

1. Psychiatrie 101: wat is psychiatrie?

Wat is psychiatrie? Psychiatrie is een medisch specialisme dat zich bezighoudt met de preventie, diagnostiek en behandeling (therapie) van **psychische ziektebeelden**. De term psychiatrie is een samenvoeging van het Griekse *psyche*, wat ziel of geest betekent, en *iatros* wat arts betekent (letterlijk dus de **geneeskunde van de ziel**). Het hoofddoel van de psychiatrie is het **verlichten van het psychisch lijden** ten gevolge van psychiatrische aandoeningen en het **vergroten van het psychisch welbevinden** van de psychiatrische patiënt en diens omgeving.



Wie houdt zich bezig met de psyche? Psychiatrie wordt beoefend door psychiaters, maar er zijn ook veel andere behandelaars die zich met psychiatrische patiënten bezighouden. In Nederland is 'psycholoog' geen erkende titel, maar hier wordt meestal iemand mee bedoeld die psychologie gestudeerd heeft en die niet per se werkzaam is als therapeut maar bijvoorbeeld in **onderzoek of onderwijs**. Met een vervolgstudie tot gezondheidszorg (gz-) psycholoog, kan men zijn expertise uitvoeren in alle sectoren van de gezondheidszorg.

Een **psychiater** is een arts die een specialisatie in de psychiatrie heeft gevolgd, waarin ook de complete opleiding tot **psychotherapeut** geïntegreerd is. In tegenstelling tot de gz- of klinisch psycholoog mag een psychiater naast het geven van een psychotherapeutische behandeling ook **medicijnen voorschrijven**. Daarom behandelt een psychiater vaak psychische klachten waarbij medicijnen een belangrijke rol spelen in de behandeling: schizofrenie, verslaving, persoonlijkheidsstoornissen, psychose, dwangstoornissen en bipolaire stoornis.

Indeling van aandoeningen. Het onderzoeken en begrijpen van **de geest is uiterst ingewikkeld**, niet alleen omdat ons brein zo complex en voor iedereen verschillend is, maar ook de invloeden die van binnen- en buitenaf erop inwerken. Een ziekte-indeling die, zoals in de reguliere geneeskunde, meestal berust op duidelijke oorzaken of onderliggende mechanismen, is in de psychiatrie (nog) niet haalbaar. Een poging tot indeling van psychische aandoeningen wordt echter ondernomen in het **DSM handboek (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)**. Deze is in ongeveer 60 jaar geëvolueerd van de DSM-I tot de huidige **DSM-5**. De DSM beschrijft bij elke bekende psychische aandoening een lijst met symptomen (klachten) waaraan een patiënt in meer of mindere mate moet voldoen voor de diagnose gesteld kan worden. Het idee hierachter is dat patiënten met vergelijkbare symptomen ook een vergelijkbare **diagnose** krijgen, zodat ze behandeld kunnen worden met methoden die bij een vergelijkbare groep mensen wetenschappelijk zijn onderzocht.

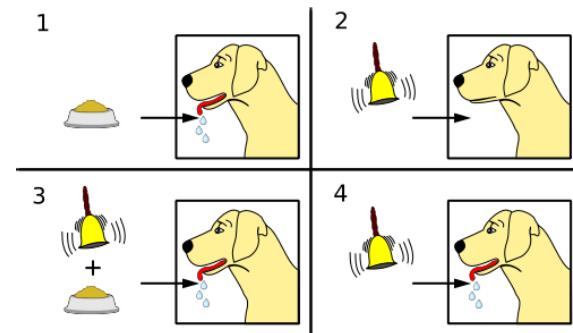
Zo wordt de diagnose depressie bij een patiënt gesteld, wanneer deze of een sombere stemming of een verlies van interesse (apathie) en daarnaast nog bijvoorbeeld gewichtsverlies, slaapproblemen, vermoeidheid, verminderd denkvermogen en terugkerende gedachten aan de dood.

Behandelingen. Psychiatrie maakt in principe gebruik van de **medische aanpak**, maar heeft wel zijn eigen kenmerken. Er zijn verschillende behandelingen mogelijk, waaronder verschillende soorten gesprekstherapieën, non-verbale therapieën en allerlei geneesmiddelen zoals antipsychotica of antidepressiva. In de psychiatrie kunnen in Nederland mensen tegen hun zin worden vastgehouden, en soms behandeld, als ze een gevaar voor zichzelf of anderen vormen. Wanneer iemand gedwongen wordt opgenomen betekent dat overigens niet dat hij of zij ook gedwongen behandeld kan worden.

2. Gedragstheorie: hoe wordt ons gedrag bepaald?

Gedrag is alles wat een mens of dier doet. Het maken van bewegingen, maar ook slapen, geluiden maken, of van lichaamshouding veranderen zijn voorbeelden van gedrag. Gedragingen komen vaak tot stand door de werking van spieren. Maar voordat de spieren actief zijn, zit daar een heel proces aan vooraf in de hersenen. We hebben al eerder gezien dat de hersenen verschillende structuren hebben. Verschillende diepe hersenstructuren zijn van belang. De gedragstheorie is opvatting over hoe mensen leren, het wordt ook wel de stimulus-response theorie, leertheorie, of behaviorisme genoemd. Aanhangers van de gedragstheorie gaan er van uit dat al het gedrag is aangeleerd, en dat iedere baby als een 'onbeschreven blad' geboren wordt. Gedrag is dan een gevolg van de omgeving. We kunnen gedrag ook omschrijven als een **respons**, of reactie op prikkels in de omgeving. Er is een aantal leerprocessen, dat we kunnen terugleiden naar de gedragstheorie.

Klassieke conditionering is een leertheorie gebaseerd op het experiment van Pavlov met honden. In dit experiment werd de hond voedsel aangeboden en begon hij te kwijlen (een natuurlijke respons, het is een reflex). Elke keer als een hond dit voedsel kreeg, werd er ook het geluid van een bel (neutrale stimulus) afgespeeld. De hond associeerde de bel dus met het voedsel, en uiteindelijk begon hij te kwijlen als hij alleen de bel hoorde. In klassieke conditionering wordt dus een neutrale stimulus met een reflex uitlokkende stimulus gekoppeld. In het echte leven reageert de mens niet zoals Pavlovs hond, maar dezelfde associatie tussen prikkels kan worden gemaakt in bijvoorbeeld angststoornissen.



In **operante conditioning** wordt gedrag aangepast aan de hand van consequenties. Een beloning zal zo de frequentie van het gedrag vergroten, en een straf zal de frequentie van het gedrag verlagen. Een groot deel van al het gedrag is aangeleerd, door opvoeding en leefomgeving, maar er wordt ook beweerd dat een deel van ons gedrag aanleg is, in bijvoorbeeld genetisch materiaal. Dit debat wordt het **nature/nurture** debat genoemd.

Bovenstaande principes vormen de basis voor **cognitieve gedragstherapie**. Deze therapie gaat ervan uit dat bepaalde prikkels uit de omgeving bepaald gedrag opwekken, afhankelijk van ervaringen en gebeurtenissen uit het verleden (waarvan men geleerd heeft). Door in kaart te brengen hoe een bepaalde persoon reageert op bepaalde prikkels, kan gezien worden hoe gedrag in stand gehouden wordt. Hier kan dan weer op ingespeeld worden door ongewenst gedrag uit te laten doven, en gewenst gedrag juist te stimuleren. Een voorbeeld is een man die zeer bang is voor spinnen en ze daarom vermijdt, omdat hij als jongetje vaak spinnen in zijn kamer had die vaak over zijn bed kropen terwijl hij sliep. Therapie om de man van zijn angst af te krijgen is gericht op het blootstellen van de man aan een spin, en daarbij te laten zien dat er niks gebeurt. Hierdoor wordt het ongewenste gedrag (vermijden van spinnen) uitgedoofd, waardoor de man over zijn angst heen zal komen.

3. Verslaving: wat als je niet meer zonder kunt?

Wat houdt het in?

Stoornissen in het gebruik van middelen zijn een van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen. Naast frequente voorkomende repercussies als ziekteverzuim en sociaal isolement, kan een langdurig bestaande verslaving dodelijke gevolgen hebben. Bij verslaving of afhankelijkheid is psychische afhankelijkheid een centraal kenmerk, waarbij er verlies van controle ontstaat. Daarnaast kan er ook lichamelijk afhankelijkheid ontstaan, zoals tolerantie en onthoudingsverschijnselen. Denk hierbij aan somberheid, prikkelbaarheid en verhoogde eetlust (nicotine), maar ook transpireren en angst (alcohol).

Om te spreken over een verslaving (DSM-IV) moeten er volgens de richtlijnen minstens drie belangrijke klinische gevolgen aanwezig zijn:

- Tolerantie: er is steeds meer nodig voor hetzelfde effect.
- Onthouding: ontstaan van onthoudingsverschijnselen als men probeert te stoppen met het middel (misselijkheid, transpireren, prikkelbaarheid, angst, slapeloosheid, trillen).
- Men gebruikt het middel in grotere hoeveelheden/gedurende een langere tijd dan bedoeld is. (Bijvoorbeeld slaapmedicatie of verdovende middelen zoals morfine)
- Onmogelijkheid ermee te stoppen of te minderen ondanks de wens of pogingen hiervoor.
- Besteden van veel tijd om aan het middel te komen, het gebruik ervan, of het bijkomen van de gevolgen.
- Belangrijke activiteiten worden gestopt of verminderd door het gebruik van het middel.
- Gebruik wordt gecontinueerd ondanks dat men beseft dat het klachten verergert.

Middelen waaraan mensen het meest verslaafd raken zijn: nicotine (roken), alcohol, slaap- en kalmeermiddelen en drugs als cannabis, ecstasy, cocaïne en heroïne.

Hoe ontstaat het?

Verslaving kan het beste worden gezien als een hersenziekte. Er spelen twee belangrijke factoren een rol spelen bij het ontstaan ervan. Allereerst is dit het **beloningsgedrag** waarbij allerlei structuren, circuits en processen zijn betrokken en die dit aansturen. Daarnaast spelen structuren, circuits en processen die **zelfcontrolefuncties** beïnvloeden een rol.

Beloningsgedrag

Tijdens het verslavingsproces treden er allerlei veranderingen op in structuren die betrokken zijn bij het beloningsgedrag. Hierin kunnen 4 fasen worden onderscheiden:

1. Initiatie (beginfase): men ervaart een belonend effect van het verslavende middel. De ervaring van beloning ontstaat door een explosieve toename van de afgifte van de neurotransmitter dopamine wat het beloningssysteem stimuleert.
2. Continuering: onder invloed van het voortdurende middelgebruik vinden er veranderingen plaats in de hersenen (o.a. het geheugensysteem) die zorgen voor het ontstaan van hunkering en een steeds groter belang dat aan het middel wordt gehecht (impotantie). Extra hunkering kan ontstaan bij bepaalde omgevingsfactoren die met het gebruik van het middel in verband worden gebracht.
3. Onthouding
4. Terugval

Zelfcontrolefuncties

De stoornissen in de zelfregulatie komen tot uitdrukking in het feit dat mensen door willen gaan met het gebruik ondanks de bewuste kennis over de negatieve gevolgen. Het lijkt dat de bewuste kant van het hersen-functioneren niet voldoende werkt om de aantrekkingskracht tot het middel onder controle te houden. Men denkt dat er stoornissen zijn in deze 'rem-en controlefuncties' die een rol spelen bij vaardigheden om gedrag te plannen, voor- en nadelen af te wegen aan de hand van de omgevingsfactoren en impulsen of aandriften te onderdrukken als ze ongepast zijn in een bepaalde context en op lange termijn nadeel kunnen leveren.

Naast deze neurobiologische verklaringen voor het ontstaan van verslaving spelen waarschijnlijk ook andere factoren een rol. Risicofactoren voor het experimenteren met het gebruik van middelen zijn onder andere het temperament van een persoon, de heersende jeugdcultuur, het gebruik van middelen door leeftijdsgenoten en de beschikbaarheid van het middel.

4. Eetstoornissen: als eten een obsessie wordt

Soorten eetstoornissen

Er bestaan verschillende soorten eetstoornissen. Ze hebben allemaal als overeenkomst dat om psychische redenen het eetgedrag verstoord verloopt. De twee bekendste vormen zijn **anorexia nervosa** en **boulimia nervosa**. In het onder artsen en psychiaters welbekende handboek 'DSM' (diagnostic and statistical manual of mental disorders) staat zorgvuldig omschreven wanneer men de diagnose eetstoornis kan vaststellen en om welk type het gaat.

Bij **anorexia nervosa** is er sprake van een stoornis in de 'gewichtsbeleving' of 'lichaamsbeleving'. Ondanks het ondergewicht (het gewicht ligt lager dan 85% van het te verwachten gewicht) voelen deze personen zich dik en is er een *intense angst om aan te komen of dik te worden*. Wanneer iemand met anorexia letterlijk weigert te eten spreken we van het 'beperkende type'. Van het 'purgerende type' spreken we wanneer er wel wordt gegeten, maar vervolgens met braken of laxeermiddelen wordt voorkomen dat het voedsel daadwerkelijk opgenomen wordt.

Boulimia nervosa wordt gekenmerkt door vreetbuien. Bij mensen met boulimia staat ook een stoornis in de gewichtsbeleving of lichaamsbeleving centraal, alleen uit zich dit anders. Bij boulimia is er sprake van vreetbuien waar in korte tijd enorme (abnormale) hoeveelheden worden gegeten. Tijdens een vreetbui heeft de persoon zelf het gevoel de controle over het eten volledig kwijt te zijn, men kan niet stoppen of zelf bepalen hoeveel er gegeten wordt. Vervolgens worden er na een vreetbui maatregelen genomen om te voorkomen dat men aan komt. Deze maatregelen zijn bijvoorbeeld braken, laxeermiddelen, vasten of enorm veel lichaamsbeweging. Wanneer men braken of laxeermiddelen gebruikt spreken we ook hier weer van het 'purgerende type'. Wanneer er andere maatregelen zoals vasten of overmatig sporten worden genomen is er sprake van het 'niet-purgerende type'.

Beide typen hebben een dramatisch effect op het lichaam en kunnen uiteindelijk leiden tot de dood. Door het chronische tekort aan voedingsstoffen is het lichaam niet meer in staat om goed te functioneren en zullen uiteindelijk ook de basisfuncties te kort gaan schieten. Er ontstaat spierzwakte, de botmassa neemt af waardoor sneller botbreuken kunnen optreden, het haar wordt dun, nagels zijn gemakkelijk breekbaar, vrouwen worden niet meer ongesteld en bij jonge personen wordt de gehele puberteit uitgesteld.

De impact op het individu en de omgeving

Een eetstoornis kan het denken, doen en voelen van de patiënt zo erg beïnvloeden dat diegene nergens anders meer mee bezig is. Patiënten hebben zelf het idee dat de eetstoornis hen veel oplevert, zoals het gevoel een perfecte controle over lichaam en gewicht te hebben. Tegelijkertijd ondervinden ze echter ook veel nadelen; zo neemt het zelfvertrouwen af, voelen ze zich vaak niet begrepen en hebben ze geen tijd en energie meer over voor andere belangrijke dingen. Daarnaast lijdt ook de directe omgeving eronder. Zo voelen ouders zich vaak onmachtig en schuldig. In eerste instantie hebben zij vaak niets door, waarvoor zij zich vaak later schuldig voelen. Deze schuldgevoelens zijn onterecht, omdat patiënten heel goed zijn in het verbergen en ontkennen van hun probleem.

Mogelijke oorzaken voor het ontstaan van dit gedrag

Bij de ontwikkeling van **anorexia nervosa** spelen vooral lichamelijke factoren een belangrijke rol bij het in standhouden ervan. Een voorbeeld hiervan is de vertraagde maagontlediging en de verstoring die optreedt in het hongergevoel, zeer waarschijnlijk te wijten aan centra in de hersenen die de voedselopname reguleren en ontregeld raken. Daarbij speelt mogelijk een erfelijke component een rol. Een andere mogelijke verklaring is psychologisch. Anorexiapatiënten vertonen vaak een typische denkstijl die hun manier van leven bepaalt; ze stellen hoge eisen aan zichzelf, hebben een negatief zelfbeeld en kunnen slecht relativeren (zwart-wit denken). Ten slotte, heeft de omgeving ook

invloed, zo kan een kind geleerd hebben dat frustraties weggaan door te eten, of ouders kunnen gemanipuleerd worden door te weigeren te eten.

Bij **boulimia nervosa** zijn erfelijke factoren van minder betekenis dan bij anorexia nervosa. Daarentegen speelt de verstoring in het verzadigingsgevoel, doordat de maag steeds meer uitrekt en er meer voedsel kan worden opgenomen, een belangrijke rol bij het in stand houden van de stoornis. Er bestaan ook kwetsbare factoren, zoals stemmingsgevoeligheid en een gebrek aan impulscontrole die door de vreetbuien over kunnen gaan in factoren die het gedrag in standhouden ('Ik eet omdat ik me slecht voel en ik voel me slecht omdat ik teveel gegeten heb'). Ten slotte komt de typische denkstijl ook voor bij boulimia patiënten, alleen wordt deze nog extra negatief benadrukt door het herhaaldelijk gevoel van falen/controleverlies tijdens een eetbui.

Hoe kunnen deze eetstoornissen behandeld worden?

Voornamelijk staat **gewichtsherstel** voorop, maar daarnaast moet er ook een goede behandeling worden gekozen om de onderliggende factoren, zoals het zelfbeeld, de lichaamsbeleving en het sociaal functioneren, te verbeteren. Bij jonge patiënten leidt gezinstherapie tot een beter resultaat dan individuele gesprekstherapie, maar ook een combinatie is een goede keuze. De behandeling vindt plaats bij de psychiatrie en dit kan al dan niet samengaan met een opname. Redenen voor een opname kunnen zijn dat de patiënt in een slechte fysieke toestand verkeerd, er een risico op zelfmoord of zelfbeschadiging bestaat en misbruik van alcohol of drugs. Patiënten moeten leren een normaal gewicht op een gezonde wijze in stand te houden en er moet uitgezocht worden wat de functie van het eetgedrag is om zo de achterliggende reden aan te kunnen pakken.

5. Persoonlijkheidsstoornissen: extreme persoonlijke eigenschappen

Wat is het?

Ieder mens heeft zo zijn eigenaardigheden. Er wordt gesproken van een persoonlijkheidsstoornis als er sprake is van een star en duurzaam patroon van gedachten, gevoelens en gedragingen die binnen de cultuur van de betrokkene duidelijk afwijkt van de verwachtingen en dat problemen veroorzaakt. In de praktijk blijken deze mensen vaak (vreemde) denkbeelden over zichzelf of anderen te hebben, hebben ze een (te) intens gevoel of juist geen gevoel, vertonen ze impulsiviteit of ze veroorzaken problemen in de omgang met anderen. Deze persoonlijke eigenschappen kunnen zo extreem en hinderlijk worden, dat iemands gedrag daardoor onberekenbaar, onvoorspelbaar of egocentrisch wordt. Hier kunnen anderen last van krijgen, maar vaak is het ook voor de mensen zelf erg vervelend.

Hoe vaak komt het voor en hoe komt men tot een diagnose?

In de algemene Nederlandse bevolking zou bij 1 op de 10 personen minimaal één persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd kunnen worden. Als gekeken wordt naar psychiatrische patiënten en behandelde verslaafden, is dat met 6 op de 10 personen een stuk hoger. Psychiatrische patiënten hebben naast hun psychiatrische aandoening dus vaak nog een persoonlijkheidsstoornis, ditzelfde geldt voor verslaafden. De persoonlijkheidsstoornis kan dan natuurlijk van invloed zijn op het behandelen van de aandoening.

De diagnose van een persoonlijkheidsstoornis is echter niet altijd eenvoudig te stellen; het verschil tussen normale en afwijkende karaktertrekken is vaak onduidelijk. Een psychiater moet zorgvuldig kijken of er van een persoonlijkheidsstoornis sprake is en welke dit is. Hij doet dit aan de hand van de DSM. Dit is een diagnostisch hulpmiddel waarin de kenmerken van psychiatrische stoornissen beschreven zijn, die nodig zijn om een diagnose te kunnen stellen.

Soorten

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis worden verdeeld in drie clusters:

- **Cluster A:** Paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Paranoïde mensen zijn vaak angstig en zien overal dreigingen of hebben het gevoel achtervolgd te worden. Een schizoïde

persoon heeft een diepgaande afstandelijkheid in sociale relaties en heeft moeite met het uiten van emoties. Een schizotypische persoon heeft ongebruikelijke gedachten, overtuigingen en ideeën.

- **Cluster B:** Antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Een antisociale patiënt heeft een groot gebrek aan respect en achting voor anderen. Bij borderline is er instabiliteit en impulsiviteit en zijn er veel en abrupte veranderingen in gevoelens, stemming, relaties, zelfbeeld en gedrag. Theatrale personen vallen op door hun kleurrijke, extraverte en dramatische gedrag. Narcistische personen hebben een overdadig groot gevoel van eigenwaarde.

- **Cluster C:** Ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

Ontwijkende personen hebben behoefte aan contact, maar zijn bang voor afwijzing en vernedering en gaan het contact uit de weg. Afhankelijke personen zien zichzelf als hulpeloos en minderwaardig. Bij obsessief-compulsief is er sprake van het perfect op orde hebben van zaken en ze niet willen delegeren. Typisch voor deze stoornis is vaak een controle- of wasdrang.

Gevolgen en behandeling

Een persoonlijkheidsstoornis kan van grote invloed zijn op iemands persoonlijke en sociale situaties, zoals in het gezin, vriendschappen of op het werk. Er ontstaat daardoor dus een grote beperking in het sociaal en persoonlijk functioneren. Vaak worden de problemen van deze mensen niet door anderen begrepen en voelen ze zich niet serieus genomen.

Er zijn voor personen met een persoonlijkheidsstoornis bepaalde voorwaarden voordat er met een behandeling gestart kan worden. De persoon in kwestie moet behandeld willen worden, moet bereid zijn om over het behandelplan te praten, mag niet verslaafd zijn en moet nadrukkelijk zelf iets willen veranderen aan zijn denken, voelen, handelen en zelfbeeld. Dit geeft dus al aan dat het soms vrij lastig kan zijn om mensen met een persoonlijkheidsstoornis te helpen. Vaak wordt er gebruik gemaakt van groepsbehandelingen waarbij aandacht wordt besteed aan het verwerken van ingrijpende ervaringen, herkennen van eigen problematiek en het leren handhaven van relaties.

6. Stemmingsstoornissen: hoge pieken, diepe dalen

Wat is een depressieve stoornis?

Men spreekt van een depressieve stoornis, wanneer tenminste vijf van de volgende symptomen, gedurende twee weken aanwezig zijn, en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren: hierbij is ten minste een van de symptomen ofwel depressieve stemming, ófwel verlies van interesse of plezier. Enkele andere symptomen waarmee men de diagnose kan stellen zijn de lichamelijke (vitale) klachten: doorslaapproblemen, moeheid, dag-schommelingen, eetlustverlies, gewichtsverlies en een verminderd seksueel verlangen. Over het algemeen geldt dat de ernst van de depressie wordt bepaald door het aantal aanwezige symptomen.

Oorzaak

Depressies hebben niet één duidelijke oorzaak, maar ontstaan door een combinatie van biologische (erfelijkheid), sociale (levensgebeurtenissen) en psychische factoren.

De kans dat iemand een depressie krijgt of niet, is afhankelijk van de kenmerken van iemands hersenen. De erfelijke aanleg speelt hierbij een hoofdrol. In sommige families komen depressies vaker voor dan in andere. De aanleg maakt mensen kwetsbaar, maar niet per se ziek. Er is sprake van een zwakke plek die aan het licht komt, wanneer de belasting te groot is. Vergelijk het met de Golden Gate hangbrug in San Francisco. Zelfs als er een paar kabels zijn geknapt, kan je hier rustig overheen blijven rijden met een lichte auto. Het loopt echter mis als er een zware vrachtwagen overheen rijdt. Deze kwetsbaarheid kan uitmonden in een depressie als de leefomstandigheden moeilijk zijn.

De zwakke plekken in de hersenen hebben te maken met de stofjes die zenuwcellen gebruiken om hun boodschappen uit te wisselen. Deze stofjes (serotonine, noradrenaline en dopamine) heten neurotransmitters. Ze zorgen voor onze emoties, eetlust en concentratievermogen. Te lage concentraties van deze stoffen vergroten de kans op depressie. Een depressie kan vervolgens worden

uitgelokt door ingrijpende levensgebeurtenissen (de auto of vrachtwagen die over de brug rijdt). Emotionele verwaarlozing in de jeugd blijkt bijvoorbeeld de kans op depressies tijdens het volwassen leven te vergroten. Een andere bepalende factor voor het al dan niet krijgen van een depressie is hoe een persoon in het leven staat; voorbeelden die de kans op een depressie vergroten zijn negatief denken, veel piekeren en een gebrekkig zelfvertrouwen.

Wat is een bipolaire (manisch-depressieve) stoornis?

Personen met een bipolaire stoornis hebben te maken met stemmingswisselingen. De persoon kan het ene moment heel uitgelaten zijn (manie), het andere moment heel erg neerslacting (depressie), afgewisseld met symptoomvrije perioden. Een manie en depressie kunnen ook in gemengde vorm voorkomen.

Kenmerken van een depressieve episode zijn gelijk aan een op zichzelf staande (bovenbeschreven) depressie. Een manische episode houdt minstens één week aan en beperkt de persoon in het alledaagse leven. Enkele voorbeelden van voorkomende verschijnselen zijn: grote spraakzaamheid, afgenomen slaapbehoefte, het gevoel de hele wereld aan te kunnen, gemakkelijke afleidbaarheid, drukke gedachten, verlies van het zicht op de realiteit en weinig ziekte-inzicht (het besef dat ze zich afwijkend gedragen ontbreekt). Aan het einde van een manische periode zijn patiënten meestal lichamelijk en emotioneel uitgeput. Twee veelvoorkomende bipolaire stoornissen zijn:

Bipolaire-I stoornis: Patiënt heeft tenminste één manische of gemengde episode. Hoewel een depressieve episode niet nodig is voor de diagnose, treedt deze normaalgesproken wel op.

Bipolaire-II stoornis: Patiënt bevindt zich één of meerdere malen in een depressieve episode en tenminste één keer in een hypomane (lichtere vorm van een manie) episode.

Hoewel de precieze oorzaak voor het ontstaan van de bipolaire stoornis nog onbekend is, denkt men dat dit voornamelijk erfelijk bepaald is. Daarnaast is bekend dat de stemmingsepisoden waarschijnlijk worden uitgelokt door stressfactoren (ingrijpende levensgebeurtenissen), waardoor betrokken delen van de hersenen bijvoorbeeld overmatig reageren op dergelijke prikkels en dus leidt tot een manie. Een bipolaire stoornis is moeilijk te herkennen (kan jaren duren) en de diagnose wordt vaak verkeerd gesteld. Symptomatische patiënten met een bipolaire stoornis bevinden zich het merendeel der gevallen in de depressieve fase. Bovendien zoeken mensen met deze stoornis meestal alleen hulp wanneer ze depressief zijn. Tijdens een manie voelt men zich immers vaak prima. Het is moeilijk te onderscheiden met een depressie omdat voor een bipolaire stoornis juist een afwisseling van episodens moet optreden. Nu blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten, die in eerste instantie werd gediagnosticeerd met een unipolaire depressie, een bipolaire stoornis heeft. Vanwege de verschillen in behandeling is een juiste diagnose echter van cruciaal belang.

7. Schizofrenie: meer dan alleen stemmen in je hoofd

Schizofrenie is een psychische aandoening. Zoals u in stukje 1 hebt kunnen lezen worden psychische aandoeningen in Nederland meestal gediagnosticeerd aan de hand van de **DSM-IV**. De [DSM-IV](#) omschrijft schizofrenie met de volgende kenmerken:

1. Er treden **minimaal twee positieve en/of negatieve symptomen** op.
 - a. Er zijn verschillende **positieve symptomen**. In de medische wereld worden deze wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak en chaotisch of katatoon gedrag genoemd. **Wanen** zijn denkbeelden die niet overeenkomen met de werkelijkheid (bijvoorbeeld ongegrond denken dat je achtervolgd wordt). **Hallucinaties** zijn waarnemingen zonder dat deze er echt zijn (bijvoorbeeld het horen van stemmen). **Onsamenhangende spraak** kan zich op verschillende manieren uiten. Zo kan iemand onlogische verbanden leggen, de draad kwijt raken of abstracte zaken letterlijk nemen. Er zijn ook verschillende vormen **katatoon en/of chaotisch gedrag**. Zo kan iemand volledig bewegingsloos zijn (stupor), stoppen met praten (mutisme), lang in rare houdingen liggen (zoals met het

- hoofd een paar centimeter boven het kussen zweven) of bewegingen/mimiek van een ander nabootsen.
- b. De **negatieve symptomen** bestaan uit vervlakking van het gevoel, gedachte- of spraakarmoede of apathie. Ook gaat de persoon zich minder goed verzorgen, heeft weinig energie en neemt minder initiatief. De negatieve symptomen van schizofrenie lijken op de symptomen van een depressie. Negatieve symptomen ontwikkelen zich meestal pas na verloop van tijd en wijzen op een slechte prognose.
 2. Het functioneren op het gebied van **werk, sociale relaties en zelfverzorging** is duidelijk verminderd.
 3. Gedurende **minstens zes maanden** zijn er voortdurend tekenen van de stoornis.
 4. Er kan niet worden aangetoond dat **een lichamelijke aandoening of gebruik van drugs of medicijnen** de stoornis veroorzaakt en in stand houdt.

We weten nu wat de symptomen van schizofrenie zijn. Maar hoe ontstaat schizofrenie en wat gebeurt er bij schizofrenie eigenlijk in de hersenen?

Op dit moment is het precieze ontstaansmechanisme van schizofrenie niet bekend. Men weet dat er factoren zijn die het risico op het krijgen van schizofrenie verhogen, zoals **het gebruik van cannabis** (twee keer hogere kans) en het **voorkomen van schizofrenie in de familie** (5 tot 10 keer hogere kans). Ook is er veel onderzoek gedaan naar de hersenen en schizofrenie. Op dit moment wordt gedacht dat de neurotransmitter **dopamine** een belangrijke rol speelt bij schizofrenie. In de hersenen bestaan verschillende circuits waar dopamine zorgt voor het doorgeven van signalen. **Overactiviteit** van dopamine in één van deze circuits (*mesolimbische circuit*), zou zorgen voor de **positieve symptomen**, terwijl **te lage activiteit** van dopamine in een ander circuit (*mesocorticale circuit*) juist zorgt voor de **negatieve symptomen** van schizofrenie.

Nu we een idee hebben van de werking van de hersenen en schizofrenie, kunnen we bedenken welk soort medicijnen er gebruikt kan worden. De medicijnen tegen schizofrenie worden **antipsychotica** genoemd en er bestaan twee soorten:

1. **Klassieke antipsychotica:** Deze vorm van antipsychotica remmen de werking van dopamine in alle circuits. Hierdoor neemt de overactiviteit af in het mesolimbische circuit, waardoor de positieve symptomen afnemen. Echter, de te lage activiteit in het mesocorticale circuit daalt nog verder, waardoor méér negatieve symptomen kunnen ontstaan. Bovendien kunnen bijwerkingen ontstaan in de andere circuits waarin dopamine werkt.
2. **Atypische antipsychotica:** Dit is een nieuwere vorm van antipsychotica. Deze medicijnen remmen ook de werking van dopamine, maar werken specifiek op bepaalde circuits. De kans op bijwerkingen is daardoor lager.

8. Angststoornissen: wanneer angst een probleem wordt

Een angststoornis is een psychische aandoening die zich kenmerkt door de aanwezigheid van een pathologische angst. Angst is een gevoel dat optreedt bij dreigend gevaar. De emotie ontstaat als het welzijn van een persoon direct wordt bedreigd, maar ook als een persoon een situatie als bedreigend ervaart. Angsten kunnen kortdurend zijn, maar ook langdurend, soms zelfs levenslang. Als een angst geen reële grond heeft en de betrokken persoon er sociale problemen door ondervindt, is er sprake van een stoornis. Sommige van deze aandoeningen worden fobieën genoemd. Symptomen die bij een angststoornis optreden zijn depressieve gevoelens, extreme angst, versnelde ademhaling, versnelde hartslag, hartkloppingen, overmatige transpireren, hoge bloeddruk, opvliegers, koude rillingen, droge mond, duizeligheid en hoofdpijn. Bij chronisch angst gaat het meer om symptomen als een slap gevoel, stijve spieren, slaapstoornissen, depressie, geen behoefte aan seks, niet in staat zijn zich te ontspannen, nachtmerries en hyperventilatie.

Angststoornissen zijn in de psychiatrie de meest voorkomende aandoeningen. Over het algemeen komen angststoornissen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De groep angststoornissen is in het DSM-IV (Diagnostische boek in de psychiatrie) als volgt ingedeeld (de belangrijkste groepen):

1. Paniekstoornis met en zonder agorafobie: Het belangrijkste kenmerk van de stoornis is het regelmatig optreden van paniekaanvallen. Paniek is normaal in een (levens-)gevaarlijke situatie, maar in het geval van een paniekstoornis is de paniek pathologisch van aard en de mate van paniek staat niet in verhouding tot de omstandigheden. Vaak ontwikkelen mensen met een paniekstoornis ook een angst voor openbare ruimtes, genoemd agorafobie.

2. Sociale fobie: Iemand die aan deze stoornis lijdt, heeft angst, grote onzekerheid en verlegenheid voor alledaagse sociale interacties en gebeurtenissen, bijvoorbeeld feestjes, vergaderingen en soms telefoneren of boodschappen doen. Angst voor afwijzing, commentaar, kritiek, pesten en uitlachen.

3. Specifieke fobie: Bij een specifieke fobie beperkt de angst zich tot specifieke situaties, objecten of zelfs mensen (bijvoorbeeld hoogten, onweer, spinnen).

4. Obsessief-compulsieve stoornis (OCD): Deze stoornis wordt gekenmerkt door obsessieve gedachten en compulsieve/dwangmatige handelingen zoals schoonmaken, controleren, tellen of verzamelen. Dit omdat deze mensen bang zijn voor negatieve consequenties als de handen bijvoorbeeld niet genoeg gewassen zijn. Deze mensen komen in een kringloop van zinloze gedachten en acties terecht die heel moeilijk zijn te doorbreken.

5. Gegeneraliseerde angststoornis: Dit is een stoornis waarbij de patiënt lijdt aan langdurige buitensporige angstgevoelens en zorgen, die moeilijk onder controle te krijgen zijn en die met betrekking tot frequentie, intensiteit en duur niet in verhouding tot hun feitelijke bron staan.

6. Posttraumatische stress-stoornis (PTSD): De aandoening ontstaat als gevolg van ernstige stress gevende situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel of een bedreiging van de fysieke integriteit. Deze situaties zijn voor de persoon traumatisch. Voorbeelden zijn soldaten die erge dingen hebben meegemaakt tijdens de oorlog of slachtoffers van een verkrachting.

Angststoornissen kunnen worden behandeld met medicatie of cognitieve gedragstherapie of een combinatie van deze twee.

Cijfers

19% van de Nederlanders heeft ooit in zijn leven last van een angststoornis.

Percentage van mensen in Nederland met een angststoornis:

Sociale fobie: 7,8%

Specifieke fobie: 10,1%

Paniekstoornis: 3,8%

Dwangstoornis (OCD): 0,9%

Gegeneraliseerde angststoornis: 2,3%

9. Psychiatrische kinder'ziektes'

Ontwikkelingsstoornissen zijn stoornissen die ontstaan in de **kindertijd** en (bijna altijd) voortduren tot in volwassenheid. Ze ontstaan al vroeg in de ontwikkeling als het kind nog in de baarmoeder zit. De ontwikkeling van een kind wordt beïnvloedt door **erfelijke factoren** en **omgevingsfactoren**. Dit betekent dat deze factoren ook allebei een effect hebben op de hersenontwikkeling, wat van

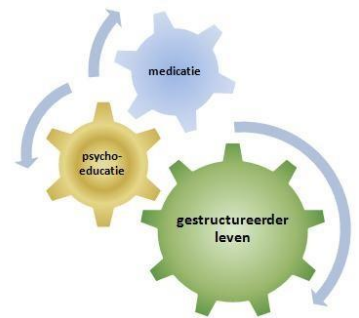


belang is bij ontwikkelingsstoornissen. Zo kan een kind meer risico lopen om een ontwikkelingsstoornis te krijgen door bepaalde erfelijke informatie in combinatie met een afwijkende omgeving in de baarmoeder. Onder ontwikkelingsstoornissen vallen de bekende stoornissen **aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD)** en de **autismespectrumstoornis (ASS)**.

Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD)

ADHD is een stoornis die wordt gediagnosticeerd op basis van een cluster symptomen met behulp van de **DSM-4/5**. De diagnose wordt gebaseerd op criteria (symptomen) gerelateerd aan **aandachtstekort** en aan **hyperimpulsiviteit/hyperactiviteit**. De criteria voor de diagnose ADHD zijn **subjectieve criteria**. De media heeft recentelijk controversie laten zien omtrent de diagnose ADHD: wanneer heeft een kind écht ADHD? Krijgen drukke kinderen te snel de 'stempel' ADHD? Voor artsen is en zal dit een lastige vraag blijven, aangezien er geen objectieve criteria zijn voor het stellen van de diagnose en het starten van therapie.

Er zijn verschillende **behandelingen** mogelijk voor ADHD. Deze behandelingen zijn gericht op het bestrijden van de symptomen, want het kan (nog) niet genezen worden. De behandeling bestaat uit de volgende onderdelen: **verandering in leefstijl**, **psychologische therapie** en **medicatie**. De verandering van een chaotisch naar een gestructureerd leven blijkt een positief effect te hebben op de symptomen. Daarnaast kan psychologische therapie worden aangeraden; deze therapie bestaat uit cognitieve gedragstherapie (het nadenken over je eigen gedrag) en groepstherapie. Verder zijn er verschillende medicijnen die zorgen voor een afname in ADHD symptomen. In Nederland is **Ritalin** (methylfenidaat) de meest gebruikte ADHD medicatie. Een combinatie van verschillende therapieën is het meest effectief.



Autismespectrumstoornis (ASS)

Bij een autismespectrumstoornis zijn verschillende hersengebieden anders ontwikkeld. Hoewel nog niet precies bekend is welke delen van de hersenen vooral afwijken, lijken onder andere het limbische systeem (het deel van de hersenen dat betrokken is bij emoties) en het cerebellum (dat bewegingen coördineert) aangedaan te zijn. Deze afwijkingen uiteten zich op verschillende terreinen. Het bekendst zijn de problemen die kinderen met een autismespectrumstoornis hebben met **sociale vaardigheden**. Zo zijn er problemen het begrijpen van en uitvoeren van **sociale rituelen** (zoals een hand geven bij begroeting) en het **herkennen van emoties, intenties en wensen** van zowel anderen als zichzelf. Mensen met autisme zien bijvoorbeeld wel dat iemand huult, maar interpreteren dit niet als verdriet. Dit vermogen om zich te verplaatsen in anderen, dat dus verminderd is bij autisme, wordt in de psychologie **Theory of Mind** genoemd. Naast de problemen op het gebied van sociale vaardigheden kunnen er ook andere problemen zijn zoals problemen met de **communicatie** (achterstand met de taalontwikkeling of afwijkend taalgebruik) en **gedragsproblemen** (moeilijker flexibel reageren op veranderingen of herhaaldelijke gekke bewegingen maken). Behandeling bij autismespectrumstoornissen is **niet gericht op genezing**, dit is namelijk niet mogelijk. Wel kan door verschillende maatregelen geprobeerd worden iemand beter te laten functioneren. De behandeling grijpt op drie punten aan, namelijk **aanpassing van de omgeving** (aanbrengen van structuur, regelmaat en orde en begeleiding), **verbeteren van psychologisch functioneren** (bijvoorbeeld door sociale vaardigheidstraining) en soms **medicijnen** (bijvoorbeeld als iemand heel angstig of agressief is).

10. Wat is de winst van medicatie in de psychiatrie?

NZG STOPPEN MET ROKEN EVEN EFFECTIEF ALS ANTIDEPRESSIVA - 09 april '14

Stoppen met roken geeft een effect gelijk aan antidepressiva. Mensen die stoppen met roken hebben 6 weken na het stoppen aanzienlijk minder last van depressie en angststoornissen, ook mensen die reeds voor het stoppen aan deze aandoeningen lijden. Dit meldt Scientias naar aanleiding van een publicatie in het British Medical Journal.

Onderzoekers ontdekten na een analyse van 26 grote studies dat de effecten van het stoppen met roken heel groot zijn. In veel gevallen stond het effect gelijk aan of was zelfs groter dan het slikken van antidepressiva.



nrc.nl

• 29 april 2014, 13:56

Antidepressiva gevaarlijk voor jeugd

WETENSCHAP Antidepressiva in hoge doseringen kunnen zelfmoordneigingen bij jongeren flink vergroten. Dat schrijven Amerikaanse epidemiologen vandaag in het wetenschappelijke tijdschrift [JAMA Internal Medicine](#).

door Sander Voormolen

Waarom zouden we überhaupt nog medicatie gebruiken voor psychiatrische aandoeningen? Er wordt heel verschillend gekeken naar het gebruik van medicatie in de psychiatrie. Soms lijkt het namelijk de makkelijkste en minst tijdrovende oplossing, maar wanneer wordt gekeken naar de effectiviteit van de behandeling, is dit maar de vraag.

In de psychiatrie vindt diagnostiek veelal plaats op basis van een opsomming van symptomen, terwijl de medicamenteuze behandeling gebaseerd is op het terug in balans brengen van een bepaalde neurotransmitter. Bepaalde ziektebeelden zijn geassocieerd met een tekort of een teveel aan een bepaalde neurotransmitter. Door medicatie te gebruiken wordt geprobeerd de balans weer terug te krijgen.

De belangrijkste groepen medicatie zijn:

- **Middelen bij dementie**

Bij dementie staan geheugenproblemen veelal op de voorgrond. Deze problemen zijn in verband gebracht met een tekort aan acetylcholine (een neurotransmitter). Acetylcholine speelt ook een rol in andere plekken van het lichaam en de bijwerkingen van deze middelen zijn dan ook maagdarmklachten en duizeligheid.

- **Antipsychotica**

Antipsychotica worden gebruikt voor de behandeling van psychosen (denk ook aan schizofrenie), een delier, obsessief-compulsieve stoornis en tic-stoornissen. Bij schizofrenie kunnen ze ook psychosen voorkómen. Ze remmen de dopaminebanen en hebben daardoor invloed op de motoriek. Zo kunnen krampen, parkinson-achtige symptomen (parkinsonisme) en onrust ontstaan als bijwerkingen.

- **Antidepressiva**

Antidepressiva worden al lang niet meer alleen gebruikt voor depressieve stoornissen. Antidepressiva worden namelijk ook gebruikt voor angst-, dwang-, pijn- en eetstoornissen. Antidepressiva zorgen voor een toename van serotonine, noradrenaline en/of dopamine (allen neurotransmitters). Afhankelijk van welke neurotransmitter wordt beïnvloed, treden er andere bijwerkingen op.

- Geen van de antidepressiva werkt meteen. Een merkbare vermindering van de klachten wordt op zijn vroegst pas duidelijk na één tot twee weken behandeling. Meestal nemen eerst de problemen met het slapen af (de patiënt slaapt gemakkelijker in en wordt minder vroeg 's morgens wakker) en -indien aanwezig- de angstsymptomen.
- Bij mensen die niet aan een depressie lijden, hebben antidepressiva geen effect op de stemming
Gezonde mensen gaan zich er dus niet beter of "high" van voelen. Daarom is geen van de antidepressiva verslavend.
- Gewenning aan de werkzaamheid treedt niet op.
Dat wil zeggen: de effectiviteit van de antidepressiva vermindert niet, zelfs niet na jarenlang gebruik (of dit ook voor de alle nieuwe antidepressiva geldt is nog niet onderzocht).

- **Stabilisatoren**

Stemmingsstabilisatoren worden zo genoemd omdat ze de pieken (manie) en dalen (depressie) in de stemming van patiënten met manisch-depressieve stoornis afvlakken, anders gezegd: ze stabiliseren het gemoed. Bij mensen met een redelijk stabiele stemming (die dus geen uitgesproken pieken en dalen vertonen) hebben deze middelen weinig tot geen effect. Van de drie stemmingsstabilisatoren is lithium de bekendste. Het wordt sedert de jaren vijftig gebruikt, maar de werking is nog niet helemaal duidelijk. In ieder geval worden serotonine en noradrenaline beïnvloed.

- **Kalmeringsmiddelen**

Benzodiazepinen werken zo ongeveer als alcohol: angstverminderend, ontspannend en ontremmend bij hogere dosering. Benzo's, zoals ze afgekort ook genoemd worden, zijn niet geschikt zijn voor langdurig gebruik aangezien gewenning en verslaving optreedt. Ze worden gebruikt als slaaptabletten, om angst te dempen en tegen alcoholontweningsverschijnselen.

Met alle kennis die er inmiddels verworven is over hoe de geneesmiddelen werken, is er nog steeds veel discussie over wanneer medicatie moet worden ingezet. Niet alleen in de media, maar ook binnen de beroepsgroep. De kloof tussen de huidige diagnostiek en medicamenteuze behandeling moet langzaamaan gedicht worden door het doen van onderzoek in de psychiatrie.