

HOOFDSTUK 1: PSYCHOPATHOLOGIE: VAN DIAGNOSTIEK TOT THERAPIE

1.1 Psychopathologie en wetenschap

1.1.1 Omschrijving en situering

Begrip psychopathologie duikt op eind 19^e eeuw in Franse en Duitse literatuur. Het krijgt verschillende betekenissen en is soms moeilijk af te bakenen van het begrip psychiatrie.

- Anglo-Amerikaanse literatuur: term vooral gebruikt als verzamelbegrip vr alle psychopathologische verschijnselen, verwijst nr het geheel v psychiatrische stoornissen en psychopathologische processen.
- Zuivere etymologisch juiste betekenis (letterlijk vertaald): de wetenschap of studie vh geestelijk of psychisch lijden (=abnormal psychology). In deze betekenis gebruiken we de term.

Handboeken knn w ingedeeld naar een duidelijk accentverschil:

- Psychologie vh pathologische: psychopathologische verschijnselen als gegroepeerde entiteiten vormen het vertrekpunt voor verder onderzoek (syndroombenadering).
- Pathologie van het psychische: gaat uit van algemene psychische processen/functies (bv waarneming, bewustzijn, denken) en analyseert de pathologische varianten hiervan (symptoombenadering).

Dit hb is gestructureerd naar de eerste vorm, indeling volgens syndromen. Toch belangrijk voldoende kennis te hbb v symptomen want een diagnose is gebaseerd op onderzoek van psychische functies.

Verhouding tss psychopathologie en psychiatrie → gaat meestal om accentverschil. Psychiatrie wordt getypeerd als toegep. wetensch → sluit aan bij oud wetenschapsmodel waarbij geneeskunde op 2 pijlers staat.

- Kennis: theoretisch en empirisch weten
- Kunde: praktisch doen

→ Hangen samen. In verhouding tss kennis en kunde w de relatie weerspiegeld tss enerzijds psychopathologie en haar geheel van theorie en fundamenteel onderzoek en anderzijds het geheel van praktijk in de psychiatrie.

- Psychopath m gericht zijn op en bijgestuurd worden dr de psychiatrische en klinisch-psychologische praktijk. Dr beschrijving, ordening en onderzoek wil psychopath een oriënteringsinstrument zijn vr omgang met en behandeling van psychiatrische patiënten. Gericht op het algemeen geldende.
- Psychiatrische praktijk beïnvloedt het wetenschappelijk denken en onderzoek. Dagelijkse praktijk biedt de mogelijkheid de werkelijkheid toegankelijk te maken, theorieën te corrigeren, hypothesen te ontwikkelen. Gericht op individuen, patiënten.

Jaspers geeft belangrijke beperkingen aan in verband met verschillende gerichtheden → individu is nooit helemaal in algemene termen te vatten en wetenschap kan nt zonder reductie. Ze vereist systematiek en communiceerbare begrippen, maar sluit hierdoor belangrijke kennis uit die moeilijk mee te delen is: het persoonlijk aanvoelen (intuïtie), dat een grote rol speelt in individueel contact met patiënten.

1.1.2 Het methodisch dualisme

Over de mogelijkheden en beperkingen van psychopath bestaat al lang discussie, mede door contrasterende visies op het wetenschappelijk karakter ervan. In de discussie is een methodisch dualisme te herkennen, de tegenstelling tss geesteswetenschappelijk en natuurwetenschappelijk denken.

Als we fundamentele kenmerken van de wetenschap analyseren (epistemologie), komen we tot een karakterisering van psychopath als ervaringswetenschap, dus vooral steunend op empirie. Cruciaal punt → mens is zowel subject als object van kennen. Ervaring, beleving en waarneming zijn daardoor naar inhoud en vorm tegelijk onderwerp van reflectie en middel tot ontsluiting van de werkelijkheid. We bestuderen meteen onszelf, afstand en nabijheid tav het studieobject zijn niet strikt te scheiden. Bij het leren kennen van menselijke verschijnselen kan een beroep gedaan worden op 2 kennisbronnen.

- Het empathisch begrijpen of Verstehen: intuïtief begrijpen, mee beleven van iets persoonlijks via een combinatie van empathie en introspectie.
- Het rationeel verklaren of Erklären: verifieerbare verkenning volgens een methodiek, gericht op ontdekken en ontleden van iets gemeenschappelijks door abstractie van regels, samenhangen en structuren die ook buiten het individu gelden.

Kader p 7

Geschiedenis van de psychopath en psychiatrie toont een pendelbeweging tss de empirische en hermeneutische benadering, van systematisch onderzoek naar objectieve regels, naar ontdekking van persoonlijke betekenisrelaties. Werd gezien als onoverbrugbare dualiteit, tegenstelling tss objectief en subjectief. Het is echter veel zinvoller om Verstehen en Erklären, hermeneutiek en empirie als elkaars verlengde, aanvulling te zien. Het komt neer op een prioriteitskeuze:

- Verstehende benadering het 1^e woord: opent de deur voor Erklären vanuit een individuele ervaring hypothesen ter toetsing te vormen, waarbij de objectieve waarheid via empirisch onderzoek moet blijken.
- Erklärende benadering het 1^e woord: elk objectief gegeven krijgt slechts betekenis binnen de individuele leefwereld vd betrokken persoon en wordt zo getoetst op de subjectieve waarheid.

Door de complexiteit van het studieobject en de diversiteit in zienswijzen heeft de psychopath tal van methodische problemen. Het is ook geen scherp afgebakend domein, omdat veelzijdigheid vh onderwerp dwingt tot een veelzijdigheid van zienswijzen. Zo ontstond een theoretisch en methodisch pluralisme met zeer uiteenlopende invalshoeken (bv biologisch, sociologisch, ...). Hierdoor is het terrein onoverzichtelijk en verloopt de communicatie tss verschillende scholen erg problematisch.

Het methodisch en theoretisch pluralisme hbb de taal van de psychopath complex gemaakt → inflatie van vakjargon door uitvinding nieuwe termen, slordig gebruik van bestaande begrippen en gebrek aan eenduidigheid in de terminologie waardoor begrippen allerlei inhouden kunnen dekken. Moet bewust zijn van communicatie- en terminologieproblemen.

1.1.3 Normaliteit en pathologie

- ME: Opvallende gedragsstoornissen werden beschouwd als straffe Gods of bezetenheid.
- 17^e eeuw: Toenemende invloed geneeskunde → verschijnselen in meer natuurwetenschappelijke context geplaatst: krankzinnigheid en ziekte.

- 19^e eeuw: Hoogtepunt medicalisering, geesteszieken verwierven aparte plaats in nosologie (ziekteleer), met eigen classificatiesysteem (Kraepelin) en gelijkgesteld met hersenziekten (Griesinger).
- Eeuwwisseling: Freud en psychoanalyse maakte dat psychiatrische stoornissen in een geesteswetenschappelijk begrippenkader geplaatst werden, waarbij dezelfde psychodynamiek aan de basis ligt van zowel normale als afwijkende gedragingen.
- Midden 20^e eeuw: Sociaal-culturele bepaaldheid van psychiatrische stoornissen kreeg meer aandacht → uitte zich in een antipsychiatrische beweging die zich afzette tegen de biomedische psychiatrie en haar diagnostische etikettering → patiënt werd gezien als SO ve MY discriminatieproces. Het bestaan v psychiatrische stoornissen werd in twijfel getrokken → dus ook bestaansrecht psychiatrie en psychopath.

Diagnostische etikettering is gn waarde vrije onderneming zonder sociaal discriminerende gevaren. Elke psychopath, begrippen en methoden, maakt deel uit van een MY proces, gekleurd dr tijd en plaats. Toch kan bestaan psychiatrische stoornissen en bestaansrecht psychopath studie als realiteit w verantwoord:

- **Belevingsargument:** Gaat uit vh vreemde karakter van psychiatrische stoornissen in de ervaring v verschillende waarnemers binnen bep. sociaal-cult context.
- **Historisch argument:** steunt op de vaststelling dat psychiatrische stoornissen al sinds eeuwen zijn beschreven, zij het met varianten onder diverse benamingen.
- **Geografisch argument:** wijst op het overeenkomstig karakter van bep. stoornissen in zeer uiteenlopende culturen en milieus.
- **Experimenteel argument:** verwijst nr de mogelijkheid bepaalde stoornissen met specifieke methoden te verwekken en/of te laten verdwijnen.

Vertrekpunt psychopath is het aannemen vh bestaan van psychiatrische stoornissen als een onloochenbaar feit. Daartegenover staat dat stoornissen erg knn variëren in verschillende culturen en dr de tijd zeer wisselend nr vorm en frequentie knn voorkomen (vb conversiehysterie → veel in 19^e eeuw, nu zeldzaam). In traditionele psychopath verklaart men deze historische en grafische variabiliteit dr onderscheid tss:

- Pathogene elementen: noodzakelijk vr het ontstaan v psychiatrische stoornissen. Pathogenie ligt in de fundamentele kenmerken van het individu en vormt de “mal” van de stoornis.
- Pathoplastische factoren: geassocieerd met individuele variaties vd stoornis. Pathoplasie omvat de tijd- en plaatsgebonden invloeden die deze mal een persoonlijke kleur en inhoud geven.
 - o Vb schizofrenie: aantal kenmerken universeel (contactverstoring, wanen, hallucinaties). Concrete inhoud vd kenmerken kan individueel verschillen (vb vroeger meer religieus getinte wanen, nu meer technologische gekleurd).

De omschrijving en verklaring van psychiatrische stoornissen hangen samen met de betekenis die men hecht aan de begrippen gezondheid/ziekte. Het is moeilijk te definiëren, omdat het een dimensionale werkelijkheid weergeeft (meer of minder gezond/ziek) en alle aspecten van het menselijk functioneren omvat. Vaak verwarring v deze dimensie met normaliteit/abnormaliteit, aanpassing/afwijking, Normaal is wat beantwoord aan een bepaalde norm, dat wat de meerderheid van een bepaalde sociale groep kenmerkt (statistische norm). Deze norm is ontoereikend, afwijkingen knn nt enkel in negatieve zin optreden. Vb intelligentie → hoogbegaafdheid = positieve afwijking → nt per se ziekelijk. Bestaat dus duidelijk verschil tss normaal en gezond of tss abnormaal en ziekelijk. De invulling w bepaald dr het gehanteerde mensbeeld, zodat psychiatrie ondanks aspiraties toch gn waarde vrije onderneming is.

Vermenging v sociale waarden en wetenschappelijke zienswijzen komt in psychopath tot uiting bij de definitie ve psychiatrische stoornis. 3 vwdn:

- Abnormaal verschijnsel, wat afwijkt vd sociale norm of van wat in die cultuur normaal is.
- Dit abnormaal verschijnsel w een teken ve stoornis als het ongemak, lijden of bezorgdheid teweegbrengt bij de betrokkene en/of de omgeving.
- Pas een psychiatrische stoornis wanneer # kenmerken vh gestoord gedrag ook bij andere personen als storend w ervaren en obv een overeenkomstig patroon is te beschrijven en te ordenen binnen het begrippenkader van de psychopath.

Term psychiatrische (ipv psychische) stoornis is een duidelijke verwijzing nr de taal vh betrokken wetenschapsveld. Dr de laatste vwde kan de conclusie van psychiatrische stoornis nt dr 1 beoordelaar binnen het eigen individueel normenstelsel w gemaakt. M sprake zijn v consensus → overeenstemming met andere collega's en repliceerbaarheid van het waargenomene. Obv deze principes moet psychopath een gemeenschappelijke taal ontwerpen waarmee de psychiatrische stoornissen (onderwerp) beschreven en geordend knn worden.

Omdat psychiatrische stoornissen te situeren zijn op de dimensie ziekte/gezondheid, laat de psychopath zich inspireren dr geneeskunde, ze volgt het medisch model dat hier verwijst nr een bepaalde systematiek om pathologische verschijnselen te bestuderen en te wijzigen (nt het biomedisch denken en handelen waarin psychische fenomenen herleid worden tot het product van biologische processen).

- Descriptieve diagnose: beschrijving vh voorkomen van pathologische fenomenen (symptomen en syndromen) in de zin v karakteristieke eigenschappen en dit ongeacht mogelijke verklaringen.
- Etiologische en pathogenetische diagnose: verkenning v factoren die de stoornis hbb veroorzaakt, bevordert of in stand gehouden (etiologie); onderzoek vd wijze waarop factoren hun werking uitoefenen en tot deze stoornis hebben geleid (pathogenese).
- Prognose: een door onderzoek gefundeerde voorspelling vh mogelijk beloop vd stoornis, enerzijds zonder therapeutisch ingrijpen (natuurlijk beloop) en anderzijds onder invloed van een behandeling.
- Therapie: ontwerp en uitvoering ve interventie mh doel het pathologisch functioneren te doen verdwijnen, verbeteren of gevolgen te beperken (revalidatie). (obv diagnoses en prognose)
- Preventie: Ontwerp en uitvoering ve actieplan om stoornissen te voorkomen (primaire preventie) of zo snel en effectief mogelijk te behandelen ter voorkoming van resttoestanden (secundaire preventie), respectievelijk om nadelige gevolgen van resttoestanden te beperken (tertiaire preventie, revalidatie). (obv diagnoses, prognose en therapie)

"Ziekte" w in geneeskunde op verschillende manieren gedefinieerd:

- Biomedische definitie: bestaan v fysiologische stoornis ih menselijk organisme, met een specifieke etiologie en pathogenese, een duidelijk beloop en aangepaste therapie. Volgens deze definitie kan men in psychopath nauwelijks v ziekten spreken, muv beperkte groep stoornissen waarvan organische etiologie bekend is (bv obv hersendysfuncties of drugmisbruik). In de biologische psychiatrie w gestreefd de fysiopathologische bepaaldheid v verschillende psychiatrische stoornissen te achterhalen. Beperkt zich in het algemeen tot het syndroomniveau.
- Psychologische, sociologische definitie:
 - o Psychologische → Ziektebeleving: de subjectieve ervaring van onwelbevinden, hinder/beperking in het functioneren

- Sociologische → ziekerol: behoefte aan erkenning als zieke/patiënt (my bepaalde patiëntenrol + zoeken nr genezing dr raadpleging deskundige (hulpvrager).

In deze zin is er in psychopath sprake van patiënten (patiens: geduldig, lijdend) → verkozen boven psychotherapeutische benaming cliënten (cliens: beschermeling)

Een psychiatrische stoornis kan gepaard gaan met belangrijke beperkingen in de sociale aanpassing:

- **Intrinsieke beperkingen:** verstoring vh sociaal functioneren, eigen aan de specifieke symptomen vd psychiatrische stoornis (vb achterdocht bij paranoïde schizofreen)
- **Secundaire beperkingen:** betreft de reactie vd patient zelf en voor hem belangrijke personen op de psychiatrische stoornis. (vb verlies zelfvertrouwen, vermijding bep. situaties).
- **Extrinsieke beperkingen:** sociale belemmeringen die het gevolg, maar soms ook de oorzaak vd psychiatrische stoornis kunnen zijn. (vb armoede, werkloosheid, ...)

1.2 Diagnostiek en classificatie

Diagnose: onderkenning, onderscheiding (diagnos: het nauwkeurig leren kennen)

Diagnostiek: leer of de kunst vh diagnosticeren OF geheel van methoden/technieken om tot een diagnose te komen.

De term diagnose kan een dubbele betekenis hebben:

- Het proces van vaststelling, herkenning, onderscheiding en omschrijving van stoornissen (symptomen, syndromen, ziekten).
- Het eindresultaat of de conclusie van dit proces.

Term verwijst vr sommigen teveel nr medisch model → vaak ook begrip assessment/taxatie gebruikt. Accent hierbij ligt vnl op systematisch onderzoek v verschijnselen (systematische diagnostiek). Verschil met assessment is dat diagnose in engere zin (productdefinitie) een bepaalde stoornis wil benoemen mbv een classificatiesysteem.

1.2.1 De betekenis van classificaties

Classificeren: orde scheppen in de chaos van onze waarnemingen en gedachten. Taal op zich is al een poging tot ordening. Wetenschap → classificatie dient als conceptueel schema om de complexiteit vd bestudeerde fenomenen te vereenvoudigen → zo beter toegankelijk vr systematisch onderzoek en makkelijkere communicatie. Wetenschap veronderstelt een systematische ordening van ervaring en kennis → nt het geval → verplicht elke ervaring te verwerken alsof het de eerste was → intellect overbelasten en voortgang vd kennis ernstig hinderen.

Elke wetenschap → taxonomie/classificatieleer. Geneeskunde → nosografie (classificeren van ziekten) → vertrekpunt vd nosologie/ziekteleer. Beschrijving/ordening → geen doel op zich, classificatie is een middel tot wetenschapsbeoefening. W in de psychopath beschouwd als een communicatiemiddel en een onderzoeksinstrument met het oog op het beter leren kennen van het voorkomen (epidemiologie), het ontstaan (etiologie), de ontwikkeling (pathogenese), het beloop (prognose) en de mogelijke beïnvloedbaarheid (preventie, therapie) van psychiatrische stoornissen.

Men onderneemt al lang pogingen om psychopath verschijnselen te ordenen en betekenissen hieraan te koppelen. Nu heeft psychopath al meer dan een eeuw bestaansrecht

→ blijkt hoezeer ze is beïnvloed door het rationeel natuurwetenschappelijk denken van pioniers als Kraepelin. In de neokraepeliaanse traditie is de moderne psychiatrie op zoek naar een zuivere typologie, een perfecte categoriale classificatie van psychiatrische stoornissen. Dit is het ideaal van de monothetische classificatie: fenomenen onderverdeeld in duidelijk afgebakende klassen die geen overlappingen vertonen met elkaar en steunen op een kwalitatief verschil (alles of niets). Dergelijke categoriale indeling is gebaseerd op 1 of meer sleutelkenmerken die onveranderlijk aanwezig zijn bij alle leden van dezelfde categorie. Dit leidt tot hiërarchische classificatiesystemen: indeling of rangordening op onderling samenhangende niveaus met steeds meer verfijnde specificiteit (boomstructuur) waarbij onderverdelingen berusten op steeds strengere selectie.

In praktijk kunnen stoornissen niet zo eenvoudig geordend worden → gradaties, nooit alles of niets → dimensionale classificatie: het individu/stoornis wordt volgens het meer of minder voorkomen van bepaalde eigenschappen gesitueerd op een dimensie of continuüm waarvan de beide polen extreem tegengestelde posities weergeven (introvert vs extravert). Bij combinatie van tenminste 2 dimensies → complexere structuur (voorgesteld in cirkelvorm: circumplexmodel). Vb: circumplexgezinsmodel van Olson: gezinnen worden getypeerd naar mate waarin zij cohesie en aanpassingsvermogen vertonen.

Kader p. 15

Meest gebruikte ordening in de psychopathologie = monothetisch categoriaal systeem → scherpe kritiek. Twijfel over betrouwbaarheid en de validiteit + streven naar homogene categorieën maakt dat patiënten zelden in een strakke klasse te plaatsen zijn of dat ze gestereotypeerd worden zodra ze sleutelkenmerken vertonen. Opl. (volgens sommigen): polythetische classificatie volgens het prototypisch model → niet alle definiërende kenmerken moeten aanwezig zijn, maar individuen van een bepaalde groep hebben zoveel mogelijk kenmerken gemeen, zonder dat een bepaald kenmerk onmisbaar is voor de indeling.

In psychopathologie wordt bij dergelijke prototypering uitgegaan van typische stoornissen, dit is een variant van het categoriaal classificeren. Het prototypisch systeem is flexibeler omdat het beter aansluit bij de grote variabiliteit van kenmerken van individuen. Laat ook toe informatie van verschillende orde te combineren (vb niet enkel voorkomen van symptomen, maar ook tijdsdimensie, sociaal functioneren, ...). In de praktijk leidde dit tot de ontwikkeling van een meerassig systeem → vgl DSM

Diagnostiek en classificatie-instrumenten zijn middel en geen doel van wetenschapsbeoefening, de waarde moet kritisch getoetst worden. Onderscheid tussen betrouwbaarheid en validiteit van een diagnose:

- Betrouwbaarheid: verwijst naar nauwkeurigheid van diagnose → wordt meestal nagegaan op reproduceerbaarheid. (mate waarin verscheidene beoordelaars tot zelfde conclusie komen). Betrouwbaarheid van psychiatrische diagnoses hangt af van gebruikte indelingscriteria en de methode om deze te toetsen. Dit impliceert de noodzaak tot precieze en algemeen aanvaarde definitie van diagnostische criteria en behoefte aan standaardisering van diagnostische onderzoeksmethoden. Betrouwbaarheid van methode wordt uitgedrukt in:
 - o De mate van sensitiviteit: weergegeven als % correct geïdentificeerde patiënten voor een bepaalde diagnostische groep (verkeerd ingedeelde gevallen → vals-positieve diagnose).
 - o Mate van specificiteit: % correct geïdentificeerde gevallen die niet tot een bepaalde diagnostische groep horen (ten onrechte uitgesloten gevallen → vals-negatieve diagnose).
- Validiteit: te maken met bruikbaarheid en informatiewaarde van diagnose. Deze kunnen nooit groter zijn dan betrouwbaarheid → hoe kleiner betrouwbaarheid, hoe kleiner validiteit, hoge betrouwbaarheid → niet noodzakelijk voor grote validiteit. Je kan 2 soorten validiteit nagaan:

- Descriptieve validiteit: verwijst naar mate van homogeniteit van verkregen informatie, uitgedrukt in congruentievaliditeit (de mate van overeenstemming met een methode waarvan de validiteit bekend is).
- Predictieve validiteit: voorspellingswaarde van diagnose testen → controleren in welke mate de verkregen resultaten van diagnostiek een uitspraak kunnen doen over het verder beloop en/of therapeutische beïnvloedbaarheid van betrokken stoornis → belangrijkste praktijkcriterium aangezien weinig baat heeft bij betrouwbare diagnose die geen aanknopingspunten biedt voor behandeling en prognose.

1.2.2 De syndroombenadering: DSM-IV

Hedendaagse (neokraepeliaanse) psychopathologie heeft wel nosologisch denken, maar blijft steken in poging symptomen te ordenen tot homogene syndromen.

- Syndroom: groep van tezamen optredende symptomen → nog niets gezegd over de aard van verband tussen symptomen, noch over de reden van groepering.
- Symptoom: kleinst beschrijfbare onderzoekseenheid in geneeskunde → ziekteken. Symptoom verwijst naar stoornis, uiting van pathologisch proces. Onderscheid tussen:
 - Hoofdsymp.: sleutelsymp., symp. van 1^e orde, voor diagnose kenmerkend (pathognomonisch).
 - Bijsymp.: 2^e orde, maken beeld van stoornis volledig zonder zelf richtinggevend te zijn.

Vb: sleutelkenmerk van anorexia = allesoverheersende wens mager te zijn, bijkomstig symptoom = afwezigheid menstruatie (amenorroe).

Psychopath werd lange tijd overspoeld door talkrijke classificatiesystemen, gekleurd door bepaalde opvattingen over ontstaan van stoornissen (vb. tot '70 gedomineerd door psychoanalytische opvattingen). Diagnostische termen bedekten uiteenlopende inhoud → vb begrip schizofrenie had in VS ruimere betekenis dan EU. Verschillen in diagnostische omschrijvingen maakten wetenschappelijke communicatie moeilijk → behoefte aan diagnostisch systeem. Om internationaal aanvaardbaar te zijn → beantwoorden aan 2 essentiële classificatieprincipes:

- Ordening van stoornissen moest atheoretisch zijn, niet gekoppeld aan bepaalde verklaring.
- Indeling moest steunen op heldere en ondubbelzinnige criteria, te toetsen in diagnostische praktijk en te hanteren voor onderzoek.

Met dit doel ontwikkelde American Psychiatric Association 3^e editie van de Diagnostic and Statistical Manual (1980) → DSM III (revisie 1987, DSM-III-R). Uitvoerig gedebatteerd, grote nationale belangstelling en felle kritiek → hebben systeem tot meest gebruikte gemaakt. Nu 4^e editie (1994) → overschaduwde tegenhanger, de international classification of diseases (ICD, wereldgezondheidsorganisatie 10^e editie, 1994). DSM-IV-TR → DSM IV met text revision (2000), DSM V op komst (2011). DSM III vernieuwend door:

- Louter descriptieve aanpak (in plaats van gelinkt aan theorieën)
- Ontwikkeling Multi-axiaal systeem (5 assen)
 - Diagnosticus moet niet enkel aandacht schenken aan de psychiatrische stoornis, ook rekening houden met lichamelijk en psychosociaal functioneren.
 - Bij beoordeling wordt gegevens van verschillende orde verzameld → info moet praktisch en bruikbaar blijven → beperkt tot 5 assen, elk voor een ander soort gegevens.
 - Classificatieprincipe is van oorsprong monothetisch categoriaal → bleek niet strikt haalbaar → voor vele syndroomdiagnosen eerder polythetisch-prototypische werkwijze.

DSM ASSEN

I, II en III
vormen
samen de
diagnose
volgens h
medisch
model.

I. Klinische syndromen:

Classificatie vd meest bekende psychiatrische stoornissen id vorm van syndromen, waarvoor telkens een # kenmerken w aangegeven die aanwezig moeten zijn om de desbetreffende diagnose te mogen toepassen.

II. Persoonlijkheidsstoornissen:

Stoornissen in de persoonlijkheid weergegeven, gescheiden v as I. Persoonlijkheid = vr individu kenmerkend patroon v interactie met de wereld en zz → varieert erg → moeilijk een beperkende ordening aan te brengen en normaliteit v stoornis te scheiden → deze as meest ter discussie.

III. Lichamelijke toestand

Biedt de mogelijkheid een lichamelijke stoornis te melden wanneer ze belangrijk w geacht vr het gestoord psychisch functioneren/behandeling vd patiënt. Stoornis op As I kan psychologische reactie zijn op lichamelijke aandoening of therapeutisch belang (bv bep. medicijnen nt mogen nemen dr ziekte).

IV en V
geven een
globale
indruk vh
psycho-
sociaal
functioneren
=tegenwicht
/nuancering
vd medisch
getinte
diagnoses.

IV. Psychosociale problemen

Alle psych. problemen in volgorde vermeld die diagnose, behandel. of prognose knn beïnvloeden.

- Problemen in primaire steungroep (vb overlijden)
- Problemen in sociale omgeving (vb alleenstaand)
- Onderwijsproblemen (vb conflict klasgenoot)
- Woonproblemen (vb dakloosheid)
- Financiële problemen (vb schulden)
- Problemen gezondheidszorg (vb slechte verzekering)
- Problemen politie/justitie (vb slachtoffer misdrijf)
- Andere psychosociale problemen (vb oorlogsomstandigheden)

Hierbij moet w opgemerkt dat een psychiatrische stoornis op diverse manieren gepaard kan gaan met sociale dysfuncties (intrinsiek, secundair en extrinsieke belemmeringen 1.1.3).

V. Globale beoordeling vh functioneren

Psychisch, maatschappelijk en beroepsmatig functioneren w globaal beoordeeld met een schaal, de GAF-score. Deze gaat volgens hypothetisch continuüm van geestelijke gezondheid tot ernstige stoornis. Niveau v functioneren op tijdstip vd beoordeling w weergegeven, kan ook schattig maken v hoogste niveau vh afgelopen jaar. Kritiek op gebruik v schaalcodering, maar basisgedachte is goed: beoordeling in ruimer psychosociaal kader en tijdsperspectief plaatsen rekening houden met gezonde aspecten in functioneren. Zo krijgt bep. stoornis een meer genuanceerde betekenis → geplaatst tegen achtergrond van dagelijks leven/afgelopen jaar.

Kader p 20 GAF score

Doel: vr elk individu een beoordeling samen te vatten op 5 assen, maar vaak geen diagnose op as I, II, III. Moet zich ook nt beperken tot 1 diagnose per as, knn meerdere zijn, aanduiding v 1 hoofddiagnose (stoornis verantwoordelijk vr onderzoek). In de praktijk vaak 2 of meer stoornissen op as I → dubbele diagnose/comorbiditeit (vb alcoholafhankelijkheid en depressie). Comorbiditeit kan ook verwijzen nr bijzondere samenhang tss stoornis op as I en as II (vb boulimia nervosa en borderline stoornis). Indien te weinig gegevens vr diagnose → beperken tot vermelding voorlopige diagnosemogelijkheden.

Nt vergeten → diagnostisch systeem bedoeld om wet. Onderzoek en communicatie te vergemakkelijken.
S = statistical → ontworpen vr gecodeerde verwerking v gestandaardiseerde informatie → fout de DSM als catalogus te hanteren waarmee diagnostiek w herleid tot het numerieke coderen v elke patient.

Veel kritiek tegen classificeren v mensen → kan gezien w als uiting v bep. sociale vooroordelen of discriminaties (vb homoseksualiteit = afwijking?). Vanuit puur wetenschappelijk standpunt ook kritiek → categorieën ontstaan obv consensus binnen groep experts. Om zoveel tijd nieuwe DSM → blijft herinneren aan problematische geldigheid v dergelijke psychiatrische classificaties. Indeling en vereiste criteria suggereren een geldigheid die meestal nt ondersteund is dr empirische gegevens → voorgestelde definities dreigen een waarheidsgehalte te krijgen dat ze nt hbb. Afwijkende gedragingen die nt in DSM staan lijken onbestaand/nt interessant. Wetenschap heeft reductie van realiteit nodig, maar dagelijkse praktijk moet verder reiken dan eng DSM-perspectief → persoonlijke betrokkenheid vd clinicus.

1.2.3 Systematische diagnostiek

Klinische psychologie en psychiatrie zijn laatste decennia in toenemende mate georiënteerd op empirisch onderzoek. Vr psychopath heeft dit de ontwikkeling ve diagnostische taal gestimuleerd. Heeft ook geleid tot ontwerpen en uitvoeren van systematische observaties mbv een zo nauwkeurig mogelijk instrumentarium. Veel aspecten nt in getal weer te geven, maar vergelijkbaarheid w vergemakkelijkt wanneer we ze kwantificeerbaar maken. Ook hier geldt de regel: meten is een middel, geen doel van wetenschapsbeoefening (meten ≠ weten). In psychopath 3 gangbare onderzoeksmethoden:

- **Somatisch onderzoek:** In geneeskunde bestaat een veel te sterke tendens om bij psychopathologische fenomenen tot een uitsluitingsdiagnose te komen (probeert vr bepaalde klacht/symp. een organische verklaring te vinden, pas wanneer gn aanwijzingen → moet wel psychisch zijn). Nt eenvouding om na te gaan of lichamelijke klachten een psychische origine hebben, maar komt wel voor. Hedendaags psychopath onderzoek reikt somatische onderzoek verder dan de diagnostiek. Biologische psychiatrie gt op zoek nr etiologische verklaringen en maakt gebruik ve ingewikkelder gamma van onderzoeksmeth.
- **Psychopathometrie:** geheel van psychometrische instrumenten zoals gebruikt in psychopath. Gaat vnl om psychodiagnostische tests of vragenlijsten en beoordelingsschalen. Veel variëteit, voor alle belangrijke groepen psychiatrische stoornissen. Als internationaal aanvaard + nederlandstalige versie → vglnd en transcultureel onderzoek vergemakkelijkt. Betrouwbaarheid en validiteit zijn erg belangrijk vr nauwkeurige diagnostiek. Tendens om beoordelingsschalen (rating scales) te combineren met een gestandaardiseerd interview (computeranalyse) ontwikkeld vr as I en II.
- **Diagnostisch interview:** gericht vraaggesprek, geleid dr ondervrager, toegespitst op gedragingen, gevoelens en gedachten. Gesprek is meest voorkomend om in contact te treden → belangrijk middel om belevingswereld v patiënt te verkennen. Vorm en inhoud v gesprek w bepaald dr specifieke relatie tss betrokkenen → verhouden tot elkaar volgens regels die passen bij rolbepaling. Gesprek is persoonlijk dus ondervrager moet beschikken over vb empathie. Dit w bepaald dr persoonlijkheid, waardesysteem en levenservaring. Ondervrager moet leren storende elementen v eigen persoon tijdig te herkennen en bij te sturen. W ook opgeleid vr interview. Inhoudelijk onderscheid tss:
 - Anamnese: verzamelen gegevens over voorgeschiedenis vd patiënt.
 - Autoanamnese: eigen mededelingen

- Heteroanamnese: informatie van anderen over patiënt (familie, kennissen)
- Biografische anamnese: informatie over levensgeschiedenis.
- Familieanamnese: Bijzondere medische en psychosociale problemen/stoornissen bij directe familieleden.
- Beoordeling vd psychische toestand: systematisch evalueren vh psychisch functioneren vd patient obv directe vragen en observatie vh gedrag vd patient. Wanneer beeld vd problematiek eenmaal gevormd is → hypothese vormen over verklaring en therapie.

1.2.4 Epidemiologie en prognose

Epidemiologie = studie vh voorkomen ve ziekte in een bepaalde bevolking en variaties hierin naar subgroepen (etnisch, sociaal-cultureel) en naar tijd (historisch) of plaats (geografisch). Nt individu maar een grote groep staat centraal (populatie). Doel = cijfermatig beeld vormen over h voorkomen en evolutie ve bepaalde stoornis + inzicht verwerven id factoren die samenhangen met verschillen in frequentie, aard en verloop van deze stoornis bij bepaalde bevolkingsgroepen. Nuttig vr algemeen beleid in gezondheidszorg + levert informatie op over bepalende factoren bij ontstaan en ontwikkeling vd stoornis → richtinggevend vr onderzoek, preventie en hulpverlening.

Kader p25

Epidemiologische studies drukken geg. uit in een verhouding tss 2 getallen → # gevallen in vgl populatie. Moet nauwkeurig worden aangegeven obv welke selectiecriteria de gevallen en de grootte en samenstelling vd populatie zijn bepaald. **Incidentie** verwijst nr proportie ve bep. populatie die in bep. periode of tijdsinterval (vb jaar) voor het eerst een bep. stoornis vertoont. Een groep w dus zekere tijd bestudeerd en men **rekent enkel de nieuwe gevallen** ve stoornis in deze periode.

$$\text{Incidentie} = \frac{\# \text{ nieuwe gevallen}}{\text{totale populatiegroep}} \text{ in een bepaalde periode}$$

In de meeste onderzoeken w uitgegaan v prevalentie of de proportie ve populatie die een stoornis vertoont, hetzij op een bepaald moment (puntprevalentie), hetzij in een bepaalde periode (periodeprevalentie). Men telt dus op een gegeven moment in een bepaald tijdsinterval alle gevallen, zowel bestaande als nieuwe.

$$\text{Prevalentie} = \frac{\# \text{ oude} + \text{nieuwe gevallen}}{\text{totale populatiegroep}} \text{ in een bepaalde periode}$$

Sommige studies berekenen het voorkomen v stoornissen tijdens het hele leven v personen (lifetime prevalence). Obv deze geg. ken men schatten hoeveel en welke personen ve bepaalde populatie tijdens hun leven risico lopen een stoornis te ontwikkelen (lifetime expectation, lifetime morbid risk). Grote bevolkingsgroepen → incidentie en prevalentie uitgedrukt per 100 000 inw, per jaar.

Longitudinale cohortstudie: bep groep personen over verloop v bepaalde tijd volgen → levert belangrijke info op over evolutie v nieuw ontwikkelde en bestaande stoornissen. Obv deze geg. kan men bij andere gevallen proberen het verloop vd stoornis te voorspellen: prognose maken. Voorspelling kan slaan op het natuurlijk verloop vd stoornis (zonder enige therapeutische interventie) of kan gekoppeld zijn ah te verwachten resultaat ve behandeling. Wanneer bepaalde therapievorm aangewezen is vr een bepaalde stoornis of problematiek, bevat dergelijke indicatiestelling de prognose dat de toestand beter zal evolueren dr therapie.

Nauw samenhangend met verloop van stoornis zijn de termen “acuut” en “chronisch”. Ze verwijzen naar een tijdsdimensie, de duur van optreden van bepaald verschijnsel als belangrijkste kenmerk geaccentueerd.

- Acuut: plotseling, kortstondig en hevig optreden van verschijnsel.
- Chroniciteit: in DSM-IV gebruikt als verschijnselen langer dan een jaar blijven bestaan.

Nota: Begrip chronisch heeft negatieve connotatie → synoniem met lange verblijfsduur in inrichting. Deze omschrijving voldoet niet, kan niet ook patientcarrière vertonen buiten inrichting, of veel kortstondige opnamen hebben (draaideurpatient). Definitie moet losgekoppeld van sociale gevolgen die het begrip van patiënten impliceert, kan beter beschrijvend blijven, zoals in DSM.

Bij chronisch verloop (DSM definitie) kunnen volgende vormen, soms gecombineerd, voorkomen:

- o Intermitterend verloop: perioden van geheel of gedeeltelijk herstel (remissie) wisselend met heroptreden van stoornis (recidief/terugval).
- o Statisch verloop: toestand onveranderd (resttoestand wanneer nauwelijks nog verbetering of herstel verwacht kan worden).
- o Progressief verloop: toestand die gestaag verslechtert (bij toenemende verbetering is er geen sprake meer van chroniciteit)

Grafiek p 27

Bepaalde stoornissen kunnen levenslang blijven bestaan, andere hebben lange voorgeschiedenis voor ze als stoornis herkend worden (vb persoonlijkheidsstoornissen). Bij verscheidene stoornissen is er een tijds criterium als voorwaarde voor diagnose → bep. kenmerken moeten tenminste een bepaalde tijd (min. 6 maanden) continu zijn voorgekomen (vb adhd en schizofrenie).

1.3 Stoornissen in het psychisch functioneren

Beschrijvende diagnostiek steunt op de beoordeling van psychische toestand. De beoordelaar maakt gebruik van wat de patiënt over zichzelf meedeelt en op de gedragingen en het uiterlijk van patiënt. De diagnosticus kan deze informatie systematisch verzamelen, maar betekent niet dat hij een rijtje vragen stelt of een symptomen schematisch inventariseert. Kan wel een hulpmiddel zijn om de variatie in gestoord menselijk gedrag begrijpelijker te maken en kan diagnosticus ervoor behoeden enkel stil te staan bij de meest opvallende symptomen of klachten. Ruimere verkenning laat vaak zien dat andere verschijnselen belangrijker blijken te zijn voor uiteindelijke diagnose → je kan soms obv enkele symptomen al snel een vermoeden hebben over het syndroom, maar je hebt meer nodig om een duidelijke figuur te verkrijgen.

Hieronder worden de belangrijkste psychopathologische varianten van psychisch functioneren besproken. De volgorde is gebaseerd op de diagnostische praktijk, maar het desbetreffende verschijnsel kan evengoed als aspect van een andere functie worden beschouwd. De psychische functies kunnen niet wel als onderscheiden aspecten, maar niet gescheiden aspecten beschouwd worden van de interactie tussen mens en wereld. Enkel de belangrijkste worden vermeld. Het is ook slechts bedoeld als ordening van gedachten → is noodzakelijk te reduceren, maar menselijk denken, voelen en handelen is veel uitgebreider dan weergegeven. De vermelde verschijnselen zijn slechts mogelijke, maar niet noodzakelijke tekenen van stoornis of pathologie.

1.3.1 Expressie en psychomotoriek (Kader p31)

We maken onderscheid tussen non-verbale expressie (lichaamshouding, beweging en mimiek) en verbale expressie (spraak). In de beoordeling hiervan moet men rekening houden met cultureel bepaalde variaties die geen verband houden met pathologie.

A) Lichaamshouding, beweging en mimiek

Stoornissen knn kwantitatief (over- en onderactiviteit) of kwalitatief van aard zijn (disactiviteit).

kwantitatief

- Overactiviteit:

- Hyperkinesie: overdreven snelheid/intensiteit van bewegingen (*ADHD en anorexia nervosa* → *in schril contrast tot vermagering*)
 - Gelokaliseerd → vb tics en beven (tremor)
- Hypertonie: teveel aan spierspanning (vb kramp)
- Rusteloosheid: toename van nt-doelgerichte handelingen of bewegingen → extreme vorm (bij opwinding of excitatie) = agitatie. (*ADHD*)
- Acathisie: bijzondere vorm rusteloosheid → onvermogen enige tijd dezelfde houding te handhaven (vb op stoel zitten). Meestal bijwerking v antipsychotische medicijnen/neuroleptica.
- Stuiptrekking/convulsies: knn optreden bij *epileptische toeval of conversiestoornis*.

- Onderactiviteit:

- Bradykinesie: vertraagde beweging
- Hypokinesie: geringe beweging
 - Globale vermindering/vertraging in bewegingspatroon, met vervlakking mimiek treedt op bij geremd depressieve patiënten en katatone schizofrenen.
- Akinesie: afwezige beweging
 - Akinesie en mutisme → aangetroffen bij stupor → patiënten zijn bewegingsloos, verstard/verstijfd voor zich uit starend, zonder reactie op normale prikkels vanuit de omgeving (bewustzijn nt gestoord zoals bij stopor). Treedt typisch op na een overweldigende emotie/traumatische ervaring (vb na ramp).
- Hypotonie: verminderde spierspanning
- Kataplexie: plotselinge vermindering van spierspanning (hypotonie) waarbij men onverwacht/ongewild dr de benen zakt → vaak bij heftige emotie.

- Disactiviteit: stoornissen in de vorm van de motoriek, vooral bep. houdingen/bewegingen met een repetitief karakter (stereotiepe herhaling/automatisme).

- Handelingen op geritualiseerde wijze herhalen: vnl bij dwangstoornissen
- Bizarre houdingen, stereotype bewegingen, grimassen: vaak bij katatone schizofrenen (naast bradykinesie).
- Katalepsie: wasachtige buigzaamheid → vorm van automatische gehoorzaamheid/extreem passieve volgzzaamheid (ook dr hypnose bij gezonde proefpersonen).
- Motorische conversiestoornissen: opvallende veranderingen in spierfuncties (vb verlammingen/contracties) zonder somatische oorzaak.
- Manierisme in het bewegingspatroon: houdingen/bewegingen overmatig gestileerd of gekunsteld
- Echopraxie/exchokinesie: geautomatiseerd nabootsend bewegen
- Echomimie: imiterend herhalen van andermans houding, gebaren of mimiek
- Apraxie: onvermogen gerichte handelingen/gecoördineerde bewegingen uit te voeren → verwijst meestal nr een hersenletsel.

Kwalitatief

B) Spraak

Verbale expressie = taal. De vorm van taal wordt beïnvloed door de inhoud van wat we wensen uit te drukken (dit heeft te maken met een denkproces → stoornissen in taalinhoud zijn denkstoornissen) en dit staat vaak in verband met bepaalde stemmingen en emoties → dus denken en gevoelsleven bepalen spreekwijze (snelheid, intonatie, ...). Een belangrijke groep spraakstoornissen, de afasieën, berust op een organische disfunctie: specifieke defecten in bepaalde hersendelen verbonden met de spraak. In psychopathologie zijn vnl functionele spraakstoornissen van belang:

- Logorroe: woordenvloed, versneld spreken
- Bradyfasie: langzaam of moeizaam spreken
- Stotteren: gedeeltelijk geremd spreken
- Mutisme: spreken is volledig geblokkeerd
- Afonie: persoon doet moeite om te spreken, maar kan weinig of geen stemgeluid voortbrengen.
- Ganser-syndroom (vorbeïreden): om onderwerp heen praten of telkens net verkeerd antwoord geven.
- Neologisme, parafrasie: zelfgeconstrueerde woorden die voor anderen onbegrijpelijk zijn (vb psychose).
- Incoherente spraak (Wortsalat): woorden zonder enig verband door elkaar gooien.
- Verbaal manierisme: wijldropige spraak, overdreven gedetailleerd, overmatig gestileerd en gekunsteld.
- Geaffecteerd spreken: met een onnatuurlijk klinkende bewogenheid
- Perseveratie: voortdurend herhalen van dezelfde zinnen/woorden
- Echolalie/echofrasie: herhalen van wat iemand anders zegt (vb kinderlijk autisme).

1.3.2 Bewustzijn (Kader p34)

Bewustzijn: toestand/proces waardoor we beseft hebben van onszelf en onze omgeving (wakend sensorium) → basisvoorwaarde voor interactie mens/wereld. Belangrijke component hiervan (waarschijnlijk slechts eigen aan de mens) is het vermogen bepaalde ervaringen aan de eigen persoon toe te schrijven → reflectief bewustzijn (zelfbewustzijn). Het bewustzijn wordt volgens bioritmisch patroon afgewisseld met slaaptoestand. Bij bewustzijnsstoornissen moet altijd een algemeen lichamelijk onderzoek uitgevoerd worden! De bewustzijnsstoornissen worden in 3 groepen verdeeld:

A) Stoornissen in helderheid en aanspreekbaarheid

Mate waarin prikkels doordringen tot de persoon, beoordeeld volgens het reactievermogen op deze stimuli of de mogelijkheid in contact te treden met de buitenwereld. Stoornissen in helderheid kunnen te maken hebben met:

- NIVEAU VAN BEWUSTZIEN (intensiteit)
 - Verhoogd bewustzijn: grotere openheid dan normaal voor indrukken van buitenaf en/of eigen ervaringen. Komt voor bij manische toestanden en onder invloed van sommige drugs.

Ernstige vormen van bewustzijnsdalingen (meestal door hersenbeschadiging):

- Gradaties verlaagd bewustzijn:
 - Beneveling/schemertoestand: persoon voelt zich suf, niet helder van geest, als een droom.
 - Somnolentie: persoon is slaperig en moet moeite doen wakker te blijven.

- Sopor: slaaptoestand waaruit pers. slechts wakker kan w dr sterke prikkels. Verder weinig of gn reactie, terwijl normale reflexen blijven bestaan (lijkt op stupor).
- Subcoma/precoma: bewustzijnsverlies waarbij pers. nt kan worden gewekt en geen peesreflexen vertoont, wel nog reactie op licht- en pijnprikkels.
- Coma: hoogste graad v bewustzijnsverlies, geen reactie op pijnprikkels en geen lichtreflex vd pupil.

Veel voorkomende/onschuldige vormen v plotseling en kortstondig bewustzijnsverlies:

- Syncope/collaps: flauwvallen
- Absence: kortstondig afwezig bewustzijn (epilepsie)
 - ! als pers. afwezig lijkt te zijn, nt betrokken op actuele gebeurtenissen in omgeving → meestal aandachtsstoornis.

➤ UITGEBREIDHEID VAN BEWUSTZIEN (diversiteit)

Aantal, soort en intensiteit vd prikkels waarop de persoon reageert.

- Bewustzijnsverruiming: grotere diversiteit dan het normale gamma aan prikkels w bewust geregistreerd dr het individu. Vaak gekoppeld aan de eerder genoemde toestanden van verhoogd bewustzijn.
- Bewustzijnsvernaauwing: individu lijkt slechts te reageren op een bep. selectie v prikkels. Dit kan samenhangen met stoornissen in de aandacht of met vormen van verlaagd bewustzijn. In het laatste geval → vnl schemertoestanden waarin bep. handelingen ng gecoördineerd verlopen, maar achteraf herinnert pers zich weinig (vb slaapwandelen) => vorm van bewustzijnsdissociatie → deel v bewustzijn w ontkoppeld aan rest van cognitief functioneren.

➤ ORDE EN STRUCTUUR VAN BEWUSTZIEN (kwaliteit)

Bepaalde kwalitatieve aspecten vd geregistreerde prikkels zijn verstoord (aard, samenhang,...). Dit gaat van lichte vertroebeling tot ernstige verwarring of destructureering v bewustzijn. Verschijnselen hangen nauw samen met stoornissen in denken en waarnemen.

- Oneiroïde delirante toestand: combinatie v schemertoestand en droomachtige, haast hallucinatoire belevingen.
- Delirium: ernstige vorm v destructureering v bewustzijn, gekenmerkt dr gestoorde aandacht, desoriëntatie, verwardheid in denken en spreken, hallucinaties (visueel) en motorische onrust en heftige affecten (angst, radeloosheid).

B) Stoornissen in aandacht of opmerkzaamheid

Aandacht = bewuste selectieve reactie waarmee het individu een situatie of omgeving doelgericht onderzoekt. Wisselwerking tss geleide (nauwkeurige registratie vd wisselende selectie van prikkels) en diffuse aandacht (vaag op de achtergrond aanwezig zijnde, ongeselecteerde prikkels). Het gaat hier dus om een storing in het proces van herhaalde wisseling tss figuur en achtergrond.

De aandacht omvat 2 aspecten:

- Waakzaamheid (vigilance): gaat in geval v bedreiging gepaard met duidelijke fysiologische opwindings (arousal)

- Vasthoudendheid (tenaciteit/spankracht): vermogen tot aanhoudend gerichte aandacht (concentratie) → faalt typisch bij kinderen met ADHD

Aandacht hangt nauw samen met helderheid v bewustzijn en oriëntatie → stoornissen in deze categorieën overlappen elkaar vaak.

- Verhoogde aandacht/waakzaamheid: vooral bij angst → individu let selectief op bep. prikkels die als mogelijke signalen v bedreiging w beschouwd (men is hyperalert → gaat vaak samen met waarnemingsvervalsing, vnl illusies).
 - o Bewustzijnsvernauwing: Pers zo sterk opgeslorpt dr selectieve aandacht (vb trance)
 - o Attention overload: overbelasting in informatieverwerking → gevolg: falende concentratie of kortstondige geheugenstoornissen (blackout).
- Verminderde aandacht: uiteraard in toestand v verlaagd bewustzijn, maar ook in toestand v normaal bewustzijn.
 - o Concentratiemoeilijkheden
 - o Fluctuerende aandacht: snelle verstrooibaarheid
 - o Dagdromerij: ook te beschouwen als vorm v vernauwd bewustzijn, gelijkend op absence.

C) Stoornissen in oriëntatie

Oriëntatie = vermogen zich te plaatsen binnen het actuele gebeuren, zz te situeren in de tijd (chronologische oriëntatie → welk moment vd dag, maand, jaar?) in de ruimte (topografische oriëntatie: waar ben ik?) en tav de eigen persoon en andere mensen (interpersoonlijke oriëntatie: wie ben ik en wie zijn de anderen?). Dit vermogen wordt oa bepaald door helderheid van bewustzijn, berust op waarneming en geheugen en kan beïnvloed w dr stemmingen en emoties. Meeste gevallen van desoriëntatie → nt dadelijk sprake v afgebakende stoornis, maar van bijeffect v stoornissen in andere psychische functies:

- o wanneer helderheid en opmerkzaamheid zijn verstoord (vb delirium)
- o Waarnemingsstoornissen (hallucinaties), denkstoornissen (vb wanen), en geheugendefecten (foutieve herkenning/herinnering)
- o Onderdrukking v gevoelsleven (apathie en depressie) → verminderd besef tijd en ruimte. Interpersoonlijke oriëntatie hangt nauw samen met zelfbewustzijn.
- o Verwardheid/confusionele toestand: falende oriëntatie brengt de bijhorende angst teweeg of versterkt deze (vgl wakker w uit nachtmerrie en omgeving moeten herkennen vr angst verdwijnt).

Desorientatie kan vrij plotseling optreden, maar ook chronisch blijven (vb organische hersensyndromen). Onderzoek vd oriëntatie is een belangrijk diagnostisch middel om een vermoedelijke hersendisfunctie (dementie) op het spoor te komen.

1.3.3 Zelfbeleving

Mens beschikt over uniek vermogen v reflectief bewustzijn → beseffen dat men bestaat, leeft als een individu gelijkend op andere mensen, maar toch onderscheiden. Dit ik-gevoel kan veranderen in wisselende omstandigheden en nieuwe levensfasen, maar blijft vanaf volwassenheid toch globaal consistent. Onderscheiden 2 aspecten in zelfbeleving, onderling nauw verstrengd, zelfbeeld en lichaamservaring.

A) Zelfbeeld

In de zelfbeleving, vertrouwdheid met het eigen zelf, is een samenspel v verschillende dimensies werkzaam. Normaal zo geïntegreerd dat we er nt bijilstaan, vallen slechts op in geval v stoornis in de beleving. Specifieke stoornissen:

- Stoornissen in de ik-vitaliteit of het vanzelfsprekend besef te leven:
 - o Gevoel te sterven (zonder objectieve reden)
 - o Overweldigende angst vr de dood, vernietiging of ondergang vd wereld (vb melancholische waan)
 - o Ervaring v afstervende lichaamsdelen (terwijl gezond)
 - o Overdreven gevoel van vitaliteit (vb manie)
 - o Onsterfelijkheidswaan
- Stoornissen in de ik-activiteit of het besef zelf een spontane actor te zijn v eigen handelen, denken en voelen:
 - o Gevoel v verlies van autonomie (vb dwangstoornis)
 - o Overtuiging dr vreemde krachten beïnvloed of geleid te worden (beïnvloedingswaan)
 - o Ervaring alles mechanisch te doen (vb ernstige depressie)
 - o Volkomen passiviteit, soms zelfs uitblijven enige reactie op omgeving (vb psychogene stupor).
- Stoornissen in de ik-consistentie of het zz als een samenhangend geheel ervaren:
 - o Gevoel v uiteenvallen of verbrokkeling vd eigen persoon (vb schizofrenie)
 - o Ervaring v innerlijke splitsing of tegenstrijdigheid alsof nog iemand anders in de eigen persoon schuilgaat (vb dissociatieve verschijnselen)
- Stoornissen in de ik-afgrenzing of het vermogen een onderscheid te maken tss ik en nt-ik, tss zelf en buitenwereld:
 - o Ervaring ve falende, zelfs afwezige afgrenzing (bij psychotici: versmelting met de omgeving)
 - o Gevoel v overdreven afgrenzing (pantser) of grote afstand (muur) tss zz en anderen
- Stoornissen in de ik-identiteit of het besef gedurende alle levenstaken constant in de tijd dezelfde persoon te blijven en als zodanig dr anderen herkend te worden:
 - o Twijfel aan eigen identiteit
 - o Gevoel van verandering of tegenstrijdigheid in identiteit (geslacht, voorkomen, afstamming)
 - o Meer identiteiten (meervoudige persoonlijkheid/dissociatieve identiteitsstoornis)
 - o Gevoel een kopie van iemand anders te zijn of in de ander een evenbeeld van zz te herkennen (dubbelgangersfenomeen)

Vaak zijn verscheidene v deze dimensies tegelijk gestoord of gaat het om een meer globale verstoring vd zelfbeleving:

- Mogelijke uitingen
v globale stoornis
in oriëntatie
- Depersonalisatie: gevoel v zelfvervreemding (gevoel nt echt zz te zijn).
 - Derealisatie: onwerkelijkheidsgevoel

Uit voorgaande blijkt dat men onder zelfbeleving meer verstaat dan identiteit. ! wel verband tss stoornissen in de zelfbeleving en persoonlijkheidsstoornissen, maar mag nt verwarren! Persoonlijkheid is het vr een persoon kenmerkende patroon v interactie met de omgeving en zz, een soort levensstijl die tot uiting komt in denken, voelen en handelen. Het is de manier waarop een individu inhoud geeft aan zijn "zelf".

B) Stoornissen in de lichaamservaring

Lichaamservaring is te beschouwen als een andere dimensie v.h. zelfbeeld: de ervaring v.h. lichaam als een levend en georganiseerd geheel, afgegrensd v.d. omgeving in een eigen ruimtelijke verhouding en een ruimtelijk voorkomen. Ook hier vallen bepaalde facetten slechts op wanneer er een stoornis in optreedt:

- Specifiek lichaamsschema (body image): geprogrammeerd in bepaalde hersenstructuren, waardoor we onze houding en bewegingen ruimtelijk kunnen situeren en coördineren. Letsel in de hersendelen kan zorgen dat we geen besef meer hebben v. bep. delen v.h. lichaam. Lichaamsschema is slechts deelcomponent v. lichaamservaring, vnl. neurofysiologisch bepaald, waarbij waarneming v. interne lichamelijke prikkels of sensaties en integratie v. deze info centraal staat (proprioceptie, interoceptie).
- Integratiestoornissen
 - o Fantoomlid: typische integratiestoornis in de ruimtelijke waarneming v.h. eigen lichaam. Ondanks amputatie blijft h. lichaamsdeel als aanwezig ervaren (pijnsensatie: fantoompijn).
- Emotionele en cognitieve factoren:
 - o Psychotische toestanden (schizofrenie): gevoel v. verbrokkeling of gestoorde afgrenzing in een specifiek lichaamsgevoel uitgedrukt.
 - o Somatische wanen: bizarre belevingen v. vervorming of aantasting v.h. lichaam.
 - o Hypochonder: overmatig gepreoccupeerd met vermeend zieke lichaamsorganen
 - o Angststoornis: pijn in de borstkas → hartziektefobie
 - o Anorexia nervosa: lichaamsomvang overschatten → overwaardig idee (denkstoornis) vergelijkbaar met dysmorphofobie (irreële angst/overtuiging fysiek misvormd te zijn).

Kader p 37

1.3.4 Waarneming

Kunnen we zonder kennende (gnostische) functies → kennis nemen en houden v.d. geg. die voortdurende interactie tss. individu en omg. mogelijk maken. Waarneming is onlosmakelijk verbonden met andere kennende functies (denken, voorstelling, herinnering). Via waarneming hebben we contact met de feitelijke binnen- en buitenwereld. Waarneming duidt erop dat we iets in het hier en nu voor ons nemen, dat het echt bestaat. Via de voorstelling ontwerpen we een mogelijke wereld buiten de reële orde v. tijd en ruimte (fantasie). We weten nu of in staat zijn tot paranormale waarnemingen → perceptie v. nu gefantaseerde wereld buiten actuele tijd en ruimte. Onderscheid tss.:

- Gewaarwording: betreft sensaties (sensorische ervaringen) die resultaat zijn v.d. stimulatie v. zintuig en v.d. daaraan gekoppelde centrale activering v. bep. hersendelen.
- Waarneming: sensaties geordend en georganiseerd tot bep. configuraties (beelden) in tijd en ruimte. Deze percepten verkrijgen via een leerproces een eigen betekenis → betekenisvolle percepten: zintuiglijke gewaarwording w. zinnige waarneming.
- Agnosie: aangeleerde koppeling tss. percept en zijn betekenis gaat verloren → we slechts sensorische stimuli gewaar die zinloze percepten blijven → iets mis met centrale informatieverwerking.
 - o Visuele agnosie: ogen registreren wel een prikkelfunctie, maar betekenisvolle ordening blijft onduidelijk → zie wel iets maar herken het niet (vb. sommige vormen dyslexie of woordblindheid).

A) Gestoorde waarneming v tijd

Complex fenomeen dat ook te plaatsen is bij het bewustzijn en dat als subjectieve ervaring dr stemmingen en emoties wordt beïnvloed (vb gevoel v vertraagde tijd bij depressie).

B) Sensorische vervormingen

Zintuiglijke indrukken of sensaties knn in intensiteit of kwaliteit verstoord zijn.

- Kwantitatief:

- Hyperesthesie: verhoogde gevoeligheid vr prikkelgewaarwording
- Hypesthesie: verlaagde gevoeligheid vr prikkelgewaarwording
- Anesthesie: afwezige gevoeligheid vr prikkelgewaarwording

Deze stoornissen in intensiteit gaan vaak gepaard met afwijkingen id algemene gevoeligheid (stemmingen en emoties).



- Hyperesthetisch emotioneel syndroom: overspanningssyndroom, gekenmerkt dr ongewone vermoeidheid, overdreven gevoeligheid of prikkelbaarheid in de ruime zin → zowel vr emotionele prikkels (hyperemotioneel: lachen en huilen om niets) als zintuiglijke prikkels (hyperesthesie: vb iets klinkt storend luid)

- Kwalitatief:

- Kleurvervorming: sensaties zijn vervormd alsof er iets misgegaan is met de dosering of diversiteit in gewaarwording
- Paresthesie: onaangename tactiele sensaties, vb prikkelend of brandend gevoel
- Micropsie: verkleind, verstoring in perceptie van ruimtelijke vorming
- Macropsie: vergroot, verstoring in perceptie van ruimtelijke vorming
- Synesthesie: bepaalde sensaties in 1 sensorisch kanaal gaan vergezeld van gewaarwording in een ander kanaal dat nt direct geprikkeld wordt.

Veel kwalitatieve stoornissen id gewaarwording treden op onder invloed v bepaalde drugs.

C) Illusies

Omschrijving als zinsbegoocheling of valse perceptie is onvoldoende om een onderscheid met hallucinatie te maken. Illusie is een reëel waarnemingsobject waaraan bep eigenschappen toegevoegd worden die het object **niet** bezit = perceptuele misinterpretaties/mis-attributies. Vaak onmogelijk een duidelijk onderscheid te maken sensorische vervormingen: als iemand een bepaald object als vervormd beschrijft, berust dit dan op een storing in het sensorisch kanaal (juiste interpretatie v vervormde registratie) of in de beoordeling en de betekenisverlening (juiste registratie maar foutieve interpretatie).

Illusies behoren tot dagelijkse ervaring, maar specifieke illusoire vervalsingen ontstaan dr bep. verwachtingen → zichzelf bevestigende voorspellingen. Bij dergelijke gekleurde waarneming → moeilijk na te gaan of reëel object aanwezig is of dat het volkomen gefantaseerd is en als waar aangenomen. Ook in het kader van wanen (denkstoornis) knn op zichzelf correcte waarnemingen w voorzien v nieuwe betekenissen die passen in de waanopvatting. Dan is waan primaire stoornis en waarnemingsvervalsing is dan gn illusie maar “waanwaarneming”. Eigen aan waan = verkeerde interpretatie v het waargenomene w nt gecorrigeerd wanneer ander informatie het foutieve ervan aantoon (illusie wel correctie). Om verschil tss illusies, wanen en hallucinaties na te gaan → objectiviteit, juistheid en corrigeerbaarheid vd waarneming nagaan.

D) Hallucinaties

Perceptie zonder object → psychische ervaring met vnl waarnemingskarakter, zonder reële stimulus. In WKHD dus gn waarneming want geen percept → mag men wel v waarnemingsstoornis spreken? (gn waarneming dus ook nt gestoord) In essentie een denkstoornis waarvan de inhoud w gereflecteerd in fantasie. Persoon moet wel wakker zijn, anders is gewoon een droom. Toestand gekenmerkt dr overvloedig hallucineren = hallucinose.

- pseudo-hallucinatie: waarneming tijdens droom mr beseft bij ontwaken dat gn realiteitswaarde hft).
- Hypnagoge hallucinatie (/verbeelding): Sluimertoestand → grens tss droom en WKHD onnauwkeurig, twijfelen aan realiteitskarakter v waarnemingen → echt of droom?
- Auditieve/akoestische hallucinatie: gehoor
- Visuele/optische hallucinatie: zicht
- Tactiele/haptische hallucinatie: tast
- Olfactoire hallucinatie: reuk
- Gustoie hallucinatie: smaak
- Proprioceptieve/kinesthetische hallucinatie: hallucinaties van het diepe gevoel (inwendige organen) en de beweging/lichaamshouding
- Heautoscopie: meent eigen lichaam buiten zichzelf als waar te nemen
 - Variant v autoscopische hallucinatie: dubbelganger → meent in een ander dubbelganger van zz te zien. Lijkt op syndroom v Capgras (l'illusion des sosies) → andere persoon nt vr echt aanzien, maar als dubbelganger ervaart.

Kader p40

1.3.5 Denken en geheugen

Via denken w ervaringswereld betekenisvol geordend → komt tot uiting in gebruik v tekens en symbolen (taal). Door vgl verschillende ervaringen kn n we verbanden leggen (beoordelen) en dr redenering betekenissen afleiden (begrijpen) → doen constant beroep op waarnemingen of geheugen. Cognitieve informatieverwerking dient om aan situaties knn aan te passen en problemen op te lossen (intelligentie). Aangezien denken via taal geuit wordt → veel denkstoornissen enkel af te leiden uit taal.

A) Formele denkstoornissen

Stoornissen in organisatie, vorm of verloop vh denken. Denkstoornis w getypeerd nr overheersend kenmerk:

- **Neologisme:** zelfgecreëerde woorden
- **Privaatsymboliek:** nieuwe betekenissen vr bestaande woorden
- **Concretistisch denken:** nt instaat tot abstract denken, slechts betekenissen knn koppelen aan actuele ervaringen. Gesymboliseerde WKHD w verward met concrete realiteit, figuurlijk w letterlijk geïnterpreteerd.
- **Magisch denken:** woorden of gedachten w geacht uit zichzelf de WKHD te knn beïnvloeden + w aan woorden/verschijnselen een kracht toegekend die ze nt bezitten.
- **Autistisch denken:** nauwelijks tot geen rekening gehouden met omgevingsrealiteit, eigen waan-, fantasiewereld.
- **Irrationeel denken:** wanneer op onlogisch denkproces berust of redenering nt getoetst obv gangbare redelijkheid
 - Overgeneraliseren: grenzen vd logica overschreden dr grove veralgemeningen
 - Overinclusief denken: irrelevante gedachtenassociaties

- **Ideeënvlucht:** gedachtengang versneld
- **Versperring, obstructie, inhibitie** vd GG: vertraagde/geblokkeerde gedachtengang(GG)
- **Perseveratie:** bep gedachten w vaak herhaald zonder bewust doel, wel logisch geordend.
- **Incoherentie/chaotisch denken:** vr buitenstaander is samenhang nt meer te vatten.
- **Associatief denken:** denken met allerlei onverwachte sprongen, lijkt verband te bestaan, maar berust op toevallige overeenkomsten.

B) Inhoudelijke denkstoornissen

Onderscheiden 3 vormen v mentale preoccupatie (hardnekkig opgeslorpt of bezeten zijn door specifieke gedachte-inhouden) nl:

- **Obsessies:** Dwanggedachten, ideeën of voorstellingen die zich als dwingend en storend in het normale bewustzijn voordoen. Lijken zich van binnenuit aan de persoon op te dringen, maar worden als ik-vreemd (egodystoon) ervaren en als absurd of irrationeel beoordeeld. Bewust **verzet** faalt of is aanleiding tot sterke angst. Varianten zijn:
 - o Rumineren: voortdurend moeten denken aan een beslissing
 - o Twijfelzucht: nt knn beslissen
 Dwanggedachten gaan vaak gepaard met dwanghandelingen → compulsies. Vaak met een ritueel karakter (dwangrituelen) obv irrationele vrees vr onheil. Vb smetvrees gepaard met overvloedig handenwassen. Dwang m onderscheiden w v drang, zucht en impuls! (zie 1.3.6)
- **Overwaardige ideeën:** overdreven mentale preoccupatie die als egosyntoon (ik-eigen) en van bijzondere affectieve betekenis vr betrokkene zelf w ervaren. Gedachte-inhoud w als gerechtvaardigd gezien dr betrokkene → **geen verzet** (in tegenst. tot obsessie), kan wel erkennen dat hij er teveel belang aan hecht (tegenstelling tot wanen). Situeerbaar op grens tss dwangideeën en waanachtige ideeën. Vb: dysmorphofobie → overtuiging misvormd te zijn zonder dat dit een waanachtig karakter heeft. "Ik weet dat het overdreven kan zijn, maar ik voel het nu eenmaal zo aan."
- **Wanen:** oncorrigeerbare foutieve overtuigingen met volgende kenmerken:
 - o Opvattingen zijn duidelijk in strijd met objectieve realiteit;
 - o Gedachten w dr betrokkenen als absolute zekerheid/waarheid verdedigd;
 - o Inhoud vh "geloof" behoort nt tot cultuurgoed ve grotere (religieuze) gemeenschap;
 - o Overtuiging is idiosyncratisch (individueel) → alleen pers. zelf gelooft erin.
 - Uitzondering: Folie à Deux = gedeelde psychose waarbij ook een andere, emotioneel nauw betrokken persoon dezelfde opvatting deelt.

Nota: wanneer het nt gaat om een volstrekte zekerheid/overtuiging en betrokkene enige twijfel over de juistheid kan toegeven = waanachtig idee (staat dicht bij overwaardige idee).

Waanopvattingen knn geïsoleerd voorkomen (slechts betrekking om welomschreven inhoud), maar knn ook tot een uitgebreid samenhangend geheel/waansysteem georganiseerd zijn. Verschillende thema's:

- **Betrekking op eigen persoon (zelf, persoonlijkheid) of eigen bestaan:**
 - o Zonde, schuld of onschuld;
 - o grootheid of almacht (omnipotentie);
 - o geloof in eigen onsterfelijkheid;
 - o ontkenning eigen bestaan of overtuiging nts waard te zijn (nihilisme, syndr v Cotard)
 - o idee v naderende ondergang vd wereld, armoede of rijkdom

- **Gericht op het eigen lichaam:**
 - Overtuiging v ziekte, infectie, misvorming of vreemd voorwerp in eigen lichaam (hypochondrische of somatische wanen)
 - Idee een storende geur te verspreiden (olfactory reference syndrome)
- **Buitenwereld:**
 - achtervolging en vervolging, verstoring en vergiftiging (paranoïde wanen)
 - benadeling dr anderen (quelurqntenwaan)
 - beïnvloeding dr personen en omstandigheden (betrekkingswaan)
 - gedachte-inbrenging of gedachteonttrekking dr anderen
 - idee dat ander verliefd is op betrokkene (erotomanie)
 - overtuiging dat partner ontrouw is (ontrouw- of jaloeziewaan)

C) Stoornissen v geheugen en intelligentie

Geheugen of herinnering v situaties/ervaringen → belangrijke rol in ons dagelijks leven. Onderscheid tss:

- Inprenten (registratie)
- Behouden (retentie)
- Oproepen (reproductie)

In de praktijk is meestal enkel reproductie te beoordelen → bep feiten nt kan herinneren → weten nt of het om inprentingsstoornis gaat. Obv reproductie kan geheugen kwantitatief of kwalitatief verstoord zijn:

- **Kwantitatief:**
 - **Hypermnesie:** te verwachten geheugen toegenomen
 - **Amnesie:** te verwachten geheugen is minder tot afwezig, het faalt mbt bep. perioden
 - Organische geheugenstoornis: primair defect in registratie en retentie
 - Psychogene amnesie: hoofdzakelijk reproductie, vaak dr trauma
 - Retrograde amnesie: defect omvat geg. die voordien gesitueerd zijn
 - Anterograde amnesie: defect omvat geg die nadien optraden

Tijdens toestanden van bewustzijnsverlaging/verlies is het geheugen sowieso disfunctioneel. Orientatiestoornissen knn eveneens verwijzen nr een defect geheugen.

- **Kwalitatief (formeel):**
 - Paramnesie/dysmnesie: geheugen vervormd
 - Retrospectieve falsificatie/geheugenvervalsing: toevoegen v onjuiste elementen aan een overigens goede herinnering
 - Confabulatie: volledig verzinnen v voorbije gebeurtenissen om geheugengat te vullen (wil storende amnesie nt laten blijken aan zelf en omgeving)
 - Pseudologica fantastica/mythomanie: doelbewust liegen vr bep. reactie v omgeving.
 - Déjà vu: herkenningsstoornis, al eerder gezien
 - Déjà vécu: al eerder beleefd
 - Omgekeerde is ook mogelijk: jamais vu, vécu, terwijl wel zo is
 - Misidentificatie (positief/negatief): herinneringsillusies, meent iemand/iets al dan nt te kennen → verkeerde interpretatie v een vroegere/actuele waarneming.

Nt-doelbewuste
vervalsingen,
pers. gelooft ze
zelf

Intelligentie = complexe vermogen situaties te begrijpen en aan te pakken (praktische int., probleemoplossend vermogen, performantie); de capaciteit om ideeën en symbolen te gebruiken (abstracte, verbale int.); en de MGKHD te leren uit ervaringen en om te gaan met mensen (sociale int.). Deels constitutioneel (nature) en deels dr opvoeding (nurture) bepaald. Kwantificeerbaar dmv int.tests.

Stoornis vd intelligentie is vaak gevolg ve defect in de ontwikkeling (aangeboren of verworven) →= achterstand. Mentale achterstand of verstandelijke handicap in 4 gradaties:

- Licht: 50-70
- Matig: 35-50
- Ernstig: 20-35
- Diep: <20

Bij volwassenen met normale intelligentie kan aftakeling optreden dr hersendisfunctie (vb dementie).

Kader p44

1.3.6 Gevoelens en verlangen

- Stemming: diffuse gemoedstoestand v zekere duur, nt mbt specifieke ervaring of beleving.
- Emotie: opvallend, overheersend en intens affect v korte duur mbt een bepaalde ervaring.

Gevoelsleven kleurt denken en handelen → ook nauw verbonden met datgene wat ons leven drijft. Dit laatste is moeilijk te beschrijven zonder een theoretische visie te impliceren. Abstract 2-voudig te vatten:

- Negatieve, deterministische zin: ervaren tekort/gemis dat men wil opvullen, maar dat steeds weerkeert.
- Positieve, finalistische zin: doelgerichtheid volgens dewelke men het eigen bestaan een richting wil geven.

→ = motivatie: handelen w gestuurd dr drijvende kracht, soms dr behoeften, dan dr lustbevrediging.

A) Stoornissen in het gevoelsleven

Mate waarin persoon gevoelig is vr stemmingen en emoties (affectieve bewogenheid) kan gestoord zijn. Moeilijk te beoordelen of stoornis primair in affectieve gevoeligheid ligt of een stoornis is op niveau v gevoelsuiting/affectieve expressie.



- Overaffectiviteit: te grote gevoeligheid vr stemmingen en emoties
- Blijkt uit: {
- Affectlabiliteit: snel wisselende affecten, schommelingen
 - Affectincontinentie: volgens sociale normen onbeheerst uiten v gevoelens (vb onbedwingbaar lachen/huilen zonder aanleiding).
-
- Affectieve vervlakking: verminderde affectieve gevoeligheid, gevoelsarmoede
 - Affectverstarring: fixatie op bepaalde stemmingen of emoties.
 - Affectdiscordantie: affect is inadequaar tav situaties (vb lachen bij begrafenis)
 - Apathie, onverschilligheid: complete affectieve gevoelloosheid
 - ! anhedonie: onvermogen plezier te ervaren (vaak bij depressies)
 - Alexithymie: moeilijkheid eigen gevoelens te onderkennen en uit te drukken
 - Ambivalentie: situatie aangevoeld als beladen met tegenstrijdige affecten
 - Disharmonie/dissociatie in gevoelsuiting: tegenstrijdigheid (incongruentie) tss inhoud en vorm v gevoelsuiting → lijkt onecht, gekunsteld
 - Belle indifférence: emotioneel beladen thema w onbewogen/onverschillig verteld

Affectstoornissen volgens inhoud v stemming en emotie:

- Positieve affecten → enkel belastend vr omgeving, nt persoon zelf (aangenaam)
 - Hypomane toestanden: euforie, overdreven opgewekte stemming, nt situatiegebonden, v lange duur, soms nt gepast. Gepaard met verlies aan rationele beoordeling vd realiteit, overdreven zelfzekerheid en ongebreidelde activiteitsdrang
 - Extase: euforie gepaard met tranceachtige bewustzijnsvernauwing
 - Exaltatie: euforie en sterke opwindning

- Negatieve affecten: gamma is uitgebreider → persoon klaagt ook sneller zelf
 - o Angst: onbepaald
 - o State anxiety : in bepaalde omstandigheden, situatiegebonden
 - o Trait anxiety, free floating anxiety: ongeacht de situatie, persoonsgebonden
 - o Vrees: concrete inhoud, gekoppeld aan bepaald object (geconcretiseerde angst)
 - o Fobie: overdreven, irreële vrees met specifieke inhoud
 - o Paniek: angst/vrees treedt plotseling, aanvalsgewijs op, gepaard met fysiologische verschijnselen en sterke verstoring vd cognitieve functies.
 - o Depressiviteit/neerslachtigheid: veel voorkomend, gepaard met pessimistische visie
 - o Boosheid: betrekking op agressieve impulsen, destructieve neiging
 - o Ontstemming: mengeling depressiviteit en boosheid → humeurig en prikkelbaar wanneer nt nodig.
 - o Schuld, jaloezie, achterdocht,... (alle mogelijke gevoelens).

Ondanks variëteit affecten, w term “affectieve stoornis” vaak enkel gebruikt ivm abnormale neerslachtigheid/opgewektheid.

B) Stoornissen ivm verlangen en wil

Handelen w gestuurd en gemotiveerd dr:

- **Vitale behoeften** (vb honger, dorst, zelfbehoud): aangeboren gedragswijzen, bestaande uit zinvol gecoördineerde handelingen, vaak onwillekeurig v aard, in dienst vd eigen overleving.
 - **Driften**: psychische fenomenen, biologisch verankerd en beleefd als nt volledig bewuste krachten (drang). Ervaren spanningsonlust en sturen handelen in richting van ontspanningslust of bevrediging. (vb seks, agressie zijn driften)
- ⇒ Staan onder controle vd wil dr sociale context (opvoeding). Begeerte w gecontroleerd en krijgt zo het karakter ve wens, verlangen. Menselijk denken, voelen en handelen staat ifv het bereiken ve specifiek doel, nt louter driftmatig, maar ook nt bepaald in vitale behoeften.
- o **Wil** = besluit tot actie → impliceert bewuste cognitieve verwerking (afwegen vr- en nadelen). Betrekking op situaties waar bereiken v gewenst iets nt zomaar mogelijk is omdat bevrediging v verlangen sociale consequenties meebrengt.
 - o **Wilskracht** = vermogen een actiebesluit daadwerkelijk uit te voeren met inspanning om hindernissen te overschrijden.

Soorten stoornissen:

- **Drang**: aangeduid met achtervoegsel –zucht of –manie (vb kleptomanie), impulsief karakter, onbedwingbare neiging waaraan weinig bewust verzet geboden wordt. Voert vrij snel tot actie en is gericht op directe lustbevrediging. Wordt vaak voorafgegaan dr spanning met onlustgevoelens → ontladen via actie, slechts achteraf gevoel v spijt. Cognitieve zelfcontrole (zelfbeheersing) heeft gefaald = **stoornis in de impulcontrole**.
- **Verslaving**: indien herhaaldelijk om dezelfde handelingen gaat → strikt enkel v toepassing op innemen v genotsmiddelen. Verwijst nr relatie tss gebruiker en product (slaaf vh product).

Kader p48

1.3.7 Van symptoom tot syndroom

- Klinisch beeld samenstellen obv anamnese, onderzoek, psychometrische tests en somatische onderzoek.
- Gn van symptoom nr syndroom mbv classificatiesysteem (DSM-IV)
 - o Verkregen informatie ordenen dr selectie obv opvallende symptomen en ervaring

- Beslissingsproces waarbij men bij voorkeur meer dan 1 combinatie van symptomen als uitgangspunt neemt en/of meerdere hypothesen vormt over mogelijke samenhang.
- Clinicus dient systematische weg te volgen (adhv beslissingsboom) om weg te zoeken in hiërarchie van classificatiemogelijkheden: uitgaand van enkele hoofdgroepen tot bepaalde eindiagnose die meerassig moet zijn.

Proces van herkenning en beslissing wordt geleid door volgende basisregels:

- 1) **Spaarzaamheid:** op zoek naar **1 diagnose** waarin alle verschijnselen een betekenis krijgen. Pas als men niet slaagt de belangrijkste symptomen onder 1 noemer (syndroom) te plaatsen, mag men er een extra diagnose aan toevoegen.
- 2) **Rangorde:** Wanneer bepaalde verschijnselen bij meer syndromen thuishoren dient voorrang te worden gegeven aan diagnose van hogere rangorde (hiërarchie van belangrijkheid).

Vragen in diagnostische hiërarchie + geschiedenis termen (zie ook figuur beslissingsboom):

1) Organische etiologie

Specifieke **organische** factor aantoonbaar die geacht wordt etiologisch samen te hangen met de stoornis? → moet stoornis hebben veroorzaakt en in stand gehouden.

- Endogene organische factoren: vb structurele hersenziekte of metabole stoornis

2) Stoornis door misbruik alcohol/drugs

- Exogene organische factoren: Beïnvloeden centraal zenuwstelsel → vb psychoactieve stoffen (drugs, farmaca en alcohol), infecties en trauma's.

Geen duidelijk aantoonbare organische factoren achtergrond liggen voor stoornis = functionele stoornis.

3) Psychotische syndromen

Staat tegenover begrip "neurotische syndromen (zie stemmingsstoornissen)". Dook eerst op in 1850 als alg. omschrijving v geestesziekten. Later beperkt tot ernstige psych. stoornissen, vnl met organische oorzaak (vb delirium tremens).

Eind 19^e eeuw → afgrenzing v neurosebegrip en niet meer verbonden aan organische oorzaken. Nu vooral in beschrijvende zin gebruikt, verwijzend naar ernstige verstoring in realiteitsbesef of vermogen onderscheid te maken tss subjectieve en objectieve WKHD.

Maar: vervorming vd WKHD-beleving treft men ook aan bij niet psychotische toestanden (vb depressie, fobie). Ontbreken v ziekte-inzicht is eveneens criterium om psychotische beelden te onderscheiden → DSM omzeilt definitieproblemen door volgende kenmerken als uiting v psychotisch gedrag te beschouwen:

- Wanen en hallucinaties (zonder besef dat deze abnormaal zijn)
- Ernstige verstoring (incoherentie) vd logische gedachtengang
- Katatoon of ander ernstig ontregeld gedrag (agitatie/desoriëntatie)

Kenmerken kunnen gecombineerd of apart voorkomen, maar enkel waan of hallucinatie kan als zekerheidsteken v psychotische toestand worden beschouwd.

4) Stemmingsstoornissen

Voorheen gesitueerd tss psychotische en neurotische syndromen.

5) Angstoornissen

Angst en andere syndromen werden onder noemer neurotisch geplaatst. Neurose is moeilijk te definiëren → verzamelbegrip vr verschijnselen dr niet-psychotisch van aard zijn.

Neurose in 1769 geïntroduceerd dr William Cullen om functionele zenuwziekten aan te duiden (stoornissen waarbij centrale zenuwstelsel een rol speelt, zonder aantoonbare orgaanpathologie).

Gaandeweg afgebakend → psychosen aparte categorie

Invloed v Freud (psychoanalytisch denken) → begrip verwierf specifieke theoretische inhoud: voortbestaan v infantiele reactiepatronen in de vorm v bepaalde lichamelijke of psychische symptomen (symptoomneurosen) of onaangepaste karakterstructuren (karakterneurosen).

Door controversiële psychoanalytisch bijbetekenis besloot DSM-III en verder obv atheoretische descriptie de term neurose te schappen. **Beslisboom p51**

1.4 Verklaring v psychiatrische stoornissen

Veel psychopathologische stoornissen → kennis beperkt tot syndroomniveau → inzicht in etiologie en pathogenese ontbreekt. Zuivere beschrijving is nt mogelijk omdat hierin bepaalde zienswijze doorklinkt (DSM = medisch model). Als diagnose een zoveel mogelijk atheoretisch vertrekpunt heeft → pas zinnige betekenis wanneer ontstaanswijze en ontwikkeling in huidige vorm knn w verklaard.

Wanneer in dagelijks leven abnormaal gedrag zien → willen verklaring. Verklaringen w vr verschillende doeleinden gebruikt:

- 1) beslissen of het gedrag sociaal, moreel of wettelijk verantwoord is (verontschuldigbaar)
- 2) reeds eerder bestaan van gedrag begrijpen (geschiedenis / oorzakelijk verband)
- 3) voortbestaan van gedrag voorspellen (prognose)
- 4) preventie / therapie

→ Onderscheid theorie vs model²:

Theorie: gesystematiseerd geheel van ideeën die als verklaring vr groep verschijnselen gelden. Theorie voegt iets toe aan de empirie (waargenomen verschijnselen) waadr we denken deze beter te knn vatten.

Modellen: denkconstructie/begripsmatig instrument om deel vd wkh te benaderen en systematisch te ontleden. Verwijst nr geheel v vooronderstellingen die fenomenen proberen te verduidelijken/ verklaren.

Theorieën zijn te herleiden tot dualisme van Verstaan vs Erklären → onderscheid hermeneutisch denken en empirisch denken

- Hermeneutisch denken: menselijke verschijnselen zijn nt causaal wetmatig bepaald, mr doelgericht volgens subjectieve zingeving en mkt gebruik v theologische of finalistische interpretaties.
- Empirisch denken: gebaseerd op logica en positivisme: menselijke fenomenen zijn te herleiden tot observeerbare eenheden met samenhang volgens oorzakelijke wetmatigheden → deductief nomologische verklaringen.

VERSTEHEN	vs.	ERKLAREN
Geesteswetenschap	vs.	Natuurwetenschap
Hermeneutiek	vs.	Empirisme

Probleem is dat beide van toepassing zijn naargelang het perspectief:

- Plaatst men het “gestoord” fenomeen in het perspectief vd zieke → empirische benadering
- Beschouwt men het abnormaal verschijnsel in een gedragsperspectief → hermeneutisch inzichtelijk maken.

Indeling in empirische en hermeneutische meth. w doorkruist dr 3-voudig onderscheid in denkmodellen:

- 1) **Lineair-causaal model** : verschijnselen ontleden in kleinere eenheden & verbanden onderling w als oorzaak-gevolgrelatie beschouwd (vb: biologische visie - ziektemodel)
- 2) **Circulair interactie- of systeemmodel**: situeert verschijnselen in ruimer geheel (systeem) met innerlijke organisatie waarbinnen de verschillende delen elkaar beïnvloeden. (Gezinssysteemvisie - Cybernetisch model)
- 3) **Holistisch model**: bepaalde fenomenen zijn slechts een deelaspect, kunstmatig geïsoleerd van het geheel, waaraan het zijn betekenis ontleent (Zingevingmodel - antropologische visie)

Tegenstrijdige tendensen id psychopathologie:

- reductie: traditionele scholen willen fenomenen verklaren binnen 1 model (biologisch, antropologisch, psychologisch of sociologisch)
- integratie: fenomenen willen verklaren door combinatie van theorieën (eclecticisme, bio-psychosociaal model) of synthese (general systems theory).

Elke theorie-richting heeft sterke en zwakke kanten naargelang de criteria v beoordeling:

- **Hypothesevorming of theoretische relevantie**: Welk nieuw inzicht/nieuwe verklaring laat de theorie toe? Beoordeling vanuit vraag naar theoriereductie obv originaliteit.
- **Systematische toetsing of empirische relevantie**: welke mogelijkheid tot verificatie (falsificatie) laat de theorie toe? Beoordeling vanuit vraag naar empirische bruikbaarheid.
- **Klinische toepassing of praktische relevantie**: welke concrete implicaties/consequenties heeft de theorie voor de herkenning/preventie/behandeling vd stoornis? Beoordeling vanuit de vraag naar de pragmatische toepasbaarheid.

Causaal denken ruimer zien dan puur lineair oorzaak-gevolg. Nt alleen belang gehecht aan samenspel v verschillende factoren die elkaar onderling beïnvloeden, ook onderscheid tss voorbeschikkende, uitlokkende en bestendigende factoren: (drievoudige causaliteit):

- 1) **Voorbeschikkende**: predispositie; vraag naar kwetsbaarheid ve ind om onder bepaalde bijkomende omstandigheden een psychische stoornis te ontwikkelen. Speciale aandacht vr erfelijk bepaalde invloeden (vb onderzoek stoornissen eenenige tweelingen in apart milieu). Enkel causaliteit als factor in een direct en aantoonbaar verband staat met psychiatrische stoornis → enkel van toepassing op psycho-organische syndromen. Rechtstreeks verband tss nt-organische factor en psychiatrische stoornis is moeilijk bewijsbaar, knn meestal slechts spreken van uitlokkende factoren.
- 2) **Uitlokkende**: Precipitatie, mogelijk pathologische invloed hangt mede af van bestaande kwetsbaarheid in het biologisch substraat (constitutie/organisme), de psychische structuur (persoonlijkheid, ontwikkelingsgeschiedenis) en/of sociale context.
- 3) **Bestendigende**: Perpetuatie, instandhoudende, onderhoudende factoren. Vaak wordt enkel gekeken naar factoren die aan een stoornis vooraf gingen (antecedenten) en nt met de daaropvolgende invloeden (consequenten).

Op elk van deze niveau's → weerspiegeling vh debat nature-nurture.

Zelfs al kan men vr # psychiatrische stoornissen de etiologie aantoonbaar maken rekening houdend met drievoudige causaliteit → ng steeds open vraag hoe juist deze stoornis kon optreden (pathogenese). Kan stellen dat huidige psychopathologie zich nog steeds bevindt in stadium v beschrijving (syndromale diagnostiek). Vr etiologisch onderzoek beperkt tot aantonen v samenhang met biologische, psychologische en sociale factoren. ! verwarring correlatie met causaliteit dr onderzoekers.

1.5 Principes van de hulpverlening

Therapie: hulpverleningsproces als resultaat vd ontmoeting tss hulpverlener/hulpvrager, moeilijk te omschrijven oww:

- Uniek karakter vd relatie
- Maatschappelijk spel van vraag en aanbod op welzijnsmarkt
- Gekleurd door tijdgeest en sociaal-culturele achtergrond
- Formeel en inhoudelijk bepaald dr mensbeeld en daarop geënte model

Contact in hulpverlening w gekenmerkt dr ontwikkeling ve functionele relatie. Rol vd hulpverlener hft dubbel karakter → aspecten van de hulpverlener & de functionele relatie (kenmerken vh contact)

- Combinatie kunst & kunde, attitude & methodiek
- Relatieel aspect: mbt eigen kenmerken vd hulpverlener (karakter).
 - Functioneel aspect: kennis en deskundigheid waarmee een doelgerichte hulpactie zich onderscheidt als professionele hulpverlening.
 - Therapeutische attitude: intentie en vermogen om zich voortdurend bewust te zijn dat je als hulpverlener zelf een invloedrijke bijdrage ad context waarin men zich bevindt met d patiënt. Veronderstelt kennis over zz, patiënt en relatie tss beiden.
 - Therapeutische methodiek: obv deskundigheid een beproefde interventiestrategie kiezen bedoeld om een specifieke verandering op gang te brengen. Aard vd methodiek wordt sterk bepaald dr mensbeeld & theoretisch referentiekader vd therapeut.

Evolutie ve patiënt ih welzijns-circuit hangt in ruime mate af vh type hulpverlener dat men treft. Hierbij spelen volgende mechanismen een rol:

- Selectieve perceptie: de 'bril' vd hulpverlener bepaalt mee wat als probleem en doelstelling gezien wordt. Intake is kennismaking gekoppeld aan impliciete onderhandeling over het mogelijk verder verloop vd hulpverlening.
- Valkuilen bij trend tot specialisatie id hulpverlening:
 - o Overexclusie: hulpverlener werkt met strikt selectiesysteem volgens welke hij slechts bepaalde groep problemen bij een welbepaalde groep patiënten wil behandelen.
 - Voorkeur voor YAVIS (Young, attractive, verbal, intelligent, succesful)
 - HOUND (homely, old, unattractive, non-verbal, dumb) w doorverwezen
 - o Overinclusie: hulpvragen zo interpreteren dat het past in eigen voorkeurswerkwijze. Machts- of reddersfantasieën, iedereen knn helpen/genezen.

De verschillende stappen en fasen vh hulpverleningsproces:

- 1) **Probleemverkenning**: via anamnese en aanvullend onderzoek tot voorlopige diagnose komen. Kennismaking & verheldering vd klacht en hulpvraag → VOORLOPIGE diagnose die leidt tot het expliciet maken vd probleemstelling in functie vh voorlopig werkplan. Wordt bij voorkeur afgerond met een BESCHRIJVENDE diagnose om te snelle interventie te vermijden.
- 2) **Probleemontleding**: Verkregen informatie systematisch uitwerken en vervolledigen → hierbij verschillende hypothesen over oorzaak, betekenis en functie vd klachten te formuleren en te toetsen, bepaalde facetten kan hulpverlener overlaten aan andere deskundige. Elk menselijk gedrag is product v complexe interactie tss individu en omgeving → problematisch gedrag moet ook in meerdimensionale context w ontleed. Hypothesen vr verklaring moeten aansluiten bij biopsychosociale realiteit:
 - Is er somatische disfunctie aanwezig? Speelt ontwikkelingsgesch. rol bij huidig probleem? Zijn er specifieke en actueel werkzame, antecedente of consequente factoren (emotioneel, cognitief, gedragsmatig) gekoppeld aan het probleem?Dit multicausaal of multi-etologisch denken vormt de leidraad voor verdere interventies.

- 3) **Probleemoplossing:** interventie opstarten, gericht op voorkomen van nieuwe problemen of van terugval of handhaven van het verworven aanpassingsniveau. Verklaring vh probleem bepaalt doel en middel vd interventie → naargelang het accent komt te liggen op somatische, psychische of sociale aspecten wordt meestal gekozen vr biologische, psychotherapeutische of sociaalecologische interventiemethoden. Trend naar combinatie v verschillende therapievormen maar van integratie is er nog maar weinig sprake.

Niveaus lopen door elkaar en probleemontleding is slechts compleet wanneer het probleem verholpen is. Hulpverlener moet obv eigen vaardigheden en beperkingen het proces herhaaldelijk moeten evalueren om de hulpverlening bij te sturen, patiënt doorverwijzen.

Figuur p 57

HOOFDSTUK 2: DELIRIUM, DEMENTIE EN ANDERE COGNITIEVE STOORNISSEN

2.1 Inleiding

Vergeetachtigheid: belangrijkste klacht v cognitieve stoornis (CS).

- ➔ Onderscheid maken met vergeetachtigheid ihkv concentratieproblemen of geremdheid ihkv depressie ➔ gn cognitieve stoornissen.
- ➔ Wel cognitieve stoornis mr gn vergeetachtigheid vb bij hersenbeschadiging ➔ stoornissen in abstracte denken/logisch redeneren.

Vr onderzoek nr aard v CS ➔ klacht analyseren ➔ kennis v verschillende aspecten v geheugen nodig:

- Geheugen: Vermogen informatie op te slaan, te bewaren en later opnieuw te gebruiken door herkenning (recognitie) of actief uit het geheugen op te diepen (reproductie).
 - o Impliciete geheugen:
 - Procedurele geheugen: omvat nt-bewust toegankelijke aangeleerde kennis v cognitieve en motorische vaardigheden (zwemmen, fietsen, ...)
 - o Expliciete geheugen: (Declaratieve geheugen) omvat zaken die wel dadelijk toegankelijk zijn vr bewuste reflectie
 - Werkgeheugen
 - Episodisch geheugen (hippocampus en temporaalkwab)
 - Semantisch geheugen

Naast stoornissen in episodische geheugen w bij vergeetachtigheid ook gekeken nr stoornissen v uitvoerende functies (frontaalkwab) ➔ te maken met initiatie, planning en monitoring vh dagelijkse handelen (vb nemen initiatief, doelgericht uitvoeren handelen, richten vd aandacht op taken. Intact zijn vd uitvoerende functies bepaalt zelfstandig knn functioneren. Correct uitvoeren v ≠ activiteiten ➔ samenspel episodisch geheugen en uitvoerende functies.

MMSE: Mini Mental State Examination ➔ test vr opsporen vd cognitieve functiestoornissen. Vragen mbt oriëntatie, aandacht en anterograde episodische geheugen, NT retrograde geheugen en uitvoerende functies! ➔ minder geschikt om cognitieve functies te testen bij aandoeningen ➔ uitgebreider neurologisch onderzoek nodig.

Episodische geheugen, uitvoerende functies en snelheid v informatieverwerking ➔ gevoeligst vr veroudering. Leeftijd hft minder effect op impliciete geheugen, visueel-ruimtelijke bekwaamheden, abstract redeneren en taal ➔ vb beter in staat complexe vraagstukken op te lossen dan jongeren.

Kader p 64 en 65

2.2 Delirium

2.2.1 Kenmerken en voorkomen

= Enkele uren tot dagen optredende stoornis vh bewustzijn. Uit zich in verminderde helderheid en afgenomen besef vd omgeving. Kernsymptomen/criteria vr diagnose delirium:

- 1) **Verandering v bewustzijn:** uit zich in een stoornis vd aandachtsfunctie met een verminderd vermogen om de aandacht te richten, vast te houden of te verplaatsen nr een andere taak of ond.
- 2) **Globale verandering vd cognitieve functie** op vlak v geheugen, oriëntatie, denken en waarnemen.

Geheugenstoornissen zijn gevolg v verminderd vermogen om recente informatie op te nemen en te interpreteren. Vroegere herinneringen → meestal intact maar knn vervormd w weergegeven en in verkeerde tijd geplaatst w. Bestaat uit:

- **Desoriëntatie in tijd, plaats en misidentificatie personen:** laatste 2 enkel bij erg delier.
 - **Moeite om helder/logisch te denken:** gedachteproces verloopt associatief/droomachtig.
 - **Frequent aanwezige waanachtige ideeën:** betrekking op gevoel te w bedreigd. Meestal vluchtig en weinig gestructureerd.
 - **Waarnemingsstoornissen:** illusoire vervalsingen en hallucinaties (meestal visueel). Nt altijd aanwezig. Jongere patiënten hebben meer visuele hallucinaties.
- 3) Beloop:** ontwikkelt zich in korte tijd, variërend v enkele uren tot dagen. Ernst v symptomen fluctueert over 24u → 's nachts h ergst, ontbreken overdag → beoordeling v 24u nodig.
- Wanneer beeld zich geleidelijk ontwikkeld → prodromaal stadium. Slaap-waakcyclus is gestoord waarbij 's nachts levendige nachtmerries en overdag suf en slaperig.
- 4) Oorzaak aangegeven bij anamnese/lichamelijk onderz.** (organische stoornis!) meest vrkomende:
- Medicatie
 - Luchtweg- en urineinfecties
 - Stoornissen in zouthuishouding en vochtbalans
 - Cardiovasculaire aandoeningen
 - Cerebrovasculaire aandoeningen
 - Metabole stoornissen
 - Urineretentie en indikking/verharding faeces (faecale impactie)

Ook delier dr onthouding/overdosering middelen (onthoudingsdelier/intoxicatiedelier)

- Intoxicatiedelier: vnl bij ouderen → dr veranderingen famacokliniek en metabolisme (lever- en nierstoornissen) + toegenomen gevoeligheid vr medicatie of gebruik meerdere medicijnen tegelijk. Ook na operaties en bij patiënten opgenomen vr auto-intoxicatie.
- Onthoudingsdelier: Bij nieuwe patiënten in ziekenhuis goed opletten.

Bijsymptomen:

- 1) Verandering slaappatroon (bijna altijd bij delier)
- 2) Angstige, radeloze stemming met vijandige ondertoon
- 3) Verandering in psychomotoriek: friemelen, prullen, extreem onrustig
- 4) Hypo- en hyperactieve periodes wisselen af, soms opvallend teruggetrokken/apathisch gedrag
- 5) Lichamelijke verschijnselen afhankelijk vd oorzaak vh delier:
 - a. Tachycardie: versnelde hartslag
 - b. Hypertensie: verhoogde bloeddruk
 - c. Vermeerderde transpiratie en pupilverwijding
- 6) Neurologische verschijnselen:
 - a. Tremor:
 - b. Myoclonus:
 - c. Ataxie:
 - d. Choreatiforme bewegingen:
 - e. Dysartrie:

Drie subtypen v delier obv verschillen in psychomotorische activiteit:

- 1) Hyperactieve-hyperalerte subtype (geagiteerd delirium) → bijna altijd bij alcoholonthouding
 - Motorische onrust en agitatie

- 2) Hypoactieve-hypoalerte subtype (stille delirium) → bijna altijd bij hersenbeschadiging of leveraandoening of bij ouderen.
 - Apathisch en teruggetrokken gedrag
- 3) Gemengd subtype
 - Psychomotorische activiteit en alertheid alterneren tijdens delirante episode tss agitatie en apathie.

Diagnostische criteria voor een delirium

- a) Stoornissen in het bewustzijn (dwz verminderde helderheid van opmerkzaamheid tov de omgeving) met verminderd vermogen om aandacht te richten, vast te houden of te verplaatsten.
- b) Verandering in de cognitieve functies (geheugenstoornis, desoriëntatie, taalstoornis) of het ontstaan van waarnemingsstoornissen, die niet toegeschreven kunnen worden aan een reeds bestaande of zich ontwikkelende dementie.
- c) De stoornis ontwikkelt zich in een korte periode (uren of dagen) en neigt tot een fluctuerend beloop over een periode van 24 uur.
- d) Obv anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumbevindingen kan een van de volgende vermoedelijke oorzaken aangetoond worden:
 - Specifieke lichamelijke ziekte
 - Intoxicatie
 - Onthouding
 - Multifactoriele oorzaak
 - Andere oorzaak (vb sensorische deprivatie)

2.2.2 Differentiële diagnose

Belangrijk het onderscheid te kennen tss delier, dementie en depressie.

	Delier	Dementie (alzheimerstype)	Depressie
Stoornis in Begin	Cognitie	Cognitie	Cognitie
Duur	Acuut	Sluipend	Enkele weken
Bewustzijn	Dagen/weken	Maanden/jaren	Weken/maanden
Aandacht/concentratie	Gestoord	Helder	Helder
Geheugenstoornissen	Gestoord	Ongestoord	Verminderd
	Vooraf recente	Vooraf recente verleden	Recente en verdere verleden in gelijke mate
Gedachtegang/inhoud	Gedesorganiseerd	Verarmd	Traag
"Weet-niet"- antwoorden	/	Zelden	Frequent
Verlies sociale vaardigh.	Abrupt	Laat	Vroeg
Symptomen	Fluctueert gedurende de dag ('s nachts erger)	Constant	Constant

Onderscheid tss **dementie en delier** → is zo moeilijk. Wel moeilijk diagnose van delier te stellen bij patient die al dementie heeft → kwetsbaar voor ontwikkelen delier bij somatische aandoeningen. Daarom denken aan delier bij demente patient bij acute verergering van cognitieve stoornissen en gedragsstoornissen of plotse visuele hallucinaties en stoornissen in slaap-waakritme.

Onderscheid **depressie en delier** → vooral moeilijk bij patiënten met:

- ernstige depressie met apathie en patiënten met een stil delier
- geagiteerd delirium en geagiteerde depressie

Belangrijk criterium voor onderscheid: verschil tss ernst vd cognitieve en affectieve symptomen.

- Depressieve patient: problemen met concentreren en ophalen v herinneringen terwijl geheugen vr recente informatie en oriëntatie intact blijft.
- Ontstaat geleidelijk, binnen weken tot maanden

Onderscheid **acute psychose en delier**: psychose gn geheugenstoornissen of stoornissen ih bewustzijn.

Nota: **syndroom van Charles Bonnet** → visuele hallucinaties bij ouderen met gezichtsstoornis. Zien kamer gevuld met ongenode gasten die feesttafel hebben gemaakt of dansen op de tafel. Weten echter dat deze beelden nt echt zijn. Realiteitsbesef is intact en bewustzijn is helder → onderscheid psychose en delier.

2.3 Dementie

=> Wanneer dr een verworven hersenziekte meer dan 1 cognitief domein is aangedaan en er belangrijke beperkingen zijn bij het verrichten vd dagelijkse bezigheden. Kenmerken:

- (Meestal) progressief verloop
- Ten minste 2 domeinen v cognitief functioneren zijn gestoord, afhankelijk v lokalisatie en uitgebreidheid v hersenbeschadiging. Oorzaak kan infectie, vasculair of neurodegeneratief zijn.
 - 1)Stoornissen v geheugen (verminderd leervermogen/oriëntatiestoornissen)
 - 2)Stoornissen in de aangeleerde vaardigheden (afasie, apraxie en agnosie)
 - 3)Stoornissen in de uitvoerende functies (organiseren en plannen)
 - 4)Verminderd abstractie- en oordeelsvermogen

Opvallende verschillen tss patiënten met aandoeningen vd hippocampus en hersenschors en patiënten met pathologie vd subcorticale systemen. Corticaal en subcorticaal → plaatsen in hersenen. Ziekteprocessen die dementie veroorzaken houden zich nt aan scheidingslijn, zeker nt in vergevorderd stadium. Ook sterke verwevenheid tss frontale en subcorticale structuren waardoor frontale afwijkingen vd witte stof of aandoeningen vd basale kernen leiden tot hetzelfde patroon v cognitieve disfuncties. Contrast tss corticaal en subcorticaal geldt vnl vr beginfasen v verschillende vormen v dementie. Onderscheid → bruikbaar vr praktijk want geeft richting aan diagnose.

Nadruk v diagnose ligt op CS → helpt dementie v andere psychiatrische aandoeningen te onderscheiden. Dementie → ook gedragsveranderingen/psychiatrische verschijnselen: vb persoonlijkheidsveranderingen, depressiviteit, apathie, prikkelbaarheid, wanen, visuele hallucinaties en stoornissen vh slaap-waakritme = nt-cognitieve symptomen → knn gevolg zijn van:

- de psychologische reactie vd patiënt op zijn ziekte. Besef minder te knn → rouwreactie en depressiviteit.
- Ook gevolg vd beschadiging vd cerebrale hersengebieden betrokken bij de regulatie vd stemming en gedrag. Nt-cognitieve symp. → belastend vr omgeving → verhoogde kans om te decompenseren met opname vd patient als gevolg.

Tabel p77

2.3.1 Ziekte van Alzheimer (Casus p 77)

Meest voorkomende vorm v dementie → dementie van het alzheimerstype (DAT). Kenmerken:

- Sluipend begin, langzaam progressief verloop
- Stoornissen in het episodische geheugen (vroeg symptoom)
 - o Onvermogen recente gebeurtenissen te herinneren (anterograde GHS)
 - o Later ook problemen gebeurtenissen vr ontstaan ziekte te herinneren (retrograde GHS)
 - Gradiënt: herinneringen uit ver verleden blijven langst bewaard.
 - o GHS gaan gepaard met taalstoornissen, problemen met uitvoeren complexe handelingen en stoornissen in visueel constructieve vaardigheden en uitvoerende functies.
 - **Preseniele variant van DAT** (voor 65^e levensjaar): Stoornissen i taal en praxis al vroeg id ziekte aanwezig op moment waar nog gn duidelijke GHS zijn.
 - **Seniele variant van DAT**: stoornissen in taal en praxis (handelen) zijn minder uitgesproken of ontbreken. Vnl GHS, verlies uitvoerende funct. en verwardheid.
- Gedragsveranderingen
- Psychiatrische symptomen: visuele hallucinaties en waanachtige ideeën
- Depressieve symptomen/apathie
- Motorische functies en coördinatie verminderen in laat stadium vd ziekte
- Hypokinetisch-rigide verschijnselen.
- Incontinentie + herkennen familie nt meer (ver stadium)

Prodromale gedragsveranderingen manifesteren vr kernsymptomen: vb verlies in interesse in de omgeving, eigen werkzaamheden of hobby's

Subjectieve geheugenklachten: wanneer patiënt klaagt over geheugenproblemen zonder dat klachten invloed hbb op dagelijks functioneren → vaak gezien als overbezorgdheid v ouderen, maar # mensen hbb effectief te mkn met lichte cognitieve beschadiging (mild cognitive impairment: MCI) → 10% krijgt DAT.

A) Diagnostische criteria vr dementie vh Alzheimerstype

- a) GHS (onvermogen nieuwe info te leren of eerder geleerd info te herinneren)
- b) Cognitieve stoornis zoals: afasie, apraxie, agnosie en stoornis in de uitvoerende functies
- c) Cognitieve stoornis veroorzaakt belangrijke beperking ih sociaal/beroepsmatig functioneren en betekent een belangrijke achteruitgang tov het vroegere, hogere niveau van functioneren.
- d) Beloop wordt gekenmerkt dr geleidelijk begin en progressieve cognitieve achteruitgang
- e) Cognitieve stoornissen w nt veroorzaakt dr delirium of andere aandoeningen die progressieve stoornissen veroorzaken vh geheugen en andere cognitieve functies.

B) Differentiële diagnose

Vooraf heteroanamnese is belangrijk vr diagnose DAT.

- ➔ Anterograde GHS vh episodisch geheugen → karakteristiek vr DAT in vroeg stadium.
 - o Gevolg van atrofie vd mediale temporaalkwab → kan aangetoond w met MRI, maar diagnose w vnl gesteld obv klinisch beeld.
- ➔ GHS bij andere vormen van dementie (als gevolg v stoornissen in frontale en subcorticale hersengebieden) treden nt of pas veel later op.
- ➔ Onderscheid delirium!
 - o Diagnose dementie kan nt gesteld w bij iemand met delier, tenzij persoon al dement was.

2.3.2 Dementie met Lewy bodies (kenmerken:)

- Parkinsonisme
- Fluctuerende cognitieve symptomen
 - o Vroeg stadium: achteruitgang in uitvoerende taken, opvallende visueel ruimtelijke stoornissen, problemen abstract denken, afname mentale flexibiliteit.
Psychiatrische symptomen: visuele hallucinaties (mensen, dieren, voorwerpen), wanen en depressie. Anders dan psychose → knn onderscheid mkn tss hallucinatie en WKHD.
 - o Later stadium: eventueel geheugen- en taalstoornissen
 - o Motorische stoornissen (bradykinesie en rigiditeit knn vr, gelijk of na CS ontstaan.)
- Visuele hallucinaties

Onderscheid DAT dr vroege visuele hallucinaties, opvallende aandachtsstoornissen, vergeetachtigheid met intacte cognitie, parkinsonisme en fluctuatie vd symptomen.

2.3.3 Frontotemporale dementie

Kenmerken:

- Gedragsstoornissen en stoornissen in uitvoerende functies (planning, oordeelsvermogen,...)
 - GHS pas veel later in ziektebeloop, visueel-ruimtelijke functies ook lang intact
 - Oordeels- en kritiekstoornissen, gebrek aan inzicht id sociale situatie en verlies vh gevoel vr decorum → karakteristieke vroege symptomen.
 - Verlies empathie en betrokkenheid → onverschilligheid vr belangrijke levensgebeurtenissen.
 - Taalstoornissen die knn leiden tot mutisme (ziekte begint vaak met taalstoornissen)
 - o Progressieve nt-vloeiende afasie: moeizame spraak, grammaticale fouten.
 - o Semantische dementie: geleidelijk verval vh semantische geheugen → verlies v betekenis v woorden en objecten.
 - Weinig inzicht in ziektebeeld. 3 klinische beelden:
 - o Apathische type: initiatiefverlies, desinteresse, emotionele labiliteit
 - o Ontremde type: overmatig eten, kopen en seks
 - o Dwangmatig type: stereotypisch dwangmatig gedrag met ritualistische handelingen.
-
- ❖ Dr apathie en initiatiefverlies → vaak aan depressie gedacht, mr klagen weinig over sombere gevoelens.
 - ❖ Bij ontremd gedrag en motorische onrust → lijkt op manische episode van bipolaire stoornis.
 - ❖ Aanwezigheid v dwangmatige handelingen → OCD, maar verschil is dat FD begint op latere leeftijd, lijdensdruk ontbreekt en rituelen geven geen verlichting.
 - ❖ Kan denken aan psychotische stoornis (laat beginnende schizo of waanstoornis) dr ernstige en bizarre gedragsveranderingen.
 - ❖ Onderscheid DAT → Geheugenstoornissen en desoriëntatie in tijd komen pas later dan bij DAT.

2.3.4 Vasculaire dementie

= 2^e oorzaak v dementie (20%)

Klinische kenmerken w bepaald dr hoeveelheid en lokalisatie vd vasculaire schade in de hersenen.

- Vb acuut ontstaan na beroerte, gevolgd dr stapsgewijze achteruitgang.
- Vb geleidelijk ontstaan met progressief verloop obv wittestofafwijkingen.

Kenmerken variëren van inprentingsstoornissen tot stoornissen van de uitvoerende functies. Sommige functies kunnen ernstig aangedaan zijn, anderen zijn bijna volledig intact. Kan aangetoond worden met MRI.

Verskil met DAT → recognitie is vaak nog relatief goed ivgl met DAT-patiënten. Klinisch beloop is fluctuerend ipv progressief, met relatief stabiele periodes afgewisseld met acute verslechtingen en verbeteringen. Vaak loopstoornissen en stoornissen bij het plassen in een vroeg stadium terwijl deze bij DAT vaak op het einde zelfs ontbreken.

2.3.5 Overigen vormen v dementie

- Ziekte van Huntington: Motorische, cognitieve en gedragsstoornissen.
 - o Meest opvallende bewegingsstoornis = chorea: snelle, onwillekeurige, onregelmatige, kortdurende, vloeiende bewegingen die toenemen bij activiteit.
 - o Vooral aandacht en uitvoerende functies vroeg aangedaan + vertraging werkt tempo.
 - o Depressie, psychotische stoornissen met wanen, karakterveranderingen en agressiviteit.
 - o Uitgesproken vermagering die begin aangeeft v een laat stadium vd ziekte.
 - o Erfelijk, begint vnl tss 25 – 50j., 10/100000.
- Ziekte van Creutzfeldt-Jakob: snel progressieve vorm v dementie, dood binnen enkele maanden.
 - o Focale neurologische afwijkingen: ataxie, gezichtsvelduitval, ...
 - o Heel zeldzaam (1/1.000.000 per jaar)
 - o Via besmetting, genen of sporadisch (verandering in eiwit is oorzaak).
- Dementia paralytica: gevolg v syfilis (vroeger meest voorkomende vorm v dementie)
- HIV-dementie: subcorticale dementie, gedragsveranderingen en motorische verschijnselen.

Bij oudere mensen (+80) vaak mengvormen v dementie (DAT, DLB en vasculaire dementie).

2.3.6 Het diagnostisch proces bij dementie

A) Ziekte diagnostiek

= gericht op het onderzoek naar de verschillende hersenziekten die dementie kunnen veroorzaken. Omvat:

- Anamnese
- Heteroanamnese
- Algemeen lichamelijk, psychiatrisch en neurologisch onderzoek, aangevuld met lab-onderzoek.

Uitkomst kan zijn dat er geen sprake is v dementie of vroege symptomen ervan → diagnostiek beëindigd en gerustgesteld of doorverwezen.

Aanvullend onderzoek wanneer 1^e evaluatie onvoldoende diagnostische zekerheid heeft opgeleverd.

- Lab-onderzoek voor vaststellen v comorbiditeit
- Neuropsychologisch onderzoek bij diagnostiek in vroege ziektestadia of bij differentieel diagnostische onzekerheid over de aard vd dementie of bij klachten over vergeetachtigheid dementie uit te sluiten.
- Beeldvormend onderzoek bij patiënten <65j of met behandelbare neurochirurgische aandoening.

B) Zorgdiagnostiek

= gericht op de vaststelling vd zorgbehoefte vd patiënt en de zorgbelasting en draagkracht vh mantelzorgsysteem. Inventarisatie v hulp die onmiddellijk nodig is, ongeacht uiteindelijke diagnose over de oorzaak vd dementie. Om zorgbehoefte en mate v belasting vr mantelzorger te bepalen m onderzoek:

- De ernst en aard vd cognitieve stoornissen
- De aanwezigheid v psychiatrische symptomen en probleemgedrag
- Mate van zelfredzaamheid
- Ervaren belasting dr de mantelzorger (subjectief)

Relatie tss globale ernst vd cognitieve achteruitgang en de zorgbelasting is nt eenduidig. Zorgzwaarte is vaak groter in middelste periode dan begin of eind. Psychiatrische symptomen en probleemgedrag (zijn belangrijke oorzaak v overbelasting en depressie bij mantelzorger.

2.4 Amnestische stoornissen

Veroorzaakt dr hersenziekten, middelengebruik en traumatische belevingen.

Klassieke symptoom v zuiver amnestisch syndroom = onvermogen om info vr lange tijd op te slaan in geheugen → leidt tot anterograde geheugenstoornissen. Patient kan wel nieuwe info dadelijk reproduceren, mr nt meer na 10 minuten. GHS gaan gepaard met desoriëntatie in tijd (eerst) en plaats.

- Lichte amnestische stoornis: patient kan voorvallen wel herinneren, maar nt meer juist in tijd plaatsen = temporisatiedefecten.
 - o Hiaten w opgevuld met confabulaties (vooral als stoornis acuut is ontstaan).

Traumatische beleving:

- Psychogene/dissociatieve amnesie: onvermogen om recent of meer in het verleden gelegen gebeurtenissen herinneren (retrograde amnesie), maar vermogen om nieuwe info te leren nt is aangedaan (anterograde amnesie). Kan zo extreem zijn dat patient nt weet waar hij is en waar hij vandaag komt. (nt stoornis in leervermogen, maar stoornis om geleerde te herinneren). Betreft vaak emotioneel geladen gebeurtenissen, mbt 1 bepaald thema.

Middelengebruik:

- Auto-intoxicatie met benzodiazepinen: ook anterograde amnesie → patiënten lijken helder maar weten nt altijd meer wat ze afgesproken hebben tijdens toestand v intoxicatie.
- Syndroom v Korsakoff: vitamine B1-deficientie dr alcoholmisbruik.
 - o Geheugenstoornissen: knn gebeurtenissen herinneren, maar nt in juiste chronologische volgorde zetten. Gaten opgevuld met confabulaties.
 - o Ziektebesef is afwezig
 - o Syndroom treedt vaak op na syndroom v Wernicke → acuut neurologisch beeld gekenmerkt dr verwardheid, oogspierverlamming en ataxie => Wernicke - Korsakoff.

Hersenziekten:

- Amnestische stoornis veroorzaakt dr beschadiging vd hersengebieden betrokken bij het vastleggen v nieuwe info.

Andere oorzaken v amnestische stoornis: tumoren, afsluiting v bloedvaten die mediale temporaalkwab van bloed voorzien, hersentrauma's, bloedingen en encefalitis (hersenontsteking).

!Vergeten v identiteit komt nt vr bij organische amnesie behalve bij ontwaken uit coma en laatste stadium v dementie!

- Transient global amnesia: voorbijgaande amnestische stoornis, acuut, verwardheid en geheugenstoornissen duren enkele uren tot 2 dagen. Patient is angstig en maakt verbijsterde indruk. Vooral bij patiënten van middelbare en oudere leeftijd, meer bij mannen dan vrouwen. Meeste patiënten → normale persoonlijkheid. Oorzaak = onbekend, likely = vaatspasmen.

Differentiele diagnose

Onderscheid met dementie drdat behalve geheugenstoornis, andere cognitieve functies normaal zijn. Ook GHS bij nt-organische psychiatiesche stoornissen zoals psychosen en depressie. Epileptische aanvallen knn leiden tot transient epileptic amnesia → anterograde en retrograde GHS of enkel retrograde amnesie (hoeft dus nt altijd psychogene/dissociatieve amnesie te zijn in dit geval!)

Beslisboom p100

HOOFDSTUK 3: PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN BIJ PATIËNTEN MET EEN SOMATISCHE AANDOENING

- Ontwikkelingen in psychiatrische epidemiologie en nieuwe onderzoeksmogelijkheden (neurochemische en beeldvormende technieken)
 - o Groeiende belangstelling voor relatie tussen lichamelijke ziekten en psychiatrische stoornissen
 - Relatie is duidelijker geworden
 - ➔ Meer geïntegreerde zorg voor patiënten met psych en som. comorbiditeit.

Psychiatrische stoornissen worden in somatische setting vaak niet herkend. Oorzaken:

- Herkenning wordt bemoeilijkt door overlap van symptomen van psychiatrische en somatische aandoening.
- Psychiatrische symptomen, bijvoorbeeld depressie, vaak gezien als reactie op de ernstige ziekte.
- Bij somatische behandelaars vaak weinig kennis van en ervaring met psychiatrische beelden.

Theoretisch kunnen er verschillende relaties tussen lichamelijke ziekten en psychiatrische stoornissen zijn.

- A. Toevallige comorbiditeit: gelijktijdig twee verschillende niet-gerelateerde aandoeningen hebben.
- B. Lichamelijke ziekte, of haar behandeling, kan (mede) oorzaak zijn van een psychiatrische stoornis.
- C. Psychiatrische stoornis of haar behandeling kan leiden tot lichamelijke klachten en ziekten.
- D. Gemeenschappelijk onderliggend lijden dat zowel tot lichamelijke als psychische klachten leidt.

B. Een lichamelijke ziekte als oorzaak van een psychiatrische stoornis

Patiënt met psychische klachten → bewust zijn van eventuele somatische oorzaak van klachten. Aanwijzingen:

- in medische voorgeschiedenis, het medicatiegebruik, het laboratorium- of ander onderzoek.
- Het beloop en de aard van klachten zelf kunnen aanwijzing voor somatische oorzaak geven.

Kans op somatische oorzaak wanneer:

- Psychiatrisch beeld later in het leven optreedt bij iemand zonder psychiatrische voorgeschiedenis. (meest voorkomende psychiatrische stoornissen, zoals depressies, bipolair, schizofrenie ontstaan op jonge leeftijd).
- Symptomen niet geleidelijk, maar binnen korte tijd ontstaan, snel wisselen of geen duidelijke aanleiding of belastende omgevingsfactoren geïdentificeerd kunnen worden.
- Sprake van cognitieve stoornissen, bijvoorbeeld van aandacht, concentratie en geheugen, hogere corticale functiestoornissen, zoals afasie, apraxie en agnosie, visuele hallucinaties, en zelfverwaarlozing.

Bijna alle psychiatrische stoornissen kunnen veroorzaakt worden door somatische aandoening of haar behandeling. (bijvoorbeeld lichamelijke oorzaken beschreven voor depressies, manieën, angststoornissen, psychosen en CS). Vaak is het niet mogelijk om eenvoudige oorzaak voor psychiatrische aandoening te geven en gaat het om een samenspel van voorbeschikkende (predisponerende) en uitlokkende (precipiterende) factoren.

C. Een psychiatrische stoornis als oorzaak van lichamelijke klachten of ziekte

Heterogene groep van aandoeningen die verder onderverdeeld kan worden.

- Lichamelijke aandoeningen als gevolg van psychiatrische stoornis, zonder pathofysiologisch verband. Een oorzakelijk maar niet-pathofysiologisch verband tussen een psychiatrische problematiek en een lichamelijke stoornis (letsel, afwijking) komt voor bij suïcidepoging of bij zelfverwonding (automutilatie).

Andere psychiatrische aandoeningen die indirect tot lichamelijke klachten en ook symptomen leiden zijn anorexia nervosa/andere eetstoornissen (h10) of misbruik van alcohol en drugs (h4).

- Lichamelijke klachten waarvoor onvoldoende somatische oorzaak gevonden → verondersteld dat psychische, sociale of persoonlijkheidsfactoren een rol spelen bij ontstaan of persisteren vd klachten. Vb: somatoforme stoornis (H9). Patiënten die groot beroep doen op de gezondheidszorg. Probleem is dat enerzijds onnodige medische consumptie voorkomen dient te worden, terwijl anderzijds altijd rekening moet gehouden w met mogelijkheid dat er toch een lichamelijke aandoening een rol speelt.
- Lichamelijke klachten en aandoeningen als gevolg van een psychiatrische stoornis of haar behandeling, met een duidelijke fysiologische relatie met de psychiatrische stoornis of behandeling. Vnl klachten uitgelokt dr medicatie. Sommige bijwerkingen tijdelijk en dosisafhankelijk → verdwijnen bij stopzetting meds, andere = complicaties vd behandeling, persisteren soms, ook na stoppen meds.

D. Een gemeenschappelijke oorzaak van psychiatrische en lichamelijke aandoening

Vooraf bij neurodegeneratieve en vasculaire aandoeningen zijn onderliggende pathofysiologische processen in de hersenen verantwoordelijk voor zowel somatische als psychiatrische symptomen. Het gaat hierbij om aandoeningen als de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Parkinson. (h2)

Concrete relaties tussen lichamelijke ziekten en psychiatrische stoornissen:

Lichamelijke ziekte of medicatiegebruik als oorzaak van een psychiatrische stoornis	Depressie: - kwaadaardige tumoren - virale infecties - endocriene stoornissen - neurologische ziekten - medicatie	Angststoornissen: - hartritmestoornissen - hyperthyreoïdie - hypoglycemie - overmatig gebruik van stimulantia - ontwenning v alcohol of benzodiazepinen	Psychosen: - neurodegeneratieve aandoeningen (ziekte v Parkinson, ziekte v Alzheimer) - epilepsie - endocriene stoornissen - drugs (cocaïne, ecstasy) - medicatie
Een psychiatrische stoornis of gebruik van psychofarmaca als oorzaak van lichamelijke klachten of ziekte	Oorzakelijk, maar geen pathofysiologisch verband: - suïcide(poging) en zelfverwonding - eetstoornissen - misbruik van alcohol en drugs	Onvoldoende somatische oorzaak: - somatoforme stoornissen	Oorzakelijk, pathofysiologisch verband: - bijwerkingen medicatie (antidepressiva, antipsychotica)
Gemeenschap. oorzaak van psychiatrische en lichamelijke aandoening	- neurodegeneratieve aandoeningen (bv. depressies en angststoornissen bij ziekte v Parkinson of ziekte v Alzheimer)	- vasculaire aandoeningen (bv. depressies bij hartinfarct)	

HOOFDSTUK 4: STOORNISSEN IN EN DOOR HET GEBRUIK VAN PSYCHOACTIEVE STOFFEN

4.1 Algemene begrippen

Ervaringsveranderende stoffen → in staat lust op te roepen, onlust tegen te gaan en bewustzijnsinhouden te beïnvloeden. Veraangenamen bestaan, maar kunnen ook tot schade/stoornissen leiden. In de volksmond spreken we van verslaving, in de wetenschap gebruiken we ICD of DSM terminologie. DSM maakt onderscheid tss:

- Misbruik: herhaaldelijk gebruik met een verhoogde kans op fysiek gevaar, verwaarlozing v maatschappelijke verplichtingen, problemen met politie/justitie en interpersoonlijke problemen.
- Afhankelijkheid: ten minste 3 symptomen die in een jaar regelmatig zijn voorgekomen of ten minste een maand hebben geduurd. Ontwenningssverschijnselen ijn de tijdelijke onaangename fysiologische en psychologische verschijnselen die optreden als reactie op staken gebruik vd stof.
 - o Verlangen nr stof = kenmerk v afhankelijkheid. Verantwoordelijk vr constituerend van ongecontroleerd gebruik en terugval na onthouding.
- Tolerantie: vermeerdering vd hoeveelheid stof die nodig is om een bepaald effect te bereiken.
- "Onder invloed zijn": enkel gebruikt in praktijk, alle tijdelijke psychologische en fysiologische veranderingen die gevolg zijn vd inname vd psychoactieve stof.
- Intoxicatie: ernstige vorm v onder invloed zijn die medische behandeling behoeft (detoxificatie).

4.2 Kenmerken en stoornissen dr gebruik v psychoactieve stoffen

Psychoactieve stoffen: alle middelen die een bewustzijnsverandering teweegbrengen (figuur 4.1)

4.2.1 Psycholeptica (stoffen met dempende werking)

Alcohol → opwekkend bij kleine hoeveelheden, verdovend bij grote hoeveelheden, afhankelijk v individu (dr gestel en verwachting vd effecten). De diffuse, relatief nonspecifieke werking v alcohol zorgt dat bij lage dosis het beleefde effect wordt bepaald dr wat men daarover heeft geleerd.

Mate waarin iemand onder invloed is → afgeleid van bloedalcoholgehalte (BAG), gemeten in gram/liter (promillage). Meestal duidelijke effecten vanaf 0,5 promille, ontremming vanaf 1,5 promille. Boven 1,5 promille → toenemende vermindering of uitschakeling v centrale functies. Alcoholafhankelijke → bouwen tolerantie op. Constant hogere BAG-waarden.

DSM-IV: alcoholintoxicatie als er sprake is van

- onaangepast gedrag of psychologische veranderingen in de vorm van euforie, veranderd sociaal gedrag, interpersoonlijke gevoeligheid, angst, spanning of boosheid, stereotiep gedrag, verminderde aandacht en beoordelingsvermogen.
- Lichamelijke veranderingen gaan hiermee gepaard, nl: hartritmestoornissen, veranderde bloeddruk, misselijkheid, gewichtsverlies, agitatie, spierslapte of verwarring.

Ethanol = werkzame bestanddeel van alcoholische dranken. Giftige stof en enige vd alcoholen die nt dadelijk dodelijk is. Menselijk lichaam nt ingericht op het verwerken v grote hoeveelheden → beschadiging v alle orgaansystemen. Schade w erger als er onvoldoende of evenwichtige voeding is → alcohol = voedingsstofarm en calorierijk. Voornaamste gerelateerde aandoeningen:

- Ziekten vh spijsverteringsstelsel: gastritis, pancreatitis en leverbeschadigingen (vetlever, hepatitis, levercirrose)

- Aandoeningen vh hart en vaatstelsel (hoge bloeddruk) en bloedafwijkingen.
- Aandoeningen vh zenuwstelsel: perifere neuropathie met uitvalsverschijnselen en prikkelingen in armen en benen.
- Cerebrale degeneratieve verschijnselen
- Schade aan foetus (Foetal alcohol syndrome)

Excessieve drinkers → veel hogere sterftetekans, leven gemiddeld 10-15 jaar korter.

Staken v gebruik:

- → **ontwenningverschijnselen** (trillende handen, misselijkheid, ziek gevoel, hyperactiviteit, geïrriteerdheid en slapeloosheid).
 - a) Kater = lichte vorm van voorgaande verschijnselen na incidenteel excessief drinkgedrag.
- 5% vd gevallen → **delirium** (H2). Andere kenmerken treden dan in veel ernstiger mate op en gaan samen met de voor het delirium kenmerkende stoornissen in het bewustzijn, de aandacht, het denken en de oriëntatie. Ook last van angstwekkende visuele, tactiele en akoestische hallucinaties. Duurt enkele dagen en is 's nachts het ergst. Patiënt gaat hierna in diepe slaap waaruit hij ontwaakt zonder symptomen of herinneringen aan delirium. Delirium vereist ziekenhuisopname → symptomen knn w onderdrukt met benzodiazepinen eventueel in combinatie met antipsychoticum.
- **Alcoholhallucinoze**: zeldzaam en enkel na jaren excessief drinken. Duurt weken/maanden en kan chronisch w waardoor ng nauwelijks onderscheid gemaakt kan worden met schizofrene wanen.
- **Black- out**: kan ook bij mensen die nt excessief drinken. Weet gebeurtenissen v tijdens het drinken nt meer vr de geest te halen, ook als was er geen bewustzijnsverlies tijdens het drinken.
- **Syndroom v Wernicke-Korsakoff**: komt voor bij chronisch excessieve drinkers, veroorzaakt dr tekort aan vitamine B1 als gevolg v slechte eetgewoonten en verminderde resorptie id darmen.
 - o **Acute fase** = Wernicke syndroom: bloedinkjes in de hersenen die leiden tot nystagmus, ataxie, bewustzijns- en concentratiestoornissen.
 - o **Chronische fase** = Korsakoff syndroom: geheugenstoornissen, vooral vr recente gebeurtenissen en tijdzinstoornissen (verkeerde volgorde v gebeurtenissen). Vaak confabulaties (opvullen geheugentekorten met fantasieën).
- **Alcoholdementie?** Controversieel → excessief drinken beschadigt het cerebrum wat kan bijdragen tot optreden v dementie. Chronische drinkers lopen meer risico, maar ng onvoldoende bewijzen.

Tabel 4.1 p 128

4.3 Stoornissen in het gebruik van psychoactieve stoffen

4.3.1 Verschijningsvormen en diagnostiek

Voor misbruik en afhankelijkheid begint → excessief gebruik = gebruik v hoeveelheden die mogelijk of zeker schade opleveren. Grens tss gematigd en excessief hangt mede af van individuele verschillen zoals lichaamsgewicht (vocht vs vet), geslacht (vrouwen hebben meer vet), leeftijd en gebruiksgeschiedenis (tolerantie). Recent naast aandacht vr gemiddelde hoeveelheid alcohol per dag, ook aandacht vr binge drinking (= veel drinken op 1 gelegenheid).

Bij problemen met psychoactieve stoffen is vroegtijdige herkenning en diagnostiek van belang, omdat behandeling in een vroeg stadium de beste prognose heeft. Vroeger herkenning kan bv dr huisartsen met een ontwikkelde standaard waarin een screener zit, nl de Five-Shot-test. Bestaat uit volgende vragen:

- Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?

- Hoeveel alcoholische dranken gebruikt u op een typische dag waarop u alcohol drinkt?
- Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maakten over uw drinkgewoonten?
- Voelt u zich wel eens schuldig over uw drinkgewoonten?
- Drinkt u wel eens 's ochtends om de kater te verdrijven?

Andere professionals kunnen de multidisciplinaire richtlijn “stoornissen in het gebruik van alcohol” gebruiken.

Diagnose misbruik of afhankelijkheid kan makkelijk gesteld worden mbv beschreven criteria (zie kader). Obhv is er een interview → maakt deel uit v nederlandse versie v de Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Stelt vragen die rechtstreeks zijn afgeleid v criteria, vb: “Is de hoeveelheid vd stof nodig om in een roes te raken in uw leven duidelijk veranderd (meer of minder geworden)...?” De verslavingssectie vd CIDI is opgenomen in de MATE, een intake-instrument waarin ook een ernstmaat zit vr verslaving.

Lab-onderzoek → nt nuttig vr opsporen chronisch overmatig alcoholgebruik, beter een test vh gamma-GT, CDT (koolstofdeficientietransferrine) of gemiddelde grootte vd rode bloedcellen (MCV). Voor het in kaart brengen vh beloop vd stoornis → gamma-GT, heteroanamnese en anamnese.

Veel gevallen w nt gesignaleerd door:

- Spontaan herstel
- Ontkenning v probleem
- Nt vastgesteld dr huisarts
- Te weinig vertrouwen in hulpverlening

Veel mensen die dr alcohol- of drugafhankelijkheid in dr hulpverlening terechtkomen lijden ook aan een andere psychische stoornis, vnl angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen. Ook vaker suïcidaal gedrag. Voorkomen van psychische stoornissen bemoeilijkt de diagnostiek → belangrijk om een verschil te maken tss onthoudingsverschijnselen, intoxicaties, normale reacties om de sociale en lichamelijke situatie en tekenen ve onderliggende pathologie.

Diagnostische criteria voor middelenaafhankelijkheid

Een onaangepast patroon van gebruik dat leidt tot stoornissen en problemen, blijkend uit het optreden op een willekeurig moment binnen de periode va een jaar van ten minste 3 vd volgende verschijnselen:

- Optreden van tolerantie, gedefinieerd als:
 - Behoeft de hoeveelheid vd stof sterk te vergroten om zelfde effect te krijgen
 - Beduidend minder effect bij voortgaand gebruik van dezelfde hoeveelheid vd stof
- Onthoudingsverschijnselen, blijkend uit het volgende:
 - Optreden van voor de stof kenmerkende onthoudingsverschijnselen
 - Gebruik vd stof (of nauw verwante stof) om onthoudingsverschijnselen van die stof tegen te gaan
- Vaak langer of meer gebruiken dan voorgenomen
- Hevig verlangen naar het middel
- Veel tijd en energie spenderen om aan de stof te komen
- Opgeven of verwaarlozen v belangrijke, sociale, werk- en of recreatieve activiteiten
- Voortgezet gebruik, ondanks kennis van negatieve consequenties.

HOOFDSTUK 5: SCHIZOFRENIE EN ANDERE PSYCHOTISCHE STOORNISSEN

5.1 Indeling vd psychotische stoornissen

Psychosen = meest ernstige psychiatrische stoornissen die we kennen. Psychoot → heeft ervaringen en overtuigingen die vr andere mensen moeilijk te begrijpen zijn → leeft in eigen wereld. Ook gedrag, taalgebruik en omgang met medemensen zijn meestal veranderd → vreemde indruk. Empathie = moeilijk. Patiënt doet er lang over vr besef dat zijn beleving nt overeenkomt met anderen → gn ziekte-inzicht. Vroeger hierdr gestoord realiteitsbesef als centraal kenmerk v psychose gezien → strikt genomen nt juist:

- andere psychiatrische ziektebeelden hebben ook verstoorte werkelijkheidsbeleving (vb depressie → alles te negatief zien of anorexia nervosa).
- Soms ook psychoten die weten dat iets mis is en daaronder lijden (kan jaren duren vr doorhbb).
- Gezonde mensen kunnen ook ervaringen hebben die lijken op die van psychoten.
- Gestoord realiteitsbesef is te vage aanduiding, nt geschikt vr betrouwbare diagnose. Daarom in DSM afgesproken wat psychotische kenmerken zijn:
 - Hallucinaties
 - Wanen
 - Incoherentie en andere stoornissen van de logische gedachtegang
 - Katatone bewegingsstoornissen of ernstig ontregeld gedrag

Verschillende psychotische stoornissen:

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">a. Schizofrenieb. Schizofreniforme stoornisc. Schizoaffectieve stoornisd. Waanstoornise. Kortdurende psychotische stoornisf. Gedeelde psychotische stoornis | } | Functionele psychotische stoornissen |
| <ul style="list-style-type: none">g. Psychotische stoornis als gevolg ve algemene lichamelijke aandoeningh. Psychotische stoornis als gevolg v middelengebruik | | |

Dus oorzaken v psychotische stoornis:

- Stoornissen in hersenfuncties
- Lichamelijke aandoening
- Alcohol- en druggebruik

Psychotische verschijnselen (wanen/hallucinaties) knn ook voorkomen bij ernstige stemmingsstoornis. Er is ook een restcategorie om psychotische stoornissen te klasseren (atypische psychosen).

Schema psychotische stoornissen p157

5.2 Schizofrenie

Ontstaan: vroege volwassenheid

Gekenmerkt door: psychotische perioden, afgewisseld dr rustiger fasen waarin de patiënt op een veel beperkter niveau functioneert dan voor de ziekte. Sommigen langdurig psychotisch, andere korte episodes → altijd gevaar van recidive.

Is heterogene stoornis (uit zich op verschillende manieren) → variërende beelden, variabele verloop en veel biologische afwijkingen, geen van allen specifiek vr deze ziekte en niet altijd aangetroffen → is geen ziekte- eenheid maar een **syndroom**.

Term is afkomstig v Bleuler → bouwde voort op eerste afbakening van Kraepelin. Deze sprak v dementia praecox en dacht zo een ziekte-eenheid te identificeren die zich onderscheidde van de manisch-depressieve psychose. Kenmerkend was geleidelijke aftakeling vanaf pubertijd of vroege volwassenheid. Bleuler nuanceerde dit → Gruppe der Schizophrenien omdat er nr zijn mening allerlei varianten van schizofrenie bestaan, nt allemaal even ernstig (= nu algemeen aanvaard). Schizo onderscheiden van:

- Psychotische stoornissen v korte duur en met gunstig verloop (vnl schizofrenoforme stoornis en kortdurende psychotische stoornis).
- Psychosen die, hoewel chronisch, het algemeen niveau van functioneren nt ernstig aantasten (waanstoornis).
- Psychotische stoornissen gepaard met aanzienlijke stemmingsstoornissen (Schizoaffectieve stoornis en stemmingsstoornis met psychotische kenmerken).
- Persoonlijkheidsstoornissen die in symptomatologie verwant zijn aan schizofrenie, maar die nt proporties aannemen die bij deze diagnose passen. (schizotypische persoonlijkheidsstoornis, schizoïde en paranoïde persoonlijkheidsstoornis).

5.2.1 Kenmerken en voorkomen

Begin kan acuut zijn (aansluitend op gebeurtenis), maar is vaak geleidelijk. Is moeilijk begin aan te geven, want beginkenmerken laten zich moeilijk onderscheiden van gedragingen die in puberteit normaal zijn nl.:

- dagdromen, terugtrekken op eigen kamer, vreemde belangstellingen, inadequate emotionele reacties, overgevoeligheden, apathisch nietsdoen en betrekkingsideeën.
- Patiënt kan normale indruk maken bij 1^e contact, maar meestal is gedrag chaotisch, bizar, geagiteerd of teruggetrokken.
- Beweging kan ontregeld zijn → uit zich in extreme bewegingsarmoede of ongewone bewegingen (katatonisch).
- Patiënten vervuilen en vermageren.
- Moeilijk om contact te leggen door verwardheid en preoccupatie met eigen wereld en gevoelswaarde ontbreekt in contact.

Diagnose is gebaseerd op inhoud vd belevingswereld vd patiënt → afgeleid uit wat de patiënt wil meedelen. In begin soms onvoldoende → gaat over langere periode. Vertoont nt alle symptomen. In rustige perioden zijn symptomen ook minder opvallend/aanwezig. Enige constante is kwetsbaarheid → maakt dat psychotische symptomen te maken had

Positieve en negatieve symptomen

Spreekt van positieve & negatieve symptomenclusters of syndromen, in wisselende mate aanwezig.

- **Positieve symptomen:** verschijnselen die er normaal niet zijn, Trekken de aandacht en zijn vereist vr diagnose.
 - o Wanen, hallucinaties: gestoord realiteitsbesef
 - o Incoherentie: Cognitieve desorganisatie (formele denkstoornissen)

- **Negatieve symptomen:** ontbreken van gedragingen of belevingen die er normaal wel zijn. Vb: affectieve vervlakking, sociaal terugtrekgedrag, apathie, initiatiefverlies en spraakarmoede.
 - o Overwegend stoornissen in gedrag
 - o Knn er vanaf begin zijn, mr ontstaan vaker na tijd. Duidelijkst bij chronische patiënten.
 - o Niet altijd eenvoudig om bij patiënt met schizofrenie een negatief syndroom duidelijk te onderscheiden van depressie of bijwerkingen v medicijnen.
 - o Negatieve symptomen zijn minder opvallend en spectaculair dan positieve symptomen, maar ze zijn wel meer invaliderend en hardnekkig.

Het negatieve syndroom wordt ook wel benoemd als “psychomotorische armoede” (verminderde spraak & beweging, affectieve vervlakking).

Denkstoornissen

Belangrijkste positieve symptomen zijn formele en inhoudelijke denkstoornissen, waarbij organisatie en de inhoud vh denken gestoord zijn.

A) Formele denkstoornissen

- Meest uitgesproken formele denkstoornis = incoherentie: de patiënt springt van de hak op de tak → gn touw aan vast te knopen. Meestal is ontregeling minder ernstig en uit die zich in ongewone associaties en onlogische verbanden. De patiënt is soms buitengewoon vaag en wijdlopig en kan moeilijk de draad van zijn betoog vasthouden.
- Soms w abstracte begrippen concreet uitgelegd, en ook in zijn feitelijke gedrag kan de patiënt dat demonstreren (vb spanning laten *afvloeien* dr afvoerbuiss vast te houden)
- Overinclusief denken: het begrip van wat wel of niet tot een bepaalde categorie behoort kan verstoord zijn, en dan worden gebruikelijke logische grenzen overschreden.
- Neologismen: de patiënt creëert nieuwe woorden
- Echolalie: herhalen van woorden die door de gesprekspartner zijn uitgesproken
- Perseveratie: het zinloos herhalen van zelf uitgesproken woorden of zinsdelen

Ook het tempo en de voortgang van het denken kunnen gestoord zijn.

- o Soms gaan de gedachten versneld, maar dat is meer typerend voor de manie
- o Vaker een vertraging vh denken, lange pauzes voordat antwoord en inhoudelijke armoede van de gedachten → ziet men ook bij depressies.
- o Gedachteblokkade: patiënt is plotseling zonder aanleiding kwijt waarover hij nadenkt.

B) Inhoudelijke denkstoornissen

Behoren tot meest typerende verschijnselen v schizofrenie → belangrijkste = waan.

- Waanovertuiging is een zeer persoonlijke overtuiging die nt met andere wordt gedeeld en waaraan wordt vastgehouden zonder voldoende grond en ondanks bewijzen van onjuistheid.
- Als de patiënt enige twijfel toelaat, dan spreken we van een **waanachtige opvatting**.
- Een waan kan w voorafgegaan dr periode v onzekerheid over wat wel de betekenis mag zijn van wat er rondom gebeurt: **waanstemming** → houdt op als waan door breekt.
- Waan die zonder aanleiding ontstaat = **primaire waan**.

- Waan die voortkomt uit onbegrepen ervaringen = **secundaire waan**. W gebruikt om hallucinaties of ander moeilijk te begrijpen ervaringen te verklaren.
- Soms heel complex van samenhangende wanen dat het gedrag volstrekt bepaalt. In dat geval spreekt men van een **waansysteem**.
- **Waanwaarnemingen**: correcte waarnemingen voorzien van een nieuwe en ongewone betekenis met een sterk persoonlijke kleur.
- Wanen kunnen een veelheid van thema's omvatten → # typerend vr schizofrenie beschouwd. Deze hebben met elkaar gemeen, dat de integriteit van de eigen persoon en van de eigen denkwereld wordt bedreigd → aantasting "egogrenzen", controle over eigen gedachten verdwenen → vb: wanen over gedachte-inbrenging, -onttrekking of -uitzending of beïnvloedingswaan.
 - o **Gedachte-inbrenging**: patiënt denkt dat er van buitenaf gedachten in zijn hoofd gestopt worden, niet van hem zelf afkomstig zijn.
 - o **Gedachte-onttrekking**: patiënt meent dat gedachten uit zijn hoofd worden weggehaald, tegen zijn zin en zonder dat hij daar iets tegen kan ondernemen. Deze waan kan voortkomen uit de ervaring van gedachteblokkade.
 - o **Gedachte-uitzending**: patiënt meent dat anderen op een of andere manier zijn gedachten kunnen opvangen, zonder dat hij daar iets tegen kan ondernemen. Deze waan kan voortkomen uit de ervaring van het hardop horen van de eigen gedachten.
 - o **Beïnvloedingswaan**: Patiënt ervaart dat eigen gedachten, gevoelens, of handelingen bestuurd en gecontroleerd w door een kracht of macht buiten de eigen persoon → voelt als robot. Het omgekeerde komt ook voor: de waan dat hij op een of andere manier gebeurtenissen elders beïnvloedt.

Wanen van patiënten met schizofrenie kunnen een volstrekt bizar karakter hebben → zo onwaarschijnlijk dat ze naar algemeen geaccepteerde opvattingen niet waar zouden kunnen zijn. Andere wanen zijn "normaler" → zouden wel knn voorkomen:

- o Betrekkingswaan: sterk persoonlijke betekenis geven aan triviale gebeurtenissen. Deze (bv: auto's die langs je huis rijden: doen dat om jou te bespioneren).
 - Mildere varianten komen veel vr en w (nt-psychotische) betrekkingsideeën genoemd. (bv: iemand op een terras hft gevoel dat anderen met hem lachen → gevoel dat zich steeds weer opdringt, maar nt met zekerheid = verschil waan.
- o Paranoïde wanen: waanbelevingen waarin betrokkene zich bedreigd of achtervolgd voelt. → term "paranoïde" heeft ook ruimere betekenis en omvat dan mede wanen met een religieus, erotisch, jaloersheids- of grootheidskarakter → waandenkbeelden waarbij de patiënt centraal staat.

Notas:

- Betrekkings- of paranoïde wanen komen ook bij depressies en organische psychosen vr.
- Nihilistische (nietswaardig of heel klein zijn), armoede-, schuld- en zondewanen komen vooral voor bij depressies.
- Omgekeerd kan een manische patiënt vanuit een opgeblazen zelfgevoel tot grootheidswanen komen met thema's als rijkdom, creativiteit of intelligentie.
- Ook patiënten met schizofrenie kunnen stemmingsstoornissen vertonen met bijbehorende wanen, maar dan zijn er altijd ook andere voor schizofrenie kenmerkende verschijnselen.

➤ Hoe moeten we wanen begrijpen?

Sommige waanopvattingen lijken gevolg van ontregelde stemmingstoestand, anderen komen voort uit een cognitieve ontregeling. In alle gevallen → te sterke neiging om betekenis te ervaren bij triviale dingen.

➤ Hoe ontstaan wanen?

Maher: wanen zijn soort theorieën die de mensen vr zichzelf ontwikkelen om betekenis aan te brengen in omringende of intern ervaren WKHD. Het denkproces ad grond ve waan is, zo beschouwd, op zichzelf nt afwijkend. Gegevens obwv de waan ontwikkelt zijn enkel nt toegankelijk vr anderen → centraal staat subjectieve ervaringswereld vd patiënt, die voor hem een soort algemene geldigheid krijgt.

Waarnemingsstoornissen

Behoren ook tot de belangrijkste positieve symptomen.

- Hallucinaties zijn zintuiglijke waarnemingen zonder externe bron vr die waarneming, terwijl patiënt daarvan toch absoluut overtuigd is. Hallucinaties knn vr alle zintuigfuncties voorkomen, maar het meest frequent zijn gehoors- en gezichtshallucinaties.
 - Lichtere varianten mogelijk → nt als hallucinaties aangeduid. Vb illusie: is werkelijk iets, maar w verkeerd geïnterpreteerd → gn psychotisch verschijnsel, gebeurt vaker.
 - Onderscheid pseudohallucinaties: hallucinatoire ervaringen hebben “alsof”-karakter → er is twijfel, gn zekerheid.
- Hallucinaties knn variëren in complexiteit:
 - Elementaire hallucinaties: w lichtflitsen/schaduw en gezien, fluittonen/gebrom gehoord.
 - Complexe hallucinaties omvatten beelden of stemmen.
- Hallucinaties behoren met de wanen tot de meest karakteristieke symptomen van een psychose, maar ze kunnen ook voorkomen bij een ernstige stemmingsstoornis of een organisch syndroom.
- De voor schizofrenie meest kenmerkende hallucinaties bestaan uit het horen van stemmen. Ook hierin bestaan verschillende gradaties:
 - Sommige patiënten horen eigen gedachten hardop uitgesproken in hun hoofd → w nt tot hallucinaties gerekend, maar liggen wel in het verlengde daarvan. Verschil is dat patiënt weet dat het zijn eigen gedachten zijn. Als dat nt zo is:
 - Ingebrachte gedachten: meent te weten dat een ander die in zijn hoofd stopt.
 - Hallucinaties: opmerkingen/commentaar waarbij hij nt weet waarvan die komt.
 - Imperatieve hallucinaties: stemmen geven opdrachten die leiden tot impulsieve handelingen.
 - Meerdere stemmen knn ook met elkaar praten over patiënt. Hbb commentaar op handelingen en gedachten, vaak een negatief karakter. Soms doorlopend commentaar op alles wat hij doet (“nu gt hij zitten”).
 - Deze verschillende vormen van gehoorshallucinaties vallen ook onder het begrip “symptomen van de eerste orde”. Ze zijn dus typerend voor schizofrenie.

➤ Hoe moeten we hallucinaties begrijpen?

Knn gezien w als in bewustzijn doordringen v onbewuste mentale activiteit. Hallucinerende mensen zijn ook suggestibeler en menen eerder ergens een betekenis in te zien, die er in feite nt is. Gehoorshallucinaties gaan vergezeld van subvocalisaties → spieractiviteit in de lippen en op kin blijkt verhoogd tijdens hallucineren. Hersenen zijn dus actief en produceren taal, maar patient heeft zelf nt door en is ook nt in staat om ervaringen te herkennen als iets wat hij zelf produceert.

Stoornissen van het gevoelsleven

- Zowel stemming als emotionele reacties zijn bij schizofrenie vaak onregelmatig. Angst en geprikkeldheid komen veel voor, vooral in acute fasen. Ook explosieve woede of extatische gelukgevoelens zijn mogelijk.
- Patiënten zitten soms stil en in zichzelf te lachen of te huilen, zonder dat duidelijk wordt wat hen bezighoudt → emotionele reacties lijken soms niet te passen bij de situatie (inadequaat effect).
- Veel patiënten maken vroeg of laat depressieve perioden door, vaak in aansluiting op een psychotische episode. (postpsychotische depressie)
- Meest karakteristiek voor schizofrenie is affectieve vervlakking, in extreme gevallen ook wel emotionele afstomping genoemd. Affectieve vervlakking kan van in begin aanwezig zijn, maar ontstaat meestal later. De emotionele reacties zijn verminderd of geheel verdwenen. Gelaat blijft uitdrukingsloos, stem mist expressie, gevoelens lijken afwezig. Onderzoeker kan dit vaststellen, maar veel patiënten kunnen er ook over rapporteren, zeker in begin ("kan niet meer verliefd worden").

Cognitieve stoornissen

- Patiënten met schizofrenie hebben vaak problemen met verwerken van indrukken uit de omgeving, vooral wanneer indrukken ingewikkeld zijn of elkaar snel opvolgen → duidelijkst tijdens acute psychotische episode. Aandacht is gestoord, dwaalt gemakkelijk af en is vaak niet lang op een onderwerp te richten. Inprenting kan door concentratieproblemen te kort schieten. De oriëntatie is doorgaans intact.
- Belangrijk om inzicht te hebben in belevingen van patiënten → beter begrijpen en helpen, maar ook nog veel te leren. Eigen rapportage van patiënten over symptomen laat zien dat ze in acute fase veel last hebben van cognitieve stoornissen. Ervaren van eigen beperkingen motiveert patiënten tot coping. Voelen zich vaak het best bij een gedoseerd en gecontroleerd niveau van stimulatie. Stabiliteit van patiënt is dus afhankelijk van beschermende factoren in omgeving. (bijvoorbeeld tijdelijk terugtrekken).

Gedrags- en bewegingsstoornissen

A) Gedragsstoornissen

Tijdens acute perioden kan patiënt met schizofrenie erg onrustig zijn. In het latere verloop van de ziekte, worden patiënten steeds minder actief, verdwijnt het initiatief en kan apathie het gedrag gaan bepalen. Dan ontwikkelt zich het negatieve syndroom. Patiënten trekken zich ook sociaal terug → isolement leidt tot zelfverwaarlozing. Ook affectieve vervlakking.

B) Bewegingsstoornissen

Soms karakteristieke bewegingsstoornissen: katatonie symptomen. Niet specifiek schizofrenie, ook bij ernstige depressie en organisch cerebrale aandoeningen.

- Katatonie: soepelheid van bewegingen aangetast → controle lijkt uit handen gegeven.
- Stupor: Patiënt is bewegingsloos en spreekt soms niet (mutisme).
- Negativisme: een patiënt doet automatisch het tegendeel van wat wordt gevraagd.
- Katalepsie: de patiënt accepteert willoos dat hij in een moeilijke stand wordt geplaatst en die vervolgens langdurig volhoudt, ogenschijnlijk zonder zich daarvan bewust te zijn.
- Stereotypieën: regelmatige, zinloos herhaalde bewegingen.
- Maniërisme: als bewegingen een overdreven indruk maken.
- Grimassen: aannemen van merkwaardige starre gelaatsuitdrukkingen.
- Echopraxie & echolalie: zinloos imiteren van bewegingen of woorden van een ander

- Ambitendentie: soms kan patiënt nt besluiten of hij bepaalde beweging wel of niet zal maken en alterneert tussen beide mogelijkheden zonder ze af te maken. Besluiteloosheid is ook herkenbaar in het automatisch gehoorzamen van opdrachten, ook als eerst gevraagd is daar niet op te reageren.

Inzicht en ziektebesef

Veel symptomen → maar hbb allemaal gemeen dat patient controle kwijt is over gedachtengang, denkwereld (wanen), waarneming (hallucinaties), bewegingen (katatone kenmerken), sociale gedrag (negatieve syndroom). Patiënten met schizofrenie hebben vaak slechts beperkt en soms zelfs in het geheel geen inzicht in de aard van hun toestand. Zijn wel patiënten die rapporteren over symptomen en die een ernstige invalidering bij zichzelf vaststellen en daaronder lijden → niettemin is opvallend hoe vaak patiënten niet in de gaten hebben hoe slecht zij functioneren → gn inzicht in deviante aard van hun belevingen, voelen zich doorgaans nt ziek en missen behoefte tot behandeling of begeleiding.

TABEL 5.1 p165

Diagnostiek:

DSM-IV-criteria voor schizofrenie zijn toonaangevend, maar ook de ICD-10 wordt vaak gebruikt. ICD-10 stelt itt DSM-IV niet als eis dat er minstens een half jaar ziekte-verschijnselen zijn, neemt genoeg met typerende symptomen gedurende een maand. Van oudsher worden subtypen onderscheiden van schizofrenie, maar zijn nt sterk te onderscheiden:

- **Katatone type:** klinisch beeld w gedomineerd dr katatone symptomen als stupor, negativisme, bewegingsloosheid, motorische opwinding of vreemde houdingen. Zeldzaam.
- **Gedesorganiseerde of hebefrene type:** opvallende aanwezigheid van incoherentie of ernstig ontregeld gedrag en daarnaast van vervlakt of inadequaate affect.
- **Paranoïde type:** preoccupatie met een of meer wanen met frequente gehoorshallucinaties. Opvallende incoherentie, affectstoornissen en katatone gedragsontregelingen ontbreken. Deze patiënten hbb, hoe deviant ook, een meer gestructureerde belevings- en gedragswereld dan de eerdergenoemde typen. Meest voorkomende variant.
- **Ongedifferentieerde type:** klinisch beeld past nt goed binnen een van de eerdere categorieën.
- **Resttoestandtype:** afwezigheid van opvallende wanen, hallucinaties, incoherentie of ernstig ontregeld gedrag. Dergelijke typerende symptomen zijn wel aanwezig geweest tijdens een psychotische episode, maar op dit moment resteren slechts restverschijnselen. Negatieve symptomen staan in het algemeen op de voorgrond.

De ICD-10 voegt daar nog enkele typen aan toe:

- **Postschizofrene depressie:** depressieve episode in aansluiting op een schizofreen-psychotische periode. Psychotische symptomen, positieve zowel als (vaker) negatieve, kunnen blijven bestaan, maar staan niet langer op de voorgrond.
- **Schizophrenia simplex:** een betrekkelijk zeldzaam beeld, waarbij zich geleidelijk en sluipend een negatief syndroom ontwikkelt, zonder duidelijke positieve psychotische verschijnselen.

Zowel DSM-IV als ICD-10 onderscheiden een lichtere stoornis die fenomenologisch verwant is aan schizofrenie: de schizotypische stoornis. Gerangschikt als:

- ICD-10: psychotische stoornis
- DSM-IV: persoonlijkheidsstoornis

Mensen met deze trekken gedragen zich zonderling, neigen ertoe zich aan contact te onttrekken, reageren vaak vlak en vertonen milde denkstoornissen. Genetische verwantschap met schizofrenie.

Diagnostische criteria voor schizofrenie volgens de DSM:

- a) Maand lang (korter bij succesvolle behandeling) gedurende groot deel vd tijd ten minste twee van de volgende symptomen (de aanwezigheid van één symptoom volstaat als een waan bizar is of wanneer hallucinaties bestaan uit een stem die doorlopend commentaar geeft dan wel de vorm hebben van enkele stemmen die tegen elkaar spreken).
 - Wanen
 - Hallucinaties
 - Ontregelde spraak
 - Ontregeld of katatoon gedrag
 - Negatieve symptomen
- b) Sociaal functioneren: een groot deel van de tijd sinds het begin van de stoornis is het functioneren op gebieden als werk, de sociale contacten en de zelfverzorging aanzienlijk beneden het hoogste niveau dat bestond voordat de stoornissen begonnen. Als de stoornissen voor of tijdens de adolescentie ontstaan, wordt het verwachte niveau van functioneren niet bereikt.
- c) Duur: gedurende minstens 6 maanden zijn er voortdurend tekenen van de stoornis. Er moet een actieve periode zijn geweest die voldoet aan de criteria onder het eerste punt, al dan niet voorafgegaan of gevolgd door perioden met prodromale of restverschijnselen. (in deze periode zijn er alleen negatieve symptomen of enkele symptomen van het eerste punt in lichte vorm)
- d) Tijdens de actieve psychotische fase (punt een) zijn er geen, of hoogstens kortdurende depressieve of manische perioden.
- e) De stoornis is niet het gevolg van middelengebruik of een lichamelijke aandoening.

Differentiële diagnostiek

- ▲ Talrijke neurologische aandoeningen kunnen gepaard gn met syndromen die aan schizofrenie doen denken en die daar klinisch vaak nauwelijks van zijn te onderscheiden. Vbn:
 - Temporale epilepsie.
 - Infecties van centraal zenuwstelsel.
 - Degeneratieve ziekten als de ziekte van Huntington en de ziekte van Wilson.
 - Demyeliniserende aandoeningen zoals multiple sclerose.
 - Cerebrovasculaire aandoeningen zoals subarachnoïdale bloeding en subduraal hematoom.

In dergelijke gevallen → organische afwijkingen onmiskenbaar → betekent dat diagnose schizofrenie nt in aanmerking komt. Syndromen knn ons iets leren over structuren en functies die een rol kunnen spelen bij ontstaan van schizofrenie. In het bijzonder lijken laesies van de linker temporale kwab een rol te spelen.

- ▲ Psychotische verschijnselen die aan schizofrenie doen denken kunnen ook voorkomen bij diverse somatische ziektebeelden die secundair de cerebrale functies ontregelen. Voorbeelden:
 - Infecties
 - Endocriene afwijkingen zoals de ziekte van Addison en hypo- of hyperthyreoïdie
 - Auto-immuunziekten als lupus erythematodes
 - Systeemziekten als uremie, hepatische encefalopathie
 - Deficiënties zoals thiamine en foliumzuurtekorten.
- ▲ Allerlei psychoactieve stoffen kunnen eveneens aanleiding geven tot psychiatrische beelden die aan schizofrenie doen denken. Voorbeelden:
 - Hallucinogenen (LSD, mescaline)
 - Amfetamineachtige stoffen en cocaïne
 - Geneesmiddelen met anticholinerge effecten (atropine)

- Antidepressiva
- Anti-Parkinson-middelen
- Een middel als L-dopa

Diagnostische beslissingsprocedure bij vaststelling van psychotische symptomen:

- 1) Eerst organische oorzaak uitgesloten → zorgvuldige anamnese en goed lichamelijk onderzoek.
- 2) Organische stoornis uitgesloten → beoordeeld hoe lang psychotische symptomen al bestaan. Kortere is dan maand en geen maandenlange periode van prodromale symptomen van schizofrenie → 2 diagnoses in aanmerking:
 - stemmingsstoornis (depressie of manie) met psychotische kenmerken. De stemmingsontregeling neemt centrale plaats in.
 - In de tweede plaats de kortdurende psychose.
- 3) Deze diagnoses niet in aanmerking → vraag of psychotische sympt. karakteristiek zijn voor schizo.
 - Ja → enkele mogelijkheden:
 - Geen duidelijke stemmingsstoornis is en functioneren is verslechterd + ten minste 6 maanden psychotische, dan wel prodromale of restverschijnselen aanwezig → diagnose schizofrenie.
 - Tijds criterium niet gehaald → diagnose schizofreniforme stoornis.
 - Niveau v functioneren niet verlaagd is → restcategorie, de niet-nader gespecificeerde (atypische) psychose.
 - Wel duidelijke stemmingsstoornis is → keuze tuss schizoaffectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken.
 - Schizoaffectief: 2 weken wanen of hallucinaties zijn, zonder tegelijkertijd duidelijke stemmingsstoornis is.
- 4) Als psychotische symptomen niet karakteristiek zijn voor schizofrenie:
 - Hangt veel af van aan- of afwezigheid v duidelijke stemmingsstoornis:
 - Niet in relevante mate → diagnose waanstoornis (waan v niet-bizar karakter gedurende maand bestaan en het gedrag niet ernstig ontregeld zijn).
 - Wel duidelijke stemmingsstoornis en psychotische symptomen verdwijnen wanneer de stemmingsstoornis verdwijnt → diagnose stemmingsstoornis met psychotische kenmerken
 - Als beide diagnoses niet in aanmerking komen, komt men weer bij de niet-nader gespecificeerde (atypische) psychose terecht.

Beslisboom p169

5.3 Niet-schizofrene psychosen

5.3.1 Schizofreniforme stoornis

Kenmerken en voorkomen

Term schizofreniform wordt gebruikt voor psychosen die qua symptomatologie verwant zijn aan schizofrenie, maar gunstiger verloop hebben.

- DSM-IV: schizofreniforme stoornis zelfde beeld als schizofrenie, maar tijds criterium van half jaar niet wordt gehaald. Niet vereist dat het sociaal functioneren is verslechterd.
- Aangezien ICD-10 geen tijds criterium hanteert, groeperen zij schizofreniforme stoornissen onder de noemer van schizofrenie.

- DSM-criteria beschrijven psychose die goedaardiger verloopt dan schizofrenie, maar gaat anderzijds om tijdelijke diagnose, vervangbaar door schizofrenie wanneer verloop dat rechtvaardigt.
- De schizofreniforme stoornis, zoals in de DSM, komt minder vaak voor dan schizofrenie.
- Differentieel-diagnostisch moet, na uitsluiting van organische factoren, uiteraard worden gedacht aan schizofrenie, en verder aan een schizoaffectieve stoornis, een stemmingsstoornis met psychotische verschijnselen en een kortdurende psychose.

Diagnostische criteria voor schizofreniforme stoornis:

- a) Voldoet aan criteria a, d en e van schizofrenie
- b) Een episode van de stoornis duurt minstens maand, maar minder dan 6 maanden (inclusief prodromale, actieve en restverschijnselen).
- c) Gunstige prognostische kenmerken (ten minste twee van de volgende):
 - Duidelijke psychotische symptomen binnen 4 weken na eerste tekenen van gedragsverandering
 - Verwardheid of desoriëntatie tijdens de psychose
 - Goed premorbide functioneren
 - Geen vervlakt affect

5.3.2 Schizoaffectieve stoornis

Kenmerken en voorkomen

Soms ziet men mengbeelden van schizofrene kenmerken en symptomen van een stemmingsstoornis, zodat het bijna niet lukt om een keuze tussen deze 2 te maken → schizoaffectieve stoornis. Veel controverse. Omvat:

- Ernstige stemmingsstoornissen met sterke stemmingsincongruente psychotische belevingen en relatief gunstig verlopende schizofrene stoornissen met aanzienlijke stemmingsontregeling. Is ook kleine groep patiënten die beide syndromen volledig in zich verenigt.
- Schizoaffectieve stoornis kan manische (bipolaire) component omvatten ('schizomanie') of een depressieve ('schizodepressie'). Schizoaffectieve psychosen komen minder voor dan schizofrenie, vermoedelijk in verhouding 1/4.
- Obv typerende kenmerken blijkt ook verwantschap met kortdurende psychose en met de schizofreniforme psychose. Vb kenm: relatief gunstig verloop zonder ernstig sociaal disfunc., snel begin naar aanleiding van stresservaring, geëmotioneerdheid en ontbreken van affectieve verklaring.
- De differentiële diagnostiek van de schizoaffectieve psychose:

Grenzen tussen verschillende psychotische syndromen zijn vrij willekeurig, maar in DSM wel betrouwbaar geformuleerd. In praktijk is belangrijkste onderscheid met schizofrenie, depressie en manie, en het uitsluiten van organische factoren, zoals drugs.

Postpsychotische depressie of schizofrene psychose moet niet worden verward met een schizoaffectieve stoornis. Geldt ook voor negatieve symptomatologie. Ook psychotische symptomen die kunnen optreden of ernstige stemmingsstoornis, wijzen niet zomaar naar schizoaffectieve stoornis.

Diagnostische criteria voor een schizoaffectieve stoornis:

- ▲ Een ononderbroken ziekteperiode, waarin op enig moment gelijktijdig zowel een depressief of manisch syndroom als karakteristieke symptomen uit de actieve fase van schizofrenie (criterium a) aanwezig zijn geweest.

- ⤴ In die periode zijn er minstens twee weken geweest met wanen of hallucinaties zonder opvallende stemmingsstoornis.
- ⤴ De depressieve of manische symptomen zijn een aanzienlijk deel van de tijd aanwezig.
- ⤴ De stoornis is niet het gevolg van middelengebruik of van een lichamelijke aandoening.
- ⤴ Typen:
 - Bipolair type: manische episode of zowel manische als depressieve episoden
 - Depressief type: als er alleen depressieve perioden zijn

5.3.3 Waanstoornis

Kenmerken en voorkomen

Groep psychosen met als gemeenschappelijk kenmerk een hardnekkige niet-bizarre waan (dwz: het zou waar kunnen zijn), terwijl het algemeen niveau van functioneren van deze patiënten redelijk intact blijft. Oudere, dr DSM verlaten, benaming is paranoïde stoornis.

- Paranoïde = vage term, waarmee zowel bepaalde wanen worden aangeduid die niet specifiek zijn voor een bepaalde psychose, als een variant van schizofrenie, als een persoonlijkheidsstoornis met kenmerken van achterdocht en overgevoeligheid voor kritiek. Het gemeenschappelijk kenmerk is een vervorming van de betekenis die wordt ervaren in de interacties met andere mensen. Ook ander dan paranoïde wanen kunnen evenwel geïsoleerd voorkomen => keuze voor de meer algemene term “waanstoornis” !

Hallucinaties kunnen af en toe voorkomen. Reuk- en gevoelshallucinaties die bij waan passen komen soms langduriger voor.

Typend is dat de waan nt onmogelijk is, hoewel aanwijzingen ervoor ontbreken en waanovertuiging op gn enkele manier vr correctie vatbaar is. Het onderscheid met schizofrenie is dus gelegen id inhoudelijke kenmerken vd waan (is het mogelijk of nt?), in het nagenoeg ontbreken van andere psychotische verschijnselen en in het achterwege blijven van ernstig sociaal disfunctioneren. Mensen met een waanstoornis richten leven in naar overtuiging. Als de inhoud van hun waan daar aanleiding toe geeft, kan hun gedrag ongewoon en soms gewelddadig zijn. Varianten in waanstoornissen:

- ❖ Erotische betrekkingswaan (erotomanie)
 - Centraal thema = zekerheid dat iemand van hoge status verliefd is op de betrokkene (meestal vrouw). Objectieve bewijzen ontbreken → w allerlei verklaringen vr gegeven die overtuiging intact laten. Betrokkene handelt nr overtuiging, schrijft vb brieven. Voor de veronderstelde geliefde → gedrag vd patiënt = flinke overlast.
- ❖ Grootheidswaan:
 - Thema = overtuiging dat betrokkene in een of ander opzicht buitengewoon belangrijk is, extreem intelligent, een uitvinder, van koninklijke bloede, of misschien wel in een bijzondere relatie staat tot een godheid → ook hier kan inhoud vd waan vaak begrepen worden als een poging het leven betekenis te geven.
- ❖ Jaloersheidswaan (ontrouwwaan):
 - Gaat om zekerheid dat partner ontrouw is, pogingen van de partner om zijn of haar onschuld aan te tonen falen, want elke poging daartoe wordt uitgelegd als bevestiging van de overtuiging. Gedrag v partner wordt uitgelegd als bewijs van ontrouw. Vaak ontwikkelt uitgebreid speuren naar bewijzen → leven vr partner = kwelling.
- ❖ Achtervolgingswaan (paranoïde waanstoornis):
 - Centraal = overtuiging dat men wordt benadeeld, achtervolgd en bespioneerd, of misschien wel naar het leven gestaan.

Het gedrag is overeenkomstig → betrokkene neemt contact op met politie, uit beschuldigingen aan adres vd vermeende belagers of speelt eigen rechter. Na verloop van tijd → anderen aan samenzwering toegevoegd. Dit soort waanstoornis is vermoedelijk de meest voorkomende variant.

❖ Somatische waan:

- Centraal = zekerheid dat betrokkene een ziekte of gebrek heeft, veelal van ernstige aard → gaat vooral om hypochondrische wanen. Kanker en AIDS zijn populaire thema's. andere vbn zijn infectieziekten. Dergelijke patiënten kunnen hun waan combineren met hallucinatoire belevingen, waarbij ze beestjes voelen kruipen over de huid. Sommige patiënten → overtuiging dat lichaam misvormd is.

Diagnostische criteria voor een waanstoornis:

- a) Niet-bizarre wanen (situaties betreffende die in WKH zouden kunnen voorkomen) gedurende minstens een maand.
- b) Er is nimmer voldaan aan criterium a van schizofrenie (dus hoogstens zeer kortdurende hallucinaties, ontregelde spraak, katatonie of negatieve symptomen) Gevoels- of reukhallucinaties zijn toegestaan mits passend bij de waan.
- c) Afgezien van de uitingen van de waan geen opvallende gedragsstoornissen.
- d) Als er depressieve of manische perioden zijn geweest, duurden ze relatief kort.
- e) De stoornis is niet het gevolg van middelengebruik of een lichamelijke aandoening.

De **ICD-10** vereist voor de diagnose "waanstoornis" een duur van tenminste drie maanden. Een waan van kortere duur wordt geclassificeerd als een acute, overwegend waanachtige psychotische stoornis.

Differentiële diagnostiek:

- Een waan kan allerlei oorzaken hebben en verwijzen naar verschillende psychiatrische syndromen → eerst organische oorzaak uitgesloten worden (drugs, neurologische of andere somatische afwijkingen, waaronder dementering)
- Paranoïde belevingen veel vr op oudere leeftijd. Uiteraard moet worden vastgesteld of waan deel uitmaakt van uitgebreide psychopathologie die de diagnose schizofrenie rechtvaardigt.
- Een waan kan ook optreden in het kader van een stemmingsstoornis, depressie of manie.
- Ten slotte is het mogelijk dat niet zozeer sprake is van een waan als wel van overwaardige denkbeelden en interpretaties, passend bij een paranoïde persoonlijkheidsstoornis.
- Beginleeftijd → later dan bij schizofrenie, gemiddeld omstreeks veertig jaar met flinke spreiding.
- De waan kan zich geleidelijk ontwikkelen tot een hardnekkige, niet te corrigeren zekerheid, maar een acuut begin is ook mogelijk, in aansluiting op een bedreigende of anderszins beladen ervaring.
- De verschillende vormen van een waanstoornis komen niet erg veel voor, zeker wanneer zorgvuldig wordt beoordeeld of er niet toch sprake is van schizofrenie of van een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken.
- Prevalentie: 0.03%

5.3.4 Kortdurende psychotische stoornis

Kenmerken en voorkomen

Een psychotische reactie kan snel overgaan. Vaak, maar niet altijd, is er dan een duidelijke aanleiding. Sommige, goedaardig verlopende psychosen w uitgelokt dr belastende ervaring, direct vr psychose.

In DSM: kortdurende, dus goedaardig verlopende, psychose met of zonder een aanwijsbare ernstig belastende ervaring (stressor) als aanleidinggevend moment (vb: confrontatie met oorlogsgeweld).

➔ Minst ernstige psychotische stoornis.

- Vereist slechts gedurende minimaal 1 dag, maar minder dan maand, minstens één psychotisch symptoom aanwezig (waan, hallucinatie, formele denkstoornis of ernstig onregelgedrag). De psychotische symptomen zijn niet zodanig dat ze passen bij de diagnose schizofrenie.
- Andere overwegingen vr differentiële diagnostiek tov vnl schizofreniforme stoornis en schizoaffectieve stoornis zijn h goede functioneren tot het moment van decompensatie, soms de aanwezigheid van heftige en wisselende emoties en de meestal spoedig optredende verbetering.
- Soms komen kortdurende psychosen ook vr zonder ernstig belastende situatie aan vooraf gaat. In de DSM-IV en de ICD-10 ➔ criterium niet als eis, maar eventueel additioneel kenmerk.
- Risicogroepen: adolescenten & jonge volwassenen en mensen die in barre omstandigheden verkeren waarin zij worden geconfronteerd met ernstig belastende gebeurtenissen.

Diagnostische criteria voor kortdurende psychotische stoornis:

- a) Ten minste een van de volgende symptomen:
 - ➔ Wanen
 - ➔ Hallucinaties
 - ➔ Ontregelde spraak
 - ➔ Ernstig onregelgedrag of katatoon gedrag
 - ➔ (een symptoom mag niet meegeteld worden als het in de cultuur een geaccepteerde reactie is)
- b) De stoornis duurt minstens 1 dag en niet langer dan een maand, met terugkeer tot het oude niveau van functioneren.
- c) Geen volledig ontwikkelde stemmingsstoornis of schizofrenie, en niet het gevolg van middelengebruik of van een lichamelijke aandoening.

5.3.5 Gedeelde psychotische stoornis

Kenmerken en voorkomen:

Een gedeelde psychose is een waan die ontstaat bij iemand die in een nauwe relatie staat met een andere persoon die al eerder dezelfde waan heeft ontwikkeld ➔ zeldzaam syndroom . In het algemeen ➔ wanen met paranoïde inhoud en met een zekere systematisering. "Folie à deux" genoemd, maar soms kan de kring ook groter zijn dan twee personen. Meestal betreft het gezinsleden (partners). Differentieel diagnostisch roept deze categorie meestal geen problemen op.

Diagnostische criteria:

- a) Er ontwikkelt zich een waan bij iemand die een nauwe relatie heeft met een of meer andere mensen, die al een waan heeft (hebben)
- b) Inhoudelijk komen de wanen overeen
- c) De verschijnselen passen niet bij een andere psychotische stoornis en zijn niet het gevolg van middelengebruik of van een lichamelijke aandoening.

5.3.6 Atypische psychosen

Kenmerken en voorkomen:

Patiënten passen niet altijd in de beschikbare vakjes → behoefte aan restcategorie, in de DSM: de niet nader gespecificeerde of atypische psychose. Voorbeelden:

- Geïsoleerd voorkomen van hardnekkige hallucinaties zonder bijkomende stoornissen
- Postpartum psychosen (na de bevalling)
 - Hier soms diagnose “kortdurende psychose” en soms een vd andere psychotische categorieën, mr meestal is het psychiatrisch beeld in aansluiting op bevalling een stemmingsstoornis, al dan nt met psychotische kenm.
- Sommigen zijn geneigd om bepaalde cultuurgebonden syndromen in deze categorie te plaatsen, vaak ten onrechte. Vb: koro: grote angst dat penis zich zal terugtrekken in het lichaam, vooral in Azië → cultuurgebonden dus gn strikt persoonlijk waanachtig idee → beter spreken v paniekstoornis in combinatie met een atypische somatoforme stoornis.

HOOFDSTUK 6: STEMMINGSSTOORNISSEN

6.1 Kenmerken en voorkomen

Depressie = heterogeen ziektebeeld qua klinisch beeld en beloop/respons op behandeling. Deel vd patiënten met depressie lijdt ook aan manier → stemmingsstoornissen dus 2 brede categorieën:

- Unipolaire depressieve stoornissen (depressie en dysthymie)
- Bipolaire stoornissen: depressieve episodes afgewisseld dr manische of hypomane episodes.
 - ➔ Vr diagnose moet er eerst een depressieve of manische episode vastgesteld worden → gn op zichzelf staande codeerbare stoornissen, maar bouwstenen vd diagnostiek.

Depressieve en manische toestanden → ziekte, maar overgang v normale emoties nr ziekte is gradueel. Pas episode als er naast stemmingsverandering ook andere symptomen zijn (vb slechter functioneren thuis). Ook criteria mbt duur en uitsluitingscriteria (vb depressieve episode is nt toe te schrijven aan schizoaffectieve of andere psychotische stoornis). Symptoomcriteria omvatten affectieve, cognitieve en lichamelijke symptomen. Andere symptomen, zoals angst, behoren nt tot formele criteria. Veel depressies gaan gepaard met angstsymptomen. Omgekeerd gaan ook veel angststoornissen gepaard met depressiesymptomen. Affectieve stoornissen = stemmingsstoornissen + angststoornissen

Stoornissen waarbij als belangrijkste kenmerk de stemming min of meer langdurig veranderd is, in de vorm van ernstige somberheid (depressie) of overdreven goede stemming (manie) => dit betekent niet dat elke stemmingsverandering een stoornis betreft!

Depressieve episode → meerdere van deze symptomen m ten minste 2 weken bestaan. De klachten moeten bijna elke dag aanwezig zijn, waarbij de ernst over de dag wel kan variëren.

- ❖ Onderscheid stemmingstoornissen ⇔ normale reacties:
 - Stemmingsstoornissen:
 - Meer diepgaand, langer, **BLIJVEN** somber of vrolijk
 - Bovendien gaat het hier niet om absolute maar om graduele verschillen
 - Kunnen lang duren, maar gaat meestal toch om tijdelijke verstoringen => daarom spreken we ook van depressieve of manische episoden, die te onderscheiden zijn van perioden waarin de betrokkene geen of althans minder symptomen heeft.
 - Normale reacties:
 - Duren meestal vrij kort
 - Kunnen ook soms langer duren (dan is het moeilijk om te beslissen of het nu een normale reactie is, of een stemmingsstoornis) vb: rouw

6.1.1 Depressieve episode

3 clusters van symptomen:

- ❖ Affectieve symptomen (kernsymptomen):
 - Sombere, gedaalde stemming
 - Verminderde interesse of verminderd vermogen om plezier te kunnen beleven aan zaken die de patiënt voordien wel prettig vond (anhedonie)
- ❖ Lichamelijke symptomen:
 - Vermindering of juist toename van de eetlust en het gewicht
 - Verstoring van het slaappatroon
 - betreffende de duur en kwaliteit vb slechter inslapen of net veel meer slapen.

- Veranderingen in de psychomotoriek
 - Psychomotorische remming: vertraging v spreken, bewegen (vb lang stilzitten)
 - Psychomotorische agitatie: onrustig → handenwringen, ijsberen → soms moeilijk te onderscheiden van angst.
- Vermoeidheid of verlies van energie
 - Patiënten voelen zich vaak uitgeput, lusteloos
- ➔ Sommige patiënten raken dr vele lichamelijke klachten gepreoccupeerd met lichamelijke toestand en ervaren deze verontrustend → hypochondere preoccupatie die kan overgaan in hypochondere waan.

❖ Cognitieve symptomen

- Zelfverwijt & schuldgevoelens
 - Depressie kleurt waarneming → belangrijk realiteitsgehalte v schuldgevoelens te toetsen in omgeving.
- Verminderd concentratievermogen of besluiteloosheid
 - Problemen met lezen of informatie opnemen, geheugenproblemen. Soms zo overdreven dat er sprake is van zondewanen → schuldig aan alles mis id wereld.
- Gedachten aan dood en suïcide
 - Oplossing v problemen, helpt patiënten heeft indringen suïcidale gedachten.

Andere veelvoorkomende symptomen:

- Irritatie
- Piekeren (rumineren)
- Depersonalisatiegevoelens
- Verminderde seksuele gevoelens
- Gevoelens van angst, paniek
 - Kan gaan om paniekaanvallen of diffuse angst → allebei gepaard met lichamelijke angstverschijnselen:
 - Hartkloppingen
 - Overmatig transpireren
 - Trillen
 - Beven

Dagschommeling: patroon in verloop vd symptomen, waarbij de ernst wisselt over de dag. ('s morgens het ergst, in de loop van de dag beter. Andersom: omgekeerde dagschommeling).

6.1.2 Manische en hypomane episode

❖ Manische episode:

- Toestand van ontremming
- Verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming
- Frequent wisselingen in stemming (raakt snel geïrriteerd, boos, agressief)

- Afgenomen slaapbehoefte, desondanks voelt de patiënt zich overdag niet moe → in extreme gevallen kan dit leiden tot plotse uitputtingstoestanden.
- Spraak kan zijn toegenomen in hoeveelheid, snelheid en volume.
- Toegenomen psychomotoriek, agitatie
 - Maakt zeer levendige indruk
 - Veel bewegingen
 - Toegenomen mimiek
- Denken kan versneld zijn, wordt ervaren als “gedachten die jagen” (gedachtevlucht)
- Ernstiger gevallen: patiënt is verhoogd afleidbaar door externe en interne stimuli, wat zich kan uiten in snelle wisselingen van onderwerp (verhoogde associatie) en een afname van de doelgerichtheid van het denken. Denken kan geheel chaotisch zijn en de spraak incoherent. De inhoud van het denken kan gepaard gaan met ideeën over een verhoogde eigenwaarde en vergrote mogelijkheden → kunnen grootheidswanen ontstaan.
- Naast wanen kunnen ook hallucinaties voorkomen, maar wel minder frequent.
- De eetlust is vaak verhoogd, toch vallen veel patiënten af => verhoogde activiteit.
- Activiteitsniveau: sterk verhoogd, vaak als reactie op externe stimuli. Betreffen sociale activiteiten en werk. De toegenomen activiteit kan gepaard gaan met een afname in kwaliteit en efficiëntie (Ander beginnen vr 1^e af is). Ernstige manieën → toegenomen activiteit gepaard met ontsporingen in gedrag, wat kan leiden tot ruzies, conflicten of eventueel zelfs agressie. Soms: toegenomen kooplust, of ontsporingen betreffende zakelijke activiteiten: financiële problemen! Ook seksuele ontsporingen.
- Vaak: sprake van overmatig alcohol- of middelengebruik. Dit op zich kan weer leiden tot een verdere toename van de psychische stoornissen, zowel in de vorm van intoxicaties, als in de vorm van een verdere versterking van het manische syndroom. (ontremming)

Volgens DSM-IV → als symptomen zo ernstig zijn dat ze leiden tot duidelijke beperkingen in het sociale functioneren, vb op werk, dan is er sprake van een manische episode. Minstens 7 dagen symptomen!

De criteria voor de hypomane episode zijn grotendeels hetzelfde, alleen zijn er minder duidelijke beperkingen in het functioneren en minimale duur van de symptomen is 4 dagen. In veel gevallen is er zelfs sprake van een zowel subjectief als objectief beter functioneren. Of de episode problematisch is hangt af vd vraag welke andere symptomen optreden en of deze de voorbode zijn van een ernstige depressieve episode.

6.1.3 Gemengde episode

Veel patiënten vertonen tijdens een depressieve of manische episode niet alleen de symptomen van de desbetreffende episode, maar ook van de ogenschijnlijk tegenovergestelde episode → zeldzaam. Toestandsbeelden wisselen elkaar snel af, vb binnen een dag van euforie, nr dysfore manie, gevolgd dr geagiteerde eprese.

❖ Geagiteerde depressie (↔ geremde depressie)

- Depressieve episode met gejaagdheid van gedachten of toegenomen activiteit en psychomotorische agitatie, onrustig.

❖ Dysfore manie:

- Manische episode waarin de stemming geïrriteerd is, een meer uitgesproken sombere stemming, zelfverwijten, schuldgevoelens en suïcidegedachten

❖ Gemende episoden:

- Soms voldoen patiënten tegelijk aan de volledige criteria van zowel een depressieve episode als een manische episode.
- Zuivere gemengde episoden, waarbij op hetzelfde moment aan de volledige criteria voor beiden episoden wordt voldaan, komt weinig voor. Wel komt het regelmatig voor dat de beelden elkaar snel afwisselen.
 - Bvb: binnen een dag de overgang van een eufore manie naar een meer dysfore manie, gevolgd door het beeld van een meer of minder geagiteerde depressie.

6.2 Diagnostiek van stemmingsstoornissen

6.2.1 Diagnostiek van depressies (unipolaire stoornissen)

- **Eenmalige depressieve stoornis:** eenmalig in leven. Belangrijk uit te zoeken of het chronisch is, in remissie, ontstaan postpartum, seizoensgebonden (winter) of of er sprake is van een “rapid cycling”-beloop (ten minste 4 van elkaar te onderscheiden depressieve episoden per jaar).
- **Recidiverende depressieve stoornis:** komt telkens terug
- **Dythymie stoornis:** minder erge, maar chronische vorm v depressie, gekenmerkt dr aanwezigheid v sombere stemming en gelijktijdig ten minste 2 andere symptomen. Symptomen komen gedurende 2j vaker wel dan nt voor, nt symptoomvrij vr meer dan 2 maanden. Geen dysthemie als het gaat om langdurige restverschijnselen v depressie. Kan wel voorafgaan aan depressie of samen voorkomen met depressie (double depression). Symptoomcriteria:
 - Sombere stemming
 - Slechte of toegenomen eetlust
 - Weinig energie of moeheid
 - Gering gevoel eigenwaarde
 - Slechte concentratie of besluiteloosheid
 - Gevoel v hulpeloosheid.
- **Depressieve stoornis niet anders omschreven (NAO):** wel sprake v belangrijke depressieve symptomen, maar nt voldaan aan alle vereiste diagnostische criteria v een depressieve episode of dysthemie
 - Minor depression: wel voldaan aan symptoomcriteria vr dysthemie, maar nt aan tijds criterium vr 2 jaar.
 - Postpsychotische depressie: depressie die kan voorkomen bij patiënten die primair lijdten aan een psychotische stoornis.
 - Premenstruele dysfore stoornis: Regelmatig optredende symptomen van een depressie voorafgaande aan de menstruatie.

Symptoomspecificaties v subtypes vd depressieve stoornis

❖ Psychotische kenmerken:

- Aanwezigheid van psychotische kenmerken, wordt vastgesteld op grond van de aanwezigheid van wanen of hallucinaties. Onderscheid:
 - Stemningscongruente psychotische kenmerken:
 - Wat de wanen of hallucinaties betreft: inhoud is in overeenstemming met typische depressieve thema's, vb: verdiende straf krijgen.

- Stemningsincongruente psychotische kenmerken
 - Inhoud is niet in overeenstemming met depressie. Vb: achtervolgingswaan, ...
- Bij de psychotische depressie is niet duidelijk of het in vergelijking met de niet-psychotische depressie gaat om een ander type depressie dan wel om een zelfde type, alleen in een ernstiger vorm.
- ❖ Katatone kenmerken:
 - Beeld wordt overheerst door:
 - Motorische onbeweeglijkheid (katalepsie of stupor)
 - Doelloze overmatige motorische activiteit
 - Extreem negativisme
 - Mutisme
 - Eigenaardige psychomotoriek (bvb bizarre houdingen, stereotypieën, maniërismen en grimassen)
 - Echolalie of echopraxie
 - Vaak verwijzen katatone verschijnselen naar aanwezige psychotische kenmerken, maar dit hoeft niet het geval te zijn.
- ❖ Melancholische kenmerken:
 - Depressieve stoornis met melancholische kenmerken, werd vroeger omschreven als de “endogene depressie”. (hiermee werd een biologische behandeling geïnduceerd)
 - ⇔ niet-endogene depressie: oorzaak vooral psychologische of sociaal
 - Bij deze vorm van depressie is het verschil in effectiviteit tussen antidepressiva en placebo het grootst. Dat wil niet zeggen dat de melancholische depressies beter te behandelen zijn met antidepressiva dan de niet-melancholische depressies, de effectiviteit is globaal gelijk.
- ❖ Atypische kenmerken (= “omgekeerd melancholische” kenmerken):
 - Hebben te maken met de reactiviteit van de stemming en kunnen min of meer tegenovergesteld zijn aan de melancholische kenmerken.
 - Veel depressies die optreden in de winter of in het kader van een bipolaire stoornis vertonen atypische kenmerken.
 - Deze vorm van depressie blijkt beter te reageren op een behandeling met bepaalde antidepressiva, en in het geval van winterdepressie op lichttherapie.

6.2.2 Diagnostiek van bipolaire stoornissen

Gekenmerkt door optreden van een of meer manische, hypomane of gemengde episoden. Daarnaast ook (bijna) altijd een of meer episoden van meer of minder ernstige depressies (oude term = manisch-depressief)

- ❖ Bipolaire-1-stoornis:
 - Een of meer manische of gemengde episoden, die afgewisseld kunnen worden door hypomane episoden en/of depressies.

❖ Bipolaire-2-stoornis:

- Een of meer depressieve episoden die afgewisseld worden met een of meer hypomane episoden, geen psychose en leidt niet tot opname.

❖ Cyclothyme stoornis:

- Talrijke hypomane episoden en depressies NAO/beperkte depressies bij een tijdsduur van ten minste 2 jaar (bipolaire variant v dysthymie).

Er mag pas van een bipolaire stoornis gesproken worden als de (hypo)manische en depressieve episoden niet toe te schrijven zijn aan een primaire psychotische stoornis (schizofrenie, schizofreniforme stoornis, waanstoornis, schizo-affectieve stoornis, of een psychotische stoornis NAO). In geen enkele categorie → spreken we van een bipolaire stoornis NAO → exclusiecriteria zoals bij unipolaire stoornis.

Ook mogen de (hypo)manische episoden niet ontstaan tijdens het gebruik van alcohol, middelen en/of medicijnen (waaronder antidepressiva). In dat geval wordt de stoornis gerangschikt onder: “stemmingsstoornis door een middel”.

- Behandeling van depressie met een antidepressivum => kan leiden tot een (hypo)manische toestand! → diagnose bipolaire stoornis in overweging nemen.

❖ De bipolaire stoornissen kunnen op dezelfde manier onderverdeeld worden als depressieve stoornissen.

- Allereerst naar symptoomprofiel tijdens de (hypo)manische episoden:
 - Met psychotische kenmerken
 - Met katatonie kenmerken
 - Met melancholische symptomen
 - Met atypische symptomen
- Onderdeling naar beloopkenmerken:
 - Vooral rapid cycling is hier van belang! 10 tot 20% van de patiënten met een bipolaire stoornis vertonen dit beloop. Vaak betreft dit vrouwen. De behandeling van een bipolaire stoornis met zulk beloop is moeilijk.

6.2.3 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

- Stemmingsstoornissen onderscheiden van normaal verdriet en normale vreugde → er bestaat een continuüm (gradaties) in gevoelens. Vb gevoelens v rouw lijken erg op depressie → stelt diagnose depressie niet 2 maanden na overlijden dierbare, tenzij ernstige symptomen (vb schuldgevoel, zelfmoordgedachten). Ook psychotische symptomen duiden op gestoord rouwproces, mv hallucinatoire herbelevingen vd overledenen (= rouw).
 - Depressieve stemming: als verdriet blijft nadat oorzaak v emotie verdwenen is.
- Comorbiditeit → patient voldoet ad criteria van meer dan 1 DSM-categorie . In dergelijke situaties kan het van belang zijn uit te maken welke de primaire stoornis is, bv obv beloop, en welke secundair.
 - Depressies gaan **vaak** gepaard met angstsymptomen of zelfs angststoornissen. Het omgekeerde geldt ook voor angststoornissen, zoals de paniekstoornis, fobieën en ook de obsessieve compulsieve stoornis. Hierbij zijn vaak depressiesymptomen aanwezig.
 - Ook binnen stemmingsst. comorb. → dysthymie en depressie = double depression
 - Ook met psychotische stoornissen (zoals schizo) komen depressieve episodes veel voor → gerekend tot depressieve stoornis NAO. Bij anamnese nagaan in welke mate psychotische episodes en stemmingsepisodes onafhankelijke voorkomen. Indien gelijktijdig → schizo-affectieve stoornis.

- Eetstoornissen of somatoforme stoornissen gaan ook vaak gepaard met depressie of depressiesymptomen. Omgekeerd ook veel depressies met lichamelijke klachten (vb slapeloosheid, futloosheid).
- Bij ouderen met klachten ivm verminderde concentratie en besluiteloosheid → moeilijk om vast te stellen of het depressie of beginnende dementie of beide is.
- Manische symptomen “expansief gedrag” en “sociale ontremming” knn gevolg zijn v frontale hersenpathologie.
- Misbruik v alcohol of drugs leidt ook tot diagnostische problemen
 - Veel depressieve patiënten drinken alcohol dr de angstdempende werking ervan op korte termijn. Op lange termijn verergert de depressie. Alcohol- en drugsverslaafden lopen verhoogd risico op depressie.
 - Manische patiënten misbruiken ook alcohol of drugs → langdurig gebruik leidt tot intoxicaties en afhankelijkheid. Amfetaminen en cocaine knn leiden tot manische symptomen.

Fig 6.1 p200

H7: ANGSTSTOORNISSEN

7.1 Enkelvoudige fobie

Kenmerken en voorkomen

Theoretisch kan men voor elke situatie of object een fobie ontwikkelen → meest voorkomende zijn:

- Angst voor dieren
- Angst voor afgesloten ruimten (claustrofobie)
- Angst voor hoogten (acrofobie)
- Angst voor onweer
- Angst voor bloed en/of medische handelingen (bvb injecties, tandarts,...)

Fobicus geconfronteerd met object of situatie waar hij bang voor is → verhoogde lichamelijke arousal.

- Uitz = bloedfobie → zeer korte verhoging v arousal en dan duidelijke verlaging v hartslag en bloeddruk → kan leiden tot flauwvallen.

Enkelvoudige fobieën komen veel voor, mr meeste mensen zoeken gn behandeling → enkel wanneer de fobieën ernstige belemmering w vr uitvoeren vd dagelijkse bezigheden.

Diagnostische criteria:

- a) Een aanhoudende en irrationele angst voor een bepaald object of voor een bepaalde situatie
- b) Wanneer de betrokkene wordt blootgesteld aan een gevreesde situatie volgt meestal een angstreactie, soms in de vorm van een situatiegebonden paniekaanval
- c) Het object of de situatie wordt vermeden, als dat niet mogelijk is ontstaat er een intense angst
- d) De persoon erkent dat zijn angst feitelijk ongegrond is
- e) De angst of het vermijdingsgedrag is zo ernstig dat het interfereert met de dagelijkse bezigheden of sociale relaties of de betrokkene lijdt ernstig onder de angst
- f) De angst en vermijding kan niet beter verklaard worden door een andere angststoornis

Differentiële diagnose

Vaststellen ve enkelvoudige fobie → weinig problemen. Wel rekening houden met feit dat enkelvoudige fobieën ihkv agorafobie, posttraumatische stress-stoornis en dwangstoornis niet in aanmerking komen vr deze diagnose. Specifieke fobie vr sociale situatie krijgt ook nt diagnose EVF, maar diagnose sociale fobie.

7.2 Paniekstoornis en agorafobie

Kenmerken en voorkomen

Van **paniek** is sprake indien de angst een intens en abrupt begin heeft, waarbij ten minste 4 symptomen binnen een tijdsbestek van 10 minuten tot een piek moeten komen.

- Optreden v paniekaanvallen ≠ paniekstoornis → aanvallen ook bij EVF, sociale fobie en PTS

Paniekstoornis wanneer aanvallen onvoorspelbaar zijn en nt gebonden zijn aan een situatie. Patiënten zijn tss aanvallen door vaak gespannen en bang voor nieuwe aanvallen → **anticipatieangst**. Als aanvallen onvoorspelbaar zijn → nagaan of lichamelijke aandoening kan verklaren → anders diagn. paniekstoornis.

Paniekstoornis met agorafobie → als patiënt voldoet aan criteria v paniekstoornis en bang is om zich te begeven in situaties waaruit men niet zou kunnen ontsnappen of waarin men geen hulp zou kunnen krijgen in geval van een paniekaanval. Vaak situaties waarin patiënt alleen buitenshuis is (warenhuis). Agorafobie zonder paniek komt zelden voor.

Bij afzonderen v paniekstoornis als aparte diagnostische eenheid speelde de notie dat paniekaanvallen kwalitatief verschillend zijn v andere vormen van angst → problemen vr hulpverlener want wanneer zijn subjectieve vrees en lichamelijke symptomen zo heftig dat angst omslaat in paniek? Milde paniekaanvallen waarbij lichamelijke sensaties optreden komen vaak voor (1/5 mensen ervaart dit 1x/jaar). Lichamelijke sensaties zijn dezelfde, maar geen angstige gedachte dat men op het punt staat te overlijden, gek te worden of de controle te verliezen. Lifetimeprevalentie = 4,7%

Diagnostische criteria paniekstoornis:

- a. Herhaaldelijk onverwachte paniekaanvallen optreden
- b. Ten minste een van de aanvallen werd gevolgd door ten minste een maand waarin de betrokkene:
 - Zich voortdurend zorgen maakte over nieuwe aanvallen of
 - Piekerde over de gevolgen van een nieuwe aanval of
 - Tgv de aanval een belangrijke gedragsverandering vertoonde

De aanval zelf beslaat een discrete periode waarin betrokkene intens angstig is en waarin tenminste vier van de onderstaande symptomen abrupt optreden en binnen 10 minuten een piek bereiken:

- Kloppend of bonzend hart, of versnelde hartslag
- Zweten
- Trillen of beven
- Gevoelens van ademnood
- Het gevoel te stikken
- Pijn of onaangenaam gevoel op de borst
- Misselijkheid of maagklachten
- Gevoelens van duizeligheid, onvastheid, lichthoofdigheid of zwakte
- Derealisatie of depersonalisatie
- Angst voor controleverlies of om krankzinnig te worden
- Angst om te sterven
- Tintelingen of verdoofd gevoel
- Koude rillingen of warmtevlagen

Differentiële diagnose

Het kan moeilijk zijn een paniekstoornis met agorafobie te onderscheiden van een sociale fobie → doorslaggevend is of de angst alleen betrekking heeft op afkeuring door anderen = sociale fobie.

De diagnose “hypochondrie” kan gegeven worden naast een paniekstoornis. Door de lichamelijke symptomen die een paniekstoornis met zich meebrengt, worden sommige patiënten overmatig bezorgd. Indien het als catastrofaal duiden van lichamelijke sensaties uitsluitend optreedt tijdens of volgend op een paniekaanval, dan wordt geen hypochondrie, maar paniekstoornis gediagnosticeerd.

De relatie tss paniekstoornis en depressie is complex → grote problemen voor de clinicus. Depressieve patiënten klagen vaak over angst en gespannenheid. Omgekeerd vertonen de paniekpatiënten vaak depressieve kenmerken. Comorbiditeit hangt samen met ernstigere klachten, last en suicidaliteit. Zijn aanwijzingen vr gemeenschappelijke genetische predispositie.

7.3 Sociale fobie

Kenmerken en voorkomen

Sociale fobie = hardnekkige angst voor een of meer situaties waarin de betrokken persoon is blootgesteld aan mogelijke kritische beoordeling door anderen, en waarin hij bang is zich belachelijk te maken.

Vbn: spreekangst, trillen in sociale situaties, of de angst dat men hetgeen hij zegt belachelijk zal vinden.

Sociale fobici → gn homogene categorie, mr knn adhv volgende dimensies worden onderscheiden:

- Sociaal vaardig VS sociaal onvaardig
- Lage fysiologische arousal VS hoge fysiologische arousal
- Rationele denkstijl VS irrationele denkstijl
- Weinig vermijdtend VS sterk vermijdtend
- Angstig bij bekende personen VS angstig bij onbekende personen
- Angst in groepen VS angst in het gezelschap van slechts één andere persoon

Een sociale fobicus kan op elk van deze dimensies worden ingedeeld.

Hoewel veel mensen last hebben van sociale angst of verlegenheid, gaat het hierbij meestal niet om een sociale fobie. Even vaak bij mannen als vrouwen, prevalentie 4,8%.

Diagnostische criteria voor sociale fobie:

- a) Blootstelling aan de gevreesde sociale situatie leidt tot onmiddellijke angstreactie, dit kan de vorm aannemen van een situatiegebonden paniekaanval
- b) Een fobische situatie wordt vermeden of kan alleen met intense angst worden doorstaan
- c) Vermijding of spanning interfereert met het functioneren in een beroep of in een sociale relaties of betrokkene lijdt ernstig onder angst
- d) De betrokken persoon is ervan overtuigd dat zijn angst in feite overdreven is en niet in verhouding staat tot het reële gevaar dat hij loopt
- e) De angst mag niet in relatie staan tot een andere stoornis op as I of as II (bvb trillen in geval van parkinson, stotteren)

Differentiële diagnose

Belangrijkste differentiaal diagnostische probleem doet zich voor bij de **ontwikkende persoonlijkheidsstoornis**: gekenmerkt dr ongemakkelijkheid in sociale situaties en angst voor negatieve evaluaties, die reeds op jeugdige leeftijd aanwezig is:

- Erg gevoelig vr kritiek of afwijzing
- Heeft geen vrienden
- Heeft moeite met mensen om te gaan, tenzij hij zeker weet dat ze hem aardig vinden
- Vermijdt sociale situaties
- Is zwijgzaam in sociale situaties, uit angst iets verkeerd of belachelijk te zeggen
- Is bang te gaan blozen

Ontwikkende persoonlijkheidsstoornis kan opgevat w als meest extreme uiting v sociale fobie. De diagnose ontwikkende persoonlijkheid kan naast de diagnose sociale fobie gegeven worden.

Ook het **onderscheid met andere angststoornissen** kan soms lastig zijn, vooral met paniekstoornis. Evenals patiënten met agorafobie vermijdt een aantal patiënten met sociale fobie buitenshuis te komen. Kenmerkend vr sociale fobie is echter angst vr andere mensen, terwijl bij de paniekstoornis de angst vr de lichamelijke sensaties, de paniekaanval of controleverlies centraal staan. Diagnosen sluiten elkaar nt uit.

7.4 Obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)

Kenmerken en voorkomen

Bij OCS of dwangstoornis staan steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen centraal. Voor het stellen van de diagnose is het noodzakelijk dat klachten een ernstige inbreuk maken op het functioneren van de patiënt. Meeste mensen hebben wel dwanggedachten, zonder aan dwangst. te lijden.

Volgens DSM sprake van OCS als:

- Last van dwanggedachten en/of dwanghandelingen
- Dwangverschijnselen minstens een uur in beslag nemen, of de dagelijkse routine, werk, sociale activiteiten of relaties met anderen in ernstige mate verstoren.
- Betrokkene heeft ergens tijdens verloop van stoornis, de dwanggedachten of -handelingen als overdreven of onrealistisch herkend.
- Wanneer er een andere as-I-stoornis gesteld kan worden bij de patiënt, dan dient de inhoud van de dwanggedachten niet tot die stoornis te beperken. (vb preoccupaties met eten bij eetstoornis)

Dwanggedachten (obsessies): steeds terugkerende, aanhoudende ideeën, gedachten, beelden of impulsen die veel spanning geven. W. onvrijwillig, maar uiteindelijk toch als product van eigen persoon beleefd. Patiënten ervaren gedachten als zinloos of verwerpelijk. Gedachten zijn meer dan enkel overmatige bezorgdheid over bestaande alledaagse problemen. Pogingen ondernomen ze te negeren of te onderdrukken = neutraliseren → neemt vaak vorm van dwanghandelingen aan.

Dwanghandelingen (compulsies): herhaalde overte handelingen (vb handenwassen) of coverte mentale activiteiten (vb tellen) die volgens bepaalde regels op stereotype wijze worden verricht. W. uitgevoerd om spanning te neutraliseren of om spanning of een bedreigende gebeurtenis/situatie te voorkomen. Met dwanghandelingen kunnen bedreigingen niet werkelijk voorkomen worden (vb tot 100 tellen om ziekte te voorkomen). Soms zijn de dwanghandelingen wel realistisch verbonden met een af te wenden gevaar, maar ze worden dan excessief uitgevoerd (vb idee dat handen niet schoon zijn → 4u douchen → handeling staat niet in verhouding tot vuile handen).

Naast angst, spanning en paniekgevoelens rapporteren patiënten met dwangstoornis vaak ook depressieve klachten, problemen rond werk, huishouding en relaties.

Dwanggedachten kunnen ook zonder dwanghandelingen voorkomen. De dwanggedachten kunnen plotseling ontstaan, maar vaak worden ze uitgelokt door bepaalde gedachten, gebeurtenissen of situaties. De angstaanjagende gedachte komt op als een flits, gevolgd door paniek. Leren gedachte te herkennen → anticiperen. Kan anticipatieangst met vermijding van bepaalde taken of situaties tot gevolg hebben. Kunnen ook vermijdingsgedrag ontwikkelen, vooral situaties die dwanggedachten of -handelingen kunnen opwekken worden vermeden.

Sommige patiënten geven dwanghandelingen, alleen dwanggedachten waartegen zij een aanhoudende strijd leveren. Ervaren vermindering van spanning wanneer zij gedachten op bepaalde manier kunnen afwikkelen → gebeurt op een stereotype wijze, vb door bepaalde andere gedachten op te roepen. Inhoud van neutraliserende gedachten is vaak het tegengestelde van dwanggedachte. Cognitieve rituelen → vergelijkbare betekenis hebben als dwanghandelingen of rituelen: eveneens angst- en spanningsreductie.

DUS OCS = ontstaan van angst- en spanninggevend dwanggedachte, gevolgd door **angst- en spanningsreducerende dwanghandeling, cognitief ritueel of dwangmatig vraaggedrag met geruststellende antwoorden uit de omgeving**. Specificatie DSM-IV → “met weinig inzicht” → wanneer betrokkene dwanggedachten of handelingen nauwelijks herkent als overdreven/realistisch.

Lifetimeprevalentie: 1.6%, meestal ontstaat het vlak na het 20^{ste} jaar.

Diagnostische criteria:

- a) De aanwezigheid van obsessies of dwanghandelingen
- b) De patiënt beschouwt de dwangverschijnselen op een bepaald moment als onzinnig of excessief
- c) De klachten veroorzaken veel spanning. Ze kosten de patiënt meer dan een uur per dag, of verstoren in ernstige mate het dagelijks functioneren.
- d) Indien er een andere as-I-stoornis aanwezig is, beperkt zich de inhoud van de dwangverschijnselen niet tot die diagnose
- e) De klachten zijn geen direct gevolg van drugs of medicatie en geen gevolg van een lichamelijke aandoening.

Differentiële diagnose

Vaststellen OCS → noodzakelijk dwangverschijnselen vd op dwang lijkende klachten te onderscheiden. Ook noodzakelijk vast te stellen of eventuele dwangsymptomatologie moet worden gezien als onderdeel van OCS, dan wel onderdeel van een ander ziektebeeld.

- 1) Ten eerste moet nagegaan worden of de dwangklachten niet te wijten zijn aan een lichamelijke oorzaak of middelengebruik.
- 2) Daarnaast wordt de stoornis OCS ook niet gegeven wanneer de steeds terugkerende of indringende gedachten, beelden of impulsen een symptoom zijn van een andere stoornis. Vb:
 - a. Opdringende gedachten in PTSS
 - b. Preoccupatie met het uiterlijk in dysmorphofobie
 - c. Preoccupatie met specifieke gevreesde situaties of objecten in de specifieke fobie of sociale fobie
 - d. Preoccupatie met voedsel in eetstoornissen
 - e. Preoccupatie met ziektes in hypochondrie
 - f. Preoccupatie met haartrekken in trichotillomanie
- 3) Wanneer naast deze specifieke symptomen dwanggedachten en/of -handelingen zijn die buiten het kader van deze specifieke as-I-stoornis vallen, kan de diagnose OCS worden toegevoegd.

Bij morbide preoccupaties heeft de gedachte-inhoud te maken met werkelijke problemen of ervaringen die mensen ongelukkig kunnen maken. De inhoud is vrijwel steeds consistent met de persoonlijkheid en voorgeschiedenis en wordt als egosyntoon (ik-eigen) beleefd. Bij dwanggedachten is de inhoud strijdig met de eigen normen en achtergrond en de gedachten worden meestal egodystoon (ik-vreemd) beleefd. De preoccupaties hebben een rationele achtergrond, patiënten verzetten zich er minder tegen dan het geval is bij dwanggedachten. Morbide preoccupaties hebben betrekking op allerlei gangbare onderwerpen en ze kunnen de patiënten (net zoals bij dwanggedachten) de hele dag bezighouden. Als belangrijkste diagnostische criterium geldt het egosyntoon zijn van de preoccupaties.

Patiënten met een OCS – vooral wanneer de patiënt veel vermijdingsgedrag heeft – zijn soms moeilijk te differentiëren van patiënten met **fobische stoornissen**. Vb patiënt met smetvrees → komt misschien niet meer buiten → verwarring agorafobie.

Van belang is het onderscheid met een **dwangmatige persoonlijkheidsstoornis**. Een probleem bij de differentiële diagnose is dat een OCS vaak voorkomt bij personen die ook dwangmatig zijn. Bepalend voor onderscheid is *ontbreken v angst, dwanggedachten en -handelingen* bij dwangmatige persoonlijkheid.

Differentiële diagnose met depressie → kunnen depressieve verschijnselen worden gezien als behorend tot de “depressie in engere zin” volgens de DSM? Onderscheid is heel belangrijk voor behandeling!

Patiënten met een stoornis in de impulscontrole spreken nogal eens van een dwang, in feite gaat het steeds om een dRang. Bij een patiënt met een drang is er een of andere vorm van lust of voldoening of ontspanning tijdens het bedrijven van de daad. Bij patiënten met een OCS is er geen sprake van enige lust of voldoening tijdens het uitvoeren van dwanghandelingen. Aandoeningen die met dRang gepaard gaan:

- Parafilie
- Verslavingen
- Eetaanvallen & snoepzucht
- Stoornissen in impulscontrole niet elders geclassificeerd
 - Periodieke explosieve stoornis
 - Kleptomanie
 - Pathologisch gokken
 - Pyromanie
 - Trichotillomanie

Dwangverschijnselen kunnen voorkomen na hersenbeschadigingen. Kenmerken van dwangverschijnselen bij hersenbeschadiging in tegenstelling tot OCS: Bij OCS:

- Is er geen voorgeschiedenis van verwonding, ziekte of geboortecomplicatie
- Heeft de dwanggedachte een zinnige inhoud
- Heeft de dwanggedachte of handeling een bepaalde intentie
- Geen andere hersenafwijkingen (bvb geheugenstoornissen of intelligentiedefecten)
- Is de dwanghandeling niet stereotiep
- Zijn de handelingen niet primitief

Een specifiek verband tussen neurologische aandoeningen en OCS kan niet aannemelijk worden gemaakt.

De afbakening met schizofrenie kan soms ook problemen geven. Belangrijk is een onderscheid tussen de inhoud van dwanggedachten en de inhoud van de waan. De dwanggedachte wordt egodystoon beleefd, overvalt de patiënt en doet de patiënt lijden. Bij een waan is de inhoud egosyntoon, de patiënt is overtuigd van de juistheid van de denkbeelden.

1-16% van de patiënten met OCS ontwikkelt later schizofrenie.

7.5 Gegeneraliseerde angststoornis

Kenmerken en voorkomen

Patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) zijn mensen die opvallend nerveus en angstig zijn, veel tobben en opzien tegen allerlei dagelijkse gebeurtenissen (vb later thuiskomen v partner zorgt als vr overdreven angst). GAS is een van de meest voorkomende angststoornissen (prevalentie: ongeveer 5%). Aanvankelijk lag accent vd definitie op angst en daarmee samenhangende autonome symptomen. In DSM-IV def → nadruk op piekeren als kernsymptoom → heeft betrouwbaarheid v diagnose sterk doen toenemen. # aspecten v diagnostische criteria is nog steeds controversieel en sommigen betwijfelen validiteit v GAS als aparte diagnostische categorie.

Diagnostische criteria:

- a) Excessieve angsten en een topperige bezorgdheid over meerdere levensomstandigheden. Dagen met klachten zijn in de meerderheid. De aandoening moet minstens 6 maanden bestaan.

- b) De patiënt heeft moeite de tobberijen onder controle te houden
- c) De angsten zijn verbonden met minstens 3 van de volgende 6 klachten:
 - Rusteloosheid
 - Snelle vermoeibaarheid
 - Concentratieproblemen
 - Prikkelbaarheid
 - Spierspanningsklachten
 - Slaapstoornissen
- d) Indien een ander as-I-syndroom aanwezig is, beperkt zich de inhoud van de angst en het tobben niet tot die diagnose (bvb angst en bezorgdheid om een nieuwe paniekaanval)
- e) De klachten verstoren in ernstige mate het dagelijks functioneren.
- f) Geen direct gevolg van drugs, medicatie of lichamelijke ziekte en niet alleen voorkomend tijdens een andere psychiatrische stoornis.

Differentiële diagnose

In verleden werd GAS vaak als een restgroep van de angststoornis gezien → pas als gn paniekstoornis, fobische stoornis, dwangstoornis of PTSS gediagnosteerd, wordt diagnose GAS overwogen. Sinds nieuwere definitie in DSM-IV w diagnose vaker gesteld. Probleem is nog steeds overgang tussen normaliteit en GAS → vgl overgang v verlegenheid nr sociale fobie.

GAS & lichamelijke aandoeningen → veel lichamelijke ziekten die angstklachten kunnen geven:

- Aandoeningen van het centraal zenuwstelsel, zoals:
 - Migraine
 - Tumoren
 - Delirium
 - Epilepsie
- Hartaandoeningen:
 - Angina pectoris
 - Ritmestoornissen
- Stoornissen in de ademhaling
- Stoornissen van het endocriene systeem, zoals:
 - Te sterke functie van de schildklier
 - Een te zwakke functie van de bij schildklier
 - Tumoren van de alvleesklier en de bij nier
- Verslavingen, zoals:
 - Overmatig cafeïnegebruik
 - Misbruik van stimulantia en hallucinogene middelen
- Aandoeningen die ontstaan ten gevolge van onttrekking van een psychoactieve drugs.

GAS & paniekstoornis:

Bij alle patiënten met GAS kennen paniekgevoelens. Omgekeerd zijn patiënten met een paniekstoornis vaak angstig en kennen zij ook perioden waarin zij in beslag genomen zijn door ernstige dagelijkse zorgen.

- Patiënten met een paniekstoornis (PS) kennen meestal een acuut begin en beloop is vaak episodisch, terwijl de GAS vaak een meer geleidelijk begin vertoont en perioden zonder piekeren zijn zeldzaam.
- Alleen met de Hamilton-Angstschalen kon een significant verschil tussen beide groepen worden vastgesteld: de patiënten met PS scoorden hoger op deze schalen.
- Belangrijk klinisch verschil → patiënt met GAS vooral tobt over banale dagelijkse problemen, terwijl de patiënt met PS vooral tobt over opnieuw krijgen van paniekaanval.

GAS & vermijdingsgedrag

Vermijding van belastende situaties gebeurt zowel door niet-angstige als angstige mensen. Patiënten met GAS zijn bang, bezorgde mensen die er tegenop zien nieuwe, onbekende activiteiten te ondernemen. Vermijding heeft geen specifieke focus, zoals bij agorafobie en enkelvoudige fobie.

GAS & depressie

Veel patiënten met een GAS hebben ook last van depressieve klachten. Helft van personen met GAS voldoet ook aan kenmerken van stemmingsstoornis. Onderscheid tussen patiënten met GAS en stemmingsstoornis is niet eenvoudig: de patiënt met de stemmingsstoornis is vaak angstig, de patiënt met een GAS is vaak gedeprimeerd. Piekeren komt ook vaak voor bij stemmingsstoornis.

7.6 Posttraumatische stress-stoornis

Kenmerken en voorkomen

Sprake van PTSS wanneer iemand ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt, waarin betrokkene met de dood of ernstig letsel werd bedreigd of lichamelijke integriteit werd bedreigd. (vb verkrachting, ramp, ..)

Daarnaast moet de betrokkene met hevige emoties gereageerd hebben zoals angst en hulpeloosheid.

Symptomen worden in 3 clusters ondergebracht:

- Intrusies: bestaan uit herbeleven van trauma (vb nachtmerries).
- Vermijding en emotionele afvlakking
- Hyperarousal (vb slaapproblemen en schrikreacties)

Er is zelden of nooit sprake van druggebruik, wel kunnen de klachten leiden tot alcoholmisbruik of tot chronisch gebruik van tranquillizers. PTSS gaat vaak vergezeld van depressie, andere angsten, en agressieve uitbarstingen.

Daarnaast heeft aandoening vaak gevolgen voor omgeving van patiënt. Vooral preoccupatie met het trauma en de daaraan geassocieerde emotionele verkillingen kunnen een zware last betekenen voor overige familieleden. Dit kan weer leiden tot relatieproblemen. Vaak onderscheid tussen 2 typen trauma's:

- Type I-trauma: gebeurtenis eenmalig, onverwacht en slechts van korte duur (vb ongeluk, natuurramp, ...)
 - Type II-trauma: herhaalde traumatisering (vb herhaald seksueel misbruik, foltering, ...)
- SO van type II-trauma wordt gekenmerkt door andere PTSS symptomen → voorstel voor aanvullende diagnostische categorie (zoals vb in ICD-10 → "langdurige verandering van persoonlijkheid")

Diagnostische criteria voor PTSS:

- a) Sprake v herbeleving v traumatische gebeurtenis op ten minst 1 vd volgende manieren:
- Terugkerende, beangstigende dromen over de gebeurtenis
 - Terugkomende, opdringerige en verontrustende herinneringen aan de gebeurtenis
 - Een plotseling voelen of handelen alsof de gebeurtenis plaatsvond
 - Wanneer de persoon wordt blootgesteld aan gebeurtenissen die sterk lijken op de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis, is sprake van een intens psychisch lijden
 - Wanneer de persoon wordt blootgesteld aan gebeurtenissen die sterk lijken op de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis, is sprake van fysiologische reactiviteit
- b) Vermijding van stimuli die in verband staan met een trauma, of een verdooving van de algemene responsiviteit, dit komt tot uiting in ten minste 3 van de volgende aspecten:
- Pogingen om activiteiten, situaties of mensen te vermijden die de herinneringen aan het trauma opwekken
 - Pogingen om gevoelens en gedachten te vermijden die met het trauma in verband staan
 - Psychogene amnesie, onvermogen om een aspect van het trauma te herinneren
 - Een opvallende afname van de belangstelling voor belangrijke activiteiten
 - Een verminderd vermogen tot gevoelsuiting
 - Een gevoel van vervreemding van anderen of het gevoel er niet bij te horen
 - Een gevoel van weinig toekomstperspectief
- c) Langdurige symptomen van toegenomen spanning of opwindning die niet aanwezig waren voor het trauma, hetgeen blijkt uit minimaal twee van de volgende aspecten:
- Moeilijk in slaap kunnen vallen of blijven slapen
 - Prikkelbaarheid of woede-uitbarsting
 - Zich moeilijk kunnen concentreren
 - Overmatige waakzaamheid
 - Overdreven schrikreactie
- d) De vorig genoemde symptomen moeten minimaal een maand duren
- e) De stoornis leidt tot klinisch significante spanning of belemmert het functioneren in beroep of relaties.

Prevalentie: 9% → meer mensen maken trauma mee, maar nt iedereen ontwikkels PTSS → hangt af v risicofactoren. Komen vaak vr onmiddellijk na trauma, maar nemen vaak in eerste maanden weer af. Als er dan geen spontaan herstel is → dan kan PTSS indien nt juist behandeld jarenlang aanhouden.

Differentiële diagnose

Wanneer de symptomen langer dan 2 dagen, maar korter dan een maand duren, is er sprake van acute-stress-stoornis. Vr deze diagnose moeten symptomen v dissociatie aanwezig zijn (vb derealisatie) naast symptomen uit 3 PTSS-clusters. Zodra symptomen langer dan een maand duren is er sprake van PTSS.

De belangrijkste diagnostische categorieën waarmee verwarring kan ontstaan zijn:

- GAS → meestal gn traumatische gebeurtenis + piekeren v PTSS richt zich exclusief op trauma en gevolgen hiervan.

- Aanpassingsstoornis → stressvolle gebeurtenissen die nt aan traumacriterium voldoen (vb scheiding, werkloosheid, ...). Herbeleven gebeurtenis staat minder op voorgrond.
- Pathologische rouw

Naast PTSS kan patiënt diagnose voor een andere angststoornis of een depressie krijgen.

7.7 Overige angststoornissen

- ❖ Acute-stress-stoornis (ASS)
 - Tijds criterium: symptomen korter dan een maand
 - sterk gekenmerkt door dissociatieve symptomen tijdens of na de ingrijpende gebeurtenis:
 - derealisatie
 - depersonalisatie
 - psychogene amnesie
 - gevoel van verdooving en vervreemding
- ❖ Angststoornis tgv een algemene lichamelijke aandoening (H3)
- ❖ Angststoornis tgv middelengebruik (H4)

Beslisboom p264

H8: DISSOCIATIEVE STOORNISSEN

8.1 Inleiding

Gemeensch. kenmerk = mate v dissociatie. In gesch. werden deze stoornissen vaak “hysterie” beschreven.

8.2 Dissociatie en dissociatiestoornissen

Meeste definities v dissociatie → verandering in bewustzijn centraal als gevolg van een verminderde of veranderde toegang tot de eigen gedachten, gevoelens, waarnemingen en herinneringen. Vbn dissociatie:

- Gevoel alsof men in een droom zit
- Geheugenverlies
- Emotionele vervlakking

DSM-definitie: “Verstoring in de gewoonlijk geïntegreerde functies betreffende bewustzijn, geheugen, identiteit of waarneming vd omgeving.” 4 dissociatieve stoornissen + restcategorie onderscheiden.

Zijn de verschillende soorten dissociatieve symptomen manifestaties van eenzelfde onderliggend proces of is dissociatie een verschijnsel dat uit meerdere factoren bestaat?

CONTINUÛMODEL:

- ▲ Veronderstelt dat verschillende dissociatieve symptomen hetzelfde fenomeen betreffen en enkel verschillen in ernst. Ernstige dissociatie ligt in verlengde van lichte dissociatie. Kan bij iedereen optreden, zodat complexe routinehandelingen uitgevoerd knn w terwijl we tegelijkertijd andere activiteiten doen. Pas een probleem in extreme vorm.
 - Vb lichte dissociatie = Highway-trance: autorit langs vertrouwde route → zo opgaan in eigen gedachten dat je bestemming bereikt zonder het te weten.
 - Ook routinehandelingen (tandenpoetsen, afwassen) kunnen ongemerkt verricht worden.
 - Slaapwandelen is een vorm van automatisch handelen, evenals de automatische handelingen onder extreme stress (uit een brand ontsnappen, je blijkt nog je tas en je poes genomen te hebben en staat buiten zonder dat je het goed en wel beseft).
- ▲ De meest extreme vormen v dissociatie w aangetroffen bij patiënten met dissociatieve identiteitsstoornis → consistente patronen v complexe handelingen en interacties met derden voltrekken, zonder dat andere delen vd persoonlijkheid hier weet van hebben.
 - Met deze voorbeelden wordt fenomeen geïllustreerd van parallelle informatieverwerking, waarbij slechts een vd activiteiten in het bewustzijn aanwezig lijkt.
- ▲ Verschillende screeningsinstrumenten (vragenlijsten) zijn obv continuümmodel ontwikkeld. Deze bevatten vragen omtrent absorptie- en imaginatiefenomenen, depersonalisatie/derealisatie en geheugenproblemen → onderzoek mogelijk gemaakt die samenhang tss trauma en dissociatie duidelijk aantoonde en onderzoek waarop schattingen zijn gebaseerd van het voorkomen van ernstige dissociatieve symptomen onder de bevolking (3-5%). Ook is duidelijk geworden dat dissociatie als symptoom bij tal van psychiatrische stoornissen voorkomt (Eetstoornissen, Depressies, Angststoornissen, Conversies, Persoonlijkeitsstoornissen).

DISCONTINUÛMODEL

Onderscheidt verschillende typen dissociatie obv ernst en aard. De meeste indelingen in typen v dissociatie gaan uit van een dichotomie van 2 kwalitatief verschillende vormen v dissociatie:

- Onthechting (detachment)
 - ▲ Symptomen die veranderde bewustzijnstoestand betreffen waarin persoon een onthechting voelt tav zz, eigen lichaam of de wereld.
 - Vb: depersonalisatie

- Compartmentalisatie
 - ▲ Symptomen die een verstoring betreffen v.h. vermogen om doelgericht processen te controleren die gewoonlijk te sturen zijn.
 - Vb: dissociatieve amnesie

8.3 Depersonalisatiestoornis

8.3.1 Kenmerken en voorkomen

Diagnostische criteria:

- a) Hardnekkige of terugkerende storende depersonalisatie bestaande uit het gevoel los te staan van eigen geestelijke processen of lichaam en het gevoel ze van buitenaf te observeren, of zichzelf beleven als een automaat of als in een droom.
- b) Geen stoornis van de realiteitstoetsing.
- c) De ernst of de duur van de storing veroorzaakt duidelijk lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren.
- d) Geen andere stoornis (bvb schizofrenie of paniekstoornis) waarvan bekend is dat ze vaak met depersonalisatie gepaard gaat.

Kenmerken

Depersonalisatie is verandering in perceptie en ervaring v.h. zelf, gekenmerkt d'r gevoel buiten eigen lichaam of geest te staan, als robot, of in een droom te leven. Emoties w. beleefd alsof ze afgezwakt en niet meer eigen zijn.

- Realiteitstoetsing is intact.
- Vaak gepaard met symptomen v. derealisatie → heeft het gevoel alsof buitenwereld nt echt is, alsof men in een film loopt, of de omgeving achter een glazen wand zit.
- Veranderingen in lichamelijke gewaarwording: verminderde pijnbeleving of gevoel dat lichaamsdelen nt meer bij je horen.
- Ook veranderingen in tijdsbeleving en déjà vu-ervaringen kunnen voorkomen.
- De verstoorde beleving houdt steeds een alsof-karakter: er is geen sprake van wanen of verstoorde realiteitstoetsing.
- Depersonalisatie wordt als zeer onaangenaam beleefd en voert soms tot hevige verontrusting → ervaring gn controle te hbb over eigen gevoelens leidt vooral bij acute depersonalisatie vaak tot angst gek te w.
 - ▲ Opvallend: personen die aan depersonalisatiestoornis leiden zijn sterk met deze belevingswereld gepreoccupeerd en weten hun ervaringen op een indringende manier onder woorden te brengen. Deze aandoening komt niet vaak voor.

Depersonalisatie als symptoom treedt vaak op, als voorbijgaand verschijnsel, vooral bij vermoeidheid, pijn, meditatie of oiv alcohol/drugs of tijdens traumatische ervaringen (peritraumatische dissociatie).

Relevante vormen v. depersonalisatie komen bij 1 à 2% vd gehele populatie voor → bij psychiatrische populatie is dit 80%. Is na angst en sombere stemming het meest voorkomende symptoom. Kan voorkomen als symptoom v. diverse stoornissen:

- Schizofrenie
- Depressie
- Angststoornissen
 - Paniekstoornissen, Agorafobie, OCS

- Eetstoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Drugsgebruik
- Slaapdeprivatie
- Temporale epilepsie
- Migraine
- Na rouwreacties
- Na een traumatische ervaring
- Bij schizoïde persoonlijkheden

Diagnose v terugkerende klachten over depersonalisatie komt tot stand dr uitsluiting v bovenstaande. Erop bedacht zijn dat zich na tijd ng andere pathologie, zoals depressie of schizofrenie, kan manifesteren.

Meerderheid v patiënten met depersonalisatiestoornis heeft comorbide stemmings- of angststoornis → lastig om te bepalen of depersonalisatiestoornis primair of secundair is.

Verschil met andere dissociatieve stoornissen:

- Andere diss stoornissen: perioden met dissociatie w afgewisseld met perioden zonder dissociatie en patient is nt bewust vd verandering.
- Depersonalisatiestoornis: continu verloop en patiënten zijn zich heel erg bewust v hun dissociatieve toestand. Vertonen ook relatief weinig symptomen v andere dissociatieve stoornissen, zoals amnesie of identiteitsproblemen.

Depersonalisatiest. is enige dissociatieve st. die onder onthechting valt en nt onder compartimentalisatie. Grote overeenkomst met angststoornissen → stemmen om als angststoornis te classificeren.

8.4 Dissociatieve amnesie

8.4.1 Kenmerken en voorkomen

Diagnostische criteria voor dissociatieve amnesie:

- a) Belangrijkste stoornis bestaat uit 1 of meer episodes v onvermogen zich belangrijke persoonlijke gegevens te herinneren, meestal van traumatische of stressveroorzakende aard, die te uitgebreid is om verklaard te worden dr gewone vergeetachtigheid.
- b) Stoornis komt nt uitsluitend vr in h beloop ve dissociatieve identiteitsstoornis, dissociatieve fugue, PTSS, acute stress stoornis of somatisatiestoornis en is nt h gevolg vd directe fysiologische effecten ve middel (vb drugs) of neurologische of andere somatische aandoening (vb amnestische stoornis tgv schedeltrauma).
- c) De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke levensgebieden.

Belangrijkste kenmerk: bepaalde persoonlijke info kan men zich nt herinneren → vaak herinnering aan traumatische of stressvolle gebeurtenis. Amnesie is omkeerbaar → knn op bep. moment wel herinnerd w.

Een variant is selectieve amnesie: vr bepaald feit amnesie, zoals de dood van een geliefde, terwijl andere gebeurtenissen die zich omstreeks die tijd hebben afgespeeld, niet worden vergeten.

Gegeneraliseerde amnesie omvat het hele voorbije leven van de persoon, inclusief zijn of haar identiteit.

- In het moderne geheugenonderzoek maakt men een onderscheid tussen:
 - Declaratief geheugen: expliciete herinnering aan deelname aan bep. episode.

- Procedureel geheugen: impliciete kennis v vaardigheden en automatismen vb. schrijven.
- ➔ Dissociatieve amnesie: vooral declaratieve geheugen vr persoonlijke episoden verstoord, terwijl procedurele geheugen intact blijft. Declaratieve geheugen vr publieke gebeurtenissen (zoals al dan nt in leven zijn v vooraanstaande personen) blijft behouden. Meestal blijft ook de mogelijkheid tot registratie van nieuwe feiten aanwezig.
- Deze vormen van geheugenverlies onderscheiden vh “gewone” geheugenverlies onder stress en de vergeetachtigheid tgv het in beslag genomen zijn door zaken die veel aandacht vragen.

Differentiele diagnose

- Als symptoom bij PTSS ➔ als het alleen voorkomt tijdens verloop v PTSS ➔ nt diagnose dissociatieve amnesie. Ook nt verwarren met simuleren v cognitieve stoornissen bij patiënten verwickeld in letselschadeprocedure of verdacht v misdrijven.
- De differentiële diagnose met organische oorzaken van amnesie is nt altijd eenvoudig. Adhv de voorgeschiedenis, waarbij heteroanamnese essentieel is, bloedonderzoek en EEG moeten de volgende mogelijkheden worden uitgesloten:
 - Intoxicatietoestanden (vooral alcohol)
 - Schedeltrauma
 - Epilepsie
 - Hypoglykemie (verlaagd suikerbloedgehalte)
 - “transient global amnesia” (zie H2)

Dissociatieve amnesie komt meer vr in oorlogstijd en bij rampen. Hoe intenser de blootstelling aan gevaar, des te frequenter treedt amnesie op. Bij personen die in hun jeugd aan mishandeling of seksueel misbruik zijn blootgesteld valt eveneens een hoge incidentie van dissociatieve amnesie te verwachten.

Voorkomen is omstreden ➔ volgens sommigen te weinig gediagnosticeerd, anderen twijfelen aan bestaan vd stoornis. Bij psychiatrisch opgenomen patiënten een lifetime-prevalentie v 7%.

8.5 Dissociatieve fugue

8.5.1 Kenmerken en voorkomen

Een dissociatieve (voorheen ‘psychogene’) fugue houdt in dat men plotseling en onverwacht weggaat van huis of werkplek, onder het aannemen van een nieuwe identiteit met amnesie voor het verleden.

Diagnostische criteria:

- a) Plotseling en onverwacht weggaan v huis/werk met onvermogen h eigen verleden te herinneren.
- b) Verwarring over eigen identiteit of geheel of gedeeltelijk aannemen van een nieuwe identiteit.
- c) Stoornis komt nt uitsluitend vr in h beloop ve dissociatieve identiteitsstoornis en is nt h gevolg vd directe fysiologische effecten v middel (vb drug) of somatische aandoening (temporale epilepsie).
- d) Symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of functioneren op andere belangrijke levensgebieden.

Patient gaat onverwacht van huis of werk weg, verliest (deel van) zijn identiteit en heeft amnesie vr gebeurtenissen is het verleden. Omvat meestal een episode van enkele uren tot dagen, slechts zelden zeer verre reis. Als regel volgt spontaan herstel, vaak na ontwaken uit de slaap. Persoon weet dan nt meer wat hij gedaan heeft. Voorafgaande periode ➔ vaak zware belasting zoals een persoonlijk verlies of een dreigend onheil, vb op financieel gebied.

Het is noodzakelijk neurologisch, endocrien en EEG-onderzoek uit te voeren ter uitsluiting van diverse organische aandoeningen die eveneens tot zwerfgedrag aanleiding geven. In vgl tot fugues gaat het dan om minder doelgerichte acties, die zeer kort duren en niet met identiteitsverlies gepaard gaan.

- Vbn: temporale epilepsie, hersentumor, schedeltrauma, metabole stoornissen, alcohol- of drugmisbruik kunnen aanleiding tot zwerfgedrag geven.

Fugues zijn ook gedocumenteerd bij schizofrenie, dissociatieve identiteitsstoornis en bij depressie, soms als onderdeel van suïcidepoging. Een grondige (hetero)anamnese, uitvoerig psychiatrisch en somatisch onderzoek is van groot belang voordat de diagnose dissociatieve fugue wordt gesteld.

! bedacht zijn op voorwenden van dissociatieve verschijnselen in het proces.

Dissociatieve fugue komt vaker voor onder oorlogsomstandigheden en bij rampen. De stoornis zou het meeste bij adolescenten en jongvolwassenen optreden. Prevalentie: 0,2% (zeldzaam).

8.6 Dissociatieve identiteitsstoornis

8.6.1 Kenmerken en voorkomen

Diagnostisch criteria voor dissociatieve identiteitsstoornis:

- Aanwezigheid van twee of meer van elkaar te onderscheiden persoonlijkheden binnen één persoon.
- Ten minste twee van deze persoonlijkheden bepalen regelmatig het gedrag.
- De onmogelijkheid zich belangrijke persoonlijke informatie te herinneren, niet verklaarbaar door vergeetachtigheid of organische stoornissen.
- De stoornis is niet het gevolg van directe fysiologische effecten van middel (vb black-outs of chaotisch gedrag tijdens een alcoholintoxicatie) of somatische aandoening.

Patiënten met DIS beleven het niet als geheel, maar ervaren meerdere (vaak 2 of 3) afzonderlijke identiteiten, anders genoemd.

- Elk van de identiteiten heeft eigen gedrags- en gedachtepatronen, geheugen, zelfbeeld, een eigen naam, leeftijd, geslacht en woordgebruik.
- Meestal 1 primaire identiteit die geboortenaam draagt en passief en afhankelijk is → andere identiteit kan daarentegen extravert zijn.
- Ook sprake van amnesie → ene identiteit kan zich bepaalde autobiografische informatie herinneren, de andere niet. Ook perioden van uren of dagen waarin patiënten zich niet kunnen herinneren waar ze geweest zijn.
- Wisseling tussen identiteiten kan plots of geleidelijk plaatsvinden, meestal uitgelokt door stress. Patiënten zijn niet in staat bepaalde aspecten van hun geheugen, bewustzijn en identiteit te integreren tot geheel.
- Patiënten rapporteren ook horen van stemmen, conversiesymptomen, depersonalisatie, derealisatie, trance-ervaringen en fugues.
- Zeer hoge comorbiditeit
 - o Met borderlinestoornis. Niet veel verschil tussen beide stoornissen: DIS-patiënten zijn verhoogd suggestibel, hebben plotse veranderingen in identiteit en omkeerbare amnesie.
 - o Met schizoaffectieve stoornis
 - Vaak als schizofrenen gediagnosticeerd door overeenkomsten in positieve symptomen (horen van stemmen en zien van beelden). DIS-patiënten horen de stemmen echter van binnenuit en hebben een redelijk goed ziektebesef.
 - o Met PTSS: ook dissociatieve stoornissen, zoals emotionele verdooving en amnesie, maar geen identiteitsverwarring. Horen soms wel stemmen (vooral tijdens herbelevingen), maar altijd gerelateerd aan trauma.

- Ook met fobieën, paniekstoornis, OCS, conversiestoornis en somatisatiestoornis.

Prevalentie: verschilt veel in verschillende landen. Stoornis komt vaker vr bij vrouwen dan mannen, maar dit kan zijn omdat mannen met deze stoornis dikwijls in justitie terecht komen. Laatste jaren een opvallende toename in diagnose → staat ter discussie. Sommigen beweren dat ze nt bestaat, anderen beweren dat er tot dan te weinig aandacht was vr ziekte.

8.7 Overige dissociatieve stoornissen

Deze stoornissen hebben dissociatie als belangrijkste kenmerk, maar voldoen niet aan de criteria van de eerder besproken beelden. Aangenomen wordt dat bij de ontstaanswijze dezelfde factoren een rol spelen als bij de andere dissociatieve stoornissen: in de regel is er sprake van ernstige stress bij een persoonlijkheid die tot dissociatieve reacties geneigd is.

8.7.1 Het Ganzer-syndroom

4 componenten:

- Het geven van antwoorden die net verkeerd zijn (vb $1+1=3$) terwijl de vraag wel begrepen w. Het geven van de verkeerde antwoorden gebeurt op een manier dat de indruk ontstaat dat de patiënt het juiste antwoord wel kent.
- Dissociatieve symptomen zoals fugue, amnesie of conversieverschijnselen.
- Perceptuele stoornissen: meestal visuele hallucinaties
- Verlaagd bewustzijn

Differentiatie ten opzichte van een psycho-organisch syndroom is van belang. Komt heel zelden voor, oorzaak onbekend alsook de behandeling. Ontstaat plots en kan ook plots verdwijnen, waarbij amnesie optreedt vr de ziekteperiode.

8.7.2 Trance- of schemertoestanden en bezetenheid

- Schemertoestand: verlaagd bewustzijn met verminderde of selectieve reactie op prikkels uit de omgeving. Bij kinderen komt dit voor na seksueel misbruik of na een trauma.
- Bezetenheid: geloof dat externe macht (duivel of boze geest) de controle heeft overgenomen.
 - DIS lijkt de hedendaagse versie van bezetenheid te zijn.

8.7.3 Andere

- DIS zonder amnesie of wisseling tss identiteiten
- Derealisatie zonder depersonalisatie
- Dissociatieve verschijnselen na gedwongen beïnvloeding zoals bij hersenspoeling of gijzeling
- Spontane leeftijdsregressie met amnesie voor recente gebeurtenissen

Beslisboom p290

HOOFDSTUK 9: SOMATOFORME STOORNISSEN

9.1 Inleiding

Patiënten met somatoforme stoornissen, presenteren zich met lichamelijke klachten, die een medische conditie of een lichamelijke preoccupatie doen vermoeden.

- ➔ Aanwezigheid v lichamelijke klachten, nt geheel verklaarbaar dr lichamelijke aandoening of andere psychiatrische stoornis = gemeenschap kenmerk vd somatoforme stoornissen.

Om praktische redenen ondergebracht in 1 sectie in de DSM (nt vr overeenkomend onderliggend mechanisme) ➔ praktische reden = noodzaak om medische verklaring vr de klachten uit te sluiten.

Goed lichamenlijk onderzoek gaat dus vooraf aan het stellen van diagnose. Indien lichamenlijk defect ➔ somatoforme stoornis alleen gediagnosticeerd als dit defect gn afdoende verklaring biedt symptomen.

9.2 Conversiestoornis

9.2.1 Kenmerken en voorkomen

“Hysterie” en “conversie” vroeger dr elkaar gebruikt. Hysterie = Oud-Griekse woord vr baarmoeder ➔ theorie dat wisselende klachten ontstonden drdat baarmoeder zich dr lichaam verplaatste. De term conversie wordt ten onrechte aan Freud toegeschreven ➔ term werd al in middeleeuwen gebruikt. Vrouwen beschreven die aan “verstikking vd baarmoeder” leden ➔ ziektebeeld waarbij na emotionele crisis symptomen ontwikkelden uit andere ziektebeelden, waarbij ene ziektebeeld zich in een ander omzette. Nt moeilijk om hierin de hysterie te herkennen.

Aan de term conversie werd door Freud een tweetal betekenissen gegeven:

- Het proces waarbij onverdraaglijke gedachten, ontstaan ten gevolge van traumatische seksuele ervaringen, getransformeerd worden in lichamelijke klachten.
- De ziekte conversiehysterie waarmee hij een stoornis bedoelde die grote gelijkenis vertoont met de hier beschreven conversiestoornis.

DSM-IV: Diagnose conversiestoornis v toepassing wanneer klachten bestaan uit onverklaarbare stoornissen vd motorische functies of vd zintuigfuncties. Verschijnselen suggereren neurologische of een andere lichamenlijke aandoening, maar die w nt gevonden. Psychologische factoren (vb stress) geassocieerd met ontstaan v deze klachten.

Diagnostische criteria voor conversiestoornis:

- a) Symptomen of klachten met betrekking tot willekeurige spieren of zintuigen, die een neurologische of andere medische aandoening vermoeden.
- b) Psychologische factoren worden geacht een verband te hebben met de klachten, doordat het ontstaan of verergeren van de symptomen vooraf gegaan wordt door conflicten of stressoren.
- c) De symptomen zijn niet opzettelijk veroorzaakt of geveinsd.
- d) De klachten kunnen na adequaat onderzoek niet geheel worden verklaard door een neurologische of andere medische aandoening, en ze behoren evenmin tot een cultureel geaccepteerde wijze van reageren.
- e) De symptomen of klachten veroorzaken significant ongemak of hinder in sociaal of beroepsmatig functioneren, of vereisen medische zorg.
- f) De symptomen of klachten zijn niet beperkt tot pijn, of seksuele disfunctie, treden niet uitsluitend op in het kader van een somatisatiestoornis, en maken ook geen deel uit van een andere psychische stoornis.

DSM-IV Puntprevalentie: 1 tot 3 % van de bevolking, anderen obv literatuurstudie: 0,1%.

De aandoening komt veel vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

9.2.2 Differentiële diagnose

Diagnose pas overwegen als neurologisch of somatisch onderzoek geen verklaring voor de klachten oplevert. Diverse factoren kunnen een juiste diagnosestelling compliceren:

- Patiënt heeft neurologische ziekte met atypisch beloop of bizar imponerend klachtenpatroon. Gevaar dat v diagnostiek wordt afgezien, omdat de klachten als niet lichamelijk imponeren.
- Patiënt heeft psychiatrische ziekte en krijgt lichamelijke aandoening. De verschijnselen van lichamelijke ziekte worden als behorend tot de psychiatrische stoornis geïnterpreteerd.
- De patiënt heeft lichamelijke ziekte, maar het diagnostisch onderzoek vertoont geen afwijkingen, bijvoorbeeld een patiënt met epileptische insulten zonder afwijkingen op het EEG.
- De patiënt krijgt een lichamelijke ziekte na een ernstig psychotrauma. Opnieuw dreigt de interpretatie binnen een psychologisch kader en er wordt afgezien van somatische diagnostiek.
- De lichamelijke ziekte wordt door de relatieve zeldzaamheid ervan door de onderzoeker niet herkend.
- Lichamelijke aandoening presenteert zich als psychische stoornis, zoals het geval kan zijn bij bepaalde neurologische aandoeningen (bv een hersentrauma, Huntington-chorea) en bij sommige patiënten endocriene stoornissen.
- Een conversiestoornis kan ontstaan bij patiënt die al aan een neurologische stoornis lijdt. Wordt dan geïnterpreteerd als onderdeel van lichamelijke ziekte.

Herstel met behulp van psychologische interventies is, naast de uitsluiting van een neurologische verklaring voor de klachten, een sterk argument voor de diagnose conversiestoornis.

In het verleden werd vaak neurologische verklaring gevonden voor klachten die aanleiding gaven tot diagnose conversiestoornis. Tegenwoordig kleinere kans hiertoe door betere diagnostische mogelijkheden.

Conversie dient onderscheiden te worden van somatisatiestoornis → aandoening waarbij conversieve symptomen slechts één diagnostisch criterium zijn. Daarnaast meerdere andere klachten over periode van jaren. Zeer frequente ziekenhuisopnamen, specialistenbezoek en operaties zijn kenmerkend. Bij een patiënt met een conversiestoornis is er meestal sprake van één geïsoleerd symptoom.

Diagnostische criteria → nadrukkelijk opgenomen dat patiënt klachten niet opzettelijk produceert. Vaak wordt inconsistentie van de klacht als onderscheidend kenmerk genoemd → onjuist, omdat inconsistenties zowel bij neurologische aandoeningen als bij conversies kunnen optreden. Patiënten die misschien simuleren voordeel nastreven (vb uitkering) kiezen eerder een pijnklacht (vb rugpijn) dan een verlamming. Simuleren zou een relatie hebben met patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Wanneer met de simulatie de ziekterol wordt nagestreefd (idee een bijzondere patiënt te zijn), gaat het om een nagebootste stoornis → differentiële diagnostiek is heel moeilijk.

9.3 Somatisatiestoornis

9.3.1 Kenmerken en voorkomen

Somatiseren wordt in diverse betekenissen gebruikt:

- Het vertalen van psychische onlustgevoelens in lichamelijke klachten
 - Chronisch klaaggedrag
 - Angst- of depressieve stoornis in combinatie met bovenstaande
- ➔ De term wordt veel te algemeen gebruikt, is een persoonlijke interpretatie van arts.

Beter “somatiseren” niet meer te gebruiken → suggereert een actief omzettingsproces door patiënt uitgevoerd => onzin! Bij deze patiënten gaat het om een somatisatiestoornis. Zij “somatiseren” niet, maar het lichaam lijkt in ernstiger mate dan bij conversiestoornis te reageren op een als chronisch bedreigend beleefd wereldbeeld.

“Life-time”-prevalentie: 0,2 -2% bij vrouwen, minder dan 0.2% bij mannen

Comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen (vnl angst- en stemmingsstoornissen) is hoog. Verloop vd somatisatiestoornis is meestal chronisch. De klachten beginnen vaak op jonge leeftijd, vaak voor 15^e levensjaar.

Diagnostische criteria voor somatisatiestoornis:

- a) Voorgeschiedenis v talrijke lichamelijke klachten gedurende vele jaren. Klachten vr het 30^e jaar.
- b) Aan de volgende 4 criteria moet gedurende het ziekteverloop voldaan zijn:
 - 4 pijnklachten gerelateerd aan 4 verschillende locaties of functies. Vb hoofd, buik, rug, ledematen, gewrichten, tijdens seks of urineren.
 - 2 maagdarmklachten uitgezonderd pijnklachten: misselijkheid, opgeblazen gevoel, braken buiten zwangerschap, intolerantie vr bepaalde voedingsmiddelen.
 - Seksuele klacht uitgezonderd de pijnklachten: seksuele onverschilligheid, erectie- of ejaculatieklachten, onregelmatige menstruatie, excessieve bloedingen tijdens menstruatie of zwangerschapsbraken.
 - Pseudoneurologische klacht → tenminste 1 conversiesymptoom zoals: coordinatiestoornis, evenwichtsstoornis, verlamming of opmerkelijke spierzwakte, slikproblemen of gevoel prop in de keel te hebben, afonie, urine-retentie, hallucinaties, verlies vh gevoel of pijn, dubbelbeelden, blindheid of doofheid, insulten, amnesia of andere dissociatieve verschijnselen, of bewustzijnsverlies anders dan flauwvallen.
- c) De klachten knn nt of nt geheel verklaard w dr een lichamelijke oorzaak.
- d) De klachten zijn nt gesimuleerd.

9.3.2 Differentiële diagnose

- Belangrijk patiënten met somatisatiestoornis te onderscheiden v patiënten met daadwerkelijke fysieke aandoeningen die zich ook presenteren met meerdere vage en verwarrende fysieke symptomen (vb MS).
- Klachten op latere leeftijd ontwikkeld → grotere kans op lichamelijke aandoening.
- Patienten met een somatisatiestoornis die zich aanmelden met een conversief symptoom zijn goed te onderscheiden v patiënten met een conversiestoornis → laatsten hbb slechts 1 cluster symptomen vd somatisatiestoornis en hbb nt zo'n uitgesproken voorgeschiedenis met meerdere lichamelijke klachten.
- Voorgeschiedenis ontbreekt ook in gevallen v simulatie en nagebootste stoornis.

9.4 CVS

9.4.1 Kenmerken en voorkomen

CVS kan men best rangschikken onder de restcategorie v ongedifferentieerd somatoforme stoornissen. Betekent nt dat CVS als psychische stoornis moet beschouwd worden. Enkele internationale criteria:

- Men spreekt v CVS als er ten minste 6m bestaande aanhoudende klachten v vermoeidheid (gevoelens v uitputting) die gepaard gaan met beperkingen in het dagelijks functioneren, terwijl er geen lichamelijke verklaring voor de vermoeidheid gevonden w.
- Daarnaast moeten 4 vd volgende 8 klachten aanwezig zijn:
 - Geheugen- en/of concentratieproblemen, gewrichtspijn, spierpijn, hoofdpijn, keelpijn, gevoelige hals- of okselklieren, nt uitgerust wakker worden en toename v klachten na lichamelijke inspanning.

Vermoeidheid = nt genoeg, het gaat om totale uitputting. 0,2% lijdt aan CVS, vnl vrouwen.

9.4.2 Differentiële diagnose

Belangrijk criterium: ontbreken v lichamelijke verklaring vr de klachten → nt altijd makkelijk te beoordelen.

- Diverse chronische ziekten knn met vermoeidheid gepaard gaan (vb reumatoïde artritis, pancreatitis, MS en spierziekte) en sluiten CVS uit.
- Ook slaapapneu, narcolepsie en ernstig overgewicht en vermoeidheid na behandeling v kanker sluiten CVS uit.
 - Betekent nt dat er geen somatische comorbiditeit bij CVS mag zijn. Vb verlaagde schildklierwerking, diabetes of hypertensie → kan toch sprake zijn v CVS.

Ook aanwezigheid v psychische stoornis kan verklaring vr de klachten vormen en CVS uitsluiten

- Bipolaire stoornis, schizofrenie, chronische vermoeidheid na depressieve periode, alcoholmisbruik (nu of verleden) en eetstoornis (tenzij langer dan 5j in remissie) sluiten CVS uit.
 - Diverse psychiatrische diagnoses knn wel met CVS voorkomen → angst en depressie meest voorkomende. Diagnose vormt gn verklaring vr vermoeidheid.

Differentieel diagnostische problemen:

- **Depressie en CVS:** vermoeidheid = veel vrkomend symptoom bij depressie, maar depressieve gevoelens beginnen vr vermoeidheid. Interesseverlies, onvermogen tot genieten, schuldgevoelens en zelfmoordgedachten staan op de voorgrond.

Bij CVS soms ook depressieve klachten, maar centraal staat frustratie en verdriet over nt knn, maar wel willen. Verbeteren nt met antidepressiva.

- **Paniekstoornis en CVS:** gaat gepaard met vermoeidheid na angstaanval. Angst zorgt vr vermijdingsgedrag → lager activiteitsniveau. CVS ook lager activiteitsniveau, maar nt uit angst vr paniekaanvallen. Na behandeling vd paniekstoornis verdwijnt de vermoeidheid.
- **PTSS en CVS:** als vermoeidheid op de voorgrond staat en de vermijding v confrontatie met traumagerelateerde omstandigheden groot is → makkelijk de 2 te verwarren. Belangrijke vraag → is trauma voldoende verwerkt? Na behandeling v psychotrauma kan CVS blijven bestaan, trauma is dan uitlokkende factor vr ontstaan v vermoeidheid.

Moeilijk te meten hoe vermoeid iemand is → Checklist Individuele Spankracht (CIS) en Verkorte VermoeidheidsVragenlijst (VVV) meten vermoeidheid. Met meetinstrumenten als RAND en SF36 kunnen aanwezige beperkingen (vb fysieke en sociale functioneren) geïnventariseerd worden.

9.5 Pijnstoornis

9.5.1 Kenmerken en voorkomen

Chronische pijn in DSM-III onder de rubriek psychogene pijnstoornis: “pijn die optreedt zonder organische verklaring, in tijdsverband met een psychisch conflict, en/of bepaald door secundaire ziektewinst.”

In DSM-III-R → nieuwe benaming “somatoforme pijnstoornis”: “preoccupatie met pijn in afwezigheid van lichamelijke bevindingen die de pijn of intensiteit kunnen verklaren”. Eis v psychogeen zijn vd pijn verviel.

DSM-IV: “pijnstoornis” → definitie doet recht aan bio-psychosociale oorzaken die pijn veroorzaken, verergeren, of in stand houden. In zowel DSM- als ICD 10 classificatie is subjectief karakter vd pijn primair.

Pijnklachten komen heel vaak vr. in verschillende culturen hebben de meest voorkomende onbegrepen lichamelijke symptomen betrekking op pijn, met name hoofdpijn, gevolgd door pijn in de ledematen en rugpijn. Veel geg over rugpijn → vb 85% vd periodes met rugpijn kan nt organisch verklaard worden.

Diagnostische criteria voor pijnstoornis:

- a) Pijn op één of meer plaatsen in het lichaam staat centraal in de klachten en is ernstig genoeg om er medische zorg aan te besteden.

- b) De pijn veroorzaakt aanzienlijk lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren.
- c) Psychische factoren worden geacht een belangrijke rol te spelen in het begin, de ernst, de toename of het voortduren van de pijn.
- d) De pijn wordt niet geveinsd of opzettelijk veroorzaakt.
- e) De pijn wordt niet beter verklaard door een stemmings-, angst- of psychotische stoornis.

9.5.2 Differentiële diagnose

Soms moeilijk pijnstoornis te onderscheiden van andere somatoforme stoornissen (conversiestoornis, somatisatiestoornis en hypochondrie), een nagebootste stoornis, simulatie of een psychotische stoornis.

- Conversiestoornis: medisch onverklaarde sensorische of motorische symptomen die verband houden met psychische conflicten of stress, zijn niet beperkt tot pijn.
- Somatisatiestoornis: wanneer chronische pijn deel uitmaakt v lang bestaande geschiedenis v verschillende medisch onverklaarde lichamelijke klachten, in verschillende orgaansystemen.
- Hypochondrie (ipv een pijnstoornis): gediagnosticeerd wanneer pijn nt primaire klacht is, maar de patiënt gepreoccupeerd is met opvatting of vrees een ernstige lichamelijke ziekte te hbb obv verkeerde interpretatie van pijnsensaties of pijnklachten.
- Nagebootste stoornis: zeldzame gevallen waarbij pijn dr patiënt zelf wordt geproduceerd (vb door automutilatie) met als doel het verwerven van de patiëntenrol.
- Simulatie: wanneer pijn bewust w voorgewend met bv doel h behalen v financieel gewin of knn vermijden van belastende situaties → Gn psychiatrische diagnose is, maar moet hiervoor beducht zijn bij medische keuringen of verzekeringsgeneeskundige onderzoeken.
- Psychotische stoornis: patiënt last v pijn binnen waanachtige of hallucinatorische belevingen.

Chronische pijn gaat vaak samen met andere psychiatrische stoornissen. Comorbiditeit met andere psychiatrische syndromen en met PHSt. As-I-stoornissen vaak samen met chronische pijn, zijn:

- Depressie: zowel voor als na het begin van de pijnklachten
- Angst: meestal al voor het ontstaan van de pijnklachten aanwezig

Verder is het veelvuldig voorkomen van chronische pijn met persoonlijkheidsstoornissen opvallend.

9.6 Hypochondrie

9.6.1 Kenmerken en voorkomen

Essentiële kenmerk: preoccupatie met opvatting of vrees een ernstige ziekte te hebben, gebaseerd op de misinterpretaties van lichamelijke symptomen of sensaties. Deze lichamelijke symptomen of sensaties kunnen nt medisch verklaard worden en blijven bestaan ondanks medisch onderzoek en geruststelling.

De stoornis moet ten minste 6 maanden bestaan (uitsluiten korte hypochondere reacties). De stoornis kan nt beter verklaard worden vanuit andere psychiatrische syndromen, zoals een algemene angststoornis, depressieve stoornis of paniekstoornis.

Diagnostische criteria voor hypochondrie:

- a) Overdreven vrees of overtuiging een ernstige lichamelijke ziekte te hebben, zonder dat dit de intensiteit van een waan heeft.
- b) De lichamelijke verschijnselen of gewaarwordingen doe door de betrokkene als ziekte tekens worden geïnterpreteerd, kunnen niet somatisch verklaard worden en zijn ook geen symptomen van paniekaanval.
- c) Geruststelling door de arts, doet de preoccupatie niet verdwijnen.
- d) De stoornis bestaat ten minste 6 maanden.

Hypochondrie is psychiatrisch syndroom dat ofwel aan- ofwel afwezig is. Bezorgdheid over persoonlijke ziekte is normaal, maar hypochondrie lijkt een extreem einde te vertegenwoordigen v continuüm v gezondheidsangst.

Hypochondrie kent vele uiteenlopende verschijningsvormen:

- Beloop: zowel acuut of meer geleidelijk begin. Zowel chronische als meer voorbijgaand.
- Inhoud: belangrijk onderscheid te maken tss monosymptomatische (1 ziekte vrezen) versus polysymptomatische (meerdere ziekten tegelijkertijd vrezen of elkaar opvolgend in tijd) klachten.
- Onderscheid tss primaire en secundaire hypochondrie, waarbij door verschillende auteurs een verschillende inhoud aan deze onderscheiding wordt gegeven.
 - o Secundaire hypochondrie: pas hypochondrie nadat er al sprake was ve psychische stoornis, meestal angststoornis, depressieve stoornis of andere somatoforme stoornis. Vooral beloop in tijd kan uitsluitsel geven of de hypochondrie als primair dan wel secundair moet worden beschouwd.

Resultaten prevalentiestudies → moeilijk onderling te vgl'n dr verschillen in meetmethode en onderzochte populaties. Vr algemene bevolking is puntprevalentie 4,5%.

9.6.2 Differentiële diagnose

Het kan soms moeilijk zijn om hypochondrie te onderscheiden van

- Sommige angststoornissen:
 - o Specifieke fobie:
 - Ziektefobie: bang vr oplopen ve ziekte zonder dat betrokkene bang is of overtuigd een ernstige ziekte te hebben.
 - Fobie vr medische situaties: gn sprake vd kenmerkende vrees of overtuiging een ernstige ziekte te hbb.
 - o Paniekstoornis: belangrijk diagnostisch onderscheid is de interpretatie v acute angstreacties.
 - Paniekstoornis: vrees onmiddellijk optredende catastrofe en reageert onmiddellijk dr te ontsnappen of te vermijden. (vb vrees hartaanval bij onregelmatige polsslag)
 - Hypochondrie: vrees implicaties v symptomen op langere termijn, geen acute reacties maar gedrag gespreid over tijd. (vb aids of kanker)
 - o Algemene angststoornis: zorgen over meer levensgebieden dan enkel ziekte, veel minder controleergedrag en zoeken minder geruststelling dan hypochonders.
 - o OCS: knn obsessieel bezig zijn met ziekte en compulsief controlerituelen uitvoeren en geruststelling zoeken. OCS is echter nt van toepassing wanneer obsessies en compulsies beperkt zijn tot thema ziekte en gezondheid. Fenomologische verschillen tss hypochondere angsten en obsessies rond ziekte en dood:
 - Bij OCS-patiënten worden de obsessies rond ziekte veelal als egodystoon ervaren (Weet dat het gedrag abnormaal is), terwijl bij hypochondere patiënten de overtuigingen en angsten rond ziekte als egosyntoon worden beleefd (beseft nt dat gedrag abnormaal is).
 - OCS-patiënten voelen zich verantwoordelijk voor het voorkomen van ziekte en proberen dit onheil door geritualiseerd en stereotiep compulsief gedrag af te wenden. Bij hypochonders ontbreken rituelen, hoewel bepaald gedrag soms vaak kan voorkomen (vb controleren lichaam vr geruststelling).

- Somatoforme stoornissen:
 - o Somatisatiestoornis: patiënten rapporteren een voorgeschiedenis van vele lichamelijke klachten, beginnend vr 30^e levensjaar → belangrijkste kenmerk v hypochondrie ontbreekt: de angst of overtuiging een ernstige ziekte te hebben. Lichamelijke klachten v patiënten met hypochondrie hbb betrekking op 1 of meer specifieke ziekten, terwijl somatisatiestoornis uiteenlopende klachten heeft die tegelijkertijd of afwisselend optreden.
 - o Pijnstoornis: preoccupatie met pijn staat op voorgrond, welke beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren veroorzaakt. Als de angst heerst dat de pijn het teken van een ernstige lichamelijke ziekte is, geldt de diagnose hypochondrie.
 - o Conversiestoornis: functieverlies (motorisch of sensorisch) zonder dat neurologische stoornis kan worden aangetoond. Patiënten zijn nt bezorgd over gezondheid.
 - o Verstoorde lichaamsbeleving (dysmorphofobie): gn sprake van angst of overtuiging een ziekte te hebben, essentieel is preoccupatie met vermeende onvolkomenheid v uiterlijk. Overeenkomst is preoccupatie met en controleren v lichaam en vragen nr geruststelling.
- Stemmingsstoornissen
 - o Depressieve stoornis: veel lichamelijke klachten die, gevoed dr depressieve stemming, op een hypochondere manier knn w geïnterpreteerd. Sommige patiënten knn dergelijke hypochondere preoccupaties zelfs eerste teken v depressie zijn. Differentiaal-diagnostisch is vooral van belang of er sprake is van een depressieve stemming.
- Waanstoornis (somatische subtype):
 - o Patiënten met waanstoornis knn overtuigd zijn een ernstige somatische aandoening te hbb. Wanen = nt-corrigeerbare overtuigingen, in strijd met objectieve WKHD en dr betrokkene als absoluut verdedigd → Hypochondrie = preoccupaties → zelfs bij hypochondrie met gering inzicht moet de patiënt op enig moment besef hebben dat zijn bezorgdheid over het hebben van een ernstige ziekte overdreven of onredelijk is.

9.7 Dysmorphofobie of body dysmorphic disorder (BDD) (DSM-term: stoornis id lichaamsbeleving)

9.7.1 Kenmerken en voorkomen

Centraal: preoccupatie met fysieke verschijning. Persoon is overtuigd dat er een onvolkomenheid is in zijn uiterlijk. Deze onvolkomenheid is ofwel ingebeeld, ofwel wordt een kleine afwijking sterk overdreven.

Voor het stellen van de diagnose dysmorphofobie, moet er sprake zijn van een duidelijk lijden of moet de preoccupatie belangrijke levensgebieden aantasten. Ten slotte moet men uitsluiten dat de symptomen voortkomen uit een andere mentale stoornis.

Klachten betreffen over algemeen concrete lichaamsdelen, vaak gezicht (acne, vorm v neus, ...), maar kan op elk lichaamsdeel gericht zijn. Vaak controlehandelingen, bedoeld om geruststelling te verschaffen, vb:

- o Veel in de spiegel kijken
- o Veel tijd besteden aan het “toonbaar” maken van zijn uiterlijk
- o Anders steeds om geruststelling vragen, welke slechts tijdelijk helpt.
- o Vermijding komt ook veel voor (spiegels uit de weg gaan), soms zelfs vermijdingsgedrag.

Werk en sociale contacten knn onder klachten gaan lijden, bv dr hoeveelheid tijd die patient besteed aan controlehandelingen of vermijden v bep. plaatsen waar andere tekortkomingen knn zien → kan leiden tot ernstige sociale isolatie. Preoccupatie met waargenomen lelijkheid kan zo groot zijn dat patiënt zijn toevlucht zoekt in plastische chirurgie of suïcidepogingen onderneemt.

Betrouwbare prevalentiegegevens over stoornis ontbreken, want patiënten met BDD komen vaak nt in GGZ terecht → eerder tandarts, plastisch chirurg. Puntprevalentie is 0,7 – 2,1%, maar ligt in werkelijkheid waarschijnlijk hoger. Mannen en vrouwen even vaak deze stoornis.

Diagnostische criteria vr stoornis in de lichaamsbeleving

- a) Preoccupatie met ingebeeld mankement in het uiterlijk. Als er een kleine fysiologische ongerechtigheid aanwezig is, is de bezorgdheid vd persoon hierover overdreven.
- b) De preoccupatie veroorzaakt klinisch duidelijk lijden of problemen in de sociale omgang, op het werk of andere belangrijke terreinen.
- c) De preoccupatie is nt uitsluitend te verklaren als onderdeel ve andere psychische aandoening (vb onvrede met de lichaamsvorm of –omvang bij anorexia nervosa).

9.7.2 Differentiële diagnose

- Verschil tussen normale ontevredenheid met uiterlijk en een abnormale preoccupatie. Pas dysmorphofobie als er duidelijk lijden is dr preoccupatie. Deze moet ook leiden tot significante beperkingen in het functioneren.
- De overwaardering van de patiënt mag nt intensiteit van een waan hebben → dan **waanstoornis** vh somatisch type. Waargenomen vervorming vh lichaamsdeel is een niet uit te dagen overtuiging, bij BDD kan je ng aan het twijfelen brengen. De aanwezigheid van tactiele sensaties of bizarre ideeën bij wanen, kan eveneens helpen bij het stellen van een juiste diagnose.
 - o Aanwijzingen dat de waanachtige variant en de nt-waanachtige variant subtypes zijn v dezelfde stoornis → symptomen vd waanachtige variant bleken ernstiger en de patiënten hadden minder scholing.
- **Anorexia nervosa:** als preoccupatie niet beperkt is tot de angst dik te zijn, dan kan de diagnose dysmorphofobie gesteld worden.
- **Geslachtsidentiteitsstoornis:** als bezorgdheid beperkt blijft tot gevoel v afwijking v primaire of secundaire geslachtsorganen, gekoppeld aan identificatie met het andere geslacht.
- **Sociale fobie of een vermijdende persoonlijkheidsstoornis:** ook deze patiënten maken zich zorgen over hun uiterlijk. Centraal staat dan echter de angst voor het negatieve oordeel van anderen. Overtuiging dat er iets mis is met lichaam staat veel minder op de voorgrond.
- **OCS:** obsessieve karakter vd preoccupatie en controlehandelingen die patiënten met dysmorphofobie uitvoeren kunnen lijken op obsessies en compulsies v patiënten met dwangstoornis. Bij dwangstoornis → controlehandelingen meer ritueel karakter. Primair bedoeld om obsessie te neutraliseren → spanning of angst neemt toe indien ze niet uitgevoerd worden. Obsessies en compulsies bij OCS beperken zich meestal nt enkel tot uiterlijk.

Beslisboom p325

H10: EETSTOORNISSEN

10.1 Inleiding

Meestal voor het eerst na de leeftijd van 18 jaar, of na een begin tijdens de adolescentie, op volwassen leeftijd in bijzondere vormen blijven bestaan. Vaak speelt het lichaamsgewicht bij deze stoornissen een cruciale rol. Omschrijving eetstoornissen is erg globaal → doet geen recht aan complexe problematiek.

10.2 Kenmerken en voorkomen

Stoornissen waarbij abnormaal eetgedrag een centrale plaats heeft in de symptomatologie. Afwijkend eetgedrag komt bij tal van psychische stoornissen voor, maar speelt er slechts secundaire rol.

Bij de “eetstoornissen” is een afwijkend eetgedrag het meest opvallende kenmerk en van primair belang → niet een gevolg v organische of psychotische stoornissen.

10.2.1 Anorexia nervosa

Anorexie = letterlijk “gebrek aan eetlust” → symptoom bij somatische aandoeningen en psychische stoornissen. WKHD → bij anorexia nervosa niet om eetlusttekort, maar om dr persoon zelf onderdrukte eetlust en/of honger. Gn kwestie v “nt knn” eten, maar “nt willen” eten → patient klaagt er nt over.

Magerzucht is gepaster: de als onweerstaanbaar ervaren neiging mager te willen zijn. De pathologie schuilt in onstuitbare en allesdoordringende karakter van deze neiging: denken, voelen en handelen worden beheerst en bepaald dr nt-ophoudend verlangen extreem mager te zijn.

Centraal = beangstigende beleving veel te dik te zijn of dit zal worden, ook als is het lichaamsgewicht ver beneden normale peil → ook knn spreken van irrealiteit vrees vr zwaarlijvigheid of “(over)gewichtsfobie”.

Diagnostische criteria voor anorexia nervosa:

- a) Weigering om lichaamsgewicht in stand te houden op peil dat minimaal normaal is vr de leeftijd en de lengte, bv gewichtsverlies van 15% en meer beneden dit normale peil, of onvermogen om tijdens de groeiperiode de normaal te verwachten gewichtstoename te bereiken, met als gevolg een lichaamsgewicht van minder dan 85% ten opzichte van het verwachte peil.
- b) Sterke angst om in gewicht toe te nemen of dik te worden, zelfs bij laag lichaamsgewicht.
- c) Stoornis in de wijze waarop eigen lichaamsomvang of gewicht wordt ervaren, buitengewone invloed van gewicht en uiterlijk voorkomen op de zelfbeoordeling, of ontkenning van de ernst van de vermagering.
- d) De afwezigheid van ten minste drie opeenvolgende menstruele perioden (dwz amenorroe) bij vrouwen na de menarche, er is ook sprake van amenorroe wanneer de menstruatie slechts optreedt na toediening van hormonen.

Moet rekening houden met statistisch normale gewicht (volgens leeftijd en lengte). Vroeger was gewichtsverlies v 25% een criterium, maar moet rekening houden met originele gewicht. Huidige criterium is 15% minder dan statistisch normale gewicht, maar moet hier nt te rigide aan vasthouden en ook geringe vermagering als een mogelijk kenmerk beschouwen. Kenmerk lijkt makkelijk na te gaan, maar sommige patiënten drinken vb heel veel water vr weging om kortstondig bij te komen.

- “Gewichtsfobie”: typisch in die mate dat ze nt verdwijnt naarmate patiënt vermagerd, blijft zelfs bij extreme uitmergeling bestaan → vermagering als soort vermijdingsgedrag zien, secundair aan angst bij te komen. Testbaar → patiënt vraagt kg aan te komen → ervaart als zeer bedreigend. Toch bijkomen → dadelijk proberen gewicht kwijt te raken. Vermijding calorieën.
- “Klassieke” vorm v anorexia nervosa: patiënten beperken zich uitsluitend tot minder of caloriearm eten, zonder nr andere middelen van gewichtscontrole te grijpen. Wel vaak fysiek overactief → bijkomend calorieverbruik => RESTRICTIEVE TYPE (DSM)

⇔ GEMENGDE TYPE (vreeters, brakers, purgeerders). Deze anorexia-patiënten vertonen regelmatige vreetbuien en/of maken gebruik v braken, laxeremiddelen of diuretica (plaspillen) om gewicht laag te houden. Gemengde type is moeilijk af te grenzen v bulimia nervosa.

- Derde criterium: verstoorde lichaamsbeleving → moeilijk te objectiveren, zou dit ook als variant v tweede criterium knn zien. Zowel angst dikker te w als gestoorde lichaamservaring lijken erg obsessieel van aard. Toch knn we h gn pure dwanggedachte noemen omdat betrokkene het als bij zichzelf horend en gewenst (egosyntoon) ervaart. Anderzijds evenmin als waan beschouwd w, al wijst hardnekkigheid wel in die richting. Best spreken van overwaardige idee, te vergelijken met de dysmorphofobie (de irreële angst misvormd te zijn). Patiënten beseffen wel dat gedrag abnormaal of overdreven is, maar kunnen dit moeilijk toegeven, omdat h belangrijke emotionele waarde vr hen heeft. Brengt ook met zich mee dat ze zelden direct bereid zijn hulp te vragen of te aanvaarden. Vooral in beginfase is probleemontkenning een belangrijk differentieel-diagnostisch kenmerk als een ernstige hinderpaal bij de hulpverlening.
- Vierde criterium – de amenorroe → vraagtekens plaatsen, allereerst omdat h slechts v toepassing is vr vrouwen. Verdere beperking → “vrouwen na de menarche”, maar anorexia nervosa is nt zelden verklaring ve primaire amenorroe of h uitblijven van de menarche => het criterium levert dus problemen op bij jonge meisjes, bij vrouwen die de pil nemen en bij zwangere vrouwen. Ten slotte is het uitblijven vd menstruatie waarschijnlijk als secundair fenomeen te beschouwen. Om al deze redenen kan men volgens ons best dit kenmerk schrappen.

Van eerder bijkomstige aard zijn ook andere lichamelijke kenmerken of klachten:

- Constipatie
- Slaapstoornissen
- Cyanose (blauwe verkleuring van vingers en tenen)
- Lanugo (donsachtige lichaamsbehaaring)

Vereiste voor diagnose is goed interview (met verwanten), mr gn uitvoerig somatisch-technisch onderzoek. Wanneer bij een onderzoek allerlei lichamelijke klachten w gevonden (lage pols, lage lichaamstemp, anemie (bloedarmoede), osteoporose, leukopenie (tekort witte bloedcellen) en stoornissen in hormonenregeling) → al snel gedacht aan somatische aandoening, maar gewoon nevenverschijnselen v ondervoeding of uithongering, verdwijnen wanneer gewicht en voedingstoestand zijn genormaliseerd. Betekent nt dat dergelijke onderzoeken overbodig zijn → belangrijk om fysiologisch toestand te evalueren en eventueel te besluiten tot een dringende interventie.

Diagnostisch → vooral op beschreven gedragskenmerken letten. Doorslaggevend kenmerk → patiënt voelt zich gn patiënt, gn klachten, gn hulpvraag. Somatische aandoening → voelt zich wel patiënt.

Typisch voor anorexia nervosa → veel patiënten merkwaardige hyperactiviteit → zowel mentaal als fysiek schijnbaar onvermoeibaar, doen inspanningen die “normaal” mens bij zo’n vermagering nt meer kan.

Obv interview → in de meeste gevallen onderscheid gemaakt met andere psychische stoornissen waarbij een gestoord eetgedrag voorkomt (muv bulimia nervosa). Anorexia-nervosa patiënten knn tekenen v depressie vertonen, maar meestal secundair. Depressies bovendien om een “echt” gebrek aan eetlust dat door de patiënt ook als hinderlijk wordt ervaren.

Anorexia nervosa nt verwarren met anorexie bij kinderen die slecht eten of voedsel weigeren. Anorexia nervosa treedt zelden op voor de puberteit.

10.2.2 Bulimia nervosa

Boulimie = symptoom van oudsher bekend, kan bij tal van somatische en psychische stoornissen voorkomen. De toevoeging “nervosa” beoogt nt alleen onderscheid tussen symptoom en syndroom, maar duidt ook op verwantschap met anorexia nervosa.

- ➔ Overeenkomst: gaat niet alleen om herhaaldelijk voorkomen v vreetbuien, maar gekaderd zijn in algemene houding v overdreven bezorgdheid om eigen uiterlijk en gewicht ➔ “anorectische attitude” zonder evenwel opvallende vermagering. Wel extra gewichtsverlies ➔ diagnose “anorexia nervosa van het gemengde type” voorrang.

Veel patiënten met boulimia nervosa hebben voorheen een episode v anorexia nervosa doorgemaakt of hebben zich een tijd lang op een strikt dieet gezet omwille van echte of vermeende zwaarlijvigheid.

Diagnostisch criteria voor boulimia nervosa:

- a) Herhaalde vreetbuien, gekenmerkt door:
 - Eten in beperkt tijdsbestek (vb binnen periode v twee uren) van een hoeveelheid voedsel die duidelijk groter is dan de meeste mensen zouden eten in een vergelijkbare tijd.
 - Een gevoel van controleverlies over het eten op dat moment (bvb het gevoel dat men niet kan stoppen of geen vat meer heeft op wat of hoeveel men eet)
- b) Herhaald compensatiegedrag bedoeld om gewichtsstijging te voorkomen: zelfopgewekt braken, gebruik v laxantia of diuretica, vasten of strikt dieethouden, energieke lichamelijke inspanningen.
- c) De vreetbuien en compensatiegedragingen komen gem. min 2x/week gedurende 3 maanden vr.
- d) De zelfbeoordeling wordt buitengewoon beïnvloed door lichaamssomvang en gewicht.
- e) De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episoden van anorexia nervosa.

Twee types vreetbuien:

- Purging: zelfopgewekt braken of misbruik v laxantia/diuretica
- Non-purging: vasten of overmatige lichaamsbeweging

De juiste betekenis van dit onderscheid blijft echter onduidelijk.

Toevoeging in DSM-IV van nieuwe categorie: “binge-eating disorder” of “eetbuistoornis” => vorm v boulimie zonder compensatiegedrag ➔ kan gepaard gaan met gewichtsstijging en kan tot zwaarlijvigheid leiden. Gn aparte stoornis ➔ vb v eetstoornis niet anderszins omschreven.

Kern van boulimia nervosa: compromis tussen een oncontroleerbare eetdrang en de overheersende wens slank te blijven. Deze combinatie is essentieel voor de differentiële diagnose, anders vervaagt het syndroom tot het beeld van afwisselend eten en braken.

Comorbiditeit:

- Boulimia nervosa kan samengaan met depressie en ook met andere stoornissen.
- Groeiende aandacht vr de combinatie tussen eetstoornissen en misbruik van psychoactieve stoffen (vooral alcohol).
- Ook impulscontrole lijkt bij vele boulimia-patiënten te ontsporen ➔ sommigen stelen na tijd voedsel, anderen vertonen agressieve uitbarstingen, zowel in de vorm van heteroagressie (woedebui) als autoagressie (zelfverwonding).
- Bij groep patiënten meerdere gedragsstoornissen ➔ persoonlijkheidsst vvh borderline-type.
- Ook in dergelijke gevallen oog hebben vr een mogelijke geschiedenis van traumatisering, meer bepaald fysiek geweld of seksueel misbruik.
- Somatisch onderzoek: vnl letten op gevolgen v frequent braken of misbruik v laxantia of diuretica.
 - Stoornissen in de elektrolytenhuishouding (vooral een tekort aan kalium) kunnen leiden tot ernstige hartritmestoornissen.
 - Verder moet gedacht w aan combinatie met suikerziekte, een aandoening die niet zelden gepaard gaat met verstoord eetgedrag.

Belangrijkste probleem bij diagnose: houding van de patiënten: velen schamen zich voor hun gedrag en zorgen ervoor dat hun omgeving er geen erg in heeft (vreten en braken gebeurt meestal stiekem). Omdat de patiënten wat hun uiterlijk betreft niet opvallen (meestal normaal gewicht), zal het alarmsignaal niet zo gauw uit de omgeving komen, itt anorexia nervosa. Wanneer voorgeschiedenis v eetproblemen bekend is en betrokkene met lichaamsomvang gepreoccupeerd is → aan boulimia nervosa denken.

10.2.3 Andere stoornissen

A) Hoort **obesitas** of zwaarlijvigheid ook tot de eetstoornissen?

→ Brengt ons tot probleem vh “normale gewicht”. Vr kinderen onder 18 jaar → groeicurves. Volwassenen → Quetelet-index of BMI (gewicht/lengte²). Normaal gewicht is tss 18-25. Boven 30 is obesitas.

Psychologische factoren knn belangrijke rol spelen in ontstaan of voortduren v overgewicht. Vaak is h probleem geworteld in complex samenspel v erfelijke en opvoedingsfactoren, en blijft h bestendig dr een combinatie v biopsychosociale invloeden. Zwaarlijvigheid houdt gezondheidsrisico's in, maar ondoordacht medisch ingrijpen kan problemen verergeren. Vooral rigoureuze diëten kunnen ertoe leiden dat patiënten in eetpatroon van afwisselend vasten en vreten verzeild raken. Het tijdelijke succes van de interventie is dan schijn, omdat het eetgedrag wijst op een verschuiving naar boulimie of zelfs anorexia.

B) Psychogeen braken

Evenmin als stoornis in de DSM opgenomen. Gaat om frequent braken, al dan niet zelf opgewekt, dat niet somatisch te verklaren is. Ook geen verband met gewichtscontrole (dus geen symptoom van anorexia nervosa of boulimia nervosa) en nt gekoppeld aan andere psychische stoornissen. Gaat nt gepaard met misselijkheid en kan ook optreden na inname van kleine hoeveelheden voedsel. Patiënt kan braken even tegenhouden tot de gelegenheid er is. Overgeven gaat moeiteloos en pijnloos. Lijkt gewoontepatroon waarover meeste patiënten zich gn zorgen maken, en omgeving na enige tijd ook nt meer zo bekommert omdat de fysieke toestand van de patiënt hun verder geen zorgen baart.

Wel als eetstoornis in de DSM-IV opgenomen, hoewel vrij zeldzaam, zijn pica en ruminatie.

C) Pica

Bij herhaling eten v nt vr consumptie bestemde stoffen → aarde, klei, zand, papier, kledingstof, verf, haren, bladere, insecten.... Coprofagie betreft het eten van faeces. Pica zowel bij jonge als oudere kinderen voor (vaak geestelijk gehandicapten), zonder dat er verder sprake is van voedselweigeren. Als syptoom bij schizofrenen, autistische kinderen en bij het zelfdzame syndroom van Kleine-Levin.

D) Ruminatio

Eetstoornis vd zuigelingenleeftijd → betekent letterlijk herkauwen. Stoornis verwijst nr het herhaald oprispen van de maaginhoud die weer wordt ingeslikt of, vaker nog, gewoon uitgespuwd. Kind lijkt regurgiteren prettig te vinden. Gaat nt gepaard met misselijkheid (kokhalzen) of tekenen van een spijsverteringsstoornis. Zuigelingen vertonen gewichtsverlies of nemen niet toe volgens het verwachte groeipeil → beschouwd als variant v “failure to thrive”, het onvermogen tot normaal groeien waar dit volgens constitutionele aanleg wel mogelijk moet zijn. Bij dergelijke groeiachterstand spelen zowel biologische als psychologische factoren causale rol.

Vraag vr DSM of Binge-eating en Night eating syndrome ook tot eetstoornissen gerekend moeten worden.

Beslisboom p339

H13: STOORNISSEN IN DE IMPULSCONTROLE

13.1 Inleiding

Gedragingen waarbij mensen moeite hebben de impuls te weerstaan zijn:

- Ongewenste gewoonten zoals nagelbijten, duimzuigen, haarwoelen en tics
- Stoornissen in gebruik van psychoactieve stoffen of etenswaren (afhankelijkheid en eetstoornis)
- Stoornissen op seksueel gebied waarbij het seksuele gedrag de betrokkene of omgeving schaadt (vb exhibitionisme en seksueel sadisme → stoornis in seksueel gedrag)
- Stoornissen in de impulsbeheersing, nt elders geklasseerd.

De aandoeningen die nu besproken worden, worden gedefinieerd als “stoornissen in de impulscontrole, niet elders geclassificeerd”. Enkele kenmerken onderscheiden:

- Onvermogen impulsieve neiging te weerstaan of verleiding hbb iets te doen dat schadelijk is vr de persoon of anderen. Soms een bewust verzet tegen de impuls, ook kan de daad worden gepland.
- Een verhoogd spanningsgevoel voordat de daad wordt begaan.
- Een beleving van lust, voldoening of ontspanning tijdens het plegen van de daad. Het gebeuren wordt egosyntoon beleefd → daad stemt overeen met het actuele verlangen van de patiënt. Direct erna kunnen gevoelens van spijt of schuld optreden.

Stoornissen in de impulscontrole w nt als zodanig geclassificeerd als zij gevolg zijn ve lichamelijke ziekte of andere psychiatrische stoornis (vb bipolaire stoornis/hersenletsel).

13.2 Kenmerken en voorkomen

13.2.1 Pathologisch gokken

Verschillende termen: “gokverslaving”, “dwangmatig, excessief of problematisch gokken” → onjuist want gaat nt om verslaving, gedrag is nt dwangmatig en gokken is nt alleen excessief. Of het als verslaving geklasseerd moet worden blijft de vraag. Het is ziekelijk omdat het in sociaal en relationeel opzicht ernstige gevolgen heeft.

Diagnostische criteria vr pathologisch gokken

Het speelpatroon wordt als afwijkend beschouwd als aan minstens 5 van de 10 criteria wordt voldaan:

- Preoccupatie met spelen
- Neiging om steeds zwaarder te gokken om de gewenste opwindning te verkrijgen
- Herhaalde onsuccesvolle pogingen het spelen te verminderen of te stoppen
- Rusteloosheid of geïrriteerd bij deze pogingen te verminderen of te stoppen
- Spelen om problemen even te vergeten, of een onaangename stemming te verdrijven
- Na verlies de volgende dag proberen het verlies terug te winnen
- Liegen om de ernst van het gokken te maskeren
- Crimineel gedrag om het gokken te financieren
- Verlies v belangrijke relaties, baan, opleiding of carrièremogelijkheden als gevolg van het spelen
- Afhankelijkheid v anderen om hopeloze financiële situatie als gevolg van het gokken op te lossen

Belangrijkste kenmerk: patiënt is niet in staat om weerstand te bieden aan impuls om te spelen, zelfs niet als er schulden ontstaan en de patiënt in grote problemen met zijn omgeving is gekomen. (geldtekort, lenen v vrienden, criminaliteit, ...). Zoeken zelden zelf hulp vr problemen → pas in behandeling als grote moeilijkheden zijn ontstaan dr stoornis (te grote schulden, ...).

Belangrijk probleem: combinatie van pathologisch gokken met alcohol of drugs (10 tot 50% van de pathologische gokkers). Ook frequent depressiviteit of persoonlijkheidsstoornis bij pathologische gokkers.

Erfelijkheid en gedeelde jeugdervaringen van tweelingen in de kindertijd zouden voor een groot deel het risico voor pathologisch gokken verklaren.

Lifetimeprevalentie: 1%, vaker mannen (ongehuwd, tss 30-50j) dan vrouwen.

13.2.2 Trichotillomanie

“Onweerstaanbare drang om de eigen haren uit te trekken...” *Meestal* haren v hoofdhuid → kale plekken. Tijdens momenten v studeren, tv kijken of in bed liggen. W in eerste instantie nr huidarts verwezen. Proberen stoornis te verbergen, ervaren vaak gevoelens van schuld, schaamte en een verminderd zelfrespect. Met behulp van een huidbiopsie, kan de diagnose eenvoudig gesteld worden.

Diagnostische criteria voor trichotillomanie:

- Toegeven aan de neiging zich de haren uit te trekken
- Spanningsgevoel vooraf
- Lustgevoelens tijdens haar uittrekken
- Niet als gevolg van een huidziekte of een psychose

Trichotillomanie onderscheiden van haarwoelen. Hierbij draait de patiënt met zijn vinger een staartje in zijn haar waarbij soms ook haren breken. Het is echter niet de bedoeling om haren uit te trekken. Bij trichotillomanie gaat het om drang waarbij lust wordt beleefd.

Soms: opeten van haren: het zou kunnen leiden tot een bezoar (een grote knoedel haren in de maag), dit kan een darmafsluiting tot gevolg hebben.

Prevalentie: 1,7 – 2,5% vd bevolking. Meer vrouwen, middelbare leeftijd, begint meestal vr 21j. De stoornis wordt nogal eens gezien in combinatie met een ernstige verstandelijke handicap. Patienten gaan vaak gebukt onder depressieve stoornis of anststoornis (Cfr gedrag tamme papegaaien, honden, katten!).

13.2.3 Kleptomanie

Geven herhaaldelijk toe aan de sterke impuls om dingen van geringe waarde te stelen.

Hier gaat een gevoel van spanning aan vooraf. Tijdens de diefstal is er lustbeleving of ontspanning.

Belangrijk: patiënten stelen om de daad zelf, en niet om in het bezit te komen van de gestolen voorwerpen. Vaak worden deze voorwerpen zelfs verstoep of weggegeven.

De aandoening komt soms voor in combinatie met trichotillomanie & agressieve uitbarstingen.

Ook gezien in combinatie met:

- Depressie
- Angststoornissen
- Eetstoornissen
- Alcoholmisbruik

Vrij zeldzame aandoening, dubbel zoveel vrouwen als mannen.

Diagnostische criteria voor kleptomanie:

- Herhaaldelijk toegeven aan de impuls dingen te stelen, zonder dat een functioneel voordeel speelt.
- Gevoel van toenemende spanning voor de daad
- Gevoel van lust tijdens de diefstal
- Het stelen is geen onderdeel van de antisociale persoonlijkheidsstoornis, een manische episode of een psychose.

13.2.4 Pyromanie

De patiënt heeft meer dan eens brand gesticht. Dit brandstichten en het gadeslaan van de brand worden met lust en opwinding beleefd. Onderscheiden v brandstichting owv ideologie, wraak, Patiënten:

- Vaak zwakzinnig
- Antisociale persoonlijkheidsstoornis of borderline-persoonlijkheidsstoornis
- Zeldzaam, vooral mannen

Diagnostische criteria:

- a) Meer dan eens brandstichten vrijwillig & opzettelijk
- b) Spanning voorafgaand aan de daad
- c) Gefascineerd zijn door brand en vuur
- d) Lust en opwinding bij het brandstichten of bij het gadeslaan van of deelnemen aan het blussen
- e) Er is geen ander motief
- f) Het brandstichten is geen onderdeel van een aanwezige antisociale persoonlijkheidsstoornis of een manische episode

13.2.5 Periodieke explosieve stoornis

Gedurende bepaalde perioden controleverlies over agressieve impulsen → leidt tot ernstige agressieve ontloadingen, die in gn verhouding staan tot de voorgaande frustratie. Ontladingen w gevolgd door spijt en schuldgevoelens die een oprechte indruk maken. Van diagnostisch belang → betrokkene buiten deze perioden gn last v impulsief of agressief gedrag. Genetische component: voor agressiviteit & impulsiviteit

Steun gevonden voor de hypothese dat de periodieke explosieve stoornis samenhangt met stemmingsstoornissen en daarom een vorm kan zijn van een stoornis in het affectieve spectrum. Beschrijvingen van hun agressieve episodes, leken op een ernstige & dysfore maar korte stemmingswissel, zoals bij een bipolaire stoornis.

Onderzoek: bij deze patiënten was er in de kindertijd al sprake van driftbuien, aandachtsstoornissen, ...

Van oudsher: relatie gelegd tussen epilepsie en plotseling agressief gedrag, deze band is niet bewezen.

Diagnostische criteria:

- a) Verscheidene perioden met agressief gedrag
- b) De agressie staat in geen verhouding tot de ernst van de frustratie
- c) De verschijnselen vormen geen onderdeel van:
 - Een andere psychiatrische stoornis
 - Antisociale persoonlijkheidsstoornis
 - Een psychose

- Een manische episode
- Geen direct gevolg van alcohol- of druggebruik of een meer algemene medische conditie (bvb schedeltrauma)

Diagnose slechts stellen na uitsluiting v andere stoornissen waarbij agressief gedrag kan voorkomen zoals manische episode, intoxicatie met psychoactieve stof, psychotische stoornis of persoonlijkheidsverandering dr een somatische aandoening, onderdeel v antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis. Persoonlijkheidsstoornissen vertonen ook tss perioden v ernstig controleverlies impulsief of agressief gedrag. Als impulsieve agressieve gedrag in sterke mate het klinisch beeld bepaalt kan de diagnose periodieke explosieve stoornis wel in aanvulling op diagnose v antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis gesteld worden. Patiënten die plots agressief gedrag vertonen, lijden ook vaak aan andere stoornissen. Voor diagnose → info inwinnen over voorgeschiedenis! Vaak problematische relaties, verlies v werk, crimineel gedrag, alcoholmisbruik en eerdere verwondingen dr vechten. Vrij zeldzaam, vaker bij mannen, ontstaat tss kinderjaren en vroege volwassenheid.

13.2.6 Overige stoornissen

Komen vrij zelden vr of w meestal als een kenmerk van een bepaalde persoonlijkheidsstoornis gezien.

A) Zelf veroorzaken van excoriaties (titillomanie):

- Krabben de huid kapot, wrijven erover waardoor er onregelmatige, oppervlakkige wondjes ontstaan, die genezen met pigmentatie en vorming van littekens. Vnl gezicht, dijen en borst. Rechtshandigen → linkerhelft meer aangedaan en omgekeerd.
- Een gevoel van jeuk of branderigheid wordt door de patiënten aangegeven als de oorzaak van het krabgedrag. Ze vermelden ook vaak een relatie met spanning.
- De patiënten zijn zich bewust van het krabben.
- Komt meer voor bij vrouwen.
- Soms een deel van de uiting van een gegeneraliseerde angststoornis of depressie.

B) Onychotillomanie:

- Patiënt verwijdert nagels en nagelriemen. Gaat verder dan nagelbijten (onychofagie).
- Het gaat vaak om zwakzinnige of psychotische mensen, maar de stoornis kan ook bij redelijk geïntegreerde mensen voorkomen.

C) Automutilatie:

- Het ervaren en ten uitvoer brengen van een onbedwingbare impuls, met als doel het toebrengen van directe schade aan het eigen lichaam, zonder suïcidale intentie.
- Het moet gaan om een sociaal onaanvaardbaar letsel
- Komt voor bij allerlei ernstige psychiatrische stoornissen en het is een belangrijk kenmerk van de borderline-persoonlijkheidsstoornis.
- Automutileren is bij volwassenen een verschijnsel van ernstig onderliggende pathologie.
- Als er geen psychotische stoornis aan de basis ligt, zijn er meestal aanwijzingen te vinden voor een ernstige persoonlijkheidsstoornis.
- Van deze stoornis moet onderscheiden worden:
 - Een zelfbeschadiging met een bepaald doel (bvb om een patiëntenrol te verwerven)
 - Om verandering aan te brengen in een onhoudbare situatie (bvb tijdens het verblijf in een isoleercel)

13.3 Differentiële diagnostiek van stoornissen in de impulscontrole

- Stoornissen in de impulscontrole w **verward met dwangstoornissen**, niet omdat klinisch beeld daar aanleiding toe geeft, maar omdat patiënten aangeven dat ze als het ware worden gedwongen aan een impuls gevolg te geven. Bij dwangstoornis worden echter bepaalde handelingen uitgevoerd om vooral angsten en spanning te reduceren, bij een stoornis van impulscontrole is dit niet het geval → actie is een doel op zich, ervaren lust!
- Vaak combinatie met **persoonlijkheidsstoornissen**: In de DSM wordt impulsiviteit teruggevonden bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis & de borderline-persoonlijkheidsstoornis. 1^e kan w opgevat als algemene stoornis in de impulscontrole, de patiënt laat zich als het ware leiden dr zijn impulsen. Ernstige gedragsstoornissen zoals agressieve uitbarstingen en brandstichten, kunnen voorkomen. Bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis is impulsiviteit eveneens belangrijk diagnostische criterium. Bij deze patiënten kunnen de volgende stoornissen in impulscontrole voorkomen: winkeldiefstallen, eetaanvallen, verslavingen, promiscuïteit en automutilatie.
- Verwant aan stoornissen in impulscontrole zijn pathologisch liegen (vroeger bekend onder “pseudologica fantastica”, nu gn aparte stoornis meer) en ziekelijk dagdromen. Liegen w teruggevonden bij antisociale persoonlijkheidsstoornis, narcistische of borderline-persoonlijkheidsstoornis. Bij pathologisch liegen gaat het eigenlijk altijd om aandacht, eer en roem te verkrijgen. Mensen die dagdromen trekken zich terug in een wereld waar zij het voor het zeggen hebben → afschermen vd buitenwereld. Soms sociaal functioneren hierdoor belemmerd. Dagdromen w met gevoel v welbehagen beleefd en patiënt kan verleiding nt weerstaan. Pas behandeling als functioneren in gezin en werk ernstig verstoord wordt.
- Stoornissen in impulscontrole komen nogal eens voor in combinatie met andere aandoeningen waarin de beheersing een rol speelt, zoals verslavingen en eetaanvallen → multi-impulsieve persoonlijkheidsstoornis: niet direct antisociaal gericht, uit zich in makkelijk overgeven aan eetaanvallen, drugs- en alcoholgebruik, en specifieke stoornissen in de impulscontrole

Tabel p431

HOOFDSTUK 15: AANPASSINGSSTOORNISSEN

15.1 Inleiding

Door stressvolle gebeurtenissen kunnen mensen klachten ontwikkelen van uiteenlopende aard → Of klachten voordoen na gebeurtenis is vooral afhankelijk vd wijze waarop mensen met stress omgaan en minder van de aard van de stressor. Wel zo dat de ernst vd gebeurtenis(sen) en een opeenstapeling van stressoren in het algemeen tot meer klachten zullen leiden. Belangrijke begrippen:

- Coping: het omgaan met stress.
- Persoonlijke weerbaarheid
- Sociale ondersteuning

Veel stress-situaties kunnen leiden tot een kortdurende verstoring van lichamelijk en/of psychisch functioneren. Indien deze verstoring uitstijgt boven wat verwacht kan worden aan intensiteit en duur van de klachten, spreken we van een aanpassingsstoornis.

15.2 kenmerken en voorkomen

15.2.1 Diagnostische criteria

De klachten zijn nt duidelijk omschreven. Volgende klachten worden – soms in combinatie – vaak gezien:

- Neerslachtigheid
- Angst en boosheid
- Lichamelijke klachten (“functionele klachten”) zoals vermoeidheid, rugklachten en hoofdpijn

Dezelfde klachten komen voor bij surmenage (overspanning), die meestal arbeidsgerelateerd is. Surmenage is derhalve op te vatten als een aanpassingsstoornis.

Burn-out: wanneer er sprake is van een langdurige periode van chronische stress, vermoeidheid en uitputting op de voorgrond staan, er tevens sprake is van een aantal distress-klachten en de klachten met het werk te maken hebben. Burn-out is dus eigenlijk het toestandbeeld na langdurige overspanning.

Diagnostische criteria:

- a) Het ontstaan van emotionele of gedragssymptomen als reactie op een te identificeren stressor. De reactie moet binnen 3 maanden na de stressor ontstaan.
- b) Deze symptomen of gedragingen zijn klinisch significant indien:
 - Sprake is van een reactie die sterker is dan op grond van het blootstaan aan de stressor verwacht mag worden
 - Sprake is van een aanzienlijke beperking in sociaal functioneren of het functioneren in werk en studie.
- c) De aan stress gerelateerde klachten vallen niet onder een van de specifieke as-I-stoornissen en zijn ook niet het gevolg van een uitbreiding van symptomen als gevolg van een reeds bestaande as-I- of as-II-stoornis.
- d) Rouw wordt uitgesloten.
- e) De symptomen dienen niet langer dan zes maanden na de stressor – of de consequenties van de stressor – aan te houden.

Interpretatie & toepassing van deze diagnostische criteria kunnen moeilijkheden geven:

- Het bepalen van het moment van het optreden van de stressor is niet eenvoudig.
- Moeilijk om te beoordelen of de reactie sterker is dan op grond van het blootstaan aan de stressor verwacht mag worden.
- De termijn die gesteld wordt voor de duur van de klachten kan verwarring opleveren. Onderzoek → klachten vaak langer dan zes maanden na de stressor, of de consequenties daarvan, aanhouden. In principe diagnose “aanpassingsstoornis” moeten uitsluiten, maar in praktijk gebeurt dit niet.

Is wild card vr clinicus als er geen ernstiger diagnose kan w afgegeven.

15.2.2 Differentiële diagnose

Aandachtspunten waarmee men rekening moet houden bij diagnose:

- Betekenis van de stressor, vooral de beoordeling van wat we als “normale” consequenties van een ernstige gebeurtenis kunnen aanmerken is ingewikkeld. Het is bijvoorbeeld niet eenvoudig om te beslissen of iets als een stressor kan worden aangemerkt, en in relatie staat tot de aanwezige psychische klachten.
- Ook speelt mee dat in iemands levensloop bepaalde omstandigheden of situaties veel belastender kunnen zijn, terwijl dit niet zo geldt voor andere personen in dezelfde situatie. !!! Ook positieve gebeurtenissen kunnen iemand belasten en aanleiding zijn tot een aanpassingsstoornis.

Indien een stressor wordt geïdentificeerd, kan die ook hebben bijgedragen tot het uitlokken van een andere psychische stoornis.

- Voor alle stoornissen dient op as IV de mate van aanwezigheid van psychosociale stressoren te worden vastgesteld. Door dit systematisch te doen, wordt de diagnostiek voor aanpassingsstoornissen wellicht correcter.

Andere diagnoses die ook stress-gerelateerd zijn:

- Indien de stressor aanleiding geeft tot een andere stoornis op as I, dan wordt hieraan voorrang gegeven.
- Een kortstondige psychose door een zeer ingrijpende gebeurtenis valt niet onder de rubriek aanpassingsstoornis, maar onder de kortdurende psychotische stoornis.
- Indien de stressor het overlijden van een geliefd persoon is, wordt gesproken van rouw.
- Een posttraumatische stress-stoornis wordt gekenmerkt door een dusdanige ernstige psychosociale stressor, dat iedereen er door zou kunnen decompenseren. Er is geen sprake van een reactie die sterker is op grond van het blootstaan aan de stressor verwacht mag worden.
- Een verheviging van bestaande somatische klachten die in het verlengde liggen van een reeds bestaande psychische stoornis, vallen buiten de diagnose aanpassingsstoornissen.

Beslisboom p491