bezigheden.

5.9.2 Na een suïcidepoging

•» Na een suïcidepoging is het raadzaam de motieven voor die poging te inventariseren. Dat lukt niet altijd op gemakkelijke wijze. Soms zijn er meerdere motieven tegelijk. Een hulpmiddel bij dit gesprek is de lijst van motieven, ontleend aan Bancroft. Daarnaast zijn er de **Beck Suicide Intent Scale** en de **VOZZ**.

5.10 Overzicht beoordeling van suïcidaliteit in de ggz

Ten slotte geven we beknopt een aantal aanbevelingen voor de beoordeling van suïcidaliteit in de ggz. Ze stemmen overeen met de •» *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*.

Beoordeling suïcidaliteit in de ggz

1. Vooraf: verzamel voorinformatie, zoek en vraag naar eerdere suïcidaliteit
2. Maak contact
3. Onderzoek de actuele situatie
4. Onderzoek de recente voorgeschiedenis
5. Onderzoek de ruimere en persoonlijke geschiedenis
6. Formuleer een toekomstverwachting op basis van 3, 4 en 5
7. Maak een diagnostische formulering en een veiligheidsplan

Psychiatrische risico-indicatoren

Psychiatrische ziekten kennen een verhoogd risico. Met name depressie, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen zijn risicovolle comorbide factoren. Relevante psychiatrische stoornissen zijn de stemmingsstoornis, angststoornis, schizofrenie of psychotische stoornis, ASS, persoonlijkheidsstoornis, verslaving, eetstoornis, intoxicatie en een verstandelijke beperking. Relevante psychologische factoren zijn bijvoorbeeld zwart-witdenken, wanhoop en dwangmatig piekeren.

Angststoornissen

9. Angststoornissen

Een op de vijf Nederlanders krijgt ooit last van een angststoornis. Dit gaat gepaard met een aanzienlijke lijdensdruk en ernstige beperkingen in het functioneren. In de helft van de gevallen verdwijnt de angststoornis in de loop der jaren.

9.1 Diagnostiek

●» De betrouwbaarste manier om tot een DSM-classificatie te komen is het gebruik van gestructureerde klinische interviews, zoals het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders (**SCID-I**) of het **Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)**. In dergelijke interviews wordt eerst voor elke angststoornis een screeningsvraag gesteld, waarna voor de stoornissen waarvan de vraag met 'ja' is beantwoord de overige criteria worden verhelderd met behulp van stoornisspecifieke vragen. Open, ongestructureerde interviews zijn aanzienlijk minder valide om tot een DSM-classificatie te komen.

Naast diagnostische interviews kunnen zelfrapportagevragenlijsten zoals in onderstaande tabel aanvullende informatie verschaffen over de ernst van de angst en gerelateerde verschijnselen. Die zelfrapportages zijn ook zeer geschikt om de voortgang van de behandeling in kaart te brengen. Ook tijdens de behandeling gaat het taxatieproces door.

Vragenlijst	Meetpretentie
<i>Algemene angstvragenlijsten</i>	
> Zelfbeoordelingsvragenlijst (ZBV)	Toestandsangst en angstdispositie
> Fear Questionnaire (FQ)	Algemene angstklachten
> Groninger angstschaal (GAS)	Lichamelijke verschijnselen, gedrag en gedachten
> Beck Anxiety Inventory (BAI)	Vooraf lichamelijke symptomen
<i>Paniekstoornis</i>	
> Body Sensations Questionnaire (BSQ)	Lichamelijke sensaties en paniek
<i>Agorafobie</i>	
> Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ)	Catastrofale cognities
> Mobility Inventory (MI)	Agorafobisch vermijdingsgedrag
<i>Sociale angststoornis</i>	
> Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)	Somatische symptomen, angstige cognities
> Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE)	Angst voor negatieve beoordeling
<i>Gegeneraliseerde angststoornis</i>	
> Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	Neiging tot piekeren

9.2 Behandeling

Voor angststoornissen bestaan effectieve behandelingen, die bij de meeste patiënten tot een afname van klachten leiden. Zowel farmacologische als psychologische behandelingen, als combinaties van beide zijn werkzaam gebleken. Bij psychologische behandelingen gaat het vooral om CGT, in het bijzonder op exposure gebaseerde interventies. CGT wordt beschouwd als de psychologische behandeling van eerste voorkeur voor angststoornissen. Dat komt ook tot uitdrukking in multidisciplinaire behandelingsrichtlijnen.

9.2.1 Farmacotherapie

●» Antidepressiva vormen de farmacologische behandeling van eerste voorkeur bij angststoornissen. Er is vooral ondersteuning voor de werkzaamheid van SSRI's, zoals **citalopram** en **fluoxetine**. Zij normaliseren de neurotransmissie van het serotoninesysteem, waardoor de regulering van neurotransmittersystemen die betrokken zijn bij het optreden van angstreacties wordt opgeheven. Daarnaast zijn **serotonine-norepinephrineheropnameremmers** (SNRI's) effectief, zoals **venlafaxine** en **dunlosetine**. SSRI's en SNRI's hebben de voorkeur boven klassieke antidepressiva zoals TCA's en MAO-remmers, omdat ze minder bijwerkingen hebben en omdat ze bij overdosering minder gevaarlijk zijn. Ook krijgen ze de voorkeur boven benzodiazepinen als **diazepam** of **lorazepam**, vanwege het risico op afhankelijkheid.

9.2.2 Psychologische behandeling: cognitieve gedragstherapie

Diagnostiek tijdens de behandeling

Vanaf het begin van de behandeling worden registratieopdrachten meegegeven. Het kan gaan om problematisch gedrag, problematische emoties of problematische situaties. Het doel is ten eerste een beeld te verkrijgen van de aard en frequentie van de problemen en omstandigheden, en ten tweede de gegevens te gebruiken om de casusconceptualisatie (zie pagina 44) op te stellen. Interessant is dat zelfregistratie op zichzelf al vaak leidt tot afname van angst.

- » Om de specifieke angstklachten te analyseren kan binnen CGT gebruik worden gemaakt van betekenis- en functieanalyses (zie pagina 18). Problematische situaties of emoties worden met een BA geanalyseerd, probleemgedrag en de negatieve gevolgen ervan met een FA.

- » De BA is de klinische vertaling van klassieke conditionering, en gericht op het begrijpen van het verkregen problematische karakter van bepaalde situaties en de daardoor optredende emotionele reacties. Het gaat daarbij om onderzoek naar het ontstaan van samenhangen tussen een oorspronkelijk neutrale stimulus (CS) en een betekenisvolle stimulus (US). De US roept een ongeleerde respons (UR) op. Door conditionering wordt een associatie gevormd tussen CS en US, en daarmee de UR. Bij confrontatie met de CS wordt dan een geheugenrepresentatie US/UR opgeroepen. Activering hiervan leidt tot het oproepen van een geconditioneerde respons (CR). Zo kunnen niet-beangstigende situaties of objecten angstaanjagend worden.

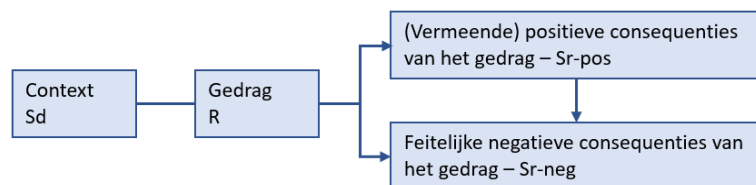
Ook de aard van de relatie tussen de CS en de US/UR moet vastgesteld worden. Het kan gaan om een **sequentieel verband**, waarbij de ene situatie of gebeurtenis een andere voorspelt, of om een **referentieel verband**, waarbij een situatie de herinnering aan een eerdere gebeurtenis activeert. Het kan ook zijn dat de CS niet slechts doet denken aan een bepaalde gebeurtenis of toestand (US/UR), maar vooral globale kennis met betrekking tot zelfbeeld of mensbeeld activeert. Tot slot kan het zelfs zo zijn dat de CS wordt gelijkgesteld aan de US/UR.

De aard van het verband tussen de CS en US/UR heeft aanzienlijke consequenties voor de keuze van de interventies die ingezet worden. In zijn algemeenheid zijn exposure-oefeningen (waarin nagegaan wordt of de CS inderdaad de US/UR voorspelt) aangewezen bij sequentiële verbanden. Als sprake is van referentiële verbanden is exposure niet direct de aangewezen interventie. Dan liggen interventies gericht op herevaluatie van de US/UR-representatie meer voor de hand, zoals specifieke cognitieve herstructureringstechnieken of EMDR. Overigens spelen bij de meeste angststoornissen vooral sequentiële associaties een rol.

- » De FA is gebaseerd op het leerparadigma van operante conditionering. De omstandigheden waarin het gedrag optreedt, worden de discriminatieve stimuli (Sd) genoemd, het gedrag de operant (R), de (vermeende) positieve consequenties van het gedrag de Sr-pos en de daadwerkelijk negatieve consequenties de Sr-neg, zoals hieronder schematisch weergegeven.

In het kader van het begrijpen en behandelen van angststoornissen ligt bij het opstellen van FA's de nadruk op het vermijdingsgedrag en het veiligheidsgedrag van de patiënt. **Vermijdingsgedrag**

is gericht op het voorkomen (passief) of opheffen (actief) van confrontatie met gevoelsmatig, maar niet daadwerkelijk bedreigende situaties (CS). **Veiligheidsgedrag** daarentegen is gericht op het voorkomen van het optreden van de gevreesde ramp als confrontatie met de beangstigende situatie niet voorkomen of opgeheven kan worden. De taxatie van de problematiek met behulp van FA's en BA's leidt tot het formuleren van een behandelplan.



Cognitief-gedragstherapeutische interventies bij angststoornissen

●» CGT-programma's voor de verschillende angststoornissen bestaan uit verschillende interventies, maar kennen veel overlap. Hieronder worden de meest voorkomende weergegeven.

-
- > **Psycho-educatie**, gericht op het geven van informatie
 - > **Registratieopdrachten**
 - > **Relaxatietechnieken**
 - > **Cognitieve herstructurering**, gericht op het corrigeren van verstoorde informatieverwerkingsprocessen
 - > **Exposure** aan gevreesde stimuli (in vivo, imaginair, interoceptief)
 - > **Responspreventie**, zoals niet langer uitvoeren van veiligheidsgedrag
 - > **Vaardigheidstraining**
 - > **Transfer of change** en **terugvalpreventie**
-

9.2.3 Cognitieve herstructureringstechnieken

●» **Cognitieve herstructurering** is gericht op de correctie van verstoorde informatieverwerking die bij angststoornissen een rol speelt. Globaal zijn er twee groepen basisinterventies. De bekendste *verbale methode* is de **socratische dialoog** (zie pagina 46). Met behulp van gedachteschema's wordt patiënten geleerd zelf hun beangstigende gedachten te identificeren en te onderzoeken. Daarnaast worden interventies gericht op *gedragsverandering* ingezet. Dat is van essentieel belang, omdat rationele kennis zelden voldoende is voor daadwerkelijke verbetering. Idealiter wordt meteen gestart met dergelijke interventies, maar in de praktijk dienen vaak eerst verbale methoden ingezet te worden. De meeste interventies gericht op gedragsverandering vallen onder de **gedragsexperimenten** (zie ook pagina 46). De essentie hiervan is onderzoek naar de juistheid van vooraf scherp geformuleerde gedachten of opvattingen. Een specifieke variant van gedragsexperimenten is exposure in vivo.

Exposure (in vivo)

●» Het doel van **exposure** (zie ook pagina 45) is om disfunctionele verwachtingen te ontkrachten. In termen van BA gaat het om sequentiële relaties. Er zijn verschillende vormen: in vivo (blootstelling aan specifieke situaties), interoceptieve (blootstelling aan lichamelijke sensaties) en imaginaire exposure (blootstelling aan beelden, gedachten of gevoelens). Telkens wordt gestreefd naar een zo krachtig mogelijke disconfirmatie van de verwachtingen van de patiënt (US/UR) zodat de angstreacties (CR) afnemen. Dit wordt **extinctie** genoemd. Hoewel de CR verdwijnt, laat onderzoek zien dat extinctie niet leidt tot het verbreken van de associatie tussen CS en US/UR, maar tot vorming van nieuwe CS-non-US/UR-associaties. Er wordt nieuwe kennis over de CS geleerd, die een andere reactie dan angst oproept. De oorspronkelijke kennis blijft bestaan en kan alsnog geactiveerd worden. Het terugdringen van die negatieve kennis wordt **inhibitair leren** genoemd (zie ook pagina 45). Exposure is – anders dan vaak wordt gedacht – niet gericht op angstreductie (habituatie), maar op het disconfirmeren van verwachtingen (extinctie). Patiënten worden niet blootgesteld aan angst, maar aan stimuli (CS) die gevoelsmatig de voorspeller zijn van gevreesde gebeurtenissen (US/UR) en *daardoor* angst (CR) oproepen. Dit betekent dat de angst tijdens exposure niet hoeft te dalen (**within session habituation** genoemd). De exposure hoeft dan ook niet langdurig te zijn om het effect te bewerkstelligen. Ook is gebleken dat het doorlopen van een angsthiërarchie niet nodig en zelfs onverstandig is. Het is beter de patiënt in verschillende contexten te laten oefenen, met wisselende angstniveaus, meer of minder gebruik van veiligheidsgedrag, verschillende omstandigheden en op verschillende momenten. De reden daarvoor is ten eerste dat disconfirmatie gevoelig is voor de context waarin de ervaringen worden opgedaan, en ten tweede dat er geen verband moet worden geleerd tussen een laag angstniveau en 'veiligheid'.

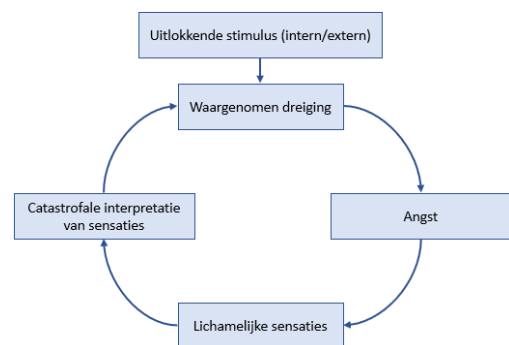
Responspreventie

●» Veiligheidsgedrag staat in de weg van het leren van nieuwe associaties tussen CS en US/UR. Dat heeft als consequentie dat dit gedrag tijdens de behandeling zo snel en zo veel mogelijk moet worden gereduceerd. Daarom wordt bij **responspreventie-instructies** aan patiënten gevraagd veiligheidsgedrag achterwege te laten, om te voorkomen dat de patiënt het uitblijven van de gevreesde ramp (US/UR) toeschrijft aan het eigen veiligheidsgedrag (R).

9.3 Paniekstoornis

9.3.1 Model

Recidiverende paniekaanvallen vormen de kern van de ●» **paniekstoornis**. **Paniekaanvallen** bestaan uit plotseling optredende golven van intense angst, die binnen enkele minuten een piek bereiken en gepaard gaan met lichamelijke symptomen. Deze klachten worden geïnterpreteerd als catastrofaal. Gevolg hiervan is dat de lichamelijke symptomen verder toenemen. Op die manier ontstaat een vicieuze cirkel, die hiernaast is weergegeven. Als gevolg van recidiverende paniekaanvallen worden patiënten bang voor een nieuwe aanval (anticipatieangst) en veranderen zij hun gedrag in een poging nieuwe aanvallen te voorkomen. De paniekstoornis ontstaat door klassieke conditionering: een voorheen neutrale stimulus (CS) wordt een voorspeller van een catastrofe (US/UR), wat gevoelens van paniek (CR) oproept. De klachten blijven mede in stand door operante conditionering: door het gedrag (R) aan te passen wordt de catastrofe voorkomen (Sr-pos), wat leidt tot toename van dit vermijdings- en veiligheidsgedrag en het in stand blijven van de angstige verwachtingen.



9.3.2 Behandeling van de paniekstoornis

●» CGT voor paniekstoornis bestaat uit drie elementen. De catastrofale interpretaties kunnen worden onderzocht met verbale **cognitieve herstructureringstechnieken**. Hierbij worden op socratische wijze eerst de argumenten verzameld die de catastrofale gedachte bevestigen, en worden daarna de aspecten benadrukt die de argumenten ontkrachten. Op basis hiervan komt de patiënt tot een nieuwe visie op de panieksymptomen. **Interoceptieve exposure** bestaat uit het blootstellen aan angst oproepende lichamelijke signalen, met als doel de angstige verwachting te toetsen. **Exposure in vivo** behelst ook het achterwege laten van vermijdings- en veiligheidsgedrag, om na te gaan of de angstige verwachting uitkomt.

9.3.3 Effectiviteit

●» De effectiviteit van CGT bij paniekstoornis is in verschillende studies aangetoond. Tot 80% van de patiënten heeft baat bij de behandeling, en de bereikte resultaten blijven op de langere termijn behouden. Op de korte termijn is een combinatie met antidepressiva effectiever.

9.4 Agorafobie

9.4.1 Model

●» **Agorafobie** wordt gekenmerkt door het vermijden van situaties waarin het moeilijk is weg te gaan of waarin geen hulp beschikbaar is als men last krijgt van panieksymptomen, of andere

verschijnselen die als beschamend beleefd worden. Als vermijding niet mogelijk is, wordt de situatie doorstaan met angst. Vaak wordt dan gedrag gebruikt om de situatie te kunnen volhouden. Agorafobisch vermijdingsgedrag is meestal gekoppeld aan de paniekstoornis. Toch komt agorafobie zo vaak voor zonder symptomen van een paniekstoornis, dat de fobie in de DSM-5 als zelfstandige diagnose is opgenomen. Ook bij agorafobie speelt klassieke conditionering een rol in het ontstaan van de klachten, terwijl operante conditionering van belang is bij het voortbestaan van de klachten. De dynamiek is analoog aan die bij de paniekstoornis.

9.4.2 Behandeling

●» **Exposure in vivo** is de belangrijkste interventie voor agorafobisch vermijdingsgedrag. Hierbij stellen patiënten zich bloot aan door hen vermeden situaties, met als doel na te gaan of hun angstige verwachtingen kloppen. Aandachtspunt hierbij is ook afspraken te maken over het achterwege laten van veiligheidsgedrag.

9.4.3 Effectiviteit

●» Er is geen onderzoek bekend naar de behandeling van alleen agorafobie. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat agorafobie tot aan het verschijnen van de DSM-5 slechts een specifier was van de paniekstoornis, en daar in de meeste gevallen ook mee samengaat.

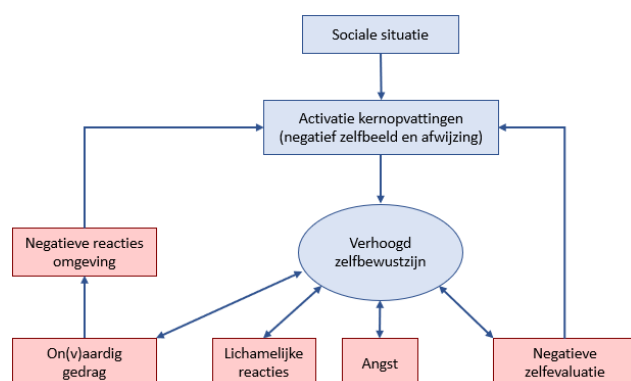
9.5 Sociale-angststoornis

9.5.1 Model

Patiënten met een ●» **sociale-angststoornis** worden gehinderd door een aanhoudende angst voor sociale contacten of situaties waarin de kans bestaat dat ze beoordeeld worden. Ze zijn vooral bang zich op een manier te gedragen of zulke angstsymptomen te vertonen, dat een negatieve beoordeling plaatsvindt. Zulke situaties worden zo veel mogelijk vermeden. Als situaties niet te vermijden zijn wordt er vaak vermijdings- of veiligheidsgedrag toegepast.

Vanuit leertheoretisch perspectief wordt verondersteld dat sociale angst ontstaat door klassieke conditioneringsprincipes. Het kan daarbij gaan om referentiële associaties, waarbij de sociale situaties negatieve kennis over de eigen persoon of anderen oproepen. Ook kunnen situaties herinneringen oproepen aan eerdere negatieve situaties. Daarnaast zijn sociale situaties vaak sequentieel geassocieerd met negatieve betekenissen. Door vermijding en veiligheidsgedrag worden de klachten via operante conditionering in stand gehouden.

In het CGT-model van sociale angst (zie de figuur) wordt ervan uitgegaan dat sociale situaties negatieve kennis over de eigen persoon en over anderen oproepen. Hierdoor wordt men zich overmatig bewust van zichzelf, **zelfgerichte aandacht** genoemd. Ook onbeduidende zaken vallen eerder op, wat leidt tot een negatieve zelfevaluatie, die zowel de angst versterkt als het negatieve zelfbeeld. Bovendien kan de zelfgerichte aandacht ertoe leiden dat men te weinig aandacht voor de taak heeft. Ook dit kan leiden tot een negatief oordeel over de eigen persoon en daarmee bevestiging van het negatieve zelfbeeld. Ook kan er daadwerkelijk negatieve feedback komen, met hetzelfde bevestigende effect op het zelfbeeld, maar ook op het mensbeeld.



9.5.2 Behandeling

●» CGT bestaat, naast **cognitieve herstructurering** en **gedragsexperimenten**, uit een specifieke interventie gericht op de zelfgerichte aandacht: **taakconcentratietraining**. Doel hiervan is patiënten te leren zich weer te baseren op externe informatie door hun aandacht meer op de taak en de omgeving te richten in plaats van op zichzelf. De training bestaat uit verschillende luister- en verteloefeningen. Na enkele sessies wordt in rollenspellen geoefend met het richten van de aandacht op de taak in lastige sociale situaties. Met behulp van het socratisch bevragen van de angst oproepende interpretaties, worden de negatieve gedachten gewijzigd in evenwichtige alternatieven. Om de evenwichtige gedachten op hun houdbaarheid te testen worden ook gedragsexperimenten uitgevoerd. Er wordt gesproken van gedragsexperimenten in plaats van exposure in vivo, omdat de patiënt niet zozeer moet ervaren dat ellendige gebeurtenissen niet plaatsvinden, maar vooral dat het positieve alternatief optreedt.

9.5.3 Effectiviteit

●» CGT is een werkzame behandeling voor de sociale-angststoornis. De behandeling kan zowel individueel als groepsgewijs worden aangeboden. Voor de in de behandeling veel gebruikte sociale-vaardigheidstraining is weinig wetenschappelijke ondersteuning.

9.6 Specifieke fobie

9.6.1 Model

Een ●» **specifieke fobie** is een hardnekkige, intense angst voor dieren, natuurverschijnselen, bloed-injecties-verwondingen of specifieke situaties, die minstens een half jaar aanwezig is. Vanuit leertheoretisch perspectief ontstaat de specifieke fobie als een neutrale stimulus (CS) een voorspeller wordt van een aversieve gebeurtenis (US/UR). Bij confrontatie met de stimulus wordt deze negatieve verwachting geactiveerd, wat leidt tot een angstreactie (CR). Voor zover deze angst gepaard gaat met vluchtgedrag treedt al snel operante conditionering op.

9.6.2 Behandeling

●» Bij specifieke fobieën bestaat de behandeling volledig uit **exposuretherapie**. Die hebben ten doel om de beangstigende verwachting die patiënten hebben te falsifiëren.

9.6.3 Effectiviteit

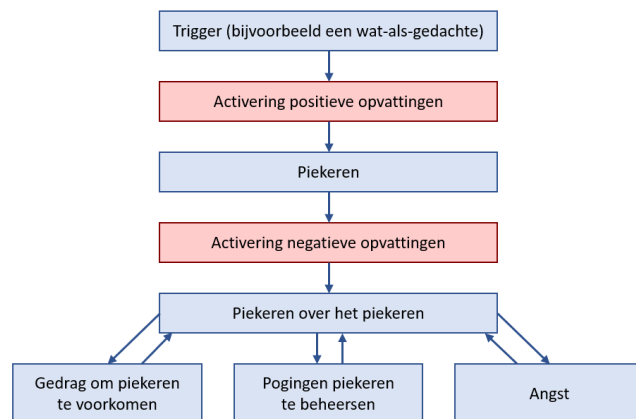
●» Op basis van onderzoek is exposuretherapie de aangewezen behandeling bij specifieke fobieën. Toevoeging van andere interventies is niet nodig. Exposure kan zowel in vivo aangeboden worden, als imaginair of in virtual reality, maar in vivo werkt op korte termijn het beste.

9.7 Gegeneraliseerde-angststoornis

9.7.1 Model

De belangrijkste kenmerken van de ●» **gegeneraliseerde-angststoornis (GAS)** zijn overmatige angst en moeilijk te beheersen gepieker over minstens twee van de terreinen familie, gezondheid, financiën en school of werk. De angst en het gepieker verstoren het functioneren. Piekeren wordt binnen het CGT-model van GAS opgevat als een strategie om manieren te vinden om met mogelijk bedreigende situaties om te gaan. Deze strategie (R) wordt bekrachtigd als het piekeren werkelijk tot oplossingen leidt, maar ook als de gevreesde catastrofe uitblijft (Sr-pos). Omdat patiënten vaak piekeren zal deze vorm van bekrachtiging vaak plaatsvinden.

Als het piekeren ook als negatief gaat worden gezien kan een GAS ontstaan. Negatieve opvattingen over piekeren kunnen ontstaan als iemand door het vele gepieker klachten ontwikkelt. Het piekeren kan steeds meer als onbeheersbaar en bedreigend beleefd worden (US/UR) en leiden tot zorgen over het vele piekeren en toename van angstgevoelens (CR). Er worden pogingen gedaan om de eigen zorgen te beheersen (R) en vermijdingsstrategieën toegepast. Deze gedragingen zijn contraproductief, omdat ze vrijwel nooit het gewenste effect hebben, wat de negatieve opvattingen dat piekeren onbeheersbaar is versterkt. De behandeling richt zich dan ook vooral op het wijzigen van metacognitieve opvattingen over piekeren. De figuur hiernaast toont het CGT-model van GAS.



9.7.2 Behandeling

De interventies worden eerst gericht op de metacognitieve opvatting dat piekeren onbeheersbaar is, vervolgens op de opvattingen over het gevaar van piekeren en in laatste instantie op de opvattingen over het nut van piekeren. Afgesloten wordt met het aanleren van andere vaardigheden om met problemen om te gaan en met het opheffen van nog bestaand vermijdingsgedrag met behulp van **exposure** en **responspreventie**. De metacognitieve opvattingen worden onderzocht met behulp van vooral **gedachteschema's** en **gedragsexperimenten**.

9.7.3 Effectiviteit

Uit verschillende effectstudies blijkt dat **metacognitieve gedragstherapie (MCT)** leidt tot een statistisch significante afname van piekeren en angst, maar ook van comorbide klachten als depressieve symptomen. Deze effecten bleken stabiel over een periode van tweeënhalf jaar. Bovendien bleek MCT effectiever dan andere vormen van CGT.

Stemmingsstoornissen

10. Stemmingsstoornissen

Een **depressieve stoornis** treft ongeveer één op de vijf mensen gedurende hun leven. Afhankelijk van de ernst worden depressieve stoornissen in Nederland op alle plekken binnen de ggz gediagnosticeerd en behandeld. De **bipolaire stoornis** is veel zeldzamer en komt bij 1.5 procent van de bevolking voor. Bipolaire stoornissen worden hoofdzakelijk behandeld binnen de specialistische ggz. Diagnostische kennis is essentieel, omdat sprake is van onderdiagnostisering. De meest voorkomende verkeerde diagnose is unipolaire depressie. In dit hoofdstuk ligt de nadruk daarom op vroege herkenning en differentiaaldiagnostiek.

10.1 Depressieve stoornissen

Om de diagnose van een depressie te stellen dienen volgens de DSM-5 gedurende twee weken minimaal vijf symptomen gelijktijdig aanwezig te zijn. De symptomen bestaan uit drie clusters: affectieve, lichamelijke en cognitieve symptomen.

Onder de affectieve symptomen worden klachten verstaan die hoofdzakelijk samenhangen met de stemming. Die is vaak somber, verdrietig of vlak. Ook is er sprake van verminderde interesse of plezier. Vaak hangen bepaalde gedachten samen met de sombere stemming, zoals zich waardeloos of schuldig voelen en het ervaren van doodsgedachten of een doodswens. Daarnaast blijken vrijwel alle patiënten angst te ervaren. Angst maakt geen deel uit van de diagnostische criteria. Wel is het mogelijk om de specificatie *met angstige spanning* toe te voegen aan de diagnose. Er is ook vaak sprake van lichamelijke klachten, zoals trager bewegen of praten. Ook zijn er patiënten die juist last hebben van lichamelijke onrust. Andere klachten zijn slapeloosheid, of toegenomen slaap, verandering in eetlust en vermoeidheid. Tot slot is vaak sprake van cognitieve klachten, zoals verminderde concentratie en trager denken. Verder kunnen op basis van het symptoomprofiel deze specificaties worden toegevoegd. Als sprake is van **stemmingsreactiviteit** (stemming klaart op bij een positieve gebeurtenis), toegenomen slaap, vermoeidheid en eetlust, en gevoeligheid voor afwijzing, spreekt men van een **depressie met atypische kenmerken**. Patiënten bij wie de stemming constant somber en diep neerslachtig is, die duidelijk psychomotorisch vertraagd zijn, gewicht verliezen en schuldgevoelens ervaren passen in het beeld van de **melancholische depressie**. Er is sprake van een **seizoensgebonden patroon** als de episoden stelselmatig plaatsvinden in herfst of winter. Sinds de DSM-5 is de bipolaire stoornis in een apart hoofdstuk geplaatst. Na de scheiding tussen depressie en bipolaire stoornissen is de specificatie **met gemengde kenmerken** aan beide toegevoegd. Er moeten dan minstens drie symptomen van manie aanwezig zijn tijdens de meeste dagen van de depressie. De mogelijkheid om extra dimensionele kenmerken toe te voegen is een poging om de werkelijkheid van de klinische praktijk beter te representeren. Binnen de categorie depressieve-stemmingsstoornissen worden, naast de depressieve stoornis, verschillende andere diagnoses onderscheiden: persisterende depressieve stoornis, premenstruele stemmingsstoornis, disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis, depressieve-stemmingsstoornissen geïnduceerd door een middel, andere gespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis en de ongespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis.

10.2 Diagnostiek en behandeling van de depressieve stoornis

10.2.1 Anamnese

•» Bij het diagnosticeren van een depressieve stoornis worden het huidige toestandbeeld en het beloop van de klachten in kaart gebracht. In een open klinisch vraaggesprek worden ook andere factoren uitgevraagd. Herkenning en diagnostiek worden bemoeilijkt als lichamelijke klachten op de voorgrond staan of als sprake is van comorbide klachten of schaamte.

10.2.2 Onderzoek naar lichamelijke factoren

•» Ook onderzoek naar lichamelijke factoren die een etiologische rol kunnen spelen is van belang. Stemmingsstoornissen kunnen immers ook (mede) door een somatische aandoening, door een hersenaandoening, of door een middel worden veroorzaakt.

10.2.3 Ernst van de stoornis bepalen op basis van zelfinvulschalen

•» Ook de ernst van de stoornis dient bepaald te worden. De zelfbeoordelingsschalen die hiervoor gebruikt worden zijn niet geschikt om een diagnose te stellen, en zijn slechts een maat voor de ernst van een al vastgestelde stemmingsstoornis. De meest gebruikte zijn de Beck Depression Inventory-II (**BDI-II**), de Inventory of Depressive Symptoms (**IDS**), de Hamilton Depression Rating Scale (**HDRS**) en de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (**MADRS**).

10.2.4 Behandeling van depressieve stoornissen

●» De behandeling van de depressie vindt plaats volgens het **stepped-care model**. Patiënten krijgen in eerste instantie de minst intensieve behandeling aangeboden, en alleen als deze onvoldoende resultaat oplevert wordt overgegaan op een meer intensieve behandeling.

10.2.5 Basisinterventies en eerste-stapinterventies

●» Volgens de multidisciplinaire richtlijn depressie dient iedere patiënt minstens de volgende basisinterventies aangeboden te krijgen:

- > **Psycho-educatie**
- > **Activering**
- > **Actief volgen**

Daarnaast kunnen in de beginfase ook de volgende interventies worden aangeboden: **biblio-therapie**, **zelfmanagement**, **activerende begeleiding**, **fysieke inspanning** of **running-therapie**, **counseling**, of **psychosociale interventies**.

10.2.6 Tweede-stapinterventies – kortdurende interventies

●» Als de lichte depressie langer dan drie maanden bestaat of als het een herhaalde depressie is, kunnen **probleemoplossende therapie** of **kortdurende behandeling** worden aangeboden. Deze interventies bestaan vaak uit vijf gesprekken, waarbij de aandacht zich richt op het bevorderen van het zelfoplossend vermogen van de patiënt.

10.2.7 Derde-stapinterventies – psychotherapeutische interventies

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

●» Bij **cognitieve gedragstherapie** (zie pagina 39) wordt bij voorkeur gestart met gedragsinterventies, waarna ook cognitieve interventies gedaan worden.

Gedragstherapie (GT)

●» Bij **gedragstherapie** gaat het om het achterhalen van de factoren die de depressieve stoornis in zowel positieve als negatieve zin beïnvloeden. Bij een depressieve stoornis is meestal sprake van afname van het activiteitsniveau. Daarmee neemt ook de positieve bekrachtiging af. De gedragstherapeutische behandeling is gericht op het vermeerderen van plezierige en het verminderen van onplezierige activiteiten, en het aanleren van (sociale) vaardigheden.

Cognitieve therapie (CT)

●» **Cognitieve therapie** richt zich op de relatie tussen gedachten en gevoel. Kernovertuigingen en leefregels kunnen samen leiden tot depressieve klachten of deze in stand houden. De eerste stap in cognitieve therapie is dan ook om de patiënt dit verband in te laten zien, en ook in te laten zien waar de schema's zijn ontstaan. Vervolgens wordt gewerkt aan het onderzoeken van deze schema's. Op basis hiervan worden meer passende of functionele leefregels geformuleerd. Er kan ook gebruikgemaakt worden van gedragsexperimenten.

Interpersoonlijke therapie (IPT)

●» Het uitgangspunt van **interpersoonlijke psychotherapie** (zie ook pagina 48) met betrekking tot stemmingsstoornissen is dat veranderingen in relaties een depressie kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn. Binnen de IPT kunnen vier aandachtspunten worden gekozen: rouw, rolconflict, rolverandering en tekort in interpersoonlijke vaardigheden.

10.2.8 Derde-stapinterventies – farmacotherapie en lichttherapie

●» In plaats van psychotherapie kan in de derde stap ook gekozen worden voor farmacotherapie. In de derde stap van de behandeling zijn de antidepressiva de eerste keus (zie ook pagina 28): TCA's, tetracyclische antidepressiva, SSRI's, SNRI's en MAO-remmers.

Sinds de introductie van de SSRI's, eind jaren 80, worden antidepressiva veel meer voorgeschreven. Er zijn niettemin nog steeds twijfels over effectiviteit en veiligheid. In zeldzame gevallen is gebruik geassocieerd met ontremming en toename van suïcidale gedachten. Over het algemeen leiden antidepressiva bij 50 tot 55 procent van de patiënten tot vermindering van de depressieve symptomen binnen 4 tot 6 weken. De keuze voor een middel wordt doorgaans bepaald door de ernst van de depressie, eerdere reacties op antidepressiva, de setting, veiligheid en de bijwerkingen.

Lichttherapie

●» Bij de depressieve stoornissen is lichttherapie (zie pagina 32) geïndiceerd wanneer er sprake is van een seizoensgebonden patroon waarbij de klachten optreden in het najaar of de winter. Naast de lichttherapie is het wel van belang de patiënt psycho-educatie te geven over de werking van de behandeling en het belang van het vasthouden aan een regelmatig dag-nachtritme, voldoende gedragsactivatie en beweging.

10.2.9 Vierde-stapinterventies

●» Als patiënten niet opknappen na bovenstaande interventies kan overwogen worden een combinatie van farmacotherapie en psychotherapie toe te passen.

10.2.10 Vijfde-stapinterventies – elektroconvulsietherapie

●» Elektroconvulsietherapie (zie pagina 32) wordt toegepast bij de therapieresistente depressieve stoornissen of zeer ernstige vormen van depressieve stoornissen. Omdat het vaak de laatste stap in het behandelprotocol is, is het van belang hoop te blijven geven aan patiënten dat er nog experimentele behandelingen mogelijk zijn.

10.3 Bipolaire-stemmingsstoornissen

●» Er wordt gesproken van een bipolaire-stemmingsstoornis als iemand ten minste één manische of hypomane episode heeft doorgemaakt, in de meeste gevallen voorafgegaan of gevolgd door één of meer depressies. Tijdens depressieve episoden voldoen de patiënten aan alle criteria van een unipolaire depressie volgens de DSM-5.

Een manie kan zo ernstig worden dat patiënten psychotisch worden of opgenomen moeten worden omdat zij een gevaar voor zichzelf of anderen vormen. Psychotische verschijnselen bestaan dan vaak uit grootheidswanen. Ook hallucinaties komen voor. Patiënten die depressies en manieën hebben doorgemaakt, krijgen de diagnose **bipolaire-I-stoornis**, patiënten die depressies en alleen hypomanieën hebben doorgemaakt, de diagnose **bipolaire-II-stoornis**. De bipolaire-stemmingsstoornis heeft vaak ernstige gevolgen voor het functioneren. Dit hangt samen met het feit dat de ziekte al op jonge leeftijd aanvangt.

10.4 Diagnostiek en behandeling van de bipolaire-stemmingsstoornis

●» Bij een patiënt met depressieve klachten dient naast het bepalen van de aard en de ernst van het huidige toestandbeeld, ook het beloop van de stemmingsklachten te worden uitge-

vraagd. Om het beloop in kaart te brengen kan de **life-chart-methode** gebruikt worden, waarbij zowel depressieve, manische en euthyme perioden als hiermee samenhangende beperkingen, life events en medicatiegebruik worden weergegeven.

Naast de aanwezigheid van depressieve en (hypo)manische episoden maakt een aantal andere kenmerken de aanwezigheid van een bipolaire-stemmingsstoornis aannemelijker. Zo is vaak sprake van recidiverende depressieve episoden, van een eerstegraads familielid met een bipolaire-stemmingsstoornis, en van een opvallend snel herstel van depressieve klachten. Tot slot is bekend dat een deel van de depressieve patiënten een hypomanie kan ontwikkelen naar aanleiding van het starten met antidepressiva. Bij patiënten met meer dan drie van bovenstaande kenmerken moet men extra alert zijn, wordt bij voorkeur extra diagnostiek gedaan en wordt terughoudend omgegaan met het voorschrijven van antidepressiva.

10.4.1 Screenings- en meetinstrumenten voor de bipolaire-stemmingsstoornis

•» Bij een vermoeden van een bipolaire-stemmingsstoornis wordt aanbevolen als screeningsinstrument de **Mood Disorders Questionnaire (MDQ)** te gebruiken. Voor het bepalen van de ernst van de huidige stemmingsepisode kan voor de depressie gebruikgemaakt worden van de IDS, en voor het bepalen van de ernst van manische symptomen kan gebruikgemaakt worden van de **Young Mania Rating Scale (YMRS)** of de **Bech-Rafaelsen Mania Scale (BRMAS)**.

10.4.2 Behandeling van de bipolaire-stemmingsstoornis

•» Ook voor de behandeling van de bipolaire-stemmingsstoornissen bestaan richtlijnen en wordt er gebruikgemaakt van een gefaseerd behandelbeleid. Dat ziet er anders uit dan bij de depressieve stoornis. Met het oog op de terugkerende episoden worden de acute, voortgezette en onderhoudsbehandeling onderscheiden. Het voorkomen van nieuwe manische of depressieve episoden heeft daarbij prioriteit.

Acute behandeling

•» Bij acute behandeling ligt het accent op het bestrijden van de symptomen en bescherming tegen complicaties of suïcide. De behandeling gebeurt in de eerste plaats met psychofarmaca en als sprake is van gevaar voor patiënt of omgeving kan worden overgegaan tot een opname.

Voortgezette behandeling

•» Bij voortgezette behandeling staan stabilisatie van de stemming en verder herstel van functioneren centraal. In de medicamenteuze behandeling is **lithium** de medicatie van eerste keuze. In deze fase is **psycho-educatie** voor zowel de patiënt als naastbetrokkenen van groot belang. Aangezien bipolaire patiënten vaak extra gevoelig zijn voor ritmeveranderingen, is er verder veel aandacht voor een passende en regelmatige dag- en weekstructuur. Tot slot heeft de stoornis gevolgen voor alle levensgebieden en in alle levensfasen. Het is daarom noodzakelijk om mensen hulp te bieden, vooral gericht op zelfmanagement.

In de voortgezette fase kunnen patiënten opluchting voelen omdat er duidelijkheid is over de diagnose, maar ook gevoelens van rouw en verlies. Daarom zijn psychologische interventies ook in deze fase geïndiceerd, zoals **CGT** of de **Interpersoonlijke en Sociaal Ritme-Therapie**.

Onderhoudsbehandeling

•» In de fase van onderhoudsbehandeling ligt de nadruk op het zo veel mogelijk stabiel houden van de stemming, maatschappelijk herstel, en eventueel de behandeling van individuele problematiek door middel van psychologische interventies. Deze fase zal meestal jaren duren.

Posttraumatische-stressstoornis

11. Posttraumatische-stressstoornis

Het gebruik van het begrip trauma kan verwarring geven. Veel ingrijpende gebeurtenissen zijn in principe geen traumatische gebeurtenissen. We noemen die *life events*, of *adverse life events*. Pas wanneer de impact enorm is en er een psychologisch of biologisch heftige reactie is ontstaan spreken we van een traumatische gebeurtenis. Het is niet zo dat er na iedere traumatische gebeurtenis psychische klachten ontstaan, en zeker geen **posttraumatische-stressstoornis**, oftewel **PTSS**. Wanneer er wel een psychische stoornis ontstaat na een trauma, dan ontwikkelt slechts een deel van de mensen een traumagerelateerde stoornis zoals PTSS, terwijl anderen stoornissen krijgen die buiten de DSM-5-categorie traumagerelateerde stoornissen vallen, zoals een depressieve stoornis of een aanpassingsstoornis. Iemand kan getraumatiseerd raken door zelf een traumatische gebeurtenis te ondergaan, of door die bij iemand anders te aanschouwen.

Traumatische gebeurtenissen komen veel voor. In de VS werd gevonden dat 60 procent van de mannen en ruim 50 procent van de vrouwen een of meer traumatische ervaringen in het leven heeft meegemaakt. Hoe meer traumatische ervaringen, hoe hoger de kans op het ontwikkelen van PTSS. Gemiddeld zal 20 procent van de getroffen een PTSS ontwikkelen.

Risicofactoren voor het ontwikkelen van een PTSS zijn aantal, ernst en soms aard van de traumatische ervaring, eerdere psychische problemen of nare ervaringen, en stressoren in de nasleep van de traumatische ervaring. Beschermende factoren zijn voldoende sociale steun, kwetsbaarheid als aanleg en gezondere copingstijlen.

11.1 Een beeld van PTSS

De belangstelling voor trauma en PTSS is sterk toegenomen sinds de introductie van PTSS in de DSM-III. Daarvoor bestond de diagnose ook al, maar werden er veel wisselende termen gebruikt om aan te duiden wat de gevolgen waren na trauma. ●» Hoewel de DSM in principe geen oorzaken benoemt, geldt voor PTSS als voorwaarde dat er een traumatische ervaring moet hebben plaatsgevonden. Andersom geldt dat een traumatische ervaring niet altijd betekent dat iemand een PTSS heeft. Het ervaren van **herbelevingen** is het meest kenmerkende criterium van PTSS. Herbelevingen brengen de patiënt in een zeer angstige, emotionele staat en kunnen maanden tot jaren achtereen voorkomen. In de DSM-5 criteria zijn vijf herbelevingssymptomen beschreven. Vaak is er sprake van **triggers**, interne of externe prikkels die lijken op de traumatische gebeurtenis en een herbeleving kunnen opwekken. Omdat de herbelevingen zo beangstigend zijn, zal de patiënt er alles aan doen om ze niet op te roepen en zal hij alle triggers vermijden. We noemen dit **vermijdingscriteria** van PTSS. In de DSM-5 werd de set criteria **negatieve veranderingen in cognities en stemming** toegevoegd. Patiënten beschrijven regelmatig dat er stukken uit het geheugen weg zijn die te maken hebben met de traumatische ervaring, en veel patiënten kijken negatief naar zichzelf en naar hun omgeving, of hebben vertekende denkbeelden over de oorzaken of gevolgen van de traumatische gebeurtenis. Wat betreft de negatieve verandering in stemming voelen veel patiënten schaamte of schuld, trekken ze zich terug, kan men somber zijn of vervreemd en onthecht raken. Onder het criterium **duidelijke veranderingen in arousal en reactiviteit** valt de verhoogde prikkelbaarheid. Men slaapt ook slechts en soms is sprake van roekeloos gedrag. De duur van de symptomen moet langer dan een maand zijn. Bovendien moet sprake zijn van klinisch signifi-

cante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren. Dit laatste criterium wordt nog wel eens veronachtzaamd.

Ten slotte zijn er nog twee subtypen van PTSS: het subtype met dissociatieve symptomen en het subtype met uitgestelde expressie. PTSS kent een hoge mate van comorbiditeit. Veel voorkomend zijn depressieve stoornissen, angststoornissen en somatoforme stoornissen.

11.2 Anamnese bij een vermoeden van PTSS

●» Het is essentieel een goede diagnostische procedure te volgen en te waken voor het snel overgaan tot het stellen van een diagnose. Het is aan te raden te starten met een goede algemene anamnese, waarbij de volgende punten aan de orde komen:

- › Vraag alle symptomen uit en vraag ook naar symptomen die niet direct worden genoemd
- › Vraag naar het beloop: naar duur en ontwikkeling van symptomen
- › Vraag de traumageschiedenis uit, waarbij zowel aandacht is voor het huidige trauma als voor eventuele eerdere traumatische gebeurtenissen
- › Vraag naar de invloed van eventuele symptomen van herbeleving, vermijding, stemming, cognitieve problemen en verhoogde prikkelbaarheid op de diverse levensgebieden
- › Vraag naar bijkomende problemen en stressfactoren
- › Vraag naar beschermende factoren in iemands leven, vroeger en nu
- › Vraag naar de somatische toestand en medicatie- en middelengebruik.

11.3 Diagnostiek

●» Na de anamnese kan de clinicus de DSM-classificatie vervolledigen middels semigestructureerde interviews en vragenlijsten.

11.3.1 Het (semi)gestructureerde interview

●» Voor PTSS bestaat een aantal gestructureerde interviews:

- › **Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-5)**
- › Structured Interview for PTSD (**SI-PTSD**)
- › PTSD Symptom Scale Interview (**PSS-I**)

De CAPS wordt het meest gebruikt, is het beste onderzocht en is voor de DSM-IV en DSM-5 in het Nederlands vertaald. De CAPS kan de huidige PTSS vaststellen, maar ook de *lifetime* PTSS.

11.3.2 Zelfrapportagevragenlijsten

●» Bij het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten is het van belang dat de diagnosticus er alert op is dat een vertekend beeld kan ontstaan van de symptomen, omdat patiënten zelf een inschatting maken van de aanwezigheid en ernst van de symptomen.

Vragenlijsten voor de DSM-5:

- › **Posttraumatic Stress Disorder Checklist DSM-5 (PCL-5)**
- › **Life Events Checklist DSM-5 (LEC-5)**

Vragenlijsten voor de DSM-IV(-TR):

- › Schokverwerkingslijst (SVL) of Impact of Event Scale (**SVL**)
- › Harvard Trauma Questionnaire (**HTQ**)
- › Self-Rating Scale for PTSD (**SRS-PTSD**)
- › Zelfinventarisatielijst PTSS (**ZIL**)
- › Vragenlijst Belastende Gebeurtenissen (**VBE**)

11.4 Behandeling

●» De Nederlandse richtlijn voor het behandelen van PTSS maakt deel uit van de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Globaal wordt hier beschreven dat moet worden begonnen met basisinterventies als **psycho-educatie** en **activering**. Vervolgens wordt gesteld dat PTSS in principe moet worden behandeld met psychotherapie. **Traumagerichte psychotherapie** of **Trauma Focused Therapy (TFT)** geniet de voorkeur. Bij TFT gaat de therapeut specifiek in op de traumatische ervaringen. Er wordt geen gerichte aandacht besteed aan niet-traumagerelateerde aspecten in het leven van de patiënt. Er bestaan ook niet-traumagerichte vormen van psychotherapie, zoals **stabilisatietherapie**. Hierbij wordt de patiënt vaardigheden aangeleerd om met zijn angsten en emoties om te gaan. Er is onduidelijkheid over de effectiviteit en de noodzaak van deze therapievorm, die regelmatig onderwerp van debat is.

11.5 Welke PTSS-therapievormen zijn evidence-based?

De best onderzochte vormen van TFT zijn imaginaire exposure/prolonged exposure en EMDR. Andere vormen die aan populariteit winnen en ook onderbouwd zijn, zijn cognitieve therapie, narratieve exposure en beknopte eclectische psychotherapie voor PTSS.

11.5.1 Imaginaire exposuretherapie voor PTSS

●» In veel traumabehandelingen wordt **imaginaire exposure** (IE) of **prolonged exposure** (PE) toegepast. Bij exposurebehandeling bij PTSS lijkt het voor het uiteindelijke effect van belang dat de angstige traumatische herinneringen of **hotspots** met exposure zo goed mogelijk worden doorgewerkt. Als imaginaire exposure wordt toegepast bij PTSS wordt aan de patiënt gevraagd om traumatische herinneringen zo levendig mogelijk in gedachten op te halen. Er zijn diverse verklaringsmodellen voor de exposurebehandeling bij PTSS. De angst 'overwinnen' is een belangrijk element. Er worden steeds nieuwe associaties aangeleerd tussen de angst-opwekkende stimuli en de reacties die niet uit angst bestaan. Daarbij worden ook cognities en het geheugen beïnvloed. Het begeleiden van exposure vraagt van de behandelaar en patiënt veel durf. De behandelaar zal de patiënt moeten stimuleren om verder te vertellen, ondanks de angst die oploopt. De zittingen worden opgenomen en de patiënt dient de opnames thuis een aantal malen per week af te luisteren. In plaats van imaginaire exposure kan ook **exposure in vivo** of exposure middels **virtual reality** worden toegepast.

11.5.2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing

●» **EMDR** is een bewezen effectieve behandelvorm bij PTSS. Ook bij EMDR wordt de traumatische herinnering in het geheugen oproepen. Het meest emotioneel beladen beeld wordt oproepen, waarbij de patiënt oogbewegingen uitvoert die door de therapeut worden begeleid. De techniek is complexer dan geschetst. Zo wordt veel aandacht besteed aan cognities en lichamelijke reacties. De verklaringsmodellen voor de effecten van EMDR variëren. Volgens een aannemelijke theorie zou EMDR werkzaam zijn vanwege de 'werkgeheugentheorie'. De kern hiervan is dat het werkgeheugen een beperkte capaciteit heeft. Door het met twee taken te belasten, wordt het werkgeheugen sterk belast en concurreren deze taken met elkaar. De traumatische herinnering wordt opnieuw opgeslagen in het langetermijngeheugen, maar met een verminderde intensiteit: **desensitisatie**. Door de herhaling wordt de herinnering steeds minder intens en bedreigend. De taak die de therapeut aanbiedt als afleidende stimulus mag niet te belastend voor het werkgeheugen zijn, maar ook niet te weinig belastend.

11.5.3 Cognitieve therapie voor PTSS

●» Bij **cognitieve therapie** voor PTSS worden vooral de cognities aangepakt die een patiënt heeft naar aanleiding van de traumatische ervaring. Veel patiënten met PTSS hebben negatieve generalisaties die voortkomen uit de traumatisering. Doel van de cognitieve therapie is om de disfunctionele gedachten te vervangen door nieuwe, en meer rationele gedachten.

11.5.4 Narratieve exposuretherapie

●» **Narratieve exposuretherapie** (NET) is ontwikkeld in de behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen met zeer veel traumatische ervaringen in de levensloop. Het is een exposuretherapie, maar de achterliggende gedachte is anders dan gebruikelijk. Bij NET wordt PTSS voornamelijk beschouwd als geheugenstoornis. Het is de bedoeling om de traumatische herinneringen weer in te bedden in hun context, in de plaats in het verleden waar ze thuishoren. Bij NET wordt altijd gestart met het leggen van een levenslijn en wordt vanaf de vroege jeugd chronologisch de levenslijn doorgewerkt.

11.5.5 Beknopte eclecticische psychotherapie voor PTSS

●» De **beknopte eclecticische psychotherapie voor PTSS** (BEPP) is, evenals NET, een exposuretherapie die wat breder is dan IE. Bij BEPP staat een aantal aspecten van PTSS centraal: de angst, het controleverlies, het verlies van veiligheid, de rouw en de moeite de traumatische gebeurtenis achter zich te laten. De behandeling is eclecticisch en gefaseerd. De therapeut besteedt aandacht aan imaginaire exposure. Daarnaast voert de patiënt een schrijftaak uit. Ook worden traumagerelateerde voorwerpen, **memorabilia**, ingebracht. Betekenisverlening en een afscheidsritueel vormen de laatste fasen.

Dissociatieve stoornissen

12. Dissociatieve stoornissen

Diagnostiek van **dissociatieve stoornissen** is niet eenvoudig. Vaak zijn patiënten jarenlang in behandeling zonder dat de dissociatieve klachten herkend worden. Daar zijn meerdere oorzaken voor. Ten eerste is er sprake van hoge comorbiditeit. Ten tweede zullen patiënten, als niet expliciet naar dissociatieve symptomen gevraagd wordt, deze niet spontaan rapporteren. Ten derde wordt in opleidingen weinig of geen aandacht besteed aan dissociatieve stoornissen. Ten slotte zijn er verschillende opvattingen over wat precies onder dissociatie verstaan moet worden. Zonder een goede diagnose kan echter geen passende behandeling volgen. Daarom zal als standaardprocedure gescreend moeten worden op het voorkomen van dissociatieve symptomen en stoornissen.

12.1 Trauma en dissociatie

Dissociatie is de essentie van trauma: het tijdens en na een overweldigende ervaring uiteenvallen van de persoonlijkheid in onderscheiden dissociatieve delen. Wellicht is daarom ‘breekpunt’ een passender metafoor dan ‘trauma’. Het verwijst ook naar de visie dat alle traumagerelateerde stoornissen, dus ook de PTSS en sommige vormen van depressieve stoornissen, dissociatief van aard zijn. Ook literatuur toont aan dat complexe dissociatieve stoornissen in traumatische ervaringen geworteld zijn, waarbij met name de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) verbonden is met vroegkinderlijke chronische traumatisering.

12.2 DSM-5 dissociatieve stoornissen

12.2.1 Classificatie van dissociatieve stoornissen

●» Volgens de DSM-5 worden de dissociatieve stoornissen gekenmerkt door een verstoring van en/of discontinuïteit in de normale integratie van bewustzijn, geheugen, identiteit, emotie, perceptie, lichaamsbeleving, motorische controle en gedrag. De classificatie van de dissociatieve stoornissen in de DSM-5 is overigens nogal arbitrair en aan discussie onderhevig. Zowel de acute stressstoornis als de PTSS bevatten ook dissociatieve symptomen. De DSM-5 onderscheidt ●» vijf dissociatieve stoornissen:

1. **Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS):** wordt gekenmerkt door de fragmentatie van de identiteit door twee of meer 'persoonlijkheidstoestanden'. De belangrijkste symptomen zijn herhaalde lacunes in de herinnering die niet overeenstemmen met gewoon vergeten; de ervaring om zichzelf als van een afstand te zien of te horen spreken; het horen van stemmen in en buiten het hoofd; sterk wisselende gedachten, wensen, emoties en impulsen die als **egodystoon** (niet bij mij behorend) ervaren worden; geen contact hebben met het eigen lichaam, of het eigen lichaam anders waarnemen. Cliënten hebben aanvankelijk een fobie voor de verschillende dissociatieve delen van de persoonlijkheid. Vaak is er een hoge comorbiditeit.
2. **Dissociatieve amnesie:** wordt gekenmerkt door een onvermogen om zich belangrijke autobiografische informatie te herinneren, doorgaans van traumatische of stressvolle aard. Wanneer een cliënt met dit symptoom wordt aangemeld is het van belang een meer complexe dissociatieve stoornis uit te sluiten.
3. **Depersonalisatie-/derealisatiestoornis:** wordt gekenmerkt door persisterende of herhaalde gevoelens van vervreemding van zichzelf (**depersonalisatie**) of van de omgeving (**derealisatie**). Beide komen ook vaak voor als symptomen bij andere stoornissen.
4. **Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS):** een categorie waarbij de presentatie van de klachten niet voldoet aan de criteria voor een specifieke dissociatieve stoornis. Met name een identiteitsstoornis met minder duidelijke identiteitsveranderingen doet zich vaak voor.
5. **Ongespecificeerde dissociatieve stoornis:** wordt gehanteerd als de clinicus de reden niet specificeert waarom de klachten niet voldoen aan een specifieke dissociatieve stoornis.

12.2.2 Prevalentie

De lifetimeprevalentie van de dissociatieve stoornissen in de algemene bevolking wordt geschat op 1.7 procent, en van DIS op 1.1 tot 3.1 procent. Het gaat hierbij steeds om de diagnosen DIS of AGDS. Er zijn nauwelijks prevalentiegegevens over de andere dissociatieve stoornissen. In Nederland is in een onderzoek onder opgenomen psychiatrische patiënten vastgesteld dat 2 procent voldeed aan criteria voor DIS en 8 procent aan criteria voor AGDS.

12.3 Vaststellen

De onduidelijkheid over het concept dissociatie leidt zowel tot onderdiagnosticering als overdiagnosticering van dissociatieve stoornissen, met name van DIS en AGDS.

12.3.1 Wat zijn dissociatieve symptomen?

Noord-Amerikaanse klinici dachten aanvankelijk dat dissociatieve symptomen op een continuüm geplaatst konden worden. De Dissociative Experiences Scale (**DES**), wereldwijd de meest

gebruikte zelfrapportagevragenlijst voor dissociatieve symptomen, is gebaseerd op deze gedachte. De juistheid van deze continuümgedachte wordt al lange tijd in twijfel getrokken. Er is een duidelijk onderscheid tussen pathologische dissociatieve verschijnselen die meestal traumagerelateerd zijn, en andere vormen van bewustzijnsveranderingen. Symptomen als dagdromen wijzen niet noodzakelijkerwijs op een opdeling van de persoonlijkheid. Ook milde vormen van depersonalisatie en derealisatie zijn veel voorkomende symptomen die zich niet alleen voordoen in het kader van een dissociatieve stoornis.

●» Pathologische dissociatieve symptomen kunnen worden onderverdeeld in positieve en negatieve symptomen. ■ *Positieve dissociatieve symptomen* zijn tijdelijke intrusieverschijnselen, afkomstig van een of meer dissociatieve delen, die kunnen komen en gaan, bijvoorbeeld het horen van stemmen. ■ *Negatieve dissociatieve symptomen* verwijzen naar de afwezigheid of het verlies van functies die theoretisch aanwezig zouden moeten zijn. Symptomen kunnen bovendien onderverdeeld worden in psychoforme (cognitief-emotionele) en somatoforme (sensorimotorische) symptomen. ●» Onderstaande tabel biedt een overzicht.

	Psychoform (cognitief-emotioneel)	Somatoform (sensorimotorisch)
Negatief	Amnesie (verlies van tijd, hiaten)	Verlies van gevoel en motorische controle
	Fugues	Conversiesymptomen
	Amnesie voor persoonlijke informatie	Krachtverlies in armen of benen
	Depersonalisatie	
	Derealisatie	
	Verlies van bepaalde vaardigheden	
Positief	Flashbacks	Pijn, ongewilde bewegingen en tics
	Cognitieve en emotionele intrusies	Pseudo-epileptische aanvallen
	Psychotische symptomen van de eerste orde	Zintuiglijke waarnemingen van dingen die er niet zijn (gebaseerd op een intrusie)

Wat men ook onder het concept dissociatie verstaat, het is van groot belang om het onderscheid te kunnen maken tussen pathologische dissociatieve symptomen en de overige bewustzijnsveranderingen, en goed door te vragen naar de kwaliteit en betekenis van een symptoom. Verwarring over de diagnose DIS doet zich vooral voor bij cliënten die een persoonlijkheidsstoornis hebben, in het bijzonder een borderline-persoonlijkheidsstoornis.

12.3.2 Screening van dissociatieve symptomen

Screening van dissociatieve symptomen zou een gestandaardiseerd onderdeel moeten zijn in een diagnostisch proces, juist omdat cliënten zich doorgaans aanmelden met andere klachten. In ieder geval is het raadzaam om te screenen bij patiënten met een voorgeschiedenis van vroegkinderlijke traumatisering, met SOLK, met wisselende diagnoses, met trauma- of stressgerelateerde problematiek en bij patiënten die stemmen horen of die niet goed reageren op een ingestelde behandeling.

12.3.3 Zelfrapportagelijsten

- » In Nederland en België zijn verschillende zelfrapportagevragenlijsten gevalideerd:
- › Dissociative Experiences Scale (**DES**), een korte zelfrapportagevragenlijst met vragen over mogelijke dissociatieve ervaringen
 - › Dissociation Questionnaire (**DIS-Q**), een lijst die net als de DES is gebaseerd op de continuümgedachte
 - › Somatoform Dissociation Questionnaire (**SDQ-20**), een lijst die somatoforme manifestaties van dissociatie meet. Er bestaat ook een verkorte versie, de **SDQ-5**.

12.3.4 Diagnostische interviews om een dissociatieve stoornis vast te stellen

●» Een verhoogde score op de genoemde vragenlijsten dient altijd gevolgd te worden door een diagnostisch interview. Hier worden twee interviews beschreven:

- › **Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders, Revised (SCID-D-R)**, een semigestructureerd interview ter beoordeling van alle dissociatieve stoornissen gebaseerd op de DSM-IV. Het interview onderzoekt vijf dissociatieve symptoomclusters: amnesie, depersonalisatie, derealisatie, identiteitsverwarring en identiteitswisseling. Dit interview wordt wereldwijd beschouwd als de gouden standaard.
- › **Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I)**, een semigestructureerd interview dat bedoeld is om DSM-5 en ICD-10 dissociatieve stoornissen vast te stellen. Het interview onderscheidt zich van andere, ten eerste omdat het ook een aanzienlijk deel over somatoforme dissociatieve symptomen bevat, omdat het een deel bevat dat betrekking heeft op andere traumagerelateerde symptomen, en omdat de TADS-I ten doel heeft onderscheid te maken tussen symptomen die duiden op een opdeling van de persoonlijkheid en verschijnselen die te maken hebben met een vernauwing of vermindering van het bewustzijn, maar niet noodzakelijk dissociatief van aard zijn.

12.4 Behandeling

12.4.1 Fasegericht psychotherapeutisch behandelmodel

●» Er bestaat wereldwijd consensus dat de behandeling van de dissociatieve stoornissen een fasegericht behandelmodel moet volgen. Deze behandeling wordt vaak ondersteund met aanvullende behandelingen zoals medicatie en non-verbale modules. Over de behandeling van dissociatieve stoornissen ontbreekt echter gecontroleerd effectonderzoek. Bovendien betreft de literatuur vrijwel uitsluitend de meest complexe stoornissen DIS en AGDS. Wanneer de stoornis minder complex is, volgt men nog steeds het fasemodel maar is de behandeling korter durend, met name de eerste fase van stabilisatie.

De uitkomsten van een cross-sectionele studie en van diverse casestudies tonen aan dat goed uitgevoerde, fase- en traumagerichte behandeling helpt. **Fasegerichte behandeling** voor complexe traumagerelateerde dissociatieve stoornissen bestaat uit de volgende ●» drie fasen:

1. Het bevorderen van een goede therapeutische relatie, veiligheid, stabilisering, symptoomreductie en het zich eigen maken van vaardigheden
2. De behandeling van traumatische herinneringen
3. Het (re)integreren van de persoonlijkheid en rehabilitatie.

De verschillende fasen wisselen elkaar meer af naarmate de problematiek complexer is.

Fasegerichte behandeling kent doorgaans twee complementaire benaderingen. De relationele benadering is gericht op de therapeutische relatie en staat in het teken van het overwinnen van de angst van de cliënt voor het aangaan van een relatie met de therapeut. De tweede benadering is probleemoplossend van aard. De cliënt leert vaardigheden om beter met klachten en symptomen om te gaan, maar leert ook inzien dat deze vaak een uiting zijn van de poging van dissociatieve delen om bepaalde problemen op te lossen.

Bij patiënten met een dissociatieve stoornis worden twee hoofdcategorieën van dissociatieve delen onderscheiden. Enerzijds zijn er delen die zich voornamelijk bezighouden met het functioneren in het dagelijks leven en herinneringen aan de traumatische ervaringen zo veel mogelijk vermijden. Anderzijds zijn er delen die veelal vast zitten in oorspronkelijke verdedingsmodi en de herinneringen, emoties en lichamelijke sensaties aan de traumatiserende gebeurtenissen ‘bewaren’. Deze delen zijn zeer kwetsbaar om deze gebeurtenissen opnieuw

te beleven. De therapeut helpt de cliënt de samenwerking tussen de delen te bevorderen en meer als een team te gaan functioneren. Het overwinnen van de fobie voor andere delen, met name voor de delen die vastzitten in 'traumatijd' is een hoofdpoging. Er is vooral veel angst voor delen die lijken op mensen die de cliënt hebben mishandeld of misbruikt. De cliënt wordt geholpen in te gaan zien dat deze delen zijn ontstaan om hem of haar als kind te beschermen. Deze delen hebben doorgaans een heel negatief zelfgevoel en zijn bang dat de behandelaar de behandeling zal stoppen. Een goede werkrelatie, zowel met de behandelaar als tussen alle delen van de persoonlijkheid, is daarom van essentieel belang voor de voortgang van de behandeling, en een voorwaarde voor overgang naar fase 2, de integratie van traumatische herinneringen. De verschillende delen hebben aanvankelijk vaak een hele andere kijk op het verleden en onderlinge strijd daarover, en het is een grote opgave om deze verschillende belevingen van de werkelijkheden te integreren.

In fase 2 gaat het om het overwinnen van de fobie voor de traumatische herinneringen en om **geleide synthese**. Stap voor stap en op een gestructureerde manier worden pathogene kernen van bepaalde herinneringen, behorend bij dissociatieve delen die in traumatijd verkeren, sensorisch, emotioneel en cognitief gedeeld met andere delen. De delen die in het dagelijks leven functioneren worden in dit proces deelgenoot in de ervaring, zonder erdoor overspoeld te raken. De **pathogene kernen** van een traumatische herinnering zijn die aspecten ervan die aan bod moeten komen, wil de integratie ervan kunnen slagen. Bij integratie gaat het om de transformatie van traumatische herinneringen in autobiografische, narratieve herinneringen, die gepaard gaan met de realisatie dat de ervaring voltooid verleden tijd is. Een andere integratieve benadering is **EMDR** (zie pagina 78).

Wanneer de dissociatieve delen de traumatische ervaringen hebben gedeeld is de weg naar fase 3 open, waarin de dissociatieve delen kunnen worden ontdaan van hun traumatische herinneringen en de persoonlijkheid kan re-integreren. Het overwinnen van de fobieën voor het gewone leven en intimiteit staat in deze fase centraal. De cliënt is steeds beter in staat om een leven in het heden op te bouwen, maar realiseert zich ook steeds meer wat hem of haar is aangedaan. Dit kan met intense rouwreacties gepaard gaan.

●» Behandelingen duren doorgaans lang, ook als cliënten eenmaal goed zijn gediagnosticeerd. Effectstudies zijn nodig om zicht te krijgen op werkzame aspecten van behandeling.

12.4.2 De therapeutische relatie en het hanteren van overdracht en tegenoverdracht

Verreweg de meeste cliënten met een dissociatieve stoornis zijn onveilig gehecht, waardoor de relatie met de therapeut bepaald kan worden door wantrouwen, angst en boosheid. Bovendien kan sprake zijn van een steeds wisselende overdracht, omdat de verschillende delen op hun eigen wijze contact met de therapeut aangaan. Sommige delen reageren kritisch of vermijdend, andere kunnen juist een enorm appel doen op de behandelaar: **attachment cry**. Het hanteren van overdracht en tegenoverdracht is doorgaans een van de lastigste aspecten van de behandeling, terwijl een veilige therapeutische relatie juist zo belangrijk is. Veel auteurs wijzen dan ook op de noodzaak van supervisie en intervisie.

12.4.3 Prognose

Niet alle cliënten hebben een gunstige prognose. Soms is een goede interne samenwerking tussen dissociatieve delen, met als doel een verbetering van het dagelijks functioneren en vermindering van symptomen, het meest haalbare resultaat. Factoren die de prognose beïnvloeden zijn onder meer: huidige functioneren, reflectief vermogen, aard en ernst van de gehechtheidsproblematiek en van de comorbiditeit, en effecten van hospitalisatie.

Psychotische stoornissen

13. Psychotische stoornissen

Iedereen is wel eens achterdochtig, en ook psychotische ervaringen horen bij het leven. Van de bevolking voldoet drie procent aan de criteria voor een **psychotische stoornis**. Er is dan sprake van een psychiatrisch toestandsbeeld, waarbij de patiënt het contact met de werkelijkheid geheel of gedeeltelijk kwijt is. De psychotische symptomen staan dan op de voorgrond en hebben negatieve gevolgen voor het functioneren. Die symptomen kunnen zich ook voordoen bij mensen met andere primaire klachten.

13.1 Klinisch beeld van een psychose

13.1.1 Epidemiologie en risicofactoren

Psychotische ervaringen in de adolescentie en vroege volwassenheid zijn meestal van voorbijgaande aard. Risicofactoren en stress maken deze symptomen bij sommigen echter blijvend. De incidentie van een eerste psychose is 2.2/10.000 en de prevalentie 400/10.000.

Bij het zoeken naar de oorzaak van een psychotische stoornis is aanvankelijk grote nadruk gelegd op de genetische componenten. Die hebben echter weinig voorspellende waarde. De aanwezigheid van omgevingsdeterminanten blijkt echter tot een toename van het risico te leiden. Voorbeelden van determinanten zijn cannabisgebruik, slaapdeprivatie, opgroeien in een stad, en blootstaan aan kindermishandeling en -misbruik. De focus wordt dan ook gericht op de gen-omgevingsinteracties die het risico op een psychose versterken.

13.1.2 Kenmerkende symptomen bij een psychose

•» Bij een **psychose** is er sprake van een veranderde beleving van de waarneming of in het denken, of een combinatie daarvan. De belangrijkste positieve symptomen zijn wanen, hallucinaties, onsamenhangend spreken en gedesorganiseerd gedrag. Vaak al voorafgaand hieraan doen zich negatieve symptomen voor, die zich kenmerken door initiatiefverlies, het afnemen van de energie en het gebrek aan plezier. Tevens is er voorafgaand, tijdens of na de psychotische episode vaak sprake van affectieve en cognitieve symptomen.

Psychotische symptomen

■ **Wanen** zijn denkbeelden die niet overeenkomen met de algemeen geaccepteerde opvattingen. Er kunnen verschillende typen onderscheiden worden, zoals **paranoïde wanen** en **betrekkingswanen**. ■ **Hallucinaties** zijn waarnemingen in afwezigheid van een externe, sensorische prikkel en kunnen zich voordoen op alle zintuigen. Een vorm van een denkstoornis zien we bij ■ **verward of gedesorganiseerd denken**.

Om psychotische symptomen systematisch in kaart te brengen kan gebruik worden gemaakt van de •» ■ **Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)**, een semigestructureerd interview.

Negatieve symptomen

Negatieve symptomen zijn gedachten, gevoelens en gedragingen die zijn weggevallen, en kunnen worden onderverdeeld in ■ **afname van expressie**, waaronder beperkte affectieve modulatie, gebrek aan spontaniteit, maniërisme en pose, motorische retardatie en avolitie worden gerekend, en ■ **gebrek aan sociale motivatie**, waaronder emotionele teruggetrokkenheid, apathische sociale teruggetrokkenheid en actieve sociale vermijding wordt verstaan.

De ●» **Korte Negatieve Symptomen Schaal (KNSS)** is de belangrijkste schaal om het negatieve syndroom te meten, naast de ●» **PANSS** en de **SANS**.

Affectieve symptomen

Een psychotische episode gaat vaak gepaard met affectieve ontregeling, zoals emotionele ontreddering en angst. De angstklachten kunnen ook voorafgaan aan de episode. Dat geldt ook voor stemmingsklachten. Het is dan ook van belang om in de differentiaaldiagnostiek aandacht te hebben voor depressieve-, manische- en angstklachten.

Cognitieve symptomen

Veel mensen met een psychotische stoornis hebben neurocognitieve en sociaal-cognitieve beperkingen. Het is van belang die in kaart te brengen, met testbatterijen als de in Nederland gangbare **Matrics** en **Cantab**.

13.2 Clinical staging

Diagnostiek en behandeling gebeuren vanuit het model van **clinical staging**, ook wel het stadiëringsmodel genoemd. Dit model gaat uit van het principe dat door preventieve behandeling voorkomen kan worden dat zich een stoornis ontwikkelt en dat intensieve behandeling in de eerste fase voor een deel van de mensen kan voorkomen dat ze in een volgende fase terechtkomen. Er worden vier fasen onderscheiden.

› **Fase 1: hoog risico op een psychose**

Voorafgaand aan een eerste psychose doen zich vaak al langer vluchtige verschijnselen voor, die samengaan met andere psychiatrische symptomen en een achteruitgang in het dagelijks functioneren. Er worden drie groepen onderscheiden:

- a. Patiënten met subklinische psychoseachtige ervaringen
- b. Patiënten met een floride psychose korter dan een week
- c. Een familiale belasting via ouder, broer of zus.

› **Fase 2: eerste psychose**

Er zijn minimaal een week psychotische symptomen aanwezig, gepaard gaande met een achteruitgang in het sociaal functioneren en een toenemende lijdensdruk.

› **Fase 3: episodisch verloop**

In deze fase gaat het om **onvolledige remissie** (de patiënt blijft last houden van psychotische symptomen), **relapse** (terugval) of **recidief** (de patiënt krijgt na een remissie meerdere keren een terugval, gecombineerd met een terugval in dagelijks functioneren).

› **Fase 4: aanhoudende ernstige problematiek**

Patiënten hebben in dit stadium meerdere recidieven doorgemaakt, of de symptomen zijn chronisch aanwezig. Hierbij is sprake van langdurige achteruitgang in functioneren.

13.3 Diagnostiek

●» De zorgstandaard psychotische stoornissen beveelt een driedeling aan in de diagnostiek van mensen met een psychotische stoornis.

13.3.1 Categoriele diagnostiek met behulp van de DSM-5

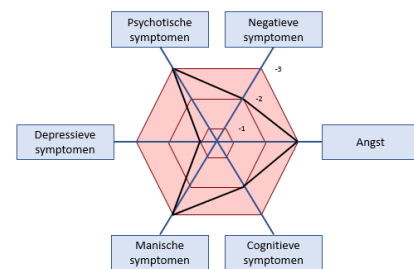
In de praktijk heeft iedere patiënt een andere combinatie van symptomen waarbij een classificatie weinig richting geeft aan de individuele zorgbehoefte. Wel worden classificaties als van

de DSM-5 gebruikt voor de bekostiging en vergelijkbaarheid in onderzoek. Om tot een goede ordening te komen kan gebruik worden gemaakt van een semigestructureerd interview, zoals de •» **miniSCAN**, de **CASH** of de **SCID**. Categorale diagnostiek wordt door veel patiënten niet gezien als helpend, maar eerder als stigmatiserend.

De meest ernstige psychotische stoornis is **schizofrenie**. Voor deze classificatie dient volgens de DSM-5 over een periode van zes maanden sprake te zijn van ten minste één van de symptomen wanen, hallucinaties, negatieve symptomen, gedesorganiseerde spraak en ernstig gedesorganiseerd of catatoon gedrag. Daarnaast dient sprake te zijn van een achteruitgang in functioneren. Zijn de symptomen minder dan zes maanden aanwezig, dan kan de diagnose **schizofreniforme stoornis** worden gesteld. Bij een **schizoaffectieve stoornis** zijn de symptomen het grootste deel van de tijd gecombineerd met een stemmingsstoornis. Minder ernstige stoornissen zijn de **waanstoornis** en de **korte psychotische stoornis**. Naast deze zogeheten functionele psychosen, zijn er ook psychotische stoornissen als gevolg van een organische oorzaak, zoals een somatische aandoening of middelengebruik. Deze oorzaken dienen altijd uitgesloten te worden middels een somatische anamnese, en lichamelijk en neurologisch onderzoek. Nieuw in de DSM-5 is het **attenuated psychosis syndrome**, duidend op de fase van verhoogd risico voorafgaand aan een psychotische stoornis.

13.3.2 Dimensionele diagnostiek

Om tot een dimensioneel profiel te komen dient de aanwezigheid en de ernst van symptomen vanuit meerdere clusters in kaart gebracht te worden, zoals in het spinnenweb hiernaast afgebeeld.



13.3.3 Gepersonaliseerde diagnostiek

Categorale diagnostiek, ondersteund door dimensionele diagnostiek, geeft een beeld van de klachten. Dit is echter ontoereikend. De zorgstandaard psychotische stoornissen beschrijft op welke wijze tot gepersonaliseerde diagnostiek kan worden gekomen. Uitlokkende, onderhoudende en beschermende factoren dienen te worden beschreven om mee te laten wegen in de behandeling. Hierbij dient altijd aandacht te zijn voor de volgende aspecten: traumatische ervaringen en posttraumatische klachten, recente stressvolle gebeurtenissen, middelengebruik, agressie en impulscontrole, suïcidaliteit, sociaal functioneren, sociale steun, etniciteit en culturele aspecten, juridische voorgeschiedenis en mate van samenwerking in de behandeling. Deze aspecten dienen bij kritische momenten zoals een evaluatie, een crisis en bij onverwachte veranderingen opnieuw uitgevraagd te worden. Daarnaast is het ook van belang zicht te krijgen op persoonlijke factoren en krachten. Hiervoor kan het ICF-raamwerk een goed hulpmiddel zijn. Meer inzicht in het eigen functioneren en in persoonlijke factoren geeft de patiënt meer mogelijkheden tot zelfmanagement en afstemming van het behandel aanbod.

13.4 Diagnostiek per fase

13.4.1 Diagnostiek van hoog risico op een psychose (fase 1)

Door actief aan vroege opsporing te doen ligt uitstellen, voorkomen of beperken van een eerste psychose binnen bereik. Diagnostiek bestaat in deze fase uit twee stappen:

1. Screening op mogelijk verhoogd risico met de •» **Prodromal Questionnaire (PQ-16)**
2. Aanvullende diagnostiek met de •» **Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS)**, gecombineerd met de •» **Social Functioning Assessment Scale (SOFAS)**.

13.4.2 Diagnostiek bij een eerste psychose (fase 2)

Het **individuele profiel** (zie boek, par. 13.3.3) brengt in kaart welke factoren bij een patiënt van invloed zijn (geweest). Hierbij dient er ook aandacht te zijn voor voorliggende symptomen, zoals angst en depressie, en om een lichamelijke aandoening uit te sluiten dient een somatische anamnese te worden afgenomen. Daarnaast moet worden bepaald of symptomen samenhangen met middelengebruik. De zorgstandaard beveelt aan om altijd een hetero-anamnese af te nemen. Naast het in kaart brengen van de aanwezige symptomen dient ook de invloed op het functioneren systematisch te worden bekeken. Op basis hiervan kan een behandelplan worden samengesteld.

13.4.3 Episodisch verloop (fase 3), aanhoudende ernstige problematiek (fase 4)

In deze stadia dient net als in de eerste twee fasen nagegaan te worden of iets over het hoofd gezien is, zoals een verstandelijke beperking of ASS. Daarnaast dient gekeken te worden of krachten, talenten en hulpbronnen voldoende bekend en ingezet zijn.

13.5 Behandeling

13.5.1 Behandeling per fase

Verhoogd risico op een psychose (fase 1)

●» De behandeling van mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychose bestaat primair uit **CGT** gecombineerd met **psycho-educatie**. De nadruk ligt op het normaliseren van psychoseachtige ervaringen. Daarnaast richt men zich op het voorkomen van uitval uit sociale rollen. Het geven van antipsychotische medicatie is een contra-indicatie, omdat dit de kans op een psychose juist kan vergroten. Wel worden SSRI's voorgeschreven.

Eerste psychose (fase 2)

●» De behandeling van een psychose richt zich enerzijds op het terugdringen van symptomen en daarnaast op het verbeteren van het functioneren van de patiënt. Hiervoor is vaak een combinatie van interventies nodig, die past bij de situatie van de patiënt.

In de behandeling van mensen met een eerste psychose, doorgaans adolescenten, is sociale inclusie het uitgangspunt. Hiervoor kunnen diverse interventies worden ingezet. De belangrijkste zijn **Individuele Plaatsing en Steun (IPS)**, gericht op het behouden of verkrijgen van werk of school, **farmacotherapie**, **cognitieve therapie**, **ondersteunen van het systeem**, **leefstijlinterventies**, **psycho-educatie** en het opstellen van een **signaleringsplan**.

Episodisch verloop en aanhoudende ernstige problematiek (fase 3 en 4)

●» In fase 3 en 4 ligt de focus meer op het vinden van een **goede balans**. De ICF is ook in deze fase een goed hulpmiddel.

13.5.2 Psycho-educatie

●» Omdat een psychotische kwetsbaarheid samenhangt met factoren in het dagelijks leven is het van belang om te onderzoeken welke stressfactoren een rol spelen bij het toenemen van psychotische ervaringen. Hierbij wordt uitleg gegeven over de werking van een psychose vanuit het **stress-kwetsbaarheidsmodel**, en over de werking van neurotransmitters. Naast het bieden van individuele **psycho-educatie** hebben ouders en familie ook vaak behoefte aan voorlichting. Hiervoor zijn psycho-educatiegroepen beschikbaar.

13.5.3 Cognitieve gedragstherapie

●» **CGT** wordt toegepast tijdens alle fasen van de behandeling. Die richt zich in beginsel op een andere houding tot de stemmen of de overtuiging. Veel patiënten schrijven een grote macht en kwaadwillendheid aan de stemmen toe. CGT streeft naar een meer genormaliseerde opvatting, namelijk dat stemmen horen veel voorkomt, dat het zich in de psyche afspeelt, dat de patiënt geen verantwoordelijkheid heeft voor de inhoud, dat het hinderlijk maar onschuldig is, en dat er geen reden is om te luisteren of gehoorzamen. Bij de behandeling van wanen is het doel vaak om iets binnen de wanen te veranderen, waardoor de immense dreiging verdwijnt. Bij achtervolgingswanen is het van belang het vermijdingsgedrag af te breken. Een relatief nieuwe vorm van CGT is **Competitive Memory Training (COMET)**, een interventie waarbij door het inbeelden van positieve ervaringen een positiever zelfbeeld getraind wordt.

13.5.4 Gezinsinterventies

●» **Gezinsinterventies** richten zich op veranderingen in gezinnen met meestal een nog jonge thuiswonende patiënt bij wie problemen rond autonomie en zelfstandigheid aanwezig zijn.

13.5.5 EMDR

●» Nederlands onderzoek liet zien dat zowel **EMDR** als **imaginaire exposure** effectiever zijn in de behandeling van posttraumatische-stressklachten bij psychotische stoornis dan een wachtlijst. Er is nog weinig bewijs voor EMDR bij patiënten met een psychose, maar door de zorgstandaard wordt aanbevolen EMDR aan te bieden bij patiënten met PTSS-klachten.

13.5.6 Farmacologische interventies

●» **Antipsychotica**, een belangrijke interventie, zijn in te delen in de klassieke of eerstegeneratieantipsychotica en de moderne of tweedegeneratieantipsychotica. De klassieke antipsychotica zijn gebaseerd op dopamine-antagonisme. Door de medicatie wordt ook de algemene motivatie onderdrukt. Daarnaast is een effect van de medicatie verminderde beweging en in een aantal gevallen bewegingsstoornissen. De moderne antipsychotica hebben als voordeel dat bewegingsstoornissen niet of nauwelijks optreden. Wel geven zij andere bijwerkingen, zoals seksuele disfuncties en metaboolsyndroom. De keuze van antipsychotica wordt bepaald op basis van drie aspecten: de effectiviteit, de bijwerkingen en de toedieningsmogelijkheden. De voordelen van antipsychotica wegen niet voor iedereen op tegen de nadelen. Het is in de behandeling dan ook van belang deze aspecten te blijven monitoren.

13.5.7 Leefstijlinterventie

●» Veel patiënten met een psychotische kwetsbaarheid hebben een ongezonde leefstijl, en een kortere levensduur. Dit heeft te maken met factoren als het jarenlang slikken van antipsychotische medicatie, ongezonde voeding, roken, alcohol en drugs, omdraaien van dag- en nachtritme, en eenzaamheid. Afhankelijk van de situatie kunnen specifieke interventies worden ingezet gericht op het verbeteren van **leefstijlfactoren**. Het is ook van belang om vanaf het begin aandacht te hebben voor somatische risicofactoren, zoals metabole stoornissen en bewegingsstoornissen. De **Subjectieve Reactie op Antipsychotica-vragenlijst (SRA-34)** is te gebruiken voor het systematisch monitoren van bijwerkingen van medicatie.

13.5.8 Rehabilitatie gericht op werk en leren

●» Er zijn verschillende methodieken beschikbaar om werk en school te behouden of te verkrijgen. Bij de **Individuele rehabilitatiebenadering (IRB)** wordt de tijd genomen om met de

patiënt op zoek te gaan naar zijn wensen, en van daaruit gekeken welke hulpbronnen beschikbaar of wenselijk zijn. Bij **IPS** wordt actief hulp geboden bij het vinden van werk en vindt daarna coaching plaats op de werkplek zelf.

13.5.9 Cognitieve remediatietraining

●» Van **cognitieve remediatietraining**, ook wel **cognitieve revalidatie** genoemd, bestaan verschillende vormen, gericht op herstel van functies, het aanleren van strategieën of het compenseren voor de effecten van cognitieve functiestoornissen. De interventies richten zich op domeinen als aandacht, geheugen, probleemoplossende vaardigheden en sociale waarneming. Ook zijn er specifieke interventies gericht op sociale cognitie. Cognitieve remediatie is het meest effectief als deze gecombineerd wordt met een interventie gericht op het verbeteren van de maatschappelijke participatie.

13.5.10 Sociale contacten

●» Een van de grootste zorgbehoeften van patiënten is het gebrek aan een sociaal netwerk, terwijl sociale steun juist een belangrijke factor is in iemands herstelproces. Hulpverleners besteden dan ook in alle stadia aandacht aan problemen in het sociale netwerk, door middel van **gezinsinterventies**, **lotgenotengroepen** en **zelfhulpgroepen**. Vanuit Zweden wordt de bewezen effectieve **Resource Assertive Community Treatment (R-ACT)** geïmplementeerd en verder onderzocht.

Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

14. Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

●» Kenmerkend voor alle obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen zijn de zich steeds herhalende gedachten en handelingen, en het onvermogen deze voldoende te remmen. Vaak zijn er forse gevolgen voor het sociale of beroepsmatige functioneren. De DSM-5 onderscheidt de **obsessieve-compulsieve stoornis** (OCS), de morfodysfore stoornis (lichaamsbeleving), de verzamelstoornis, trichotillomanie (haar uittrekken), de excoriatiestoornis (huid pulken), de OCS door een middel/medicatie en de OCS door een somatische aandoening. Eerder vielen deze stoornissen onder de categorie angststoornissen.

14.1 Klinisch beeld

14.1.1 Obsessieve-compulsieve stoornis

●» De meest bekende en best onderzochte stoornis is de OCS zelf. Deze dwangstoornis wordt gekenmerkt door obsessies of compulsies, of beide. **Obsessies** worden in de DSM-5 omschreven als hardnekkige, terugkerende gedachten, impulsen of voorstellingen. De patiënt kan deze niet van zich afzetten. De obsessies veroorzaken meestal angst of lijdensdruk. Die lijdensdruk kan ook door walging worden veroorzaakt. Vaak gaan obsessieve twijfels en de compulsieve reacties daarop over bepaalde thema's. **Compulsies** worden omschreven als handelingen of mentale activiteiten waartoe de patiënt zich gedwongen voelt in reactie op een obsessie, of volgens regels die rigide moeten worden toegepast. De dwanghandelingen zijn gericht op het voorkomen of verminderen van angst, walging of andere lijdensdruk, of op het voorkomen van een gevreesde gebeurtenis of situatie. De obsessies en compulsies veroorzaken aanzienlijke lijdensdruk of beperkingen in het functioneren, en zijn tijdrovend.

Ongeacht de diversiteit in uitingvormen is een essentiële overeenkomst in de OCS-thema's dat de persoon onzeker is en de sterke behoefte heeft zekerheid te verkrijgen. De mate waarin de patiënt de opvattingen die horen bij de OCS reëel acht, kan variëren. De diagnosticus dient de mate van **realiteitsbesef** of inzicht in de klachten te onderzoeken. Verder is een OCS tic-gerelateerd wanneer sprake is van een actuele **ticstoornis**, of een ticstoornis in de voorgeschiedenis. Het risico om gedurende het leven OCS te ontwikkelen is ongeveer 2 tot 3 procent en treft ongeveer evenveel mannen als vrouwen.

14.1.2 Aan OCS verwante stoornissen

Er is sprake van een **morfydysfore stoornis** als de patiënt gepreoccupeerd is met één of meer vermeende misvormingen of onvolkomenheden in het uiterlijk, die voor anderen niet waarneembaar zijn of als onbeduidend worden beschouwd.

Er is sprake van een **verzamelstoornis** of hoarding als de patiënt aanhoudend moeite heeft om bezittingen weg te doen of er afstand van te nemen, ongeacht de werkelijke waarde. Het gaat om moeite die voortkomt uit een behoefte om bepaalde voorwerpen te bewaren, en uit de lijdensdruk die gepaard gaat met het wegdoen ervan.

Trichotillomanie wordt vastgesteld als de patiënt herhaaldelijk het eigen haar uittrekt, en als er herhaaldelijke pogingen zijn om dit te stoppen. Wanneer sprake is van recidiverend huidpulken en als er herhaalde pogingen zijn om dit te stoppen, kan de **excoriatiestoornis** worden vastgesteld. Verder kan worden voldaan aan de criteria voor een van de genoemde stoornissen als deze het gevolg zijn van een middel of medicatie, of als die veroorzaakt worden door een somatische aandoening.

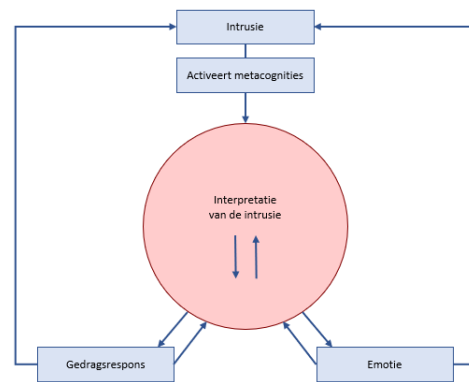
14.2 Etiopathogenese

Het is niet bekend waarom iemand een OCS ontwikkelt en welk mechanisme eraan ten grondslag ligt. Wel is duidelijk dat het ontstaan van OCS deels erfelijk is bepaald en dat stressvolle levensgebeurtenissen of andere omgevingsfactoren een rol spelen in de etiologie van OCS. Verder lijken een veranderde structuur en functie van de parallelle corticostriatotalamocorticale circuits in de hersenen, evenals veranderde frontolimbische en frontopariëtale verbindingen onderliggend te zijn aan de kwetsbaarheid voor de stoornis.

De leertheoretische verklaring voor dwanggedrag is gebaseerd op de **twee-factorentheorie** van Mowrer, die stelde dat klassiek geconditioneerde angst zou leiden tot het ontstaan van vermijdingsgedrag. Vermijdingsgedrag leidt tot angstreductie, en angstreductie bekrachtigt op haar beurt vermijdingsgedrag. Door vermijdingsgedrag kan angst niet uitdoven. Bachman en De Silva vonden dat intrusieve en obsessieve gedachten qua inhoud niet van elkaar verschillen. Salkovskis bezag dit in het licht van Becks emotietheorie, die stelt dat emoties het resultaat zijn van een onjuiste interpretatie van stimuli. Hij veronderstelde dat de angst van OCS-patiënten geen klassiek geconditioneerde angst is, maar angst die voortkomt uit een onjuiste interpretatie van op zichzelf normale intrusies. Hij legde hiermee de basis voor het metacognitieve model. Het **metacognitieve model** gebruikt de interpretatie van de intrusie in plaats van de intrusie zelf als aangrijpingspunt van behandeling. Wells en Salkovskis verfijnden dit model van OCS in de loop der jaren. Basale aanname blijft dat het hebben van intrusies een normaal verschijnsel is. Het verschil tussen mensen met en zonder OCS is volgens dit model de onjuiste interpretatie van deze intrusies, gekenmerkt door overschatting van gevaar en eigen verantwoordelijkheid en door intolerantie voor onzekerheid. Emotionele

reacties vergroten de kans op het optreden van meer intrusies. Dwanghandelingen worden beschouwd als vermijding van irreële angst die niet kan uitdoven zolang de patiënt het uitblijven van de gevreesde ramp toeschrijft aan de dwanghandeling. Het metacognitieve model wordt hiernaast schematisch weergegeven.

•» Een andere, meer recente verklaring werd opgeworpen door O'Connor. Zijn model stelt dat een patiënt dwanghandelingen verricht omdat hij beangstigende maar onjuiste conclusies trekt over de werkelijkheid van het moment. De patiënt bedenkt hoe sprake is van een ongewenste toestand, en integreert de waarnemingen niet die erop wijzen dat er niets aan de hand is. Het model gaat uit van een haperende realiteitstoetsing. O'Connor ontwikkelde de **Inference Based Approach**, een behandeling die specifiek aangrijpt op de veronderstelde redeneerprocessen.



14.3 Diagnostiek

•» Het is van groot belang dat de diagnostiek bij OCS zodanig wordt uitgevoerd dat de kans op het missen van de diagnose minimaal is, want spontaan herstel komt zelden voor. OCS duurt meestal decennia, en gemiddeld gaan er 17 jaren voorbij tussen het ontstaan van de aandoening en de start van een behandeling. Een OCS stel je vast op basis van een anamnese. Als OCS wordt vastgesteld moet, zeker in geval van een comorbide depressieve stoornis, altijd nagevraagd worden of er sprake is van suïcidaliteit. Ook moet de impact op naasten en kinderen altijd worden ingeschat.

14.3.1 Differentiële diagnostiek

•» Juist doordat OCS en eraan verwante stoornissen overeenkomsten kennen, kan het moeilijk zijn deze te onderscheiden. Het diagnostisch onderscheid kan gemaakt worden door goed door te vragen over wat men beoogt met de handelingen die verricht worden. Ook aandoeningen die in een andere categorie vallen kunnen gekenmerkt worden door het herhalen van gedachten en/of gedrag. Ook hier geldt dat het onderscheid gemaakt kan worden door goed door te vragen. Een andere manier om onderscheid te maken is op basis van de inhoud van de repeterende gedachten. Een ander onderscheidend kenmerk betreft de gevoelens waarmee het verrichten van de repetitieve handelingen gepaard gaat. In geval van OCS gaat het meestal om angst of 'just not right'-gevoelens die afnemen door het uitvoeren van de dwanghandeling. Als er sprake is van gering of ontbrekend realiteitsbesef bij OCS kan het bijzonder moeilijk zijn om onderscheid te maken met de waanstoornis. Er is waarschijnlijk sprake van een dwangstoornis wanneer de patiënt gepreoccupeerd is met een onderwerp dat typisch is voor één van de OCS-subtypen, als er sprake is van angst en als de repeterende handelingen een sterk ritueel karakter hebben.

14.3.2 Meetinstrumenten

•» In aanvulling op een anamnese kan een gestructureerd interview, zoals de **SCID-5**, afgenomen worden om OCS en eventuele comorbide stoornissen vast te stellen. Daarna zijn instrumenten belangrijk om de klachten en de ernst adequaat te inventariseren en om het effect van behandeling te kunnen monitoren. •» De **Padua Inventory-R (PI-R)** is een zelfrapportagevragenlijst met vijf dimensies: impulsen, wassen, controleren, rumineren en netheid.

De **Obsessive Compulsive Inventory-R (OCI-R)** meet de aanwezigheid en ernst van OCS. De **Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)** is een semigestructureerd interview. Voor het meten van ernst is de Y-BOCS de gouden standaard.

14.4 Behandeling

14.4.1 Stepped-care-model

•» Het stepped-care-model schrijft voor om eerst psycho-educatie over de stoornis en de behandelmogelijkheden te geven en dan, in overleg met de patiënt, te kiezen voor CGT of farmacotherapie. Als al eerdere behandelingen hebben plaatsgevonden, is het effect daarvan medebepalend voor de keuze voor CGT of farmacotherapie. Biedt CGT middels exposure in vivo onvoldoende herstel, dan kan vervolgd worden met cognitieve therapie. Is er dan nog onvoldoende herstel, dan kan medicatie of een combinatie ervan met CGT overwogen worden.

14.4.2 Psycho-educatie

In het kader van **psycho-educatie** krijgen de patiënt en diens directe verwanten mondelinge en schriftelijke informatie over de stoornis, oorzaken, beloop en behandelmogelijkheden.

14.4.3 Exposure in vivo met responspreventie

Wordt voor CGT gekozen, dan start men met **exposure in vivo met responspreventie**.

14.4.4 Cognitieve therapie

De rationale van **cognitieve therapie** bij OCS is dat de angst die patiënten voelen als zij een dwanggedachte hebben, niet komt door die gedachte zelf maar door de interpretatie ervan. De therapeut legt uit dat zowel het neutraliseren als het onderdrukken van intrusies leidt tot het frequenter voorkomen ervan. De patiënt leert vervolgens om de onjuiste interpretaties van intrusies uit te dagen.

14.4.5 Farmacotherapie

In de NICE-richtlijnen worden als **farmacotherapie** goed onderzochte serotonineheropnameremmers en hun minimale effectieve dosis beschreven.

14.4.6 Effectiviteit van behandelingen

•» CGT, CT en SRI's zijn effectieve behandelingen. Desondanks bereikt 40 tot 50 procent van de patiënten met OCS geen of te weinig klachtenreductie. Een meta-analyse toont aan dat CGT effectiever is dan SRI's en dat de combinatie van CGT en een SRI effectiever is dan alleen een SRI. Op de lange termijn, na een behandeling met CGT en farmacotherapie, voldoet ongeveer de helft van de patiënten niet meer aan de criteria van de DSM.

Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen

15. Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen

In dit hoofdstuk wordt de DSM-5-categorie disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen beschreven, zoals die tot uiting komen en gediagnosticeerd en behandeld worden bij volwassenen. Bij elk van de stoornissen is sprake van problemen met de beheersing van emoties en gedrag. De mate waarin verschilt per stoornis.

15.1 Oppositioneel-opstandige stoornis

●» Voor mensen met een **oppositieel-opstandige stoornis** (OOS) is brutaal gedrag, prikkelbaarheid of boosheid typerend. Dit gedrag komt bij hen gedurende langere tijd voor, met een negatieve invloed op hun functioneren. Hoewel OOS ook bij volwassenen kan voorkomen, wordt de stoornis vooral gezien als een mogelijke voorloper van de normoverschrijdend-gedragsstoornis, die op zijn beurt wordt gezien als een mogelijke voorloper van de antisociale-persoonlijkheidsstoornis. In de DSM-5 worden deze stoornissen beschouwd als uitingen van dezelfde onderliggende problematiek. Ongeveer 70 procent van de kinderen met een OOS zal als volwassene niet meer voldoen aan de criteria. De symptomen boosheid en/of prikkelbaarheid kunnen het risico vergroten op het ontwikkelen van andere stoornissen, zoals een angststoornis of depressieve stoornis, terwijl de opstandige en brutale kenmerken samenhangen met het risico op het ontwikkelen van een normoverschrijdend-gedragsstoornis.

15.1.1 Diagnostiek

●» Om te kunnen spreken van een OOS, conform de DSM-5, dient men te voldoen aan minimaal vier criteria die zijn verdeeld op basis van drie domeinen. Deze criteria bestaan uit een boze/prikkelbare stemming, ruziezoekend/ongehoorzaam gedrag en wraakzucht. De boze/prikkelbare stemming en het ruziezoekende/ongehoorzame gedrag dienen gedurende zes maanden minstens één keer per week te zijn voorgekomen. Daarnaast dient ook sprake te zijn van lijdensdruk van betrokkene zelf of bij anderen in zijn of haar omgeving. In de DSM-5 is sprake van een ernstige vorm van OOS als de symptomen in drie of meer sociale omgevingen voorkomen. Een lichte vorm beperkt zich tot één omgeving. Bij het vaststellen van OOS is het belangrijk aandacht te geven aan de differentiaaldiagnose met andere disruptieve, impulsbeheersings- en gedragsstoornissen.

15.1.2 Diagnostische methoden

●» Voor het vaststellen van een OOS en de ernst ervan is het belangrijk te onderzoeken of de gedragsproblemen zich voordoen in verschillende sociale omgevingen. Daarom is het nodig ook informatie te verzamelen bij verschillende informanten, en om concrete situaties en de directe gevolgen van de gedragsproblemen in kaart te brengen. Het is aan te bevelen gebruik te maken van een combinatie van methoden. Voor de diagnostiek van de OOS bij volwassenen kan men gebruikmaken van het **Composite International Diagnostic Interview (CIDI)**.

15.1.3 Behandeling

●» Voor de behandeling van de OOS bij volwassenen zijn CGT en systeemtherapie bewezen effectief. De effectiviteit is sterk afhankelijk van de leeftijd van de betrokkene.

Cognitieve gedragstherapie

Vanaf de leeftijd van twaalf jaar wordt **CGT** geadviseerd, waarbij deelnemers leren hun agressie- en impulsregulatie te verbeteren. Daarnaast wordt gewerkt aan sociale vaardigheden, in het bijzonder aan empathische vaardigheden. Ook wordt tijdens de therapie geoefend met het verbeteren van het probleemoplossend vermogen.

Multisystemische therapie (MST)

MST is een intensieve systeemgerichte behandeling, waarvan aangetoond is dat die een positief effect heeft op het antisociale gedrag van jongeren vanaf twaalf jaar en van volwassenen.

MST richt zich op factoren waarvan bekend is dat ze samenhangen met probleemgedrag. Belangrijk daarbij is dat de interventies toegespitst worden op de specifieke casus.

15.2 Periodiek-explosieve stoornis

●» Mensen met een **periodiek-explosieve stoornis** (PES) hebben uitbarstingen van agressie die niet in verhouding staan tot de voorafgaande gebeurtenis. De agressie kan verbaal maar ook fysiek zijn. De persoon is niet in staat om zichzelf te beheersen.

15.2.1 Diagnostiek

●» Volgens de DSM-5 dient sprake te zijn van een patroon van agressieve impulsen, beschreven als verbale agressie of fysieke agressie zonder blijvende schade, gericht op mensen, dieren of voorwerpen, gemiddeld twee keer per week in een periode van drie maanden. De uitbarstingen zijn niet vooraf gepland of gemotiveerd door winstbejag, en zorgen voor problemen in de sociale omgang en in het onderhouden van relaties. Het is belangrijk om aandacht te geven aan differentiaaldiagnosen waarbij impulsieve agressie een van de criteria is. De DSM-5 geeft aan dat een PES pas kan worden vastgesteld als de agressieve uitbarstingen niet beter verklaard worden door een andere stoornis. Belangrijk is dat impulsieve agressie bij een PES niet instrumenteel van aard is en gevolgd kan worden door spijt en het nemen van verantwoordelijkheid wanneer de uitbarsting voorbij is.

15.2.2 Diagnostische methoden

●» Voor de diagnostiek van PES zijn specifieke semigestructureerde interviews beschikbaar. In het Nederlands is een aanvullende module voor het **SCID-I** beschikbaar. Deze module is gericht op het vaststellen van DSM-IV-stoornissen in de impulsbeheersing, waaronder PES.

15.2.3 Behandeling

●» Er is enig bewijs dat de SSRI **fluoxetine** en het anti-epilepticum **divalproex** de ernst van de PES-symptomen kunnen verminderen. Er is maar één studie bekend over psychologische behandeling: er bleek een positief effect van **CGT** op de symptomen van PES. De behandeling bestond uit **relaxatietraining**, **cognitieve herstructurering**, het leren gebruiken van een **time-out** en het herhaaldelijk oefenen met nieuwe **copingvaardigheden**.

15.3 Normoverschrijdend-gedragsstoornis

●» Bij de **normoverschrijdend-gedragsstoornis** (NG) is sprake van een reeks van problematische en antisociale gedragingen, variërend van misleiding tot ernstige (seksuele) agressie. De NG kan worden gediagnosticeerd in de volwassenheid, maar wordt meestal gedurende de kindertijd of in de adolescentie vastgesteld.

15.3.1 Diagnostiek

●» De NG kenmerkt zich door het herhaaldelijk schenden van de basisrechten van anderen en een gebrek aan respect voor maatschappelijke normen en waarden. Om te voldoen aan de criteria dient men ten minste drie gedragskenmerken uit vier categorieën te hebben getoond in de afgelopen twaalf maanden: agressie tegen anderen, vernieling van andermans eigendommen, bedrog of diefstal en ernstige schendingen van regels of voorwaarden. Daarnaast dienen de gedragskenmerken ernstige beperkingen te veroorzaken in het functioneren.

De NG bestaat uit twee subtypen die zijn gebaseerd op de leeftijd waarop de stoornis ontstaat. Bij het subtype 'met begin in de kindertijd' dient minstens één symptoom aanwezig te zijn voor de leeftijd van tien jaar, bij 'met begin in de adolescentie' toont de persoon pas symptomen na de leeftijd van tien jaar. Individuen die symptomen voor het tiende levensjaar vertonen hebben een grotere kans op een **life-course-persistent** antisociale, criminele carrière. Bij een begin in de adolescentie blijven de symptomen meestal **adolescence-limited**. Ook maakt de DSM-5 onderscheid in de ernst van de NG. Een nieuwe toevoeging is de specificatie van **beperkte prosociale emoties**. Hiermee wordt getracht een subgroep te identificeren die moeite heeft met het herkennen van emoties bij anderen, gekenmerkt door gebrek aan berouw of schuldgevoel, gebrek aan empathie, onverschilligheid en vlak affect. Belangrijk hierbij is dat het gaat om een patroon van interpersoonlijk en emotioneel functioneren dat over een periode van twaalf maanden in meerdere situaties voorkomt.

15.3.2 Diagnostische methoden

» Voor de diagnostiek van de NG wordt gebruikgemaakt van dezelfde instrumenten als bij de OOS. De meest voorkomende comorbiditeit van de NG is die met ADHD en OOS. Als de betrokkene ouder is dan achttien jaar dient de antisociale persoonlijkheidsstoornis te worden uitgesloten. Tot de differentiaaldiagnosen behoren de PES en aanpassingsstoornissen.

15.3.3 Behandeling

» Voor de behandeling van NG-symptomen kan bij ernstig agressief gedrag **farmacotherapie** een effectieve aanvulling zijn op een psychologische behandeling. Voor de **psychologische behandeling** van NG wordt verwezen naar de behandeling van de OOS (zie pagina 93).

15.4 Antisociale-persoonlijkheidsstoornis

15.4.1 Diagnostiek

» De **antisociale-persoonlijkheidsstoornis** (ASP) valt onder de persoonlijkheidsstoornissen, maar wordt in de DSM-5 ook onder de disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen geschaard. **Psychopathie** is een ernstige vorm van de ASP. Naast het impulsieve en antisociale gedrag, kenmerkt psychopathie zich door een gebrek aan prosociale emoties als empathie en berouw, en door het vermogen zichzelf achter een masker van geestelijke gezondheid te verbergen door charme, manipulatie en instrumenteel of intimiderend gedrag.

15.4.2 Diagnostische methoden

» Voor de diagnostiek van ASP wordt geadviseerd gebruik te maken van de **SCID-II**, of bij een vermoeden van psychopathie van de Psychopathy Checklist-Revised (**PCL-R**). De PCL-R levert een dimensionale score op tussen 0 en 40 die aangeeft in welke mate de onderzochte overeenkomt met de prototypische psychopaat.

15.4.3 Behandeling

» De behandeling van ASP en psychopathie blijft controversieel bij gebrek aan gerandomiseerde behandelstudies.

Cognitieve gedragstherapie

In Nederlands onderzoek was de behandeling vooral gebaseerd op **CGT**. Tijdens deze behandeling werden de delicten die de forensische patiënt gepleegd had in kaart gebracht, samen

met de factoren die daarin een rol hebben gespeeld. Samen met de patiënt worden dan alternatieve strategieën bedacht, die vervolgens geoefend worden.

Schematherapie

Ook **schematherapie** werd toegepast in het Nederlandse onderzoek. Op basis van klinische ervaringen werden schemamodi toegevoegd voor het gebruik bij forensische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Die modi beschrijven vijf **overcompenserende copingstijlen**:

1. Manipuleren en bedriegen om iets te bereiken
2. Zich boven andere mensen plaatsen en hen minachten of denigreren
3. Gebruik van bedreigingen en intimidatie om iets te bereiken
4. Aandacht richten op het vinden van verborgen bedreigingen of vijanden
5. Gebruik van kille, meedogenloze agressie om een bedreiging of rivaal te elimineren.

15.5 Pyromanie

●» Bij **pyromanie** dient, naast een verleden van herhaaldelijke brandstichting, sprake te zijn van het beleven van lust of opluchting bij het stichten van brand. De brandstichting wordt voorafgegaan door de opbouw van spanning of emotionele opwindings, en na de brandstichting volgt een golf van ontspanning.

15.5.1 Diagnostiek

●» Volgens de DSM-5 dient men te voldoen aan zes criteria voordat pyromanie vastgesteld kan worden: zo dient brandstichting vaker dan één keer te zijn voorgekomen, er dient sprake te zijn van lust, voldoening of opluchting, er zijn geen andere redenen voor de brandstichting. De prevalentie van brandstichting is één procent.

15.5.2 Diagnostische methoden

●» Er is een aanvullende module voor **SCID-I** beschikbaar, die is gericht op het vaststellen van stoornissen in de impulsbeheersing, waaronder pyromanie. Naast het vaststellen van de criteria is het ook belangrijk om uit te sluiten of de brandstichting niet beter verklaard kan worden door een andere stoornis. Tot de differentiaaldiagnosen behoren de NG, een manische episode, de ASP, schizofrenie, verstandelijke beperking en intoxicatie door een middel.

15.5.3 Behandeling

●» Er is weinig onderzoek beschikbaar met betrekking tot de werkzaamheid van interventies bij pyromanie. Ook in de Nederlandse praktijk zijn geen behandelingen specifiek ontwikkeld voor mensen met pyromanie. Wel is een **CGT**-behandeling voor gokken vertaald voor de behandeling van pyromanie, en effectief gebleken. Centraal staat **imaginaire exposure**. Naast deze exposure met nadruk op de negatieve consequenties, is de cognitieve therapie er ook op gericht om impulsieve gedachten om brand te stichten te herkennen en te corrigeren. De behandeling sluit af met een terugvalpreventieplan.

15.6 Kleptomanie

●» Bij **kleptomanie** dient naast het herhaaldelijk plegen van diefstal sprake te zijn van een gevoel van opluchting of voldoening tijdens of na de diefstal. Diefstal als gevolg van kleptomanie gaat niet om de voorwerpen die gestolen worden, maar om de diefstal zelf.

15.6.1 Diagnostiek

●» Om kleptomanie vast te stellen dient iemand te voldoen aan vijf DSM-5-criteria: het onvermogen weerstand te bieden om voorwerpen te stelen die men niet nodig heeft, een oplopend gevoel van spanning voor de diefstal, gevoelens van plezier of opluchting tijdens of na de diefstal, dat het stelen niet om andere redenen gebeurt en dat het stelen niet verklaard kan worden door een andere stoornis. De prevalentie wordt geschat tussen 0,3 en 0,6 procent.

15.6.2 Diagnostische methoden

●» Net als voor andere stoornissen in de impulsbeheersing is een aanvullende module voor de **SCID-I** beschikbaar. Kleptomanie komt samen voor met stemmingsstoornissen, middelgerelateerde stoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en andere stoornissen in de impulsbeheersing, zoals trichotillomanie. Tot de differentiaaldiagnosen behoren de NG en de ASP.

15.6.3 Behandeling

●» Er is weinig onderzoek beschikbaar over de werkzaamheid van psychologische behandelingen of farmacotherapie bij kleptomanie. In de praktijk wordt vaak **CGT** toegepast.

Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen

16. Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen

●» **Middelgerelateerde stoornissen** en problematisch gokken zijn algemeen bekend onder de term verslaving, een term die ook breder wordt gebruikt. Wat betreft gedragsverslavingen was de overgang van de DSM-IV-TR naar de DSM-5 belangrijk, omdat de middelgerelateerde stoornissen werden aangevuld met de **gokstoornis**. Verder werd de **internetgamingstoornis** toegevoegd aan de aandoeningen die verder onderzoek behoeven. Een ander belangrijk kenmerk van de DSM-5-definitie van verslavingen is de meer continue definitie. Hoe meer criteria, hoe ernstiger de diagnose. Deze definitie sluit ook beter aan op de continuïteit tussen gewoon gebruik en problematisch gebruik van middelen en het relatief frequent voorkomen van spontaan herstel. Verslavingen behoren in Nederland tot de meest voorkomende stoornissen en zijn op Europees niveau zelfs de meest kostbare van alle psychiatrische en hersenaandoeningen. Verslavingen komen ook veel voor bij cliënten met andere psychische stoornissen.

16.1 Wat is verslaving? Een korte geschiedenis

●» In de loop van de geschiedenis werd er steeds anders naar verslavingen gekeken. In de 19^e eeuw werd verslaving vooral als een moreel probleem gezien, en de bijbehorende behandeling was heropvoeding. In het begin van de 20^e eeuw kreeg het **farmacologisch model** de overhand, volgens welk model drugs moeten worden verboden omdat ze zo krachtig zijn dat de mens weerloos is. De psychoanalyse zag verslaving als een symptoom van onderliggende problematiek, aangeduid als het **symptomatisch model**. Voor sommige verslaafden klopt deze gedachtegang, maar het is geen algemene regel. Sinds de jaren 70 hangen vrijwel alle experts het **biopsychosociaal model** aan, wat inhoudt dat zowel biologische als psychologische als sociale factoren een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van verslaving. Wel is er veel discussie over de relatieve bijdrage van elk van deze factoren. Een kritische vraag is in hoeverre hersenveranderingen ten gevolge van verslaving reversibel zijn.

16.2 Hoe raakt iemand verslaafd?

●» Mensen verschillen in hun aanleg om verslaafd te raken. We weten inmiddels dat aanleg voor verslavingsgedrag voor ongeveer 50 procent door genetische factoren wordt bepaald. Omgevingsfactoren bepalen in grote mate of en wanneer iemand begint een middel te gebruiken, waarna genetische factoren belangrijk worden in de voorspelling hoeveel iemand gaat gebruiken en in hoeverre hij problematisch verslavingsgedrag gaat vertonen. Het is niet zo dat er één verslavingsgen is. Heel veel genen bepalen allemaal een klein stukje van de puzzel. Ten slotte geldt voor veel genetische factoren dat hun effect afhangt van omgevingsfactoren en in sommige gevallen ook van timing in relatie tot ontwikkelingsprocessen.

Een deel van de genetische kwetsbaarheid voor verslaving verloopt via persoonlijkheid, waarbij twee veel voorkomende routes te onderscheiden zijn. In de **externaliserende route** spelen sensatiezucht en impulsiviteit een grote rol, in de **internaliserende route** negatief affect en gerelateerde problemen van angst en depressie. Bij de externaliserende route ontwikkelt zich veelal in de adolescentie een problematisch patroon van middelengebruik, vooral in de interactie met vrienden. In de internaliserende route ontstaan de problemen vaak pas op latere leeftijd. Het gedrag kan dan gemakkelijk escaleren, omdat het voor negatieve gevoelens zorgt die verminderd moeten worden door meer gebruik.

Verwachte effecten en gerelateerde motieven voor gebruik ontstaan vooral door operante leerprocessen. Bij cognities denken veel mensen in eerste instantie aan bewuste overtuigingen. Onderzoek heeft laten zien dat dergelijke bewuste motieven en verwachte effecten inderdaad belangrijke voorspellers zijn voor later gebruik. Later onderzoek toonde aan dat deze cognities soms ook automatisch kunnen werken. Een meta-analyse heeft inmiddels laten zien dat zowel bewuste overwegingen als automatische neigingen het gedrag voorspellen, waarbij de relatieve bijdrage aan de voorspelling van het gedrag verschilt tussen mensen. Bij mensen met een relatief zwakke zelfregulatie zijn de automatische processen sterkere voorspellers van het gedrag, terwijl dat bij mensen met sterke zelfregulerende processen juist de bewuste overtuigingen zijn. Dat heeft consequenties voor interventies. Het kan bijvoorbeeld helpen naast de bewuste overtuigingen ook de automatische processen te beïnvloeden. Verder kan het helpen om mensen **implementatie-intenties** te laten formuleren, voornemens in een specifieke als-dan-vorm. Hierdoor neemt de kans toe dat het voornemen daadwerkelijk het gedrag beïnvloedt.

16.3 Screening en diagnostiek

●» Het standaard screenen op verslaving is belangrijk, omdat verslaving een onderbehandelde stoornis is en cliënten zich relatief vaak met andere klachten melden in de ggz, maar ook omdat deze klachten mogelijk veroorzaakt worden door de toxische werking of de ontwenning van het middel. Met name bij angst- en stemmingsklachten, maar ook bij ADHD, kunnen klachten door middelengebruik geïnduceerd zijn en ook weer verdwijnen als het gebruik gestaakt wordt. In verschillende richtlijnen wordt dan ook aangeraden bij een combinatie van klachten en alcoholproblematiek pas na twee tot drie weken abstinentie vast te stellen of er sprake is van een zelfstandige comorbide stoornis. Een derde reden om standaard te screenen ligt in het problematische gedrag dat veel voorkomt bij cliënten met verslavingsproblematiek. Aanpak van het middelengebruik is dan een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Een laatste reden is dat middelengebruik een effectieve behandeling van klachten in de weg kan staan.

●» Er zijn verschillende Nederlandse screeningslijsten beschikbaar voor alcohol, zoals de zelfrapportagelijst **Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)** en het korte alternatief **AUDIT-C**. De **Michigan Alcohol Screening Test (MAST)** blijkt een valide instrument om stoornissen vast te stellen in het gebruik van alcohol in een psychiatrische setting. Zowel de AUDIT als de MAST geven een indicatie wanneer gerichte diagnostiek geïndiceerd is. Voor het screenen op het gebruik van drugs en slaap- en kalmeringsmiddelen zijn veel minder instrumenten ontwikkeld, en geen van de screeningslijsten is in Nederlandse populaties gevalideerd. In de praktijk wordt vaak de vuistregel gehanteerd dat de antwoorden van de cliënt met twee vermenigvuldigd moeten worden, omdat de cliënt het gebruik altijd onderrapporteert. Een goed alternatief voor het gebruik van screeningsinstrumenten is het afnemen van een middelenanamnese als onderdeel van de intake. Een gestructureerde wijze van uitvragen kan plaatsvinden met de lijst **Meten van Addicties voor Triage en Evaluaties (MATE)**. In de MATE is ook een sectie opgenomen waarmee de diagnose met betrekking tot het middelengebruik gesteld kan worden. Het daarvoor gebruikte instrument is het **CIDI**. Voor diagnosestelling wordt bij voorkeur een (semi)gestructureerd interview gebruikt, zoals **CIDI**, **MINI** of **SCID-I**.

16.4 Interventies

●» Motiverende gespreksvoering en CGT worden als eerstekeusbehandeling bestempeld voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol, cannabis en cocaïne.

16.4.1 Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een directieve en op samenwerking gerichte gespreksmethodiek. De erop gebaseerde interventies hebben tot doel om de persoonlijke motivatie voor en de bereidheid tot een bepaalde gedragsmethodiek te versterken. Met behulp hiervan worden uitspraken aan de cliënt ontlokt die gaan over verandering, de **verandertaal**. Kortdurende en motivatie verhogende interventies zijn vooral goed inzetbaar bij minder ernstige vormen van alcoholgebruik en cocaïnegebruik.

16.4.2 CGT bij problematisch middelengebruik en gokken

●» **CGT** bij problematisch middelengebruik is gebaseerd op de aanname dat het gebruik ontstaat en in stand wordt gehouden door operante en klassieke conditionering. Operante conditionering speelt een belangrijke rol vanaf de aanvang van het gebruik. Het middelengebruik wordt bekrachtigd door de positieve gevolgen op korte termijn, de **consequente factoren**. Na verloop van tijd kan een min of meer geautomatiseerde associatie ontstaan tussen de prikkels die met gebruik samenhangen, de **antecedente factoren**, en het gebruik zelf. De controle van het gedrag verschuift van de consequente naar de antecedente factoren, en het middelengebruik is verworden van doelgericht gedrag (action) tot een gedragsroutine (habit). Ook klassieke conditionering speelt een rol bij verslaving. Herhaald gebruik zorgt voor een toename in gevoeligheid voor de belonende effecten in hersencircuits die belangrijk zijn voor het ervaren van beloning, waarin de **nucleus accumbens** een belangrijke rol speelt. Dit wordt **neurale sensitatie** genoemd. Door klassieke conditionering worden stimuli die gerelateerd zijn aan middelengebruik zelf aantrekkelijk, omdat de aanwezigheid van stimuli de gesensitiseerde belonende waarde van middelen voorspelt. Allerlei prikkels die deel uitmaken van de context waarin gebruikt wordt raken geassocieerd met de belonende effecten. Herhaald gebruik zorgt bovendien voor de ontwikkeling van een **aandachtsbias** voor deze stimuli, evenals een neiging deze stimuli te benaderen, de **toenaderingsbias**.

Deze twee leerprincipes liggen als zelfstandige elementen, maar meestal in combinatie met elkaar, ten grondslag aan een CGT-behandeling van verslaving. Die richt zich op het doorbreken van geautomatiseerde gedragspatronen door middel van **zelfcontrole**, op drie manieren: het actief vermijden van stimuli, het vertonen van ander gedrag dan middelengebruik in situaties waarin iemand gewoon is te gebruiken, en het beïnvloeden van de belonende waarde van het middelengebruik en eraan gerelateerde stimuli.

●» CGT bestaat uit verschillende interventies, en bestaat uit acht componenten:

1. *Motivatie voor verandering vergroten en opstellen van een behandel doel*

Motivatie wordt expliciet gemaakt met methoden uit motiverende gespreksvoering. Het opstellen van specifieke behandel doelen helpt daarbij.

2. *Registratie en monitoren van gebruik*

Door registratie van gebruik en gevolgen krijgt de cliënt een duidelijk overzicht van de uitlokkende en instandhoudende factoren.

3. *Leren van vaardigheden in het anders omgaan met middelen*

De essentie is om cliënten te helpen om alternatieve manieren te leren om met middelengebruik om te gaan, de **zelfcontrolemaatregelen**. Er zijn drie vormen:

1. **Stimuluscontrole**: het vermijden van uitlokkers van gebruik

2. **Stimulus-responsinterventie**: alternatief gedrag in een risicosituatie voor gebruik

3. **Responsconsequentie**: het belonen van gewenst gedrag

Een bijzondere vorm van de zelfcontrolemaatregel is de **noodmaatregel**, die door de cliënt wordt toegepast na terugval in (problematisch) gebruik.

4. *Opstellen van een functieanalyse*

Met functieanalyse worden uitlokkende en instandhoudende factoren in kaart gebracht, waarvoor informatie uit registratieopdrachten gebruik kan worden.

5. *Het veranderen van cognities*

Het identificeren van disfunctionele gedachten en vervangen ervan door meer functionele, bij voorkeur in de vorm van een specifieke zelfinstructie.

6. *Leren omgaan met emoties*

Richt zich op anders leren omgaan met emoties, omdat die kunnen uitlokken tot gebruik.

7. *Verbeteren van het interpersoonlijk functioneren en versterken van sociale steun*

Richt zich op aanleren van vaardigheden om het sociale-steunnetwerk uit te breiden.

8. *Verbeteren van algemene en specifieke probleemoplossende vaardigheden*

Richt zich op probleemoplossende vaardigheden, omdat praktische probleemsituaties kunnen uitlokken tot gebruik.

CGT kan zowel in een ambulante als in een klinische setting uitgevoerd worden. Ongeveer 90 procent van de cliënten is geïndiceerd voor een ambulante poliklinische behandeling, eventueel voorafgegaan door een detoxificatie en gecombineerd met farmacotherapie.

16.4.3 Detoxificatie

De definitie van **detoxificatie** luidt: medische begeleiding van acute intoxicatie en acute onthoudingsverschijnselen. Doelen zijn de onderbreking van compulsief gebruik van alcohol, behandeling van somatische complicaties door alcohol- en/of drugsafhankelijkheid, in een abstinente omgeving middelenvrij worden, het aanbieden van een menswaardige omgeving om te ontwennen, het creëren van een periode van abstinentie, het voorbereiden op behandeling, en het instellen van de cliënt op medicatie die abstant gedrag kan ondersteunen.

Detoxificatie is op zichzelf geen adequate behandeling voor verslaving en dient ingebed te zijn in een langer lopend behandelingstraject dat zich richt op abstinentie of reductie.

16.4.4 Nieuwe ontwikkelingen bij gedragsmatige interventies

Contingency management (CM)

Contingency management is een gedragstherapeutische behandelvorm, gebaseerd op operante conditionering. CM richt zich op bekrachtiging van vooraf vastgelegd doelgedrag. Het belonen van gewenst gedrag is het centrale en werkzame element van CM.

Medicatie

Er zijn vormen van **medicatie** die kunnen worden ingezet bij de behandeling van alcoholverslaving, namelijk **naltrexon** en **acamprosaat**, die craving verminderen. De meerwaarde van deze middelen bovenop goed uitgevoerde psychotherapeutische behandeling is beperkt. Een ouder middel is **disulfiram**, dat de afbraak van alcohol blokkeert waardoor een acute alcoholvergiftiging ontstaat wanneer iemand toch drinkt.

Cognitieve biasmodificatie (CBM)

Cognitieve biasmodificatie tracht de automatische cognitieve processen die een rol spelen bij verslaving (zoals aandachtsbias en toenaderingsbias) direct te beïnvloeden. Diverse studies laten zien dat de toevoeging van CBM aan andere interventies zorgt voor een verminderde kans op terugval een jaar na de behandeling. Voorwaarde is dat cliënten gemotiveerd moeten zijn om te veranderen. CBM werkt dus alleen als toevoeging aan een reguliere behandeling en niet eigenstandig.

Persoonlijkheidsstoornissen

17. Persoonlijkheidsstoornissen

Er wordt gesproken van een persoonlijkheidsstoornis wanneer iemands gebruikelijke manier van voelen, denken of doen leidt tot ernstige problemen bij de betrokkene zelf of bij anderen. Het patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen moet pervasief, persisterend en pathologisch zijn. Bij de totstandkoming van de DSM-5 is er discussie geweest over een nieuwe vorm van classificeren van een persoonlijkheidsstoornis. De bestaande methode heeft een aantal nadelen, zoals het feit dat er geen weging is van de ernst van de symptomen en het argument dat er sprake kan zijn van significant lijden, ook als iemand niet aan genoeg criteria voldoet. Om aan deze bezwaren tegemoet te komen werd een dimensioneel model voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld. De dimensionele manier van classificeren kan ons veel informatie opleveren over de karakterstructuur van een patiënt, omdat persoonlijkheidskenmerken verbonden kunnen worden met verschillende stoornissen. Deze manier van classificeren is in de DSM-5 opgenomen, maar enkel voor onderzoeksdoeleinden.

17.1 Klinisch beeld

●» Onder persoonlijkheidsstoornissen verstaat de DSM-5 een duurzaam patroon van ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van wat binnen de cultuur van de betrokkene wordt verwacht. Dit komt tot uiting op minimaal twee van de terreinen cognities, affectiviteit, interpersoonlijk functioneren en impulsbeheersing. Het repertoire van habitueel gedrag is beperkt en inflexibel, wat een negatieve invloed heeft op de persoon of zijn omgeving. Het betreft extreme varianten van trekken zoals die ook in de normale populatie voorkomen.

De persoonlijkheidsstoornissen zijn **polythetisch** gedefinieerd: er moet een minimum van een groter aantal criteria aanwezig zijn om de diagnose te kunnen stellen. Dit leidt ertoe dat er talloze varianten van dezelfde stoornis kunnen zijn. Ook is het mogelijk dat bij één patiënt meerdere persoonlijkheidsstoornissen aanwezig zijn, iets wat vaak het geval is.

De persoonlijkheidsstoornissen zijn geclusterd in drie groepen. **Cluster A** wordt het bizarre, excentrieke cluster genoemd. Kenmerkend zijn verstoorde cognities en bijzonder gedrag. Tot dit cluster behoren de **paranoïde**-, de **schizoïde**- en de **schizotypische-persoonlijkheidsstoornis**. **Cluster B** wordt het dramatische, emotionele, impulsieve cluster genoemd. Tot dit cluster behoren de **antisociale**-, de **borderline**-, de **histrionische**- en de **narcistische-persoonlijkheidsstoornis**. Kenmerkend zijn vooral problemen met impulsief en emotioneel gedrag. **Cluster C** vormt het angstige cluster, en omvat de **vermijdende**-, de **afhankelijke**- en de **dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis**. In het dimensionele systeem zijn de clusters vervangen door een vijffactorenmodel met de maladaptieve dimensies negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme, ongeremdheid en psychoticisme.

17.2 Diagnostiek

» Patiënten dienen zich zelden aan met een hulpvraag gericht op de persoonlijkheid, maar veelal met angst- of stemmingsklachten. Soms is het de omgeving die hulp vraagt. Onderzocht moet worden of een andere actuele psychische of somatische aandoening het patroon beter verklaart, of dat het actuele psychische toestandsbeeld het diagnosticeren van een persoonlijkheidsstoornis bemoeilijkt. Als uit de anamnese een beeld ontstaat dat kan wijzen op een persoonlijkheidsstoornis, kan de therapeut gebruikmaken van een aantal methoden om deze hypothese te toetsen.

17.2.1 Classificerende psychodiagnostische instrumenten

» Zelfrapportage geeft mogelijk onvoldoende informatie. Aanvullende informatie van een betrokkene kan helpend zijn. Echter, cliënten kunnen de beschrijving van een derde ontkennen. Een geïntegreerde aanpak is daarom nodig. Er zijn drie semigestructureerde interviews in het Nederlands beschikbaar die ontwikkeld zijn om de persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-IV vast te stellen. Zij kunnen ook gebruikt worden voor de stoornissen in de DSM-5:

- » Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (**SCID-5 PD**)
- » **Gestructureerd interview voor de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SIDP-IV)**
- » **ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE)**.

17.2.2 Overige psychodiagnostische instrumenten

» Naast interviews en vragenlijsten zijn er ook diverse instrumenten die de structuur van de persoonlijkheid, coping- of persoonlijkheidsstijlen, of de ernst van de pathologie in kaart brengen. Sommige lijsten zijn meer algemeen te gebruiken, zoals de **Severity Index Personality Problems** of de Utrechtse Coping Lijst (**UCL**), andere zijn meer specifiek voor één bepaalde persoonlijkheidsstoornis en de ernst daarvan, zoals het semigestructureerde interview de **Borderline Personality Disorder Severity Index**. Sommige lijsten zijn gericht op categorale classificatie, andere op dimensioneel meten, zoals de **NEO-PI**.

Samengevat overheerst het inzicht dat persoonlijkheidsstoornissen gediagnosticeerd moeten worden met een semigestructureerd interview. Andere instrumenten kunnen zinvolle informatie verschaffen over de ernst van de klachten, sterke en zwakke kanten in de persoonlijkheid, het functioneren of manieren van omgaan met aanwezige problemen.

17.3 Van diagnostiek naar indicatiestelling

De discussie over categoriaal versus dimensioneel classificeren hangt nauw samen met de ideeën over het indiceren voor behandeling, en meer specifiek voor psychotherapie.

17.3.1 Indiciestelling voor psychodynamische psychotherapie

Voor de indicatie van psychodynamische therapieën wordt van oudsher gebruikgemaakt van het **psychodynamische interview**. Een specifieke vorm is het **Kernberg-interview**.

De informatie verkregen uit de overdrachts- en tegenoverdrachtservaringen wordt als essentieel gezien voor het verkrijgen van een indruk over de persoonlijkheid van de cliënt. Alle hedendaagse psychodynamische theorieën gaan uit van een combinatie van

- › temperament dat in aanleg aanwezig is
- › de mate waarin de realiteitstoetsing intact is
- › een netwerk van interne representaties van het zelf en anderen
- › een voor de cliënt karakteristieke set van afweermechanismen
- › een daaraan gerelateerde cognitieve stijl.

De psychodynamische manier van interviewen is onderdeel van het indicatieproces, en zonder classificerende diagnostiek kan men niet tot een sluitend behandelplan komen. Met behulp van het interview komt men tot een inschatting van de **persoonlijkheidsorganisatie**, een kwalitatieve beschrijving van de sterkte van de persoonlijkheid in termen van het vermogen tot realiteitstoetsing, de rijpheid van afweermechanismen, en van integratie en aard van zelf- en ander-representaties. Deze inschatting leidt vervolgens tot een inschatting van de draagkracht van de patiënt.

Persoonlijkheidsorganisatie	Identiteit	Afweer	Realiteitstoetsing
Neurotisch	Geïntegreerd	Neurotisch	Intact
Borderline	Diffuus	Primitief	Intact
Psychotisch	Diffuus	Primitief	Verstoord

17.3.2 Indiciestelling voor cognitieve gedragstherapie

Behandelvormen die zijn ontstaan vanuit de CGT zijn sterk gericht op beschrijvende informatie. Er wordt samen met de cliënt een holistische theorie en/of casusconceptualisatie geformuleerd waarin de leergeschiedenis van de problemen centraal staat en op basis waarvan behandelinterventies worden opgezet. Daarin wordt gesproken over disfunctionele of maladaptieve coping en instandhoudende of belemmerende factoren.

17.4 Behandeling

•» Aanvankelijk waren de psychodynamische behandelingen de enige methodieken die zich richtten op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Inmiddels is uit onderzoek gebleken dat CGT, evenals nieuwe vormen van psychodynamische psychotherapieën, een even goed, zo niet beter effect hebben dan niet-specialistische psychodynamische therapieën. Er is groeiend bewijs dat gespecialiseerde psychotherapieën voor specifieke persoonlijkheidsstoornissen goed werken. Dit zou gerelateerd kunnen zijn aan de gedeelde onderliggende behoeften en of tekorten van de patiënten in een homogene groep waar de therapieën zich vaak op richten. Volgens de richtlijnen is gespecialiseerde psychotherapie de eerste keus, eventueel aangevuld met psychosociale, therapeutische of farmacologische interventies.

17.4.1 Psychodynamische psychotherapieën

Psychodynamische en psychoanalytische theorieën gaan alle uit van karakterologische problemen. Twee vormen die in Nederland veelvuldig en systematisch worden toegepast, worden hieronder beschreven.

Transference focused psychotherapy

●» **Transference focused psychotherapy (TFP)** is speciaal ontwikkeld voor patiënten met een borderline-persoonlijkeitsorganisatie (BPO), waaronder ook de borderline-persoonlijkeitsstoornis valt. TFP gaat ervan uit dat trauma's en ervaringen ook tot uitdrukking komen in de therapeutische relatie, door overdracht. De overdrachtsrelatie die de patiënt met de therapeut aangaat is voortdurend onderwerp van gezamenlijk onderzoek. In de **contractfase**, voorafgaand aan de therapie, worden de specifieke valkuilen van de patiënt besproken en worden daarover afspraken gemaakt. De borderline-persoonlijkeitsstoornis is volgens de visie van TFP het gevolg van **identiteitsdiffusie**, niet-geïntegreerde beelden die patiënten van zichzelf en anderen hebben. Doel van de behandeling is de niet-geïntegreerde voorstellingen eerst te onderkennen en te benoemen, en ze vervolgens te integreren tot één identiteit.

Mentalisation Based Therapy

●» In **Mentalisation Based Therapy (MBT)** is aandacht voor de confronterende en steunende aspecten van psychotherapie die nodig zijn bij mensen met een borderline- tot psychotisch georganiseerde persoonlijkheidsstructuur. De kern van MBT is het concept van mentaliseren en het verliezen van het vermogen tot mentaliseren, wat gerelateerd wordt aan de klachten van een borderline-persoonlijkeitsstoornis. **Mentaliseren** wordt gedefinieerd als het begrijpen en interpreteren van gedrag verbonden aan intentionele mentale toestanden. Uitgangspunt is dat mensen met een borderline-persoonlijkeitsstoornis op een gewone manier kunnen mentaliseren, behalve binnen gehechtheidsrelaties. Onder emotionele spanning zijn patiënten geneigd om de geestestoestand van zichzelf en de ander verkeerd te interpreteren.

17.4.2 Op CGT gebaseerde therapieën voor persoonlijkheidsstoornissen

Voor persoonlijkheidsstoornissen zijn verschillende goed ontwikkelde CGT-modellen ontwikkeld. In Nederland zijn de meest gebruikte schematherapie en dialectische gedragstherapie.

Schematherapie

●» **Schematherapie (ST)** is een integratieve en transdiagnostische therapie die uitgaat van een cognitief-therapeutisch kader. Jeffrey Young stelt dat psychopathologie voortkomt uit disfunctionele schema's die ontstaan zijn in de vroege ontwikkeling. Een **schema** wordt binnen ST gezien als een kennisrepresentatie die stuurt waar mensen aandacht aan besteden, hoe ze informatie interpreteren en wat hun verwachtingen zijn. Aangenomen wordt dat cliënten als kind niet voorzien zijn in emotionele basisbehoeften, waardoor disfunctionele schema's zijn ontstaan. Daarnaast speelt coping in ST een belangrijke rol. Young koppelde disfunctionele schema's aan de basale stressresponsen. Bij **vechten** verzet iemand zich tegen de activatie van een schema (overcompensatie), bij **vluchten** pogen mensen de activatie van een schema cognitief, gedragsmatig of emotioneel te vermijden, **bevroren** kenmerkt zich door geen verzet te bieden aan de activatie van een schema. De verschillende copingvormen verklaren waarom cliënten met dezelfde disfunctionele schema's toch een ander patroon aan problemen kunnen laten zien. Daarnaast introduceerde Young het concept **schemamodus**, een

tijdelijk toestandsbeeld van voelen, denken en handelen dat veroorzaakt wordt door de activatie van een schema of de dreiging daarvan, in combinatie met een copingstijl. Doel van ST is de invloed van disfunctionele schema's te verminderen, de coping te veranderen en daarmee ook de intensiteit en de mate van wisseling tussen schemamodi te verminderen.

Young legde ook nadruk op het **ervaringselement** in therapie als belangrijke voorwaarde voor verandering. Hij voegde aan gedragsmatige en cognitieve technieken experiëntiële technieken toe, vanuit het idee dat het ervaren van bijvoorbeeld gewenst te zijn een extra belangrijke correctieve ervaring is. De therapeutische relatie in de vorm van **limited reparenting** is een belangrijk ingrediënt van ST. Het model gaat ervan uit dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen te weinig gezond zijn om een wederkerige samenwerkingsrelatie aan te gaan. Daarnaast zijn er bij sommige patiënten zulke ernstige tekorten in het voldoen aan de emotionele basisbehoeften dat de therapeutische relatie een correctieve ervaring moet zijn.

Dialectische gedragstherapie

•» **Dialectische gedragstherapie** (DGT) is een specialistische therapie vanuit het CGT-kader voor de behandeling van mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, ontwikkeld door Linehan. De therapie is niet geschikt voor persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen. De behandeling gaat uit van een biosociale verklaring van een borderline-persoonlijkheidsstoornis: die zou zijn oorsprong vinden in de wisselwerking tussen **emotionele disregulatie** en een **invalidierende omgeving**. De emotionele disregulatie zou zich kenmerken door een bovenmatig sterke respons op emotionele stimuli. De invaliderende omgeving kenmerkt zich door reacties op emotionele uitingen van de patiënt die de intenties en de betekenis van de emotie van de patiënt ontkennen of verdraaien. DGT is de eerste empirisch gevalideerde en meest onderzochte behandeling van de borderline-persoonlijkheidsstoornis.

De therapeutische aanpak is gebaseerd op een combinatie van radicale gedragstherapie, dialectiek en zenboeddhisme. DGT kent vier fasen. De eerste fase richt zich op gedragscontrole en het aanleren van emotieregulatievaardigheden. Het idee is dat er niet gewerkt kan worden aan onderliggende emotionele problemen totdat gevaarlijk gedrag gestaakt wordt en sprake is van therapietrouw. De tweede fase begint met aandacht voor emotioneel ervaren. Het doel van de derde fase is om dagelijkse problemen op te lossen en het levensgeluk te verhogen. De vierde fase is gericht op het verkrijgen van **transcendentie** en het vermogen gelukkig te zijn. De belangrijkste effecten van DGT zijn afname van inadequate woede en suïcidaal gedrag en een verbetering van het algemeen maatschappelijk functioneren.

Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

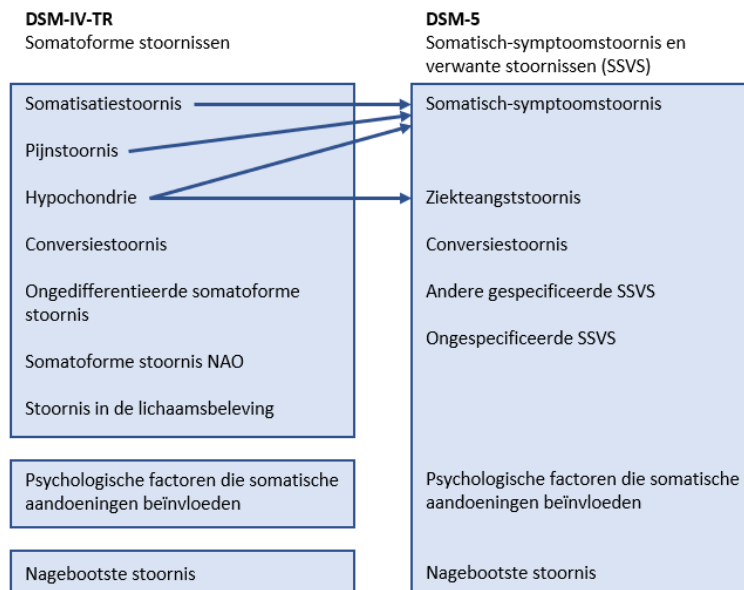
19. Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

Lichamelijk ongerief hoort bij het leven en is meestal van voorbijgaande aard. Bij een aantal mensen houden symptomen echter aan en spelen een bepalende rol. Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen worden gekenmerkt door lichamelijke symptomen die een medische aandoening doen vermoeden en waarvan de betrokkene aanzienlijke hinder heeft.

19.1 Van de DSM-IV-TR naar de DSM-5

In eerdere versies van de DSM lag bij de somatoforme stoornissen de nadruk op medisch gezien onvoldoende verklaarde lichamelijke verschijnselen. •» In de somatisch-symptoom-

stoornis en verwante stoornissen (SSVS) van de DSM-5 zijn alle lichamelijke symptomen begrepen, al of niet verklaard. Daarmee ligt in de diagnostiek de nadruk op aanwezigheid van lichamelijke verschijnselen en op de aanwezigheid van psychologische en gedragsmatige factoren. Onderstaande afbeelding laat de verschillen tussen de DSM-IV-TR en de DSM-5 zien.



Naast de formele diagnoses zijn er enkele veelgebruikte begrippen. Met **somatisatie** wordt bedoeld dat men op een lichamelijke manier op een stressor reageert en zich ook naar die reactie gedraagt. In zekere zin somatiseren we op gezette tijden allemaal. Pas als somatiseren de overhand krijgt kan klinische aandacht nodig zijn. Een ander begrip is de bekritiseerde aanduiding **psychosomatische stoornis**, waarbij een psychologische oorzaak van een lichamelijke aandoening wordt verondersteld. Er is al lang geleden voor gepleit om de term achterhaald te verklaren, aangezien psychologische aspecten bij vrijwel alle lichamelijke aandoeningen een rol spelen. De nadruk is meer en meer komen te liggen op een **tweesporenbeleid**, waarbij zowel de lichamelijke als de psychische aspecten van het lijden worden meegenomen in de diagnostiek en de behandeling. De systematiek van het hoofdstuk in de DSM-5 over deze stoornisengroep doet daar grotendeels recht aan. Arts en psycholoog doen er verstandig aan de patiënt en zijn problematiek te benaderen vanuit een geïntegreerde visie.

19.2 Classificatie, diagnostiek en prevalentie

Ondanks het wereldwijde gebruik van de DSM-5-classificatie worden regelmatig kritische geluiden gehoord over de uitgangspunten en bruikbaarheid ervan. Stoornissen met somatische symptomen vormen een heterogene groep, met criteria die soms weinig specifiek zijn of waarbij het onderscheid tussen stoornissen niet eenduidig is vast te stellen. Verder is er een sterke relatie tussen deze stoornissen en vooral angst- en depressieve stoornissen.

Het onderkennen van SSVS is vaak een moeizaam proces. De indruk bestaat dat deze stoornissen waarschijnlijk worden ondergediagnosticeerd. Afgezien van de problematische onderkenning is ook de bejegening van patiënten een bron van frustratie voor zowel de arts of psycholoog als voor de patiënt.

Op de eerste plaats moet de clinicus zich afvragen wat de uitkomst van het diagnostisch proces moet zijn: is dat een categorische diagnose of gaat het om verklarende diagnostiek, om factoren die samenhangen met lichamelijk en psychisch lijden?

19.2.1 Somatisch-symptoomstoornis

●» In de diagnose **somatisch-symptoomstoornis** zijn eerdere diagnoses, de somatisatiestoornis, de pijnstoornis en hypochondrie, samengevoegd tot een brede categorie. De diagnose wordt gesteld wanneer de betrokkene lijdt aan één of meer lichamelijke klachten die het dagelijks leven verstoren. Ook moet er sprake zijn van excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen die samenhangen met de klachten. Niet elke afzonderlijke klacht hoeft steeds aanwezig te zijn, maar het hebben van klachten dient wel persisterend te zijn (langer dan zes maanden). Het is niet van belang of de klachten al dan niet verklaard kunnen worden vanuit een somatisch ziektebeeld. Als specificatie kan aangegeven worden dat het met name om pijnklachten gaat. Ook kan de ernst worden beschreven door gradaties aan te geven.

Deze nieuwe diagnose is onderwerp van kritiek, onder andere op het feit dat te gemakkelijk aan de criteria kan worden voldaan en op de vage naamgeving. Naar de prevalentie van deze stoornis is nog geen uitvoerig onderzoek gedaan. Er zijn geen psychologische vragenlijsten voor het vaststellen van de stoornis. Zelfregistratie kan nuttig zijn. Bestudering van het medische dossier en van het functioneren is een belangrijk element in het begrijpen van de patiënt.

19.2.2 Somatisch-symptoomstoornis met voornamelijk pijn

●» Pijn is een subjectief verschijnsel dat is samengesteld uit onder andere somatische en psychologische factoren. Met name pijn cognities en -gedragingen vormen pijlers van de diagnostiek. Patiënten die lijden aan de **somatisch-symptoomstoornis met voornamelijk pijn** zijn sociaal en beroepsmatig sterk ingeperkt. Uit grootschalig onderzoek kwam naar voren dat 19 procent van de respondenten kampte met matige tot ernstige pijn. ●» Omgaan met pijn kan gemeten worden met de Pijn Coping en Cognitielijst (**PCCL**). De angst voor bewegen kan bepaald worden met de **Tampa Schaal voor Kinesiofobie**.

19.2.3 Ziekteangststoornis

●» Bij de **ziekteangststoornis** staat preoccupatie met het hebben of krijgen van een ernstige ziekte op de voorgrond, waarbij lichamelijke symptomen niet of slechts in lichte mate aanwezig zijn. Behalve de angst en ongerustheid is sprake van excessief gezondheidsgerelateerd gedrag of maladaptieve vermijding. De preoccupatie moet minstens zes maanden aanwezig zijn, hoewel de ziekte die wordt gevreesd kan veranderen. Een specificatie kan worden toegevoegd die uitdrukt of iemand zorgzoekend of juist zorgmijdend is.

●» Voor het bepalen van de angst voor ernstige ziekten is een aantal ernstmaten ontwikkeld, waarvan de **Whitely Index van Pilowsky** en de **Illness Attitude Scales van Kellner** de bekendste zijn. Naast het anamnestic interview en testgebruik zal in een aantal gevallen ook het doornemen van de medische anamnese deel uitmaken van het diagnostisch proces.

19.2.4 Conversiestoornis

●» Patiënten die de diagnose **conversiestoornis** krijgen, vertonen een of meer symptomen van veranderingen in de willekeurige motorische of sensorische functies, die niet overeenkomen met een neurologische of andere somatische aandoening. Als specificatie kan genoteerd worden dat psychologische factoren een oorzakelijke rol spelen. In de loop der tijd is de conversiestoornis met een prevalentie van 0.2 procent onder medische patiënten een zeldzaam verschijnsel geworden, vanwege sterk verbeterde neurologische diagnostische mogelijkheden. Zowel lichamelijke factoren als de psychologische toestand van de patiënt zijn van belang. ●» De psycholoog richt zich op mogelijke uitlokkende en instandhoudende factoren, bijvoorbeeld door trauma te inventariseren met de **Schokverwerkingslijst**.

19.2.5 Psychologische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden

●» De brede diagnose **psychologische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden** betreft factoren die het ontstaan, het beloop of het voortbestaan van lichamelijke ziekten en aandoeningen kunnen beïnvloeden. Voor het vaststellen van de diagnose zal de clinicus uit moeten gaan van het stellen van gerichte vragen en het observeren van de patiënt.

19.2.6 Nagebootste stoornis

●» Het voornaamste kenmerk van de **nagebootste stoornis** is het voorwenden van lichamelijke of psychische klachten of verschijnselen, of het doelbewust opwekken van verwonding of ziekte waarbij aantoonbaar sprake is van misleiding en waar geen beloning tegenover staat. De betrokkene presenteert zich tegenover anderen als ziek, gehandicapt of verwond. De DSM-5 geeft de mogelijkheid onderscheid te maken tussen de nagebootste stoornis opgelegd aan zichzelf of aan iemand anders (by proxy). Vanwege de aard van de stoornis is nauwelijks iets bekend over de prevalentie, die op ongeveer 0.5 procent wordt geschat in een algemene ziekenhuissetting. De stoornis is uiterst moeilijk vast te stellen.

19.3 Transdiagnostische instandhoudende factoren

●» De SSVS verschillen in diagnostische criteria, maar er zijn grote overeenkomsten in de processen die eraan ten grondslag liggen: de **transdiagnostische factoren**.

Patiënten met deze stoornissen worden cognitief gekenmerkt door afwijkende interpretaties van lichamelijke symptomen. Ook slaan zij ziektegerelateerde informatie beter op en herinneren zij zich deze beter dan mensen zonder deze diagnosen. Gedragmatig gezien zijn het vragen om geruststelling, het bezoeken van artsen en een inactieve levensstijl instandhoudende factoren. Voor het verschijnsel **alexithymie**, het onvermogen om emoties te herkennen, te beschrijven en uit te drukken, is enig bewijs. Patiënten zijn minder goed in staat om stressgerelateerde emoties te reguleren. Ook sociale en culturele factoren spelen een oorzakelijke en instandhoudende rol bij deze groep stoornissen. In iedere cultuur leren mensen betekenis te geven aan symptomen. In de westerse wereld is daarbij sprake van een sterkere medicalisering dan in niet-westerse samenlevingen. In lijn daarmee blijkt er een grote variatie in het tot uitdrukking komen van lichamelijke verschijnselen en in de interpretaties die daaraan gegeven worden, de zogenoemde **idioms of distress**. De relatie tussen dokter en patiënt speelt eveneens een aanzienlijke rol in het ontstaan en voortbestaan van deze groep stoornissen. **Iatogene factoren** kunnen zich in veel gedaanten voordoen.

19.4 Behandeling en effecten

19.4.1 Algemene uitgangspunten bij de behandeling

●» Wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van psychologische en psychofarmacologische behandelingen van SSVS kent veel hiaten, en het veld is allesbehalve overzichtelijk. In de behandeling hanteert men al sinds lang een tweesporenbeleid met aandacht voor zowel de lichamelijke als de psychische kant van de problematiek. Deze aanpak noodzaakt tot een multidisciplinaire kijk op de behandeling.

Inmiddels is gebleken dat met name psychologische behandelingen die zich richten op transdiagnostische mechanismen positieve effecten laten zien. Met name CGT richt zich op de mechanismen van voortbestaan van de SSVS. Het is belangrijk om het leren omgaan met lichamelijke klachten, de afname van preoccupatie met het lichaam en een verbetering van de

levenskwaliteit als expliciete behandeldoelen te formuleren. De opvattingen van de hulpverlener zijn van grote invloed op de richting die de diagnostiek en de behandeling kunnen uitgaan. Het is bijvoorbeeld vaak zinvoller en effectiever zich te richten op de gevolgen van symptomen dan op de oorzaken ervan.

19.4.2 Behandeling van somatisch-symptoomstoornis

●» Voor een deel van de patiënten met de somatisch-symptoomstoornis zal het beeld eruitzien zoals bij de voormalige somatisatiestoornis. Het grillige verloop van de klachten en de grote medische consumptie staan dan een eenduidige behandeling in de weg. De laatste jaren zijn goede ervaringen opgedaan met een vorm van **case management** waarbij getracht wordt de huisarts een centrale rol te laten spelen. Die aanpak leidt niet tot substantiële vermindering van lichamelijke klachten, maar wel tot een toename van de kwaliteit van leven. De weinige studies naar kortdurende **CGT** laten relatief gunstige resultaten zien.

Specificatie: somatisch-symptoomstoornis met pijn

●» De behandeling van chronische pijn is het meest onderzochte onderwerp binnen de SSVS. Het gradueel opbouwen van beweging en belasting bij rugpijn blijkt bijvoorbeeld een effectieve behandeling te zijn. In het geval van **kinesiofobie** (bewegingsangst) kan het nodig zijn om de functionele beperkingen aan te pakken met behulp van fysiotherapie. Parallel daaraan staan de misinterpretaties en catastrofale gedachten van de patiënt op de agenda.

19.4.3 Behandeling van de ziekteangststoornis

●» Met name individuele **CGT**, **behavioural stress management** en **psycho-educatie** blijken positieve veranderingen te bewerkstelligen. We weten steeds meer over de mechanismen die een rol spelen, en daardoor zijn er ook effectieve behandelingen ontwikkeld. Deze behandelvormen bestaan meestal uit het opsporen en uitdagen van hypochondere gedachten, en met name de misinterpretatie van lichamelijke verschijnselen. Ook wordt aandacht besteed aan de vermindering van het vragen om geruststelling en de veelvuldige controles van het lichaam. Soms is de behandeling erop gericht dat de patiënt zich leert bloot te stellen aan onderwerpen die hij normaal juist mijdt of aan de aanraking van bepaalde lichaamsdelen.

19.4.4 Behandeling van de conversiestoornis

●» Twee Nederlandse studies laten positieve effecten van **hypnotherapie** zien bij patiënten met conversiestoornis van het motorische type. Men gaat ervan uit dat bij een conversiestoornis sprake is van een gebrek aan integratie van impliciete en expliciete sensorische en/of motorische informatieverwerking. **Hypnose** beoogt deze dissociatie te herstellen.

19.4.5 Behandeling van psychologische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden

●» Uitgaande van transdiagnostische factoren zijn er therapeutische aangrijpingspunten voor de behandeling van psychologische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden. Voorbeelden zijn **zelfcontroletechnieken** of een **lifestyletraining**.

19.4.6 Behandeling van nagebootste stoornis

●» Het blijkt niet effectief om patiënten met een nagebootste stoornis te confronteren met hun gedrag. Het lijkt wenselijk een ondersteunende houding aan te nemen, de patiënt in behandeling te krijgen en adequater gedrag te leren, zoals zelfcontrole en zelfwaardering.

Eetstoornissen

20. Eetstoornissen

Eetstoornissen zijn ernstige psychiatrische stoornissen die meestal in de adolescentie of jongvolwassenheid beginnen en meer bij vrouwen dan bij mannen voorkomen. Bij vrouwen ligt de lifetimeprevalentie op ongeveer 5 procent. Inmiddels weten we veel over de klinische dynamiek van eetstoornissen.

20.1 Voedings- en eetstoornissen

De DSM-5 combineert voedings- en eetstoornissen in één categorie. Daaronder vallen de eetstoornissen anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis, en de voedingsstoornissen pica, ruminatiestoornis en de vermijdende-/restrictieve-voedselinnamestoornis. Is er duidelijk sprake van een voedings- of eetstoornis maar is geen van de zes genoemde stoornissen van toepassing, dan kan een **andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis** of **ongespecificeerde voedings- of eetstoornis** gediagnosticeerd worden.

20.1.1 Voedingsstoornissen

Pica is een stoornis waarbij niet-eetbare substanties gegeten worden. Het eten past niet bij de leeftijd, ontwikkelingsfase of cultuur. In het geval van de **ruminatiestoornis** wordt het voedsel uit de maag teruggehaald, waarna herkauwen, opnieuw inslikken of uitspugen volgt. Het is niet bekend hoe vaak pica en de ruminatiestoornis voorkomen. Ze lijken vaker voor te komen bij mensen met een gestoorde intellectuele ontwikkeling. Ook over de behandeling is weinig bekend, maar **gedragstherapie** lijkt het meest voor de hand liggend.

De **vermijdende-/restrictieve-voedselinnamestoornis (ARFID)** is een stoornis waarbij er onvoldoende gegeten wordt, uit desinteresse, door vermijding om sensorische redenen of vanwege de angst voor aversieve gevolgen van eten. Ook voor ARFID geldt dat er geen medische verklaring voor is. Het zijn vaak jonge kinderen die ARFID ontwikkelen. Het selectieve eetgedrag wordt meestal met **gedragstherapeutische technieken** behandeld.

20.1.2 Eetstoornissen

●» **Anorexia nervosa (AN)** is een eetstoornis die zich kenmerkt door vermagering. Ondanks ondergewicht is iemand met AN bang om in gewicht toe te nemen, en probeert een patiënt weinig te eten en veel te bewegen. Er zijn twee typen patiënten: het **restrictieve type** dat vermagerd door weinig energie op te nemen en veel te verbranden. Het **eetbuien-purgerende type** eet eveneens weinig en beweegt ook veel, maar heeft ook eetbuien en purgeert.

Boulimia nervosa (BN) is een eetstoornis die zich voornamelijk kenmerkt door eetbuien. Er is sprake van controleverlies. Na een eetbui worden maatregelen genomen om gewichtstoename te voorkomen, het **ongepast compenserend gedrag**. Patiënten maken zich ernstig zorgen over hun lichaamsvormen en -gewicht. Ook de **eetbuistoornis (BED)** kenmerkt zich door eetbuien. De patiënt lijdt zichtbaar onder de eetbuien. Het verschil tussen BED en BN zit in de compensatie: BED-patiënten compenseren niet voor episoden van eetbuien.

De categorie **overige voedings- en eetstoornissen** is gereserveerd voor patiënten die wel een eetstoornis hebben, maar bij wie het (nog) niet helemaal duidelijk is welke stoornis dat is. Er is sprake van lijdensdruk en beperking van het functioneren, maar de patiënt voldoet niet helemaal aan de criteria van een van de voedings- of eetstoornissen.

20.1.3 Ernst van de eetstoornis

De DSM-5 verlangt specificaties van de ernst van de stoornis. Voor AN wordt de ernst vastgesteld aan de hand van de BMI. De ernst van BN wordt afgeleid uit de frequentie van ongepast compenseren. Bij BED wordt de ernst gebaseerd op de frequentie van eetbuien.

20.1.4 Klinische beelden en comorbiditeit

●» Vanuit de overtuiging dik en onaantrekkelijk te zijn, streven patiënten met eetstoornissen er fanatiek naar om slanker te worden. Het verwoede streven van AN-patiënten naar extreme vermagering suggereert dat hun **lichaamsbeeld** niet klopt. Vrijwel alle patiënten met eetstoornissen vinden zichzelf te zwaar, maar objectief gezien is dit uitsluitend het geval voor het merendeel van de BED-patiënten. Patiënten met eetstoornissen verkeren in de veronderstelling dat gewichtsverlies aantrekkelijker maakt. Overigens is het onduidelijk of die overmatige zorgen over het eigen lichaam bij alle AN-patiënten een grote rol spelen. Voor een deel van de patiënten kan gelden dat zij eerder een extreme **behoefte aan controle** hebben, die voortvloeit uit het voor AN-patiënten karakteristieke gebrek aan zelfvertrouwen, in combinatie met een lage zelfwaardering en **klinisch perfectionisme**, een ernstige vorm van perfectionisme die het dagelijks functioneren hindert en waarbij de zelfwaardering volledig afhangt van het wel of niet halen van zelf gestelde doelen (die vaak erg hoog zijn).

Naast specifieke eetstoornissymptomen en een lage zelfwaardering, vertonen patiënten ook vaak andere kenmerken, zoals stemmingswisselingen of -stoornissen, angsten, waaronder obsessies en compulsies, en **interpersoonlijke problemen**, zoals sociale isolatie. Patiënten kunnen worden opgesplitst in een groep die gekenmerkt wordt door negatief affect en een ongunstige prognose, en een groep die niet gekenmerkt wordt door negatief affect en een betere prognose heeft.

20.2 Cross-over en transdiagnostiek

●» Een **cross-over** tussen verschillende eetstoornissen komt vaak voor. Om die reden pleiten sommige experts voor een transdiagnostisch model van eetstoornissen, waarin het diagnostische onderscheid tussen AN, BN en BED niet gemaakt wordt. Wel worden symptomen gediagnosticeerd. Dit model past beter op de empirische realiteit dan de DSM-indeling.

20.3 Diagnostiek en differentiële diagnostiek

Diagnostiek

●» De diagnose wordt bij voorkeur gesteld met een diagnostisch interview. Daarnaast is aanvullend onderzoek naar comorbide psychiatrische problemen en medische complicaties nodig. Met de **SCID-5** kunnen DSM-5-diagnosen worden gesteld. Bij voorkeur wordt daarnaast het semigestructureerde interview **Eating Disorder Examination (EDE)** afgenomen. De EDE wordt gezien als de gouden standaard om specifieke eetstoornispathologie te meten. Aan de totaalscore is de globale ernst van de stoornis af te lezen, terwijl de vier subschalen informatie geven over de mate waarin de voedselinname wordt beperkt, de mate van piekeren over voedsel en eten, de mate van piekeren over lichaamsvormen en de mate van piekeren over gewicht. Er worden in de praktijk vaak vragenlijsten gebruikt, zoals de vragenlijstversie van de EDE, de Eating Disorder Examination Questionnaire (**EDE-Q**) en de **Eating Disorder Inventory (EDI-3)**. Vragenlijsten zijn echter niet geschikt om een diagnose te stellen. Het is aan te raden naast de SCID-5 en EDE-interviews aanvullend onderzoek naar gedrag en cognities te doen.

Comorbide psychiatrische diagnostiek

Bij iedere patiënt moet onderzocht worden of sprake is van comorbide problemen, zoals affectieve stoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik. Ontwikkelingsstoornissen, zoals ASS en ADHD, worden in ongeveer 20 procent van de AN-patiënten aangetroffen.

Lichamelijk onderzoek

Het is van belang om uitgebreid lichamelijk onderzoek te laten verrichten, zodat nagegaan kan worden in welke mate sprake is van vermagering, **ondervoeding** en **medische of somatische complicaties**. Vaak purgeren en/of ondervoeding kunnen leiden tot dehydratie en ernstige stoornissen in de elektrolytenhuishouding.

Differentiële diagnostiek

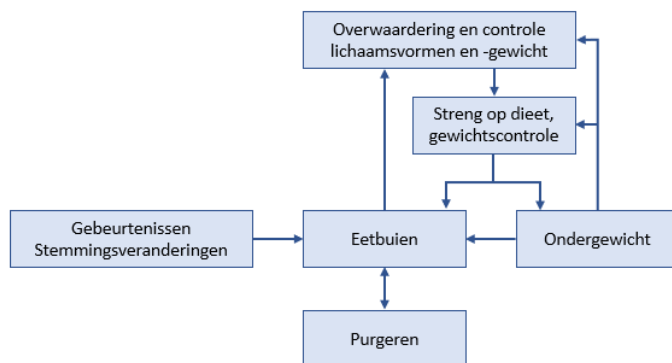
Soms treden kenmerken van eetstoornissen op bij patiënten met andere stoornissen of met somatische aandoeningen. Vormen van gewichtsverlies, zoals bij patiënten met depressieve stoornissen of met aids, duiden niet op AN als de patiënt niet opzettelijk streeft naar vermagering en als niet wordt voldaan aan andere diagnostische criteria van de eetstoornis.

20.4 Behandeling

•» De meeste patiënten met eetstoornissen worden nooit behandeld in de ggz, door ontkenning en schaamte. Bovendien staan de meeste patiënten ambivalent tegenover behandeling: ze willen wel van de negatieve kanten af, maar zeker niet in gewicht aankomen. Dat is moeilijk te verenigen met normaal eten, wat een doel van de behandeling is.

20.4.1 Bewezen effectieve behandelingen

•» **CGT** is de gouden standaard voor de behandeling van eetstoornissen, en is gebaseerd op het cognitieve gedragsmodel van eetstoornissen hieronder.



Centraal staat de disfunctionele manier waarop eigenwaarde beoordeeld wordt. Mensen met eetstoornissen koppelen hun eigenwaarde vrijwel uitsluitend aan opvattingen over hun eigen lichaam. Als gevolg daarvan draait hun leven voornamelijk om eten, gewicht en uiterlijk. De disfunctionele denkpatronen maken het gedrag van de patiënt begrijpelijk. De patiënt is bang om controle te verliezen en in gewicht toe te nemen. CGT concentreert zich op de verandering van eetgedrag, gewichtscontrolle en disfunctionele opvattingen over eten, lichaam en gewicht. De therapie is geschikt voor alle patiënten, is transdiagnostisch en wordt op maat gegeven.

Behandelingen van BN en BED

●» Een groot aantal studies toont eenduidig aan dat **CGT** de meest effectieve vorm van behandeling is voor BN, BED en patiënten met milde AN. **IPT** werd oorspronkelijk ontwikkeld voor depressieve stoornissen, en later ook toegepast bij BN. Uitgangspunt is dat de eetstoornis in stand wordt gehouden door verstoorde interpersoonlijke relaties en doel is om het sociaal functioneren van de patiënt te verbeteren. Met IPT worden vergelijkbare resultaten gehaald als met CGT, zij het dat die resultaten pas ruim een jaar na de behandeling zichtbaar worden. Direct na de behandeling is CGT aanzienlijk effectiever. **Psychoanalytische therapie** voor eetstoornissen is gebaseerd op de veronderstelling dat de symptomen geworteld zijn in een behoefte om bepaalde gevoelens en wensen af te weren. De niet-directieve therapie probeert meer inzicht te krijgen in dat onbewuste en alles wat ontkend wordt, om het uiteindelijk te kunnen tolereren. Een vergelijking met CGT toont aan dat CGT tot betere resultaten leidt. **Psychofarmaca**, met name antidepressiva, zijn in de meeste gevallen niet zo effectief.

Behandeling van AN

●» Methodologisch goede studies naar de effectiviteit van behandeling voor AN zijn er maar weinig. Ook CGT voor AN is niet vaak goed onderzocht. Enkele studies laten zien dat **CGT** voor volwassenen met AN bij ongeveer twee derde van de patiënten leidt tot toename van gewicht en afname van symptomen, en dat dit effect behouden blijft. Vaak wordt AN bij adolescenten behandeld met **gezinstherapie**, maar minder dan de helft van de patiënten reageert positief op de behandeling.

Lange termijn

Op de lange termijn blijven de relatief gunstige resultaten van behandeling vaak behouden. Twee derde van de patiënten herstelt en een derde heeft nog last van een eetstoornis of symptomen daarvan. Deze resultaten laten zien dat de prognose redelijk gunstig is, maar ook dat er nog veel ruimte voor verbetering is.

●» Kort samengevat kan gesteld worden dat CGT de meest effectieve behandeling is voor eetstoornissen zonder ondergewicht. Zodra sprake is van ondergewicht is niet precies duidelijk wat de meest effectieve behandeling is.

20.4.2 Behandeling in de dagelijkse praktijk

In Nederland is een aantal ggz-instellingen gespecialiseerd in de behandeling van eetstoornissen. De meeste patiënten worden ambulant behandeld. Een minderheid wordt klinisch behandeld, of is in dagbehandeling. Klinische behandeling is geïndiceerd als sprake is van zeer ernstig ondergewicht met medische complicaties of groot risico op zelfdoding. In de gespecialiseerde centra worden patiënten meestal multidisciplinair en eclectisch behandeld. Dat is ook in het buitenland gangbaar. Patiënten met eetstoornissen worden in de praktijk meestal niet volgens protocol behandeld, en ook de voorkeursbehandeling CGT wordt meestal niet aangeboden.

Korte samenvatting

Deel 1 Kadering van diagnostiek en behandeling

1. Psychodiagnostiek

- › Instrumenten psycholoog: 1. **onderzoeksgesprek**, 2. observatie, 3. test en vragenlijst
- › **Psychodiagnostiek**: kern is integratie van drie genoemde bronnen
- › **1.1 De rol van psychodiagnostiek**
 - › Bij psychodiagnostiek geldt principe van **stepped-care model**
 - › Bij psychodiagnostiek staat verklarende hypothese centraal
 - › Bij onderzoek wordt **empirische cyclus** gehanteerd
- › **1.2 De diagnostische cyclus**
 - › **Diagnostische cyclus** basis voor wetenschappelijk verantwoord onderzoek
 - › Stappen klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse, indicatieanalyse
- › **1.3 Klachtanalyse: wat is de vraag?**
 - › Bij **aanmelding**: aanleiding verwijzing, onderzoeksvraag, hulpvraag
 - › Eerste stap **klachtanalyse**: achtergrond van aanvrager
 - › Tweede stap: analyse van hulpvraag
 - › Resultaat is **verhelderende diagnose**
- › **1.4 Probleemanalyse: wat is het probleem?**
 - › **Probleemanalyse**: toepassing van kennis op hulpvragen, om te begrijpen
 - › Beeld krijgen situatie en beleavingswereld met **anamnese** en **heteroanamnese**
 - › Gestandaardiseerde klachtinventarisatie:
 - › Ondersteuning probleemanalyse met gestandaardiseerde vragenlijsten of **symptoomvragenlijsten**
 - › Vaak onderdeel van **ROM**-procedure, bijvoorbeeld met **OQ-45**
 - › Speciële anamnese:
 - › Intakegesprek: met **speciële anamnese** specifieke klachten in beeld
 - › Vraag naar **luxeerende factoren**, verklaring cliënt zelf, **interferentie**, zelf genomen maatregelen en effect daarvan
 - › Psychiatrische anamnese:
 - › **Psychiatrische anamnese** richt zich op samenvatten symptomen
 - › Observaties tijdens onderzoeksgesprekken:
 - › Psychiatrische anamnese omvat waarneembare manifestaties cliënt
 - › **Biografische anamnese** en heteroanamnese:
 - › Vraag naar factoren die cliënt beschermen of ontvankelijk maken voor ontwikkeling psychopathologie
 - › Aandacht voor eventuele gedragsstoornissen, aandachtsproblemen, leerproblemen of psychische stoornissen
 - › Life events en eventuele stoornissen in familie in kaart gebracht
 - › Huidig functioneren:
 - › Sociale relaties, vrije tijd, maatschappelijke situatie
 - › Eventueel lichamelijk onderzoek in verband met medische factoren
 - › Beschrijvende diagnostiek:
 - › Intake afgesloten met **beschrijvende diagnostiek**
 - › Onderdeel is classificatie van symptomen
 - › Meest gebruikt is **DSM-classificatie** (met DSM-5)
- › **1.5 Verklaringsanalyse: waar komen de klachten vandaan?**
 - › Bij **verklaringsanalyse** is belangrijkste vraag hoe klachten te verklaren zijn
 - › Ingezette instrumenten: vragenlijsten, interviews, tests
 - › Onderzoeksvraagstelling en hypothesen:
 - › Empirische toetsing, falsifieerbaarheid
 - › Keuze van instrumenten en methode:
 - › Keuze kan verschillen per theoretische benadering en toepassingsgebied
 - › **(Semi)gestructureerd interview**, zoals **SCID-5**
 - › **Capaciteitentest**

- > Vragenlijsten, **zelfrapportagevragenlijsten**
 - > **Indirecte methoden**, zoals IAT en projectieve tests
 - > **Structureel persoonlijkheidsinterview** (gebaseerd op **psychodynamische theorie** van Kernberg). Aanvulling op structureel interview biedt **dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek**
- > Uitvoering van het onderzoek:
 - > Aandacht voor goede toepassing onderzoeksmiddelen
- > Interpretatie van de resultaten:
 - > Vergelijking met **normgroep** bij verwerking resultaten
 - > Scores gerapporteerd en gebruikt voor hypothesetoetsing
- > Integratie van de onderzoeksresultaten:
 - > Beschouwing testresultaten in samenhang met andere informatie
 - > Vormt basis voor terugkoppeling en voor indicatieanalyse
- > Terugkoppelingsgesprek:
 - > Conclusies getoetst aan ervaring cliënt en anderen
 - > Verstandig om aanvrager te betrekken in terugkoppeling
- > **1.6 Indicatieanalyse: wat is de beste aanpak?**
 - > Uit indicerende diagnose volgt advies aan aanvrager van onderzoek
 - > Predictie:
 - > **Predictie**: soms uitspraak over veranderbaarheid van klachten of probleemgedrag (bijvoorbeeld in forensische setting)
 - > Indicatie:
 - > **Indicatieanalyse**: formulering voorstel behandeling
 - > Gebruik van het psychodiagnostisch onderzoek in de behandeling:
 - > Bij indicatie opnieuw hypothesen geformuleerd. Toetsing in behandeling
 - > Ook tijdens behandeling diagnostische cyclus doorlopen
- > **1.7 Van wetenschap naar praktijk**
 - > In praktijk hypothesen zelden expliciet getoetst of beschreven
 - > Wetenschappelijke grondhouding blijft van belang
 - > Verschillende gevaren, zoals **confirmation bias**

2. Indicatiestelling

- > **Indicatiestelling** omvat besluitvormingsproces dat uitmondt in behandelaanbod
- > **2.1 Indicatiestelling een besluitvormingsproces**
 - > Stappen:
 - > Is professionele hulp nodig?
 - > Wat zijn de behandeldoelen?
 - > Wat is het therapieaanbod?
 - > Wat is de beste behandelcontext?
 - > Welke therapeut heeft de voorkeur?
- > **2.2 Modellen voor indicatiestelling**
 - > **Expertmodel**
 - > **Vertegenwoordigersmodel**
 - > **Consumentenmodel**
 - > **Overlegmodel** (**collaborative care**, **shared decision making**)
- > **2.3 Voorwaarden voor indicatiestelling**
 - > Indicatiesteller moet kennis hebben van effecten van behandelingen
 - > Indicatiesteller vertaalt multidisciplinaire richtlijnen en standaarden naar cliënt
 - > Indicatiesteller moet thuis zijn in lokale behandel mogelijkheden
 - > Indicatiesteller moet inschatten in welke mate cliënt behandeling zal aannemen
- > **2.4 Voorspellers van behandelresultaten**
 - > Evidence-based behandelen:
 - > Door VWS vanaf 1999 richtlijnen voor clusters van stoornissen ontwikkeld
 - > Vanaf 2013 voor verschillende stoornissen **zorgstandaarden** ontwikkeld. Die nemen ook cliëntperspectief in ogenschouw
 - > Naast stoornisspecifieke ook **generieke zorgstandaarden**, transdiagnostisch toepasbaar

- > Veerkrachtbevorderende transdiagnostische interventies
 - > Transdiagnostische rol gezonde persoonskenmerken en gedragingen
 - > **Welbevinden** beschermt tegen ontwikkeling van problemen
- > **3.4 Recente transdiagnostische ontwikkelingen**
 - > Samenvoegen en onderling integreren van afzonderlijke protocollen:
 - > Transdiagnostische insteek op dit moment sterkst bij **unified protocol**
 - > Een netwerkmodel voor psychopathologie:
 - > Andere benadering: **netwerkmodel**, met daaraan gekoppeld **netwerkanalyse**. Veel belang gehecht aan intensieve registratie van symptomen en andere relevante gegevens, zoals met **Experience Sampling Method** (ESM). Hiermee **symptoomclusters** te vinden

Ethiek

PDF Hoofdstuk 1 Ethische codes voor psychologen (Karel Soudijn)

- > **Beroepscode**: regels waaraan professionals zich behoren te houden
- > Beroepscode afgeleid van **beroepsethiek**
- > In code APA onderscheid tussen **algemene principes** en **ethische standaards**
- > In NL en BE beroepscode vergelijkbare thema's
- > Beroepscode variëren tussen landen, afhankelijk van bijvoorbeeld wetgeving
- > Aan begin van beroepscode meestal **preambule**
- > Uitgangspunten NL preambule:
 - > Werk van psychologen raakt aan uiteenlopende belangen, die ermee gediend zijn dat psychologen zich aan regels houden
 - > In concrete situaties kunnen regels strijdig zijn. Psychologen moeten dan zelf afweging maken
 - > Binnen beroepsgroep moet keuze geëxpliciteerd kunnen worden
- > Behandeling van klachten bij NIP door College van Toezicht
- > Voor psychologen met BIG-registratie naast verenigings- ook wettelijk tuchtrecht

PDF Beroepscode voor psychologen van het NIP 2015

- > **Algemeen deel**
 - > Algemeen
 - > Begrippen
 - > Algemene bepaling
 - > Zorgvuldigheid
 - > Bijzondere omstandigheden
 - > Onverenigbaarheid van codeartikelen
 - > Afwijken van de beroepscode
 - > Afwijken van de beroepscode vanwege specifieke wettelijke regels
 - > Wettelijke vereiste nakoming van de opdracht
 - > Vertegenwoordiging van de cliënt
 - > Minderjarige cliënt
 - > Informatie aan de ouder zonder gezag
 - > Meerderjarige wilsonbekwame cliënt
- > **De basisprincipes**
 - > Verantwoordelijkheid
 - > Integriteit
 - > Respect
 - > Deskundigheid
- > **Richtlijnen ter uitwerking van de basisprincipes**
 - > Verantwoordelijkheid
 - > De kwaliteit van het beroepsmatig handelen
 - > Continuïteit van het beroepsmatig handelen
 - > Voorkomen en beperken van schade
 - > Voorkomen van misbruik
 - > De psycholoog en zijn werkomgeving
 - > Verantwoording
 - > Integriteit

- > Betrouwbaarheid
 - > Eerlijkheid
 - > Rolintegriteit
- > Respect
 - > Algemeen
 - > Autonomie en zelfbeschikking
 - > Vertrouwelijkheid
 - > Gegevensverstrekking
 - > Rapportage
- > Deskundigheid
 - > Ethische reflectie
 - > Vakbekwaamheid
 - > De grenzen van het beroepsmatig handelen

Deel 2 Diagnostiek en behandeling vanuit verschillende theoretische benaderingen

4. Farmacotherapie en andere niet-psychotherapeutische behandelvormen

- > Mens is biopsychosociale eenheid, waarbij biologisch substraat niet is los te koppelen van geest en sociale omgeving
- > Behandeling van een van deze eenheden heeft gevolgen voor elk van de andere
- > **4.1 Psychofarmacologische interventies**
 - > Biologisch-psychiatrische aangrijpingspunten van behandeling zijn integraal onderdeel van algehele behandeling waarin zowel geest als sociale omgeving een rol speelt
 - > **Psychotrope stoffen**: hebben tot doel denken, voelen, willen en handelen te beïnvloeden
 - > Psychofarmaca vormen hiervan belangrijkste categorie
- > **4.2 Algemene werkingsprincipes van psychofarmaca**
 - > **Farmacokinetiek**:
 - > Betreft vraag wat lichaam doet met geneesmiddel
 - > **Absorptie**: inname via mond -> via maag-darmstelsel in bloed -> transport naar hersenen
 - > **Bloed-hersenbarrière** zorgt dat stoffen niet zomaar hersenen kunnen bereiken
 - > Na absorptie **verdeling**: verspreiding middel over lichaam
 - > Bij sterke binding aan bloedewit moeilijker verlaten van bloedbaan
 - > Tenslotte **metabolisme** (afbraak door lichaam) of **uitscheiding**
 - > Lever is belangrijkste plaats voor metabolisme, door leverenzymen waarvan **P450-systeem** belangrijkste is
 - > **Halfwaardetijd**: tijd die lichaam nodig heeft om concentratie in bloed tot helft terug te brengen
 - > **Farmacodynamiek**:
 - > Effect van geneesmiddel op lichaam
 - > Effect door binding met receptoren op celmembraan of door receptor te blokkeren
 - > Receptor voor psychotrope stoffen meestal **neurotransmitter**
 - > **Dosis-responscurve**: betreft relatie tussen hoeveel stof en effect ervan
 - > **Smalle therapeutische index**: effectieve concentratie dicht bij toxische **bloedspiegel**
 - > Klinische werkingsprincipes:
 - > Behandelaar moet zich bewust zijn van klinische werkingsprincipes
 - > Wat stof in lichaam doet, interactie met andere medicijnen, alternatieve behandelvormen, nut van onderhoudsbehandeling, invloed op cognitief functioneren, interactie stoornis en klinisch geneesmiddelengebruik, gezondheid cliënt
- > **4.3 Soorten psychofarmaca**
 - > Zes categorieën, in NL beschreven in **Farmacotherapeutisch Kompas**
 - > Antipsychotica:
 - > Indeling: **antipsychotica (neuroleptica)** normaliseren. Te verdelen in **typische antipsychotica** en moderne **atypische antipsychotica** (minder bewegingsstoornissen door selectiever beïnvloeding dopaminerge receptorsysteem)
 - > Werkingsmechanisme: blokkade van verschillende dopaminereceptoren. Bij psychosen antipsychotica met hoge potentie, die met name D2-receptoren blokkeren

- > Indicaties: stoornissen in denken en waarneming, onrust bij organische syndromen, bipolaire stoornis, acute manie, **additiebehandeling** bij OCS
 - > Bijwerkingen: stoornissen in **extrapiramidale systeem** leiden onder meer tot **parkinsonisme**. Andere belangrijke extrapiramidale bijwerkingen: dystonieën, akathisie, tardieve dyskinesieën. Bij atypische komt **metaboolsyndroom** veel voor. Zeldzaam is maligne **neurolepticumsyndroom**
 - > Besluit: relatief veilig. Bij bezwaren eventueel **depottoedieningen**
- > Antidepressiva:
 - > Indeling: **antidepressiva** te verdelen in werking via noradrenalinereceptor of via serotoninereceptor. Tweede verdeling:
 - > **Tricyclische antidepressiva TCA**
 - > **Selectieve serotonineheropnameremmers SSRI**
 - > Moderne antidepressiva (niet-TCA en niet-SSRI)
 - > **Monoamineoxidaseremmers MAO-remmers**
 - > Werkingsmechanisme: verbeteren neurotransmissie en prikkelen receptor rechtstreeks. **Down-regulation**: door verhoogde concentratie van neurotransmitter neemt aantal receptoren en gevoeligheid af. Hierdoor normalisering evenwicht
 - > Indicaties: vooral bij depressieve stoornissen, maar ook angststoornissen, PTSS, agressie, OCS, slaapstoornissen, pijnstoornissen, eetstoornissen
 - > Bijwerkingen: in het begin vaak gejaagdheid en onrust terwijl stemming nog niet is verbeterd. Kan samengaan met doodsgedachten en suïcidaliteit. Bij plotseling staken onttrekkingsverschijnselen als slaapklachten, agitatie, angst
 - > Besluit: ontlopen elkaar niet veel wat betreft effectiviteit. Serotonerge middelen zijn voorbeeld van veilige medicijnen, TCA's van minder veilige
- > Stemmingsstabilisatoren:
 - > Indeling: **stemmingsstabilisatoren** stabiliseren de stemming bij zowel manische als depressieve stemming. Meest bekende is lithium
 - > Werkingsmechanisme: via ionkanalen membraan zenuwcellen. Smalle therapeutische index
 - > Indicaties: belangrijkste is bipolaire stoornis. Ook gebruikt bij schizoaffectieve stoornis en borderline. Additiebehandeling bij antidepressivum
 - > Bijwerkingen: lithium is zout, en dorst, veel drinken en plassen komen vaak voor. Te hoge concentratie wordt lithiumtoxicatie genoemd
 - > Besluit: effectief middel. Nieuwe ontwikkeling bij farmacotherapie van bipolaire stoornis is gebruik atypische antipsychotica
- > Anxiolytica en hypnotica:
 - > Indeling: **anxiolytica** verminderen angst, **hypnotica** zijn slaapmiddelen, beiden komen uit groep van benzodiazepinen
 - > Werkingsmechanisme: binden zich aan benzodiazepinereceptoren, waardoor activiteit van neurotransmitter **GABA** wordt versterkt (GABA heeft remmende werking)
 - > Indicaties: angstreductie, spierverslapping, slaapverwekking, anticonvulsieve werking. Ander toepassingsgebied: bestrijden symptomen alcoholonthoudingsdelier
 - > Bijwerkingen: sufheid en slaperigheid, valrisico. Langdurig gebruik: tolerantie, afhankelijkheid, onthoudingsverschijnselen. Rekening houden met kruistolerantie, effect andere psychoactieve stoffen kan worden versterkt of andersom
 - > Besluit: langdurig gebruik moet vermeden worden, afbouw moet zeer langzaam
- > Stimulantia:
 - > Indeling: **stimulantia** hebben stimulerende werking en zijn meer in de belangstelling gekomen, door aandacht voor ADHD. Methylfenidaat meest toegepaste vorm
 - > Werkingsmechanisme: methylfenidaat werkzaam via dopaminerge zenuwcellen. Versterkt rem- en filterfunctie via dopaminerge neuronen
 - > Indicaties: ADHD. Farmacotherapie altijd te combineren met psycho-educatie
 - > Bijwerkingen: minder eetlust, gewichtsdeling, slaapproblemen, trillen, hoofdpijn, droge mond, somberheid, angst. Aan einde van de dag of bij stoppen medicatie mogelijk **reboundeffect** (symptomen in versterkte mate terug)

- › Besluit: kritiek vanwege risico overdiagnosticering en overmedicalisering
- › **4.4 Overige neurobiologische interventies**
 - › **Slaap- en waaktherapie:**
 - › Doel is herstel in slaap-waakmechanisme en normalisering opbouw slaap, met name toegepast bij depressie
 - › **Slaapdeprivatie** niet-medicamenteuze behandeling bij depressiestoornissen
 - › **Lichttherapie:**
 - › Dagelijks enkele uren helder kunstlicht bij mensen met winterdepressie
 - › **Elektroconvulsieve therapie (ECT):**
 - › Epileptisch insult opgewekt met twee elektroden. Toediening op rechter hersenhelft is voldoende voor antidepressief effect
 - › In jaren 60 onder druk door antipsychiatrie
 - › Nu niet controversieel meer: veilig en zeer effectief
 - › **Transcraniële magnetische stimulatie (TMS, rTMS)** alleen in onderzoekssituaties. Frontale functies en werkgeheugen versterkt door potentiaalveranderingen. Toegepast bij therapieresistente depressie en hallucinaties
 - › **Psychochirurgie:**
 - › Doorbraak door Moniz, experimenteerde met chimpansees
 - › **Lobotomie:** isolatie frontaalkwabben van overige hersendelen
 - › Twee methoden: **doorsnijding** (bij ernstige therapieresistente OCS) en **deep brain stimulation** (alleen bij onderzoek ernstige therapieresistente OCS en ernstige depressie)

6. Clientgerichte behandeling van psychopathologie

- › Ontstaan eind jaren 50 uit onvrede over psychoanalytische en gedragstherapeutische benadering
- › **6.1 De geschiedenis van de cliëntgerichte benadering**
 - › In mensvisie psychoanalytische benadering en gedragstherapie weinig plaats voor keuzevrijheid en zelfbeschikking
 - › Beide benaderingen sterk procedureel en mechanisch
 - › In beide hoofdstromingen verticale therapeutische relatie
 - › Derde weg met introductie cliëntgerichte benadering door Rogers
 - › Vanaf jaren 60 volwaardige psychotherapeutische hoofdstroming
 - › Vanaf jaren 80 steeds moeilijker, door stroomlijning: modules, protocollen en handleidingen. Meer nadruk op bewezen effectieve methoden. CGT sluit aan bij dit ideaal
 - › Inmiddels hernieuwde belangstelling (door onbehagen over technocratische benadering, kritiek op classificerende diagnostiek DSM-5, kritiek op privilege gerandomiseerde vergelijkende effectstudies)
 - › Meest invloedrijke alternatieve onderzoeksstrategie is **taakanalyseparadigma** (Greenberg): therapeutisch proces als serie taken, waarbij lering wordt getrokken uit bestudering van afgeronde therapieën
 - › Uit dit paradigma is Emotion-Focused Therapy voortgekomen
- › **6.2 Diagnostiek binnen het cliëntgerichte kader**
 - › Weinig probleeminventariserende diagnostiek of diagnostiek voor indicatiestelling
 - › Wel gebruik van symptoomvragenlijsten of meetinstrumenten voor interpersoonlijke probleemgebieden
 - › Meer dan bij CGT combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve evaluatiediagnostiek
 - › Therapeutisch doel van de cliëntgerichte benadering:
 - › Leven elk mens ingeperkt door **conditions of worth**, oftewel door voorwaardelijke acceptatie van buitenwereld
 - › Staat op gespannen voet met **organische zelf**, waaronder actualiseringstendens
 - › **Tendens tot zelfactualisatie** kenmerkend voor hele levensloop
 - › Psychopathologie: gestagneerde actualiseringstendens
 - › Procesgerichte therapie:
 - › Cliëntgerichte therapie synoniem met **procesgerichte therapie**
 - › Accentueert dat therapeutische effecten zich aandienen tijdens behandelcontact

- › Cliëntgerichte therapie is **holistisch**: mens met unieke levensgeschiedenis in actuele (dis)functioneren benaderd
- › **6.3 Grondhouding van de cliëntgerichte therapeut**
 - › Non-directiviteit
 - › Niet-oordelend
 - › Aansluitend bij binnenwereld patiënt
 - › **Motiverende gespreksvoering**: berust in belangrijke mate op cliëntgerichte grondhouding. Twee verschillen: gerichtheid op therapeutische doelen en gebruik verandertaal
- › **6.4 Pijlers van cliëntgerichte therapie**
 - › **Onvoorwaardelijke acceptatie**
 - › **Empathie** (door interventies Inhoudsreflecties, Empathische bevestiging (**validering**), Gevoelsreflecties, Reflecties van geuite belevingen, Reflecties van onderliggende belevingen)
 - › **Congruentie**/echtheid. Mens die behandeling zoekt kenmerkt zich door incongruentie en therapeut helpt patiënt meer congruentie te bereiken. Voorwaarde is dat therapeut zelf in toestand van congruentie verkeert (**interne congruentie**). Soms moet hij dit hardop uitspreken (**externe congruentie, transparantie**)
- › **6.5 Emotion-Focused Therapy (EFT)**
 - › Non-directiviteit kan patiënten laten verdwalen. Dan is **procesdirectiviteit** nodig
 - › Greenberg: **Emotion-Focused Therapy (EFT)** combineert inzichten uit emotietherapie met cliëntgerichte gedachtegoed
 - › EFT is ervaringsgerichte, procesdirectieve vorm van psychotherapie
 - › EFT benadrukt cruciale rol van emoties voor psychische overleving: ze zijn intentioneel en impliceren actietendenties
 - › Mensen gemotiveerd door zoektocht naar zin en betekenis
 - › Greenberg: reactie op stress en dreiging met verkeerde emoties belangrijke oorzaak en in stand houdende factor psychopathologie
 - › **Primaire adaptieve emoties**: gezond, helpen om direct juiste actie te ondernemen
 - › **Disfunctionele primaire emoties**: direct, maar ongezond, aangeleerde reacties die voortkomen uit vroegere ervaringen
 - › **Secundaire emoties**: emotionele reacties op emotionele reacties. Verbloemen natuurlijke primaire emotie en zijn inadequaat
 - › EFT gebruikt procesdirectieve technieken zoals lege-stoeltechniek en **dubbele-stoeltechniek**
- › **6.6 Effectiviteit**
 - › Cliëntgerichte therapie past niet goed bij stroomlijning en standaardisering
 - › Klassieke kernelementen van cliëntgerichte therapie wel degelijk uitgebreid onderzocht
 - › In meta-analyse positieve en redelijk sterke samenhang tussen kernelementen cliëntgerichte benadering en behandelsucces
 - › Ook **allegiance** vastgesteld: bevooroordeeldheid van onderzoekers
 - › Gemiddeld is CGT verwaarloosbaar effectiever dan HEP (humanistisch-experiëntiële psychotherapieën)

- > CGT kent twee belangrijke componenten: de gedragstherapeutische en de cognitieve
- > CGT in verschillende vormen aangeboden, en er zijn stromingen met eigen accenten
- > **7.1 Theoretisch kader**
 - > Gedragstherapie:
 - > Ontstaan in jaren 50/60 als reactie op heersende psychodynamische visie
 - > Leertheorie gaat ervan uit dat ongewenst gedrag aangeleerd is door **klassieke conditionering** en **operante conditionering**
 - > Gedrag is ook af te leren. Door klassieke conditionering aangeleerde associaties kunnen worden uitgedoofd (**extinctie**)
 - > De cognitieve theorie:
 - > **Cognitieve revolutie** als gevolg van kritiek op puur gedragsmatige aanpak
 - > Cognitieve benadering kent vier niveaus cognities:
 - > **Basisschema's**

- > **Conditionele assumpties**
 - > **Strategische ideeën**
 - > **Automatische gedachten**
 - > Beck: psychopathologie door problemen in informatieverwerking
 - > Doel cognitieve therapie: hypervalentie basisschema's of basisschema's zelf veranderen
 - > Moeilijk te veranderen door **confirmation bias**
 - > Therapie heet cognitief, maar betreft ook emoties: **hot cognitions**
- > Het samenspel van gebeurtenissen, gevoelens, gedachten en gedrag:
 - > In loop der jaren bleek combinatie mogelijk van 'anders leren denken' en 'anders leren doen'
 - > Effecten benaderingen versterken elkaar
 - > Maakt niet veel uit waar je begint: gevoelens, gedachten of gedrag
- > **7.2 Basisprincipes van cognitieve gedragstherapie**
 - > CGT is probleem-georiënteerd en legt de nadruk op het heden
 - > CGT is kortdurend en afgebakend
 - > CGT benadrukt de samenwerking tussen cliënt en therapeut
 - > CGT vraagt om een actieve houding
 - > CGT-sessies zijn gestructureerd
 - > CGT ziet registratie als essentieel onderdeel van de behandeling
 - > CGT leert de cliënt hoe deze zijn eigen therapeut kan zijn
 - > CGT legt expliciete nadruk op terugvalpreventie
 - > CGT ziet psychopathologie als een extreme vorm van normaal gedrag
- > **7.3 Diagnostiek**
 - > Diagnostiek belangrijk binnen CGT, om tot definitie probleem te komen en om effect behandeling te evalueren
 - > Aandacht voor classificerende, beschrijvende en verklarende diagnostiek
 - > Vragenlijsten en tests:
 - > Diverse vragenlijsten en tests voor verschillende domeinen CGT-model
 - > Naast manieren om gedachten, attitudes en schema's vast te stellen ook methoden om processen informatieverwerking in kaart te brengen
 - > Observatie en registratie:
 - > Kan zinvol zijn cliënt dagboek te laten bijhouden, of gedrag te registreren met telapparaat
 - > Probleemanalyse:
 - > **Holistische theorie**: bij **macroanalyse** worden probleemgedragingen met vergelijkbare functie geclusterd en hypothesen opgesteld over causale relaties tussen clusters
 - > **Functieanalyse**: bij **microanalyse** wordt gedrag binnen specifiek probleemgebied verder geanalyseerd, bijvoorbeeld met driefactorenmodel (bijvoorbeeld Sd, CER, CAR, ↓C-)
 - > **Casusconceptualisatie**: om beeld te krijgen van disfunctionele gedachten en schema's
- > **7.4 Behandeling**
 - > Therapeut legt **rationale**, idee achter behandeling, voor aan cliënt
 - > Therapeut heeft keus uit diverse technieken
 - > Operante technieken:
 - > Klassiek voorbeeld op basis van bekrachtiging en uitdoving of bestraffing: **token economy**: therapeut geeft tokens voor gewenst gedrag
 - > Nu minder toegepast doordat behandeling vaker ambulant is
 - > Ander voorbeeld is **gedragsactivatie**, bij behandeling depressieve stoornissen: bekrachtiging, gebaseerd op leertheoretisch model van **Lewinsohn** (uitgangspunt dat depressie ontstaat/in stand wordt gehouden door tekort aan gedrag dat plezier en voldoening geeft)
 - > Specifiek plannen vergroot kans dat iemand geplande activiteiten uitvoert (**stemmingsonafhankelijk plannen**)
 - > Exposure:
 - > Blootstelling aan situaties en stimuli die spanning en angst oproepen
 - > **Exposure in vivo, exposure in vitro** (of **imaginaire exposure**)
 - > Bij exposure in vivo eventueel **graduele exposure**, meestal volgens **angsthiërarchie**
 - > Ook mogelijk: **flooding**, cliënt meteen blootgesteld aan meest gevreesde stimulus

- › Exposure in vivo zeer effectief. Lange tijd gedacht dat effect bereikt werd door **habituatie**, maar belangrijker is dat verwachtingen cliënt geschonden worden: **expectancy violation**
 - › Niet bedoeling oorspronkelijke associatie te vervangen, maar die minder geloofwaardig te maken: **inhibitair leren**
 - › Variant: **exposure met responspreventie**, bij behandeling verslavingen, eetstoornissen en dwangstoornissen
 - › Doel is uitdoven respons door cliënt te verbieden dwanghandeling uit te voeren
 - › Exposure ook te gebruiken in behandelingen voor verwerking negatieve ervaringen (PTSS, pathologische rouw)
 - › Soms ontspanningsoefeningen toegevoegd (**systematische desensitisatie** of **relaxatie**)
 - › Cognitieve technieken:
 - › Kerninterventies:
 - › Identificeren van disfunctionele automatische gedachten
 - › Toetsen en veranderen automatische gedachten door uitdagingen en experimenten
 - › Identificeren, evalueren en ombuigen beperkende assumpties en kerngedachten
 - › Therapeut vraagt cliënt problematische situaties in kaart te brengen aan de hand van vier G's
 - › **Hot cognition** geselecteerd, die wordt aan kritisch onderzoek onderworpen
 - › Gebruik gemaakt van **guided discovery** en **socratische dialoog**
 - › Andere methode om opvattingen op houdbaarheid te onderzoeken is **gedragsexperiment** of **rollenspel**
 - › Onderliggende assumpties en gedachten geïdentificeerd met **neerwaartse pijltechniek**
 - › Terugvalpreventie:
 - › Terugvalpreventie loopt als rode draad door therapie
- › **7.5 Effectiviteit**
- › CGT meest onderzochte en gevalideerde vorm van psychotherapie
 - › CGT effectief bij veel psychische problemen
 - › Sterke kant van CGT ligt in langetermijneffecten
 - › CGT voorkeursbehandeling voor diverse aandoeningen
- › **7.6 (Contra-)indicaties**
- › Duidelijke motivatie om iets aan klachten te doen voorwaarde
 - › Cliënt moet in staat zijn gedachten te verwoorden
 - › CGT ook effectief bij psychotische problematiek
 - › Lage intelligentie wel contra-indicatie
 - › Ongunstige factoren: moeilijk kunnen samenwerken, extreem passieve houding, ontbreken van daginvulling
- › **7.7 Nieuwe ontwikkelingen**
- › Schematherapie:
 - › **Schematherapie** uitbreiding op CGT
 - › Ontwikkeld voor chronische problematiek met wortels in jeugd
 - › Focus op experiëntiële technieken en contact met gevoel
 - › Veel belang gehecht aan therapeutische relatie, correctie van zaken die in jeugd misgingen
 - › Actief gewerkt aan opbouwen nieuwe, gezonde schema's
 - › Belangrijkste toepassingsgebieden: persoonlijkheidsstoornissen, chronische depressieve stoornissen, chronische eetstoornissen
 - › Derdegeneratie-CGT:
 - › Volgt op klassieke gedragstherapie en cognitieve therapie
 - › Richt zich op effectief leren omgaan met cognities en emoties zonder deze rechtstreeks te willen veranderen
 - › Gebruik van experiëntiële technieken
 - › Bekendste vormen: **MBCT**, **ACT**
 - › Technologische innovaties:
 - › CGT-technieken aan te bieden onder nieuwe omstandigheden. Voorbeelden: gebruik van **virtual reality** bij fobische klachten, **blended behandelingen**

8. Interpersoonlijke therapie

- › Rationale van **interpersoonlijke psychotherapie** bij depressieve stoornissen is dat stoornis samenhangt met wegvallen of verstoord raken van belangrijke relaties
- › In toenemende mate toegepast buiten depressieve stoornissen (zoals bipolaire en eetstoornissen)
- › Anders dan andere behandelingen: richt zich expliciet op verbetering in relatie met anderen in plaats van op intrapsychische veranderingen
- › **8.1 Theoretische achtergrond**
 - › Psychiatrische symptomen volgens IPT te begrijpen in interpersoonlijke context
 - › Sociale steun belangrijk als buffer tegen depressieve stoornis
 - › Interpersoonlijke conflicten hebben depressogeen effect
 - › Of stoornis ontstaat hangt af van interactie genetische, biologische, persoonlijkheids- en sociaaleconomische factoren
- › **8.2 Effectiviteit**
 - › Effectiviteit IPT bevestigd in twee meta-analyses
 - › NL onderzoek: werkzaamheid vergelijkbaar met medicatie
 - › Vooral effectief bevonden bij behandeling acute depressieve stoornissen
 - › Zeer geschikt voor toepassing POH en basis-ggz
- › **8.3 Behandeling**
 - › Fase 1: diagnostiek en vaststellen van het probleem:
 - › Moet leiden tot behandelcontract. Zes doelen moeten bereikt worden:
 - › Stellen van diagnose
 - › Creëren van goede werkrelatie
 - › Inventarisatie van relatie met belangrijke anderen
 - › Bij voorkeur met **sociogram**
 - › Verband leggen tussen belangrijke gebeurtenis en verandering in stemming
 - › Welke **life events** deden zich voor, voorafgaand aan depressie stoornis
 - › Vaststellen van een behandelprobleemgebied
 - › Vier probleemgebieden: rouw, interpersoonlijk conflict, interpersoonlijke rolverandering, interpersoonlijk tekort
 - › Twee voorwaarden: probleemgebied gerelateerd aan ontstaan van stoornis en affectief geladen
 - › Overeenstemming bereiken over behandelcontract
 - › Fase 2: de eigenlijke behandeling:
 - › Rouw
 - › Als verlies leidt tot depressieve stoornis bijna per definitie **pathologische rouw**
 - › Doelen: vastgelopen rouwproces op gang brengen, zinvolle invulling leven of vervanging voor verloren relatie vinden
 - › **Interpersoonlijk conflict**
 - › Vaststellen met wie patiënt conflict heeft en in welke fase conflict zich bevindt
 - › Conflictfasen: **onderhandelings- of escalatiefase**, crisis, hierna meestal oplossing, maar bij depressieve stoornis meestal **impasse**
 - › Als helder is wat cliënt wil, streven naar onderhandelingsfase
 - › Vaak **communicatieanalyse** nodig
 - › Patiënten met depressieve stoornis vaak last van **tunnelvisie**
 - › **Interpersoonlijke rolverandering**
 - › Gaat vaak om overgangen verschillende levensfasen
 - › Doelstelling is helder krijgen wat verloren is gegaan
 - › Nagaan wat eisen nieuwe rol zijn en welke vaardigheden nodig zijn
 - › Aangaan nieuwe contacten belangrijk onderdeel
 - › **Interpersoonlijk tekort**
 - › Moeite met starten of onderhouden betekenisvolle relatie
 - › Doelen: nagaan welke relaties bestonden, moeilijkheden en positieve kanten relaties exploreren, gevoelens huidige relaties bespreken
 - › Gericht op vergroten en verbeteren sociaal netwerk
 - › Bij dit probleemgebied ook verleden betrokken
 - › Ook therapeutische relatie gebruikt als actuele interpersoonlijke relatie
 - › Fase 3: afsluiten van de behandeling:

- › Metafoor van herpesvirus: vaak sluimerend aanwezig, verdwijnt nooit
 - › Van belang voor hulpverlening: niet alleen suïcidaliteit behandelen, maar patiënt ook helpen zich te wapenen tegen volgende suïcidale episode
 - › Periode met hoogste risico is vlak na ontslag
 - › Suïcidaliteit en karakter:
 - › Kwetsbaarheid voor suïcide ook te zien als persoonlijkheidskenmerk. Weerspiegelt stoornissen in affectregulatie. Enkele dimensies:
 - › Relationale problemen: negatief zelfbeeld ontwikkeld, zelf relationele problemen, hierdoor suïcidale verlangens en gedrag uitgelokt
 - › Hulpeloosheid: aangeleerde hulpeloosheid kan verbindende schakel zijn tussen diverse levensgebieden
 - › Affectregulatie: suïcidale personen vaak niet bewust van eigen emotionele reacties en moeite met controleren impulsen
 - › Impulsiviteit: mensen bij wie impulsiviteit sterker is ontwikkeld, lopen hoger risico suïcidegedachten om te zetten in gedrag. Bijna altijd voorafgaand suïcidaal proces
 - › **Dichotoom denken**: verwoording in alles-of-nietstermen, ook van eigen zelfbeeld, met voorkeur voor negatieve evaluatie
 - › Rigiditeit
 - › Overgeneraliseren
 - › Krenking: narcisme is elke mentale activiteit die zorgt dat zelfbeeld in stand wordt gehouden. Schiet dit tekort, dan aantasting zelfbeeld. Suïcide kan dan manier zijn om zelfbeeld blijven te beschermen tegen verder verlies
 - › Suïcidaliteit als reactie op bedreigde belangen:
 - › Suïcidaliteit kan begrepen worden als reactie op geblokkeerde belangrijke doelen
 - › Cognitief-motivationele benaderingen richten zich op verlies van belangrijke waarden
 - › Ontsnappen aan de toekomst:
 - › Gevoel dat toekomst verschrikkelijk zal zijn. Negatieve gebeurtenissen worden veel beter herinnerd dan positieve
 - › Suïcidaliteit als een vorm van zelfkwellend piekeren:
 - › Zelfkwellend piekeren: intrusief repeteren van suïcidegedachten lijkt op rumineren. Gezelschap van vreselijke gedachten is een van de grootste kwellingen. Ander element: onzekerheid over de toekomst en overgeneralisering
 - › Piekeren in beelden en dwangmatige voorstellingen: intrusieve beelden fungeren als mentale voorbereiding op laatste handeling. **Flashforwards**: voorstellingen van eigen zelfdoding. Mogelijk behandelbaar met EMDR of **imagery rescripting**
 - › Suïcidaliteit als zelfbescherming:
 - › Suïcide meestal wanhoopskeuze. Mogelijkheid suïcide te plegen beschermingslinie tegen alternatief van doorgaan met leven en laatste daad van autonomie
 - › Taak hulpverlener betere vormen van zelfbescherming te vinden
 - › Suïcidaliteit als communicatie:
 - › Denken aan suïcide weerspiegelt vaak isolement, soms ook boodschap aan geliefde (verlaat mij niet)
 - › Omgeving voelt zich soms aangesproken en gemanipuleerd
- › **3.3 Het suïcidaal proces**
 - › Convergentie benaderingswijzen naar procesmodel waarin wisselwerking kwetsbaarheid, persoonlijkheid, uitlokkende gebeurtenissen en piekeren centraal staan
 - › Uiteindelijk suïcidale crisis
 - › Kenmerkend voor suïcidaal proces is heen en weer geslingerd worden tussen hoop en hopeeloosheid
- › **3.4 Waarom plegen zoveel mensen géén suïcide**
 - › Op niveau patiënt lijken interne hulpbronnen doorslaggevend: affectregulatie, impulscontrole, vermogen tot relativeren, flexibiliteit, ontwikkeld zelf, besef dat ander te vertrouwen is
 - › Op niveau omgeving volgende beschermingsfactoren:
 - › Een begripvol contact met een medemens
 - › Familie, partner en vrienden
 - › Afwezigheid van middelen

- > Religie
- > Jonge kinderen (wel preventief bij vrouwen, niet bij mannen)
- > Een goed bereikbare en deskundige gezondheidszorg

PDF Hoofdstuk 4 Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten

- > **4.1 Inleiding**
 - > Overzicht van nationale en internationale richtlijnen voor behandeling
- > **4.2 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag**
 - > Multidisciplinaire richtlijn (MDR) geeft vijf algemene principes:
 - > Contact maken
 - > Betrekken van naasten
 - > Systematisch onderzoek van suïcidaliteit
 - > Systematische behandeling van suïcidaliteit
 - > Veiligheid en continuïteit van zorg
- > **4.3 Contact maken**
 - > Hoe positiever werkrelatie, hoe sterker preventief effect van behandeling
 - > Spreken over suïcide brengt patiënten niet op gedachten
 - > Advies: op open, niet-veroordelende manier spreken over suïcidaliteit
- > **4.4 Betrekken van naasten**
 - > Naasten geven informatie en bieden hulp bij opvang en begeleiding
 - > In NL te grote terughoudendheid naasten te betrekken
- > **4.5 Systematisch onderzoek van suïcidaliteit**
 - > Eerste stap in behandeling is onderkennen dat patiënt aan suïcide denkt
 - > Langdurige en momentane risicofactoren:
 - > Inventariseren van beschermende en risicofactoren
 - > Cruciaal is hoe vaak en intens patiënt over zelfdoding denkt, of hij beelden heeft, of er al plannen zijn gemaakt, hoe suïcidaal hij in het verleden is geweest
 - > Aanbevolen gebruik te maken van CASE-interviewschema
 - > Risicovolle momenten:
 - > Eerste weken van opname, onbegeleid verlof, laatste weekend voor ontslag
 - > Veranderingen in behandelsetting
 - > Suïcide van medepatiënt
 - > Gebruik vragenlijsten:
 - > Vragenlijsten als hulpmiddel bij beoordelen ernst suïcidaliteit
 - > Beschikbare vragenlijsten bijvoorbeeld SSI, SIDAS en VOZZ
 - > Wilsbekwaamheid:
 - > Beoordeling wilsbekwaamheid als patiënt mogelijk zichzelf nadeel berokkent
 - > Beoordeling door arts
 - > Afweging en structuurdiagnose:
 - > Afweging is aan klinisch oordeel behandelaar
 - > Niet pluis-gevoel belangrijke voorspeller
 - > MDO belangrijk
 - > Proces mondt uit in **structuurdiagnose**: formulering van suïcidale toestand en belangrijkste stress- en kwetsbaarheidsfactoren, werkhypothese over ontstaan en instandhouding suïcidaal gedrag en over mate waarin patiënt in staat is eigen belangen te overzien
 - > Uit diagnostische formulering volgen prognose, indicatiestelling, behandelplan en veiligheidsplan
 - > Dossiervorming
 - > Veiligheid en Veiligheidsplan:
 - > **Veiligheidsplan**: serie afspraken en interventies die beogen dat patiënt veilig is
 - > Klinische opname:
 - > Bij verhoogd risico afweging of opname nodig is of ambulante behandeling verantwoord is
 - > Als patiënt hulpverlening afhoudt kan gedwongen opname overwogen worden
 - > Alert blijven
- > **4.6 Systematische behandeling van suïcidaliteit**
 - > Psychotherapie

- › Richtlijnen: behandeling eerst richten op beïnvloedbare risicofactoren
 - › Expliciet aandacht geven aan ideaties, plannen en impulsen
 - › Therapeutische aanpak, psycho-educatie, crisis- en signaleringsplannen
 - › In de praktijk bijna altijd mix van therapievormen
 - › Medicatie en ECT
 - › Richtlijnen: psychofarmaca in kleine hoeveelheden en voor korte termijn
 - › Lithium bij unipolaire en bipolaire stoornis, clozapine bij schizofrenie en andere psychotische stoornissen
 - › ECT effectief bij ernstige en therapieresistente depressies
- › **4.7 Veiligheid en continuïteit van zorg**
 - › Veiligheid en continuïteit
 - › Veranderingen in zorgsoort bekend risicomoment. Continuïteit belangrijk
 - › Na ontslag wenselijk dat klinische en ambulante behandelaar behandelbeleid opstellen
 - › Kenmerkend voor continuïteit is dakpanprincipe
 - › Non-compliance met de behandeling
 - › Aangeraden actieve, outreachende houding aan te nemen
- › **4.8 Non-suïcidecontracten**
 - › Geen onderzoek naar werkzaamheid van non-suïcidecontracten
 - › Nadelen: belemmering open communicatie, indruk dat met maatregelen gereageerd wordt, vals gevoel van veiligheid
- › **4.9 Na een suïcide**
 - › Altijd gesprekken met behandelaren aanbieden aan naasten
- › **4.10 Tot besluit**
 - › Aanbeveling om suïcidale ideaties en gedrag speciale aandacht te geven in behandeling van psychiatrische aandoeningen en emotionele problemen

PDF Hoofdstuk 5 Systematische beoordeling van het suïciderisico: de wanhoop bespreken

- › **5.1 Inleiding: de kans op suïcide**
 - › Suïcide moeilijk voorspelbaar, wel mogelijk groepen te identificeren met grotere kans op suïcide
 - › **Distale risicofactoren**: zaken die al lange tijd spelen, **proximale risicofactoren**: spelen in de aanloop tot suïcide
 - › Langetermijnrisicofactoren identificeren groepen met grotere kans
 - › Kortetermijnpredictie bijna onmogelijk
- › **5.2 Langdurige kwetsbaarheidsfactoren**
 - › Belangrijk overzicht te maken van factoren die al geruime tijd spelen:
 - › Bij depressie: langdurige hopeloosheid, schuld, laag gevoel van eigenwaarde, op korte termijn angst, paniek, rumineren, slapeloosheid
 - › Bij psychotische stoornissen: depressie, afhankelijkheid van middelen, paranoïde wanen, eenzaamheid, onvrede over relaties, eerdere pogingen, suïcide in familie
 - › Bij afhankelijkheid van middelen: oudere depressieve mannen die aan alcohol verslaafd zijn vormen risicogroep. Depressie belangrijkste aanjager van risico
 - › In detentie: geassocieerd met hogere leeftijd, alleenwonend, zonder vaste woon- of verblijfplaats, preventief gehecht
 - › Bij persoonlijkheidsstoornissen: comorbiditeit verhoogt risico, depressie verdiept suïcidale gedachten, middelengebruik belangrijke aanjager. In voorgeschiedenis vaak seksueel misbruik en geweld
- › **5.3 Langdurige beschermingsfactoren**
 - › Sterke religieuze betrokkenheid
 - › Vrouwen met kleine kinderen
- › **5.4 Eerdere suïcide-ideatie en suïcidaal gedrag**
 - › Verleden met meerdere pogingen sterke aanwijzing voor langdurige kwetsbaarheid
- › **5.5 Huidige suïcide-ideatie**
 - › Uitvragen van suïcidedachten kern van contact met patiënt
 - › Vragenlijsten om ernst ideatie te meten: SSI, BHS, SIDAS
- › **5.6 Risicomomenten**

- > Vlak na ontslag uit klinische opname
 - > Eerste weekend op opnameafdeling
 - > Suïcide van medepatiënt
 - > Onrust in behandelteam
- > **5.7 Actuele kwetsbaarheids- en beschermingsfactoren**
 - > Mobiliseren familie, vrienden etc. verhoogt bescherming
 - > Continuïteit van zorg mogelijk belangrijkste beschermingsfactor
- > **5.8 De wanhoop bespreken**
 - > Regelmatige en nauwkeurige inventarisatie suïcidaliteit patiënt eerste belangrijke stap
 - > Eerste en belangrijkste vraag is die naar wanhoop van patiënt
 - > Aanbevolen wordt zich gedetailleerd beeld te vormen van suïcidedgedachten
 - > In het algemeen geldt: hoe nauwkeuriger en specifiek nagedacht over suïcide en hoe duidelijker het plan, des te meer suïcide mogelijkheid is
 - > Mate van suïcide-ideatie:
 - > Lichte mate: af en toe vluchtige gedachten, geen plan
 - > Ambivalentie: wil zowel suïcide plegen als leven
 - > Ernstige mate: heeft methoden overwogen en plan gemaakt, voelt zich wanhopig
 - > Zeer ernstige mate: wanhopig, kan alleen nog aan suïcide denken, uitgebreid plan, geen oog voor consequenties achterblijvers, emotioneel ontredderd
- > **5.9 Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten**
 - > Korte zelfrapportagelijst voor suïcidedgedachten: de Suïcidal Ideation Attributes Scale (SIDAS):
 - > Voor terugkerende snelle meting van ernst of voor gebruik als ROM-instrument
 - > Na een suïcidepoging:
 - > Raadzaam motieven voor poging te inventariseren
 - > Hulpmiddel is lijst van motieven van Bancroft
 - > Daarnaast Beck Suicide Intent Scale en VOZZ
- > **5.10 Overzicht beoordeling van suïcidaliteit in de ggz**
 - > Beknopt overzicht van aanbevelingen:
 1. Vooraf: verzamel informatie, zoek en vraag naar eerdere suïcidaliteit
 2. Maak contact
 3. Onderzoek actuele situatie
 4. Onderzoek recente voorgeschiedenis
 5. Onderzoek ruimere en persoonlijke geschiedenis
 6. Formuleer toekomstverwachting op basis van 3, 4 en 5
 7. Maak diagnostische formulering en veiligheidsplan

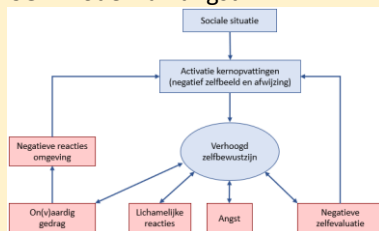
9. Angststoornissen

- > Eén op vijf Nederlanders ooit last van angststoornis
- > **9.1 Diagnostiek**
 - > Betrouwbaarste manier van DSM-classificeren is gestructureerd interview (zoals SCID-I, ADIS-IV)
 - > Naast diagnostische interviews zelfrapportagevragenlijsten voor aanvullende informatie over ernst en gerelateerde verschijnselen
- > **9.2 Behandeling**
 - > Zowel farmacologische als psychologische behandelingen als combinaties werkzaam
 - > CGT psychologische behandeling van eerste voorkeur
 - > Farmacotherapie:
 - > Antidepressiva eerste voorkeur bij angststoornissen
 - > Ondersteuning voor werkzaamheid SSRI's
 - > Daarnaast **serotonine-norepinephrineheropnameremmers (SNRI's)** effectief
 - > SSRI en SNRI voorkeur boven TCA en MAO-remmers: minder bijwerkingen en minder gevaarlijk bij overdosering
 - > Psychologische behandeling: cognitieve gedragstherapie:
 - > Diagnostiek tijdens behandeling:
 - > Vanaf begin registratieopdrachten. Leidt vaak al tot afname angst
 - > Analyse specifieke angstklachten met betekenis- en functieanalyses
 - > BA: problematische situaties of emoties, FA: probleemgedrag en negatieve gevolgen

- › Op korte termijn combinatie met antidepressiva effectiever
- › **9.4 Agorafobie**
 - › Model:
 - › Gekenmerkt door vermijden van situaties waarin het moeilijk is weg te gaan of waarin geen hulp beschikbaar is als men panieksymptomen krijgt
 - › Als vermijding niet mogelijk, dan doorstaan met angst
 - › Meestal gekoppeld aan paniekstoornis
 - › Ook bij agorafobie dynamiek van klassieke en operante conditionering
 - › Behandeling:
 - › Exposure in vivo belangrijkste interventie
 - › Effectiviteit:
 - › Geen onderzoek naar behandeling van alleen agorafobie

9.5 Sociale-angststoornis

- > Model:
 - > Aanhoudende angst voor contacten of situaties waarin kans bestaat dat ze beoordeeld worden
 - > Vaak vermijdings- of veiligheidsgedrag toegepast
 - > Ontstaat vaak door klassieke conditionering. Zowel referentiële en sequentiële associaties mogelijk
 - > In stand gehouden door operante conditionering, door vermijding en veiligheidsgedrag
 - > Overmatige bewustheid van zichzelf: **zelfgerichte aandacht**
 - > CGT-model van angst:



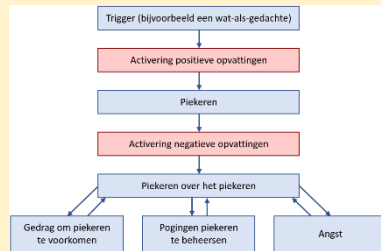
- Behandeling:
 - Naast cognitieve herstructurering en gedragsexperimenten, specifieke interventie gericht op zelfgerichte aandacht: **taakconcentratietraining**
- Effectiviteit:
 - CGT is werkzame behandeling voor sociale-angststoornis

9.6 Specifieke fobie

- › Model:
 - › Hardnekkige angst voor dieren, natuurverschijnselen, verwondingen
 - › Neutrale stimulus (CS) wordt voorspeller van aversieve gebeurtenis (US/UR). Bij confrontatie met stimulus wordt negatieve verwachting geactiveerd, wat leidt tot angstreactie (CR)
- › Behandeling:
 - › Behandeling bestaat volledig uit exposuretherapie
- › Effectiviteit:
 - › Exposure aangewezen behandeling. In vivo werkt op korte termijn het beste

9.7 Gegeneraliseerde-angststoornis

- > Model:
 - > Overmatige angst en moeilijk te beheersen gepieker
 - > Piekeren opgevat als strategie om manieren te vinden om met mogelijk bedreigende situaties om te gaan
 - > Strategie (R) bekrachtigd als piekeren tot oplossingen leidt, maar ook als catastrofe uitblijft (Sr-pos)
 - > Veel piekeren, daarom vindt bekrachtiging veel plaats
 - > Als piekeren als negatief wordt gezien, kan GAS ontstaan
 - > Behandeling gericht op wijzigen metacognitieve opvattingen over piekeren
 - > CGT-model van GAS:



- > **Behandeling:**
 - > Interventies gericht op metacognitieve opvatting dat piekeren onbeheersbaar is, op opvattingen over gevaar van piekeren, en op opvattingen over nut van piekeren (opvattingen onderzocht met gedachteschema's en gedragsexperimenten)
 - > Vervolgens aanleren van andere vaardigheden om met problemen om te gaan
 - > Opheffen vermijdingsgedrag met exposure en responspreventie
- > **Effectiviteit:**
 - > Metacognitieve gedragstherapie (MCT) leidt tot significante afname piekeren en angst, maar ook van comorbide klachten als depressieve symptomen
 - > MCT effectiever dan andere vormen van CGT

10. Stemningsstoornissen

- > **Depressieve stoornis** treft ongeveer één op de vijf mensen gedurende hun leven
- > **Bipolaire stoornis** zeldzamer, bij 1.5 procent van bevolking
- > Diagnostiek essentieel, want veel onderdiagnosticering bij bipolaire stoornis
- > **10.1 Depressieve stoornissen**
 - > DSM-5: gedurende twee weken minimaal vijf symptomen gelijktijdig, uit drie clusters
 - > Clusters: affectieve, lichamelijke, cognitieve symptomen
 - > Affectief: somber, verdrietig, vlak, minder interesse of plezier, zich waardeloos voelen, schuldgevoel, doodsgedachten of -wens. Angst geen criteria, wel specificatie *met angstige spanning*
 - > Lichamelijk: trager bewegen of praten, onrust, slapeloosheid, toegenomen slaap, verandering van eetlust, vermoeidheid
 - > Cognitief: verminderde concentratie, trager denken
 - > Specificaties:
 - > **Depressie met atypische kenmerken** (bij **stemmingsreactiviteit**, toegenomen slaap, vermoeidheid en eetlust, gevoeligheid voor afwijzing)
 - > **Melancholische depressie** (stemming diep neerslachtig, psychomotorisch vertraagd, gewichtsverlies, schuldgevoelens)
 - > **Seizoensgebonden patroon** (episoden in herfst of winter)
 - > **Met gemengde kenmerken** (bij depressie en bipolaire stoornis)
- > **10.2 Diagnostiek en behandeling van de depressieve stoornis**
 - > Anamnese
 - > Onderzoek naar lichamelijke factoren
 - > Ernst van de stoornis bepalen op basis van zelfinvulschalen:
 - > Niet voor diagnose, wel voor ernst: BDI-II, IDS, HDRS, MADRS
 - > Behandeling van depressieve stoornissen:
 - > Behandeling volgens **stepped-care model**
 - > Basisinterventies en eerste-stapinterventies:
 - > Psycho-educatie, activering, actief volgen
 - > Tweede-stapinterventies – kortdurende interventies:
 - > Als langer dan drie maanden of bij herhaling probleemoplossende therapie of kortdurende behandeling
 - > Derde-stapinterventies – psychotherapeutische interventies:
 - > Cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie, cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie
 - > Derde-stapinterventies – farmacotherapie en lichttherapie:
 - > Antidepressiva eerste keus
 - > Lichttherapie bij seizoensgebonden patroon

- › Vierde-stapinterventies:
 - › Combinatie van farmacotherapie en psychotherapie
 - › Vijfde-stapinterventies – elektroconvulsietherapie:
 - › Elektroconvulsietherapie bij therapieresistente of ernstige vormen
 - › **10.3 Bipolaire-stemmingsstoornissen**
 - › Ten minste één manische of hypomane episode doorgemaakt
 - › Tijdens depressieve episode voldaan aan alle criteria unipolaire depressie
 - › **Bipolaire-I-stoornis**: depressies en manieën
 - › **Bipolaire-II-stoornis**: depressies en alleen hypomanieën
 - › **10.4 Diagnostiek en behandeling van de bipolaire-stemmingsstoornis**
 - › Naast aard en ernst van klachten ook beloop uitvragen
 - › Beloop in kaart gebracht met **life-chart-methode**
 - › Aantal kenmerken maakt bipolaire-stemmingsstoornis waarschijnlijker: recidiverende depressieve episoden, eerstegraads familielid met bipolaire-stemmingsstoornis, opvallend snel herstel depressieve klachten
 - › Screenings- en meetinstrumenten voor de bipolaire-stemmingsstoornis:
 - › Screeningsinstrument **Mood Disorders Questionnaire**
 - › Bepalen ernst met IDS, **Young Mania Rating Scale**, **Bech-Rafaelsen Mania Scale**
 - › Behandeling van de bipolaire-stemmingsstoornis:
 - › Onderscheid met oog op terugkerende episoden:
 - › Acute behandeling: bestrijding symptomen, bescherming tegen complicaties of suïcide. Psychofarmaca of eventueel opname
 - › Voortgezette behandeling: stabilisatie van stemming, herstel van functioneren. Lithium medicatie van eerste keuze. Psycho-educatie van belang
 - › Onderhoudsbehandeling: stabiel houden van stemming, maatschappelijk herstel. Fase duurt meestal jaren

11. Posttraumatische-stressstoornis

- › Traumatische gebeurtenissen te onderscheiden van (adverse) life events
- › Als psychische stoornis na trauma, slechts deel van mensen traumagerelateerde stoornis zoals PTSS
- › **11.1 Een beeld van PTSS**
 - › Meest kenmerkend criterium is ervaren van **herbelevingen**
 - › Vaak sprake van **triggers** en **vermijdingscriteria**
 - › DSM-5: set criteria **negatieve veranderingen in cognities en stemming** toegevoegd
 - › Onder criterium **duidelijke veranderingen in arousal en reactiviteit** valt verhoogde prikkelbaarheid
 - › Twee subtypen: met dissociatieve symptomen en met uitgestelde expressie
 - › Hoge mate van comorbiditeit
- › **11.2 Anamnese bij een vermoeden van PTSS**
 - › Essentieel goede procedure te volgen en te waken voor snelle diagnose
- › **11.3 Diagnostiek**
 - › Na anamnese vervolledigen classificatie middels:
 - › (Semi)gestructureerd interview (**Clinician Administered PTSD Scale** CAPS-5, SI-PTSD)
 - › Zelfrapportagevragenlijsten (**Posttraumatic stress disorder Checklist DSM-5** PCL-5, **Life Events Checklist DSM-5** LEC-5)
- › **11.4 Behandeling**
 - › Beginnen met basisinterventies als psycho-educatie en activering
 - › Vervolgens in principe psychotherapie: traumagerichte therapie of **Trauma Focused Therapy** (TFT) of niet-traumagerichte therapie zoals **stabilisatietherapie**
- › **11.5 Welke PTSS-therapievormen zijn evidence-based?**
 - › Best onderzochte vormen zijn imaginaire exposure/prolonged exposure en EMDR
 - › Imaginaire exposuretherapie voor PTSS:
 - › Angstige herinneringen of hotspots met exposure doorgewerkt
 - › Eye Movement Desensitization and Reprocessing:
 - › Desensitisatie: door herhaling wordt herinnering minder intens
 - › Cognitieve therapie voor PTSS

- › Narratieve exposuretherapie:
 - › Ontwikkeld in behandeling getraumatiseerde vluchtelingen
- › Beknopte eclecticische psychotherapie voor PTSS:
 - › Exposuretherapie die breder is dan imaginaire exposure

12. Dissociatieve stoornissen

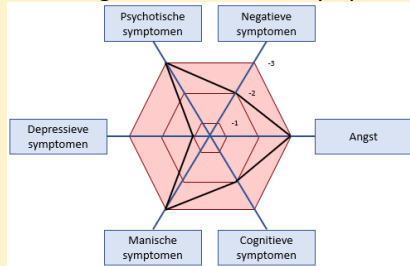
- › Diagnostiek niet eenvoudig en vaak pas na jaren herkenning van klachten (door hoge comorbiditeit en doordat patiënten symptomen niet spontaan rapporteren)
- › **12.1 Trauma en dissociatie**
 - › **Dissociatie** is essentie van trauma: tijdens en na overweldigende ervaring uiteen vallen van persoonlijkheid
 - › Ook PTSS en vormen van depressiestoornissen dissociatief van aard
 - › Met name DIS verbonden met vroegkinderlijke chronische traumatisering
- › **12.2 DSM-5 dissociatieve stoornissen**
 - › Classificatie van dissociatieve stoornissen:
 - › Gekenmerkt door verstoring en/of discontinuïteit in normale integratie van bewustzijn, geheugen, identiteit, emotie, perceptie, lichaamsbeleving, motorische controle en gedrag
 - › **Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS)**: fragmentatie van identiteit. Belangrijkste symptomen zijn herhaalde lacunes in herinnering, ervaring zichzelf van afstand te zien of te horen, horen van stemmen, sterk wisselende gedachten etc. die als **egodystoon** ervaren worden. Vaak hoge comorbiditeit
 - › **Dissociatieve amnesie**
 - › **Depersonalisatie-/derealisatiestoornis**
 - › **Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS)**
 - › **Ongespecificeerde dissociatieve stoornis**
 - › Prevalentie:
 - › Lifetimeprevalentie geschat op 1.7 procent
 - › Van DIS en AGDS op 1.1 tot 3.1 procent
- › **12.3 Vaststellen**
 - › Onduidelijkheid concept leidt zowel tot onder- als overdiagnosticering
 - › Wat zijn dissociatieve symptomen?
 - › Oorspronkelijk continuümgedachte, deze wordt nu in twijfel getrokken
 - › Pathologische symptomen te verdelen in **positieve** en **negatieve dissociatieve symptomen**
 - › Screening van dissociatieve symptomen:
 - › Screening raadzaam bij patiënten met voorgeschiedenis vroegkinderlijke traumatisering, met SOLK, met wisselende diagnoses, met trauma- of stressproblematiek en bij patiënten die stemmen horen
 - › Zelfrapportagelijsten:
 - › DES, DIS-Q, SDQ-20, SDQ-5
 - › Diagnostische interviews om een dissociatieve stoornis vast te stellen:
 - › **Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders, Revised**
 - › **Trauma and Dissociation Symptoms Interview**
- › **12.4 Behandeling**
 - › Fasegericht psychotherapeutisch behandelmodel:
 - › Wereldwijd consensus over fasegericht behandelmodel, vaak ondersteund met aanvullende behandelingen
 - › Gecontroleerd effectonderzoek ontbreekt
 - › Fasegerichte behandeling:
 1. Bevorderen van goede therapeutische relatie, veiligheid, stabilisering
 2. Behandeling van traumatische herinneringen
 3. (Re)integreren van persoonlijkheid, rehabilitatie
 - › Twee complementaire behandelingen: relationeel en probleemoplossend
 - › Twee hoofdcategorieën van dissociatieve delen: delen die zich bezighouden met functioneren in dagelijks leven en die herinneringen vermijden, anderzijds kwetsbare delen

- die vast zitten in oorspronkelijke verdedigingsmodi. Therapeut helpt cliënt delen beter te laten samenwerken
- › In fase 2 gaat het om het overwinnen van de fobie voor de traumatische herinneringen en om **geleide synthese**: op een gestructureerde manier worden **pathogene kernen** van bepaalde herinneringen, behorend bij dissociatieve delen die in traumatijd verkeren, sensorisch, emotioneel en cognitief gedeeld met andere delen
- › De therapeutische relatie en het hanteren van overdracht en tegenoverdracht:
 - › Meeste cliënten onveilig gehecht
 - › Bovendien wisselende overdracht met therapeut mogelijk vanuit verschillende delen
 - › Sommige delen reageren kritisch of vermijdend, andere doen juist enorm appel op behandelaar: **attachment cry**
 - › Supervisie en intervisie van belang
- › Prognose
 - › Factoren die prognose beïnvloeden zijn onder meer huidige functioneren, reflectief vermogen, aard en ernst van gehechtheidsproblematiek en van comorbiditeit, en effecten van hospitalisatie

13. Psychotische stoornissen

- > Van bevolking voldoet drie procent aan criteria voor psychotische stoornis
- > Toestandsbeeld waarbij patiënt contact met werkelijkheid (gedeeltelijk) kwijt is
- > **13.1 Klinisch beeld van een psychose**
 - > Epidemiologie en risicofactoren:
 - > Psychotische ervaringen in adolescentie meestal voorbijgaand
 - > Incidentie eerste psychose 2.2/10.000, prevalentie 400/10.000
 - > Aanvankelijk grote nadruk op genetische componenten, maar die hebben weinig voorspellende waarde
 - > Aanwezigheid van omgevingsdeterminanten leidt tot toename risico: cannabisgebruik, slaapdeprivatie, opgroeien in stad, blootstaan aan kindermishandeling
 - > Focus gericht op gen-omgevingsinteracties
 - > Kenmerkende symptomen bij een psychose:
 - > Bij **psychose** veranderde beleving van waarneming of denken
 - > Voorafgaand aan positieve vaak negatieve symptomen, en voor, tijdens en na episode vaak affectieve en cognitieve symptomen
 - > Psychotische symptomen: **wanen** (**paranoïde wanen**, **betrekkingswanen**), **hallucinaties**, **verward of gedesorganiseerd denken**
 - > Symptomen in kaart te brengen met **Positive and Negative Syndrome Scale** PANSS
 - > Negatieve symptomen: **afname van expressie**, **gebrek aan sociale motivatie**
 - > **Korte Negatieve Symptomen Schaal** KNSS om negatieve syndroom te meten
 - > Affectieve symptomen: ontregeling, zoals emotionele ontreddering en angst
 - > In differentiaaldiagnostiek aandacht hebben voor depressieve-, manische- en angstklachten
 - > Cognitieve symptomen: veelal neurocognitieve en sociaal-cognitieve beperkingen. In kaart te brengen met testbatterijen als **Matrics** en **Cantab**
- > **13.2 Clinical staging**
 - > Diagnostiek en behandeling vanuit model van **clinical staging**: principe dat door preventieve behandeling voorkomen kan worden dat zich stoornis ontwikkelt, of dat door intensieve behandeling in eerste fase terechtkomen in volgende fase voorkomen kan worden
 - > Fase 1: hoog risico op een psychose. Voorafgaand aan eerste psychose vaak verschijnselen, in drie groepen:
 - > Patiënten met subklinische psychoseachtige ervaringen
 - > Patiënten met floride psychose korter dan een week
 - > Familiaire belasting via ouder, broer of zus
 - > Fase 2: eerste psychose. Achteruitgang in sociaal functioneren, lijdensdruk
 - > Fase 3: episodisch verloop: **onvolledige remissie**, **relapse** of **recidief**
 - > Fase 4: aanhoudende ernstige problematiek
- > **13.3 Diagnostiek**

- > Catorale diagnostiek met behulp van de DSM-5:
 - > Iedere patiënt andere combinatie van symptomen waarbij classificatie weinig richting geeft. Wel gebruikt voor bekostiging en vergelijkbaarheid onderzoek
 - > Meest ernstige stoornis is **schizofrenie** (minimaal zes maanden). Diagnose **schizofreni-forme stoornis** als korter dan zes maanden. **Schizoaffectieve stoornis**: symptomen gecombineerd met stemmingsstoornis. Minder ernstig zijn **waanstoornis** en **korte psychotische stoornis**
 - > Naast functionele psychosen ook stoornissen mogelijk met organische oorzaak
 - > Nieuw in DSM-5 **attenuated psychosis syndrome**, verhoogd risico voorafgaand aan psychotische stoornis
- > Dimensionele diagnostiek:
 - > Aanwezigheid en ernst van symptomen vanuit meerdere clusters in kaart:

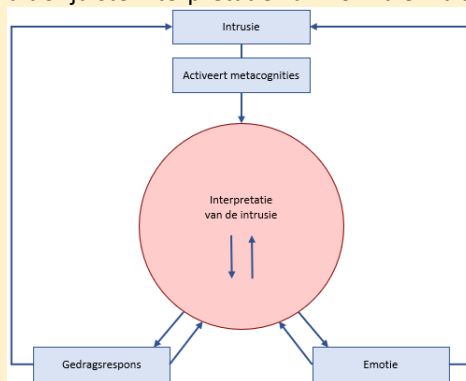


- > Gepersonaliseerde diagnostiek:
 - > Catorale diagnostiek, ondersteund door dimensionele diagnostiek, is ontoereikend. Ook uitlokkende, onderhoudende en beschermende factoren dienen meegewogen te worden in behandeling. Daarnaast ook zicht krijgen op persoonlijke factoren en krachten
- > **13.4 Diagnostiek per fase**
 - > Diagnostiek van hoog risico op een psychose (fase 1):
 - > Twee stappen: screening op mogelijk verhoogd risico, en aanvullende diagnostiek
 - > Diagnostiek bij een eerste psychose (fase 2):
 - > Bij **individueel profiel** ook aandacht voor voorliggende symptomen, eventuele lichamelijke aandoening, samenhang met middelengebruik
 - > Episodisch verloop (fase 3) aanhoudende ernstige problematiek (fase 4): nagaan of iets over het hoofd gezien is en of krachten en hulpbronnen bekend en ingezet zijn
- > **13.5 Behandeling**
 - > Behandeling per fase:
 - > Verhoogd risico op psychose (fase 1): CGT gecombineerd met psycho-educatie
 - > Eerste psychose (fase 2): terugdringen van symptomen en verbeteren functioneren, met **Individuele Plaatsing en Steun** (IPS), farmacotherapie, cognitieve therapie, ondersteunen van systeem, leefstijlinterventies, psycho-educatie, signaleringsplan
 - > Episodisch verloop (fase 3) aanhoudende ernstige problematiek (fase 4): goede balans
 - > Psycho-educatie:
 - > Onderzoek naar stressfactoren vanuit **stress-kwetsbaarheidsmodel**, psycho-educatie
 - > Cognitieve gedragstherapie:
 - > Gebruikt in alle fasen. Relatief nieuwe vorm is **Competitive Memory Training** (COMET)
 - > Gezinsinterventies
 - > EMDR
 - > Farmacologische interventies:
 - > Klassieke of moderne antipsychotica. Keuze bepaald op basis van effectiviteit, bijwerkingen en toedieningsmogelijkheden
 - > Leefstijlinterventie
 - > Rehabilitatie gericht op werk en leren
 - > Cognitieve mediatietraining
 - > Sociale contacten

14. Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

- > Kenmerkend zijn herhalende gedachten en handelingen
- > **14.1 Klinisch beeld**

- > Obsessieve-compulsieve stoornis:
 - > **Obsessies, compulsies** of beide
 - > Essentiële overeenkomst in thema's is dat persoon onzeker is
 - > Diagnosticus dient mate van **realiteitsbesef** te onderzoeken
 - > Indien **ticstoornis**, dan is OCS tic-gerelateerd
 - > Risico om OCS te ontwikkelen is ongeveer 2-3 procent
- > Aan OCS verwante stoornissen:
 - > **Morfodysfore stoornis**
 - > **Verzamelstoornis**
 - > **Trichotillomanie**
 - > **Excoriatiestoornis**
- > **14.2 Etiopathogenese**
 - > OCS deels erfelijk bepaald, en stressvolle levensgebeurtenissen of andere omgevingsfactoren spelen een rol
 - > Veranderde structuur en functie van parallelle corticostriatohalamocorticale circuits en veranderde frontolimbische en frontopariëtale verbindingen onderliggend aan kwetsbaarheid
 - > Leertheoretische verklaring gebaseerd op twee-factorentheorie van Mowrer (klassiek geconditioneerde angst leidt tot ontstaan van vermijdingsgedrag. Vermijdingsgedrag leidt tot angstreductie, en angstreductie bekrachtigt vermijdingsgedrag. Door vermijdingsgedrag kan angst niet uitdoven)
 - > Salkovskis veronderstelde dat angst geen klassiek-geconditioneerde angst is, maar voortkomt uit onjuiste interpretatie van normale intrusies: metacognitieve model



- > Meer recente verklaring van O'Connor: haperende realiteitstoetsing
- > **14.3 Diagnostiek**
 - > Spontaan herstel komt zelden voor. Gemiddeld 17 jaar tussen ontstaan en start behandeling
 - > OCS vastgesteld met anamnese
 - > Differentiële diagnostiek:
 - > Bij gering realiteitsbesef moeilijk onderscheid te maken met waanstoornis
 - > Meetinstrumenten:
 - > Gestructureerd interview
 - > Daarna instrumenten om klachten en ernst te inventariseren, bijvoorbeeld met zelfrapportagevragenlijst
 - > Mogelijke instrumenten: PI-R, OCI-R, Y-BOCS
- > **14.4 Behandeling**
 - > Stepped-care-model
 - > Psycho-educatie
 - > Exposure in vivo met responspreventie
 - > Cognitieve therapie
 - > Farmacotherapie
 - > Serotonineheropnameremmers
 - > Effectiviteit van behandelingen
 - > Effectieve behandelingen: CGT, CT en SRI's

15. Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen

- › Problemen met beheersing van emoties en gedrag
- › **15.1 Oppositioneel-opstandige stoornis**
 - › OOS vooral gezien als mogelijke voorloper van NG en ASP
 - › Diagnostiek:
 - › Voldoen aan minimaal vier criteria uit drie domeinen: boze/prikkelbare stemming, ruziezoekend/ongehoorzaam gedrag en wraakzucht
 - › Ernstige vorm indien symptomen in drie of meer sociale omgevingen voorkomen
 - › Diagnostische methoden:
 - › Informatie verzamelen bij verschillende informanten
 - › Gebruik van combinatie van methoden aanbevolen
 - › Behandeling:
 - › Cognitieve gedragstherapie
 - › Multisystemische therapie (MST)
- › **15.2 Periodiek-explosieve stoornis**
 - › Uitbarstingen van agressie niet in verhouding tot voorafgaande gebeurtenis
 - › Diagnostiek:
 - › Gemiddeld twee keer per week in periode van drie maanden
 - › Niet vooraf gepland of gemotiveerd door winstbejag
 - › Diagnostische methoden:
 - › Semigestructureerde interviews
 - › Behandeling:
 - › SSRI fluoxetine en anti-epilepticum divalproex
 - › Positief effect van CGT
- › **15.3 Normoverschrijdend-gedragsstoornis**
 - › Reeks van problematische en antisociale gedragingen
 - › Diagnostiek:
 - › Herhaaldelijk schenden van basisrechten van anderen, gebrek aan respect voor maatschappelijke normen en waarden
 - › Subtypen: met begin in kindertijd, met begin in adolescentie
 - › In eerste geval grotere kans op **life-course-persistent** antisociale carrière
 - › In tweede geval meestal **adolescence-limited**
 - › Nieuwe toevoeging is specificatie **beperkte prosociale emoties**
 - › Diagnostische methoden:
 - › Dezelfde instrumenten als bij OOS
 - › Behandeling:
 - › Farmacotherapie, psychologische behandeling als bij OOS
- › **15.4 Antisociale-persoonlijkheidsstoornis**
 - › Diagnostiek:
 - › ASP valt onder persoonlijkheidsstoornissen, maar in DSM-5 in deze categorie
 - › **Psychopathie** ernstige vorm van ASP
 - › Gebrek aan prosociale emoties, vermogen zich achter masker te verbergen
 - › Diagnostische methoden:
 - › Gebruik van SCID-II of PCL-R geadviseerd
 - › Behandeling:
 - › Cognitieve gedragstherapie
 - › Schematherapie: schemamodi toegevoegd bij forensische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Modi beschrijven vijf **overcompenserende copingstijlen**:
 - › Manipuleren en bedriegen om iets te bereiken
 - › Zich boven anderen mensen plaatsen
 - › Gebruik van bedreigingen en intimidatie
 - › Aandacht richten op het vinden van verborgen bedreigingen of vijanden
 - › Gebruik van kille, meedogenloze agressie
- › **15.5 Pyromanie**
 - › Diagnostiek:

- > Zes criteria: brandstichting vaker dan één keer, opbouw van spanning of emotie, er dient sprake te zijn van lust, voldoening of opluchting, geen andere reden voor brandstichting, geen verklaring door andere stoornis
 - > Diagnostische methoden:
 - > Aanvullende module voor SCID-I
 - > Differentiaaldiagnosen: NG, manische episode, ASP, schizofrenie, verstandelijke beperking en intoxicatie door een middel
 - > Behandeling:
 - > CGT, centraal staat imaginaire exposure
 - > **15.6 Kleptomanie**
 - > Diagnostiek:
 - > Vijf DSM-5-criteria: onvermogen weerstand te bieden om voorwerpen te stelen die men niet nodig heeft, oplopend gevoel van spanning voor diefstal, gevoelens van plezier of opluchting tijdens of na diefstal, dat stelen niet om andere redenen gebeurt en dat stelen niet verklaard kan worden door andere stoornis
 - > Diagnostische methoden:
 - > Aanvullende module voor de SCID-I
 - > Differentiaaldiagnosen NG en ASP
 - > Behandeling:
 - > In de praktijk vaak CGT toegepast

16. Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen

- > Overgang van DSM-IV naar DSM-5 belangrijk, door aanvulling met gokstoornis
- > In DSM-5 meer continue definitie van verslavingen
- > **16.1 Wat is verslaving? Een korte geschiedenis**
 - > In 19^e eeuw vooral als moreel probleem gezien
 - > In 20^e eeuw kreeg **farmacologisch model** de overhand: drugs moeten verboden worden omdat mens er weerloos tegen is
 - > Psychoanalyse: **symptomatisch model**, verslaving symptoom van onderliggende problematiek
 - > Sinds jaren 70: **biopsychosociaal model**
- > **16.2 Hoe raakt iemand verslaafd?**
 - > Aanleg voor verslavingsgedrag voor 50 procent genetisch bepaald
 - > Niet één verslavingsgen aan te wijzen
 - > Effect van genetische factoren hangt af van omgevingsfactoren en soms ook van timing in relatie tot ontwikkelingsprocessen
 - > Deel van genetische kwetsbaarheid verloopt via persoonlijkheid. Twee routes:
 - > **Externaliserende route**: sensatiezucht en impulsiviteit. Vaak in adolescentie ontwikkeling van problematisch gebruik, vooral in interactie met vrienden
 - > **Internaliserende route**: negatief affect. Kan escaleren, omdat het voor negatieve gevoelens zorgt die verminderd moeten worden door gebruik
 - > Verwachte effecten en gerelateerde motieven vooral door operant leren
 - > Zowel bewuste overwegingen als automatische neigingen voorspellen gedrag. Dit heeft consequenties voor interventies
 - > Helpend is om mensen **implementatie-intenties** te laten formuleren
- > **16.3 Screening en diagnostiek**
 - > Standaard screening belangrijk, omdat verslaving onderbehandelde stoornis is, omdat klachten mogelijk veroorzaakt worden door toxische werking of ontwenning, vanwege problematisch gedrag bij cliënten met verslaving, en omdat gebruik effectieve behandeling van klachten in de weg kan staan
 - > Met name bij angst- en stemmingsklachten, maar ook bij ADHD, kunnen klachten door midde-
lengebruik geïnduceerd zijn
 - > Mogelijke instrumenten: AUDIT, AUDIT-C, MAST
 - > Vuistregel: antwoorden van cliënten met twee vermenigvuldigen
 - > Alternatief voor screeningsinstrumenten is afnemen van middelenanamnese, bijvoorbeeld met MATE
 - > Diagnosestelling bij voorkeur met (semi)gestructureerd interview

> 16.4 Interventies

- > Motiverende gespreksvoering:
 - > Directieve en op samenwerking gerichte gespreksmethodiek, met gebruik van verandertaal
- > CGT bij problematisch middelengebruik en gokken:
 - > CGT gebaseerd op aanname van operante en klassieke conditionering
 - > Middelengebruik bekrachtigd door positieve gevolgen op korte termijn, de **consequente factoren**
 - > Na verloop van tijd geautomatiseerde associatie tussen prikkels, **antecedente factoren**, en gebruik
 - > Controle van gedrag verschuift van consequente naar antecedente factoren, gebruik verwordt van doelgericht gedrag (action) naar routine (habit)
 - > **Neurale sensitisatie**: toename in gevoeligheid voor belonende effecten in hersenen, waarbij **nucleus accumbens** belangrijke rol speelt
 - > Herhaald gebruik zorgt ook voor **aandachtsbias** en **toenaderingsbias**
 - > CGT-behandeling richt zich op doorbreken geautomatiseerde gedragspatronen door **zelfcontrole** op drie manieren: vermijden van stimuli, vertonen van ander gedrag, en beïnvloeden van belonende waarde
- > Acht componenten van CGT:
 1. Motivatie voor verandering vergroten, opstellen behandeldoel
 2. Registratie en monitoring gebruik
 3. Leren van vaardigheden in anders omgaan met middelen door **zelfcontrolemaatregelen** (**stimuluscontrole**, **stimulus-responsinterventie**, **responsconsequentie**, eventueel **noodmaatregel**)
 4. Opstellen van functieanalyse
 5. Veranderen van cognities
 6. Leren omgaan met emoties
 7. Verbeteren van interpersoonlijk functioneren en versterken sociale steun
 8. Verbeteren van probleemoplossende vaardigheden
- > Detoxificatie
- > Nieuwe ontwikkelingen bij gedragsmatige interventies:
 - > Contingency management (gerekend tot klassieke gedragstherapie; systematische contingente bekrachtiging van doelgedrag)
 - > Medicatie
 - > Cognitieve biasmodificatie

17. Persoonlijkheidsstoornissen

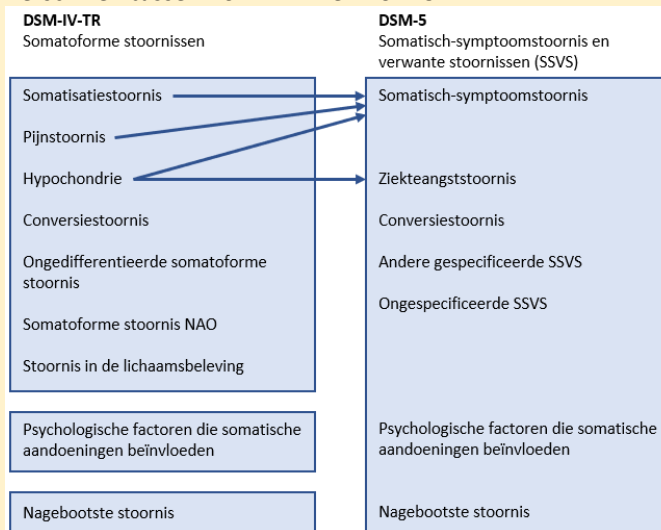
- > Persoonlijkheidsstoornis: wanneer gebruikelijke manier van voelen, denken of doen leidt tot ernstige problemen bij betrokkene of anderen
- > Patroon van ervaringen en gedragingen moet pervasief, persisterend en pathologisch zijn
- > In DSM-5 dimensioneel model voor diagnostiek opgenomen, voor onderzoeksdoeleinden
- > **17.1 Klinisch beeld**
 - > Duurzaam gedragspatroon wijkt duidelijk af en komt tot uiting op minimaal twee van terreinen cognities, affectiviteit, interpersoonlijk functioneren en impulsbeheersing
 - > Repertoire van habitueel gedrag is beperkt
 - > Stoornissen **polythetisch** gedefinieerd: er moet een minimum van groter aantal criteria aanwezig zijn om diagnose te kunnen stellen. Er kunnen talloze varianten van dezelfde stoornis zijn. Patiënt kan ook meerdere stoornissen hebben
 - > **Cluster A** (bizar, excentriek cluster): **paranoïde**-, de **schizoïde**- en de **schizotypische-persoonlijkheidsstoornis**
 - > **Cluster B** (dramatisch, emotioneel, impulsief cluster): de **antisociale**-, de **borderline**-, de **histrionische**- en de **narcistische-persoonlijkheidsstoornis**
 - > **Cluster C** (angstig cluster) : de **vermijdende**-, de **afhankelijke**- en de **dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis**
- > **17.2 Diagnostiek**
 - > Classificerende psychodiagnostische instrumenten:
 - > Zelfrapportage mogelijk onvoldoende. Geïntegreerde aanpak nodig

- > Semigestructureerde interviews SCID-5 PD, SIDP-IV, IPDE
 - > Overige psychodiagnostische instrumenten:
 - > Instrumenten die structuur van persoonlijkheid, coping- of persoonlijkheidsstijlen of ernst van pathologie in kaart brengen
 - > Samengevat overheerst idee dat gediagnosticeerd moet worden met een semigestructureerd interview
 - > **17.3 Van diagnostiek naar indicatiestelling**
 - > Indicatiestelling voor psychodynamische psychotherapie:
 - > Voor indicatie gebruikgemaakt van **psychodynamisch interview**. Specifiek vorm is **Kernberg-interview**
 - > Informatie uit overdrachts- en tegenoverdrachtservaringen essentieel voor verkrijgen van indruk over persoonlijkheid
 - > Met behulp van interview inschatting gemaakt van persoonlijkheidsorganisatie
- | Persoonlijkheidsorganisatie | Identiteit | Afweer | Realiteitstoetsing |
|-----------------------------|--------------|------------|--------------------|
| Neurotisch | Geïntegreerd | Neurotisch | Intact |
| Borderline | Diffuus | Primitief | Intact |
| Psychotisch | Diffuus | Primitief | Verstoord |
- > Indicatiestelling voor cognitieve gedragstherapie:
 - > Behandelvormen sterk gericht op beschrijvende informatie
 - > In interventies aandacht voor disfunctionele of maladaptieve coping en instandhoudende of belemmerende factoren
 - > **17.4 Behandeling**
 - > CGT even goed, zo niet beter effect dan psychodynamische therapieën
 - > Psychodynamische psychotherapieën:
 - > Transference focused psychotherapy TFP, specifiek voor BPO. In **contractfase** specifieke valkuilen besproken en afspraken gemaakt
 - > Mentalisation Based Therapy MBT. Aandacht voor confronterende en steunende aspecten. **Mentaliseren** gedefinieerd als begrijpen en interpreteren van gedrag verbonden aan intentionele mentale toestanden
 - > Op CGT gebaseerde therapieën voor persoonlijkheidsstoornissen:
 - > Schematherapie:
 - > Psychopathologie komt voort uit disfunctionele **schema's** ontstaan in vroege ontwikkeling (Jeffrey Young)
 - > Schema's gekoppeld aan basale stressresponsen vechten, vluchten, bevriezen
 - > Verschillende copingvormen verklaren waarom mensen met zelfde schema's andere patronen aan problemen laten zien
 - > **Schemamodus**: tijdelijk toestandsbeeld van voelen, denken, handelen door activatie van schema, in combinatie met copingstijl
 - > Nadruk op **ervaringselement** als voorwaarde voor verandering
 - > Therapeutische relatie in vorm van **limited reparenting** belangrijk ingrediënt van schematherapie
 - > Dialectische gedragstherapie:
 - > Voor behandeling van borderline-persoonlijkheidsstoornis (Linehan)
 - > Gaat uit van biosociale verklaring van stoornis,, die oorsprong vindt in wisselwerking **emotionele disregulatie** en **invaliderende omgeving**
 - > Aanpak gericht op combinatie van radicale gedragstherapie, dialectiek en zenboeddhisme (**transcendentie**)

19. Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

- > Gekenmerkt door lichamelijke symptomen die medische aandoening doen vermoeden en waarvan betrokkene aanzienlijke hinder heeft
- > **19.1 Van de DSM-IV-TR naar de DSM-5**
 - > In eerdere versies van DSM lag nadruk op onvoldoende verklaarde verschijnselen, in DSM-5 zijn alle lichamelijke symptomen begrepen

> Verschillen tussen DSM-IV-TR en DSM-5:



> Veelgebruikte begrippen:

- > **Somatisatie**: op een lichamelijke manier op stressor reageren en zich naar die reactie gedragen
- > **Psychosomatische stoornis**: psychologische oorzaak van lichamelijke aandoening verondersteld (bekritiseerde aanduiding)
- > Nadruk nu meer op **tweesporenbeleid**, waarbij zowel lichamelijke als psychische aspecten worden meegenomen in diagnostiek en behandeling

> **19.2 Classificatie, diagnostiek en prevalentie**

- > Stoornissen met somatische symptomen heterogene groep met weinig specifieke criteria
- > Sterke relatie met angst- en depressieve stoornissen
- > Onderkenning moeizaam proces. Indruk dat sprake is van onderdiagnosticering
- > Somatisch-symptoomstoornis:
 - > In diagnose **somatisch-symptoomstoornis** eerdere diagnoses (somatisatiestoornis, pijnstoornis en hypochondrie) samengevoegd
 - > Betrokkene lijdt aan één of meer klachten die dagelijks leven verstoren
 - > Sprake van excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen die samenhangen met klachten
 - > Specificaties: met name pijnklachten, gradaties van ernst
 - > Nog geen onderzoek naar prevalentie. Geen vragenlijsten beschikbaar
- > Somatisch-symptoomstoornis met voornamelijk pijn:
 - > Pijncognities en -gedragingen vormen pijlers van diagnostiek
 - > Patiënten met **somatisch-symptoomstoornis met voornamelijk pijn** zijn sociaal en beroepsmatig sterk ingeperkt
 - > Omgaan met pijn te meten met Pijn Coping en Cognitielijst (PCCL)
- > Ziekteangststoornis:
 - > Bij **ziekteangststoornis** staat preoccupatie met hebben of krijgen van een ernstige ziekte op de voorgrond, waarbij lichamelijke symptomen niet of in lichte mate aanwezig zijn
 - > Specificatie: zorgzoeken of zorgmijndend
 - > Ernstmaten: **Whitely Index van Pilowsky, Illness Attitude Scales van Kellner**
- > Conversiestoornis:
 - > Patiënten met **conversiestoornis** vertonen een of meer symptomen van veranderingen in willekeurige motorische of sensorische functies, die niet overeenkomen met neurologische of andere somatische aandoeningen
 - > Specificatie: psychologische factoren oorzakelijke rol
 - > Aandacht voor mogelijke uitlokkende en instandhoudende factoren
- > Psychologische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden:
 - > Brede diagnose **psychologische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden** betreft factoren die ontstaan, beloop of voortbestaan van lichamelijke ziekten en aandoeningen kunnen beïnvloeden

- › Nagebootste stoornis:
 - › Voornaamste kenmerk van **nagebootste stoornis** is voorwenden van lichamelijke of psychische klachten of verschijnselen, of doelbewust opwekken van verwonding of ziekte waarbij aantoonbaar sprake is van misleiding en waar geen beloning tegenover staat
 - › Onderscheid: stoornis opgelegd aan zichzelf of iemand anders (by proxy)
 - › Stoornis moeilijk vast te stellen. Prevalentie geschat op 0.5 procent in algemeen ziekenhuis
- › **19.3 Transdiagnostische instandhoudende factoren**
 - › Verschillen in diagnostische criteria, maar grote overeenkomsten in processen. **Transdiagnostische factoren**:
 - › Cognitief: afwijkende interpretaties van symptomen, beter opslaan en herinneren van ziektegerelateerde informatie
 - › Gedragmatig: vragen om geruststelling, bezoeken van artsen, inactieve levensstijl
 - › Enig bewijs voor **alexithymie**, onvermogen emoties te herkennen, te beschrijven en uit te drukken
 - › Ook sociale en culturele factoren, zoals verschillen in **idioms of distress**, interpretaties van lichamelijke verschijnselen
 - › Ook relatie dokter-patiënt speelt rol in ontstaan en voortbestaan (**iatrogene factoren**)
- › **19.4 Behandeling en effecten**
 - › Algemene uitgangspunten bij de behandeling:
 - › Met name psychologische behandelingen gericht op transdiagnostische mechanismen laten positieve effecten zien (met name CGT)
 - › Expliciete behandeldoelen: omgaan met klachten, afname van preoccupatie met lichaam, verbetering levenskwaliteit
 - › Behandeling van somatisch-symptoomstoornis:
 - › Laatste jaren goede ervaringen met **case management** met centrale rol huisarts
 - › Leidt niet tot vermindering van klachten, wel tot toename kwaliteit van leven
 - › Weinig studies naar CGT, maar relatief gunstige resultaten
 - › Specificatie somatisch-symptoomstoornis met pijn: gradueel opbouwen van beweging en belasting effectief
 - › Bij **kinesiofobie** (bewegingsangst) nodig om functionele beperkingen aan te pakken met fysiotherapie
 - › Behandeling van de ziekteangststoornis:
 - › Individuele CGT, behavioural stress management en psycho-educatie geven positieve veranderingen
 - › Opsporen en uitdagen van hypochondere gedachten
 - › Aandacht voor vermindering vragen om geruststelling en controles van lichaam
 - › Behandeling van de conversiestoornis:
 - › Positieve effecten van hypnotherapie
 - › Uitgangspunt dat bij conversiestoornis sprake is van gebrek aan integratie van impliciete en expliciete sensorische en/of motorische informatieverwerking
 - › Behandeling van de psychologische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden:
 - › Voorbeelden van therapeutische aangrijpingspunten: zelfcontroletechnieken of lifestyle-training
 - › Behandeling van nagebootste stoornis:
 - › Niet confronteren met gedrag, maar ondersteunende houding, patiënt in behandeling krijgen en aanleren adequater gedrag

20. Eetstoornissen

- › Beginnen meestal in adolescentie of jongvolwassenheid
- › Meer bij vrouwen dan bij mannen
- › Bij vrouwen lifetimeprevalentie ongeveer 5 procent
- › **20.1 Voedings- en eetstoornissen**
 - › Voedingsstoornissen:
 - › **Pica**: stoornis waarbij niet-eetbare substanties gegeten worden
 - › **Ruminatiestoornis**: voedsel uit maag teruggehaald, waarna herkauwen, inslikken of uitspugen volgt

- › Vermijdende-/restrictieve-voedselnamestoornis (ARFID): stoornis waarbij onvol-
doende gegeten wordt, uit desinteresse, door vermijding om sensorische redenen of
vanwege angst voor aversieve gevolgen van eten
- › Eetstoornissen:
 - › **Anorexia nervosa (AN)**: eetstoornis door angst in gewicht toe te nemen
 - › Twee typen: **restrictief** en **eetbuien-purgerend**
 - › **Boulimia nervosa (BN)**: gekenmerkt door eetbuien, controleverlies, **ongepast compen-
serend gedrag**
 - › **Eetbuiestoornis (BED)**: eetbuien. Verschil met BN zit in compensatie: BED-patiënten com-
penserend niet
 - › Categorie **overige voedings- en eetstoornissen**
- › Ernst van de eetstoornis:
 - › Bij AN vastgesteld aan de hand van BMI
 - › Bij BN afgeleid uit frequentie van ongepast compenseren
 - › Bij BED gebaseerd op frequentie van eetbuien
- › Klinische beelden en comorbiditeit:
 - › Streven van AN-patiënten suggereert dat hun **lichaamsbeeld** niet klopt
 - › Voor deel van patiënten kan gelden dat zij extreme **behoefte aan controle** hebben door
gebrek aan zelfvertrouwen in combinatie met **klinisch perfectionisme**
 - › Vaak ook andere kenmerken zoals stemmingswisselingen of -stoornissen, angsten en **inter-
persoonlijke problemen**
 - › Patiënten op te delen in groep gekenmerkt door negatief affect en ongunstige prognose en
niet gekenmerkt door negatief affect, met betere prognose
- › **20.2 Cross-over en transdiagnostiek**
 - › Vaak **cross-over** tussen eetstoornissen
 - › Daarom pleidooi voor transdiagnostisch model van eetstoornissen
- › **20.3 Diagnostiek en differentiële diagnostiek**
 - › Diagnostiek: diagnose bij voorkeur met diagnostisch interview. Daarnaast aanvullend onder-
zoek naar comorbide problemen en medische complicaties
 - › **Eating Disorder Examination (EDE)** gouden standaard om specifieke eetstoornispathologie te
meten
 - › Comorbide psychiatrische diagnostiek: onderzoek naar bijvoorbeeld affectieve stoornis-
sen, angst, persoonlijkheidsstoornissen, middelenmisbruik
 - › Lichamelijk onderzoek: nagaan in welke mate sprake is van vermagering, **ondervoeding** en
medische of somatische complicaties
 - › Differentiële diagnostiek:
- › **20.4 Behandeling**
 - › Meeste patiënten nooit behandeld in ggz, door ontkenning en schaamte
 - › Bewezen effectieve behandelingen:
 - › CGT is gouden standaard voor behandeling, gebaseerd op cognitief gedragsmodel van eet-
stoornissen:

- › Centraal staat disfunctionele manier waarop eigenwaarde beoordeeld wordt
- › CGT concentreert zich op verandering van eetgedrag, gewichtscontrole en disfunctionele opvattingen
- › Behandelingen van BN en BED: CGT meest effectief, IPT vergelijkbare resultaten maar pas een jaar na behandeling zichtbaar

- Behandeling van AN: weinig studies naar effectiviteit van behandeling. Enkele studies laten zien dat CGT voor volwassenen bij twee derde patiënten effectief is. Vaak behandeling met gezinstherapie, maar minder dan helft patiënten reageert positief
- Lange termijn: relatief gunstige resultaten van behandeling vaak behouden
- Behandeling in de dagelijkse praktijk:
 - In Nederland aantal ggz-instellingen gespecialiseerd
 - Meeste patiënten ambulant behandeld
 - Klinische behandeling geïndiceerd bij zeer ernstig ondergewicht of groot risico op zelfdoding
 - Patiënten in de praktijk meestal niet volgens protocol behandeld, en voorkeursbehandeling CGT meestal niet aangeboden

Index

- aandachtsbias, 99
- aanmelding, 8
- Acceptance and Commitment Therapy (ACT), 47
- actief volgen, 73
- activering, 73
- additiebehandeling, 27
- adolescence-limited, 95
- afname van expressie, 84
- agorafobie, 68
- Alcohol Use Disorder Identification Test, 99
- alexithymie, 108
- allegiance, 39
- anamnese, 9
- angsthierarchie, 45
- anorexia nervosa, 110
 - behoefte aan controle, 111
 - eetbuien-purgerende type, 110
 - restrictieve type, 110
- antecedente factor, 99
- antidepressiva, 28
 - monoamineoxidaseremmers, 28
 - selectieve serotonineheropnameremmers, 28
 - serotonine-norepinephrineheropnameremmers, 65
 - tricyclische antidepressiva, 28
- antipsychotica, 27
- antisociale-persoonlijkheidsstoornis, 95
- Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, 65
- anxiolytica, 30
- approach/avoidance tendency, 19
- ARFID, 110
- ASP, 95
- attachment cry, 83
- attenuated psychosis syndrome, 86
- atypische antipsychotica, 27
- automatische gedachte, 40
- basis-ggz, 17
- basisschema, 40
- Bech-Rafaelsen Mania Scale, 75
- Beck Depression Inventory-II, 43, 72
- behandelproduct, 17
- beperkte prosociale emoties, 95
- beroepscode, 21
 - algemene principes, 22
 - ethische standaard, 22
 - preambule, 22
- beroepsethiek, 21
- beschrijvende diagnostiek, 10
- betekenisanalyse, 18, 66
- betrekkingswaan, 84
- biografische anamnese, 10
- biologisch substraat, 25
- biopsychosociaal model, 97
- bipolaire stoornis, 71
 - met gemengde kenmerken, 72
- bipolaire-II-stoornis, 74
- bipolaire-I-stoornis, 74
- bipolaire-stemmingsstoornissen, 74
- blended behandeling, 47
- bloed-hersenbarrière, 26
- bloedspiegel, 26
- Borderline Personality Disorder Severity Index, 102
- boulimia nervosa, 110
 - ongepast compenserend gedrag, 110
- BRMAS, 75
- CAARMS, 86
- Cantab, 85
- capaciteitentest, 11
- CAPS-5, 77
- case management, 109
- casusconceptualisatie, 44
- CBM, 19
- CBT-e, 20, 51
- CGT, 39
- CIDI, 93
- classificatie, 10
- cliëntgerichte benadering, 34
- clinical staging, 85
- Clinician Administered PTSD Scale, 77
- cluster A, 102
- cluster B, 102
- cluster C, 102
- cognitieve biasmodificatie, 19
- cognitieve gedragstherapie, 39
- cognitieve herstructurering, 67
- cognitieve revolutie, 40
- collaborative care, 14
- COMET, 88
- communicatieanalyse, 50
- Competitive Memory Training, 88
- Composite International Diagnostic Interview, 93
- Comprehensive Assessment of At Risk Mental State, 86
- compulsie, 89
- conditionele assumptie, 40
- conditions of worth, 35
- confirmation bias, 13, 41
- conflict
 - impasse, 50
 - onderhandelings- of escalatiefase, 50
- congruentie, 37
- consequente factor, 99
- consumentenmodel, 14
- contractfase, 104
- contra-indicatie, 17
- conversiestoornis, 107
- coping card, 42

coping cards, 46
 COTAN, 11
 cross-over (eetstoornissen), 111
 Cultureel Interview, 52
 DBS, 33
 deep brain stimulation, 33
 depersonalisatie, 80
 depottoediening, 28
 depressie
 melancholische, 72
 met atypische kenmerken, 72
 met gemengde kenmerken, 72
 seizoensgebonden patroon, 72
 depressieve stoornis, 71
 depressieve stoornissen, 71
 derdegeneratie-CGT, 47
 derealisatie, 80
 desensitisatie, 78
 detoxificatie, 100
 diagnosespecifieke benadering, 17
 diagnostische cyclus, 8
 1. klachtanalyse, 8
 2. probleemanalyse, 8
 3. verklaringsanalyse, 10
 4. indicatieanalyse, 13
 dialectische gedragstherapie, 105
 dichotoom denken, 55
 DIS, 80
 disfunctionele primaire emotie, 38
 dissociatie, 79
 dissociatieve stoornis, 79
 dissociatieve stoornissen
 depersonalisatie-/derealisatiestoornis, 80
 dissociatieve amnesie, 80
 dissociatieve identiteitsstoornis, 80
 dissociatieve stoornissen
 andere gespecificeerde dissociatieve stoornis, 80
 dissociatieve stoornissen
 ongespecificeerde dissociatieve stoornis, 80
 distale risicofactor, 61
 doorsnijding, 33
 dosis-responscurve, 26
 down-regulation, 28
 DSM-classificatie, 10
 dubbele-stoeltechniek, 39
 dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek, 12
 Dysfunctional Attitudes Scale, 43
 Eating Disorder Examination, 111
 Eating Disorder Inventory, 111
 ECT, 32
 EDE, 111
 EDI-3, 111
 eetbuistoornis, 110
 EFT, 38
 egodystoon, 80
 elektroconvulsieve therapie, 32
 EMDR, 78
 emotionele disregulatie, 105
 Emotion-Focused Therapy, 38
 empathie, 36
 empirische cyclus, 8
 enhanced CBT, 20
 EPA, 16
 ESM, 21
 excoriatiestoornis, 90
 expectancy violation, 45
 Experience Sampling Method, 21
 expertmodel, 14
 exposure in vitro, 45
 exposure in vivo, 45, 67
 exposure met responspreventie, 45
 externaliserende route, 98
 externe congruentie
 congruentie, 38
 extinctie, 40, 67
 extrapiramidaal systeem, 27
 FACT, 16
 farmacodynamiek, 26
 farmacokinetiek, 26
 absorptie, 26
 metabolisme, 26
 uitscheiding, 26
 verdeling, 26
 farmacologisch model, 97
 Farmacotherapeutisch Kompas, 27
 flashcards, 46
 flashforward, 57
 flexibele modelgetrouwheid, 16
 flexible assertive community treatment, 16
 functieanalyse, 18, 44, 66
 GABA, 30
 GAS, 70
 gebrek aan sociale motivatie, 84
 gedragsactivatie, 44
 gedragsexperiment, 46, 67
 gegeneraliseerde-angststoornis, 70
 geleide synthese, 83
 generieke zorgstandaard, 15
 gestructureerd interview, 11
 Gestructureerd interview voor de DSM-IV
 persoonlijkheidsstoornissen, 102
 gokstoornis, 97
 graduele exposure, 45
 guided discovery, 46
 habituatie, 45
 halfwaardetijd, 26
 hallucinatie, 84
 Hamilton Depression Rating Scale, 72
 heteroanamnese, 9, 10
 holistisch, 35
 holistische theorie, 43
 hot cognition, 41, 46
 hotspot, 78

hypnose, 109
 hypnotica, 30
 iatrogene factor, 108
 ICD-10 International Personality Disorder Examination, 102
 identiteitsdiffusie, 104
 idioms of distress, 108
 idiosyncratisch, 19
 Illnes Attitude Scales van Kellner, 107
 imagery rescripting, 57
 imaginaire exposure, 45, 78
 implementatie-intentie, 98
 indicatiestelling, 14
 indirecte methode, 11
 individueel profiel (van psychotische stoornis), 87
 Individuele Plaatsing en Steun, 87
 Individuele rehabilitatiebenadering, 88
 Inference Based Approach, 91
 inhibitorisch leren, 45, 67
 intakegesprek, 9
 interferentie, 9
 internaliserende route, 98
 interne congruentie
 congruentie, 37
 internetgamingstoornis, 97
 interpersoonlijk conflict, 50
 interpersoonlijk tekort, 50
 interpersoonlijke inventarisatie, 49
 interpersoonlijke problemen, 111
 interpersoonlijke psychotherapie, 48
 interpersoonlijke rolverandering, 50
 invaliderende omgeving, 105
 Inventory of Depressive Symptoms, 49, 72
 IPDE, 102
 IPT, 48
 IPT-G, 51
 Kernberg-interview, 103
 kinesiofobie, 109
 klassieke conditionering, 40
 kleptomanie, 96
 klinisch perfectionisme, 111
 KNSS, 85
 Korte Negatieve Symptomen Schaal, 85
 korte psychotische stoornis, 86
 kruistolerantie, 31
 Kwaliteitsinstituut Nederland, 15
 LEC-5, 77
 lege-stoeltechniek, 39
 Lewinsohn, 44
 lichaamsbeeld, 111
 lichttherapie, 32
 life event, 49
 Life Events Checklist DSM-5, 77
 life-chart-methode, 75
 life-course-persistent, 95
 lobotomie, 33
 luxerende factor, 9
 macroanalyse, 43
 maligne neurolepticumsyndroom, 28
 MAO-remmers, 28
 Matrics, 85
 MCT, 71
 MDQ, 75
 medische of somatische complicatie, 112
 memorabilia, 79
 memory specificity training, 19
 mentaliseren, 104
 metaboolsyndroom, 28
 metacognitief model, 90
 metacognitieve gedragstherapie, 71
 Meten van Addicties voor Triage en Evaluaties, 99
 Michigan Alcohol Screening Test, 99
 microanalyse, 44
 middelgerelateerde stoornis, 97
 Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), 47
 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, 72
 Mood Disorders Questionnaire, 75
 morfodysfore stoornis, 90
 motiverende gespreksvoering, 16, 36, 99
 nagebootste stoornis, 108
 neerwaartse pijltechniek, 46
 negatief affect, 20
 negatief dissociatief symptoom, 81
 netwerkanalyse, 21
 netwerkmodel, 21
 neurale sensitiviteit, 99
 neuroleptica, 27
 neurotransmitter, 26
 NG, 94
 non-directiviteit, 35
 non-suicidecontract, 61
 noodmaatregel (zelfcontrolemaatregel), 100
 normgroep, 12
 normoverschrijdend-gedragsstoornis, 94
 nucleus accumbens, 99
 obsessie, 89
 obsessieve-compulsieve stoornis, 89
 Obsessive Compulsive Inventory-R, 92
 OCI-R, 92
 OCS, 89
 onderkende diagnostiek, 10
 ondervoeding, 112
 onderzoeksgesprek, 7
 onvolledige remissie, 85
 onvoorwaardelijke acceptatie, 36
 OOS, 93
 operante conditionering, 40
 oppositioneel-opstandige stoornis, 93
 OQ-45, 9
 organische zelf, 35
 Outcome Questionnaire, 9
 overcompenserende copingstijl, 96
 overige voedings- en eetstoornissen, 110
 overlegmodel, 14

P450-systeem, 26
 Padua Inventory-R, 91
 paniekaanval, 68
 paniekstoornis, 68
 PANSS, 84
 paranoïde waan, 84
 parkinsonisme, 27
 pathogene kern, 83
 pathologische rouw, 49
 PCL-5, 77
 periodiek-explosieve stoornis, 94
 persoonlijkheidsorganisatie, 103
 persoonlijkheidsstoornis
 afhankelijke, 102
 antisociale, 102
 borderline, 102
 dwangmatige, 102
 histrionische, 102
 narcistische, 102
 paranoïde, 102
 schizoïde, 102
 schizotypische, 102
 vermijdende, 102
 PES, 94
 pica, 110
 PI-R, 91
 Pleasant Events Schedule, 43
 POH-GGZ, 17
 polythetisch, 102
 positief dissociatief symptoom, 81
 Positive and Negative Affect Scale, 43
 Positive and Negative Syndrome Scale, 84
 Posttraumatic Stress Disorder Checklist DSM-5, 77
 posttraumatische-stressstoornis, 76
 PQ-16, 86
 predictie, 13
 primaire adaptieve emotie, 38
 procesdirectiviteit, 38
 procesgerichte therapie, 35
 Prodromal Questionnaire, 86
 projectieve test, 12
 proximale risicofactor, 62
 psychiatrische anamnese, 9
 psychochirurgie, 33
 psychodiagnostiek, 7
 psychodynamische interview, 103
 psychodynamische theorie (Kernberg), 12
 psycho-educatie, 73
 psychologische factoren die somatische
 aandoeningen beïnvloeden, 108
 psychopathie, 95
 psychose, 84
 psychosomatische stoornis, 106
 psychotische stoornis, 84
 psychotroop, 25
 PTSS, 76
 duidelijke veranderingen in arousal en
 reactiviteit, 76
 herbeleving, 76
 negatieve veranderingen in cognities en
 stemming, 76
 trigger, 76
 vermijdingscriteria, 76
 pyromanie, 96
 rationale, 44
 realiteitsbesef (OCS), 90
 reboundeffect, 31
 recidief, 85
 referentieel verband, 66
 registratie, 42
 relapse, 85
 relaxatie, 45
 remissie, 85
 responsconsequentie, 100
 responspreventie-instructie, 68
 rollenspel, 46
 Routine Outcome Monitoring (ROM), 9
 rTMS, 33
 ruminatiestoornis, 110
 schematherapie
 schema, 104
 schemamodus, 104
 schematherapie, 47
 schematherapie
 vechten, 104
 schematherapie
 vluchten, 104
 schematherapie
 bevriezen, 104
 schematherapie
 ervaringselement, 105
 schematherapie
 limited reparenting, 105
 schizoaffectieve stoornis, 86
 schizofrenie, 86
 schizofreniforme stoornis, 86
 Schokverwerkingslijst, 107
 SCID-5 PD, 102
 SCID-D-R, 82
 secundaire emotie, 38
 semigestructureerd interview, 11
 sequentieel verband, 66
 sggz, 17
 shared decision making, 14
 SIDP-IV, 102
 slaap- en waaktherapie, 32
 slaapdeprivatie, 32
 smalle therapeutische index, 26
 SNRI, 65
 Social Functioning Assessment Scale, 86
 social rhythm interpersonal psychotherapy, 51
 sociale-angststoornis, 69
 sociogram, 49

socratisch motiveren, 16
 socratische dialoog, 46, 67
 SOFAS, 86
 somatisatie, 106
 somatisch-symptoomstoornis, 107
 somatisch-symptoomstoornis met voornamelijk pijn, 107
 specialistische ggz, 17
 speciële anamnese, 9
 specifieke fobie, 70
 SRA-34, 88
 SSRI, 28
 stabilisatietherapie, 78
 stemmingsonafhankelijk plannen, 45
 stemmingsreactiviteit, 72
 stemmingsstabilisator, 29
 stepped-care model, 7, 73
 stimulantia, 31
 stimuluscontrole, 100
 stimulus-responsinterventie, 100
 stoornisspecifieke benadering, 17
 strategisch idee, 40
 stress-kwetsbaarheidsmodel, 87
 Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, 11
 Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders, Revised, 82
 structureel persoonlijkheidsinterview, 12
 structuurdiagnose, 60
 Subjectieve Reactie op Antipsychotica-vragenlijst, 88
 substraat, 25
 suïcidaliteit, 53
 symptomatisch model, 97
 symptoomcluster, 21
 symptoomvragenlijst, 9
 systematische desensitisatie, 45
 taakanalyseparadigma, 34
 taakconcentratietraining, 70
 TADS-I, 82
 TCA, 28
 tendens tot zelfactualisatie, 35
 terugvalpreventie, 42
 TFT, 78
 therapeutisch aangrijpingspunt, 18
 ticstoornis, 90
 TMS, 33
 toenaderingsbias, 99
 token economy, 44
 transcendentie, 105
 transcraniële magnetische stimulatie, 33
 transdiagnostische factor, 108
 transdiagnostische visie, 18
 transparantie, 38
 Trauma and Dissociation Symptoms Interview, 82
 Trauma Focused Therapy, 78
 trichotillomanie, 90
 tricyclische antidepressiva, 28
 tunnelvisie, 50
 twee-factorentheorie (Mowrer), 90
 tweesporenbeleid, 106
 typische antipsychotica, 27
 unified protocol, 20
 validering, 37
 veiligheidsgedrag, 66
 veiligheidsplan, 60
 verandertaal, 99
 verhelderende diagnose, 8
 vermijdende-/restrictieve-voedselinnamestoornis, 110
 vermijdingsgedrag, 66
 vertegenwoordigersmodel, 14
 verward of gedesorganiseerd denken, 84
 verzamelstoornis, 90
 virtual reality, 47
 voedings- of eetstoornis
 andere gespecificeerde, 110
 voedings- of eetstoornis
 ongespecificeerde, 110
 waan, 84
 waanstoornis, 86
 welbevinden, 20
 Whitely Index van Pilowsky, 107
 within session habituation, 67
 Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, 92
 Y-BOCS, 92
 YMRS, 75
 Young Mania Rating Scale, 75
 Young Schema Questionnaire, 43
 zelfcontrole, 100
 zelfcontrolemaatregel, 100
 zelfgerichte aandacht, 69
 zelfrapportagevragenlijst, 11
 ziekteangststoornis, 107
 zorgstandaard, 15