

Psychisch welzijn en gezondheidszorg

Cursus AJ 2022-2023

Departement: Mens & Maatschappij

Opleiding: Graduaat Maatschappelijk Werk

Academiejaar: 2022-2023

Docenten: Clara Heylen, Edward Verschaeren, Johan Delpire
clara.heylen@ap.be, edward.verschaeren@ap.be, johan.delpire@ap.be

Inhoud

1	Psychisch welzijn en gezondheidszorg	3
1.1	Inleiding	3
1.2	De relatie met de cliënt	7
1.3	Methodisch werken volgens de gedragsbenadering	13
1.4	Methodisch werken volgens de cognitieve benadering	19
2	Stemming	29
2.1	Inleiding	29
2.2	Ernstige depressieve episode, beschrijving volgens DSM-5	31
2.3	Manische episode, beschrijving volgens DSM-5	33
2.4	Algemene indeling van stemmingsstoornissen	34
2.5	Leeftijdsafhankelijke uitingen van depressie	35
2.6	Verklaring	35
2.7	Behandeling	37
2.8	Suggesties voor de omgang	40
2.9	Voorbeeld van cognitieve herstructurering	40
2.10	Inschatten van het suïciderisico	43
3	Angst	48
3.1	Inleiding	48
3.2	Overzicht angststoornissen in DSM-5	50
3.3	Verklaring	54
3.4	Behandeling	55
3.5	Adviezen aan ouders voor het omgaan met een angstig kind	56
3.6	Suggesties voor de omgang	56
4	Trauma	60
4.1	Inleiding	60
4.2	PTSS, beschrijving volgens DSM-5	62
4.3	Gevolgen na een schokkende gebeurtenis	64
4.4	Verklaring	65
4.5	Begeleiding	66
4.6	Suggesties voor de omgang	69
5	Psychoactieve middelen	71
5.1	Inleiding	71
5.2	Verslaving	72
5.3	Fasen in de ontwikkeling van een verslaving	74
5.4	Verslaving, beschrijving volgens DSM-5	76
5.5	Verslaving herkennen	76
5.6	Soorten psychoactieve middelen	77
5.7	Hulpverlening	81
5.8	Suggesties voor de omgang	86

6	Neurocognitieve stoornissen	89
6.1	Inleiding	89
6.2	Delirium, beschrijving volgens DSM-5	91
6.3	Verklaring delirium	92
6.4	Behandeling delirium	92
6.5	Suggesties voor de omgang met delirium	93
6.6	Dementie, beschrijving volgens DSM-5	94
6.7	Verklaring dementie	99
6.8	Behandeling dementie	101
6.9	Mantelzorg	102
6.10	Suggesties voor de omgang met dementie	103
7	Verstandelijke beperking	106
	In voorbereiding	
	Bronnen	107

1 PSYCHISCH WELZIJN EN GEZONDHEIDSZORG

1.1 Inleiding

Wanneer we denken aan **psychisch welzijn** of mentaal welbevinden, dan denken we doorgaans spontaan aan de afwezigheid van psychische klachten en stoornissen. Geestelijke gezondheid is echter breder dan enkel dat. Als sociaal werker zal het van belang zijn om de aandacht te richten op het versterken van het welbevinden en op het streven naar een optimaal functioneren van de cliënt, ook bij de afwezigheid van een duidelijke psychiatrische problemen. Volgens de WHO zal wie zich mentaal goed voelt, in staat zijn om talenten te kunnen ontplooien, beter kunnen omgaan met dagelijkse spanningen en ingrijpende levenservaringen, productief kunnen arbeiden en meer kunnen bijdragen aan de gemeenschap. Psychisch welzijn kunnen we dan omschrijven als *het kunnen omgaan met gedachten, gevoelens en relaties, en een daarmee samenhangende tevredenheid over het eigen bestaan*. Drie aspecten beïnvloeden het mentaal welbevinden.

- **Emotioneel welbevinden:** hiermee wordt verwezen naar levenstevredenheid, de mate van aanwezigheid van positieve en afwezigheid van negatieve gevoelens. Een hoger emotioneel welbevinden blijkt verband te houden met een gezonder en langer leven, en vlotter herstellen van lichamelijke aandoeningen.
- **Persoonlijk welbevinden:** dit tweede aspect verwijst naar zelfacceptatie, autonomie, het hebben van een doel in het leven, zelfverwezenlijking en persoonlijke groei. Ervaren dat het eigen bestaan zinvol is, heeft een sterke impact op psychisch welzijn.
- **Sociaal welbevinden:** dit veronderstelt positieve relaties, een positieve visie op andere mensen, vertrouwen in maatschappelijke vooruitgang, inzicht hebben en participeren aan de maatschappij en zich aanvaard voelen in de gemeenschap.

Door bij de begeleiding van cliënten aandacht te hebben voor deze drie onderdelen kan niet alleen gewerkt worden aan het oplossen van psychische klachten en problemen, maar ook aan preventie. Werken aan geestelijke gezondheidsbevordering is een belangrijke opgave voor alle niveaus van de maatschappij. Op *macroniveau* is het van belang om de aandacht te richten op het uitstippelen van een politiek beleid dat mensen zo veel mogelijk ondersteunt in hun streven naar welbevinden. Op *mesoniveau* is het nodig om interventies in te zetten in organisaties zoals bedrijven en scholen. Op *microniveau* wordt gewerkt aan het ondersteunen van individuen en hun directe omgeving, gericht op het bewust worden en versterken van positieve emoties, kritisch stilstaan bij streefdoelen, waarden, behoeften en vaardigheden van de persoon, en weerbaar maken tegen tegenslag en lijden. Algemeen gesteld zal gewerkt

worden aan het *versterken van beschermende factoren* (zoals opbouwen en versterken van het sociaal netwerk, aanleren van sociale vaardigheden en probleemoplossingsvaardigheden, het aannemen van een gezonde levensstijl) en het *verminderen van risico's* (zoals armoedebestrijding, omgaan met leerproblemen, tegengaan van middelenmisbruik).

Enkele cijfers tonen het belang aan van het streven naar verbetering van psychisch welzijn. Uit de Gezondheidsenquête (2013) blijkt onder meer dat 32% van de bevolking van 15 jaar en ouder last heeft van psychische problemen (zoals angstproblemen, depressieve gevoelens, gespannenheid en slaapproblemen). 14% heeft er ooit aan gedacht zijn leven te beëindigen, waarvan 4% ook daadwerkelijk een poging daartoe heeft ondernomen. 16% meldt dat ze 'de afgelopen twee weken' psychoactieve geneesmiddelen heeft gebruikt, zoals slaap- en kalmeringsmiddelen, en antidepressiva. Het gebruik van antidepressiva is de afgelopen 10 jaar verdubbeld, de toename in gebruik van antipsychotica bedraagt 77%.

Mensen kunnen met vragen over psychische problemen terecht bij een brede waaier aan voorzieningen. Het geheel van deze hulpverlening binnen de welzijnssector wordt geestelijke gezondheidszorg genoemd. Gewoonlijk onderscheidt men drie lijnen of niveaus in de hulpverlening, naargelang van de mate van toegankelijkheid en de specialisatiegraad. Deze opdeling in lijnen, ook wel **echelons** genoemd, is wijdverspreid, maar in de praktijk bestaat niet altijd eensgezindheid over de plaats van een voorziening op een bepaalde lijn.

- De **eerste lijn** (grote toegankelijkheid en lage specialisatiegraad): huisarts, JAC, CAW, CLB, gezinsconsultaties, enz. Het gaat hier over laagdrempelige voorzieningen, ze zijn gemakkelijk te bereiken en hebben geen lange wachttijden of ingewikkelde aanmeldingsprocedures. Hulpvragers kunnen hier terecht voor een brede waaier van probleemgebieden. De hulp wordt geboden in de onmiddellijke, vertrouwde omgeving.
- De **tweede lijn** (vaak minder vrij toegankelijk en een meer specifieke specialisatie): CGGZ, PAAZ, specialist-geneesheer, enz. De drempel om in deze voorzieningen terecht te kunnen ligt wat hoger met de vereiste om een afspraak te maken, vaak hebben ze wachtlijsten en ontvangen ze hulpvragers pas na doorverwijzing door de eerste lijn. Het hulpaanbod is meer gespecialiseerd met een beperkte waaier van probleemgebieden. De hulpverlening is meestal ambulant, opname in een voorziening is niet noodzakelijk vereist
- De **derde lijn** (slechts toegankelijk na doorverwijzing en hoge specialisatiegraad): psychiatrische ziekenhuizen, therapeutische gemeenschappen, enz. Op dit niveau is een specifieke, doorgedreven specialisatie. De drempel om hier terecht te kunnen is hoog, met een verplichte doorverwijzing en strak omschreven opnameprocedures. Hier is nagenoeg steeds sprake van opname in een voorziening.

Naast deze drie niveaus is redelijk recent ook nog een **nulde lijn** toegevoegd, waarbij gedacht wordt aan zelfzorg en mantelzorg. Zelfzorg en mantelzorg verwijst naar informele hulpverlening door de onmiddellijke omgeving van de hulpvrager (gezin, familie, buurt, vrienden, etc.), zelfhulpgroepen en in meer of mindere mate professioneel geschoolde hulpverleners die sleutelposities innemen zoals leerkrachten, straathoekwerkers, jeugdwerkers, buurtwerkers, etc. Zij kunnen op een zeer informele en laagdrempelige manier hulp bieden en de cliënt toeleiden naar de professionele gezondheidszorg indien nodig.

Mantelzorgers onder elkaar



De derde lijn wordt soms ook nog eens opgesplitst in een **vierde lijn** wanneer er sprake is van een sterk doorgedreven specialisatie, en de drempel bewust zeer hoog wordt gehouden. Universitaire psychiatrische ziekenhuizen kunnen bv. op dit niveau geplaatst worden aangezien ze naast een sterk gespecialiseerd hulpverleningsaanbod ook onderzoek verrichten naar het ontwikkelen van nieuwe methoden en technieken.

Volgens het **biopsychosociaal model** worden psychische problemen veroorzaakt door een complex samengaan van biologische, psychische en sociale factoren. De reden waarom iemand op een bepaald moment bv. te kampen krijgt met een depressie, kan niet volledig uitgelegd worden door alleen maar te kijken naar het lichamelijke of enkel het sociale domein. Het is als hulpverlener belangrijk om rekening te houden met alle aspecten van het bestaan. Zo kan bv. eenzaamheid of armoede en sociale uitsluiting een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van depressieve klachten, maar een levensbedreigende diagnose kan eveneens aan de basis liggen. Omgekeerd zullen psychische problemen ook een impact hebben op de lichamelijke conditie, bv. een verminderde weerstand die kan zorgen voor een grotere vatbaarheid voor infecties.

- **Biologische verklaringen:** lichamelijke factoren die een rol spelen bij verstoringen in het psychisch functioneren zijn erfelijke bepaaldheid en verstoringen in het functioneren van de hersenen. De genetische aanleg om een bepaalde stoornis te ontwikkelen bestaat al van bij de geboorte, uit onderzoek blijkt dat erfelijke bepaaldheid bij iedere psychische stoornis in meer of mindere mate een rol speelt. Daarnaast kunnen ook chemische stoffen of neurotransmitters die zorgen voor een goed functioneren van de hersenen ontregeld raken, en daardoor een rol spelen bij het bestaan van psychische problemen.
- **Psychologische verklaringen:** psychologische theorieën gaan kijken naar de mate waarin de persoonlijkheid van de cliënt een invloed heeft op het bestaan van de psychische klachten. Zo kunnen negatieve levenservaringen leiden tot een bepaalde denkstijl, houding of gedrag dat een probleem in stand houdt. Een cliënt kan vastlopen in zijn ontwikkeling en daardoor klachten krijgen.
- **Sociale verklaringen:** sociale theorieën richten de aandacht op oorzaken in de huidige levensomstandigheden van de cliënt. Conflicten in een gezin kunnen ervoor zorgen dat psychische klachten verergeren, maar ook maatschappelijke problemen zoals armoede, discriminatie, sociaal isolement spelen vaak een belangrijke rol.

Bij de behandeling van psychische problemen kan men zich gaan richten op de aanpak van één of meerdere van deze oorzaken. Vaak gaat het over een combinatie. Een arts kan bv. medicatie voorschrijven om de ontregelde werking van de neurotransmitters bij te sturen of om klachten als angst, gespannenheid of slaapproblemen aan te pakken. Een psychotherapeut kan psychologische methoden inzetten om ervoor te zorgen dat de cliënt een diepgaand inzicht in zijn eigen persoonlijkheid en sociaal functioneren kan verkrijgen. Sociaal werkers kunnen een belangrijke rol spelen bij het ondersteunen van cliënten in de aanpak van hun dagelijkse problemen en het verbeteren van de kwaliteit van hun bestaan. De mate van inzet zal afhankelijk zijn van de ernst van de klachten.

Vooraleer men van start gaat met een begeleiding, zal men in de geestelijke gezondheidszorg eerst proberen om zich een goed beeld te vormen van wat er precies aan de hand is bij de cliënt. Dit betekent onder meer dat men een diagnose zal proberen te stellen. Daarvoor kan men naast gesprekken ook gebruik maken van andere technieken zoals gerichte observaties, het afnemen van tests en vragenlijsten en zelfs het maken van hersenscans. Hierdoor zal men zich een beeld kunnen vormen van de symptomen die zich voordoen bij de cliënt. Een **symptoom** wordt dan aanzien als een aanduiding voor de aanwezigheid van een psychisch probleem, de ernst en duur van deze symptomen zal van belang zijn bij

de keuze van de behandeling. Bij het stellen van een diagnose gaat men ook gebruik maken van een handleiding voor psychische stoornissen. Meestal is dat de DSM (Diagnostic and Statistical Manual), een gids waarin alle psychische stoornissen of syndromen zo concreet mogelijk worden omschreven. Een **syndroom** is een samenhangend geheel van symptomen, met toelichtingen qua ernst en duur. De meest recente versie van deze handleiding is de DSM-5.

1.2 De relatie met de cliënt

Het welzijn van de mens is afhankelijk van de mate van tegemoetkoming aan zijn behoeften, zoals behoefte aan voeding, onderdak, kleding, maar ook vriendschap en waardering. De theorie die hier vaak gebruikt wordt, is die van de **behoeftehiërarchie** van de Amerikaanse psycholoog Abraham Maslow om de achterliggende drijfveren van doelgericht menselijk gedrag te begrijpen. Volgens Maslow wordt menselijk gedrag aangestuurd vanuit een noodzaak om achtereenvolgens de volgende vijf behoeften te vervullen ..

- **Lichamelijke of fysiologische behoeften:** dit zijn de primaire behoeften of basisbehoeften die instaan voor de overleving zoals eten, drinken, slaap, beschutting tegen weer en wind. Zonder bevrediging van deze behoeften kunnen mensen niet degelijk functioneren en is er een grote kans dat ze ziek worden.
- **Behoefte aan veiligheid en zekerheid:** de mens heeft ook nood aan veiligheid, geborgenheid en stabiliteit, hier kan gedacht worden aan behoeften als een veilig onderdak, een inkomen, een rechtvaardige behandeling, bescherming tegen dreigingen
- **Behoefte aan sociaal contact en samenhang:** mensen zijn ook sociale wezens en hebben behoefte aan betekenisvolle contacten met anderen, de behoeften hier zijn die van samenhang, vriendschap, acceptatie en intimiteit.
- **Behoefte aan waardering en erkenning:** na zich aanvaard te voelen komt de behoefte aan waardering, het krijgen van respect en erkenning, prestige en maatschappelijk aanzien.
- **Behoefte aan zelfontplooiing of zelfrealisatie:** deze behoefte staat aan de top van de piramide, volgens Maslow heeft de mens altijd de drang om zich verder te ontwikkelen, om zichzelf te verbeteren en nieuwe vaardigheden te ontwikkelen op basis van de eigen interesses, dit is de drang naar zelfverwezenlijking.



Behoeften zorgen niet enkel voor problemen bij onvoldoende vervulling, maar ze spelen ook een voorname rol bij het voortdurend streven naar verbeteren van de levenskwaliteit. Ze stimuleren onze groei als individu, ze zijn als het ware de motor van onze ontwikkeling.

Maslow stelde de behoeftehiërarchie op in 1943. Het is nog altijd een vaak gebruikt model. Achteraf heeft hij het model enigszins herzien. Net voor het hoogste niveau schakelde hij twee andere niveaus ..

- **Cognitieve behoeften:** het nastreven van kennis, het opzoeken en het begrijpen van nieuwe dingen. Ook het ondernemen van leerrijke reizen, het verkennen van andere culturen valt hieronder.
- **Esthetische behoeften:** het opzoeken en genieten van het mooie in de wereld om ons heen. Het genieten van kunst, cultuur, natuur valt hieronder.

In welke mate de behoeften hiërarchisch geordend zijn, is sterk vatbaar voor discussie. Zo zijn er mensen die leven in barre omstandigheden, die toch goed in staat blijken te zijn om te voldoen aan hun sociale behoefte en zelfs te streven naar waardering en erkenning. Verder blijkt dat behoeften samen kunnen optreden, in elkaar kunnen overgaan en dat hun relatieve belang afhankelijk van de omstandigheden kan verschillen. Het model is m.a.w. te statisch, menselijke behoeften kunnen beter aanzien worden als dynamisch, ze evolueren afhankelijk van de plaats en de periode waarin mensen zich bevinden. De behoeften van de moderne mens in de westerse maatschappij verschillend zijn van die van de

middeleeuwse mens in een oligarchische maatschappij. Behoeften worden medebepaald door de maatschappelijke omstandigheden en het individuele streven van elke mens. De hiërarchie is dan ook erg cultuurgebonden. In onze cultuur, waar het nastreven van persoonlijke, individuele behoeften belangrijk wordt geacht, is zelfontplooiing vanzelfsprekend het hoogste doel. Bovendien slaat het idee om je eigen grenzen steeds maar weer te verleggen in onze westerse prestatie maatschappij bijzonder goed aan. In groepsculturen zoals bv. in China, waar het nastreven van groepsdoelen als waardevol wordt beschouwd, zal de zelfontplooiing van het individu meer in dienst staan van de gemeenschap.

De hiërarchische weergave van behoeften in de overbekende piramide is geen deel van de oorspronkelijke theorie, maar werd er in populaire vertalingen aan toegevoegd. Bijkomend is het belangrijk te weten dat Maslow deze theorie voorstelde als aanzet. Hij hoopte dat andere wetenschappers dit grondig zouden onderzoeken. Tot zijn verbazing namen velen zijn 'stelling' over zonder verder onderzoek, soms zelfs zonder het oorspronkelijke werk van Maslow te lezen. Zo ging de piramide een eigen leven leiden.

Na Maslows dood in 1970 werd deze theorie grondig onderzocht en bleek dat het hiërarchisch verband niet als zodanig bestaat: iemand met gezondheidsproblemen kan bv. tegelijkertijd de behoefte voelen aan schoonheid en wijsheid. Zo is het bv. ook denkbaar dat een persoon die dakloos is en moet bedelen om in zijn bestaan te kunnen voorzien, ook gefrustreerd wordt in zijn behoefte aan waardering en erkenning door het ervaren van afkeuring van anderen.

Volgens een populaire vertaling van de theorie van Maslow zal een persoon alleen gemotiveerd worden door een behoefte als aan de behoeften op alle lagere niveaus is voldaan. Zo wordt verondersteld dat een uitgehongerde persoon enkel bezig zou zijn met het zoeken naar voedsel en bv. niet met het nastreven van kennis. Hetzelfde geldt voor iemand die geen dak boven zijn hoofd heeft, die persoon wordt verondersteld enkel motivaties op de eerste twee niveaus te hebben. Maar sommige mensen gaan in hongerstaking voor hun rechten bv. voor vrijheid, recht op meningsuiting. Of mensen geven een veilige situatie op, zoals bv. hun huis of hun baan, om aan iets riskant te beginnen waarvan ze hopen dat het hun zelfontplooiing ten goede zal komen.

De volgorde van de niveaus lijkt dus niet voor iedereen hetzelfde te zijn. Daarom hadden latere onderzoekers het liever over verschillende soorten behoeften die naast elkaar bestaan, zonder hierin een bepaalde ordening of hiërarchie aan te brengen.

Vanuit een welzijnsvisie kunnen we deze behoeften aanzien als menselijke noden, het zijn welzijnsnoden: de noodzakelijke voorwaarden voor de

bevrediging van de fundamentele noden van het menselijk bestaan. De zorg voor het voldoen aan de behoeften van de mens of antwoord bieden op de welzijnsnoden is welzijnszorg.

In de omgang met de cliënt zal het als hulpverlener dan ook belangrijk zijn om aandacht te hebben voor deze behoeften, dit zorgt voor veiligheid en vertrouwen in de begeleiding en stimuleert de cliënt om aan zichzelf te werken en te kunnen groeien.

Volgens de psychotherapeut Carl Rogers is het mogelijk om maximaal tegemoet te komen aan de behoeften van de cliënt en te zorgen voor een veilige en stabiele vertrouwensrelatie door uit te gaan van drie grondhoudingen, dit wordt ook wel de **counselingmethode** genoemd ..

- **Empathie** of inlevingsvermogen is de poging van de hulpverlener om de cliënt zo goed mogelijk van binnenuit te begrijpen, het is de inspanning om zo goed mogelijk de gevoelens en de betekenis van de ervaringen van de cliënt te vatten. Daarvoor is het nodig dat de hulpverlener zijn eigen meningen, zijn eigen waarden en zienswijzen, opzij schuift om zo goed mogelijk in te leven in de beleving cliënt. Empathie is niet hetzelfde als emotionele identificatie. Empathie betekent dat de hulpverlener de gevoelens van de cliënt zo goed mogelijk probeert te begrijpen, maar als persoon hoeft hij op dat moment die gevoelens niet zelf te ervaren. De hulpverlener kan bv. goed begrijpen dat een scheiding de cliënt verdrietig maakt, zonder zelf verdrietig te zijn. Empathie is ook niet hetzelfde als steunen of moed inspreken, opbeurende opmerkingen als 'morgen schijnt de zon weer', 'het leven heeft nog zoveel te bieden' gaan voorbij aan de gevoelens van de cliënt. Dergelijke opmerkingen kunnen maken dat bv. iemand met een depressie zich nog minder begrepen en nog meer alleen voelt staan.
- **Acceptatie** of onvoorwaardelijke positieve gezindheid veronderstelt dat men open en aanvaardend is ten aanzien van de gevoelens en gedachten van de cliënt. Rogers gaat hierbij uit van de opvatting dat iemand alleen maar kan stil staan bij zichzelf en groeien in een veilige, warme, accepterende en steunende omgeving. Belevingen van de cliënt worden zonder kritiek en voorwaarden aanvaard, zonder deze vanuit de eigen waarden en normen af te wijzen of te veroordelen. Dit betekent niet dat al het gedrag van de cliënt geaccepteerd wordt, maar wel de gevoelens die daarachter zitten. Agressief gedrag wordt begrensd, de gevoelens van frustratie en boosheid waar de cliënt mee zit worden wel erkend en bespreekbaar gemaakt. Deze grondhouding van acceptatie betekent eveneens dat de hulpverlener bereid is met de cliënt aan de slag te gaan en gelooft in de groeimogelijkheden van de cliënt. Ieder cliënt heeft

recht op een begeleider die zich inzet en de mogelijkheden en positieve kanten van de cliënt waardeert

- **Echtheid** of authenticiteit betekent voor Rogers vooral dat de hulpverlener voor zichzelf geen enkel gevoel ontkent en zich niet verschuilt achter een professionele façade. De hulpverlener staat open voor al zijn gedachten en gevoelens en is als authentiek persoon aanwezig in relatie tot de cliënt. Dit betekent niet dat de hulpverlener de cliënt voortdurend moet lastig vallen met zijn eigen gedachten en gevoelens, maar soms kan dat wel een therapeutisch effect hebben. Zo kan hij bv. hardop denken tijdens een begeleidingsgesprek om opvattingen te delen of het zoeken naar oplossingen te stimuleren, of communiceren dat hij gelijkaardige situaties heeft meegemaakt als de cliënt en op die manier begrip en erkenning geven.

De relatie met de cliënt wordt ook gekenmerkt door **machtsfactoren**. Macht komt overal voor waar mensen iets met elkaar te maken hebben, zowel op persoonlijk vlak als op alle niveaus van het maatschappelijk gebeuren.

Macht wordt vaak als zo vanzelfsprekend gezien dat zij niet meer als zodanig benoemd wordt, de macht van de één over de ander wordt geaccepteerd. Het kind luistert naar zijn vader die hem verbiedt de kat te plagen omdat de vader het kind kan straffen als het niet naar hem luistert. Het kind accepteert de macht van zijn vader, omdat het zijn vader ziet als degene die weet wat goed en kwaad is. De ene buurvrouw volgt de goede raad van de ander om een bepaald merk van koffie te kopen, want zij gaat ervan uit dat die buurvrouw het beter weet, zij heeft de macht van kennis. In een bedrijf heeft de directeur de macht om bevelen te geven aan zijn personeel, een dokter geeft adviezen aan zijn patiënten en verwacht dat deze opgevolgd worden, een coach heeft macht over zijn team, politici nemen beslissingen die invloed hebben op de bevolking, en een sociaal werker beïnvloedt zijn cliënten.

Macht is het beïnvloeden of richting geven aan het gedrag, de gedachten en de gevoelens van de ander. Afhankelijk van de eigen ervaringen kan macht als positief of negatief ervaren worden. Negatief aanzien wordt macht omschreven als mensen dwingen zaken te doen tegen hun wil. Op deze manier bekeken is het voor mensen vaak moeilijk om te erkennen dat ze over een bepaalde macht beschikken om invloed uit te oefenen op anderen, het doet spontaan denken aan manipulatie, dwang, of zelfs geweld. Macht kan echter ook als positief ervaren worden, om daar een beter beeld van te krijgen is het zinvol om stil te staan bij de verschillende soorten macht.

Ieder mens heeft een bepaalde soort van macht, niet alleen de sociaal werker, maar ook de cliënt zal macht uitoefenen. Sociaal psychologen John French en Bertram Raven bieden een overzicht van de verschillende soorten macht dat meer inzicht kan bieden.

- **Dwingende macht:** deze machtsvorm is sterk gebaseerd op het idee van dwang binnen een relatie, het veronderstelt dat iemand gedwongen wordt iets te doen tegen hun wil, bv. via het dreigen met het nemen van sancties zoals het geven van boetes, straffen, sociale uitsluiting. Deze vorm van macht wordt als autoritair en sterk negatief ervaren en leidt doorgaans tot problemen, ontevredenheid en ongezond gedrag. Hulpverleners krijgen vaak te maken met deze soort macht bij gedwongen hulpverlening.
- **Belonende macht:** deze machtsvorm heeft te maken met de mogelijkheid om anderen te belonen, waardoor een bepaalde soort macht verkregen wordt. Het meest duidelijke voorbeeld daarvan is dat mensen gaan werken en luisteren naar hun baas omdat ze daarvoor betaald worden. Maar er kunnen ook minder duidelijke beloningen aan elkaar gegeven worden, zoals sociale waardering, het geven van complimenten heeft eveneens een belonend effect.
- **Legitieme macht:** deze vorm van macht is gebaseerd op de maatschappelijke rol die iemand toegekend is, het wordt ook omschreven als formele of wettelijke macht. Hier wordt ervan uit gegaan dat de persoon die een bepaalde functie bekleedt het recht heeft om macht over anderen uit te oefenen, en een aanspraak kan maken op de gehoorzaamheid van de ander. Het volgen van de bevelen of richtlijnen van de machtsdrager wordt vrij automatisch opgevolgd, het is aangeleerd geleerd vanuit dat voortkomt uit cultuur aanvaarde waarden en normen. Formele posities waaraan hier gedacht kan worden zijn natuurlijk politieagenten ten aanzien van burgers, maar ook leerkrachten ten aanzien van leerlingen, managers ten aanzien van arbeiders, ouders ten aanzien van kinderen. Deze macht is dus gekoppeld aan bepaalde sociale rollen.
- **Referentie macht:** hier gaat het over macht die verbonden is aan de uitstraling of het charisma van een persoon, de aantrekkingskracht uitgaande van personen waar we graag mee in contact staan. Van alle soorten macht is deze machtsvorm eigenlijk het minst 'ergens' op gebaseerd. Beloningen of straffen, kennis, of het innemen van een formele positie spelen geen rol bij deze soort van macht. Louter en alleen 'charme' leidt hier tot het volgen van deze soort machthebbers. Deze machtsvorm kunnen we misschien het meest duidelijk zijn bij grote leiders zoals Gandhi in het beste geval, of Hitler in het slechtste geval.

- **Deskundigheidsmacht:** deze vorm is gebaseerd op het beschikken van specifieke vaardigheden, gespecialiseerde kennis en/of deskundigheid. Op basis van de kennis of deskundigheid waarover een persoon beschikt, wordt ervan uitgegaan dat het de aangewezen persoon is om de leiding te nemen. Eens dat iemand aanzien wordt als een expert, dan roept dat vaak respect en vertrouwen op voor die persoon en kan het wel vaker gebeuren dat deze er ook in slaagt anderen te overtuigen over zaken waarvan die eigenlijk veel minder op de hoogte is. Het blijkt dat vaak enkel de titel 'expert' blijft hangen bij mensen, en dat zogenaamde 'expertise' naar andere gebieden kan worden uitgebreid. We zijn bv. doorgaans sterk geneigd om de raadgevingen van onze huisarts ter harte te nemen, ook al gaat dit niet noodzakelijk over enkel medische aangelegenheden.

Het spreekt voor zich dat, vanuit een al dan niet vermeende expertise of deskundigheid, cliënten bereid kunnen zijn om de richtlijnen van sociaal werkers kritiekloos te aanvaarden. Het is echter belangrijk om hier als sociaal werker aandachtig mee om te gaan en beroep te doen op eigen inzichten en vermogens van de cliënten, hen te begeleiden in het uitzoeken van wat ze zelf willen bereiken in hun leven in plaats van hen de les te spellen en te zeggen wat ze zouden moeten doen. In gesprekken met cliënten kan de hulpverlener natuurlijk zijn eigen inzichten delen, maar dit moet gebeuren binnen een open en een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie waarin beiden elkaar ontmoeten als evenwaardige gesprekspartners. Doorheen de opleiding en aan de hand van beroepservaring bouwen sociaal werkers een expertise op, maar niet elke aanpak werkt even goed voor iedere cliënt, het is daarom steeds de cliënt die het best kan beoordelen wat voor hem werkt binnen zijn eigen bestaan.

Uit het overzicht van de verschillende soorten macht blijkt ook dat niet alleen de sociaal werker bepaalde vormen van macht heeft, maar ook de cliënt beschikt over bepaalde soorten macht. Een cliënt kan bv. ook waardering uiten en beloningen geven aan de hulpverlener onder de vorm van complimenten, of een cliënt kan erin slagen dingen 'gedaan te krijgen' van de hulpverlener door charme in te zetten als machtsmiddel.

1.3 Methodisch werken volgens de gedragsbenadering

Binnen de gedragsbenadering wordt een onderscheid gemaakt tussen klassieke en operante conditionering. In beide vormen worden er verbanden of associaties geleerd op basis van ervaringen.

Bij **klassieke conditionering** gaat het over het leren van betekenissen of verbanden tussen gebeurtenissen waardoor de omgeving voorspelbaar wordt, bv. het leren van het verband tussen opkomende donkere wolken en regen. Het meest bekende voorbeeld is natuurlijk de hond van Pavlov, in dit experiment leerde de Russische fysioloog Pavlov zijn honden dat een belsignaal voorspelde dat er voedsel ging komen. De Amerikaanse psycholoog Watson heeft in een variant van dit experiment aangetoond hoe klassieke conditionering gebruikt kan worden om het ontstaan van angsten zoals fobieën te verklaren. In zijn experiment liet hij aan de proefpersoon, een éénjarige peuter die bekend staat als Little Albert, hels kabaal volgen op het zien van een witte rat. Alhoewel Little Albert in eerste instantie absoluut geen angst toonde voor de witte rat, reageerde hij wel angstig na een reeks paarsgewijze aanbiedingen van de witte rat en het kabaal. Door de opgedane leerervaring had de witte rat na verloop van tijd een gevaarbetekenis gekregen voor Little Albert, een signaal voor onheil, net zoals het zien van een hond voor een kind dat eerder werd aangevallen en gebeten door een andere hond een teken van gevaar wordt. In de praktijk kan er dan gewerkt worden aan het afleren van de aangeleerde angst, door voorzichtige, stapsgewijze blootstelling aan de beangstigende situatie in veilige omstandigheden. Op die manier kan geleerd worden dat bv. niet alle honden gevaarlijk bijthonden zijn, de cliënt krijgt onder gespecialiseerde begeleiding de kans om een nieuwe corrigerende ervaring op te doen. Watson merkte ook dat de angst van Little Albert begon uit te breiden naar gelijkaardige situaties, Little Albert werd bv. niet alleen bang bij het zien van een witte rat, maar ook bij het zien van een wit konijn en een witte baard. Zijn angst begon te generaliseren of veralgemenen. Fobieën kunnen natuurlijk ook op andere manieren geleerd worden, het zien dat een andere persoon aangevallen werd door een gevaarlijke hond kan eveneens leiden tot een fobie. In dat geval wordt gesproken van *model-leren*.

Bij **operante conditionering** wordt een verband geleerd tussen het eigen, vrijwillige gedrag en de daaropvolgende gebeurtenissen in de omgeving. Iemand kan bv. leren dat hard studeren gevolgd wordt door het krijgen van complimenten en goede resultaten, dit maakt dat de persoon gemotiveerd is om zijn best te blijven doen, het gedrag wordt bekrachtigd of versterkt omdat het volgens deze benadering beloond wordt. Als hard werken niet beloond wordt en goede resultaten uitblijven, dan is de kans groot dat deze persoon gedemotiveerd raakt. Hard werken heeft dan immers niet het verwachte effect. Uit dit leerprincipe zijn diverse technieken afgeleid die regelmatig gebruikt worden in de opvoeding, ze kunnen een ondersteuning bieden bij bv. het begeleiden van ouders in gezinsbegeleiding. Ook in andere situaties wordt dit principe vaak gehanteerd, een politieagent geeft bv. kritiek of zelfs boetes om onverantwoord, gevaarlijk gedrag te ontmoedigen, een sociaal werker geeft tijdens workshops bv. complimenten om de deelnemers te stimuleren tot samenwerkend gedrag.

Uit ervaring blijkt dat versterken van gewenst gedrag door het te belonen, beter werkt dan ontmoedigen van ongewenst gedrag door het te bestraffen. Aan het geven van straf zijn een aantal nadelen verbonden die ook de relatie tussen cliënt en begeleider, of ouder en kind, kunnen verzuren. Straf wordt als negatief ervaren en kan rancune en wraakgevoelens oproepen bij de persoon die gestraft wordt, het kan eveneens leiden tot angst en een negatief zelfbeeld. Een kind dat bv. erg vaak bekritiseerd en gestraft wordt door zijn vader kan als gevolg daarvan ook zijn vader beginnen te ontwijken, waardoor niet alleen het ongewenste maar ook gewenst gedrag onderdrukt wordt. Een cliënt die van zijn maatschappelijk werker altijd maar kritiek krijgt, zal hoogstwaarschijnlijk met steeds grotere tegenzin naar de gesprekken komen. In andere gevallen kan het aanzien worden als een voorbeeld dat agressief gedrag oké is om te krijgen wat je wilt, de straffer is dan een model dat aantoont dat agressie mag als middel om je doel te bereiken. Uit onderzoek blijkt dat kinderen die thuis het slachtoffer zijn van gewelddadige discipline op school de meest agressieve kinderen zijn. Een pak rammel bevordert de sociale ontwikkeling van een kind niet, maar juist wel het tegenovergestelde: asociaal, agressief gedrag wordt aangeleerd. Er bestaan mildere vormen van straffen die afhankelijk van de omstandigheden gebruikt kunnen worden, zoals bv. huisarrest of het in beslag nemen van een gsm. Het blijft echter belangrijk om hier bewust en niet éénzijdig mee om te gaan, maar ook steeds aandacht te blijven hebben voor het belonen van gewenste gedragingen.

Bewust omgaan met gedrag betekent in deze benadering dat we eerst een duidelijk en concreet beeld moeten hebben over het gedrag en de omstandigheden waarin dat gedrag zich voordoet. Hier wordt gebruikt gemaakt van een **gedragsanalyse**, deze bestaat uit drie onderdelen: het S-R-C model. Elk gedrag speelt zich af in specifieke omstandigheden, dit is de voorafgaande situatie (S). Als we dit hebben omschreven, dan gaan we het gedrag concreet beschrijven, het gedrag kan gezien worden als een reactie of respons (R) op de situatie. Een kind heeft bv. geleerd dat zijn gedrag om te zeuren voor snoep enkel effect heeft in een supermarkt of speelgoedwinkel, maar niet thuis. Je zou kunnen zeggen dat de winkel (S) het zeuren (R) uitlokt. Het belangrijkste verband dat geleerd wordt is echter het verband tussen het gedrag en de gevolgen of consequenties (C). De winkelsituatie lokt de zeurreactie uit omwille van de aangename effecten, de ouders geven het kind zijn zin, ze belonen het gedrag met het geven van de snoep of het speelgoed waar het kind om jammert. Zo kan het ook gebeuren dat iemand met een alcoholverslaving heeft geleerd dat bij tegenslag (S) het gebruiken van alcohol (R) leidt tot minder psychisch leed (C). Het gedrag kan dus worden beloond omdat het leidt tot aangename gevolgen, of omdat onaangename omstandigheden verminderen of verdwijnen. Directe gevolgen hebben daarbij een sterkere impact dan gevolgen op langere termijn. Het belonend effect van de alcoholroes weegt zwaarder door dan de kater de dag nadien.

Bij het opstellen van een gedragsanalyse is het belangrijk om goed te weten over welk soort consequenties het gaat. Consequenties kunnen ingedeeld worden in positieve en negatieve beloningen die ervoor kunnen zorgen dat gedrag versterkt of gestimuleerd wordt, en positieve of negatieve straffen die ervoor kunnen zorgen dat gedrag ontmoedigd of afgezwakt wordt.

- **Positieve beloning:** is het aanbieden of optreden van een aangename consequentie. Er wordt gesproken over een beloning aangezien het effect aangenaam is. Men kan bv. positieve feedback of complimenten geven, of ook wel materiële beloningen zoals speelgoed, snoep en dergelijke.
- **Negatieve beloning:** is het beëindigen of vermijden van een onaangename situatie. Ook hier kan deze consequentie aanzien worden als een beloning omdat het resultaat aangenaam is. Dit kunnen we vaak zien bij vermijdingsgedrag, een kind dat sociaal angstig is zegt bv. dat het ziek is, met als gevolg dat het thuis kan blijven en geen geplande spreekbeurt hoeft te geven.
- **Positieve straf:** is het toedienen of geven van een onaangename prikkel. Dit is een straf omwille van het onaangename effect. Het geven van een opmerking, kritiek of verwijten is bv. het toedienen van een dergelijke onaangename prikkel.
- **Negatieve straf:** is het wegnemen of uitblijven van een aangename omstandigheid. Hier is weer sprake van een straf omwille van de onaangenaamheid van het resultaat. Hier kan bv. gedacht worden aan het in beslag nemen van een smart-toestel als negatieve straf.

Een eenvoudig *voorbeeld* van een gedragsanalyse is het volgende tafereel: bij het thuiskomen gooit Jan steeds zijn jas op de grond in plaats van die zoals het hoort aan de kapstok te hangen. Daarop vraagt zijn moeder dan meestal om de jas aan de kapstok te hangen, hetgeen Jan dan doet. Als we dit voorbeeld in een S-R-C schema plaatsen dan krijgen we het volgende ..

Situatie	Reactie	Consequentie
Bij het binnenkomen.	Jas op de grond gooien.	Opmerking van moeder (= positieve straf)

De opmerking die Jan krijgt van zijn moeder kan benoemd worden als een positieve straf, er wordt een onaangename prikkel gegeven. Deze consequentie is echter niet vervelend genoeg, het heeft niet het gewenste effect. Jan hangt zijn jas wel op nadat een opmerking wordt gegeven, maar de volgende keer bij het binnenkomen gooit hij hem weer op de grond. Jan blijft dit gedrag herhalen omdat moeder niet steeds merkt dat

hij zijn jas op de grond heeft gegooid, en hij dan zonder tijd te moeten verliezen aan het ophangen van zijn jas kan gaan doen waar hij zin in heeft. En wanneer hij toch een opmerking, dan doet hij het alsnog waarop moeder natuurlijk stopt met zeuren (een negatieve versterking). Jan leert dus enerzijds dat hij minder tijd verliest door zijn jas op de grond te gooien, en dat hij bij gezeur zijn jas moet ophangen in plaats van bij het binnenkomen. De enkele keer dat Jan zijn jas toch meteen ophangt, reageert moeder niet. In plaats van dit te waarderen, is ze allang blij dat ze eens niet hoeft te zeuren.

Eens een goed beeld gevormd is van het gedrag en de omstandigheden daarrond, kan er geprobeerd worden om het gedrag te veranderen. De moeder zou op een andere manier met deze situatie kunnen omgaan door telkens wanneer Jan zijn jas op de grond gooit, aan hem te vragen zijn jas weer aan te trekken en terug naar buiten te gaan, en vervolgens bij het binnenkomen zijn jas onmiddellijk op te hangen. Door het extra werk wordt het snel op de grond gooien van de jas minder aantrekkelijk, daarbij 'oefent' Jan ook het gewenste gedrag (correctie). Wanneer hij dit dan gedaan heeft kan moeder ook een bedankje of complimentje geven (sociale beloning). Als Jan onmiddellijk bij het binnenkomen zijn jas aan de kapstok hangt, dan is het beter daar positieve aandacht aan te bieden, zoals het geven van een compliment of een zoen, of iets dat Jan graag heeft (materiële beloning).

In het voorbeeld zijn enkele technieken voor gedragsverandering aan bod gekomen, zoals correctie en positieve versterking. Daarnaast zijn er nog andere eenvoudige technieken die vaak worden gebruikt.

- **Aanmoedigen van gewenst gedrag:** om gewenst gedrag te versterken is het nodig om dit te belonen via positieve versterking. Er kan gebruik gemaakt worden van *sociale beloningen* (een compliment geven, bewonderen kijken, glimlachen), *materiële beloningen* (snoep, fruit, speelgoed), *activiteiten* (samen iets fijns gaan doen). Sociale beloningen zijn het eenvoudigste om te geven en het meest aan te bevelen, deze beloning kan ook direct na het gedrag gegeven worden, waardoor ze het grootste effect heeft, met materiële beloningen en activiteiten is dit niets steeds het geval.
- **Verbieden van ongewenst gedrag:** hier wordt ongewenst gedrag afgekeurd door duidelijk 'nee' te zeggen en hierin standvastig te zijn. Zeg duidelijk wat niet kan en waarom niet, maar probeer ook alternatieven te benoemen zodat het kind niet alleen weet wat het ongewenste gedrag is, maar ook wat het gewenste gedrag in die situatie is.
- **Afleiden:** bij jonge kinderen kan deze aanpak gebruikt worden om hen snel op andere gedachten te brengen door hun nieuwsgierigheid

op te wekken. Men kan bv. wijzen naar iets in de omgeving (een kat of een vogel).

- **Negeren:** dit wordt vooral gebruikt bij aandacht zoekend gedrag dat vervelend, maar niet schadelijk of gevaarlijk. Het gedrag hoeft niet onmiddellijk te stoppen, het mag geleidelijk uitdoven of verdwijnen. Negeren betekent dat er helemaal niet gereageerd wordt op het vervelende gedrag. Volhouden is hier noodzakelijk aangezien het gedrag doorgaans eerst erger wordt voordat het begint uit te doven.
- **Time-out:** ongewenst gedrag, bv. een driftbui, wordt hier beëindigd door het kind even apart te zetten, zodat het kan kalmeren. Deze maatregel mag niet te lang duren (men rekent maximum 1 minuut per levensjaar), en niet te regelmatig toegepast worden. Er wordt best gebruik gemaakt van een saaiere plaats, maar deze mag niet beangstigend zijn. De bedoeling van deze techniek is het gedrag te negeren, niet de persoon, je moet dus ook steeds blijven letten op uitingen van gewenst gedrag en deze versterken met bv. sociale beloningen. Bij jongeren kan time-out bv. gebruikt worden door hen naar hun kamer te sturen. Na een tijdje, wanneer ze gekalmeerd zijn, kan er dan naar hen toegegaan worden om een normaal gesprek gevoerd worden.
- **Boete:** hier wordt iets aangenaams in beslag genomen, het kind of de jongere moet iets inleveren dat hij graag heeft. Het kan bv. gaan over voorwerpen zoals speelgoed of gsm's, maar ook over een activiteit, een jongere mag bv. niet naar een fuif of een festival gaan.
- **Correctie:** in deze aanpak wordt gevraagd om eventueel aangerichte schade te herstellen, wanneer een jongere bv. met vuile voeten doorheen het huis is gelopen, dan wordt gevraagd om dit schoon te maken. Bij kinderen die onbeleefd eisend zijn, wordt bv. gevraagd om dit opnieuw maar nu vriendelijk te vragen.
- **De natuurlijke gevolgen laten ervaren:** hierbij wordt de persoon geconfronteerd met de onaangename consequenties van het eigen gedrag. Een jongere die bv. zijn vuile kleren overal laat rondslingeren in plaats van in de wasmand te gooien, moet bv. zijn favoriete jeans missen wanneer die op stap gaat. Een jongere die zijn zakgeld er door heeft gejaagd in de week, kan niet op stap gaan in het weekend.
- **De situatie wijzigen:** indien mogelijk is het aan te bevelen om straffen te vermijden door veranderingen aan te brengen in de situatie zelf, om bv. te vermijden dat een jong kind impulsief een drukke straat oploopt houdt de ouder het kind bij de hand, om te voorkomen dat een jong kind met scherpe voorwerpen speelt, is het beter om deze niet rond te laten slingeren maar veilig op te bergen.

Bij het geven van straffen is het belangrijk dat de begeleider ook steeds uitleg geeft over het waarom, en het kan nodig zijn om het gewenste gedrag aan te leren. De jongere die steeds zijn zakgeld heeft opgemaakt voordat het weekend is moet misschien begeleid worden in het leren beheren van zijn budget. Praktische en sociale vaardigheden kunnen aangeleerd worden door **voordoën** (model-leren), de cliënt kan daarna uitgenodigd worden om het zelf te proberen zodat de begeleider indien nodig verdere toelichting of bijsturing kan geven, eventueel kan het ook inge oefend worden aan de hand van een rollenspel.

Wanneer men geconfronteerd wordt met erg storend en hardnekkig probleemgedrag, dan kan men gebruik maken van complexere technieken, zoals een beloningssysteem of een gedragscontract. Bij een **beloningssysteem** gaat men het gewenste gedrag zo concreet en duidelijk mogelijk omschrijven en consequent opvolgen, telkens wanneer het gewenste gedrag getoond wordt, worden er samen met sociale beloningen ook tokens gegeven (punten, stickers, fiches). Deze tokens kunnen dan bij elkaar gespaard worden en later ingewisseld worden voor een andere beloning die op voorhand is afgesproken (materiële beloningen of activiteiten).

Gedragscontracten komen daar eigenlijk sterk mee overeen, maar hier worden de afspraken en daaraan verbonden gevolgen ook met de jongere overlegd en op papier gezet, daarna worden deze consequent opgevolgd. Bij gedragscontracten zal men minder snel met punten of tokens werken, in plaats daarvan wordt bv. gebruik gemaakt van een handtekenlijst.

Deze laatste twee technieken zijn niet alleen wat ingewikkelder om uit te voeren, maar komen ook vrij onnatuurlijk over en moeten naderhand afgebouwd, uitgedoofd worden. Voor de meeste gedragingen zouden de hoger vermelde technieken moeten volstaan, enkel indien alle andere maatregelen falen, kan men aan de slag gaan met puntensystemen of gedragscontracten.

1.4 Methodisch werken volgens de cognitieve benadering

Volgens de cognitief psychologen zijn het niet de gebeurtenissen op zich die bepalen hoe we ons voelen, maar wel de manier waarop we die gebeurtenissen interpreteren.

Cognitieve therapie werd ontwikkeld door de psycholoog Aaron Beck voor de behandeling van depressies. Hij merkte dat de gedragsmethode minder goed werkte bij deze problematiek omdat het niet zozeer gaat over gedrag, maar over gedachten en gevoelens. Met behulp van de cognitieve benadering ging hij zich richten op het veranderen of herstructureren van

de dysfunctionele gedachten waar mensen met een depressie mee te kampen hebben. Deze gedachten liggen volgens hem aan de basis van het niet meer goed kunnen functioneren wanneer iemand een depressie heeft, het zijn gedachten die de persoon gaan belemmeren in zijn gedrag.

Ook volgens de psychotherapeut Albert Ellis liggen de gedachten aan de basis van de problemen. Hij heeft de RET, de Rationeel-Emotieve-Therapie ontwikkeld, waarbij hij ervan uitgaat dat door meer redelijk te denken (rationeel), iemand zich minder depressief en angstig hoeft te voelen en meer gemotiveerd kan zijn om uitdagingen aan te gaan (emotief). Hij spreekt over een irrationele denkstijl aangezien hij kon merken dat vaak voorkomende gedachten bij mensen met depressies of angsten eigenlijk onrealistisch zijn, de gedachten zijn overdreven en ongenueanceerd, ze houden te weinig rekening met de feiten. Uit nader onderzoek heeft hij de twaalf meest **vaak voorkomende irrationele gedachten** ontdekt die mensen beperken in hun persoonlijke groei. Het gaat dan over de volgende gedachten ..

- Het is absoluut noodzakelijk dat iedereen mij aardig vindt.
- Ik mag geen enkele fout maken, anders ben ik waardeloos.
- Sommige mensen zijn slecht en moeten daarvoor gestraft worden.
- Ik kan er absoluut niet tegen als de dingen anders gaan dan ik wil.
- Het ligt nooit aan mij als dingen fout gaan, ik kan er niets aan doen.
- Ik moet altijd tot het uiterste bedacht zijn voor tegenslagen.
- Ik moet koste wat kost alle verantwoordelijkheid en moeilijkheden uit de weg gaan. Als ik niets doe, dan kan ik ook niets fout doen.
- Ik volledig afhankelijk van anderen. In mijn eentje kan ik niets en stel ik niets voor.
- Mijn leven wordt voornamelijk bepaald door mijn verleden.
- Ik moet me de moeilijkheden van anderen altijd zo veel mogelijk aantrekken.
- Ik moet voor elk probleem de perfecte oplossing vinden.
- Ik kan niet leven met onzekerheden.

Verschillende van deze gedachten kan men aanzien als een onredelijke overdrijving van een in principe rationale ware gedachte. Iemand denkt bv. 'ik moet steeds mijn zin krijgen' (overdreven en onwaar), in plaats van 'ik zou graag mijn zin krijgen' (logisch en waar). Rationeel gezien moet niets. Een tegenslag kan ook best wel lastig of vervelend zijn, maar het is beter om geen overdreven en beladen termen te gebruiken als 'verschrikkelijk' en 'rampzalig' voor situaties die gewoon erg lastig maar hanteerbaar zijn. Het probleem is dat het meestal gaat over ingesleten denkpatronen, het zijn gedachten die door het hoofd flitsen wanneer er iets gebeurt en automatisch voor waar worden genomen.

Dergelijke vaak voorkomende irrationele gedachten blijken een aantal **denkfouten** te vertonen, zoals ..

- **Selectieve abstractie:** een klein minpunt gaat alles overheersen, bij een lichte duizeling raakt iemand in paniek omdat hij ervan overtuigd is flauw te gaan vallen.
- **Overgeneralisatie:** één incident wordt veralgemeend, na bv. een ruzie met de burens denkt iemand dat hij met niemand goed kan opschieten.
- **Gedachtelezen:** men denkt te weten wat de mening is van andere personen, bij een spreekbeurt trilt iemands hand bv. een beetje en denkt dat anderen het ook zien en hem een aansteller vinden
- **Personalisatie:** men gaat zaken waar men niet verantwoordelijk voor is persoonlijk opnemen, iemands partner komt bv. misnoegd thuis en men meent spontaan dat het zijn of haar schuld is dat de partner zo ontevreden is.
- **Alles-of-niets denken:** als iets niet perfect is, is het volledig waardeloos. Een als goed beoordeelde scriptie met als opmerking dat er enkele taalfouten in staan, wordt ervaren als falen.
- **Vergroting/verkleining:** negatieve ervaringen worden uitvergroot, terwijl positieve ervaringen worden geminimaliseerd, iemand denkt dat alles fout loop, en merkt positieve ervaringen niet meer op.
- **Catastrofaal denken (doemdenken):** er wordt uitgegaan van het allerergste, iemand begint bv. te twijfelen of hij de voordeur wel heeft gesloten en voelt zich paniekerig worden want hij is ervan overtuigd dat ze gaan inbreken.
- **Emotioneel denken:** ervan uitgaan dat je emoties overeen komen met de realiteit, bv. 'ik voel me slecht, dat betekent dat ik waardeloos ben', 'ik durf niet op het vliegtuig te stappen, dat betekent dat er gevaar dreigt'.

De eerste stap bij **cognitieve herstructurering** of het proberen deze gedachten te veranderen, is het zich bewust worden, het leren herkennen van de irrationele gedachten en de nadelige gevolgen die daaraan verbonden zijn, zoals angstige of depressieve gevoelens en gedrag. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van het **ABC-schema**.

- **A** staat voor de **aanleiding**, of de gebeurtenis, hierdoor wordt de gedachte uitgelokt.
- **B** staat voor **betekenisverlening**, of gedachte die als in een flits door het hoofd schiet.
- **C** staat voor de **consequenties**, of de gevolgen die door de gedachte veroorzaakt worden, gevoelens en gedrag.

Als iemand mij bv. uitscheldt (**A**), en ik ga er automatisch van uit dat ik een slecht persoon ben als ik niet altijd met iedereen goed overeen kom (**B**), dan voel ik me verdrietig en loop ik weg (**C**).

Mensen blijken het wel eens moeilijk te hebben met het benoemen van hun gevoelens, en zeggen bv. dat ze zich afgewezen voelden, dit is echter geen gevoel maar een interpretatie. Als leidraad bij het leren benoemen van gevoelens kan eenvoudig uitgegaan worden van de **basisemoties**, namelijk: blij, bang, boos, of bedroefd.

In de volgende fase gaat gewerkt worden aan het in vraag stellen en veranderen van dergelijke gedachten. Er wordt nagegaan of ze eigenlijk wel overeen komen met de feiten, of de gedachte helpt om je goed te voelen en je doelen te bereiken. Dit verloopt aan de hand van een **socratische dialoog**. De hulpverlener gaat de cliënt niet uitleggen waarom die het volgens hem fout ziet, maar door gerichte vragen te stellen gaat hij de cliënt ertoe proberen te brengen zelf te ontdekken dat de gedachte irrationeel is en dat er ook een andere zienswijze mogelijk is. Tijdens deze discussie kunnen volgende kritische vragen gesteld worden ..

- Is dit werkelijk het geval? Hoe weet ik dit? Welke aanwijzingen heb ik voor deze gedachte?
- Wat pleit tegen deze gedachte? Zijn er ook andere gezichtspunten mogelijk?
- Stel dat dit waar is, hoe erg is dit dan? Welke mogelijkheden heb ik om met deze situatie om te gaan?

Deze kritische bevraging kan dan leiden tot meer redelijke en helpende gedachten. Wanneer ik erbij stil sta (D), dan kom ik bv. tot de ontdekking dat die persoon ook vaak andere mensen uitscheldt, of dat het normaal is dat het met sommige mensen goed klikt en met anderen niet, dat hoeft niet te betekenen dat is daarom een slecht mens ben. Misschien vind ik bij het kritisch nadenken over de situatie dat het schelden eigenlijk niet kan, dat het onbeleefd en onrechtvaardig is, en dat ik in plaats van weg te lopen daar de volgende keer iets op kan zeggen (E). Ik kan proberen na te gaan hoe andere mensen daarop zouden reageren. De discussie heeft als effect dat de irrationele gedachten worden bijgestuurd of geherstructureerd, en andere gevolgen veroorzaken, andere gevoelens en ander gedrag wordt opgeroepen dan angst of verdriet en weglopen. Het schema van de RET kunnen we als volgt vervolledigen ..

- **D** staat voor **discussie**, het kritisch in vraag stellen van de automatische irrationele gedachten
- **E** staat voor **effect**, het resultaat van de kritisch bevraging leidt tot meer helpende gedachten en tot een gedragsverandering.

In de praktijk merkt men dat gedragsverandering vaak niet zomaar vanzelf komt na cognitieve herstructurering, de cliënt moet zelf ook actief aan de slag gaan met de nieuw verworven inzichten: oefenen, experimenteren en nieuwe ervaringen opdoen is nodig om te komen tot een stabiele verandering.

In het onderstaande voorbeeld wordt voor een eenvoudige gebeurtenis geïllustreerd dat positieve gedachten een volledig ander effect kunnen hebben dan negatieve gedachten.

Gebeurtenis: Ik ga een korfbalwedstrijd spelen tegen onze grootste concurrent	
Negatieve gedachten: 'ik heb nog nooit van hun gewonnen, dus het zal wel niets worden' 'wat zullen anderen van mij vinden als ik vandaag weer verlies?' 'ik heb er nu al geen zin meer in!'	Positieve gedachten: 'ik heb hard getraind en ga alles op alles zetten om vandaag voor mezelf een goede wedstrijd te spelen' 'ik ben er klaar voor en heb er vooral heel veel zin'
Gevoelens: frustratie, onzeker, twijfel, angst, veel spanning, stress	Gevoelens: energiek, krachtig, zelfverzekerd, gezonde spanning, enthousiast
Gedrag: Minder goed spelen, eerder opgeven, sneller verzuren, vechten met mezelf	Gedrag: in controle, doorzetten tot het eind, minder bewust van vermoeidheid,
Gevolg: een slechte wedstrijd gespeeld waar ik een rotgevoel aan over houd.	Gevolg: een goede wedstrijd gespeeld waarin ik alles kon geven en vooral bezig was met mijzelf en mijn taak.



Er bestaan verschillende varianten van het ABC-schema. De meest bekende is het 4G-schema: hier gaat men achtereenvolgend een onderscheid maken tussen gebeurtenis, gedachte, gevoelens, gedrag. Hieronder kan je een voorbeeld van een 4G-schema terugvinden, enerzijds een versie die gebruikt kan worden bij jongeren en volwassenen en anderzijds een versie die meer is afgestemd op gebruik bij kinderen. Soms wordt ook wel eens gesproken over een 5G-schema. Hier gaat men ook kijken naar de verdere gevolgen. Bij het analyseren aan de hand van deze schema's kan men ook in een kolom daarnaast alternatieven, zoals helpende gedachten, noteren en proberen na te gaan welke effecten die zouden kunnen hebben.

4G-schema

Gebeurtenis (Wat gebeurde er?)		
Gedachten (Wat dacht je toen dit gebeurde?)	Gevoel (Wat voelde je?)	Gedrag (Wat deed je?)

versie voor gebruik bij jongeren en volwassenen

4G-schema

<p>Gebeurtenis (Wat gebeurde er?)</p>  <p><i>(Je mag het ook tekenen)</i></p>		
<p>Gedachten (Wat dacht je toen dit gebeurde?)</p>	<p>Gevoel (Wat voelde je?)</p>  <p>↗ <i>Teken je gevoel in dit gezichtje</i></p>	<p>Gedrag (Wat deed je?)</p>

versie voor gebruik bij kinderen

Een belangrijke voorwaarde voor het werken met dit model is dat de cliënt in staat moet zijn om zijn gevoelens en gedachten te verwoorden en daar kritisch op te kunnen reflecteren. Dit maakt dat deze benadering minder aangewezen is voor cliënten met beperkte verstandelijke vermogens of een beperkte taalbeheersing. Bij kinderen tussen 5 en 8 jaar zal moeten worden nagegaan of ze in staat zijn tot zelfreflectie, nieuwe informatie adequaat kunnen verwerken en hun gedachten goed kunnen verwoorden. Er is weinig onderzoek verricht naar cognitieve therapie bij kinderen tussen 5 en 8 jaar. Wanneer kinderen betrokken worden in onderzoek, dan blijkt dat er gunstige effecten zijn, maar dat die kleiner zijn dan bij oudere kinderen, adolescenten en volwassenen. Omdat er grote verschillen kunnen zijn tussen kinderen, is het in de praktijk van belang dat men goed probeert na te gaan of het kind over voldoende vaardigheden beschikt.

Een andere manier om te werken aan meer inzicht in het functioneren met cliënten is gebaseerd op de attributietheorie van Weiner. Deze theorie gaat over het attribueren of toeschrijven van oorzaken aan de situatie waarin de persoon zich bevindt. Ze probeert de achterhalen waarom mensen zich op een bepaalde manier gedragen in een situatie. Waarom reageert bv. de ene persoon boos op een teleurstelling, terwijl een andere persoon gelaten reageert? Waarom is de ene trots na een succes, terwijl de ander onverschillig lijkt? Meer inzicht in het waarom van dergelijke reacties geeft een hulpverlener mogelijke aanknopingspunten tot handelen. De attributietheorie van Weiner is een verdere uitwerking van het begrip **locus of control** van de psycholoog Rotter. Deze heeft ontdekt dat sommige mensen een externe locus of control hebben, terwijl andere een interne locus of control. Een *externe locus of control* betekent dat men ervan uit gaat dat men weinig controle heeft over het leven, ze attribueren de oorzaken voor wat hen overkomt aan externe omstandigheden zoals pech of geluk, of dankzij hulp van anderen. Ze onderschatten hun eigen mogelijkheden om invloed uit te oefenen op hun bestaan. Mensen met een *interne locus of control* gaan er sterk van uit dat zij hun leven zelf in handen hebben. Een jongere met een externe locus of control gaat bij een slecht examen er bv. van uit dat de oorzaak ligt bij de docent die een hekel aan hem heeft. De jongere met een interne locus of control kan er daarentegen van uit gaan dat de verantwoordelijkheid bij hemzelf ligt, dat hij misschien niet hard genoeg gestudeerd heeft, en ziet de mogelijkheid om een beter resultaat te kunnen behalen door zich meer in te zetten.

Weiner heeft in zijn **attributietheorie** de opvattingen van Rotter verder opgedeeld in de dimensies: intern-extern, stabiel-instabiel en controleerbaar-oncontroleerbaar. Een externe attributie hoeft immers niet noodzakelijk te betekenen dat de cliënt dit als oncontroleerbaar ziet, de jongere met het slecht examenresultaat kan bv. ervan uitgaan dat een gesprek met de leerkracht zou kunnen helpen. Omgekeerd kan een interne attributie beoordeeld worden als oncontroleerbaar, de jongere kan

ervan uitgaan dat hij niet slim genoeg is, waarmee hij de verantwoordelijkheid voor het slechte resultaat bij zichzelf plaatst, maar geen manier ziet om te kunnen streven naar een beter resultaat. De volgende vragen kunnen achtereenvolgens gesteld worden om de reacties van cliënten op gebeurtenissen in hun leven beter te begrijpen, daarna kan eventueel een aanzet genomen worden om dit met de cliënt te gaan bespreken en proberen bij te sturen.

- Worden oorzaken van de omstandigheden waarin de cliënt zich bevindt toegeschreven aan **interne of externe** factoren?
- Worden oorzaken van de situatie waarin de cliënt zich bevindt aanzien als **stabiel of instabiel** (veranderlijk of onveranderlijk)?
- Worden oorzaken van de omstandigheden waarin de cliënt aanzien als **controleerbaar of oncontroleerbaar**?

Een vaak voorkomende beoordelingsfout is de **zelfdienende vertekening**, de neiging om successen toe te schrijven aan interne en controleerbare oorzaken zoals eigen inzet, en falen toe te schrijven aan externe oncontroleerbare oorzaken zoals pech. Bij het beoordelen van het gedrag van anderen blijken mensen ook een spontaan sterke voorkeur te hebben voor het maken van interne attributies, en externe factoren over het hoofd te zien. Een cliënt die te laat komt op zijn afspraak kan door een sociaal werken spontaan aanzien worden als nalatig of ongemotiveerd, terwijl het goed zou kunnen dat hij te laat is omdat hij vastzat in de file of omdat hij niet op tijd is kunnen vertrekken omdat er thuis een probleem was. Deze beoordelingsfout noemt men de **fundamentele attributiefout**, fundamenteel omdat het de eerste spontane attributie is die mensen maken, de oorzaak wordt onmiddellijk bij de persoon zelf geplaatst, en eventueel pas achteraf wordt rekening gehouden met externe factoren. Ze ligt als het ware aan de basis van het oordelen over het gedrag van anderen.

In de cognitieve benadering is ook veel aandacht voor het stimuleren van probleemoplossend denken. Een methode die daarvoor gebruikt kan worden is de **stop-denk-doe methode**, die ook gebruikt kan worden om impulsief gedrag af te remmen en afleiding tegen te gaan bij bv. een problematiek als ADHD. Er wordt een denkstrategie aangeleerd die bestaat uit de volgende vier stappen ..

- **Stap 1: Stop.** Wat is mijn probleem? Waarbij het de bedoeling is om het probleem zo goed mogelijk te beschrijven en na te gaan welk doel men wilt bereiken.
- **Stap 2: Denk.** Hoe los ik dit probleem op? Hier wordt er gezocht naar verschillende mogelijke oplossingsalternatieven, en wordt er een keuze gemaakt voor die oplossing die in de gegeven omstandigheden het meest is aangewezen.

- **Stap 3: Doe.** Volg ik nog mijn plan? In deze stap wordt de verkozen oplossing uitgevoerd zonder zich door andere zaken af te laten leiden of te verwarren.
- **Stap 4: Check.** Hoe heb ik het gedaan? Eens de oplossing is uitgevoerd is het zinvol om het resultaat te evalueren. Was het een goede aanpak of is het misschien beter om de volgende keer iets anders te proberen om het gewenste resultaat te bereiken?



Een bekende variant hiervan voor gebruik bij jonge kinderen zijn de 'Beertjes van Meichenbaum' ..



Een laatste veel gebruikte techniek binnen de cognitieve benadering is **psycho-educatie**. Hierbij gaat men voorlichting geven aan de cliënt en zijn omgeving over de kenmerken, oorzaken en aanpak van psychische klachten en stoornissen. Het is daarbij de bedoeling om zich als hulpverlener zo veel mogelijk af te stemmen op de vragen, noden en mogelijkheden van de cliënt en zijn naasten, en samen te zoeken naar manieren van omgaan met klachten en problemen die ook realistisch haalbaar zijn. Psycho-educatie kan best ondersteund worden met visuele informatie zoals folders of video, de cliënt kan ook gestimuleerd worden om zelf op te zoek te gaan naar informatie online, die dan in een volgend gesprek besproken kan worden

2 STEMMING

2.1 Inleiding

Hendrik, 46 jaar en drukker van beroep, heeft onlangs een nieuwe baas gekregen. Hij zegt dat die veel te veeleisend is en door de te grote werkdruk voelt hij zich meer en meer onbekwaam. Hij zegt dat hij de indruk heeft dat zijn nieuwe baas hem werkelijk viseert. Op dit moment is hij zijn zelfvertrouwen volledig kwijt. Waar hij vroeger trots was op de resultaten van zijn arbeid, kan hij tegenwoordig geen voldoening meer vinden. Familie en vrienden wil hij niet meer zien, omdat deze zich voortdurend moeien met zijn situatie en zeggen dat hij zich er overheen moet zetten. Voortdurend is hij aan het piekeren. Hij heeft problemen om in slaap te vallen en eens dat hij toch de slaap kan vatten, wordt hij herhaaldelijk terug wakker. Hij zegt dat hij hier vroeger nooit last van had. Zijn hobby in de fotografie zegt hem niets meer. Hij speelt ook niet meer met de kinderen en heeft geen zin meer in uitstapjes: "het gaat toch tegenvallen", en doolt doelloos rond in huis. Het liefst van al trekt hij zich terug in zijn hobbykamer, maar dan zegt zijn echtgenote dat hij zich daar niet steeds de godganse dag moet opsluiten, hierdoor gaat hij zich volgens haar alleen maar slechter voelen. Hij vindt zijn leven een mislukking en zegt nooit veel bereikt te hebben. Hendrik zegt dat hij jaloers is op zijn vader, omdat die gepensioneerd is en op het einde van zijn leven staat. Hij ziet niet in hoe hij het nog twintig jaar moet volhouden. Hij klaagt over 'zwarte' gedachten, waar hij de laatste tijd steeds vaker last van heeft. Bij navraag zegt hij dat hij soms overweegt om zijn leven te beëindigen. Misschien is dat wel de enige oplossing.

Periodes van verdriet en neerslachtigheid maken deel uit van het normale bestaan, iedereen maakt immers tegenslagen mee, of ziet het soms niet meer ziet zitten. Het is belangrijk om dit te onderscheiden van een klinische depressie. Men zal spreken van een depressieve stoornis bij een lang aanhoudende ontregeling van de stemming, waardoor er problemen ontstaan in het dagelijks functioneren. De stoornis komt tot uiting op alle niveaus van het functioneren: niet alleen affectief, maar ook cognitief, lichamelijk en gedragsmatig. Er wordt ook een onderscheid gemaakt tussen stemming en emotie. Een **stemming** is een gevoel van langere duur, die minstens één à twee weken aanhoudt, en los staat van specifieke situaties of gebeurtenissen. Een stemming is veeleer persoonsgebonden, dan dat het een kenmerk is van de situatie waarin de persoon zich bevindt. **Emoties** zijn steeds van korte duur en worden rechtstreeks uitgelokt door een specifieke gebeurtenis, zoals bv. angst bij het zien van een grote, grommende, dreigende hond.

Men spreekt over stemmingsstoornissen wanneer de stoornis zich bevindt in de dimensie somber tot vrolijk. Er is sprake van een **depressieve stemming** bij abnormale *somberheid* (een abnormale lusteloosheid en desinteresse) en/of *anhedonie* (een onvermogen om ergens van te kunnen genieten). Bij een **manische stemming** is er de aanwezigheid van *overdreven vrolijkheid*, en daarnaast ook *abnormale gevoelens van zelfvertrouwen en overmoed*, vaak is de persoon ook *prikkelbaar* (snel geïrriteerd).

Een **depressieve stoornis** kan op iedere leeftijd voorkomen, maar wordt het meest vastgesteld op dertigjarige leeftijd. Ongeveer 20% van de bevolking heeft ooit last gehad van een depressieve stoornis. In werkelijkheid ligt dat percentage waarschijnlijk hoger aangezien een aanzienlijk deel van mensen met een depressie daarvoor geen hulp zoekt. Opvallend is dat bij kinderen ongeveer evenveel jongens als meisjes lijden aan een depressie. Vanaf de adolescentie neemt het aantal kinderen met een depressie toe, zowel bij jongens als bij meisjes. De toename is bij meisjes echter duidelijk sterker, waardoor in de loop van de adolescentie de verhouding meisjes tot jongens hetzelfde is als bij volwassenen: twee op één.

Een **bipolaire stoornis** wordt gekenmerkt door het opeenvolgend voorkomen van zowel depressieve als manische episoden. Deze stoornis vereist dat er naast depressieve episodes, ook minstens één duidelijke manische periode is geweest. Dit is vaak moeilijk vast te stellen bij kinderen en adolescenten. Een bipolaire stoornis bij kinderen uit zich zelden in duidelijk van elkaar te onderscheiden episoden, kenmerkend zijn zeer snelle stemmingswisselingen. Bij adolescenten begint de stoornis doorgaans met een depressieve periode, en pas later (soms pas na jaren) kan dan een manische episode volgen. Gemiddeld genomen wordt de bipolaire stoornis pas twaalf jaar na de eerste klachten en zes jaar na de eerste manische periode vastgesteld, meestal aan het begin van de volwassenheid. Een bipolaire stoornis bij kinderen en adolescenten kan zich uiten in roekeloos gedrag. Belangrijk is dan om ADHD uit te sluiten, verhoogde afleidbaarheid en lage verdraagbaarheid van frustraties kunnen voorkomen bij beiden. Bij een manische periode zullen concentratieproblemen en hyperactiviteit slechts voor een bepaalde periode aanwezig zijn, bij ADHD zijn deze kenmerken vrijwel continu aanwezig. Om een onderscheid te maken met depressieve episoden kan nagegaan worden of de stemmingsontregeling eerder gekenmerkt wordt door prikkelbaarheid dan door neerslachtigheid of verlies van interesse. Bij adolescenten en volwassenen moet ook een psychose worden uitgesloten.

2.2 Ernstige depressieve episode, beschrijving volgens DSM-5

- A** Vijf of meer van de volgende kenmerken van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijken af van het eerder functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verminderde interesse of plezier:
- 1** Een sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag en bijna iedere dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen
 - 2** Duidelijk verminderde interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag en bijna iedere dag
 - 3** Significant gewichtsverlies (zonder dat een dieet wordt gevolgd), of gewichtstoename, ofwel een afgenomen of toegenomen eetlust bijna iedere dag
NB bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename
 - 4** Slaapproblemen, insomnie (onvoldoende kunnen slapen) of hypersomnie (teveel moeten slapen), bijna elke dag
 - 5** Psychomotische gejaagdheid of geremdheid bijna elke dag (waarneembaar door anderen, niet alleen gevoelens van rusteloosheid of vertraging).
 - 6** Vermoeidheid of energieverlies bijna elke dag
 - 7** Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben), bijna iedere dag (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoelens over het ziek zijn)
 - 8** Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna iedere dag (ofwel subjectief beschreven ofwel geobserveerd door anderen)
 - 9** Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidedgedachten zonder een specifiek plan, een specifiek plan om suïcide te plegen, of een suïcidepoging ondernomen
- B** De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen
- C** De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of somatische aandoening

Psychische problemen

- ADHD en ADD >
- Emotionele stoornissen >
 - Depressie >
 - Angst en dwangstoornissen >
 - Denken en Doen is Durven >
 - Samenspeelgroep >
- Autisme Spectrum Stoornissen >
- Trauma >
- Eetstoornissen >
- Persoonlijkheidsstoornissen >
- Psychotische stoornissen >
- Onzekerheidsklachten en identiteitsproblemen >
- 0-6 jaar en hechtingsstoornissen >
- Licht verstandelijke beperking >
- Ticstoornissen >
- Informatieve links >

Meer informatie?
Lees hier meer over
depressie



Stuur door naar vriend

VERZENDEN >



Home > Psychische problemen > Emotionele stoornissen > Depressie > Casus depressie (adolescent)

“Anderen wisten niet dat ik me zo rot voelde”

Kim is 18 jaar en zit in haar eerste jaar HBO. Sinds een aantal maanden heeft ze nergens zin meer in en mislukken haar tentamens. Haar vriendinnen kent ze nog van de middelbare school en ze ziet hen alleen in het weekend. Als ze dan uitgaan heeft ze geen zin om over problemen te praten. Ze slaapt slecht, ligt uren wakker en 's morgens kan ze haar bed niet uitkomen.

Kim is de oudste in haar gezin. Ze woont sinds kort op kamers. Haar ouders en broers zijn naar het oosten van het land verhuisd omdat vader daar een baan kreeg. Kim wilde haar opleiding hier afmaken en is niet mee verhuisd. Volgens Kim weten haar ouders wel dat ze het niet makkelijk vindt om zelfstandig te wonen, maar niet dat het zo slecht met haar gaat.



Naar de Jeugdriagg

Haar mentor heeft Kim aangesproken over haar slechte studieresultaten. Zij geeft haar het advies contact op te nemen met de Jeugdriagg. Tijdens de intake wordt duidelijk dat Kim zich wel heel vaak rot en wanhopig voelt. Ook dat ze zich voor de buitenwereld “groot” houdt.

Individuele gesprekken en de “grip op je dip” cursus

Kim vindt het moeilijk om in groepstherapie te gaan. In een aantal individuele gesprekken kan Kim haar hart luchten. Daarna is ze gemotiveerd om aan een 'grip op je dip' cursus deel te nemen.

Contact met anderen

Kim leert afspraken plannen met vrienden en vriendinnen waardoor de dagen minder leeg zijn. Ze maakt een vaste belafsprak met haar ouders en haar broers komen af en toe bij haar logeren. In de cursus leert ze hoe gedachten en gevoelens elkaar beïnvloeden en hoe ze zelf meer grip kan krijgen op haar situatie.

2.3 Manische episode, beschrijving volgens DSM-5

- A** Een duidelijk herkenbare periode met een abnormaal en persisterend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming, en een abnormaal en persisterend verhoogde activiteit of energie, gedurende minstens één week en aanwezig voor het grootste deel van de dag, bijna iedere dag (of elke duur wanneer opname in een ziekenhuis noodzakelijk is).
- B** Tijdens de periode van de stemmingsontregeling en de toegenomen energie of activiteit zijn drie of meer van de volgende symptomen (vier indien de stemming alleen prikkelbaarheid is) in significante mate aanwezig en wijken af van het normale gedrag:
- 1** Opgeblazen gevoel van eigenwaarde, of grandiositeit
 - 2** Verminderde slaapbehoefte (voelt zich bv. uitgerust na slechts drie uur slaap)
 - 3** Spraakzamer dan gewoonlijk of spreekdrang
 - 4** Gedachtevlucht of de subjectieve beleving dat de gedachten gejaagd zijn
 - 5** Verhoogde afleidbaarheid (de aandacht wordt te gemakkelijk getrokken door onbelangrijke of niet ter zake doende externe prikkels), volgens de persoon zelf of door anderen waargenomen
 - 6** Toename van doelgerichte activiteit (ofwel sociaal, op het werk of op school, ofwel seksueel), of psychomotorische agitatie (nutteloze niet-doelgerichte activiteit)
 - 7** Zich excessief bezighouden met activiteiten waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen (bv. ongeremde koopzucht, seksuele onbezonnenheid, of onbezonnen zakelijke investeringen)
- C** De episode is voldoende ernstig om duidelijke beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren te veroorzaken, of opname in een ziekenhuis noodzakelijk is 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 drugs, medicatie of een andere behandeling), of een somatische aandoening.

2.4 Algemene indeling van stemmingsstoornissen

DEPRESSIEVE STOORNISSEN	BIPOLAIRE STOORNISSEN
LICHT MATIG ERNSTIG	LICHT MATIG ERNSTIG
DYSTHYMIE	CYCLOTHYME STOORNIS
MET PSYCHOTISCHE KENMERKEN	MET PSYCHOTISCHE KENMERKEN

In de DSM wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds **depressieve stoornissen** en anderzijds **bipolaire stoornissen**. Beiden worden gekenmerkt door het optreden van één of meerdere depressieve episoden die minstens twee weken aanhouden, maar bij de bipolaire stoornis is eveneens het voorkomen van een manische episode van minstens één week vereist. De **ernst** van de stoornis wordt bepaald door de hoeveelheid en intensiteit van de symptomen.

De lang aanhoudende depressieve stoornis of **dysthymie** vraagt dat gedurende twee jaar (één jaar voor kinderen en adolescenten) een sombere stemming het grootste deel van de tijd aanwezig is. Naast de sombere stemming kunnen depressieve episoden voorkomen.

Voor de **cyclothyme stoornis** is vereist dat er minstens twee jaar (één jaar voor kinderen en adolescenten) verschillende perioden met lichte manische symptomen en met lichte depressieve kenmerken afwisselend aanwezig zijn, de persoon mag niet langer dan twee maanden symptoomvrij zijn geweest.

Psychotische kenmerken kunnen aanwezig zijn. Schuldbesef kan zo sterk aanwezig zijn dat ze de vorm van een waan aanneemt, dat ze een absolute, onomstootbare zekerheid wordt zonder dat dit overeenkomt met de realiteit. Men is er bv. van overtuigd zijn gezin ten gronde te hebben gericht en in de hel te zullen belanden, of men is er zeker van zijn niets meer te bezitten en van armoede en honger te zullen omkomen ook al klopt dat niet met de feiten. Bij een manische episode kan men ervan overtuigd zijn dat men een prins, of genie, of onkwetsbaar is. Er kunnen ook waanopvattingen voorkomen die moeilijker passen bij de stemming van de persoon, zoals zich bedreigd of achtervolgd weten, of ervan overtuigd zijn dat men door magische krachten wordt bestuurd.

Er zijn ook nog andere stemmingsstoornissen, zo kan bv. ook een *seizoensgebonden* patroon worden vastgesteld, waarbij een depressieve

episode vaak start met het vallen van de bladeren. Een depressieve of manische episode kan ook uitgelokt worden door een *lichamelijke aandoening, middelenmisbruik of medicatie*.

2.5 Leeftijdsafhankelijke uitingen van depressie

De manier waarop depressie tot uiting komt bij kinderen en adolescenten kan afwijken van de uiting bij volwassenen. Bij een *volwassene* toont een depressieve stemming zich door lusteloosheid en een mat en leeg gevoel; bij een *baby* door onlust, huilen en protestgedrag; bij een *kleuter* en *schoolkind* vooral in prikkelbaarheid, agitatie, verdriet of angst; bij een *adolescent* staan doorgaans matte droefheid, abnormale somberheid en prikkelbaarheid op de voorgrond. Jonge kinderen hebben het vaak ook moeilijk om hun gevoelens te verwoorden, zij zullen hooguit zeggen dat ze zich rot, slecht of niet goed voelen, heel jonge kinderen kunnen hun depressieve stemming enkel uiten met lichaamstaal: houding en gelaatsexpressie. Het ontbreken van plezier toont zich bij jonge kinderen als apathie: het kind geniet niet van lichamelijke beweging en reageert weinig of niet op prikkels uit de omgeving. Op latere leeftijd is het ontbreken van plezier merkbaar aan een onvermogen om te genieten van spelen, contact, beheersen van vaardigheden. Depressieve cognities, zoals negatieve beoordelingen over zichzelf en de eigen mogelijkheden ontbreken bij kinderen die jonger zijn dan vier jaar, aangezien het denken nog niet voldoende ontwikkeld is. Op latere leeftijd kunnen wel depressieve gedachten voorkomen, zoals een negatief opvattingen over zichzelf en sombere toekomstverwachtingen. Bij kinderen jonger dan acht jaar ontbreken vaak ook gedachten aan de dood en het verlangen om te sterven, suïcidegedachten komen voor de puberteit weinig voor.

Depressieve kinderen en jongeren proberen bij momenten depressieve gevoelens af te weren met *tegenovergesteld gedrag*, waardoor het moeilijker kan zijn om een depressie te herkennen. Schoolkinderen kunnen zich dan clownesk of stoer en opstandig, of agressief gedragen. Adolescenten kunnen depressieve gevoelens verbergen of overdekken met agressie, geveinsde opgewektheid, drugs- en alcoholgebruik, seksueel losbandig gedrag, spijbelen, enz. Hierdoor kan een depressie over het hoofd gezien worden.

2.6 Verklaring

Uit statistisch onderzoek naar het familiaal voorkomen heeft men kunnen vaststellen dat **genetische aanleg** tot op zeker hoogte een rol speelt in het krijgen van een depressie Dit is vooral het geval bij terugkerende (recidiverende) depressie. De kans op een depressie is het grootst wanneer beide ouders eraan lijden. Voor het werkelijk ontwikkelen van een depressie zullen steeds ook psychologische en omgevingsinvloeden

meespelen. Bij een depressieve stoornis ontstaat er in bepaalde hersendelen een tekort aan de **neurotransmitters** serotonine en noradrenaline. Deze ontregelingen komen ook voor bij angststoornissen, waardoor men veronderstelt dat depressieve en angststoornissen een gemeenschappelijke genetische achtergrond hebben. De bipolaire stoornis wordt vooral verklaard vanuit biologische factoren. Erfelijkheid speelt hier een beduidend grotere rol in het ontstaan dan bij depressieve stoornis. Net als bij de depressieve stoornis spelen ontregelingen in neurotransmitters een rol. Bij een manische periode is er sprake van een onderactiviteit van serotonine in combinatie met een overactiviteit van noradrenaline. Manische periodes kunnen uitgelokt worden door ingrijpende levensgebeurtenissen, terwijl een vast dagritme, regelmatige lichaamsbeweging en sociale steun de kans op het optreden van een manische episode verminderen.

Het **gezinsklimaat** speelt vaak een rol bij het tot stand komen van een depressie bij kinderen. De ouder met een depressie kan afkeurend, overbekritiserend of gedesinteresseerd zijn. Kinderen kunnen als reactie daarop zich ongemakkelijk voelen, gespannen zijn in de buurt van de ouder, en proberen zoveel mogelijk contact te vermijden. Op latere leeftijd blijken deze kinderen dan vaak passief en afhankelijk en teruggetrokken gedrag te vertonen. Er ontstaat hierdoor een hogere kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van depressies. Andere psychische stoornissen bij de ouders die het risico op depressie verhogen zijn: angststoornissen, stoornissen in het gebruik van alcohol of drugs, persoonlijkheidsstoornissen zoals borderline en de antisociale persoonlijkheidsstoornis en schizofrenie. De ouders kunnen zo sterk in beslag genomen worden door hun eigen problemen dat ze onbereikbaar zijn voor hun kinderen, en het bieden van veilige en voorspelbare omgeving in gedrang kan komen. Deze gezinnen worden vaak gekenmerkt door de aanwezigheid van meer conflicten, afwijzing en communicatieproblemen.

Dysfunctionele gedachten blijken regelmatig voor te komen bij depressies, zowel bij oudere kinderen als bij jongeren en volwassenen. Hier kan gedacht worden aan negatieve beoordelingen over zichzelf en de eigen bekwaamheid, waardoor gevoelens van waardeloosheid worden uitgelokt. Gebeurtenissen worden consequent op een negatieve manier geïnterpreteerd, succes wordt toegeschreven aan externe factoren zoals toeval, hulp van anderen, falen wordt toegeschreven aan eigen tekorten of onbekwaamheden. Woorden als 'nooit', 'altijd', 'helemaal' overheersen de denkstijl, bv. in gedachten als 'dat zal ik nooit kunnen' of 'alles loopt altijd fout', het denken is vervormd in eigen nadeel. Men kan daarnaast ook zo'n hoge eisen aan zichzelf stellen, dat er realistisch gezien niet aan voldaan kan worden, waardoor als bij een zelfvervullende voorspelling eigen onvermogens volgens de persoon bevestigd worden.

Vanaf de puberteit blijken vrouwen een hogere kans te hebben op het krijgen van een depressie dan mannen, het **geslacht** lijkt dus een rol te spelen. Hiervoor is geen werkelijk duidelijke verklaring, er zijn wel een aantal veronderstellingen. Meisjes ervaren grotere lichamelijke veranderingen in de puberteit dan jongens, waardoor ze meer moeilijkheden kunnen hebben om zich daaraan aan te passen. Volgens anderen zou het kunnen zijn dat vrouwen minder controle over hun leven ervaren dan mannen, dit zou dan verantwoordelijk zijn voor het ontwikkelen van een depressieve denkstijl. Vrouwen zouden ook gevoeliger kunnen zijn voor verlieservaringen, zoals een liefdesrelatie die stuk loopt of het overlijden van een belangrijke persoon. Anderen geven als mogelijke verklaring dat vrouwen meer ingrijpende gebeurtenissen meemaken, zoals mishandeling of incest. Deze kunnen leiden tot een negatief zelfbeeld en de ontwikkeling van een depressie bevorderen.

Personen met een **verstandelijke of lichamelijke handicap**, of een **chronische ziekte** blijken vaak ook gevoeliger te zijn voor het ontwikkelen van een depressie. Men denkt dat de grotere afhankelijkheid van anderen hierbij een rol kan spelen. Het gebrek aan voldoende eigen mogelijkheden of vaardigheden om dagelijkse problemen vlot te kunnen hanteren, zorgt voor een grotere gevoeligheid voor een depressie.

Negatieve levenservaringen of ingrijpende gebeurtenissen kunnen ook aanleiding zijn voor een depressieve stoornis. Hier kan gedacht worden aan verwaarlozing, mishandeling, gepest worden, moeizame sociale relaties, het meemaken van ernstig verliezen of tegenslagen, echtscheiding, discriminatie. Het kan gaan over recente ervaringen of ervaringen uit het verdere verleden van de persoon.

Het **eerder hebben meegemaakt van een depressie** zou eveneens zorgen voor een grotere gevoeligheid voor stress en een risico op terugval in een nieuwe depressie. Men spreekt hier over *sensitisatie*, door het meemaken van een depressie zouden de hersenen als het ware geprogrammeerd worden om extra waakzaam te zijn voor dreigingen en sterker te reageren op stressvolle gebeurtenissen.

Stoornissen die vaak samengaan met depressie zijn angststoornissen, ADHD, eetstoornissen en stoornissen in het gebruik van drugs of alcohol. Wanneer er samen met de depressie ook een andere stoornis is, dan blijkt de depressieve episode doorgaans langer aan te houden en is er een groter suïciderisico.

2.7 Behandeling

Het gebruik van **medicatie** bij de behandeling van depressies bij volwassenen is vrij algemeen aanvaard als een bewezen effectief middel. Antidepressiva zijn geschikt voor de behandeling van matige en ernstige

depressieve stoornissen, maar zijn niet zinvol bij lichte depressies. Het gunstige effect van medicatie is pas na acht à tien dagen merkbaar, terwijl de bijwerkingen (bv. misselijkheid, slapeloosheid, hoofdpijn, nervositeit) meteen optreden. Duidelijke uitleg van de behandelend geneesheer en steun en bemoediging van de omgeving is belangrijk. Bij adolescenten en kinderen kan onderzoek niet ondubbelzinnig aantonen dat het gebruik van medicatie zinvol is. Medicatie kan wel overwogen worden bij ernstige, lang aanhoudende of terugkerende depressies.

Een goede begeleiding start steeds met **psycho-educatie**, het geven van informatie over wat een depressie is, hoe deze tot uiting kan komen, mogelijke oorzaken en behandelingen. Er wordt ook gezocht naar manieren voor het omgaan met de symptomen van een depressie. Afhankelijk van de situatie kan psycho-educatie uitgebreid worden naar belangrijke anderen uit het sociaal netwerk.

Bij de aanpak van depressies bij kinderen is het verbeteren van het **gezinsklimaat** een belangrijk aandachtspunt. Indien er in het gezin belastende omstandigheden zijn, dan is het nodig dat de ouders opvoedingsondersteuning krijgen. Het doel is de opvoedkundige vaardigheden van de ouders te versterken, om passend te leren omgaan met de noden en behoeften van hun kind. Men kan zich daarbij richten op het verminderen van negatieve, destructieve interacties en het toenemen van positieve, constructieve interacties, zoals het geven van complimenten, troost en steun in plaats van afwijzing en kritiek. Bij ouders met een psychische stoornis kan er gewerkt worden aan het erkennen van de eigen problematiek en de invloed daarvan op anderen, en daar beter mee leren omgaan. Wanneer er vaak conflicten zijn tussen de ouders dan kan men hen leren beter met elkaar te communiceren.

Bij oudere kinderen, adolescenten en volwassenen is er natuurlijk ook de mogelijkheid voor **individuele psychotherapie**. *Cognitieve gedragstherapie* blijkt het meest succesvol te zijn op korte termijn. Via cognitieve herstructurering zal men proberen om depressieve, dysfunctionele gedachten te herkennen en te beïnvloeden, door deze gedachten kritisch in vraag te stellen en het door het formuleren van meer helpende, ondersteunende gedachten. Daarnaast wordt ook aangespoord om dysfunctionele gedachten uit te dagen door het ondernemen van gedragsexperimenten, de juistheid van bepaalde wordt dan in de praktijk gecontroleerd. Er wordt ook aandacht besteed aan een vast dagritme en het inplannen van aangename activiteiten, bv. naar buiten gaan om te wandelen of te sporten, het weer oppakken van hobby's. Indien zinvol, kunnen ook trainingen gegeven worden om sociale en probleemoplossende vaardigheden te versterken.

Een andere aanpak die effectief blijkt te zijn bij de behandeling van lichte en matige depressies bij volwassenen is *interpersoonlijke psychotherapie*. Deze kortdurende behandeling kijkt naar de wisselwerking tussen de

depressieve stoornis en problematische relaties. Men gaat zich richten op de manier waarop de persoon met een depressie contacten met anderen onderhoudt en hoe hij omgaat met belangrijke veranderingen in zijn leven. Deze aanpak richt zich daarbij op één van de volgende thema's:

- Verlieservaringen: overleden familielid, chronische ziekte, enz.
- Rolveranderingen: geboorte van een eerste kind, pensionering, echtscheiding, enz.
- Conflicten: onenigheid met partner, kind, werkgever, enz.
- Contact met anderen: moeite met aangaan of onderhouden van betekenisvolle relaties

De behandeling is meestal ambulante. Aanwezigheid van een depressie op zich is geen reden voor **opname** of residentiële behandeling, bij *langdurig aanhoudende ernstige depressies* die ondanks therapie niet verbeteren is opname wel noodzakelijk. Opname is ook noodzakelijk wanneer het nodig is om iemand te *beschermen tegen zichzelf of anderen*, bv. bij suïcidedreiging, mishandeling of ernstig escalerende gezinsconflicten. Ook bij opname zal er dan natuurlijk aandacht zijn voor ondersteuning aan de omgeving.

Voor de behandeling van *bipolaire stoornissen* zijn vooral biologische therapieën ontwikkeld. Een vrij bekend middel is lithium, een soort zout dat nieuwe manische of depressieve episodes kan voorkomen of alleszins in ernst of aantal kan doen afnemen. Lithium kan echter leiden tot allerlei ongewenste bijwerkingen zoals beven, dorst, misselijkheid, gewichtstoename en nierproblemen. Omwille van deze nadelige effecten wordt tegenwoordig meer en meer gebruik gemaakt van andere zogeheten stemmingsstabilisatoren, dit zijn meestal anti-epileptische middelen. Om terugval in een manische of depressieve episode te voorkomen is levenslang gebruik van deze medicatie doorgaans noodzakelijk. De bijwerkingen en het gemis van de euforie tijdens een manische episode kunnen echter maken dat men besluit om te stoppen met de medicatie. Net als bij een depressieve stoornis is enkel het nemen van medicatie onvoldoende. Psychosociale begeleiding van de persoon en zijn omgeving zijn erg belangrijk. Hier gaat men zich richten op een regelmatig levensritme, medicatietrouw, aanpakken van irrationele denkpatronen, het leren herkennen en passend reageren op de eerste tekenen van een aankomende depressieve of manische episode. Eventueel kan men in een crisisplan vastleggen wat men kan doen om terugval te verhinderen. Soms wordt gebruik gemaakt van gezins- of partnerrelatietherapie om de onderlinge communicatie te verbeteren, en te zorgen voor een meer ondersteunende omgeving. Bij een bipolaire stoornis is doorgaans nood aan langdurige professionele behandeling omwille van het chronisch verloop van de aandoening.

2.8 Suggesties voor de omgang

- laat waardering blijken, geef positieve aandacht
- verhoog het competentiegevoel door positieve verwachtingen te uiten
- verander negatieve, zelfafbrekende gedachten in positieve, zelfopbouwende gedachten
- bied een veilige en voorspelbare, ondersteunende omgeving
- maak duidelijk dat je er bent zonder je op te dringen
- stimuleer en enthousiasmeer het ondernemen van activiteiten
- heb aandacht voor het bieden van uitleg en ondersteuning aan belangrijke anderen in de omgeving (partner, ouders)
- zorg voor een regelmatig levensritme met ontspannende activiteiten en voldoende beweging
- werk indien nodig aan het versterken van probleemoplossende en sociale vaardigheden
- wees alert voor zelfmoordgedachten en breng deze ter sprake als er aanduidingen voor zijn
- raak niet verstrikt in geheimhoudingsafspraken
- verwijst door naar deskundige hulp bij ernstige, aanhoudende stemmingsklachten

2.9 Voorbeeld van cognitieve herstructurering

In therapie leert de veertienjarige Wouter gedachten op te sporen die samengaan met zijn sombere stemming.

W. *Het was echt een rotweekend, ik ben de hele tijd thuis geweest, er was een familiefeest, ik zat daar maar wat bij en zei niets...*

T. *Waarover piekerde je dan, welke gedachten kwamen in je op?*

W. *Dat ik er niet bij hoorde, iedereen bij ons thuis was blij, en ik zat daar maar alleen.*

T. *En verder?*

W. *Ik vraag me af of mijn familie mij wel graag heeft. Wat zouden ze van mij denken?*

T. *Zullen we samen eens proberen te zoeken naar andere gedachten die sterk genoeg zijn om die sombere gedachten te bestrijden? Hier is een werkblad, links schrijven we de vervelende gedachten op, en in de tekstballonnetjes rechts kunnen we andere gedachten invullen. Wat zou je anders kunnen denken op zo'n familiefeest, zodat je je prettiger kan voelen?*

W. *Van sommigen weet ik wel hoe ze over me denken, van anderen weet ik het eigenlijk niet.*

T. *Goed zo, laten we nog wat andere gedachten bij bedenken*

W. *... (stilte)*

T. *Moet je het persé van iedereen weten?*

- W. *Neen, ik hoef het ook niet echt met iedereen het goed kunnen vinden.*
- T. *Heel goed, zijn er nog andere?*
- W. *Ik ben anders dan mijn zus.*
- T. *Wat bedoel je?*
- W. *Ik kan niet zo vrolijk doen als zij.*
- T. *Moet dat?*
- W. *... Eigenlijk niet echt, als ik vriendelijk ben op mijn manier is het ook goed. Ik probeer gewoon mezelf te zijn.*

anders denken
sombere, vervelende gedachten bestrijden

<p>Wat zouden sommige van de sombere gedachten kunnen zijn die Wouter kan denken? Vul de tekstballonnetjes in.</p>	<p>Geef enkele gedachten die Wouter kan gebruiken om het sombere denken te bestrijden. Maak ze heel krachtig zodat ze de sombere gedachten kunnen overwinnen.</p>
---	---



In een latere bijeenkomst leert Wouter dat zijn sombere stemming gezien kan worden als een signaal, een teken dat er een probleem is. Vervolgens leert hij de situatie te analyseren via probleemoplossend denken. Hij vertelt dat hij een opdracht voor Aardrijkskunde voortdurend had uitgesteld. Nu ziet hij het niet meer zitten. Als hij goed nadenkt, dan beseft hij dat zijn sombere gevoelens daarmee te maken hebben. In de

begeleiding leert hij deze gevoelens aan te pakken, hij leert daarbij de volgende richtlijnen: "Wat is het probleem?", "Hoe los ik het op?", "Stop met piekeren en doe er nu iets aan!", "Ik kan beter vanaf nu elke dag iets doen.", "Ik maak een planning.", "Ik kan iemand vragen om mij te helpen.", "In het weekend ga ik er een hele middag aan werken." Alternatieven bedenken wordt aangemoedigd en geoefend. Wouter moet telkens nieuwe, andere oplossingen bedenken. Daarna kiest hij er enkele uit die hij zal uitproberen en evalueren. Er wordt met hem een beloning afgesproken die hij aan zichzelf kan geven wanneer hij aan zijn opdrachten gewerkt heeft.

Verder in de behandeling leert Wouter gedachten uitdagen. Hier wordt gebruik gemaakt van de gedachte dat zijn leraren hem niet graag zouden hebben en het op hem gemunt hebben.

T. Vanwaar komt die gedachte?

W. Euh... Ik het weet niet precies, ik voel het. De leraar Frans denkt dat die pen door mijn schuld verdwenen is, dat ik die meegenomen heb, maar ik weet van niets.

T. Zijn er nog andere van die voorvallen met leraren?

W. Eigenlijk is het maar één waar ik echt zeker van ben.

T. Weet je nog hoe we vorige keer gedachten van jou uitdaagden, weet je nog welke vragen je zou kunnen stellen?

W. ... Of ik hier bewijs voor heb?

T. Zijn er bewijzen?

W. Eigenlijk niet echt, zeker niet bij andere leraren, enkel bij die van Frans, en die doet eigenlijk tegen iedereen vervelend, het is gewoon een vervelende man.

T. Herinner je of er ook andere vragen zijn die we hier kunnen gebruiken?

W. Of anderen dat ook vinden?

T. En?

W. ... Wel ja, maar anderen lachen daarmee, ik voel me ongemakkelijk bij hem.

T. Hoe komt dat?

W. Ik ben bang voor een opmerking, ik wil op iedereen een goede indruk maken.

T. Kan je hierover een vraag bedenken? Als je terugdenkt aan de oefening van vorige keer.

W. Is dat haalbaar, dat ik op iedereen een goede indruk maak? Ik denk het niet, ik hoef niet steeds de goedkeuring van iedereen te krijgen.

T. Hoe sterk geloof je in die gedachte? Op een schaal van 1 tot 10.

W. Nu, op dit moment, een zeven op tien.

2.10 Inschatten van het suïciderisico

In plaats van te spreken over zelfmoord, heeft men een voorkeur voor de meer neutrale termen suicide of zelfdoding om te verwijzen naar het doelbewust handelen om het eigen leven te beëindigen. Men spreekt liever niet over zelfmoord, aangezien dat een morele veroordeling inhoudt.

Ook als het enkel maar lijkt om aandacht te trekken, toch moet men suïcidedreiging steeds ernstig nemen. De beslissing om iemand met suïcidedgedachten te laten opnemen is niet eenvoudig. Niet alleen somberheid, maar vooral ook de mate van impulsiviteit, de aan- of afwezigheid van psychotische symptomen en het al dan niet aanwezig zijn van sociale steun in de thuissituatie zijn van belang. Indien een suïcidepoging werd ondernomen of wanneer er voortdurend wordt nagedacht over zelfdoding, eventueel met concrete plannen, dan is opname zeker nodig om noodzakelijk toezicht te kunnen garanderen.

Iemand met een depressie spreekt lang niet altijd spontaan over zijn doodswens. Discreet maar gericht bevragen blijkt belangrijk te zijn om een inschatting te kunnen maken. Het is een misverstand dat men door ernaar te vragen de persoon op ideeën zou brengen, uit de praktijk blijkt dat niet-suïcidale personen door navraag niet opeens suïcidaal worden, en aan de andere kant dat suïcidale personen zich doorgaans opgelucht en erkend voelen. De volgende vragen kunnen een leidraad vormen bij de inschatting:

- Zijn er openlijk geuite doodswensen?
- Vindt de persoon het leven nog de moeite waard?
- Zijn er doodswensen? Wat is de frequentie?
- Wordt de dood als enige oplossing gezien?
- Zijn er suïcidedgedachten? Wat is de frequentie?
- Zijn er suïcideplannen? Zijn deze al uitgewerkt?
- Hoe dodelijk is het geplande middel?
- Heeft de persoon gemakkelijk toegang tot dit middel?
- Heeft de persoon nog controle over zichzelf?
- Is de persoon nog in staat afspraken te maken?
- Zijn er al eerdere pogingen geweest?
- Hoe potentieel dodelijk waren de gebruikte middelen?
- Was er kans op ontdekking?
- Was er al een plan of was de poging impulsief?
- Let ook op:
 - mate van hopeloosheid, slapeloosheid, eetlustverlies, en gewichtsverlies,
 - mate van agitatie (gespannenheid)
 - aan- of afwezigheid van psychotische symptomen,
 - mate van sociaal isolement

Misverstanden over zelfdoding

We zetten de belangrijkste op een rijtje.

Mensen die erover praten, doen het niet.

75% van de mensen die gestorven zijn aan zelfdoding heeft een signaal gegeven. Bewust of onbewust trokken ze aan de alarmbel. Het bespreken van zelfdodingsgedrag is één van de manieren om aan zelfdodingspreventie te doen.

Zelfdodingsgedrag betekent dat de persoon dood wil.

Iemand die aan zelfdoding denkt, ervaart een pijnlijk probleem. Hij ervaart het als ondraaglijk, onoplosbaar en oneindig. Wanneer verder leven op deze manier niet langer mogelijk lijkt, lijkt de dood de enige uitweg. De persoon wil niet dood op zich, maar wil een einde aan de ondraaglijke situatie.

Zelfdoding gebeurt plots, impulsief.

Zelfdoding is het gevolg van een proces van gedachte naar daad. Dit proces duurt gemiddeld zo'n 2,5 jaar. Het is een zeer complex proces waarin zowel biologische, psychologische, psychiatrische als sociale aspecten een rol spelen. Impulsieve zelfdodingen zijn zeer zeldzaam.

Meer weten?

Lees verder op www.zelfmoord1813.be

NOODOPROEP

TELEFOON (24 UUR PER DAG): 1813

CHAT & E-MAIL: www.zelfmoord1813.be

Dienst spoedgevallen: bel 100
De huisarts van wacht: www.medischwacht.be
Het Andrijcentrum: bel 070 245 245

Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding

Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) werkt vanuit drie diensten, die onderling verbonden zijn en elkaar aanvullen. Het CPZ is door de Vlaamse overheid erkend als organisatie met tussentijdse suïcidepreventie door laagdrempelige teleshulp. Daarnaast vormt het CPZ, samen met de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent, het Vlaamse partnerschap voor suïcidepreventie dat erkend werd als partnerorganisatie voor suïcidepreventie.

1 Stelrefinesst	2 Vermoedingsdienst	3 Zelfmoordlijn 1813
Informeren & Schetsbeoordelen	Dakern	Telefoon
Analysen & Signaleren	Inzet (vrijwilligers)	Online
Onderzoek bevoornden	Doekandigheid bevoornden	Preventie 2.0
		ASPRHA

Steun het CPZ

Het CPZ werkt met beperkte middelen. Elke bijdrage is daarom welkom op rekeningnummer BE24 4338 1416 1138 (IBAN), KREDIEETBIBO. Giften vanaf 40 euro zijn fiscaal aftrekbaar. www.steundezelfmoordlijn.be

Contacten ter Preventie van Zelfdoding vzw - Puilliestraat 3, 1030 Schaarbeek
02 649 82 05 - cpz@preventiezelfdoding.be - www.preventiezelfdoding.be



Voor de babbel van je leven

zelfmoord1813.be
voor info en hulp

1813
zelfmoord

Zelfmoordlijn 1813

Zelfmoordlijn 1813 is een gratis en anonieme nooddienst voor iedereen die wordt geconfronteerd met zelfdoding. Zowel mensen die denken aan zelfdoding, alsook hun naasten en nabestaanden kunnen bij ons terecht. Deskundig opgeleide vrijwilligers luisteren zonder oordelen en proberen je te helpen. Zelfmoordlijn 1813 wordt beantwoord door vrijwilligers van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding en Tele-Onthaal. Zelfmoordlijn 1813 is bereikbaar via telefoon, chat en e-mail.



zelfmoord1813.be
voor info en hulp

1813
zelfmoord

Maak je je zorgen om iemand in je omgeving? Of denk je soms zelf aan zelfdoding? In deze folder vind je enkele tips die je kunnen helpen om hiermee om te gaan.

Je maakt je zorgen om iemand...

Wanneer we geconfronteerd worden met iemand die aan zelfdoding denkt, willen we onze hulp aanbieden en samen oplossingen vinden. Maar mensen die aan zelfdoding denken zitten meestal niet te wachten op antwoorden of goedbedoelde adviezen. Ze willen een plek waar ze zich veilig, geborgen en gehoord voelen.

Wie signalen denkt op te merken, kan daarom proberen om met deze personen een open en rustig gesprek aan te gaan. Door begripvol in te gaan op de gevoelens van wanhoop, hopeloosheid en hulpeloosheid die bij de persoon leven, creëer je een gespreksklimaat waarin de persoon zijn verhaal van verdriet en pijn kwijt kan.

Durf open te spreken over de zelfdodingsgedachten en over het verlangen om te sterven. Zo kan je:

- > samen de ernst van de gedachten aan zelfdoding inschatten.
- > een goed en vrouwelijk contact bekomen met de ander.

De andere persoon kan dan weer een inzicht krijgen in zijn eigen situatie en zal zich beter begrepen voelen. Belangrijk om te onthouden is dat een gesprek alleen al de drang om zichzelf iets aan te doen kan verminderen. Het is onjuist dat je er mensen mee op ideeën zou brengen.

GOED OM TE WETEN

De 3 pijlers van zelfdodingspreventie bieden houvast:

- > Het proces van zelfdodingsgedachte naar daad kan op elk moment worden gestopt.
- > De wens om te sterven blijft sterk verbonden met de wens om te leven.
- > De behoefte aan contact met anderen blijft, ook voor iemand in crisis.

Enkele handvatten

- > **Herken signalen en neem ze serieus.** 'Ik zou voor altijd willen slapen', 'het hoeft allemaal niet meer'.
- > **Praat erover.** Als je zegt dat het niet meer hoeft, bedoel je dan dat je liever dood zou zijn...? 'Ik hoor je zeggen dat je het leven lieve bent, denk je soms ook aan zelfdoding?'
- > **Luister begripvol.** Blijf rustig en luister zonder te oordelen. Laat hem zijn verhaal doen en toon begrip voor de gevoelens die hij heeft. 'Ik krijg de indruk dat je je heel wanhopig voelt. Wat maakt het dat je liever dood zou zijn?'
- > **Houd contact.** Sociale isolatie is een belangrijke factor als het gaat om het werkelijk overgaan tot een poging. Sociaal contact heeft juist een bijzonder grote beschermende werking. Hoe zeer iemand zich ook afsluit van de buitenwereld, de behoefte aan contact is menselijk en blijft steeds aanwezig.
- > **Betrek de omgeving en zoek zelf steun.** Bouw een netwerk rondom de persoon waarover je je zorgen maakt. Zoek steunfiguren, voor de persoon in crisis maar ook voor jezelf. Blijf er niet alleen mee rondlopen, maar zorg dat je zelf ook je verhaal kwijt kunt.

Wat je beter niet doet

- > **Het minimaliseren van de problemen.** 'Zo erg is het toch allemaal niet', 'het leven heeft toch nog genoeg te bieden'.
- > **Onmiddellijke oplossingen aanreiken.** Zoals ga er eens tussenuit, dan voel je je vast al een stuk beter'.
- > **Het gedrag veroordelen of de persoon een schuldgevoel aanpraten,** door bijvoorbeeld te zeggen hoeveel verdriet hij anderen hiermee zal aandoen. Dit kan juist een averechts effect hebben.
- > **Beloven dat je er met niemand anders over zal praten.** Beloof ook niet meer hulp dan je in werkelijkheid kunt bieden.

Twijfels? Vragen? Crisissituatie?

Of heb je nood aan ondersteuning? Neem contact op met de **Zelfmoordlijn 1813** op het telefoonnummer **1813** of online: **zelfmoord1813.be**

Daarnaast kan je bij **crisissituaties** ook terecht bij de dienst spoedgevallen (tel. 100), de **huisarts** (van wacht) **www.mediwacht.be**, het **Antiffigencentrum** (tel. 070 245 245)

Je denkt aan zelfdoding...

Wanneer het leven ondraaglijk lijkt en wanhoop de overhand dreigt te nemen kan de gedachte aan zelfdoding de kop op steken.

Veel personen die het leven als onmogelijk ervaren, voelen **drempels om hulp te zoeken**. Ze zijn bijvoorbeeld bang niet begrepen of zelfs veroordeeld te worden. De stap om erover te praten met anderen kan als immens aanvoelen.

Praten kan echter een verschil maken. Praat erover met een vriend, een familielid, een leerkracht, een collega, met je huisarts of een andere hulpverlener. Wees eerlijk, tegenover de ander, maar ook tegenover jezelf. Probeer je niet anders voor te doen dan je bent of hoe je je voelt. **Wees jezelf.** Praten alleen al lucht op.

Ook zien mensen die wat meer afstand kunnen nemen misschien dingen, verbanden, soms zelfs oplossingen die je zelf voor het moment niet meer ziet. Gewoon omdat je **zo mooggestreden** bent, en al zo lang met bepaalde problemen zit, ermee opstaat en ermee gaat slapen.

Do

- > Praat erover
- > Zoek hulp
- > Vul het houvast-kaartje in en houd dit bij je
- > Houid je hoofd boven water.

Don't

- > Vermijd alcohol en drugs
- > Zoek geen gevaarlijke plaatsen op
- > Sluit jezelf niet op.

Mijn houvast-kaartje

(Vul in, schuur af, en houd dit kaartje bij je, bijvoorbeeld in je portemonnee)

Wat kan ik doen?	Wie contacteren?
> Huisarts luisteren	> _____
> Gedachten opschrijven	> _____
> Afleiding zoeken	Huisarts: _____
> _____	Hulpverleners: _____
> _____	_____
> _____	_____

Zijn er in de onderstaande voorbeelden voldoende aanduidingen voor een depressieve of manische episode? Welke kenmerken uit de DSM-categorieën kan je terugvinden?

“Eigenlijk is het begonnen na de geboorte van ons tweede kind, tweeënehalf jaar geleden.”, vertelt de 32-jarige Saskia. “Ik kreeg steeds meer last van zware vermoeidheid en allerlei kwaaltjes, zoals: verkoudheid, keelpijn, hoofdpijn, spierpijn, rugpijn, druk op mijn hoofd, enz. Mijn dagelijkse werk en het huishouden kostten me enorm veel moeite. Het begon regelmatig voor te komen dat ik eens een paar daagjes ziek thuis bleef om even bij te tanken. Ik kreeg ook last van mijn gewicht. Hoewel ik voor mijn gevoel niet veel at, kwam ik kilo’s aan. Overdag kwam ik tot weinig. Het interesseerde me allemaal niets. Ik zat op de bank en keek de hele dag televisie. Lezen lukte nauwelijks meer: bij de tweede regel was ik de draad al kwijt. Uiteindelijk stelde de huisarts onomwonden vast dat ik leed aan een depressie. Even later stond ik enigszins overdonderd buiten met een doosje antidepressiva. De eerste dagen voelde ik me suf van die pillen en had ik steeds een erg droge mond. Na een paar weken leek mijn stemming wel iets beter en de hoofdpijnen verdwenen. Van een ware ommekeer was echter geen sprake. Die bleef ook de daaropvolgende maanden uit. Ik had nog steeds geen energie om ook maar iets te ondernemen. Overdag zakte ik regelmatig weg in een diepe slaap. Op een gegeven moment werd de hoeveelheid antidepressiva verhoogd, maar toen ik dubbel begon te zien ben ik daar maar gauw weer mee gestopt. Ook begonnen mijn handen en voeten wat stijf en dik te worden.”

Na een depressieve periode begint de negentienjarige muziekstudent zich na zes maanden steeds beter en opgewekter te voelen. Hij gaat veel praten, heeft overal kritiek op en is opstandig tegenover zijn leraar. Evenals in de depressieve fase blijft hij stemmen horen. Hallucinerend ziet hij onder andere Beethoven die uitzinnig van blijdschap is over zijn genialiteit. Hij beschouwt zichzelf als de Messias, predikt openlijk tegen prostitutie en componeert het *Grote Lied der Liefde*. Naar hij meent, werd hij naar het ziekenhuis gebracht door degenen die hem om dit onschatbare werk benijdden. De patiënt geeft de juiste persoonlijke gegevens en is goed georiënteerd in tijd en ruimte. Hij meent echter dat de artsen hypnotiseurs zijn, die proberen met hem te experimenteren. Hij vindt zelf dat hij niet ziek is. 's Nachts verschijnt voor hem Christus of een gouden figuur als de geest van zijn vader. Bij wat langere gesprekken raakt de patiënt snel de draad kwijt en brengt een opeenvolging van fraaie zinnen voort, die onverwacht eindigen met de één of andere grappige vraag. Hij maakt een arrogante, verwaande en bijwijlen geïrriteerde indruk en doet veelal neerbuigend. De patiënt praat veel en graag, ook dikwijls hardop tegen zichzelf. Hij loopt luidruchtig op en neer op de afdeling en bemoeit zich meer dan wenselijk is met zijn medepatiënten, die hij probeert op te beuren en naar zijn hand te zetten. Tot in de vroege ochtenduren is hij druk bezig met brieven schrijven en componeren, maar hij produceert slechts vluchtig, slordig opgeschreven werk met tal van opmerkingen in de kantlijn. Het functioneren van deze student werd bijna honderd jaar geleden beschreven door de Duitse psychiater Emil Kraepelin, als voorbeeld van wat hij toen manisch depressieve waanzin noemde en nu een bipolaire stoornis heet.

Jimmy is een jongen van tien jaar oud. Zijn moeder en zijn leerkracht maken zich ongerust over zijn driftbuien en geïrriteerdheid, die de laatste tijd zowel thuis als op school regelmatig voorkomen. Er hoeft maar iets klein te gebeuren of hij barst in tranen uit, begint te roepen en met voorwerpen te gooien. Tijdens de les lijken er problemen te zijn met concentratie, hij is snel afgeleid en maakt bij momenten een afwezige indruk. Omdat hij meer en meer gemeden wordt door zijn klasgenoten, is hij op vrije dagen en tijdens vakantieperioden meestal alleen thuis. Hij zit dan op zijn kamer naar televisieseries te kijken. Zijn moeder merkt dat hij slecht slaapt en de laatste maanden enkele kilo's is aangekomen, doordat hij veel snoept en pakken chips verslindt. De schoolpsycholoog die Jimmy heeft getest, zegt dat hij geen leerproblemen heeft vastgesteld, en ook geen ADHD. Wel wordt vermeld dat Jimmy erg ongelukkig is, zich vaak waardeloos en hopeloos voelt, ook zegt hij dat hij liever dood zou zijn. De depressieve toestand waarin Jimmy zich bevindt is waarschijnlijk ongeveer een half jaar geleden gestart, toen zijn vader, sinds enkele jaren gescheiden van zijn moeder, hertrouwde en verhuisde naar een andere stad, waardoor hij Jimmy minder vaak kan zien.

De 47-jarige meneer Pieters is een rustige man, boekhouder, gelukkig getrouwd. Twee jaar geleden voelde hij zich zomaar maandenlang somber en futloos. Een beetje overwerkt, dacht hij zelf. Langzamerhand is hij zich beter gaan voelen, zelfs zo goed dat hij een grote verbouwing in huis aanpakte. De keuken en badkamer moesten nodig worden opgeknapt, verklaarde hij. In geen tijd had hij de nodige spullen aangeschaft. De mooiste designs, de beste merken. Mevrouw Pieters herkende haar man nauwelijks nog. Hun spaargeld was hem altijd heilig geweest en aan een verbouwing had hij zich nooit eerder gewaagd. Nu werkte hij dag en nacht. Voor slapen en eten had hij geen tijd. Na een week belde mevrouw Pieters gealarmeerd haar huisarts. Want als haar man zo doorging, vreesde ze voor uitputting of een hartaanval. Tijdens zijn huisbezoek kon deze met eigen ogen zien dat mevrouw zich terecht zorgen maakte: overal lag gereedschap en bouw materiaal tussen de brokstukken van wat meneer Pieters voortvarend had gesloopt. Die verklaarde dat hij binnen twee dagen een droompaleisje voor zijn vrouw zou maken. Slaap had hij dankzij een 'mentale uitvinding' niet meer nodig. Ondanks aandringen van de huisarts wilde meneer Pieters niets weten van hulp. Waar was die voor nodig? Hij was juist hypergezond! Met hulp van familie en vrienden kon de verbouwing nog in goede banen worden geleid. Maar meneer Pieters stortte na enkele weken in, totaal uitgeput. De psychiater die werd geraadpleegd, stelde vast dat meneer Pieters een manische periode had doorgemaakt en herkende de voorafgaande sombere periode als depressie.

3 ANGST

3.1 Inleiding

Eva is tien jaar als ze wordt aangemeld bij een kinderpsycholoog. Het is een stil en timide meisje, dat een verdrietige indruk maakt. Haar ouders, die tijdens het intakegesprek het woord voeren, vertellen dat Eva geen vrienden heeft en op school gepest wordt. De juffrouw heeft dit onlangs ontdekt toen zij Eva na schooltijd huilend en met een bloedneus in het fietshok zag liggen. Hoewel ze er eerst niets over kwijt wilde, vertelde Eva uiteindelijk dat zij door een aantal kinderen van haar klas uitgescholden, tegen de grond geduwd en in elkaar geslagen werd. Het pesten is al langere tijd aan de gang, maar is het laatste jaar wel duidelijk erger geworden. De pestkoppen zijn inmiddels op hun gedrag aangesproken en hiervoor gestraft, maar de juffrouw heeft de ouders van Eva aangeraden om hulp te zoeken voor hun dochter. Zij vindt dat Eva moet leren zich wat weerbaarder op te stellen ten opzichte van haar leeftijdgenoten. De juffrouw heeft niets aan te merken op Eva's schoolprestaties, maar zij vindt wel dat het meisje door haar extreme verlegenheid in de klas niet altijd even goed functioneert. Eva praat heel zacht als ze een vraag moet beantwoorden en toen de juffrouw haar laatst vroeg om iets op het bord te schrijven, weigerde ze dit hardnekkig en begon ze uiteindelijk hard te huilen. Haar ouders herkennen deze problemen: ook thuis is hun dochter erg schuchter. Ze durft geen andere kinderen te vragen om bij haar te komen spelen, omdat ze denkt dat die daar toch geen zin in hebben. Als er mensen op bezoek komen, zegt Eva bijna geen woord. Ze gaat dan het liefst naar haar kamer en komt pas weer tevoorschijn als het bezoek weg is. Eva durft het niet aan om een boodschap te doen in de supermarkt. Zij is bang dat iemand in de winkel haar aanspreekt en dat ze dan niet meer weet wat ze moet zeggen. Eva gaat ook niet graag naar een feestje: ze vindt het heel vervelend dat ze zich dan aan iedereen moet voorstellen. Laatst, toen haar nichtje jarig was en vader en moeder klaar stonden om te vertrekken, weigerde ze om haar schoenen aan te doen. Ze werd heel boos, maakte veel drukte, maar ging uiteindelijk na lang aandringen toch mee. Alleen thuisblijven is voor Eva overigens geen optie, want ook dat vindt ze erg akelig. Ze is bang dat er een enge man komt die haar meeneemt. Deze angst speelt haar vooral parten als ze 's avonds naar bed moet. Ze durft niet alleen naar boven te gaan om haar tanden te poetsen en haar pyjama aan te trekken. Haar vader of moeder moeten bij haar blijven totdat ze in slaap gevallen is. Als Eva 's nachts wakker wordt, is ze te bang om in haar eigen bed te blijven liggen. Ze rent dan snel naar de slaapkamer van vader en moeder, gaat daar op een matras op de grond liggen, daar speciaal om deze reden klaargelegd, en probeert vervolgens weer in slaap te geraken. Vroeger kroop ze altijd bij haar ouders in bed, maar vader heeft gezegd dat ze daar nu te oud voor is. Eva maakt zich overdreven veel zorgen dat er iets met vader en moeder zou gebeuren als ze buitenshuis zijn. Zo was ze laatst in alle staten toen

haar moeder wat later thuiskwam van de sportclub. Moeder was toen na de training nog iets gaan drinken met een vriendin. Omdat moeders telefoon uitstond en zij niet opnam, raakte Eva steeds meer in paniek en was ze ervan overtuigd dat haar moeder was aangereden door een auto en ergens dood of gewond langs de weg lag. Uiteindelijk bleef ze zo lang doordrammen dat vader met haar naar de sportclub is gereden om te bewijzen dat Eva's doemscenario helemaal niet klopte. Als Eva rechtstreeks wordt gevraagd of zij het vervelend vindt dat ze voor allerlei zaken zo bang is, zegt zij dat het allemaal wel meevalt. Als de psycholoog echter doorvraagt, blijkt toch dat ze hinder ondervindt van haar angsten. Op de vraag of ze het niet jammer vindt dat ze geen echte vrienden heeft, barst ze in huilen uit. Ze zegt al snikkend dat ze het graag allemaal anders zou willen doen, maar dat ze niet weet hoe ze het moet aanpakken. Haar ouders zeggen dat ze lange tijd hebben gedacht dat Eva's angsten wel vanzelf over zouden gaan, maar zien inmiddels in dat hun dochter echt hulp nodig heeft

Angst is een onaangename emotionele reactie, maar speelt in normale omstandigheden een gezonde en bevorderende rol in de ontwikkeling. Angst dient als **waarschuwingssignaal**, het maakt duidelijk dat er een bedreiging is en voorkomt dat we roekeloos en gevaarlijk gedrag stellen. Bij emoties zijn naast het affectieve ook andere kenmerken die men kan onderscheiden: cognitieve, lichamelijke en gedragsmatige. Voor angst kunnen *gedragskenmerken* voorkomen zoals weglopen, wegkruipen of agressief uithalen, op *lichamelijk* vlak zijn er tekenen zoals een verhoogde hartslag, versnelde ademhaling en transpireren, en *cognitief* gezien zijn er onheilsgedachten, negatieve opvattingen en beangstigende herinneringen.

Normale angst is van belang voor de overleving en bevordert het dagelijks functioneren, maar wanneer de angst zo intens wordt dat het verlamdend is en het dagelijkse functioneren verstoort, dan kan gesproken worden over een **angststoornis**. De angst kan in dat geval leiden tot het niet of onvoldoende kunnen volbrengen van ontwikkelingstaken.

In de psychopathologie wordt een onderscheid gemaakt tussen de termen angst, vrees en fobie. De term **angst** is een algemeen beschrijvende term die gebruikt kan worden wanneer er geen concrete inhoud is, de angst is vaag, onbepaald. Indien men spreekt over **vrees**, dan wordt angst uitgelokt door een specifieke situatie of een bepaald object, de angst heeft dan een concrete inhoud. Men zal spreken over een **fobie** bij overdreven en irrationele vrees, adolescenten en volwassenen beseffen daarbij over het algemeen dat hun angst buiten proportie is en vinden het vervelend. Voor kinderen is dat echter vaak moeilijker om in te zien. Bij plotselinge, aanvalsgewijs optredende angst is er sprake van een **paniekaanval**.

Angststoornissen zijn de meest vaak voorkomende stoornissen bij kinderen en adolescenten, ze komen regelmatig voor in combinatie met

andere stoornissen zoals depressie, of ADHD. Het voorkomen van angststoornissen is alleszins gedeeltelijk leeftijdsgebonden, zo is de *separatieangststoornis* op jonge leeftijd het meest vaak voorkomend, aan het einde van de adolescentie is de *sociale-angststoornis* het meest vaak voorkomend, de *paniekstoornis* blijkt dan weer vooral voor te komen in de volwassenheid. Dit sluit echter niet uit dat ook kinderen kunnen lijden aan een paniekstoornis of een sociale-angststoornis. Doorgaans worden angststoornissen voor het eerst vastgesteld in de schoolleeftijd, de nieuwe opgaven die het kind dient te volbrengen zorgen ervoor dat een angststoornis op die leeftijd vaak sneller tot uiting komt.

Tot in de jaren zeventig van vorige eeuw ging men ervan uit dat angststoornissen bij kinderen van voorbijgaande aard zijn, recenter onderzoek heeft echter aangetoond dat een grote groep kinderen voor lang tijd last kan ondervinden van een angststoornis. Bij andere kinderen werd vastgesteld dat een angststoornis inderdaad kan voorbijgaan, maar dat later een andere stoornis tot uiting kan komen. Aanwezigheid van een angststoornis op jonge leeftijd lijkt dus het risico voor het optreden van een andere stoornis in de adolescentie of volwassenheid te vergroten.

In de volgende onderdelen wordt eerst een overzicht gegeven van angststoornissen, daarna wordt ingegaan op wetenschappelijke verklaringen en op richtlijnen voor de begeleiding.

3.2 Overzicht angststoornissen in DSM-5

- **Separatieangststoornis:** het hoofdkenmerk van de stoornis is een overdreven vrees voor scheiding van thuis of van hechtingspersonen. De angst is duidelijk sterker dan wat men in de ontwikkelingsfase kan verwachten, kinderen met deze stoornis raken regelmatig van streek wanneer ze een scheiding van thuis of hechtingspersonen verwachten, ze maken zich grote zorgen over hun veiligheid en gezondheid, en willen zo veel mogelijk met hen in contact blijven. Kinderen kunnen ook bezorgd zijn dat hen zelf iets zal overkomen (verdwalen, ontvoerd worden, een ernstig ongeluk krijgen) waardoor ze niet herenigd zullen worden met hun belangrijkste hechtingspersoon. Vaak zijn er problemen rond bedtijd, ze kunnen een aanhoudende tegenzin tonen om te gaan slapen als de belangrijkste hechtingspersoon niet in de buurt blijft tot ze in slaap vallen, en kruipen 's nachts vaak bij de ouders in bed. Er kan sprake zijn van terugkerende nachtmerries waarin de separatieangst tot uiting komt. Ze staan regelmatig weigerachtig tegenover naar school gaan, mee op schoolreis gaan of bij vriendjes te logeren. Daarnaast zijn er lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid bij kinderen, en hartkloppingen, duizeligheid bij adolescenten en volwassenen. Bij kinderen en adolescenten moeten de symptomen minstens vier weken aanhouden, bij

volwassenen duren ze meestal zes maanden of langer. De stoornis wordt het meest vastgesteld bij schoolkinderen, bij kinderen tot 12 jaar is het de meest vaak voorkomende angststoornis.

- **Selectief mutisme:** kinderen met deze stoornis hebben een uitgesproken sociale angst waardoor ze niet uit zichzelf beginnen te spreken en niet antwoorden wanneer ze worden aangesproken in specifieke situaties met andere kinderen en volwassenen, vaak zelfs niet in gezelschap van goede vriendjes of tweedegraadsfamilieleden (neven en nichten, grootouders). Ze spreken wel wanneer ze thuis zijn of in aanwezigheid van gezinsleden. De weigering om te spreken op school kan leiden tot leerproblemen. Kinderen met deze stoornis kunnen wel gebruik maken van andere manieren om te communiceren (zoals geluiden maken, aanwijzen, schrijven), ze kunnen ook bereid zijn om mee te doen wanneer geen verbale communicatie vereist is (zoals bv. het spelen van een niet-verbale rol in een schooltoneel). Selectief mutisme is relatief zeldzaam, uit onderzoek blijkt dat het vaker voorkomt bij jonge kinderen dan bij adolescenten en volwassenen. De beginleeftijd ligt doorgaans voor vijf jaar, de duur van de stoornis varieert van persoon tot persoon. Veel kinderen lijken er na verloop van tijd overheen te groeien. Bij kinderen met sociale angsten, verdwijnt het selectief mutisme, maar de symptomen van de sociale-angststoornis blijft echter bestaan.
- **Specifieke fobie:** deze stoornis wordt gekenmerkt door een overdreven, irrationele vrees voor een bepaald object of een specifieke situatie (zoals bv. dieren, hoogtes, water, naalden, vliegtuigen, liften, afgesloten ruimten, enz.). Uit de klinische praktijk blijkt dat een persoon met deze stoornis vaak *meerdere* specifieke fobieën heeft, de gemiddelde persoon met een specifieke fobie vreest drie objecten of situaties. De fobische stimulus (of het angstobject) wordt zoveel mogelijk vermeden. De angst moet intens zijn en is nagenoeg steeds aanwezig in afwachting van of bij confrontatie met de beangstigende prikkel, blootstelling aan de fobische stimulus kan zo intens zijn dat een paniekaanval optreedt. De stoornis duurt doorgaans zes maanden of langer, dit maakt het mogelijk om een onderscheid te maken met voorbijgaande angsten bij kinderen. De specifieke fobie komt drie maal vaker voor bij adolescenten dan bij kinderen. Overmatige angsten komen wel vaker voor bij jonge kinderen, maar zijn vaak tijdelijk, belemmeren het kind slechts in geringe mate en passen bij de ontwikkelingsfase van het kind.
- **Sociale-angststoornis:** het voornaamste kenmerk hier is intense, overdreven vrees voor sociale situaties met leeftijdsgenoten waarin de persoon het risico loopt om bekritiseerd of afgewezen te worden, men maakt zich zorgen om aanzien te worden als angstig, zwak, gek, onbenullig, saai, intimiderend, vies, of onaangenaam. Ook is men vaak bezorgd over het tot uiting komen van angstsymptomen zoals blozen, trillende handen, zweten en stamelen, dat door anderen negatief beoordeeld zou kunnen worden. Iemand met een

angst voor trillende handen kan daarom vermijden om in het openbaar te eten, drinken, wijzen of schrijven. Bij kinderen kan de angst tot uiting komen in huilen, driftbuien, verstijven, vastklampen of wegduiken in sociale situaties. Vermijding van sociale situaties kan overduidelijk aanwezig zijn (zoals bv. niet naar feestjes gaan of weigeren om naar school te gaan) of subtieler tot uiting komen (zoals bv. een tekst voor een spreekbeurt overdreven veel oefenen, oogcontact vermijden). De stoornis moet een aanzienlijke belemmering vormen voor het dagelijkse functioneren en de duur is meestal minstens zes maanden. Deze duur helpt om een onderscheid te maken met voorbijgaande sociale angsten, zoals bv. bij kinderen die voor de eerste keer een spreekbeurt moeten geven voor de klas. De stoornis kan al tijdens de vroege kinderjaren ontstaan, maar voor de meerderheid van de personen met deze stoornis ligt de beginleeftijd tussen acht en vijftien jaar. Het is eerder zeldzaam dat de stoornis zich voor het eerst in de volwassenheid openbaart, en als dat gebeurt dan is er vaak sprake van een stressvolle of vernederende ervaring, of een belangrijke verandering in iemands leven die nieuwe sociale verwachtingen of spanningen met zich meebrengt (zoals bv. trouwen met iemand van een andere sociale klasse, promotie krijgen op het werk).

- **Paniekstoornis:** de paniekstoornis houdt in dat er herhaaldelijk onverwachte paniekaanvallen zijn. Een paniekaanval is een plotselinge golf van intense angst of onbehagen die binnen enkele minuten een hoogtepunt bereikt. De aanval lijkt uit het niets te komen, een duidelijke aanleiding ontbreekt. De ernst en frequentie van paniekaanvallen kan sterk wisselen, er kunnen maandenlang matige paniekaanvallen zijn (bv. één per week), of korte intense uitbarstingen die dagelijks voorkomen onderbroken door weken of maanden zonder. De paniekaanvallen kunnen overdag voorkomen en 's nachts bij het slapen optreden. Personen met deze stoornis maken zich na verloop van tijd vaak zorgen over het optreden van nieuwe aanvallen (anticipatieangst) of over de gevolgen van een paniekaanval (angst voor controleverlies, angst om 'gek' te worden of te sterven door bv. een hartaanval), daarnaast kan er ook schaamte zijn over zichtbare symptomen van een paniekaanval of angst om door anderen negatief te worden beoordeeld. Daarnaast kunnen ook gedragsveranderingen optreden, zoals het vermijden van fysieke inspanningen, uit huis gaan, reizen met openbaar vervoer of winkelen. In dat geval kan er ook sprake zijn van agorafobie. De paniekstoornis komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, dit verschil in voorkomen is reeds waarneembaar voor 14 jaar. De paniekstoornis kan voorkomen bij kinderen, maar dat is eerder zeldzaam. Vanaf de adolescentie is er een geleidelijke stijging, vooral bij meisjes, met een hoogtepunt in de volwassenheid. De gemiddelde beginleeftijd ligt tussen de twintig en vierentwintig jaar.

- **Agorafobie:** agorafobie (of pleinvrees) betekent dat er een uitgesproken angst is voor reële of verwachte blootstelling aan publieke situaties als (1) gebruik van het openbaar vervoer, (2) open ruimtes zoals parkeerterreinen of marktplainen, (3) afgesloten ruimtes zoals winkelcentrums of bioscopen, (4) in de rij staan of in een menigte, (5) alleen buitenshuis zijn. Angst voor andere publieke situaties is mogelijk. Vaak heeft de persoon onheilsgedachten in dergelijke situaties, en de persoon is ervan overtuigd dat ontsnappen onmogelijk zal zijn of dat er geen hulp beschikbaar zal zijn wanneer zich een paniekaanval of andere gênante symptomen zouden optreden. Vermijding van beangstigende situaties kan zo ernstig worden dat iemand volledig aan huis gebonden raakt. Doorgaans is het voor de persoon gemakkelijker om de beangstigende situaties te confronteren in gezelschap van een vertrouweling. Agorafobie kan in combinatie met een paniekstoornis voorkomen. Agorafobie kan optreden tijdens de kinderjaren, maar de stoornis komt voornamelijk voor in de late adolescentie en de volwassenheid.
- **Generaliseerde angststoornis:** bij deze stoornis is er voor een periode van minstens zes maanden een overdreven angst en overbezorgdheid voor een veelheid aan situaties en activiteiten, de persoon slaagt er niet om de bezorgdheid onder controle te houden, terwijl anderen ook wel eens piekeren maar dit kunnen stoppen. Het voortdurend piekeren leidt ertoe dat het moeilijk wordt om de aandacht bij taken te houden. Angst is hier niet zozeer verbonden met een concrete situatie of gebeurtenis, maar is veeleer een kenmerk van de persoon zelf. Kinderen en adolescenten met deze stoornis maken zich vooral zorgen over oa. school- en sportprestaties, volwassenen zijn veeleer geneigd ongerust te zijn over zaken die deel uitmaken van de dagelijkse routine (zoals verantwoordelijkheden op het werk, gezondheid en financiën, het welzijn van de eigen kinderen en andere familieleden, huishoudelijke taken, te laat komen voor een afspraak), oudere volwassenen maken zich ongerust over de gezondheid van familieleden en de eigen lichamelijke gezondheid. Vaak zijn er ook aanduidingen voor rusteloosheid of gespannenheid, vermoeidheid, prikkelbaarheid, of slaapklachten. De stoornis ontstaat zelden voor de adolescentie.

Naast deze stoornissen is in de DSM-5 ook ruimte voorzien voor angststoornissen **door een middel of medicatie** en **door een lichamelijke aandoening**. Indien het niet mogelijk is om een specifieke diagnose te geven (bv. bij onvoldoende informatie of symptomen die niet kenmerkend zijn voor een specifieke angststoornis) dan kan de **ongespecificeerde angststoornis** als diagnose gegeven worden.

3.3 Verklaring

Op de eerste plaats zouden bij het ontstaan van angststoornissen **genetische factoren** een rol spelen. De vaststelling dat angststoornissen binnen bepaalde families meer voorkomen dan gemiddeld genomen en onderzoek bij eeniige tweelingen zouden ook aangeven dat genen alleszins voor een deel een rol spelen. Van bij de geboorte zijn er genetisch bepaalde temperamentsverschillen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een makkelijk en een moeilijk temperament, en een tussengroep: de langzame starters. Een *makkelijk kind* is opgewekt, niet snel boos of geïrriteerd, past zich snel aan nieuwe situaties aan, en heeft weinig last van stemmingswisselingen. Een *moeilijk kind* is snel van slag, huilt veel, toont veel ontevredenheid, past zich moeilijk aan nieuwe situaties aan, en is niet gemakkelijk te troosten. Een *langzame starter* komt langzaam op gang, is niet erg opgewekt of uitbundig, weinig nieuwsgierig, toont meestal geen intense emoties, is eerder onzeker en afwachtend bij nieuwe situaties, heeft meer tijd nodig om zich aan te passen. Vooral de langzame starters, het geremde temperament, hebben een groter risico op het later ontwikkelen angststoornissen.

Bij het ouder worden, wordt angst ook duidelijker beïnvloed door **cognitieve factoren**, er ontwikkelt zich een denkstijl die de angst in stand houdt. Kenmerkend voor een angstige cognitieve stijl is dat men meer gericht is op mogelijk dreigingen, gevaar wordt overschat, de eigen mogelijkheden om passend te handelen wordt onderschat. Men gaat zich meer angstopwekkende situaties herinneren, en onduidelijke situaties sneller als bedreigend ervaren. Vaak is er ook een typische attributiestijl waarbij successen eerder worden toegekend aan externe omstandigheden en mislukkingen eerder worden toegeschreven aan zichzelf.

Ook **negatieve ervaringen** kunnen van invloed zijn op het ontstaan van angststoornissen. Het bekende conditioneringsexperiment van Watson met Little Albert is een veel aangehaald voorbeeld. Daarin werd een van nature beangstigende prikkel (hard lawaai) gekoppeld aan een bepaalde situatie (zien van muizen). Op die manier werd bij Little Albert angst voor muizen aangeleerd. Op dezelfde wijze kan bij de sociale-angststoornis een negatieve ervaring als gepest worden op school een rol spelen, bij de separatieangststoornis kan gedacht worden aan het gescheiden zijn van een opvoeder, bij een specifieke fobie bv. aan het gebeten worden door een hond of een ander dier.

Bij kinderen spelen ook vaak **sociale aspecten** een rol bij het tot stand komen van angststoornissen. Omwille van eigen aanleg en ervaringen uit het verleden kunnen ouders meer angstig gestemd zijn. Angstige ouders kunnen een voorbeeld vormen, waardoor een kind angsten kan gaan overnemen. Tijdens de opvoeding kan een kind ook algemeen gezien gevoeliger gemaakt worden voor het interpreteren van situaties als bedreigend, wanneer ouders vanuit gevoelens van overbezorgdheid

voortdurend gaan waarschuwen voor gevaren. Kinderen kunnen dan sneller angstige verwachtingen en een negatieve denkstijl ontwikkelen, en zich meer onbeholpen voelen.

3.4 Behandeling

Voor de behandeling van angststoornissen is **medicatie** een optie, maar bij voorkeur niet het eerste waaraan gedacht wordt. Bij volwassenen is gebleken dat medicatie gunstige effecten kan hebben bij de behandeling, maar bij kinderen en adolescenten is dit veel minder duidelijk. De keuze voor het al dan geven van medicatie ligt natuurlijk bij de behandelend geneesheer, maar gebeurt in principe steeds in overleg. Wanneer de angsten lang aanhouden en erg belemmerd zijn voor het functioneren, dan kan het zinvol zijn om medicatie te overwegen als aanvulling bij andere methoden.

Psycho-educatie maakt zoals steeds standaard deel uit van de behandeling. Hierbij is het zinvol om aan te geven dat angst mede bepaald wordt door aanleg, sommige mensen hebben er gewoon weg meer last van dan anderen. Het is ook belangrijk om aandacht te beiden aan hoe men beter kan leren omgaan met beangstigende situaties en het kritisch in vraag stellen van negatieve gedachten.

Bij jonge kinderen komt angst vooral tot uiting in hun gedrag, het cognitieve is nog niet zo sterk aanwezig. In **gezinsbegeleiding**, waarbij ouders als co-therapeut worden betrokken, kunnen een aantal inzichten en technieken uit de gedragstherapie gebruikt worden. Aan de ouders wordt uitleg gegeven over het effect van voordoen (model-leren), over het belang van het geven van beloningen bij gewenst gedrag, het nut van het leren herkennen van lichamelijke signalen van angst en het gebruik van ontspanningsoefeningen, over het belang om het kind te stimuleren uitdagingen die realistisch gezien haalbaar zijn te leren aangaan, efficiënter te leren omgaan met beangstigende situaties met behulp van probleemoplossende strategieën. Indien het niet mogelijk is om de ouders te betrekken, door bv. de aanwezigheid van een angst of andere problematiek bij de ouders, dan kan nagegaan worden of andere personen kunnen worden ingeschakeld, bv. de grootouders.

De meeste succesvolle **individuele behandeling** van angststoornissen bij jongeren en volwassenen is de cognitieve gedragstherapie. Hier gaat men zich vooral richten op cognitieve herstructurering, het bijsturen van de angstige gedachten en het aanleren van positieve zelfspraak. Er wordt ook gebruik gemaakt van het opbouwen van nieuwe ervaringen door middel van gedragsexperimenten, het aangaan van uitdagingen om angstige verwachtingen in de praktijk te gaan controleren op juistheid. Het gebruik van deze aanpak zou reeds mogelijk zijn vanaf 8 jaar, mits voldoende motivatie en ondersteuning van de hulpverlener. Het inschakelen van de ouders is niet absoluut noodzakelijk, maar uit

onderzoek blijkt dat wanneer de ouders betrokken worden, dit leidt tot een duidelijk resultaat. De ouders kunnen een belangrijke rol spelen bij het motiveren van hun kind om beangstigende situaties zelfstandig te leren hanteren en ondersteund worden bij hoe zij als opvoeder het best kunnen omgaan met de angst van hun kind.

3.5 Adviezen aan ouders voor het omgaan met een angstig kind

- Wees een goed voorbeeld bij het omgaan met eigen angsten
- Bespreek de angst, zonder onmiddellijk met kant en klare oplossingen te komen
- Let op de dingen die je kind goed doet, benoem deze en toon waardering
- Stimuleer je kind om zelfstandig dingen te ondernemen die passen bij de leeftijd
- Spreek je vertrouwen uit in de bekwaamheid van je kind
- Stimuleer je kind om de dingen die het liever uit de weg gaat toch proberen te doen
- Bedenk kleine tussenstappen bij de omgang met moeilijke situaties
- Denk samen na over mogelijke voordelen en beloningen
- Benoem en houd vol wat goed gaat
- Wakker de angst niet nog meer aan
- Ga niet te veel mee met vermijding
- Wees niet volhardend bij paniek, probeer het later opnieuw wanneer je kind terug gekalmeerd is
- Overdrijf niet met geruststelling geven
- Stimuleer probleemoplossend denken

3.6 Suggesties voor de omgang

- Erken en accepteer de angst die in aanleg aanwezig is, sommige mensen hebben er gewoon weg meer last van dan anderen
- Praat over de angst en toon begrip zonder onmiddellijk met oplossingen te komen
- Besteed aandacht aan eventueel aanwezige angsten bij belangrijke anderen in de omgeving die van invloed kunnen zijn
- Probeer te zoeken naar afleidende en ontspannende activiteiten om piekeren en spanningen tegen te gaan
- Heb oog voor het optreden van een mogelijke vicieuze cirkel zoals angstige verwachtingen die leiden tot vermijding
- Ga na of er een reële oorzaak is voor de angst zoals bv. pesten, negatieve ervaringen
- Zorg voor een veilige sfeer, onder andere door duidelijke regels en voorspelbaarheid
- Geef positieve bevestiging en probeer succeservaringen te creëren

- Stimuleer en beloon pogingen tot verandering, leg hierbij minder de nadruk op het behaalde resultaat
- Probeer de weerbaarheid te verhogen probleemoplossende en/of sociale vaardigheden aan te leren
- Maak gebruik van gedragsveranderende technieken, versterken van gewenst gedrag en afleren van ongewenst, vermijgend gedrag
- Bied ondersteuning bij de ontwikkeling van een andere kijk op angsten en problemen
- Zoek professionele hulp bij ernstige en/of lang aanhoudende angsten

Welke angststoornis kan je herkennen in de volgende voorbeelden?

Chris is een 17-jarige jongen met angstklachten. Hij heeft deze angst vooral op school (bv. wanneer hij aan het bord moet komen of als de leraar hem een moeilijke vraag stelt tijdens de les). Zijn belangrijkste angst is dat hij in zulke situaties gaat blozen en trillen. Bovendien heeft hij last van hartkloppingen, soms is hij ook duizelig in dergelijke situaties en ziet dan wat wazig. In contacten met leeftijdsgenoten heeft hij minder last van blozen en trillen, behalve als het meisjes zijn. Hij heeft de idee dat iedereen ziet dat hij bloost en trilt, en voelt zich dan enorm bekeken. Hij is bang om gepest te worden vanwege deze lichamelijke reacties. Hij vreest dat anderen hem raar en dom vinden en daarom zullen afwijzen. Vooral vanwege zijn angst dat anderen zijn trillende handen zien, vermijdt hij: eten en drinken in gezelschap (de schoolrefter), iets ondertekenen en betalen bij de kassa. Een opleiding als kassier bij de supermarkt waar hij werkt, heeft hij om die reden dan ook afgewezen. Het blozen tracht hij krampachtig te verbergen door weg te duiken in zijn jas, zijn handen aan zijn hoofd te houden of zijn hoofd weg te draaien. Om het trillen te verbergen houdt hij zijn handen in zijn zakken.

Mevrouw Tillburg, 28 jaar, is al sinds enkele jaren angstig in afgesloten ruimtes; zo durft zij niet de lift te nemen en vermijdt zij de kelder in haar huis. Sinds enkele jaren durft zij ook niet meer de deur van het toilet op slot te doen. Hoe de angst is ontstaan kan zij niet aangeven. Wel weet zij dat de angst geleidelijk erger is geworden. De reden voor deze aanmelding voor behandeling is dat mevrouw over enkele maanden haar zus in Australië wil bezoeken, maar het vliegtuig niet durft te reizen met een vliegtuig vanwege haar angst opgesloten te zijn. Daarnaast durft zij al enige tijd niet op vriendenbezoek als haar man niet meegaat. Hij dient namelijk bij het toilet de wacht te houden als zij daar gebruik van maakt.

Daan, een 13-jarige jongen, werd vanaf het begin van het nieuwe schooljaar meer en meer gespannen en angstig en weigerde al snel om naar school. Zijn moeder stopte met werken en bleef thuis bij hem. Hij begon paniekaanvallen te krijgen die gekenmerkt werden door hartkloppingen, beven, kortademigheid en rusteloosheid. Vervolgens wilde hij niet meer bij zijn moeder weg en begon hij haar overal doorheen het huis te volgen. Hij sliep bij zijn moeder terwijl zijn vader in het bed van zijn zoon sliep. De paniekaanvallen traden bijna onafgebroken op. Toen de ouders zich, na doorverwijzing door hun huisarts, aanmelden bij een psychiatrische voorziening, moest Daan voortdurend huilen en klampte hij zich vast aan zijn moeder. Er werd besloten om vader en zoon samen op te nemen, hierdoor werd de jongen gescheiden van zijn moeder maar hield toch iemand bij zich aan wie hij gehecht was. Toen de vader en Daan op de afdeling werden gebracht, schreeuwde en hulde hij, en smeekte om hem naar zijn moeder te brengen. De vader kon hem, met behulp van het personeel tot bedaren brengen zonder gebruik van medicatie. Anderhalf uur na opname zat hij samen met zijn vader televisie te kijken. Zij sliepen samen op een kamer en de volgende morgen werd, zoals afgesproken met zijn vader, begonnen met het geleidelijk herstellen van de autonomie van de jongen.

Mevrouw Bollaerts, een 24-jarige samenwonende ziekenverzorger, werd door haar huisarts verwezen in verband met angstklachten waardoor zij niet meer naar haar werk durfde. Sinds vier jaar heeft zij last van aanvallen van benauwdheid, duizeligheid en hartkloppingen. Tijdens een dergelijke aanval vreest zij dood te zullen gaan. De aanvallen duren tien minuten tot een uur en treden gemiddeld tweemaal per week op. Er zijn perioden dat zij enkele weken klachtenvrij is. De aanvallen treden vooral op in situaties waar veel mensen zijn, zoals: warenhuizen, bioscopen, treinen en in de kerk. Soms treden aanvallen 'zomaar' op, vooral op dagen waarvan zij 's morgens al voelt dat het een slechte dag wordt. Zij is de jongste uit een boerengezin van acht kinderen. Zij typeert het gezin als altijd in de rouw sinds een broertje van haar aan een ongeluk overleed. Op haar 21^e overleed onverwacht een geliefde oom aan een hartaanval. Zes maanden later kreeg zij plotseling een paniekaanval toen zij in de bus naar huis reed: "Hartkloppingen en zweten en mijn keel werd dichtgeknepen. Ik dacht: oh God, ik ga dood." Daarna kreeg zij steeds weer aanvallen. De laatste jaren hebben de klachten een wisselend verloop. Zij is een periode van zes maanden vrij van aanvallen geweest, maar de laatste tijd had zij weer meer klachten. Meer dan voorheen is zij tal van situaties gaan vermijden. Haar stemming is gedrukt.

De 11-jarige Joris heeft op de lagere school nog nooit gepraat met andere kinderen en leerkrachten. Hij volgt al geruime tijd logopedie, en praat nu wel met de logopediste, maar nog steeds niet op school. Het is alsof de afstand tussen de praktijk van de logopediste en de school te groot is en Joris geen brug kan slaan tussen praten met de logopediste en praten met kinderen en de leerkracht op school. Wat voor de ouders nog pijnlijker is, is dat hij ook niet praat tegen oma en opa als ze op bezoek zijn. De ouders maken zich ongerust en tasten in het duister over wat er met hun zoon aan de hand is: "Waarom zwijgt hij buitenshuis? Waarom zegt hij niet eens dag tegen oma en opa?"

Volgens de 31-jarige docent zijn de problemen tien jaar geleden begonnen. Het begon met plotse benauwdheid en pijn in de borstkas, waarbij hij vreesde voor een hartinfarct. Hij bezocht een tal van artsen, die hem echter niet konden overtuigen dat er niets aan de hand was. Daarnaast werd hij bang om alleen over grote pleinen of brede straten te lopen. Hij vermeed het reizen per vliegtuig of trein uit angst weer aan aanval te krijgen. Uiteindelijk meldde hij zich trillend van angst bij een algemeen ziekenhuis. Eens opgenomen, maakte hij zich zorgen over ieder onderzoek en vroeg de verpleegkundigen om in de buurt te blijven voor het geval hij weer een aanval zou krijgen. Als hij een wandeling maakte, en het hek van het park was gesloten, dan werd hij doodsbang dat hij een aanval zou krijgen en geen hulp zou kunnen zoeken. Uiteindelijk veroorzaakte alleen al de angst om een aanval te krijgen hartkloppingen en benauwdheid. Hij had het gevoel dat hij volledig gek aan het worden was. Hij realiseerde zich wel dat deze gedachten hem niet hielpen, maar toch kon hij zich er niet overheen zetten.

4 TRAUMA



4.1 Inleiding

Kambale, een kind van vluchtelingen, is vier jaar en heeft bij een aanval op zijn dorp zijn grootvader zien doodschieten, hun huis werd in brand gestoken en brandde af met alles erin. Kambale heeft zijn knuffel kunnen houden, geen seconde geeft hij hem uit zijn handen. Hij is druk, agressief naar andere kinderen en pakt alles af. Voor Kambale is het belangrijk dat hij kan spelen. Met het weinige speelgoed van hemzelf weet hij een complete oorlog na te spelen met veel vuur, vlammen en schieten. Hij heeft geen eigen kamer, maar zoekt veilige hoekjes op die hij met hand en tand verdedigt.

Een psychisch trauma is een sterk ingrijpende, emotioneel ontreddende ervaring. Trauma's kunnen sterk uiteenlopend zijn van aard, bv. gebeten worden door een hond, het meemaken van een aardbeving, slachtoffer zijn van een inbraak, overval of kidnapping, het zien of ervaren van oorlogshandelingen, huiselijk geweld, psychische, lichamelijke of seksuele mishandeling, enz.

Globaal gezien maakt men een onderscheid tussen *éénmalige acute en schokkende ervaringen (type 1 trauma)*, zoals rampen en

verkeersongelukken, en *ingrijpende gebeurtenissen die langdurig of herhaaldelijk plaatsvinden (type 2 trauma)*, zoals misbruik en mishandeling.

Het meemaken van een trauma roept sterke emoties op zoals angst, afschuw, en hulpeloosheid op. Daarna zijn er regelmatige herbelevingen van het trauma in herinneringen of dromen. Bij kinderen komt de ervaring van het trauma vaak ook tot uiting in spel en tekeningen. Overdreven druk gedrag is eveneens een kenmerk dat bij kinderen met vaak kan voorkomen. Confrontatie met prikkels verbonden aan het trauma kunnen leiden tot intense angst en uitmonden in een paniekaanval. Vandaar dat situaties die doen denken aan het trauma meestal vermeden worden. Daarnaast zijn er negatieve veranderingen in stemming en gedachten, zoals agressie, schuld of schaamte, verminderende betrokkenheid en interesse voor activiteiten en contact met anderen, de neiging zich af te zonderen. verder zijn er aanduidingen van een verminderd vermogen om passend te reageren op de omgeving (reactiviteit) en een verhoogde staat van opwinding of gespannenheid (arousal), dit kan blijken uit overdreven schrikreacties, sterke waakzaamheid, alertheid voor mogelijke bedreigingen, concentratie- en slaapproblemen.

In dit onderdeel zal aandacht besteed worden aan de **posttraumatische stressstoornis (PTSS)**. Deze kan optreden wanneer een kind of volwassene slachtoffer of getuige is geweest van een traumatische ervaring, de kenmerken kunnen verschillen afhankelijk van het trauma, de persoon en de sociale steun die geboden wordt na het meemaken van het trauma. Wanneer er ruimte is voor het uiten van alle verwarrende gevoelens na een schokkende gebeurtenis, en deze een betekenis kunnen krijgen tijdens het verwerkingsproces, dan is intensieve psychotherapie niet altijd nodig. Gemiddeld genomen duurt het verwerkingsproces drie tot zes maanden, indien er drie maanden na het trauma weinig tot geen verbetering merkbaar is, dan moet intensievere therapie gevolgd worden. Het toedekken en onbesproken laten van traumatische gebeurtenissen, kan ongecontroleerde herbelevingen veroorzaken en leiden tot een PTSS. In de periode na het meemaken van een trauma is het belangrijk om steun en troost te bieden, en begripvol te luisteren zonder oordelen. De manier waarop een trauma kan worden verwerkt, zal bepalen of een PTSS tot ontwikkeling zal komen, en invloed hebben op de ernst en duur.

Hieronder wordt de DSM-categorie van de PTSS weergegeven, daarnaast wordt in de DSM ook de **acute stressstoornis** vermeld, de kenmerken komen overeen met die van de PTSS, maar deze ontstaat reeds enkele dagen na het meemaken van een trauma en verdwijnt binnen de vier weken. Het is een snel optredende en intense reactie op het meemaken van een trauma. De diagnose PTSS wordt gebruikt wanneer de klachten langer dan vier weken aanhouden of pas na vier weken ontstaan. Na beleving van een trauma kunnen problemen soms lang wegblijven en pas na maanden of zelfs jaren optreden.

4.2 PTSS, beschrijving volgens DSM-5

- A** Blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld op één of meer van de volgende:
- 1** Zelf ondergaan van de psychotraumatische gebeurtenis(sen)
 - 2** Persoonlijk getuige geweest zijn van de gebeurtenis(sen) terwijl deze anderen overkwam(en).
 - 3** Vernemen dat de gebeurtenis(sen) een naaste familielid of goede vriend is overkomen; bij een feitelijke of dreigende dood van een familielid of vriend moeten de gebeurtenissen gewelddadig zijn of een ongeval betreffen.
 - 4** Ondergaan van herhaaldelijke of extreme blootstelling aan afschuwwekkende details van de gebeurtenis(sen); zoals bij politieagenten die bv. stoffelijke resten moeten verzamelen, of hulpverleners die herhaaldelijk geconfronteerd worden met de details van kindermisbruik. **NB** Criterium A4 is niet van toepassing op blootstelling via elektronische media, televisie, films of foto's, tenzij de blootstelling werkgerelateerd is.
- B** De aanwezigheid van één of meer van de volgende intrusieve symptomen die samenhangen met de psychotraumatische gebeurtenis(sen) en die begonnen zijn nadat de gebeurtenis(sen) heeft (hebben) plaatsgevonden:
- 1** Recidiverende, onvrijwillige en intrusieve pijnlijke herinneringen aan de psychotraumatische gebeurtenis(sen) **NB** Bij kinderen ouder dan 6 jaar kan er sprake zijn van repetitief spel waarin thema's of aspecten van de gebeurtenis(sen) worden uitgedrukt.
 - 2** Recidiverende onaangename dromen waarin de inhoud en/of het affect van de droom samenhangt met de gebeurtenis(sen) **NB** Bij kinderen kan er sprake zijn van beangstigende dromen zonder herkenbare inhoud.
 - 3** Dissociatieve reacties zoals bv. flashbacks, waarbij de betrokkene het gevoel heeft of handelt alsof de gebeurtenis(sen) op dat moment plaatsvindt (plaatsvinden); dergelijke reacties kunnen in gradaties voorkomen, waarbij de meest extreme reactie gepaard kan gaan met een volledig gebrek aan besef van de actuele omgeving. **NB** Bij kinderen kan het voorkomen dat ze de gebeurtenis(sen) naspelen.
 - 4** Intense of langdurige psychische lijdensdruk bij blootstelling aan interne of externe prikkels die een aspect van de gebeurtenis(sen) symboliseren of erop lijken.
 - 5** Duidelijke fysiologische reacties op interne of externe prikkels die een aspect van de gebeurtenis(sen) symboliseren of erop lijken
- C** Persisterende vermijding van prikkels die geassocieerd zijn met de gebeurtenis(sen), en die begon nadat de gebeurtenis(sen) heeft

(hebben) plaatsgevonden, zoals blijkt uit één of beide van de volgende:

- 1** Vermijding of pogingen tot vermijding van pijnlijke herinneringen, gedachten of gevoelens over of sterk samenhangend met de gebeurtenis(sen)
 - 2** Vermijding of pogingen tot vermijding van externe aspecten die sterk samenhangen met of pijnlijke herinneringen, gedachten, of gevoelens oproepen over de gebeurtenis(sen), zoals mensen, plaatsen, gesprekken, activiteiten, voorwerpen, situaties sterk samenhangend met de gebeurtenis(sen)
- D** Negatieve veranderingen in cognities en stemming die zijn begonnen of verergerd nadat de psychotraumatische gebeurtenis(sen) heeft (hebben) plaatsgevonden, zoals blijkt uit twee of meer van de volgende kenmerken:
- 1** Onvermogen om zich een belangrijk aspect van de gebeurtenis(sen) te herinneren, gewoonlijk door dissociatieve amnesie, niet door een hersenletsel, alcohol- of druggebruik
 - 2** Persisterende en overdreven negatieve overtuigingen of verwachtingen over zichzelf, anderen of de wereld (zoals bv. "ik ben slecht", "niemand is te vertrouwen", "de wereld is door en door gevaarlijk", "mijn hele zenuwstelsel is voor altijd verwoest")
 - 3** Persisterende vertekende cognities over de oorzaak of de gevolgen van de gebeurtenis(sen), die ertoe leiden dat de betrokkene zichzelf of anderen de schuld geeft
 - 4** Persisterende negatieve gemoedstoestand (zoals bv. angst, afschuw, boosheid, schuld of schaamte)
 - 5** Duidelijk verminderde belangstelling voor, of deelname aan belangrijke activiteiten
 - 6** Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
 - 7** Persisterend onvermogen om positieve emoties te ervaren (zoals onvermogen om geluk, voldoening of liefde te ervaren)
- E** Duidelijke veranderingen in arousal en reactiviteit, gerelateerd aan de psychotraumatische gebeurtenis(sen), die zijn begonnen of verslechterd nadat de gebeurtenis(sen) heeft (hebben) plaatsgevonden, zoals blijkt uit twee of meer van de volgende:
- 1** Prikkelbaar gedrag en woede-uitbarstingen (met weinig of geen aanleiding), gewoonlijk tot uiting komend in verbale of fysieke agressie ten aanzien van mensen of voorwerpen
 - 2** Roekeloos of zelfdestructief gedrag
 - 3** Hypervigilantie (overdreven waakzaamheid)
 - 4** Overdreven schrikreacties
 - 5** Concentratieproblemen
 - 6** Verstoring van de slaap, zoals moeite met in- of doorslapen of onrustige slaap

- F** De duur van de stoornis (criteria B, C, D, E) is langer dan een maand
- G** De stoornis veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen
- H** De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals medicatie of alcohol) of aan een somatische aandoening

4.3 Gevolgen na een schokkende gebeurtenis

De gevolgen van het meemaken van een trauma zijn ingrijpend, intense gevoelens van angst en ontredde overheersen het leven voor korte of langere tijd. Gevoelens als schuld, schaamte, woede en wrok komen veel voor. Schuldgevoelens kunnen optreden wanneer ze zichzelf kwalijk nemen dat ze niet méér tijdens de situatie hebben gedaan en enkel aan hun eigen veiligheid hebben gedacht. Schaamte omwille van gevoelens van teleurstelling in zichzelf over gebrek aan moed. Agressieve gevoelens ten aanzien van opvoeders of zorgdragers, hulp- of veiligheidsdiensten kunnen aanwezig zijn als ze volgens de betrokkene te weinig hebben gedaan om het onheil te voorkomen. De persoon kan zich emotioneel afsluiten om zich te verweren tegen deze agressieve gevoelens, en zich daardoor passief en geremd gaan gedragen. Wrokgevoelens kunnen aanwezig zijn als het trauma werd veroorzaakt door menselijk falen, deze kunnen zo hevig zijn dat ze de persoon beangstigen en kunnen daardoor het verwerkingsproces blokkeren.

Een verstoorde tijdsbeleving blijkt regelmatig voor te komen. Achteraf is er vaak een vertekend beeld van de opeenvolging van de gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan tijdens het trauma. Deze vertekeningen kunnen een beschermende functie hebben, ze kunnen bv. de indruk geven dat de situatie minder bedreigend leek dan dat ze in werkelijkheid was en op die manier angst minder intens maken.

Bij *jonge kinderen* rond twee en drie jaar zullen vooral problemen rond het veiligheids- en zelfstandigheidsgevoel ontstaan, zoals aanklampend gedrag en scheidingsangst, nachtmerries en slaapstoornissen, plotseling verdrietig worden, rusteloosheid, abrupte woede-uitbarstingen. *Kleuters* gaan vaak fantaseren over helden die hen tegen alle kwaad kunnen beschermen, en geven het trauma een plaats in hun spel. *Schoolgaande kinderen* hebben vaak last van leer- en concentratieproblemen, ze ondervinden vaak moeilijkheden met geheugen en aandacht. Kinderen kunnen op rustige momenten overvallen worden door indringende gedachten over het trauma. In herhalingen van het trauma bij het spelen kennen ze zich vaak superkrachten toe, waarmee ze zonder hulp van anderen onbelemmerd wraak kunnen nemen op de slechten en de goeden

kunnen beschermen. Deze fantasieën helpen omgaan met schuld- en schaamtegevoelens. Kinderen kunnen soms maanden tot jaren na het trauma last hebben van allerlei lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn, buikpijn, benauwdheid of bedplassen. Bij *adolescenten* en *volwassenen* is er een risico op identiteitsstoornissen, depressies en gedragsproblemen, zoals agressieve buien, en misbruik van alcohol en drugs.

4.4 Verklaring

Net als bij andere psychische problemen en stoornissen blijkt dat zowel biologische, als psychologische en sociale oorzaken samengaan bij het ontstaan van een PTSS.

Op **biologisch vlak** blijken er aanduidingen te zijn dat gevoeligheid voor stress en het ontwikkelen van PTSS mede genetisch bepaald is. Er zijn echter andere factoren die sterker samenhangen met het tot stand komen van PTSS, zoals de ernst van het trauma, psychologische factoren zoals kwetsbaarheid en copingstijl, en de mate van sociale steun.

Psychologische inzichten kunnen een zicht bieden op hoe een PTSS tot stand kan komen, daarbij zouden conditionerings- en attributieprocessen een belangrijke invloed hebben. Vanuit de *leertheoretische* benadering wordt gesteld dat klassieke en operante conditionering een belangrijke rol spelen. Het ervaren van een traumatische gebeurtenis leidt volgens klassieke conditionering rechtstreeks tot een angstreactie, daarbij worden neutrale prikkels door associatie met het trauma geconditioneerde prikkels. Latere confrontatie met deze geconditioneerde prikkels leidt dan tot angst en vermijding. De *cognitieve* benadering gaat ervan uit dat cognitieve schema's die het denken, voelen en handelen sturen daarbij eveneens een voorname rol spelen. Door het ervaren van een trauma zouden deze disfunctioneel worden. Aanvankelijk heeft iedereen zogenaamde basisschema's, waarin de wereld als relatief veilig en voorspelbaar, en de eigen persoon als vrij onschendbaar wordt gezien. Deze opvattingen worden door het trauma sterk onderuit gehaald. De disfunctionele schema's die in de plaats komen, gaan dan de informatieverwerking bepalen en leiden tot vervormde, éénzijdig negatieve interpretaties van gebeurtenissen, emotionele reacties en gedragingen. Slachtoffers van een trauma gaan op zoek naar verklaringen voor de gebeurtenis die ze hebben ondergaan, om daar controle over proberen te krijgen en ze op te nemen in het beeld dat men heeft over zichzelf en de wereld. De ervaren onvoorspelbaarheid en oncontroleerbaarheid, die eigen zijn aan een trauma, hebben een sterk belastende invloed op de zelfwaardering van de persoon. Voor het blijven voortduren van symptomen kunnen ook problematische attributies meespelen. Wanneer men het trauma toeschrijft aan interne en controleerbare attributies, dan geeft dit aanleiding tot schuld- en schaamtegevoelens die kunnen leiden tot ernstige emotionele ontregeling,

meer herbelevingen en de ontwikkeling van een negatief zelfbeeld. Gevoelens van woede en boosheid zijn meestal een gevolg van het maken van externe en controleerbare attributies. Uit onderzoek blijkt dat verwerking van het trauma vooral belemmerd wordt door intern, controleerbare en intern, oncontroleerbare attributies. Slachtoffers die dergelijke attributies maken, blijken meer last te hebben van aanhoudende depressieve klachten en herbelevingen.

De mate van steun uit de **sociale omgeving** heeft een belangrijke invloed op verwerking van een trauma. Vandaar het belang van aandacht voor de sociale omgeving. Het hebben van een hecht sociaal netwerk, warme en positieve relaties, is verbonden met minder negatieve cognities en attributies, minder negatieve en ingrijpende symptomatologie, en meer actieve copingstrategieën. Actieve coping, zoals steun zoeken en emoties uiten, heeft positieve gevolgen voor de verwerking. Belangrijk is dat problemen gedeeld en besproken kunnen worden, zo is het bv. bij seksueel misbruik binnen een gezin van essentieel belang dat de niet-seksueel mishandelende ouder duidelijk ontsteltenis laat blijken en direct hulp zoekt. Belangrijke anderen buiten het gezin, kunnen eveneens zorgen voor een vermindering van stressreacties. Het is daarnaast belangrijk om aandacht te hebben voor symptomatisch terugtrekgedrag, de neiging zich sociaal te isoleren proberen tegen te gaan. Het kunnen ervaren van sociale ondersteuning van een begripvolle omgeving is sterk bepalend voor de veerkracht van de persoon die een trauma heeft ervaren.

4.5 Begeleiding

Mogelijkheden voor behandeling van trauma's met **medicatie** zijn eerder beperkt, er zijn geen psychofarmaca bekend waarmee acute of chronische posttraumatische reacties voorgoed verdwijnen. Medicijnen, zoals slaap- en kalmeringsmiddelen kunnen eventueel wel helpen om bepaalde symptomen te verlichten. Deze kunnen echter langere termijn wel leiden tot een verslaving.

Naast of volgend op steun en opvang binnen het eigen sociale netwerk, is ook **professionele opvang** na het meemaken van een traumatische ervaring (critical-stress-debriefing) aan te bevelen. De professionele opvang die geboden wordt, betekent vaak een belangrijke vorm van erkenning van de indringende ervaring. In het debriefingsgesprek komen de volgende zaken aan bod: wat is er precies gebeurd, wat dacht de persoon toen hij de chaos voor het eerst zag, het laten uiten van emoties, navraag naar symptomen van lichamelijke en psychologische stress, uitleg over deze stressreacties en het aanreiken van zinvolle copingstrategieën, richtlijnen voor het omgaan met reacties uit de omgeving en voorlichting over mogelijkheden tot nazorg. Deze aanpak kan een positieve uitwerking hebben, maar er wordt gewaarschuwd dat ze ook wel eens kan aanleiding

kan geven tot traumatische symptomen. Dit kan gebeuren wanneer de debriefing te kort is en/of wanneer de persoon in een te hoge toestand van 'arousal' of opwinding achterblijft.

Een gespecialiseerde **cognitief-gedragstherapeutische aanpak** met veel aandacht voor betekenisverlening blijkt goede resultaten te hebben. De emotionele verwerking kan bevorderd worden door geleidelijke blootstelling aan prikkels die geassocieerd zijn aan het trauma samen met het aanbieden van corrigerende informatie. Dit biedt het slachtoffer de gelegenheid om te leren dat er objectief veilige plaatsen zijn, ook al doen die denken aan het meegemaakte trauma, dat het terugdenken aan het trauma niet betekent dat het ook opnieuw zal plaatsvinden, dat angstgevoelens niet even sterk blijven wanneer men met prikkels verbonden aan het trauma geconfronteerd wordt, maar dat ze integendeel minder hevig worden en niet hoeven te leiden tot controleverlies en ontredning.

Cognitieve therapie richt zich op het bewustmaking van het informatieverwerkingsproces, er wordt gebruik gemaakt van psycho-educatie en technieken om de disfunctionele schema's die de bovenhand hebben gekregen te veranderen en nieuwe adaptieve schema's op te bouwen. Bij de behandeling van trauma's is het belangrijk dat het verwerkingsproces gunstig verloopt. Iedereen heeft een aantal basisschema's of assumpties die zorgen voor een psychologisch evenwicht, aannames zoals: de wereld is veilig en voorspelbaar, gebeurtenissen zijn betekenisvol, en ik ben het waard om te bestaan. Een traumatische ervaring kan deze assumpties teniet doen, waardoor de wereld als onveilig wordt ervaren en de persoon in een psychologische crisis terecht komt. Hij zal proberen om het psychologisch evenwicht te herstellen door informatie verbonden aan het trauma te integreren in zijn basisschema's. Dit verwerkings- en integratieproces omvat vijf fasen: (a) angst en ontredning, (b) ontkenning en vermijding, (c) herbeleving, (d) doorwerking, en uiteindelijk (e) integratie. Vooral de derde fase is cruciaal voor een gunstig verloop van de verwerking, afwisselend herbeleeft het slachtoffer het trauma, vermijdt en ontkent het, wordt woedend, of ervaart angstige of andere verwarrende intense gevoelens. De afwisseling van ontkennen en intens herbeleven is zinvol omdat de persoon op die manier vat probeert te krijgen op de gebeurtenis op cognitief, emotioneel en gedragsmatig vlak. Het proces moet echter verder kunnen evolueren en niet vastlopen in de tweede en derde fase. Het moet ook doorgewerkt en finaal geïntegreerd worden in de cognitieve schema's van de persoon, pas dan kan gesproken worden over een gunstige verwerking van het trauma. Indien verwerking niet positief verloopt, dan is de kans op het ontwikkelen van lang aanhoudende posttraumatische symptomen groot. Indringende gedachten en vermijding worden hier dus aanzien als een onderdeel van het verwerkingsproces, op voorwaarde dat ze niet te extreem zijn of te lang aanhouden. Vroegtijdige onderdrukking is doorgaans het resultaat van te sterke vermijding. Het kan dan lijken alsof

het trauma verwerkt is, maar inwendig blijft de persoon kwetsbaar. Zo blijkt uit onderzoek bij adolescenten dat vooral cognitieve vermijding als reactie op sterk indringende gedachten de kans op psychische symptomen verhoogt. Het kan ook gebeuren dat het proces steeds niet wordt afgemaakt door bv. de hevigheid van losgemaakte emoties, de afwezigheid van een vertrouwenspersoon, omdat de persoon te jong is om de toedracht te begrijpen of door blijvende gevoelens van bedreiging. Symptomen als 'arousal' en aandachts- en geheugenproblemen kunnen dan chronisch worden. Een goed verlopend verwerkingsproces blijkt uit het feit dat de persoon niet meer voortdurend de aandacht gericht houdt op prikkels gelinkt aan het trauma. Er kunnen ontspanningstechnieken worden aangeboden, waardoor meer greep kan verkregen worden op opkomende spanningen bij herbelevingen van het trauma.

Een methode waarvoor de laatste jaren steeds meer aandacht is, is **EMDR** (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing). Deze methode werd ontwikkeld door Francine Shapiro. Het slachtoffer wordt hier gevraagd een beangstigende herinnering op te roepen, en vervolgens de eraan verbonden cognities, een negatieve en een positieve die de negatieve overtuiging kan ontkrachten in gedachten te houden, en emotionele en lichamelijke reacties op te sporen. Er wordt vervolgens gevraagd om de hoeveelheid spanning die de opgeroepen herinnering uitlokt, weer te geven op een schaal van nul tot tien. Dan wordt een afleidende prikkel geïntroduceerd, bv. het bewegen van de hand of een vinger door de therapeut met het verzoek deze met de ogen te volgen, het aanbieden van auditieve prikkels die afwisselend links en rechts worden aangeboden, of het geven van handtaps, waarbij de therapeut afwisselend op de linker en rechter handpalm van de persoon tikt. Na elke reeks van aanbiedingen van de afleidende prikkel wordt gevraagd wat er naar boven is gekomen. Daarna vraagt de therapeut om zich daarop te concentreren en wordt de afleidende prikkel opnieuw aangeboden. De therapeut volgt telkens de associaties van de persoon doorheen het proces, het is niet de bedoeling om het iedere keer het oorspronkelijke traumatische beeld in gedachten te brengen. Er wordt dus weinig gesproken, de persoon wordt enkel gevraagd zijn aandacht te richten op welke beelden naar boven zijn gekomen. Als er geen nieuwe beelden of associaties meer opkomen, wordt teruggekeerd naar het startpunt, het meest dramatische moment van de gebeurtenis. Pas wanneer deze herinnering totaal geen spanning meer uitlokt, of anders gesteld neutraal voelt, volgt het installeren van de positieve cognitie. Een groot voordeel van deze aanpak is de relatief geringe belasting voor de persoon en de korte duur van de therapie. Een nadeel is echter dat verschillende aspecten van EMDR onopgehelderd blijven en er geen stevig theoretisch onderbouwd kader is.

EMDR en cognitieve gedragstherapie zouden een vergelijkbare gunstige effect hebben, en betere resultaten hebben dan andere benaderingen, inclusief farmacotherapie. EMDR wordt ook gebruikt bij andere angststoornissen, en daarnaast ook bij onder meer psychotische, stemmings- en verslavingsstoornissen. De effectiviteit van deze methode bij andere stoornissen dan PTSS is voorlopig echter nog niet duidelijk aangetoond.

4.6 Suggesties voor de omgang

- Geef veel rust en veiligheid, en geef erkenning aan gevoelens, bied steun en troost.
- Zorg voor een goede opvang door een professioneel getraind traumateam, of houd contact daarmee indien dit al geregeld is.
- Wees geduldig en gun veel tijd, het kan lange duren voordat een trauma verwerkt is
- Geef ruimte om gedoseerd uiting te geven aan de vele, verwarrende gevoelens waardoor verwerking van het trauma op gang kan komen. Herhaaldelijk open over het trauma kunnen spreken is erg belangrijk.
- Het opnieuw confronteren met het trauma en daaraan verbonden prikkels dient in een steunende en structurerende therapeutische setting te gebeuren. Schakel deze professionele hulpverlening in, indien blijkt dat er sprake is van ernstige en blijvende hinder.
- Cognitieve herstructurering blijkt goed te werken, hierdoor krijgt de persoon de mogelijkheid om een andere kijk te ontwikkelen.
- Heb aandacht voor goede informatie en het aanwenden van steun uit de omgeving. Het is daarbij belangrijk om:
 - informatie te geven over stressreacties en stressverwerking om ervoor te zorgen dat mensen weer greep op hun leven krijgen
 - stressreacties te normaliseren om te voorkomen dat men schrikt van de eigen reacties
 - sociale steun te mobiliseren uit de eigen omgeving
 - steeds weer het verhaal te laten vertellen, om het op die manier te kunnen begrijpen en er tegelijkertijd meer afstand van te kunnen nemen
 - ruimte te creëren om emoties met betrekking tot het gebeurde te kunnen uiten en de opgeroepen spanningen te kunnen ontladen
 - door te verwijzen als de klachten na drie maanden nog steeds overweldigend zijn.

Welke Kenmerken van PTSS kan je herkennen in de volgende voorbeelden?

De 42-jarige Syriër Amin is een aantal jaren terug met zijn gezin naar België gevlucht. Vrijwilligers staan hem met raad en daad bij en geleidelijk begint het gezin zijn draai te vinden. Voor Amin ligt dat echter anders. Hij heeft geen werk en begint zich af te zonderen van de buitenwereld. Tegenover zijn vrouw en kinderen gedraagt hij zich steeds onverschilliger. Bovendien heeft hij een 'kort lontje', het minste is al voldoende om hem woedend te maken. Zijn kinderen worden doodsbang voor hem. 's Nachts doen ze urenlang geen oog dicht, omdat hun vader rusteloos heen en weer loopt. Op den duur lopen ze op kousenvoeten door het huis om elke aanleiding tot irritatie te vermijden. Met behulp van een tolk probeert een maatschappelijk werker te achterhalen wat er aan de hand is. Gruwelijke herinneringen aan de oorlog in Syrië blijken hem parten te spelen. Hij blijft hulp echter afwijzen, waardoor zijn huwelijk stukloopt. Het lijkt hem niets te kunnen schelen.

Celia Vega is een 21-jarige vrouw, die in Puerto Rico is geboren. Zij wordt met handboeien aan en oppervlakkige verwondingen door de politie binnengebracht in de spoeddienst van een algemeen ziekenhuis. Een dienstdoende arts vraagt haar om te vertellen wat haar overkomen is. Ze zegt dat ze met de afwas bezig was bij de ouders van een vriend, waar zij bij inwoont, en dat zij last kreeg van pijn op de borst. De moeder van haar vriend zei dat ze even moest gaan liggen, en het eerstvolgende dat ze zich herinnert, is dat ze op de spoeddienst was met handboeien aan. Haar familie vertelde haar dat ze 'wild' was geworden en geprobeerd had anderen te bijten. Ze zegt dat dit sinds haar zeventiende al vaker is voorgekomen. Haar vriend, die veel van deze episodes heeft meegemaakt, vertelt dat hij deze keer de politie heeft gebeld, omdat ze een mes in haar handen had en hij bang was dat ze hem zou vermoorden. Ze vertelden haar dat ze tijdens deze episodes schreeuwde, beet en schopte, en soms probeerde zichzelf of anderen te verwonden. In een daaropvolgend gesprek vertelt ze dat ze tijdens die episodes vaak het gezicht van een man op de muur ziet verschijnen. Toen zij negen was, zijn zij en haar zus bij herhaling misbruikt door een oom, die hen gewoonlijk van school haalde. Haar zus vertelde het aan hun moeder, maar die wilde het niet geloven. Het gezicht dat ze tijdens de aanvallen op de muur ziet, is volgens haar het gezicht van haar oom.

5 Psychoactieve middelen

5.1 Inleiding

Getuigenis: zij had mij zojuist weer met cocaïne betrapt nadat ik erin was geslaagd haar ervan te overtuigen dat ik langer dan een maand niet had gebruikt. Natuurlijk had ik bijna dagelijks gesnoven, maar ik had deze keer mijn sporen wat beter uitgewist. Ze zei tegen mij dat ik moest kiezen: de cocaïne of haar. Voordat ze was uitgesproken wist ik wat er zou komen. Het was me duidelijk dat er geen keuze was. Ik houd van mijn partner, maar cocaïne komt voor mij op de eerste plaats. Niets of niemand komt tussen mij en mijn coke (Nevid, Spencer & Greene, 2017). Bovenstaande getuigenis schets de invloed van middelen zoals cocaïne op het dagelijkse leven. In onze maatschappij is er een overvloed aan psychoactieve middelen. Deze stoffen gaan onze stemming veranderen, onze waarneming vertekenen, stoffen die ons oppeppen, ons kalmeren en onze wereld op zijn kop zetten.

Wanneer wordt er gesproken over drugs, medicijnen en psychoactieve middelen? De term 'drugs' heeft als oorspronkelijke betekenis 'geneesmiddelen'. Binnen de Engelse taal wordt deze term nog gebruikt om geneesmiddelen aan te geven. In onze taal wordt de term enkel gebruikt voor genotsmiddelen. De afbakening kan nog specifieker. In onze spreektaal hebben we het over 'drugs' als we het hebben over verboden of illegale genotsmiddelen. Zo behoort alcohol, tabak, koffie, etc ook tot de categorie genotmiddelen, maar categoriseren we deze zelden onder de term 'drugs'.

Drugs kunnen we definiëren *als stoffen die een verandering van het menselijk bewustzijn veroorzaken en om deze reden worden gebruikt* (VAD,2022).

Er zijn verschillen soorten drugs (zie drugwiel) met verschillende effecten. In de literatuur en in de volksmond wordt er vaak onderscheid gemaakt tussen soft- en harddrugs. Er wordt gesproken van softdrugs wanneer er slechts een klein risico op ernstig misbruik, verslaving en psychosociale problemen bestaat. Voorbeelden zijn o.a. hasj en marihuana. Er wordt gesproken over harddrugs wanneer er een groot risico op ernstig misbruik, verslaving en psychosociale problemen bestaat. Voorbeelden zijn o.a. opiaten, cocaïne, LSD, etc. Dit onderscheid is tot op zekere hoogte arbitrair. Dit wil zeggen dat het effect van het genotsmiddel grotendeels afhangt van de dosis van het middel. Zo is het drinken van één glas wijn onschuldiger dan een grote portie spacecake.

Bovenstaand werd beschreven dat de term 'drugs' beladen is en uiteenlopende ladingen dekt. Hierdoor zullen we in deze cursus gebruik maken van de term 'psychoactieve middelen'. **Psychoactieve middelen** omvat zowel de illegale, en legale drugs als medicatie. Psychoactieve

middelen wordt door Zimbardo et. al. (2005) gedefinieerd als *chemische stoffen die psychische processen en gedrag beïnvloeden door de werking van neuronen te veranderen.*

In bovenstaande definitie wordt verwezen naar de lichamelijke verandering bij het nemen van psychoactieve middelen. Neuronen of zenuwcellen zorgen voor het transport van signalen (impulsen) doorheen ons lichaam. Zo kunnen we reageren op diverse situaties. Wanneer we bv. een blaffende hond waarnemen, zullen signalen via onze zintuigen naar onze hersenen worden gestuurd. In onze hersenen wordt bepaald welke betekenis aan deze informatie wordt gegeven en kunnen we reageren. Zo zouden we bij het zien van een blaffende hond kunnen denken dat deze gevaarlijk is. Het gevolg zou kunnen zijn dat we weggrennen. Door chemische stoffen in te nemen (zoals drugs, medicijnen,...) worden de neuronen aangetast, meer bepaald de neurotransmitters. Deze stof zorgt ervoor dat een signaal van een bepaald neuron naar een volgend neuron kan worden doorgegeven. Als de chemische structuur van een drug op een bepaalde neurotransmitter lijkt, zal deze de werking van die neurotransmitter beïnvloeden. Sommige drugs beïnvloeden meerdere soorten neurotransmitters. Zo kunnen drugs verdoven, stimuleren, de waarneming veranderen, maar ook functies als geheugen, eetlust, hartslag en ademhaling beïnvloeden. Drugs beïnvloeden meestal niet één maar meerdere functies (VAD, 2022).

De effecten van drugs hangen af van:

- De neurotransmitters die ze beïnvloeden.
- De gebieden in de hersenen waar deze neurotransmitters voorkomen.
- De functies die deze hersengebieden vervullen.

5.2 Verslaving

Het gebruik van psychoactieve middelen is ingeburgerd in onze maatschappij. Niet alle psychoactieve middelen zijn immers illegaal (zie bijlage 1 Drugwiel). Zo is het normaal dat we de dag starten met een kopje koffie (cafeïne) of thee (theïne) en kan er op café ook alcohol worden genuttigd. Natuurlijk spelen ook culturele normen een rol en kan bv. een etentje gecombineerd worden met wijn. Zowel alcohol als bv. cafeïne gaat onze mentale toestand beïnvloeden.. Daarnaast gebruiken velen voorgeschreven medicatie.

Het drinken van één glaasje wijn, twee tassen koffie, het roken van een één sigaret tijdens het uitgaan maakt ons niet onmiddellijk verslaafd. Hoe komt het dan dat sommigen toch verslaafd geraken aan bv. alcohol, wiet of cocaïne?

Om verslavingen goed te begrijpen dienen we opnieuw onze hersenen onder de loep te nemen. We kunnen zes processen onderscheiden die aan de basis liggen van een verslaving.

- **Beloningssysteem:** dit systeem in de hersenen zorgt ervoor dat bepaalde gedragingen met een prettig gevoel beloond worden. Dit wil zeggen dat wanneer we bepaald gedrag stellen er een fijn gevoel zal ontstaan. In de eerste plaats streven mensen naar het vervullen van onze basisbehoeften. Als we honger hebben of dorst hebben, zullen we eten. De basisbehoefte kan je terugvinden in de piramide van Maslow (zie hoofdstuk 1). Wanneer we door voedsel onze honger kunnen stillen, volgen er positieve gevoelens. Hierdoor gaan we geneigd zijn om dit gedrag te herhalen en de volgende keer opnieuw te eten als onze maag knort. Gedrag dat tot onaangename effecten leidt, zullen we vermijden. Psychoactieve middelen kunnen dit beloningssysteem danig verstoren. Het beloningssysteem zet je op deze manier aan om gebruik te gaan herhalen. Bij grote dosissen en langdurig gebruik geraakt je beloningssysteem verstoord.
- **Automatismen:** er ontstaan sterke automatismen in onze hersenen. Het beloningssysteem zorgt ervoor dat we een positief gevoel krijgen bij het nuttigen van psychoactieve middelen. Daarnaast komt dat ons geheugen associatief werkt. Zo zullen we bij het horen van een bepaald liedje op de radio de link leggen tussen dat liedje en een bepaalde gebeurtenis. Hetzelfde proces verloopt wanneer we psychoactieve middelen gebruiken. Zo kunnen we een avondje stappen linken aan het nuttigen van alcohol en kunnen we een festival linken aan bv. LSD of een joint. Het gevaar bestaat dat gebruikers niet meer stilstaan bij hun gebruik. Zo kan het zijn dat iemand bij thuiskomst na een dag werken, automatisch naar de frigo loopt voor een biertje. Dit gedrag wordt immers al jaren gesteld en er wordt niet meer over nagedacht. Hetzelfde kan gelden voor drugs die gebruikt worden tijdens het uitgaan ect. Automatismen kunnen ook maar moeilijk doorbroken worden.
- **Controleverlies:** bij langdurig gebruik van psychoactieve middelen kan het zijn dat mensen hun impulsen niet meer onder controle hebben. Dit komt doordat het controlerend systeem in onze hersenen wordt aangetast. Dit systeem zorgt in de eerste plaats voor bewuste aandacht en redeneren. Ook zorgt het voor activeren van gedrag wanneer er een beslissing is genomen en controleert het ook ons automatisch systeem. Wanneer we dit controlerend systeem minder kunnen beheersen, zal ons gedrag worden aangetast doordat we impulsen niet snel kunnen bijsturen. Verder zullen we ook ons automatisch systeem minder kunnen beheersen. Automatismen kunnen minder gemakkelijk worden doorbroken.

Hierdoor zal het patroon van misbruik van psychoactieve middelen niet gemakkelijk gewijzigd kunnen worden.

Intermezzo: het paard en de ruiter

In de literatuur wordt de vergelijking met het paard en de ruiter gemaakt. Het paard is hierbij het automatisch systeem in onze hersenen. Het bewuste systeem in onze hersenen is de ruiter. Het paard wil automatisch ergens naartoe. Het is aan de ruiter om het paard in de juiste richting te wijzen. Bij een verslaving zal het automatische systeem (of de ruiter) de controle overnemen. Het paard slaat op hol en rent steeds terug naar het middelenmisbruik, ook al wil de ruiter (ons bewust systeem) dit niet!

- **Craving:** dit is een onweerstaanbare drang naar middelenmisbruik. Opnieuw ontstaat 'craving' door onze hersenen. Je hersenen gaan het gebruik van psychoactieve middelen vaak linken aan bepaalde gebeurtenissen, plaatsten, geuren, tijdstippen,...). Dit worden triggers genoemd. Wanneer deze persoon in aanraking komt met een trigger, kan ons lichaam hierop reageren. Het lichaam maakt zich klaar voor het gebruik. Zo kan je beginnen zweten, hartkloppingen en andere lichamelijke reacties krijgen wanneer je verslaafd bent aan alcohol en je komt bv. in je stamcafé.
- **Tolerantie:** Dit is een toestand van lichamelijke gewenning aan een bepaald middel als gevolg van frequent gebruik. Het gevolg is dat er steeds een hogere dosis van het middel dient ingenomen worden, om hetzelfde effect te kunnen bereiken. Dit komt doordat ons lichaam en onze hersenen gewend worden aan een bepaald middel. Zo zal onze lever dit middel sneller afbreken en zullen onze hersenen geen neurotransmitters meer aanmaken.
- **Onthoudingsverschijnselen:** wanneer je mindert of stopt met middelenmisbruik gaat je lichaam niet onmiddellijk herstelt zijn. Nicotine, slaap- en kalmeringsmiddelen en heroïne zorgen voor grote onthoudingsverschijnselen. Het lichaam protesteert wanneer je stopt met gebruik. De verschijnselen kunnen zich uiten in onder andere zweten en braken tot zelfs epileptische aanvallen.

5.3 Fasen in de ontwikkeling van een verslaving

De ontwikkeling van een verslaving is onderhevig aan een aantal factoren. In de literatuur wordt er gesproken over het MMM-model. Zowel de mens, het middel en het milieu spelen een rol bij de ontwikkeling van een verslaving.

- **Mens:** hoe komt het dat bepaalde personen makkelijker een verslaving kunnen ontwikkelen dan anderen? Onze genen, datgene dat we via overerving meekrijgen van onze ouders, bepalen de mate van gevoeligheid voor een verslaving.
- **Milieu:** naast onze genen zal er steeds een milieu/omgeving moeten zijn die het gebruik van psychoactieve middelen uitlokt. In de eerste plaats moet het mogelijk zijn om aan verslavende middelen te komen. Daarnaast kan ook een bepaalde gebeurtenis het gebruik uitlokken. Denk hierbij aan het verliezen van je job, een overlijden,...
- **Middel:** de mate van gebruik speelt een rol. Daarnaast zijn er ook psychoactieve middelen die verslavender werken dan anderen. Zo ben je niet verslaafd aan alcohol als je één glas wijn drinkt.

Wanneer spreken we over een verslaving? Een verslaving ontwikkelingen gebeurt meestal geleidelijk. We kunnen enkele fasen om tot een verslaving te komen onderscheiden. Deze kunnen in elkaar overlopen.

- **Fase 1: experimenteerfase**
In deze fase wordt een psychoactief middel voor de eerste keer gebruikt. Vaak wil de gebruiker weten hoe het voelt om bv. alcohol te drinken, wiet te smoren, XTC te nemen,... Men wordt getriggerd door nieuwsgierigheid om het middel uit te testen. Het grootste gevaar bestaat erin dat de gebruiker onbedoeld veel van het middel gaat gebruiken, bv. 'bingedrinking', of door omstandigheden vervuilde (lage kwaliteit) drugs neemt, bv. cocaïne die vermengd is met een andere (gevaarlijke) stof.
- **Fase 2: Sociaal gebruiker**
De gebruiker focust op de positieve gevolgen van het middel zonder negatieve gevolgen. De gebruiker verlangt niet naar het opdrijven van het middel. Zo zal de gebruiker bv. enkel alcohol nuttigen in het bijzijn van vrienden. Wanneer iemand niet verslavingsgevoelig is, blijft het bij deze fase.
- **Fase 3: schadelijk gebruik (misbruik)**
Het sociaal gebruik kan overgaan naar middelenmisbruik wanneer een persoon gevoelig is voor de ontwikkeling van een verslaving (genen). Vaak wordt dit uitgelokt door een bepaalde (negatieve) gebeurtenis in het leven van de gebruiker zoals het einde van een relatie, een overlijden, het verliezen van een job,... (MMM-model).
- **Fase 4: verslaving**
Het leven van de gebruiker staat in teken van het middelenmisbruik. Er wordt gecraved naar het middel. In deze fase zal de gebruiker voldaan aan de criteria van een verslaving volgens de DSM-5.

5.4 Verslaving, beschrijving volgens DSM-5

Volgens de DSM-5 dien je aan volgende criteria te voldoen voor er gesproken wordt over een verslaving:

- 1 Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was
- 2 Meerdere mislukte pogingen gedaan om te minderen of te stoppen
- 3 Veel tijd nodig hebben voor het gebruik en herstel
- 4 Sterk verlangen voelen om te gebruiken (craving)
- 5 Door gebruik tekortschieten op werk, tijdens studie of thuis
- 6 Blijven gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt op het relationele vlak
- 7 Hobby's, sociale activiteiten of werk opgeven door gebruik
- 8 Voortdurend gebruiken, zelfs als iemand daardoor in gevaar komt
- 9 Voortdurend gebruiken, ondanks dat iemand weet dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich meebrengt of verergert
- 10 Grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen (tolerantie)
- 11 Onthoudingsverschijnselen ervaren, die minder hevig worden door meer te gebruiken.

Voor het vaststellen van de ernst van de stoornis in het gebruik van middelen wordt de volgende indeling gehanteerd in DSM-5:

- 2 of 3 criteria: milde stoornis
- 4 of 5 criteria: gematigde stoornis
- 6 of meer criteria: ernstige stoornis

5.5 Verslaving herkennen

Wanneer je in het maatschappelijk werkveld aan de slag bent, zal je regelmatig in aanraking komen met een verslaving. Het is belangrijk om verslavingen snel te herkennen zodat jij een begeleiding op maat kan voorzien of je cliënt juist kan doorverwijzen naar gespecialiseerde instanties. Symptomen van een verslaving kan je opdelen in lichamelijke, psychische en sociale moeilijkheden.

- **Psychische symptomen:** personen die verslaafd zijn craven gedurende heel de dag naar het middel om te misbruiken. Vaak wordt een verslaving ontkend of wordt een problematiek verkleind. Verslaafden kunnen ook last krijgen van depressie, angst en verwardheid.
- **Lichamelijke symptomen:** door de tolerantie en de bijwerkingen kan je lichamelijke moeilijkheden ontdekken bij je cliënt. Het middelenmisbruik zal steeds moeten toenemen om tot hetzelfde

effect te kunnen komen. Daarnaast zal de cliënt ontwenningsverschijnselen vertonen wanneer het middel niet meer wordt gebruikt. Deze negatieve lichamelijke symptomen stoppen wanneer het middel opnieuw wordt misbruikt of wanneer er langer dan 14 dagen wordt gestopt. Als MW'er dien je aandacht te hebben voor lichamelijke klachten. Verslaafden hebben vaak hulp nodig om te stoppen met middelenmisbruik.

- **Sociale symptomen:** personen met een verslaving hebben vaak moeilijkheden met hun omgeving. Denk hierbij aan een moeilijke liefdesrelatie, vrienden, familie, werk,... Een verslaving wordt vaak ontkent of verborgen. Dit is echter niet eenvoudig. Vaak verliezen deze personen hun job, en neemt hun naaste omgeving afstand. De omgeving wordt beperkt waardoor verslaafden vaak enkel omringd worden door mensen die deel uitmaken van het milieu.

5.6 Soorten psychoactieve middelen

Welke soorten psychoactieve middelen bestaan er? Wat gebeurt er in ons lichaam als we een bepaald psychoactief middel gebruiken? Zijn er legale en illegale vormen van deze middelen?

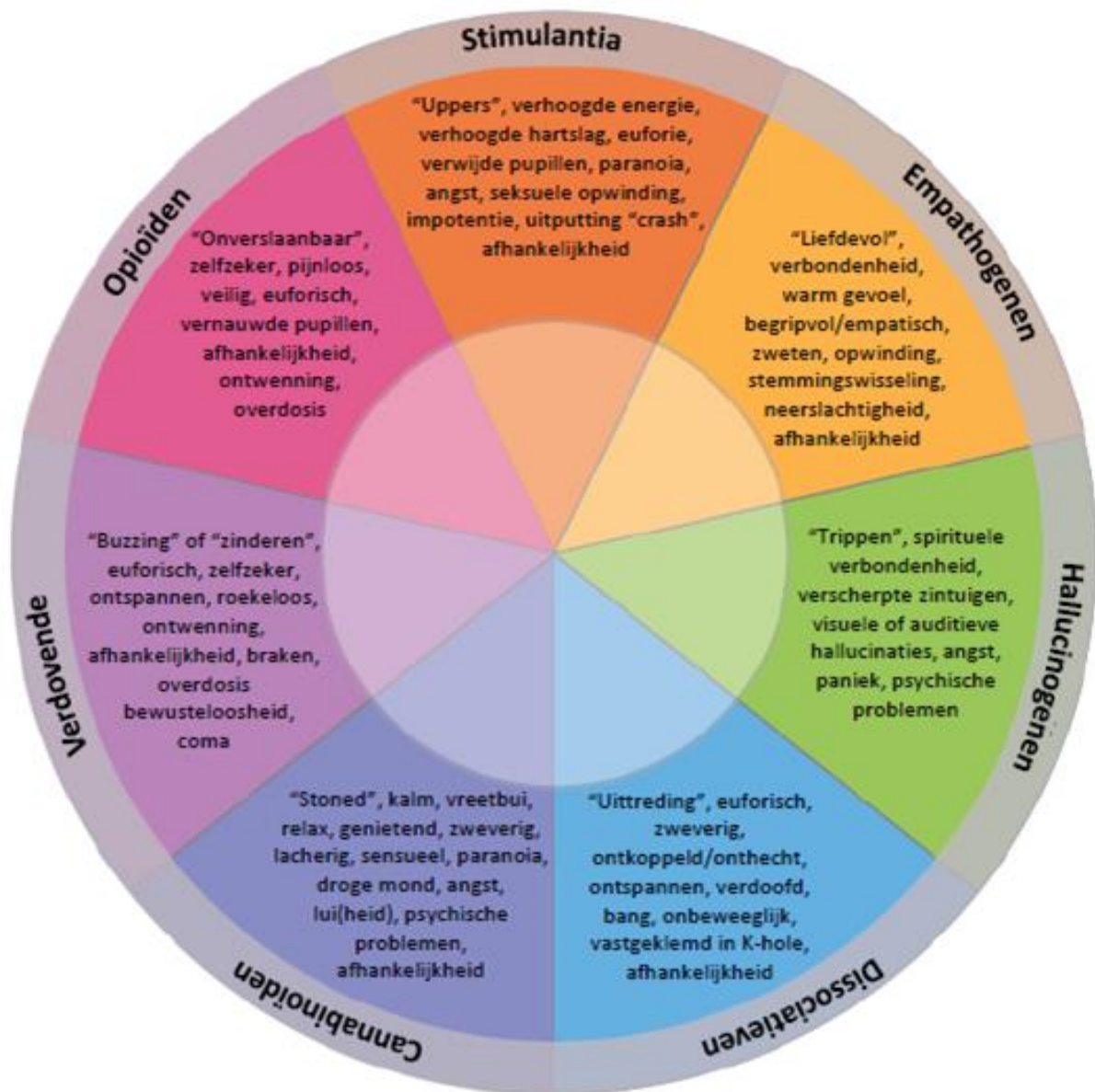
Een duidelijk overzicht kan je terugvinden in onderstaand **drugwiel**. Op de ene kant van het wiel kan je de effecten van de drugscategorie vinden. Deze worden kort besproken. Per categorie ken je een voorbeeld. De voorbeelden kan je terugvinden op de achterkant van het wiel. De binnering zijn de legale vormen van deze drugs. De buitenring zijn de illegale drugsvormen.

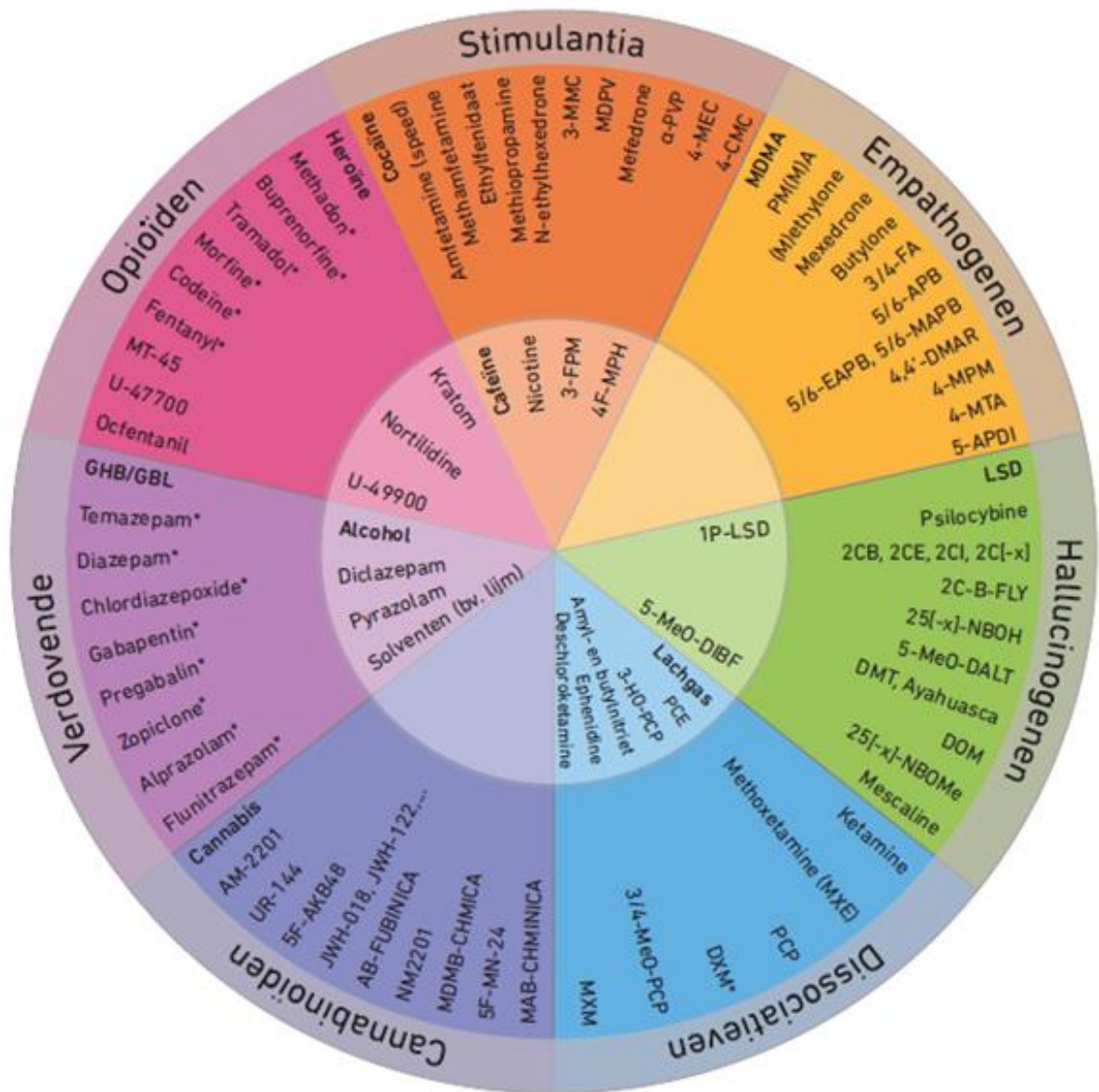
- **Hallucinogenen:** "trippen", spirituele verbondenheid, warm gevoel, begripvol/empathisch, zweten, opwindend, stemmingswisseling, neerslachtigheid, afhankelijkheid. Voorbeeld: LSD
- **Dissociatieven:** "uittreding", euforisch, zweverig, ontkoppeld/onthecht, ontspannen, verdoofd, bang, onbeweeglijk, vastgeklemd in K-hole bij het nemen van ketamine, afhankelijkheid. Voorbeeld: ketamine (illegaal), lachgas (legaal).
- **Cannabinoïden:** "stoned", kalm, vreetbui, relax, genietend, zweverig, lacherig, sensueel, paranoia, droge mond, angst, lui, psychische problemen, afhankelijkheid. Voorbeeld: cannabis
- **Verdovende middelen:** "buzzing" of "zinderen", euforisch, zelfzeker, ontspannen, roekeloos, ontwenning, afhankelijkheid, braken, overdosis, bewusteloosheid, coma. Voorbeeld: GHB (illegaal), alcohol (legaal).

- **Opioiden:** "onverslaanbaar", zelfzeker, pijnloos, veilig, euforisch, vernauwende pupillen, afhankelijkheid, ontwenning, overdosis. Voorbeeld: heroïne, methadon.
- **Stimulantia:** "uppers", verhoogde energie, verhoogde hartslag, euforie, verwijde pupillen, paranoia, angst, seksuele opwinding, impotentie, uitputting, crash, afhankelijkheid. Voorbeeld: cocaïne (illegaal), cafeïne en nicotine (legaal).
- **Empathogenen:** "liefdevol", verbondenheid, warm gevoel, begripvol/empathisch, zweten, opwinding, stemmingswisseling, neerslachtigheid, afhankelijkheid. Voorbeeld: MDMA (illegaal).

Een bijzondere groep van psychoactieve middelen zijn de **psychofarmaca**, geneesmiddelen die gebruikt worden om psychische problemen te behandelen. Deze worden in vijf categorieën ingedeeld.

- **Antidepressiva:** deze medicatie wordt voorgeschreven tegen depressie. Deze medicatie wordt omschreven als een mentaal gaspedaal. Ze maken iemand actiever en positiever. Voorbeeld: Prozac®, Trazolan®
- **Neuroleptica:** deze medicatie wordt voorgeschreven tegen psychose. Deze medicatie wordt omschreven als een mentale rem. Ze maken iemand minder actief en positief. Voorbeeld: Dipiperon®, Risperdal®
- **Stemmingsstabilisatoren:** deze medicatie stabiliseren de stemming bij een bipolaire stoornis. De 'toppen' zijn minder hoog en de 'dalen' minder diep. Voorbeeld: lithiumzouten, anti-epileptica.
- **Hypnotica:** deze groep medicatie bestaat uit slaapmiddelen, kalmeermiddelen, angstremmers. Voorbeelden: benzodiazepines zoals Rohypnol®, Xanax®
- **Restgroep:** deze groep medicatie bevat o.a. antiparkinsonmiddelen tegen nevenwerkingen van neuroleptica. Ook middelen om te stoppen met roken, een hoge bloeddruk, amfetamineverwanten,... vallen in deze categorie. Voorbeeld: Rilatine® (als amfetamineverwant).





5.7 Hulpverlening

Een verslaving is een chronische aandoening waar een persoon niet gemakkelijk alleen van af kan komen. Wanneer je in je nabije omgeving merkt dat iemand verslaafd geraakt, dien je zo snel mogelijk hulp in te schakelen.

Iemand aanzetten tot stoppen met een verslaving is geen eenvoudige zaak. In de eerste plaats kunnen er ontwenningverschijnselen optreden. Psycho-educatie kan helpen om zowel de verslaafde als diens omgeving in te lichten over de gang van zaken. Door een duidelijk beeld te scheppen over behandelingen en de invloed op het leven van de verslaafde, kan deze geneigd zijn om de stap naar de hulpverlening te zetten.

Soorten hulpverlening

Wanneer je informatie nodig hebt over een verslaving kan je altijd de Druglijn contacteren via telefoon, chat of e-mail. Er zijn verschillende soorten hulpverlening. In het eerste verkennend gesprek wordt nagegaan welke vorm van hulpverlening het beste aansluit bij de noden van de hulpvrager.

In de eerste plaats kan je iemand met (een vermoeden van) een verslaving doorverwijzen naar de **huisarts**. Wanneer de cliënt hier weigerachtig tegenover staat, kan je hen wijzen op het beroepsgeheim van de arts. Deze hulpverlening is laagdrempelig vermits je makkelijk een afspraak kan maken bij de huisarts.

Zelfhulpgroepen bestaan uit ervaringsdeskundigen. Dit wil zeggen dat mensen die zelf een problematiek achter de rug hebben, op regelmatige basis samenkomen om te praten over moeilijkheden, mogelijke begeleidingen, oplossingen,... Deze groepen kunnen ervaren worden als een grote steun. Mensen met een verslaving hebben immers het gevoel dat zij niet de enige zijn met deze problematiek.

Tegenwoordig is de **online hulpverlening** een belangrijke (en vaak anonieme) partner. Zo kan je via de website van de Druglijn een online zelftest en online zelfhulp vinden. Meer informatie vind je via de website.

Bij **ambulante begeleiding** worden cliënten niet opgenomen, maar krijg je overdag begeleiding. De cliënt kan samen met een begeleider aan de slag gaan door gesprekken te voeren en voorlichtingen te krijgen over de effecten, gevolgen,... van het verslavend middel. Ook is er in deze centra vaak een verslavingsarts aanwezig die de cliënt kan onderzoeken en testen. Wanneer een gesprek met een begeleider onvoldoende blijkt, kan er ook een dagprogramma gevolgd worden. De cliënt doorloopt dagelijks een vastgelegd programma, vaak in groepsverband.

Bij een **residentiële opname** wordt de cliënt voor langere tijd opgenomen (weken/maanden) om te werken aan de verslaving. Wanneer er voor een opname gekozen wordt (al dan niet gedwongen) wordt er op een intensieve manier gewerkt aan de verslaving. Dit zal zowel individueel als in groep gebeuren.

Visies op hulpverlening

Er zijn verschillende visies op hulpverlening. Vandaag is het aanbod van hulpverlening groot. Er zijn voorzieningen die zich inzetten op laagdrempeligheid. Zij stellen bv. geen eisen aan de gebruiker met betrekking tot het stopzetten of verminderen van het druggebruik. Daarnaast zijn er ook programma's die zich focussen op een volledige stopzetting (abstinentie) van het middelenmisbruik en een volledige re-integratie in de maatschappij. De twee uiterste visies worden onderstaand besproken. In de praktijk worden beide visies vaak gecombineerd aangeboden. Deze visies sluiten elkaar ook niet uit.

- **Visie 1: Abstinentie.** Het doel van deze eerste visie is geen druggebruik. Dergelijke organisaties streven naar een volledige onthouding op vlak van middelenmisbruik. Er worden programma's aangeboden die doorlopen moeten worden. Er wordt gestreefd naar volledige re-integratie van de gebruiker in de maatschappij. Deze organisaties zetten ook in op preventie. Er worden campagnes georganiseerd waar men werkt aan het algemeen welzijn in de samenleving. Je kan stellen dat er door deze organisaties wordt ingegrepen voordat er een effectief probleem plaatsvindt. Een voorbeeld van deze visie kan je terugvinden bij **De Sleutel**. Zij streven naar een volledige re-integratie van de gebruiker. Ze zetten in op crisisopvang, ambulante en residentiële hulpverlening en streven naar een toeleiding van de gebruiker naar de arbeidsmarkt.
- **Visie 2: Harm reduction.** In deze visie gaat men niet uit van een volledige afwezigheid van middelenmisbruik. Harm reduction omvat interventies, programma's en beleidsmaatregelen die streven naar het verminderen van de gezondheids-, sociale – en economische schade van druggebruik aan individuen, gemeenschappen en de samenleving (EMCDDA, 2010). In deze organisaties wordt druggebruik niet veroordeeld. Er wordt gestreefd naar schadebeperking. Het feit is immers dat ontwennen niet voor iedereen een haalbare kaart is. Ook behoort terugval vaak tot de ontwenningsprocedure. Op deze momenten is het belangrijk dat gebruikers de weg naar de hulpverlening blijven vinden.

Een voorbeeld van een organisatie die inzet op Harm reduction is **Free Clinic**. Free Clinic hanteert een laagdrempelige en ambulante werking. Er wordt ingezet op een herstelgerichte aanpak. Free Clinic heeft een aantal deelwerkingen:

- MSOC: Het MSOC begeleidt de cliënten op medisch, psychisch en sociaal vlak met als doel de schadelijke gevolgen van druggebruik te beperken en de algemene levenskwaliteit van zowel de gebruiker als zijn omgeving te verhogen.
- GoiA (Gezinnen onder invloed Antwerpen): ondersteunen gezinnen met ouders met een (ex) drugsprobleem.
- De Nomaad: Dit is een centrum voor sociale activering. De doelgroep bestaat uit meerderjarige actieve (kwetsbare) gebruikers of ex-gebruikers van illegale middelen. Bij de beoogde doelgroep is er steeds sprake van een multi-problematiek waarbij (ex-)gebruik kan samengaan met thuisloosheid, dakloosheid, een psychiatrische problematiek of mentale en/of fysieke beperking.
- Plug-INN: expertisecentrum rond drugs en jongeren.
- PROject: Genderspecifieke werking voor vrouwen binnen de drughulpverlening. Het is persoonsgerichte zorg aan in een kleinschalige en kindvriendelijke omgeving.
- Spuitenruil: gebruikers krijgen gratis materialen (spuiten/naalden, steriele lepels, aluminiumfolie, condooms,...). Ook wordt er ingezet op psycho-educatie.
- C-Buddy project: Het C-Buddy project stelt zich tot doel om mensen die drugs gebruiken of gebruikt hebben en besmet zijn met het Hepatitis C te informeren en te ondersteunen bij een behandeling.
- Ankerpunt Drughulp Rupel: Het is een ambulante drughulpcentrum waar mensen terecht kunnen die problemen ervaren met illegale middelen, al dan niet in combinatie met alcohol, gokken of gamen.

Stimuleren van motivatie in de hulpverlening

Vanuit de hulpverlening aan verslaafden is een motivatiemodel ontwikkeld door twee psychologen: het stadiamodel van Prochaska en DiClemente, In dit model wordt de ontwikkeling van motivatie weergegeven in een aantal stappen.

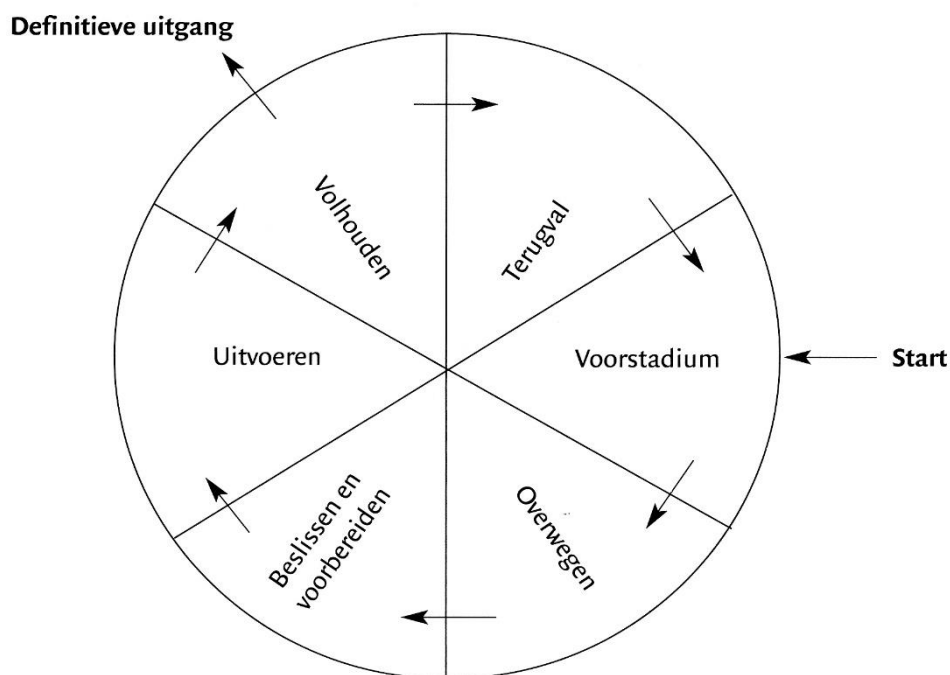
Er zijn twee, met elkaar samenhangende, uitgangspunten. Het eerste stelt dat motivatie geen kwestie is van wel of niet aanwezig zijn, maar dat er verschillende stadia zijn te onderscheiden bij het ontwikkelen van motivatie voor bepaald gedrag (zoals stoppen met drinken). Het tweede

uitgangspunt is dat motivatie van cliënten beïnvloedbaar en te ontwikkelen is door hulpverleners.

Motivatie tot het veranderen van gedrag komt zelden in één keer tot stand, maar ontwikkelt zich meestal geleidelijk. Er worden in het model van Prochaska en Diclemente zes stadia onderscheiden die mensen doorlopen als zij hun (probleem)gedrag willen gaan veranderen.

De stadia worden uitgebeeld in een cirkel, waarmee ze willen benadrukken dat de verschillende fasen vaak meerdere keren moeten worden doorlopen.

De meeste veranderingsprocessen beginnen bij het voorstadium (**start**) en eindigen bij volhouden (**definitieve uitgang**), maar kunnen bij elke tussenfase gestaakt worden. Terugval in oud gedrag is dus in principe steeds mogelijk, ook al wordt het in het model als zesde stadium beschouwd. Bij personen die geconfronteerd worden met meerdere problemen is het eveneens mogelijk dat men voor één probleem in de fase van actieve verandering zit, terwijl men voor een ander probleem nog maar toe is aan het overpeinzen.



- **Voorstadium** of de voorbeschouwing ('precontemplation'): in dit eerste stadium is iemand zich er niet of nauwelijks van bewust dat hij een probleem heeft. Anderen (bvb. familie, vrienden, burens, ...) zijn zich er over het algemeen wel degelijk van bewust dat de persoon een probleem heeft. Daarom kunnen zij hem wel eens onder druk zetten. Deze externe druk leidt er soms toe dat de

persoon zijn gedrag effectief begint te veranderen, de gedragsverandering verdwijnt echter van zodra de externe druk wegvalt. Doorgaans besteedt de persoon in dit stadium weinig aandacht aan zijn problemen. Hij ervaart de nadelige effecten misschien wel, maar brengt ze niet in verband met zijn eigen gedrag.

- **Overwegen** ('contemplation'): in het tweede stadium worden de problemen wel overdacht. Er wordt nog niets aan het gedrag veranderd, maar iemand staat al wel bij zijn gedrag stil en denkt er ernstig over na het gedrag te willen veranderen. Hij is echter nog niet voldoende geëngageerd om daadwerkelijk actie te ondernemen. Overpeinzing is weten waar je naar toe wil, terwijl je nog niet helemaal klaar bent om de eerste stap te zetten. Dit is ook het stadium van het tegen elkaar afwegen van de voor- en nadelen van de situatie en het verkennen van de mogelijkheden om de nadelen van de situatie te verhelpen. Het ernstig overwegen om een oplossing te gaan zoeken voor het probleem is kenmerkend voor dit stadium. Men blijft echter vaak zeer lang in deze overpeinzingen steken.
- **Beslissen en voorbereiden** ('preparation'): in het derde stadium vindt er besluitvorming plaats en er worden plannen gemaakt. Personen die zich in deze fase bevinden nemen zich voor daadwerkelijk actie te ondernemen om hun gedrag te veranderen. Bovendien zijn er vaak al enkele kleine wijzigingen in het gedrag merkbaar (zoals bv. per dag vijf sigaretten minder roken of de eerste sigaret pas een half uur later beginnen roken). Ondanks deze veranderingen hebben ze nog niet het uiteindelijke doel (abstinentie of gecontroleerd gebruik) bereikt.
- **Uitvoeren** of de actieve verandering ('action'): het vierde stadium wordt gekenmerkt door het uitvoeren van de eigenlijke verandering die men zich heeft voorgenomen. Er worden actief stappen ondernomen om de voorgenomen wijzigingen aan te brengen. Actieve gedragsverandering vereist echter een aanzienlijke inzet en tijdsinvestering. Omdat de veranderingen nu het duidelijkst zichtbaar zijn, krijgt men in dit stadium meestal wel de meeste erkenning en ondersteuning. Vaak echter wordt deze fase van actie onterecht gelijkgesteld aan absolute verandering, waarbij de voorbereidende stadia en de daaropvolgende inspanningen, die nodig zijn om gedragsveranderingen te stabiliseren, volledig over het hoofd gezien worden.
- **Volhouden** of de consolidatie ('maintenance'): in dit stadium krijgt het nieuwe gedrag een plaats in het bestaan. De bereikte veranderingen worden geïntegreerd in het dagelijks leven. Er worden inspanningen geleverd om herval te voorkomen en om de zaken die in de voorgaande stadia van het veranderingsproces geleerd werden te consolideren.
- **Terugval** in de oude situatie ('relapse'): het laatste stadium verwijst naar het gegeven dat het vaak niet lukt om in één keer

nieuw gedrag aan te leren en vol te houden. Helaas is terugval eerder regel dan uitzondering. De meeste mensen die een bepaald gedrag willen veranderen, doorlopen de cirkel meerdere keren vooraleer een definitieve gedragsverandering te bereiken. Dit is zeker het geval voor personen die middelen misbruiken. Dit herval betekent echter niet altijd een volledige terugkeer naar vroeger gedrag. Immers, telkens als de stadia worden doorlopen is dit een mogelijke situatie waarin iemand kan leren uit zijn fouten. De volgende keer kan iets anders worden uitgeprobeerd om het probleemgedrag aan te pakken. Iemand die zijn gedrag probeert te wijzigen, draait dus niet eeuwig rondjes in de cirkel, maar beweegt zich veeleer in een opwaartse spiraal. Hoe meer actie wordt ondernomen, hoe groter de kans op een definitieve gedragsverandering.

Bij het opstarten van een begeleiding is het zinvol om na te gaan in welke fase van verandering de cliënt zich op dat moment bevindt. Alleen op die manier kan men de aangeboden interventie afstemmen op de noden van de cliënt.

De stadiatheorie werd in eerste instantie ontwikkeld op basis van onderzoek met rokers en personen met een alcoholprobleem. Gaandeweg werd echter duidelijk dat het ook toepasbaar is op andere vormen van gedragsverandering. Het model is bv. eveneens toegepast in de hulpverlening aan jongeren met gedragsproblemen en patiënten met eetstoornissen.

5.8 Suggesties voor de omgang

Tips voor de gebruiker en zijn naaste omgeving

- Sta er bij stil of u teveel gebruikt. U kunt dit uitzoeken door een paar weken lang bij te houden hoe vaak en hoeveel u alcohol drinkt of drugs gebruikt.
- Waarschuwingssignalen zijn: u gaat geleidelijk meer gebruiken, u begint steeds vroeger op de dag met gebruiken, u gebruikt meer dan u van plan was, u probeert het gebruik voor anderen verborgen te houden.
- Als u denkt dat u te veel gebruikt, stop dan eens enkele weken tot maanden geheel met het verslavende middel. Maak een afspraak met uw huisarts als u ontwenningssverschijnselen krijgt. Dat merkt u bijvoorbeeld doordat u veel last heeft van zweten of trillen.
- Vraag uzelf af of u verslavende middelen gebruikt om andere problemen uit de weg te gaan.
- Wees eerlijk tegen uzelf over de negatieve gevolgen van middelengebruik die u ervaart. Dat kunnen gezondheidsklachten zijn, maar bijvoorbeeld ook relatieproblemen of geldgebrek.

- Zoek hulp als u te veel en/of te vaak alcohol drinkt of drugs gebruikt. Hoe sneller u dat doet, hoe groter de kans op een geslaagde behandeling.
- Bent u bang dat iemand uit uw omgeving een probleemgebruiker is? Spreek uw zorgen uit en vertel welke gevolgen dit voor u heeft. Vermijd discussies over al of niet teveel gebruiken. Zoek hulp voor uzelf.

**Welke DSM-5 kenmerken van een verslaving kan je herkennen?
Gaat het over een milde, matige of ernstige verslaving?**

De heer Peters is een 56-jarige man, die drinkt vanaf zijn veertiende. Tussen 21 en 27 jaar waren er langere perioden van excessief drinken. Tijdens de eerste jaren van zijn huwelijk dronk hij matig, maar na de geboorte van zijn tweede kind werd dit geleidelijk meer. Een eerste opname vond plaats op 36-jarige leeftijd, nadat hij als gevolg van een ongeval in een ziekenhuis belandde en daar ontwenningsverschijnselen vertoonde. Opname in een ontwenningskliniek volgde. Hij weigerde echter behandeling in een therapeutische gemeenschap. Later volgden nog twee opnamen; de tweede maal wel in een therapeutische gemeenschap om een dreigende scheiding af te wenden. Deze opname mislukte en de scheiding volgde alsnog. Daarna volgden de perioden van overdreven veel drinken elkaar snel op. Uiteindelijk belandde de patiënt met een delirium in het ziekenhuis. Hij had allerlei uitvalverschijnselen en was nauwelijks nog in staat zijn dochter, die hem af en toe bezocht, te herkennen. Na zijn lichamelijk herstel vertoonde hij voortdurend de neiging tot weglopen, kennelijk bedoeld om drank te bemachtigen. Dat lukte af en toe en dan werd hij (dronken) teruggebracht.

6 Neurocognitieve stoornissen

6.1 Inleiding

Starend in een oneindig niets zit de vrouw aan het hoofd van een lange tafel. Haar oude, met lijnen doorgroefde gezicht geeft geen enkele emotie weer, maar is strak en onbewogen. Handen met lange vingers, smalle vingers, houdt ze gevouwen op haar schoot. De rolstoel waarin ze zit piept zachtjes in een gelijkmatig tempo met het trillen van haar linkerbeen. Het piepen stoort haar niet. Ze lijkt het niet te horen. Ze kijkt alsmaar recht vooruit, dwars door de bloemen die op de tafel staan en dwars door de muur waar zij tegenover zit. Het raam aan de rechterkant toont de drukte van een doorgaande weg. Een groep kinderen fietst lachend voorbij. De vrouw heeft er geen belangstelling voor. Ze is niet meer in staat op te nemen wat er buiten gebeurt. Ze kijkt maar ziet niet, hoort maar luistert niet. Hoelang zit ze nu al zo? De vrouw weet het niet. Dagen? Maanden? Tijd is een begrip dat allang uit haar leven verdwenen is. Een door Alzheimer geschilderd portret waarin abstractie en surrealisme tot een gecompliceerde eenvoud samengevoegd zijn. In haar hoofd, een grijze massa waarin met zwierige penseelstreken afgerekend is met rationaliteit, grove littekens achterlatend.

Af en toe komt een echo uit het verleden vanuit de verte op haar af, om even daarna weer snel te verdwijnen. Zonder een spoor van herkenning achter te laten. Dat de vrouw bestaat, ervaart ze alleen maar door het meebewegen van de stoel met haar trillend linkerbeen.

De vrouw zit en staart... haar been trilt... de stoel piept... de tijd glijdt voorbij...

De deur van de kamer gaat open, en met stevig gerammel wordt de koffiewagen binnen gereden. De vrouw hoort het niet.

"Ik heb koffie voor u!", roept de verzorger met luide stem, terwijl hij een arm om de schouders van de vrouw slaat. Heel even klinkt het gepiep luider om direct weer te vervallen in de monotonie van zoëven.

De verzorger knoopt de vrouw een papieren servet om en gaat met de koffie in zijn hand op een kruk naast haar zitten. Hij brengt het kopje naar haar mond en beroert zachtjes met de rand haar onderlip. In een reflex tuit ze haar lippen en een klein slokje wordt naar binnen gegoten. Ze slikt en uit haar mondhoek sijpelt een straaltje koffie over haar kin en in haar hals tot het opgenomen wordt door een servet. De verzorger veegt voorzichtig haar kin droog en herhaalt de handelingen tot het kopje leeg is. Hij verwijdert het servet, strijkt met de rug van zijn hand over haar wang, en loopt met de rammelende koffiekar de kamer uit.

Terwijl het rammelen langzaam wegsterft... staart de vrouw door de bloemen... door de muur... de stoel piept en de tijd glijdt weer voorbij...

Veroudering kan gepaard gaan met toenemende geheugenproblemen en aftakeling van andere cognitieve of 'kennende' functies. Het gaat daarbij over het verwerken van informatie die het ons mogelijk maakt ons dagelijks leven te leiden, zoals onder meer aandacht, plannen, organiseren, het nemen van beslissingen, leren en geheugen, oriëntatie in tijd en ruimte. Verstoringen in deze cognitieve domeinen komen tot uiting in verschillende beperkingen in het functioneren.

In dit onderdeel zullen we aandacht besteden aan cognitieve stoornissen met een somatische of organische oorzaak. In de DSM spreekt men over neurocognitieve stoornissen, met het voorvoegsel 'neuro' wordt ervan uit gegaan dat een aantasting van de hersenen de basis is van de verstoringen in het cognitief functioneren.

In het volgende overzicht staan enkele belangrijke beperkingen die kunnen voorkomen bij de neurocognitieve stoornissen op verschillende **cognitieve domeinen**...

- **Aandacht:** snel afgeleid, denken verloopt trager.
- **Executieve (uitvoerende) functies:** problemen met organiseren, plannen, nemen van beslissingen, minder flexibel kunnen denken, zich maar op één taak tegelijk kunnen richten.
- **Leren en geheugen:** moeite om nieuwe informatie (bv. een telefoonnummer) of een recente gebeurtenis te onthouden, zichzelf herhalen tijdens een gesprek
- **Taal:** moeite met het vinden van woorden of namen van bekenden, grammaticale fouten (bv. onjuist gebruik van voorzetsels), moeite met het spreken of begrijpen van taal.
- **Perceptueel-motorische functies:** meer moeite met vertrouwde handelingen (zoals autorijden of koffiezetten) en ruimtelijke taken (zoals timmeren of naaien), sneller verdwalen dan voorheen.
- **Sociaal-cognitieve functies:** persoonlijkheidsveranderingen (bv. heel extravert worden), sociale signalen (bv. gebaren) of gezichtsuitdrukkingen minder goed herkennen, sociaal onacceptabel gedrag beginnen vertonen zonder rekening te houden met anderen, weinig tot geen probleembesef.

Daarnaast kunnen ook problemen optreden in de waarneming en het denken: **hallucinaties** (zoals bv. dingen horen of zaken zien die er in werkelijkheid niet zijn) en **wanen** (opvattingen die niet kloppen met de realiteit, maar de persoon is ervan overtuigd dat ze waar zijn) komen geregeld voor.

6.2 Delirium, beschrijving in DSM-5

- A** Een stoornis in het bewustzijn (verminderd besef van de omgeving) en de aandacht (een verminderd vermogen om de aandacht te sturen, te richten, vast te houden en te verplaatsen).
- B** De stoornis ontwikkelt zich in korte tijd (meestal binnen een aantal uren of dagen), betreft een verandering in het voorafgaande niveau van bewustzijn en aandacht, en heeft de neiging in de loop van de dag in ernst te fluctueren.
- C** Een bijkomende stoornis in cognitieve functies is aanwezig (bv. in geheugen, oriëntatie, taal, waarneming).
- D** De symptomen onder A en C kunnen niet beter worden verklaard door een andere eerder bestaande, ontwikkelde of zich ontwikkelende neurocognitieve stoornis (zoals dementie) en doen zich niet voor in de context van een ernstig gedaald bewustzijn (zoals een coma).
- E** Er zijn aanwijzingen dat de stoornis het directe gevolg is van een somatische (lichamelijke) aandoening, intoxicatie door of onttrekking van een middel (zoals een drug of medicatie), blootstelling aan een giftige stof, of het gevolg is van multiple oorzaken.

Een delirium (of delier) is bij de meeste mensen beter bekend als 'ijlen' zoals bv. bij hoge koorts. Er is sprake van een verlaagd bewustzijn, doorgaans zijn er concentratiestoornissen en is er sprake van desoriëntatie in tijd, plaats en persoon. Dit betekent dat er sprake is van verwardheid, dat men moeite heeft met het bepalen van tijd (welke dag is het?) en plaats (waar bevind ik me?), en het herkennen van andere mensen.

Meestal treden de symptomen plotseling op en met wisselende intensiteit en is de persoon snel geïrriteerd en vooral 's nachts onrustig. Geregeld komen ook (visuele) hallucinaties en vluchtige waanideeën voor, dat zijn waarnemingen en overtuigingen die niet overeenkomen met de werkelijkheid. In plaats van geïrriteerdheid kan ook angst, woede, neerslachtigheid of zelfs euforie voorkomen. Dit kan het soms moeilijk maken om een delirium te onderscheiden van een angst- of stemmingsstoornis.

De stoornis komt vrij vaak voor. Naar schatting in ziekenhuizen bij 6% tot 56% van de patiënten. Postoperatief bij 15 tot 53% van de oudere mensen en bij 70 tot 87% van de mensen op intensieve zorg. De stoornis treedt naar schatting op bij tot 60% van de bewoners in verzorgingshuizen, en bij tot 83% van alle personen vlak voor hun levenseinde. Het komt ook regelmatig voor bij een (al dan niet vastgestelde) ernstige neurocognitieve stoornis, zoals de ziekte van Alzheimer.

Meestal is de duur vrij kort en snel voorbijgaand (acueel), enkele uren of dagen, maar het kan gebeuren dat er een delirium meer hardnekkig (persisterend) is en een paar weken of zelfs maanden kan aanhouden. Daarbij gaat het dan meestal over stille deliria, de persoon is minder druk en hevig dan doorgaans het geval is bij een aanvalsgewijs optredende en snel voorbijgaand delirium, vooral traagheid en gelatenheid zijn aanwezig.

6.3 Verklaring delirium

Bij een delirium is er een verminderde hersenactiviteit, de communicatie tussen de hersencellen is verstoord. Hiervoor kunnen verschillende oorzaken zijn die men niet steeds met zekerheid kan achterhalen. In sommige gevallen kan het gebruik van bepaalde medicijnen de oorzaak zijn. Bij intoxicatie (vergiftiging) of onttrekking (abrupt stoppen) van verslavende middelen kan eveneens een delirium optreden. Men spreekt over een onthoudingsdelier als gevolg van het te snel stoppen met psychofarmaca zoals benzodiazepinen (kalmeringsmiddelen), of 'delirium tremens' bij personen met een alcoholverslaving. Daarnaast kunnen nog allerhande lichamelijke ziekten leiden tot een delirium, zoals hersenaandoeningen (zoals de ziekte van Alzheimer of een tumor), hart- en vaatziekten, hormonale aandoeningen (zoals diabetes) en infectieziekten (zoals een longontsteking), operaties. Ook kan het weleens gebeuren dat angst, stress en slaapproblemen al dan niet in combinatie met slechte voedingstoestand de oorzaak is van een delirium.

Vooraf bij oudere mensen kan een lichte lichamelijke aandoening leiden tot een delirium. Daarbij spelen doorgaans ook andere factoren een mee, zoals de inname van allerlei soorten medicatie in combinatie met een ernstige neurocognitieve stoornis of andere ziekten.

6.4 Behandeling delirium

Omwillen van de uiteenlopende mogelijke oorzaken van een delirium is het erg belangrijk dat er een nauwgezet medisch onderzoek wordt uitgevoerd en dat er navraag gedaan wordt bij familieleden en bekenden van de betrokkene. Als een lichamelijke aandoening verantwoordelijk is, dan is het nodig dat deze eerst behandeld wordt. Indien medicijnen of andere stoffen aan de basis liggen van het delirium, dan is bijstelling van het gebruik daarvan vereist. Wanneer er een andere oorzaak is, of als de oorzaak onduidelijk is, rest weinig anders dan het goed in de gaten houden van de lichamelijke toestand en zo goed mogelijk op peil te brengen. Tegen de onrust, hallucinaties en waanideeën kan een antipsychoticum gegeven worden. Wanneer er sprake is van uitgesproken angst kan een kalmeringsmiddel toegediend worden.

Personen die een delirium meemaken hebben baat bij een vertrouwde, geruststellende en prikkelarme omgeving. Vandaar is bij een lichte delirante toestand opname niet aangewezen indien de directe omgeving voldoende zorg en rust kan bieden. Bij een ernstige delirante toestand is opname niet te vermijden. Afhankelijk van de oorzaak kan dat in een psychiatrisch of in een algemeen ziekenhuis zijn.

Een delirium verdwijnt doorgaans binnen enkele dagen of weken. Het kan wel eens gebeuren dat de betrokkene niet volledig herstelt, dat er nog restverschijnselen (zoals geheugen- of aandachtsproblemen) aanwezig blijven. Dat hangt dan meestal samen met de onderliggende aandoening. Soms heeft het delirium voor ernstige angst gezorgd bij de betrokkene en zijn voor de verwerking daarvan gesprekken aangewezen.

6.5 Suggesties voor de omgang bij een delirium

Wat iemand kan doen als zijn naaste plotseling erg in de war is?

- Contact opnemen met de huisarts.
- Doorgeven welke medicijnen gebruikt worden bij opname in een ziekenhuis.
- Melden of de persoon al eens eerder last heeft gehad van plotse verwardheid.
- Eerlijk zijn over gebruik van alcohol en/of drugs.
- Bril, contactlenzen en/of gehoorapparaat meenemen naar het ziekenhuis en erop letten dat die ook gebruikt worden door de persoon.
- Veranderingen in de gedachtegang of het gedrag van de persoon bij de verpleging melden.

Hoe iemand zijn naaste kan begeleiden als deze last heeft van een delirium?

- Enkele vertrouwde zaken van thuis meenemen, zoals een foto met vertrouwde familieleden of huisdieren, een eigen dekbed, deken of kussen, een klok met zichtbare wijzerplaat.
- Geruststellend en rustig aanwezig proberen te zijn, bijvoorbeeld door het vasthouden van de hand.
- Niet met teveel bezoek tegelijkertijd komen.
- Niet ingaan tegen eventuele waanvoorstellingen, probeer de aandacht af te leiden naar hier-en-nu zaken.
- Steeds weer uitleggen waar de persoon zich bevindt, waarom deze daar is, welke dag het is.
- Niet aarzelen om eventuele vragen te stellen aan verpleegkundigen of andere begeleiders.

6.6 Ernstige neurocognitieve stoornis, beschrijving in DSM-5

- A** Er zijn aanwijzingen voor een opvallende cognitieve achteruitgang ten opzichte van een eerder niveau van functioneren, in één of meer cognitieve domeinen (complexe aandacht, executieve functies, leervermogen en geheugen, taal, perceptueel-motorisch, sociaal-cognitief), gebaseerd op:
 - 1** Zorgen van de betrokkene, een informant die de betrokkene goed kent of de clinicus over een opvallende achteruitgang in het cognitief functioneren.
 - 2** Een aanzienlijke beperking in cognitieve prestaties, bij voorkeur vastgesteld met gestandaardiseerde neuropsychologische tests, of als die er niet zijn een ander objectief meetbaar klinisch onderzoek.
- B** De cognitieve tekorten belemmeren het onafhankelijk functioneren bij alledaagse activiteiten (waarbij minstens ondersteuning nodig is bij complexe activiteiten van het dagelijks leven, zoals het betalen van rekeningen, of medicatiebeheer).
- C** De cognitieve tekorten doen zich niet enkel voor in de context van een delirium.
- D** De cognitieve tekorten kunnen niet eerder verklaard worden door een andere psychische stoornis (zoals een depressieve stoornis).

In de DSM wordt vanaf de vijfde editie gesproken over de ernstige neurocognitieve stoornis in plaats van **dementie**, omdat ze de benaming dementie vrij beladen vinden. Deze meer neutrale beschrijving stoot echter op vrij veel protest, aangezien de term dementie sterk is ingeburgerd in de praktijk. De kans lijkt dan ook klein dat de nieuw voorgestelde terminologie veel ingang zal vinden in de dagelijkse hulpverlening.

Naast de ernstige of uitgebreide neurocognitieve stoornis onderscheidt de DSM ook een lichte of beperkte variant. Het verschil is dat de cognitieve achteruitgang minder uitgesproken aanwezig is bij de beperkte neurocognitieve stoornis, en dat de cognitieve tekorten het zelfstandig functioneren in het dagelijks bestaan (nog) niet verhinderen.

Over het algemeen begint dementie met toenemende vergeetachtigheid. Vooral gebeurtenissen van vandaag en gisteren worden vergeten, waardoor dezelfde vragen steeds herhaald worden. Herinneringen aan het verleden blijven meestal vrij lang bewaard. Soms worden missers van het falende geheugen opgevuld met verzinsels. In het begin gaat ook vaak het besef van tijd achteruit, men weet bv. niet welke dag het is. Pas later ontstaan problemen in het besef waar men is en kunnen bekenden niet meer worden herkend. Naast geheugenproblemen zijn er ook één of meerdere andere cognitieve tekorten, zoals bv. rekenen (waardoor omgaan met geld niet meer lukt), spreken (waardoor voorwerpen niet meer kunnen worden benoemd en de spraak steeds meer beperkt wordt),

schrijven en tekenen, eenvoudige dagelijkse handelingen (waardoor steeds meer hulp nodig is bij wassen, kleden, eten, toiletgang), herkennen en gebruiken van voorwerpen (waardoor bijvoorbeeld thee in de suikerpot wordt geschonken), vermogen om problemen op te lossen (waardoor vreemde beslissingen genomen kunnen worden), het vermogen om te oordelen (waardoor men sociale situaties slecht inschat, gedrag (zoals initiatiefverlies, onverschilligheid, ontremming, agressiviteit, onrust of juist traagheid, of een verstoring van het dag-nachtritme), bepaalde karaktertrekken kunnen meer uitgesproken of juist milder worden, stemmingsontregeling (verschijnselen als somberheid, angst, prikkelbaarheid, onbegrepen huil- en lachbuien kunnen optreden), waarneming en denken (kunnen verstoord raken waardoor hallucinaties en wanen voorkomen). Bij hallucinaties worden dingen waargenomen, die er eigenlijk niet zijn. Wanen zijn denkbeelden die niet op waarheid berusten, maar die voor de patiënt wel reëel zijn. Het kan bv. gebeuren dat anderen beschuldigd worden van diefstal terwijl men iets gewoon kwijt is. Dementie begint soms niet met geheugenproblemen, maar met één van deze andere cognitieve tekorten.

Het verdere verloop wordt bepaald door de oorzaak van de dementie. Algemeen gezien geldt dat het geestelijk functioneren in de loop der jaren geleidelijk achteruitgaat. De belangstelling voor en het besef van de omgeving gaan steeds verder achteruit. Het wordt moeilijk het eigen huis en soms zelfs de eigen partner te herkennen. Gesprekken zijn nauwelijks meer mogelijk. Er ontstaan problemen met het ophouden van urine of ontlasting. Het lopen gaat steeds slechter. Uiteindelijk moet de persoon met dementie overal mee geholpen worden. Opname in een verpleeghuis verzorgingshuis is na verloop van tijd vaak noodzakelijk. Personen met dementie overlijden vaak enkele jaren eerder dan gemiddeld.

Het is voor een diagnosticus belangrijk om proberen een onderscheid te maken tussen geheugenproblemen die optreden omwille van dementie en **normale ouderdomsvergeetachtigheid**. Iedereen vergeet wel eens iets, daar hoef je niet oud voor te zijn. Ook jongere mensen vergeten wel eens welke dag het is of raken de weg wel eens kwijt. Het geheugen gaat wel met het stijgen van de leeftijd langzaam achteruit, iets dat al begint bij in de jongvolwassenheid. Bij de meeste ouderen leidt de achteruitgang in het geheugen niet tot een verstoring van het dagelijkse leven, er is dan sprake van normale ouderdomsvergeetachtigheid. Bij dementie zijn de geheugenstoornissen ook ernstiger en zijn er veel meer problemen dan met het geheugen alleen. Deze problemen worden geleidelijk aan zo ernstig dat het dagelijkse leven verstoord raakt.

Een hulpmiddel dat wereldwijd gebruikt wordt door artsen om proberen na te gaan of er sprake is van dementie bij ouderen is de **Mini-Mental State Examination** (MMSE), een instrument dat gebruikt wordt voor het screenen van cognitieve beperkingen bij ouderen. Hieronder wordt de gestandaardiseerde versie van de MMSE weergegeven. Gestandaardiseerd

betekent dat deze test door elke arts op dezelfde manier wordt afgenomen en beoordeeld. Een score die lager is dan 24 op 30 wordt meestal als afwijkend beschouwd, in dat geval kan men beslissen tot verder onderzoek.

Zodra storende vergeetachtigheid vrijwel dagelijks optreedt, is een bezoek aan de huisarts aan te raden. Iemand met dementie doet dat meestal niet zelf, zodat familieleden hierbij vaak moeten toe aanzetten. Ook ouderen die zich zorgen maken over hun geheugen kunnen beter snel hulp zoeken. Hoe sneller men weet wat er aan de hand is, hoe beter, zeker als het om een vorm van dementie gaat die te behandelen is.

De huisarts kan zelf onderzoek doen en indien nodig doorverwijzen naar een medisch specialist, expertisecentrum of de ouderenafdeling van een GGZ instelling. Tegenwoordig bestaan ook zogenaamde geheugenpoliklinieken, waar verschillende deskundigen onderzoek naar de geheugenproblemen kunnen doen. Er zal uitgezocht worden of er sprake is van normale ouderdomsvergeetachtigheid, dementie, depressie of van een delirium. Naast een gesprek met de patiënt en diens partner of familielid is lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek nodig. Psychologisch onderzoek is vaak belangrijk om de soort en de ernst van de eventuele dementie te bepalen. Soms is nader onderzoek van de hersenen nodig met een hersenscan (meestal een CT-scan of MRI-scan). Geen van deze onderzoeken is erg belastend of riskant. In totaal kunnen waarschijnlijk zo'n 5-10% van de ziekten die dementie veroorzaken worden behandeld indien men er vroeg bij is. Dit geldt vooral voor dementie ten gevolge van oorzaken buiten de hersenen. Een delirium of een depressie kan doorgaans ook goed worden behandeld.

Gestandaardiseerde Mini-Mental State Examination

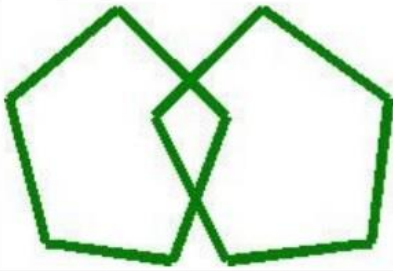
Bron: www.hulpgids.nl

(Gepubliceerd met toestemming van RM kok, psychiater)

Naam patiënt :
Datum invullen :
Naam invuller :

Ik ga u nu enkele vragen stellen en geef u enkele problemen om op te lossen. Wilt u alstublieft uw best doen om zo goed mogelijke antwoorden te geven.

noteer antwoord	Score
1. a. Welk jaar is het? b. Welk seizoen is het? c. Welke maand van het jaar is het? d. Wat is de datum vandaag? e. Welke dag van de week is het? (één punt voor elk juist antwoord)	(0-5)
2. a. In welke provincie zijn we nu? b. In welke plaats zijn we nu? c. Wat is de naam van dit ziekenhuis? d. Wat is de naam van deze afdeling? e. Op welke verdieping zijn we nu? (één punt voor elk juist antwoord)	(0-5)
3. Ik noem nu drie voorwerpen. Wilt u die herhalen nadat ik ze alle drie gezegd heb? Onthoud ze want ik vraag u over enkele minuten ze opnieuw te noemen. (Noem "appel, sleutel, tafel", neem 1 seconde per woord) (1 punt voor elk goed antwoord, herhaal maximaal 5 keer tot de patiënt de drie woorden weet)	(0-3)
4. Wilt u van de 100 zeven aftrekken en van wat overblijft weer zeven aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg? (Herhaal eventueel 3 maal als de persoon stopt, herhaal dezelfde instructie, geef maximaal 1 minuut de tijd) Noteer hier het antwoord. of Wilt u het woord "worst" achterstevoren spellen? Noteer hier het antwoord.	(0-5)
5. Noemt u nogmaals de drie voorwerpen van zojuist. (Eén punt voor elk goed antwoord).	(0-3)
6. Wat is dit? En wat is dat? (Wijs een pen en een horloge aan. Eén punt voor elk goed antwoord).	(0-2)

7.	Wilt u de volgende zin herhalen: " Nu eens dit en dan weer dat ". (Eén punt als de complete zin goed is)	(0-1)	
8.	Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat'? (papier met daarop in grote letters: "Sluit uw ogen")	(0-1)	
9.	Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? (Eén punt voor iedere goede handeling).	(0-3)	
10.	Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven op dit stuk papier? (Eén punt wanneer de zin een onderwerp en een gezegde heeft en betekenis heeft).	(0-1)	
11.	Wilt u deze figuur natekenen? (Figuur achterop dit papier. Eén punt als figuur geheel correct is nagetekend. Er moet een vierhoek te zien zijn tussen de twee vijfhoeken)		(0-1)
TOTALE TEST SCORE:		0-30	

6.7 Verklaring dementie

Dementie is het gevolg van een stoornis in de hersenen, die doorgaans voorkomt op oudere leeftijd bij ongeveer 5% van de bevolking. Er is daarbij nauwelijks een verschil tussen mannen en vrouwen. Afhankelijk van de oorzaak is verbetering of een stabiele toestand soms mogelijk, maar in de meeste gevallen is er een geleidelijke verslechtering van het functioneren.

Er zijn verschillende ziekten die dementie kunnen veroorzaken. De bekendste en meest vaak voorkomende is de **ziekte van Alzheimer**, die verantwoordelijk is voor 50-60% van alle gevallen van dementie. Kenmerkend is een geleidelijke achteruitgang van de cognitieve functies taal, abstract denken en vooral geheugen. Men onthoudt steeds slechter wat kortgeleden is gebeurd, in latere stadia vergeten men ook persoonlijke gegevens en algemeen bekende feiten, zoals bv. wie staatshoofd is. Herinneringen uit hun jeugd kan men doorgaans lange tijd nog wel oproepen. Meestal proberen ze de leemten in hun geheugen op te vullen met aannemelijke verzinsels, dit zijn confabulaties.

Bij de ziekte van Alzheimer is er een toenemend verlies van hersencellen, de oorzaak hiervan is nog niet goed bekend. Waarschijnlijk raken ze beschadigd door een stofwisselingsstoornis van een eiwit, waardoor neerslagen (plaques geheten) in het hersenweefsel worden gevormd die het contact tussen de hersencellen belemmeren.

Het verloop van de ziekte is sluipend. Het jarenlange proces begint vaak met vergeetachtigheid en lichte veranderingen in de persoonlijkheid. Later treden steeds sterkere cognitieve tekorten op, zoals verwarring, desoriëntatie en taalstoornissen. De persoonlijkheid kan dan soms drastisch veranderen, daarbij gaat het dan meestal om een verscherping van al eerder aanwezige persoonlijkheidskenmerken. Er kunnen ook wanen en hallucinaties voorkomen. Het kan gebeuren dat er een stemmingsontregeling is, waardoor men depressief, agressief of apathisch wordt.

Alhoewel het op vroegere leeftijd wel eens kan voorkomen, begint de ziekte van Alzheimer vooral na 65 jaar en vaker bij toenemende ouderdom. De rol van erfelijke factoren is nog niet volledig duidelijk. Aangezien de ziekte vooral bij ouderen voorkomt, lijkt veroudering een belangrijke rol te spelen. Omdat het ontstaan van plaques ook voorkomt bij ouderen die de ziekte niet hebben, zij het in veel mindere mate, wordt de ziekte van Alzheimer aanzien als een extreem verouderingsproces. Genetische kwetsbaarheid zou daarin zo goed als zeker een rol bij spelen. Uit onderzoek naar het voorkomen van de ziekte blijkt dat deze twee keer vaker voorkomt bij familieleden van personen met de ziekte van Alzheimer dan bij anderen. Een andere aanwijzing voor de invloed van erfelijkheid is dat mensen met het syndroom van Down op volwassen

leeftijd regelmatig de ziekte van Alzheimer krijgen. Het extra chromosoom dat het syndroom van Down veroorzaakt, zou voor een sterkere productie van het eerder genoemde eiwit zorgen. Andere factoren, zoals hersenletsel, kunnen echter eveneens tot de productie van dit eiwit leiden. Het lijkt te gaan over een nog niet goed begrepen samenspel tussen genetische, biologische en omgevingsfactoren dat leidt tot aantasting van het hersenweefsel en zo tot de ziekte van Alzheimer.

Een tweede belangrijke vorm is dementie ten gevolge van stoornissen in de bloedtoevoer naar de hersenen, dit is dementie door **vasculaire hersenaantasting**. Deze zijn naar schatting in 10 tot 20% van de gevallen verantwoordelijk voor dementie. Hierbij gaat het om dementie ten gevolge van een verstoring in de hersendoorbloeding zoals bij een beroerte. De bekendste daarvan is de multi-infarct dementie, waarbij er een afsluiting is van meerdere grote of kleine bloedvaten in de hersenen. Het komt meestal voor na 65 jaar. Vaak is er een voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten. De aard van de symptomen (geheugenstoornis, desoriëntatie, taalstoornis) kan divers zijn, ze wordt bepaald door de hersenfuncties die zijn aangetast. Er komen ook mengvormen van de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie voor.

De derde vorm is de **Lewy body dementie**. Bij iemand met Lewy body dementie wordt de hersenaantasting veroorzaakt door Lewy-lichaampjes in de zenuwcellen van de hersenen, dit zijn speciale eiwitafzettingen. Onderzoekers denken dat deze ontstaan als een hersencel gevaar loopt, bv. omdat er een giftige stof aanwezig is. Het kan op verschillende leeftijden ontstaan, maar wordt meestal gezien bij mensen die ouder zijn dan 65 jaar. Bij deze vorm van dementie blijft het geheugen in het begin vaak normaal werken. Wel kan verminderde aandacht bestaan, zien patiënten dingen die er niet zijn (hallucinaties), of kunnen verschijnselen vertonen die lijken op de ziekte van Parkinson (beven, rigiditeit, trage beweging). De klachten kunnen sterk wisselen, soms zelfs van uur tot uur. De achteruitgang verloopt meestal sneller dan die bij de ziekte van Alzheimer. Iemand met Lewy body dementie kan binnen een jaar veranderen van een betrekkelijk gezond iemand, die af en toe eens valt en wat traag is, in iemand die in een rolstoel zit en ernstige dementie heeft. De meeste mensen met Lewy body overlijden vijf tot twaalf jaar nadat de diagnose is gesteld. Lewy body dementie zou na de ziekte van Alzheimer de meest vaak voorkomende oorzaak van dementie zijn, schattingen variëren tussen de 15 en de 30%.

Daarnaast is er ook nog dementie veroorzaakt door frontotemporale hersenaantasting ook wel de **ziekte van Pick**, waarbij vooral de voorste hersengebieden zijn aangedaan. Deze vorm van dementie begint meestal voor 65 jaar. Doorgaans komt deze tot uiting in een geleidelijke gedragsverandering (vooral onrust, ontremming en dwangmatigheid), taalstoornis (problemen met woordvinding en taalbegrip) emotionele afvlakking en gebrekkig inzicht. Pas na verloop van tijd komt een

cognitieve achteruitgang in leren en geheugen naar voren. In ongeveer 5% van de gevallen zou dementie veroorzaakt worden door frontotemporale hersenaantasting.

Tenslotte zijn er nog een heel deel **andere mogelijke oorzaken** voor het ontstaan van dementie, waaronder de ziekte van Huntington, de ziekte van Creutzfeld-Jakob, dementie ten gevolge van infecties (bv. als gevolg van syfilis of AIDS), intoxicaties, deficiënties (zoals voedingstekorten bv. vitamine B1 tekort bij langdurig alcoholmisbruik, syndroom van Korsakov), hersentrauma's en -tumoren, etc.

6.8 Behandeling dementie

Voor de ziekte van Alzheimer en de meeste andere vaak voorkomende, is geen genezing mogelijk. Met preventie valt volgens sommige wetenschappers nog de meeste winst te behalen. Hier wordt dan gedacht aan een gezonde levensstijl aanbevolen, zoals niet roken, gezonde voeding, een actief geestelijk en sociaal leven om het risico op dementie zoveel mogelijk proberen te beperken.

Behandeling bestaat voornamelijk uit het bestrijden van symptomen, zoals het beperken van de bijkomende gedragsproblemen en ondersteuning van de naaste omgeving. Omwille van het rusteloze gedrag, de wanen en hallucinaties worden weleens antipsychotica voorgeschreven. Nadeel daarvan is dat daarmee het cognitief functioneren regelmatig nog meer achteruitgaat. Bij het vermoeden van een depressie, wordt doorgaans het zekere voor het onzekere genomen en worden antidepressiva voorgeschreven. Indien dit een gunstig effect heeft dan is er duidelijkheid dat het over een depressie ging, hoewel een beginnende dementie daarmee niet volledig kan worden uitgesloten.

Er zijn vrij recent medicijnen ontwikkeld, zogeheten cholinesterasere-mmers, die de ziekte van Alzheimer bij sommige mensen iets kunnen vertragen. Deze medicatie vermindert de afbraak van de neurotransmitter acetylcholine, die bij mensen met de ziekte Alzheimer verlaagd is. Het medicijn heeft bij sommige een gunstig effect op geheugen en concentratie. Er zijn echter geen aanduidingen dat ze de hersenbeschadiging kunnen stoppen of omkeren. Ook bij Lewy body dementie zouden cholinesterasere-mmers een gunstig effect hebben. Deze medicatie heeft echter geen nut bij een vasculaire of frontotemporale hersenaantasting. Bij een vasculaire hersenaandoening kan wel indien mogelijk gezorgd worden voor een betere doorbloeding van de hersenen en behandeling van mogelijk onderliggende hart- en vaatziekten.

Vanuit de idee dat blijvende mentale activiteit het aftakelingsproces zou kunnen vertragen, zijn ook een aantal specifieke psychologische methoden ontwikkeld. Bij *realiteitsoriëntatietraining* probeert men de

overgebleven cognitieve vaardigheden zoveel mogelijk in stand te houden. Uitgangspunt is het tegengaan van verwardheid door het geven van informatie over tijd, plaats en persoon in het hier-en-nu. In de woonomgeving worden bv. wegwijzers aangebracht en in contacten wordt voortdurend uitgelegd wat er in de omgeving gebeurt. Verder zorgt men voor een duidelijk gestructureerde dagindeling. In sommige voorzieningen wordt gebruik gemaakt van *geheugentraining*, waarbij ouderen wordt geleerd hoe ze hun geheugen kunnen verbeteren of hoe ze beter met hun geheugenproblemen kunnen omgaan. Voor verder gevorderde vormen van dementie zou *validatie* geschikter zijn. In deze vorm van belevingsgerichte zorg gaan hulpverleners communiceren met personen met dementie door zich zoveel mogelijk te verplaatsen in hun belevingswereld, hen daarin te volgen en hieraan bevestiging of erkenning te geven (validatie). Onaangename herinneren en moeilijke emoties van vroeger kunnen op die manier alsnog verwerkt worden. In het verlengde hiervan ligt de 'life-review' of *terugblik op het leven*, waarbij samen met de hulpverlener aangename ervaringen uit het verleden worden opgehaald, bv. met behulp van foto's of liedjes van vroeger. Ook al kunnen deze methoden het verloop van de ziekte hoogstens wat vertragen, toch blijken ze heel waardevol te zijn. Ze bieden aan personen met dementie structuur, verminderen onrust en spanning, en vergemakkelijken en verdiepen het contact met hun directe omgeving.

Afhankelijk van de mate van zelfredzaamheid van de persoon met dementie en de mogelijkheden voor verzorging thuis, zal een beslissing genomen moeten worden over opname of thuiszorg. Over het algemeen is men het meest gesteld met een rustige, vertrouwde omgeving en is het aangewezen om ingrijpende veranderingen in de levensomstandigheden te vermijden. In latere stadia van de stoornis is opname in een zorgvoorziening echter doorgaans onvermijdelijk.

6.9 Mantelzorg

De meeste mensen met dementie wonen thuis. Door veranderd overheidsbeleid met een sterkere nadruk op zelfredzaamheid, niet alleen bij dementie maar ook bij andere problematieken, zal dit naar verwachting in de toekomst alleen maar toenemen. Dit betekent dat in plaats van beroepskrachten familieleden of vrienden steeds vaker de zorg op zich moeten nemen. Dit zijn mantelzorgers, Ze helpen zoveel mogelijk met de dagelijkse verzorging en proberen ongelukken te voorkomen.

De zorg voor mensen met dementie kan erg belastend zijn voor hen. Niet alleen is het regelmatig nodig om mantelzorg te combineren met een baan, daarnaast vereist het omgaan met de verwarring, desoriëntatie en gedragsproblemen erg veel van mantelzorgers. Dikwijls ervaren ze de geleidelijke aftakeling van hun naaste als aangrijpend. Door de ziekte verandert men als persoon steeds sterker, waardoor het vertrouwde

contact in toenemende mate verloren raakt. Mantelzorgers kunnen zich dan ook vaak ernstig overbelast voelen. Vooral voor partners van personen met dementie is er een aanzienlijk groot risico op depressie.

Het is belangrijk om als maatschappelijk werker samen met de mantelzorger te kijken naar welke mogelijkheden voor ondersteuning er bestaan in de buurt. Een voorziening voor dagbesteding kan de last misschien wat verlichten. Professionele hulp door thuiszorg, een vrijwilligerscentrale voor oppas en lotgenotencontacten kunnen tot steun zijn. Er kan bv. gedacht worden aan praatcafés dementie in de regio, een ontmoetingsplaats om ervaringen met anderen te delen. In verzorgingshuizen bestaan vaak mogelijkheden voor dagopvang, nachtopvang, of tijdelijke opname (crisisopvang).

Wanneer de zorg thuis niet meer gaat, zal definitieve opname in een psychogeriatrisch centrum de beste oplossing zijn.

6.10 Suggesties voor de omgang met dementie

- In het beginstadium van dementie weten mensen dit vaak goed te verbergen en bv. de gaten in het geheugen op te vullen met verzinsels. Zowel van de achteruitgang zelf, als van de uitvluchten, is men zich vaak niet bewust. Het is belangrijk te beseffen dat er geen sprake is van pesterij of 'ondeugendheid'.
- De dagelijkse zorg is een moeilijke opgave. Het kan vele gevoelens oproepen, zoals boosheid, angst, verdriet, machteloosheid, schuld of schaamte. Probeer deze gevoelens niet weg te stoppen, maar praat erover met anderen. Zorg dat u er niet alleen voor staat. Durf tijd voor uzelf te nemen, geef niet alle contacten en hobby's op.
- Geduld, begrip en aanpassing zijn de belangrijkste elementen. Er bestaat echter niet zoiets als één goede benadering die bij iedereen werkt.
- Probeer het leven voor iemand met dementie zo vertrouwd mogelijk te maken met bekende, dierbare voorwerpen, foto's, muziek e.d.
- Regelmaat, een vaste dagindeling en omgeving geven houvast.
- Vermijd teveel drukte.
- Gebruik eenvoudige, duidelijke taal.
- Geef uitleg over wat u doet, of wat er gebeurt. Zeg bijvoorbeeld 'kijk, daar komt je broer Jan op bezoek'.
- Probeer een 'examensfeer' te voorkomen. Zeg bijvoorbeeld niet 'wie is die man die nu op bezoek komt?'
- Betrek de persoon bij de dagelijkse dingen. Eis niet teveel, maar moedig hem of haar aan eenvoudige dingen die hij of zij nog leuk vindt te blijven doen, zelfs al gaat het niet meer zo goed als vroeger.

- Neem niet te snel iets over, maar help net zoveel als nodig is om zelfstandig de taak te laten volbrengen.
- Blijf niet stimuleren wat niet meer kan.
- Confronteren met fouten heeft weinig zin en kan iemand zelfs nog angstiger of somberder maken.
- Beschuldigingen kunt u beter negeren, of zelfs een eindje mee praten om zo iemand langzaam af te leiden.
- Vermijd welles-nietes discussies.
- Ga niet zozeer in op wat er feitelijk gezegd wordt, maar probeer het gevoel achter de mededeling te begrijpen. Bijvoorbeeld: 'wat naar dat u de werkster niet meer vertrouwt sinds uw zilveren theelepeltjes kwijt zijn'.
- Boos worden heeft weinig zin en heeft vaak het effect dat de persoon met dementie angstig, verdrietig of boos zal worden.
- Behandel iemand met dementie niet als een kind, maar als een volwassene.
- Goede, normale voeding en hygiëne zijn van groot belang.
- Lichamelijk contact indien gepast, een hand aanraken of een arm om de schouder, kan meer doen dan vele woorden.

Welke neurocognitieve stoornis kan je herkennen in de volgende voorbeelden? In welke cognitieve domeinen zijn er tekorten?

De jaloezie van de 51-jarige Augusta D. op haar man was het eerste teken van haar ziekte. Al gauw ging haar geheugen zienderogen achteruit. Ze wist de weg niet meer in haar eigen huis en droeg dingen doelloos van de ene naar de andere plek. Nu en dan dacht ze dat iemand haar wilde doden en begon ze luid te gillen. Eenmaal opgenomen bleek ze volledig gedesoriënteerd in tijd en ruimte. Soms begroette ze de dokter als een bezoeker, soms schreeuwde ze dat hij haar met een mes te lijf wilde gaan. Af en toe was ze volledig in de war, zeulde rond met haar beddengoed, riep haar echtgenoot en haar dochter en hoorde allerlei dingen die anderen niet hoorden. Vaak huilde ze urenlang. Omdat ze niet in staat was haar situatie goed in te schatten, schreeuwde ze het uit als een arts haar probeerde te onderzoeken. Voorwerpen kon ze nu eens wel correct benoemen, dan weer kon ze niet op de juiste naam komen. Ook wist ze voorwerpen niet goed meer te gebruiken. Verder gebruikte ze verrassende zinnen en eigenaardige uitdrukkingen. Sommige vragen begreep ze duidelijk niet. Momenten van helderheid en momenten waarop ze nauwelijks aanspreekbaar was wisselden elkaar af. Uiteindelijk kwam ze haar bed niet meer uit, ze werd bedlegerig.

Een 50-jarige man wordt na een auto-ongeluk naar het ziekenhuis gebracht, waar men onder andere een hersenschudding en verschillende breuken constateert. Hij komt aan een beademingsapparaat op de intensive care terecht. Van het ongeluk kan de man zich niets meer herinneren. Over de eerste nachten in het ziekenhuis schrijft hij: "Ik lag daar, kon niet slapen van de pijn en de dorst, en was ook niet wakker. Ik raakte mezelf telkens kwijt, ik wist dat ik in de nacht lag, maar had geen idee waar die ruimte zich bevond, en ik kon het aan niemand vragen. Ik zal heel gekke dingen hebben gezegd, ik was bijna dood, en het was dwaas van mij om bijna dood midden in de nacht biet te bestellen bij een verpleger." Uiteindelijk moest de man vanwege inwendige bloedingen geopereerd worden. Hierover schrijft hij het volgende: "Ik weet wat er in feite gebeurde, omdat het mij verteld is, maar ik weet het niet uit eigen ervaring. Ik droomde en naast mij zaten jonge vrouwen. Ze fluisterden, ze probeerden me ervan te overtuigen dat ik toestemming moest geven om de operatie voor de televisie te laten verfilmen, en ik weigerde."

Links

- Sociale kaart dementie: <https://www.alzheimerliga.be/nl/wat-wij-doen/ondersteuning/sociale-kaart-dementie>
- Overzicht praatcafés dementie regio Antwerpen: <https://www.dementie.be/orionenpgn/overzicht/>

7 Verstandelijke beperking

In voorbereiding (dit hoofdstuk zal nog beschikbaar gemaakt worden op Digitap).

BRONNEN

APA (2014). *DSM-5: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, Nederlandse vertaling*. Amsterdam: Boom.

Bil, M. de, Bil, P. de (2010). *Praktijkgerichte ontwikkelingspsychologie: Van wieg tot hangplek, de ontwikkeling van 0- tot 18-jarigen*. Soest: Nelissen.

Bögels, M., van Oppen, P. (2000). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Bohn Stafleu Van Loghum.

Cladder, J., Nijhoff-Huijsse, M., Mulder, G. (2005). *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*. Amsterdam: Harcourt.

De Bruyckere, P., Kirschner, P., Hulshof, C. (2017). *Jongens zijn slimmer dan meisjes: 35 mythes over leren en onderwijs*. Tiel: Lannoo

Güldner, M. (2012). *Selectief mutisme bij kinderen: Als een kind soms niet praat*. Tiel: Lannoo.

Grietens, H., ea. (Red) (2005). *Handboek orthopedagogische hulpverlening: Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen*. Leuven/Voorburg: Acco.

Jenner, J. A. (2005). *Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Rigter, J. (2008). *Het Palet van de psychologie: stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en opvoeding*. Bussum: Coutinho

Rigter, J., van Hintum, M. (2015). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.

van Deth, R. (2015). *Psychiatrie: Van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Van Lieshout, T. (2009). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen: Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Vandereycken, W., Hoogduin, C. A. L., Emmelkamp, P. M. G. (Red.) (2008). *Handboek psychopathologie, deel 1: Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Vandereycken, W., Hoogduin, C. A. L., Emmelkamp, P. M. G. (Red.) (2006). *Handboek psychopathologie, deel 2: Klinische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Vandereycken, W., van Deth, R. (2011). *Psychiatrie: Van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Verhulst, J. (2005). *RET-jezelf*. Amsterdam: Harcourt.

Weerman, A. (2010). *Zes psychologische stromingen en één cliënt*. Amsterdam: Uitgeverij Nelissen.

ONLINE

http://www.methodieken.nl/methodieken_methoden.asp?methode_link=T EACCH (online, 20/08/2018)

<https://www.pillarmethodiek.nl/pillar-methodiek> (online, 20/08/2018)

<https://www.geefmede5.nl/methodiek/zorg> (online, 20/08/2018)

<https://www.iqcoaches.nl/pillar> (online, 20/08/2018)

www.nji.nl/Angst-Probleemschets-Risicofactoren-Angst-in-de-verschillende-ontwikkelingsfasen (online, 14/10/2015)

<https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Cognitieve-gedragstherapie.pdf> (online, 17/09/2021)

www.mentaalbeter.nl/Pages/nl-NL/Jong-Angststoornis/Kenmerken-angststoornis (online, 14/10/2015)

http://www.boompsychologie.nl/documenten/hogrefe/21_muris_-_angststoornissen_bij_kinderen.pdf (casus Eva, online, 14/10/2015)

<https://dokterbosman.nl/dossiers/adhd/hersenen-en-adhd/> (online, 20/08/2018)

<https://www.gezondleven.be/themas/geestelijke-gezondheidsbevordering> (online, 19/08/2019)

<https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers> (online, 19/08/2019)

<https://www.toolshero.nl/psychologie/motivatiep/piramide-van-maslow/> (online, 19/08/2019)

<https://www.toolshero.nl/leiderschap/vijf-vormen-van-macht-french-raven/> (online, 19/08/2019)

<https://mens-en-samenleving.infonu.nl/sociaal/45915-machtsbronnen-bronnen-van-macht.html> (online, 19/08/2019)

BRONNEN HOOFDSTUK PSYCHOACTIEVE MIDDELEN

Broekaert, E., Van Hove, G. (2005). *Handboek bijzondere orthopedagogiek*. Antwerpen / Apeldoorn: Garant.

Free Clinic vzw. (2022). *Laagdrempelige hulpverlening en zorg voor personen met een afhankelijkheidsproblematiek*. Opgehaald van Free Clinic: <https://free-clinic.be/>

Geeraerts, G., Claessens, J., & Verstuyf, G. (2020). *Drugs in de hersenen*. Opgehaald van VAD: https://www.vad.be/assets/vad_psychopedagogie_drugsindehersen

Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2017). *Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen*. In *Psychiatrie: een inleiding* (pp. 248 - 289). Amsterdam: Pearson Benelux.

Rigter, J. (2004). *Psychologie voor de praktijk*. Bussum: Coutinho.

Schrooten, J. (2018). *Het Drugwiel, een nieuw model voor productinformatie*. Opgehaald van VAD: <https://www.vad.be/artikels/detail/het-drugwiel--een-nieuw-model-voor-productinformatie>

Te Gek. (2022). *(G)een Probleem*. Opgehaald van tegek: <https://www.tegek.be/campagnes/roest/informatie/geen-probleem>

That, R. (2022). *De sleutel: mensen, kansen, groeien*. Opgehaald van De Sleutel: <https://desleutel.be/>

Vlaams expertise centrum alcohol en andere drugs. (2022). *Preventie en hulpverlening*. Opgehaald van VAD: <https://www.vad.be/>

Windelinckx, T. (2014). Dossier Harm reduction. Opgehaald van VAD: <https://www.vad.be/assets/dossier-harm-reduction>

Zimbardo, P. G., Weber, A. L., & Johnson, R. L. (2005). *Psychologie: een inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux.