

Mens en Gezondheid 2

Werkcollege 3

Stemmingsstoornissen: bipolaire stoornissen

Angststoornissen

Quiz: vorige les

Welk van onderstaande stellingen is juist?

- a) Depressie kent een 'automatisch' herstel binnen de drie maanden voor meer dan de helft van de cliënten.
- b) Cliënten met een depressieve stoornis kennen altijd een dof/levenloos gevoel.
- c) Een kenmerk voor depressie is verandering in het lichamelijk functioneren. Een voorbeeld hiervan is gewichtsveranderingen, dit kan aankomen of afvallen zijn.
- d) Twee criteria die essentieel is voor het vaststellen van een depressie zijn een sombere stemmingen hebben OF verlies van interesse of plezier.

Quiz vorige les

Wat klopt niet in de onderstaande stelling?

Een groot verschil tussen depressie en een persisterende depressieve stoornis (dysthymie) is dat de symptomen in het tweede geval milder zijn. Wanneer iemand langer dan 1 jaar voldoet aan de criteria van een depressie, voldoen ze altijd ook aan de criteria van dysthymie.

Quiz vorige les

Over welke 'ernst' van een depressie spreken we hier?

Jan kampt al enkele weken met sombere/depressieve gevoelens. De klachten worden erger, hij merkt een grotere impact op zijn functioneren en zijn energieniveau daalt aanzienlijk sneller dan normaal. Hij zet zich in om nog zoveel mogelijk van zijn 'normale' activiteiten verder te zetten, maar dit lukt niet altijd.

Quiz vorige les

Welk van onderstaande stellingen is juist?

- a) Volgens de psychodynamische visie is depressie, volgens Freud, een gevolg van niet vervulde kindwensen.
- b) Volgens de psychodynamische visie is depressie, volgens Freud, een gevolg van het niet kunnen verwerken van het verlies van een persoon of zaak.
- c) Volgens de humanistische visie is depressie een gevolg van het niet kunnen geven van betekenis aan eigen bestaan.
- d) De kern van een depressie is volgens de cognitieve visie de persoonlijke schema's van een persoon.

Stemmingsstoornissen: Bipolaire stoornissen

Vandaag op het programma

- Wat is het?
- Hoe herken je het?
- Wat zijn de kenmerken/criteria?
- Hoe stellen we een diagnose?
- Hoe ontstaat het?/wat zijn risicofactoren?
- Wat met comorbiditeit?
- Met welke andere diagnoses houden we rekening?
- Hoe ziet de behandeling eruit?
- Wat is de prognose?

Introductie

- Kent er iemand een persoon met een bipolaire stoornis? Zo ja, wil je hier iets over delen?
- Welke kenmerken van deze stoornis kennen jullie?

Wat is het?

- (Meestal) terugkerende stemmingsstoornis
- Herhaald optreden van heftige en extreme stemmingsschommelingen:
 - Depressie
 - Manie
 - Hypomanie
 - Gemengd
- Episoden kunnen afgewisseld worden met episode van normale stemming, maar ook direct in elkaar overgaan.

Stemmingschommelingen: depressie

Casus: Mark voelt zich extreem neerslachtig en hopeloos. Hij verliest interesse in de meeste activiteiten en heeft moeite met het uitvoeren van dagelijkse taken. Mark slaapt slecht en heeft weinig energie. Zijn eetlust is verminderd, wat leidt tot gewichtsverlies. Hij denkt vaak aan zelfmoord en heeft moeite om positieve gedachten te vinden. Mark is erg traag in zijn denken en bewegen, en hij voelt zich volledig uitgeput, zowel fysiek als mentaal.

Stemmingschommelingen: depressie

- Gelijkaardig aan unipolaire depressie
 - Depressieve stemming en verlies van belangstelling
 - Afgenomen of toegenomen eetlust en gewicht
 - Insomnia of hypersomnia
 - Moeheid en energieloosheid
 - Gevoelens van waardeloosheid en schuld
 - Preoccupatie met dood of suïcide gedachten
 - In ernstige gevallen: psychotische verschijnselen

...

Stemmingschommelingen: manie

- Op volgende website kan je een zelftest vinden waarin een aantal symptomen van een manische episode worden bevroegd:

<https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/mdq/>

- Bekijk de vragen en noteer voor jezelf enkele belangrijke kenmerken.

(Kenniscentrum bipolaire stoornissen, 2023)

Stemmingschommelingen: manie

Twee weken na de depressieve episode maakt Mark een manische episode mee. Hij voelt zich buitengewoon opgewonden en energiek, veel meer dan normaal. Hij slaapt slechts enkele uren per nacht, maar voelt zich desondanks uitgerust en vol energie gedurende de dag. Mark heeft een extreem hoge eigenwaarde en denkt dat hij in staat is om alles te bereiken. Hij begint impulsieve en roekeloze beslissingen te nemen, zoals het uitgeven van grote hoeveelheden geld aan onnodige aankopen en het nemen van risico's op zijn werk. Zijn gedachten gaan razendsnel en springen van het ene onderwerp naar het andere. Mark is erg spraakzaam, onderbreekt anderen vaak en heeft moeite om zich te concentreren. Hij begint nieuwe projecten, maar heeft moeite om ze af te maken.

Manische episode DSM 5

A. Een duidelijk herkenbare periode met een abnormale en persisterend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming, en een abnormaal en persisterend verhoogde doelgerichte activiteit of energie, gedurende minstens één week en het grootste deel van de dag, bijna elke dag aanwezig (of elke duur wanneer opname in een ziekenhuis noodzakelijk is).

B. Tijdens de periode van de stemmingsstoornis en de toegenomen energie of activiteit zijn drie (of meer) van de volgende symptomen (vier indien de stemming alleen prikkelbaar is) significante mate aanwezig en wijken deze opvallend af van het normale gedrag:

1. Opgeblazen gevoel van eigenwaarde, of grandiositeit.
2. Verminderde slaapbehoefte (bijvoorbeeld voelt zich uitgerust na slechts drie uur slaap).
3. Spraakzamer dan gebruikelijk of spreekdrang.
4. Gedachtevlucht of de subjectieve beleving dat de gedachten gejaagd zijn.
5. Verhoogde afleidbaarheid (dat wil zeggen: de aandacht wordt te gemakkelijk getrokken door onbelangrijke of niet ter zake doende externe prikkels), volgens de betrokkene zelf, of door anderen waargenomen.
6. Toename van doelgerichte activiteit (ofwel sociaal, op het werk of op school ofwel seksueel) of psychomotorische agitatie (dat wil zeggen: nutteloze niet-doelgerichte activiteit).
7. Zich excessief bezighouden met activiteiten waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen (bijvoorbeeld ongeremde koopzucht, seksuele onbezonnenheid of onbezonnen zakelijke investeringen).

C. De stemmingsstoornis is voldoende ernstig om duidelijke beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren te veroorzaken, werk, of opname in een ziekenhuis noodzakelijk te maken om schade voor zichzelf of anderen te voorkomen, of er zijn psychotische kenmerken.

D. De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals een drug, medicatie of een andere behandeling) of, een somatische aandoening.

Stemmingschommelingen: manie

- In ernstige gevallen:
 - psychotische verschijnselen
 - geen ziektebesef

Stemmingschommelingen: hypomanie

De afgelopen twee weken heeft Mark een duidelijke verandering in zijn stemming en gedrag opgemerkt. Hij voelt zich over het algemeen erg goed, veel beter dan normaal. Mark is energiek en heeft veel minder slaap nodig dan gewoonlijk. Hij staat 's ochtends vroeg op vol energie en is enthousiast over de dag die voor hem ligt. Hij begint nieuwe projecten met veel enthousiasme en heeft het gevoel dat hij alles aankan. Verder merkt hij nog andere veranderingen op: hij is spraakzamer dan normaal en praat snel; zijn gedachten racen en gaan van het ene idee naar het andere; Mark is socialer dan gewoonlijk en zoekt vaak het gezelschap van anderen op. Hoewel Mark zich in een hypomane staat bevindt, zijn de symptomen minder extreem dan die bij een volledige manische episode. Hij heeft nog steeds enig inzicht in zijn gedrag en is niet roekeloos of gevaarlijk impulsief.

Stemmingschommelingen: hypomanie

- Manische symptomen zijn minder hevig
- Afwijkend van het normale gedrag maar geen verstoring van het alledaags functioneren of ziekenhuis opname noodzakelijk
- Geen psychotische verschijnselen

Hypomane episode DSM5

- A. Een duidelijk herkenbare periode met een abnormale en persisterend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming, en een abnormaal en persisterend verhoogde doelgerichte activiteit of energie, gedurende **minstens vier achtereenvolgende dagen en het grootste deel van de dag, bijna elke dag aanwezig**.
- B. Tijdens de periode van de verhoogde stemming en de toegenomen energie of activiteit zijn drie (of meer) van de volgende symptomen (vier indien de stemming alleen prikkelbaar is) persisterend en in significante mate aanwezig en wijken deze opvallend af van het normale gedrag:
1. Opgeblazen gevoel van eigenwaarde, of grandiositeit.
 2. Verminderde slaapbehoefte (bijvoorbeeld voelt zich uitgerust na slechts drie uur slaap).
 3. Spraakzamer dan gebruikelijk of spreekdrang.
 4. Gedachtevlucht of de subjectieve beleving dat de gedachten gejaagd zijn.
 5. Verhoogde afleidbaarheid (dat wil zeggen: de aandacht wordt te gemakkelijk getrokken door onbelangrijke of niet ter zake doende externe prikkels), volgens de betrokkene zelf, of door anderen waargenomen.
 6. Toename van doelgerichte activiteit (ofwel sociaal, op het werk of op school ofwel seksueel) of psychomotorische agitatie.
 7. Zich excessief bezighouden met activiteiten waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen (bijvoorbeeld ongeremde koopwoede, seksuele onbezonnenheid of onbezonnen zakelijke investeringen).
- C. De episode gaat gepaard met een onmiskenbare verandering in het functioneren die niet kenmerkend is voor de betrokkene wanneer deze symptoomvrij is.
- D. De verhoogde stemming en veranderingen in het functioneren kunnen door anderen worden waargenomen.
- E. **De episode is niet ernstig genoeg om duidelijke beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren te veroorzaken** of **opname in een ziekenhuis** noodzakelijk te maken. Als er psychotische kenmerken aanwezig zijn, is de episode per definitie manisch.
- F. De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals een drug, medicatie of een andere behandeling).

Stemmingschommelingen: gemengd

Het begon allemaal met een gevoel van innerlijke onrust dat hij niet kon verklaren. Mark merkte dat hij minder sliep dan normaal, maar in plaats van de gebruikelijke manie die hij had ervaren tijdens vorige episoden, voelde hij zich vermoeid. Zijn gedachten raasden, maar ze waren gevuld met donkere en sombere gedachten die hij maar moeilijk kon afschudden.

Mark kon niet stilzitten. Hij bewoog voortdurend, alsof hij probeerde te ontsnappen aan de onzichtbare demonen in zijn hoofd. Zijn vrienden en familie merkten op dat hij rusteloos leek, en hij kon hun bezorgdheid niet begrijpen.

Tijdens gesprekken was Mark prikkelbaar. Kleine dingen konden hem boos maken, en hij reageerde soms op een manier die buitenproportioneel leek. Zijn gedachten waren onsamenhangend en sprongen van het ene onderwerp naar het andere, waardoor het moeilijk was om een zinvolle conversatie te voeren.

Wat Mark het meest verwarde, was de combinatie van gevoelens. Hoewel hij zich rusteloos en opgewonden voelde, was er een diepe somberheid die hem leek te achtervolgen. Hij voelde zich wanhopig en hopeloos, en zijn zelfbeeld was tot een dieptepunt gedaald.

Stemmingschommelingen: gemengd

- Manische en depressieve verschijnselen treden aanhoudend gelijktijdig of in zeer snelle afwisseling op.

Bipolaire stoornis: classificatie

- Bipolaire spectrum:
 1. Bipolaire 1 stoornis
 2. Bipolaire 2 stoornis
 3. Cyclothymie
 4. Rapid cycling

Bipolaire 1 stoornis	Bipolaire 2 stoornis	Cyclothyme	Rapid Cycling
<ul style="list-style-type: none"> • Minstens één manische episode aanwezig gedurende het leven; • Deze episode mag gevolgd worden door of voorafgaand zijn door een depressieve of hypomanische episode. 	<ul style="list-style-type: none"> • Minstens één hypo manische en minstens één depressieve episode heeft zich voorgedaan • Er heeft zich nooit een manische episode voorgedaan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Talrijke perioden met depressieve en (hypo)manische symptomen die niet voldoen aan de criteria van een depressieve/manische/hypomanische episode; 	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer er vier of meer stemmingsepisoden zijn binnen een jaar.

Cyclothyme stoornis DSM5

- A. Minstens twee jaar (één jaar bij kinderen en adolescenten) zijn er talrijke perioden met lichte manische symptomen geweest die niet voldoen aan de criteria van een hypomanische episode, en talrijke perioden met depressieve symptomen die niet voldoen aan de criteria voor een depressieve episode
- B. Gedurende bovengenoemde tijdspanne van twee jaar (één jaar bij kinderen en adolescenten) zijn de perioden met lichte manische en depressieve symptomen minstens de helft van de tijd aanwezig geweest en is de betrokkene niet langer dan twee maanden achtereen symptoomvrij.
- C. Er is nooit voldaan aan de criteria voor een depressieve, manische of een hypomanische episode.
- D. De symptomen in criterium A kunnen niet beter worden verklaard door een schizo-affectieve stoornis, schizofrenie, een schizofreniforme stoornis, een waanstoornis of een andere gespecificeerde of ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis.
- E. De symptomen kunnen niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals een drug of medicatie) of een somatische aandoening (zoals hyperthyreoïdie).
- F. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatig functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Prevalentie

- Bij ongeveer **1,5% tot 2%** van de wereldbevolking (alle types samen, afzonderlijk geen duidelijk cijfers beschikbaar);
- Evenveel bij mannen als bij vrouwen (in tegenstelling tot depressie).
- Begint zich te manifesteren tussen de 15-25 jaar.

Risicofactoren

Samenspel van verschillende factoren:

- Genetische kwetsbaarheid: kinderen van ouders met bipolaire stoornis hebben 10 keer zoveel kans om zelf ook de stoornis te krijgen
- Factoren in de ontwikkeling van het individu
- Temperament (persoonlijkheid);
- Gebruik van middelen/medicatie;
- Chronische somatische aandoeningen;
- Copingmechanisme

Culturele verschillen

- Weinig onderzoek naar culturele voorspellers;
- Weinig onderzoek naar culturele invloeden op uiting van bipolaire stoornis;
- Beperkt onderzoek ziet een hogere prevalentie in de westerse wereld dan ergens anders in de wereld;
- Wel onderzoek naar invloed van cultuur op behandeling van personen met een stemmingsstoornis.

Comorbiditeit

- Angststoornissen (komt bij 3/4 van patiënten met bipolaire stoornis voor);
- ADHD diagnose;
- Impulsbeheersingsstoornissen
- Stoornissen in gebruik van middelen;
- Somatische aandoeningen (bv. obesitas, hypertensie, hart en vaatziekten).

Impact op levensverwachting en levenskwaliteit

- Risico op vroegtijdig overlijden:
 - Levenslang risico op suïcide 15 maal hoger dan bij algemene bevolking;
 - Voorgeschiedenis van pogingen/gedachten verhoogt dit nog meer;
 - Tijdens manische episode zijn personen vaak een gevaar voor zichzelf.
 - Sterfte door hart – en vaatziekten
- Vaak ook: hogere werkloosheid, breken met familie, enz.

Diagnostiek

‘Tussen het begin van de ziekte en de diagnose verstrijkt er gemiddeld tien jaar’.

Diagnostiek

- Een **volledig** psychiatrisch onderzoek:
 - Ontwikkelingsanamnese ;
 - Voorgeschiedenis;
 - Stamboomonderzoek;
 - Duur/ernst/plaats/... van episodes;
 - Actuele psychosociale stressoren;
 - Behandelingsgeschiedenis (medicatie voor andere aandoeningen etc.);
 - Somatische aandoeningen uitsluiten;
 - Niveau huidig sociaal, professioneel en interpersoonlijk functioneren;
 -



Indien mogelijk aangevuld door een naaste (ouders, partner,...)

Diagnostiek: stap 1 - assessment

Kwalitatief

- Informatie uit volledig psychiatrisch onderzoek.

Kwantitatief

- Mood Disorder Questionnaire (MDQ)
- BDI
- Bipolariteitsindex
- CBCL Manie Schaal (kinderen)
- Life chart methode (zelfrapportage)
- Bech Rafaelsen Mania Scale
- ...

Diagnostiek: stap 1 - assessment

- Maak groepjes van 3 of 4 studenten
 - Bekijk de casus op de volgende slide;
 - Formuleer 5 vragen die je aan de cliënt zou willen stellen om de hypothese bipolaire stoornis (en de verschillende types) te verkennen;
 - Motiveer elke vraag!



Elk groepje kiest een woordvoerder, elk groepje geeft 2 vragen die ze hebben genoteerd en de motivatie!

*Victoria Overman, een 58-jarige evenementenorganisator, heeft een afspraak met een psychiater wegens angstklachten. Mevrouw Overman verschijnt goed gekleed en lichtelijk geagiteerd op het consult. Ze spreekt in een normaal tempo en vertelt dat haar depressieve symptomen twee jaar eerder zijn begonnen toen ze de scheiding van haar vierde echtgenoot in gang had gezet. Ze kreeg een sombere stemming en had zorgen over de toekomst die verlamvend werkten, en ze kon zich slecht concentreren. Hierna kreeg zij ook **anhedonie** en een afgenomen energie, hypersomnie met onderbroken slaap, passieve suïcidegedachten en een verhoogde eetlust met een hunkering naar koolhydraten. Ze is gestopt met haar werk als evenementenorganisator en bleef steeds vaker het grootste deel van de dag in bed.*

De psychiater vraagt aan jou om een anamnese uit te voeren.

Anhedonie = het niet meer kunnen ervaren van vreugde

Diagnostiek: stap 2 – diagnose

- De diagnose zal gesteld worden door een psychiater. Als PC kunnen we **geen** diagnose stellen, maar wel helpen bij het assessment.
- Obv. de gegevens uit de assessment (even eventueel bijkomende informatie vanuit eerdere gesprekken) wordt het besluit genomen om een diagnose te stellen.

Diagnostiek: stap 3 – terugkoppeling naar cliënt

- Wat is hier belangrijk volgens jou?
- Wanneer doen we dit?
- Doen we dit alleen met de cliënt? Of vragen we een naaste om dit bij te wonen?

Behandeling

- **Biologische** interventies:
 - Stemningsstabilisatoren;
 - Antidepressiva;
 - **Profylactisch** te werk gaan.
- **Psychologische** interventies:
 - Het creëren van structuur;
 - Psycho-educatie als basis;
 - Netwerk betrekken;
 - Bewindvoerder aanstellen;
 - Psychotherapie gericht op coping, herkennen/erkennen van emoties,....;

Tijdens **depressieve episodes** gelijkaardige behandelingen als bij een depressie.

Bij acute aanvallen van manie staat veiligheid altijd centraal! Dit kan door het bevroeren van bankrekeningen, afnemen autosleutels,....

Oefenen!

Terwijl Jan nauwelijks op zijn stoel kan blijven zitten en verwoed op een geel notitieblok zit te schrijven, doet zijn partner verslag van de recente gebeurtenissen. Ze is zelf een beetje over haar toeren en begint een waterval van informatie op je af te vuren. Hij vertelt dat het goed ging met Ruth tot ongeveer een maand geleden. Op dat moment begon hij met een relatief groot project op het werk. Na ongeveer tien dagen met weinig slaap, werd patiënt gespannen, een beetje gedreven en begon hij 'glazig uit zijn ogen' te kijken. Die avond zijn ze samen naar een feestje geweest om de voltooiing van het project te vieren. Ondanks dat Jan jarenlang naar AA-bijeenkomsten is geweest en geen drugs meer heeft gebruikt, heeft hij op die avond een stimulerend middel, methamfetamine (crystal meth), genomen. Omdat Jan acuut angstig en achterdochtig werd over dat hij zouden worden achtervolgd, heeft hij drie martini's gedronken. Desondanks kon hij die nacht niet slapen. De daaropvolgende dagen werd Jan minder achterdochtig, maar hij leek steeds meer afgeleid en zijn spraak werd meer gedreven.

Jan is zich helemaal niet bewust van die avond en blijft maar verder schrijven in zijn boekje. Hij heeft een heleboel ideeën om te voorkomen dat hij ooit nog depressief zal worden, en zal deze dan ook mooi beschrijven in een paper, en deze publiceren. Hij kijkt je weinig aan en je hebt het idee dat hij je meer ziet als een storend element, en dat hij helemaal geen nood heeft aan een gesprek. Jan komt wederom angstig over en blijft herhalen: ik zal niet meer down worden!

Je hoort van zijn partner dat Jan in zijn tienerjaren een heel moeilijke tijd had. Met het verlies van zijn favoriete grootouders, waarmee hij een sterke band had, is hij in een 'donkere ingesteldheid' geraakt. Het heeft Jan talloze gesprekken met een psycholoog en enkele jaren gekost om hieruit te komen.

Oefenen!

- Je verwijst Jan door naar de psychiater, samen met jouw verslag. Deze laat jou weten dat de diagnose bipolaire stoornis een mogelijkheid is, maar heeft hulp nodig met het bepalen van het type
 - Welke informatie heb je nodig?
 - Welke vragen kan je stellen?
 - Eventueel vragenlijsten/testing?

We kijken even terug...

Vraag	Bipolaire stoornis
Wat is het?	
Hoe herken je het?	
Hoe stellen we een diagnose?	
Wat zijn de criteria?	
Hoe ontstaat het?/wat zijn risicofactoren?	
Comorbiditeit?	
Met welke andere diagnoses houden we rekening? (Differentiële diagnostiek)	
Hoe ziet de behandeling eruit?	
Wat is de prognose?	
Wat met culturele/gender verschillen?	

Bipolaire stoornissen: Inleving en Stigma

- Docu Ingewikkeld:
<https://www.poolhert.com/ingewikkeld>
- Docu Gioia:
<https://www.2doc.nl/documentaires/series/2doc/2019/september/gioia.html> (minuut 5,05 + 18,30, telkens 3min)

Mens & Gezondheid II

Angststoornissen

Vandaag op het programma

- Wat is het?
- Hoe herken je het?
- Wat zijn de kenmerken/criteria?
- Hoe stellen we een diagnose?
- Hoe ontstaat het?/wat zijn risicofactoren?
- Wat met comorbiditeit?
- Met welke andere diagnoses houden we rekening?
- Hoe ziet de behandeling eruit?
- Wat is de prognose?

Aangepaste “angst” vs stoornis?

- Angst vs. stoornis?
- Signalen
 - Lichamelijk
 - Gedrag
 - Cognitief

Wat met culturele verschillen?

Paniekstoornis

- Herhaalde, onverwachte paniekaanvallen
- Intense angstreactie met lichamelijke symptomen (zie later)
- Paniekaanvallen treden meestal “out of the blue” op (zonder aanleiding)*
- Meestal in korte uitbarstingen (maar kan ook lang aanslepen)

Types

TABEL 5.1 Overzicht van de belangrijkste soorten angststoornissen

TYPE STOORNIS	GESCHATTE PREVALENTIE IN DE POPULATIE (%)	BESCHRIJVING	OVERIGE KENMERKEN
Paniekstoornis	5,1	Terugkerende paniekaanvallen (episodes van pure panische angst, die vergezeld gaat van sterke fysiologische reacties, gedachten aan dreigend gevaar of onheil, en de drang te ontsnappen)	Angst voor het zich opnieuw voordoen van een aanval kan leiden tot vermijding van situaties die aanvallen uitlokken of waarin geen hulp voorhanden is; aanvallen beginnen onverwacht maar kunnen samengaan met bepaalde stimuli of specifieke situaties; paniekstoornis kan samengaan met agorafobie of algehele vermijding van de openbaarheid.
Gegeneraliseerde-angststoornis	9	Persisterende angst die zich niet beperkt tot specifieke situaties	Excessieve zorgen; verhoogde staat van waakzaamheid, gespannenheid en ongerustheid.
Specifieke fobie	12,5	Overmatige angst voor bepaalde voorwerpen of situaties	Vermijding van de fobische stimulus of situatie; voorbeelden zijn hoogtevrees (acrofobie), claustrofobie en angst voor bloed, kleine dieren of insecten.
Sociale-angststoornis (Sociale fobie)	12,1	Excessieve angst voor sociale interacties	Gekenmerkt door een onderliggende angst voor afwijzing, vernedering of in verlegenheid raken in sociale situaties.
Agorafobie	Circa 1,4 tot 2	Angst voor en vermijding van de openbare ruimte en publiek	Kan secundair optreden aan verlies of separatie van ondersteunende derden, of (echt)scheiding.

Bronnen: Prevalenties zijn ontleend aan American Psychiatric Association, 2013; Conway *et al.*, 2006; Grant *et al.*, 2005a; Grant *et al.*, 2006b, 2006c; Kessler *et al.*, 2005.

Paniekstoornis

Lisa meldt zich bij een huisarts met klachten van herhaalde, onverwachte paniekaanvallen. Ze beschrijft deze aanvallen als intens en angstaanjagend. Ze voelen aan alsof haar hart wild klopt, haar borstkas strak aanvoelt en ze moeite heeft met ademen. Bovendien heeft ze vaak het gevoel dat ze de controle verliest en gek wordt tijdens deze episodes. Deze aanvallen treden op zonder duidelijke triggers en hebben Lisa ertoe gebracht bepaalde situaties te vermijden. Ze heeft zelfs afgezien van haar jaarlijkse vakantie met haar gezin omdat ze bang is dat ze een paniekaanval zal krijgen op een onbekende locatie.

Paniekstoornis

A Recidiverende onverwachte paniekaanvallen. Een paniekaanval is een plotselinge golf van intense angst of intens onbehagen die binnen enkele minute een piek bereikt, en die gepaard gaat met vier (of meer) van de volgende symptomen:

1. Hartkloppingen, bonzend hart of een versnelde hartslag
2. Transpireren
3. Trillen of beven
4. Gevoelens van ademnood of verstikking
5. Het gevoel naar adem te snakken
6. Pijn of een onaangenaam gevoel op de borst

Paniekstoornis

7. Misselijkheid of maag/buikklachten
8. Een gevoel van duizeligheid, onvastheid, licht in het hoofd zijn of flauwvallen
9. Koude rillingen of opvliegers
10. Paresthesiën (verdoofd of tintelend gevoel)
11. Derealisatie (gevoelens van onwerkelijkheid) of depersonalisatie (gevoel van zichzelf vervreemd te zijn)
12. Vrees om de zelfbeheersing te verliezen of “gek” te worden
13. Vrees om dood te gaan

Paniekstoornis

B Minstens een van de aanvallen is gevolgd door één maand (of langer) een of beide van de volgende kenmerken:

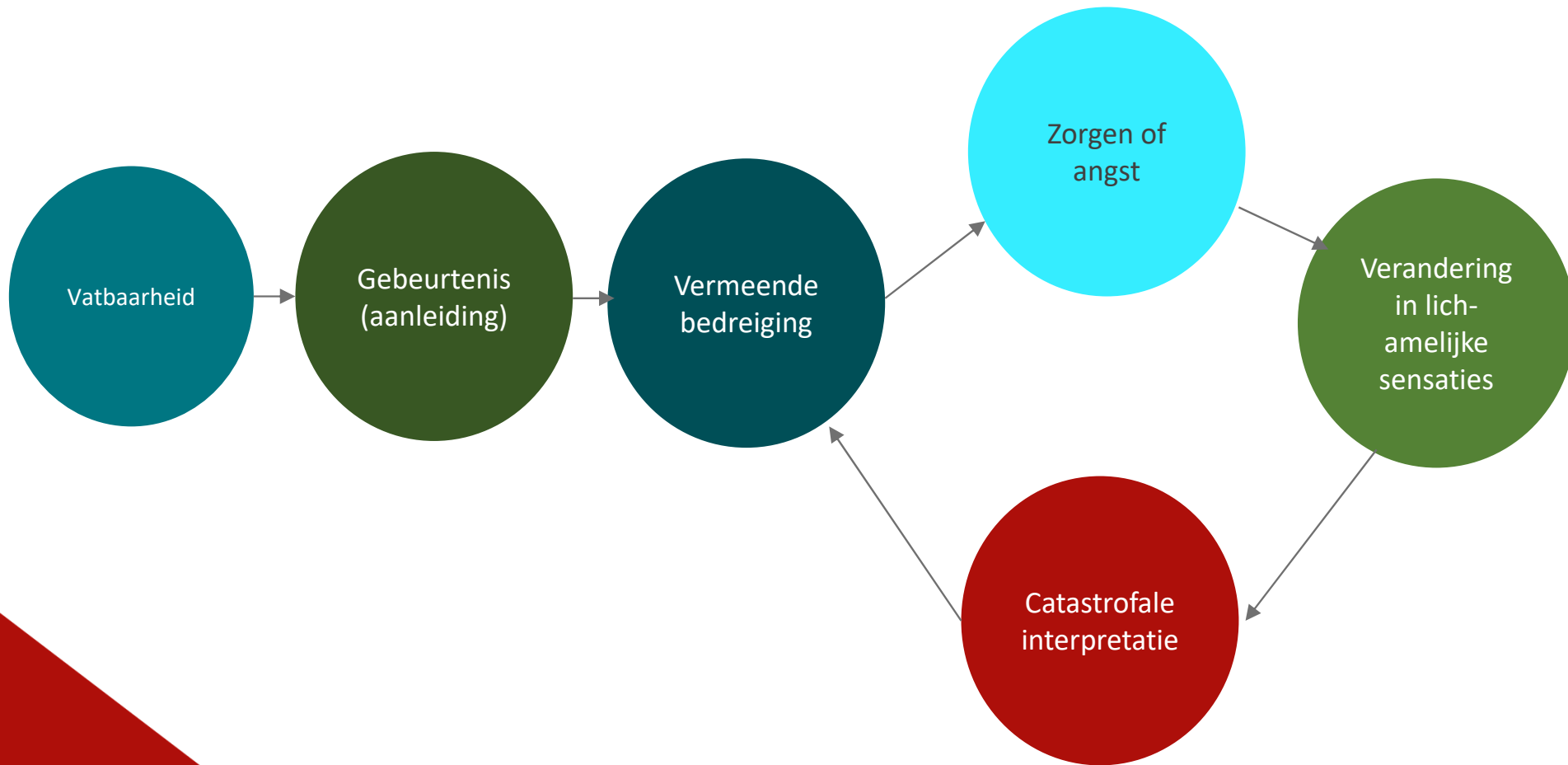
1. Persisterend **bezig zijn** met of **bezorgdheid** over nieuwe paniekaanvallen of de gevolgen daarvan (bijvoorbeeld verlies van zelfbeheersing, een hartaanval krijgen, gek worden)
2. Een significante, maladaptieve **gedragsverandering in samenhang met de aanvallen** (bijvoorbeeld gedrag bedoeld om paniekaanvallen te voorkomen, zoals vermijding van lichamelijke inspanning of onbekende situaties)

Paniekstoornis

C De stoornis kan niet toegeschreven worden aan de fysiologische effecten van een middel (zoals drugs/medicatie) of aan een somatische aandoening (zoals hyperthyreoïdie, hart- en longaandoeningen)

D De stoornis kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld: de paniekaanvallen treden niet alleen op in reactie op gevreesde sociale situaties, zoals bij de sociale- angststoornis; in reactie op omschreven fobische objecten of situaties, zoals bij de specifieke fobie; in reactie op obsessies, zoals bij OCS; in reactie op herinneringen aan psychotraumatische gebeurtenissen zoals bij PTSS; of in reactie op scheiding van hechtingspersonen zoals bij de separatieangststoornis)

Paniekstoornis - Oorzaken



Gegeneraliseerde angststoornis

David komt bij een psycholoog met klachten van aanhoudende zorgen en angst die niet lijken te verdwijnen. Hij piekert voortdurend over verschillende aspecten van zijn leven, zoals zijn financiële situatie, de gezondheid van zijn familie, en de veiligheid van zijn kinderen. Deze zorgen zijn vaak ongegrond en escaleren snel, waardoor David zich gespannen, rusteloos en prikkelbaar voelt. Hij heeft ook fysieke symptomen zoals spierspanning, slaapproblemen en concentratieproblemen. Zijn angst en bezorgdheid beïnvloeden zijn dagelijks functioneren en maken het hem moeilijk om te ontspannen, zelfs in de meest alledaagse situaties.

Gegeneraliseerde angststoornis

A Excessieve angst en bezorgdheid (bange voorgevoelens) die gedurende minstens zes maanden vaker wel dan niet aanwezig zijn, en betrekking hebben op een aantal gebeurtenissen of activiteiten (zoals de prestaties op het werk of op school)

B De betrokkene vindt het moeilijk om de bezorgdheid onder controle te houden.

C De angst en bezorgdheid gaat gepaard met drie (of meer) van de volgende zes symptomen (waarbij minstens enkele symptomen de afgelopen zes maanden meer dagen wel dan niet aanwezig zijn geweest):

Gegeneraliseerde angststoornis

1. Rusteloosheid: opgedraaid of gespannen gevoel
2. Snel vermoeid raken
3. Moeite met zich concentreren, of ergens niet op kunnen komen
4. Prikkelbaarheid
5. Spierspanning
6. Slaapstoornis (moeite met in slaap komen of doorslapen, of een onrustige slaap met het gevoel niet uitgerust te zijn)

D De angst, bezorgdheid of lichamelijke klachten veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale leven of beroepsmatige functioneren

E De stoornis kan niet worden toegeschreven aan fysiologische effecten middel / somatische aandoening / ...

Gegeneraliseerde angststoornis

F De stoornis kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis (zoals angst of bezorgdheid over het krijgen van paniekaanvallen bij de paniekstoornis; een negatieve beoordeling bij de sociale-angststoornis; besmetting of andere obsessies bij OCS; een scheiding van hechtingsfiguren bij separatieangststoornis; herinneringen aan psychotraumatische ervaringen bij PTSS; gewichtstoename bij anorexia nervosa; lichamelijke klachten bij de somatisch-symptoomstoornis; het hebben van een ernstige ziekte bij de ziekteangststoornis; of waandenkbeelden bij schizofrenie of waanstoornis)

Gegeneraliseerde angststoornis

- Centraal staat eigenlijk het “**piekeren**” en “**aanhoudende zorgen**” (en dus niet zozeer paniekaanvallen bijvoorbeeld)
- Een onderhoudende factor bij GAS is piekeren dat het “piekeren” uit de hand zou kunnen lopen

Specifieke fobie

Sarah heeft een intense en buitensporige angst ontwikkeld voor spinnen. Zelfs de kleinste spin kan bij haar extreme angst en afschuw veroorzaken. Ze vermijdt actief plekken waar ze spinnen zou kunnen tegenkomen, zoals tuinen, schuren of oude opslagruimtes. Wanneer ze per ongeluk een spin tegenkomt, wordt ze onmiddellijk overweldigd door paniek. Haar hart begint te bonzen, ze begint te zweten en haar ademhaling versnelt. Ze zal zichzelf snel uit de situatie verwijderen en in sommige gevallen heeft ze zelfs vrienden of familieleden gebeld om haar te komen helpen.

Specifieke fobie

A Duidelijke angst of vrees voor een **specifiek object** of een specifieke **situatie** (zoals vliegen, hoogtes, dieren, een injectie krijgen, bloed zien)

B Het object van de fobie of fobische situatie roept bijna altijd onmiddellijk angst of vrees op

C “” wordt bewust **vermeden** of alleen verdragen met intense angst of vrees

D De angst of vrees is **buiten proportie** ten opzichte van het werkelijke gevaar dat het specifieke object / situatie met zich meebrengt, de sociaal-culturele context in rekening gehouden

Specifieke fobie

E De angst, vrees of vermijding is **persisterend**, en duurt meestal zes maanden of langer.

F “” “” veroorzaakt klinisch significante **lijdensdruk** of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren op andere belangrijke terreinen

G De stoornis **kan niet beter worden verklaard** door de aanwezigheid van kenmerken van een andere psychische stoornis, inclusief angst, vrees en vermijding van situaties bij panieksymptomen of andere symptomen die het functioneren belemmeren (zoals bij agorafobie); objecten of situaties die met obsessies te maken hebben (zoals OCS); zaken die bij trauma horen (PTSS); scheiding van thuis of hechtingspersonen (separatieangststoornis of sociale situaties (sociale angststoornis)

Sociale angststoornis

- A. Duidelijke angst of vrees voor een of meer sociale situaties waarin de betrokkene wordt blootgesteld aan mogelijke kritische beoordeling door anderen
- B. De betrokkene vreest dat hij of zij zich zodanig zal gedragen of in zo'n mate angstverschijnselen zal vertonen dat anderen hierover negatief zullen oordelen
- C. De sociale situaties roepen bijna altijd angst of vrees op
- D. De sociale situaties worden vermeden, of alleen verdragen wel met intense angst of vrees
- E. De angst of vrees is buitenproportioneel t.o.v. het werkelijke gevaar dat de sociale situatie met zich meebrengt, de sociaal- culturele context in acht genomen

Sociale angststoornis

F. De angst, vrees of vermijding is persisterend en duurt meestal zes maanden of langer

G. De angst, vrees of vermijding veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen

H. De angst, vrees of vermijding kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening

I. De angst, vrees of vermijding kan niet beter worden verklaard door de symptomen van een andere psychische stoornis zoals de paniekstoornis, de morfodysfore stoornis of de autismespectrumstoornis

J. Als er sprake is van een somatische aandoening of conditie is de angst of vermijding hieraan duidelijk niet gekoppeld of is deze excessief.

Agorafobie

Michael heeft een intense angst ontwikkeld voor het verlaten van zijn huis.

Deze angst is niet specifiek gericht op één situatie, maar omvat alles buitenshuis. Hij heeft moeite met boodschappen doen, werken, sociale evenementen bijwonen en zelfs zijn kinderen naar school brengen.

Wanneer hij probeert zijn huis te verlaten, ervaart hij symptomen zoals snelle hartslag, zweten, trillen en duizeligheid. Deze symptomen worden zo intens dat hij vaak gedwongen is om terug te keren naar huis of in de buurt van zijn huis te blijven, waar hij zich veiliger voelt.

Agorafobie

A Duidelijke angst voor twee (of meer) van de volgende situaties:

1. Gebruikmaken van (openbaar) vervoer (auto, bus, trein, schip, vliegtuig, ...)
2. Zich in een open ruimte bevinden (parkeerplaatsen, marktpleinen, bruggen)
3. Zich in een afgesloten ruimte bevinden (winkels, theaters, bioscopen)
4. In de rij of menigte staan
5. Alleen buitenshuis zijn

B De betrokkene vreest of vermijdt deze situaties vanwege de gedachte dat ontsnappen moeilijk is of hulp niet beschikbaar is

C De agorafobische roepen bijna altijd angst op

D De agorafobische situatie worden bewust vermeden, vereisen aanwezigheid van een ander of worden doorstaan met intense angst

Agorafobie

E De angst is buiten proportie

F De angst of vermijding is persisterend

G De angst of vermijding veroorzaakt significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren

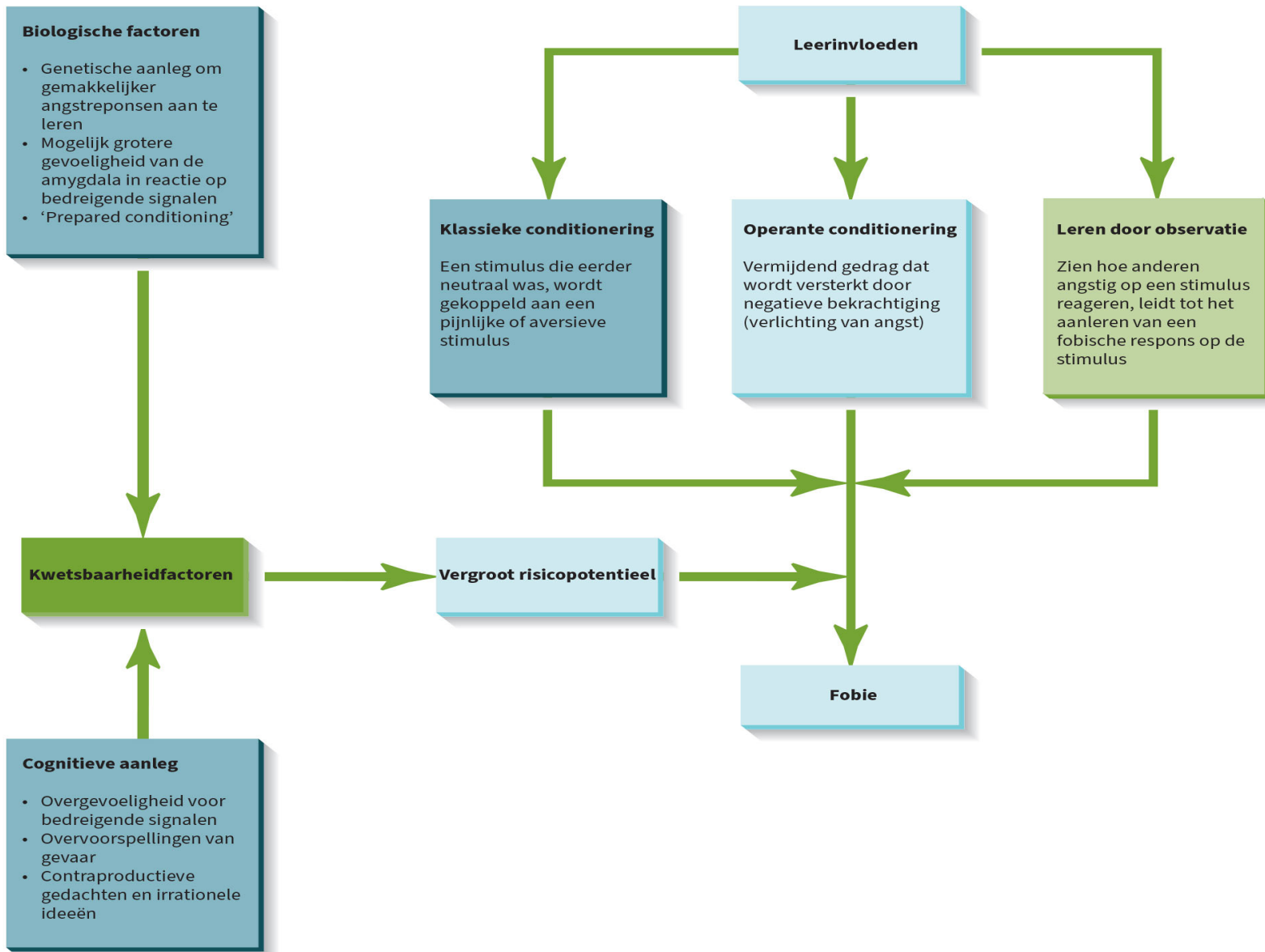
H Als er sprake is van een lichamelijke aandoening is de angst of vermijding duidelijk excessief

Agorafobie

I De angst, vrees of vermijding kan niet beter worden verklaard door de symptomen van een andere psychische stoornis – de symptomen zijn bijvoorbeeld niet beperkt tot de specifieke fobie, situationele type, betreffen niet alleen sociale situaties (sociale- angststoornis) en betreffen niet alleen dwanggedachten (OCS), waargenomen tekortkomingen of gebreken in het uiterlijk (morfodysfore stoornis), herinneringen aan trauma (PTSS), of scheidingsangst (separatieangststoornis)

Hoe ontstaan angststoornissen?

Biologisch perspectief: belang van de amygdala



Diagnostiek en/of vragenlijsten

Algemeen

- SCID-5-S
- SCL-90-S
- 4DKL – Vier Dimensionale Klachten Lijst
- DASS - Depression Anxiety Stress Scales
- SCARED-NL (kinderen en adolescenten)

Paniek/agorafobie

- ACQ – Agoraphobic cognitions Questionnaire (catastrofale gedachten)
- BSQ - Body sensations questionnaire (angst voor gevoelens)
- MBI – Mobility Inventory (vermijdingsgedrag)
- PDSS - Panic Disorder Severity Scale

Diagnostiek en/of vragenlijsten

Sociale angst

- SPAI – Social phobia and anxiety inventory (NL: schaal voor interpersoonlijk gedrag)
- Self-consciousness scale
- Bloos-, tril- en zweetvragenlijst
- SAS – Social phobic belief scale

Diagnostiek en/of vragenlijsten

Specifieke fobie

- Aan patiënt aangepaste FQ – Fear questionnaire

Gegeneraliseerde angst

- PSWQ – Penn State worry Questionnaire
- MCV – Metacognitie vragenlijst
- GAD 7

Vragenlijsten - Inleving

Inleving

Neem de PDSS bij jezelf eens af ...

Wat valt op? Wat is je resultaat?

PDSS

- Methode 1) ruw alles optellen: >9 = formele testing nodig
- Methode 2) gemiddelde nemen: score tussen 0-4

Vragenlijsten - Inleving

Inleving

Neem de DASS bij jezelf eens af ...
Wat valt op? Wat is je resultaat?

S (Stress) Q1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

A (Anxiety) Q2, 4, 7, 9, 15, 19, 20

D (Depression) Q3, 5, 10, 13, 16, 17, 21

S score x 2 = Stress

A score x 2 = Anxiety

D score x 2 = Depression

Range:

Stress

Normal	0-10
Mild	11-18
Moderate	19-26
Severe	27-34
Extremely severe	35-42

Anxiety

Normal	0-6
Mild	7-9
Moderate	10-14
Severe	15-19
Extremely severe	20-42

Depression

Normal	0-9
Mild	10-12
Moderate	13-20
Severe	21-27
Extremely severe	28-42

Behandelingen

- Psycho-educatie
 - Actieve exposure- oefeningen tijdens de sessie (en daarbuiten)
 - Flooding
 - Systematische desensitisatie (angst-hiërarchie)
 - VR
 - Cognitieve therapieën
 - Schematherapie / EMDR / ...
 - Medicatie
-
- Wat denk jij ?

Casus Patricia

Patricia is een vrouw van 37 die altijd werkte bij een bank. Sinds een paar jaar kan ze niet meer werken; ze durft de deur niet meer uit. Het is begonnen toen ze een keer een paniekaanval kreeg terwijl ze aan het winkelen was. Het was druk en warm, ze had het gevoel dat iedereen haar voor de voeten liep. Ze had toen een vriendin gebeld en die had haar opgehaald. Sindsdien durft ze niet meer te gaan winkelen; boodschappen laat ze brengen en kleding bestelt ze online. Ruimten en bijeenkomsten waar veel mensen bijeenkomen, mijdt ze. In het begin durfde ze nog wel naar haar werk, maar toen het bedrijf verhuisde en ze langer moest reizen, kreeg ze steeds meer paniekgevoelens als ze 's morgens de deur uit moest. Ze meldde zich vaker ziek, en als ze dan thuis kon blijven, voelde ze zich opgelucht. Ze nam ontslag omdat ze wel begreep dat ze zich niet eeuwig kon ziek melden.

Vroeger was Patricia een bang en schuchter kind; ze raakte snel in paniek als ze niet wist waar haar ouders waren, en dacht dan dat ze wees zou worden. Elk spoor van een vreemd gevoel in haar lichaam deed haar vrezen voor ernstige ziekten. Haar vader werkte altijd veel, haar moeder was thuis. Haar moeder was nogal achterdochtig van aard en vertrouwde niemand.

Casus Patricia

- Wat is er volgens jou aan de hand met Patricia?
Onderbouw je antwoord met de informatie uit deze les (DSM-V)
- Zouden we een diagnose sociale- angststoornis ook kunnen overwegen?
Waarom wel/ niet?
- Welke bijkomende vragen zou je nog willen verkennen bij Patricia?

Casus Dieter

Dieter meldt zich aanvankelijk aan bij de huisarts met spannings- en vermoeidheidsklachten. Enkele maanden na het overlijden van zijn vader is hij gaandeweg meer en meer beginnen piekeren. Dit kan werkelijk over van alles gaan. Zou het wel goed gaan met de kinderen? Stel dat ze zich toch niet goed voelen op school en niet mee zouden kunnen met het huiswerk? Hij draait en keert in zijn bed en gaat tien keer over elk dagdagelijkse probleem. Het feit dat hij trouwens zoveel piekert en zo weinig slaapt verontrust Dieter nog meer. Hij probeert alles wat in zijn macht zit om de denkcirkel te breken, maar hij trekt enkel de knoop nog meer aan. Ik heb mijn “molen” niet meer onder controle zegt hij. Straks krijg ik nog echte fysieke problemen. En hoe moet het dan met ons gezin verder?

Casus Chaïma

Chaïma diende onlangs naar de dokter te gaan voor een bloedafname omdat ze zich de laatste maanden steeds somberder en meer uitgeput voelt. Ze kijkt enorm tegen de afspraak op, omdat bloed (maar vooral naalden) iets is dat haar erg bang maakt. Bij de vorige afname viel ze zelfs flauw. Daar schaamt ze zich nog steeds erg over.

Onlangs kreeg ze een soortgelijk “flauw” gevoel toen ze een presentatie diende te geven op het werk. Ze had het al langer knap lastig om voor groepen te staan (en zeker voor onbekenden) maar nu is het allemaal nog moeilijker geworden. Ze heeft een schrik dat mensen haar gaan uitlachen of zwak gaan vinden en stuurt elke keer haar collega op pad om een presentatie te geven. De vermijding is zo sterk dat zelfs haar baas het al opmerkt.