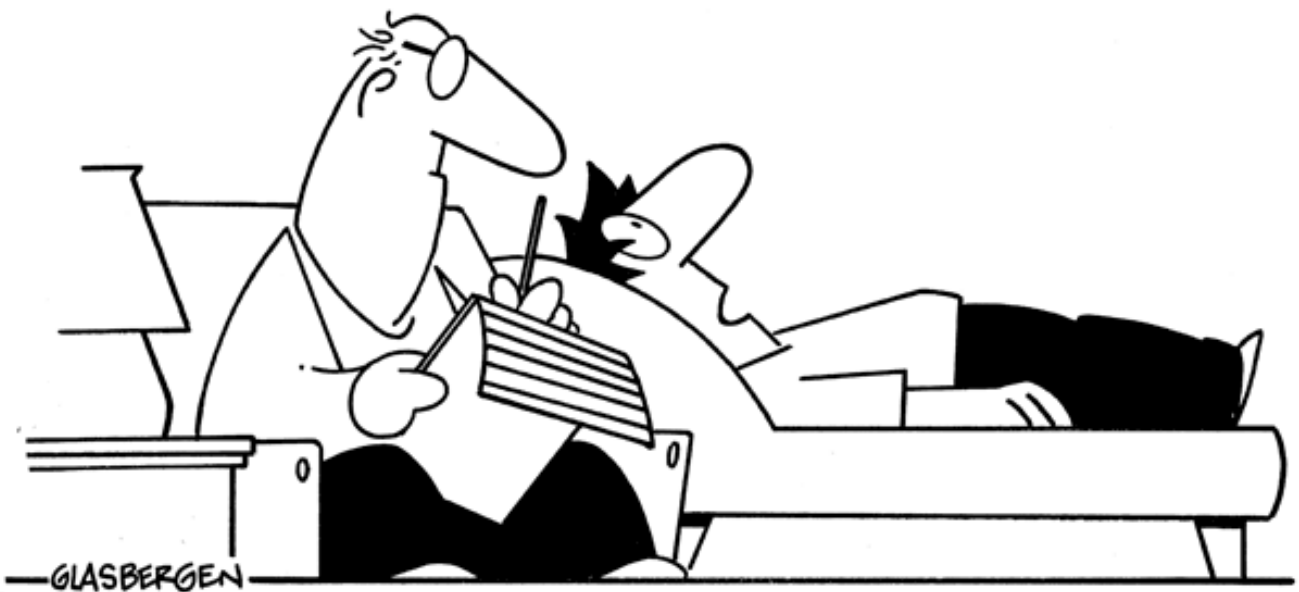


Klinische Psychologie

Samenvatting

© Randy Glasbergen
www.glasbergen.com



**“Life gave me lemons, so I made lemonade.
Unfortunately, Vitamin C doesn’t cure depression.”**

Praktisch

- ⇒ De leidraad in het vak is evidence-based practice (zie vorig jaar)
- ⇒ Sterk inspelen op onderzoekskennis (= hoe gaan we dit nu juist doen?) en klinische competenties

- ⇒ Klinische competentie: veel werken met casussen om te kijken hoe we iets juist moeten doen → hierbij komen ook de practica (oefeningen): kennismaking met een specifieke setting, gespreksvaardigheden, intake en diagnostiek
- ⇒ Het is belangrijk om bovenstaande zaken goed te oefenen in de oefengroepen → je kan hier heel veel vaardigheden mee opdoen (!)

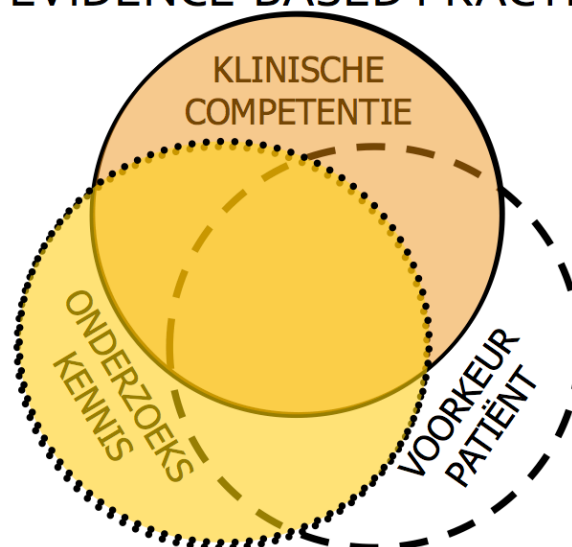
- ⇒ Onderzoekskennis: focus op allerlei psychologische theorieën (angst, stemming en psychose) → wat is de huidige stand van zaken, wat begrijpen we hiervan, welke mechanismen spelen daar en hoe gaan ze relevant zijn in de behandeling? → concretiseren hoe een behandeling eruit ziet
- ⇒ Evidence-based werken → gaat sterk gelinkt zijn aan de oefeningen in de pc-klas → oefeningen over het zelf op zoek gaan naar evidentie

- ⇒ Oefeningen in de syllabus → ter voorbereiding van de oefensessies
- ⇒ Ook in samenvatting inleiding klinische de gesprekstechnieken herbekijken

- ⇒ Leerstof: lessen, teksten in de syllabus, paar hoofdstukken in het HB die meer uitleg kunnen geven rond bepaalde dingen (H5, H7, en H8)

- ⇒ Examen: 4 open vragen (gericht op kennis, inzicht en redeneren) (14/20) + paper practicum (6/20)
- ⇒ Richtlijnen paper: uitleg in syllabus + tijdens de sessies

EVIDENCE-BASED PRACTICE



Hoofdstuk 1: Evidence-based werken in de klinische praktijk

Vragen:

- Hoe weet je of je een goede therapie geeft?
 - Kan je de slaagkans van een therapie voorspellen?
- ⇒ *De feedback die je krijgt op het moment dat je met je cliënt aan de slag gaat is soms heel moeilijk → de cliënt weet vaak niet wat een goede psycholoog juist is, hoe vlot een behandeling zou moeten verlopen → je werkt ook vaak alleen, dus kan je niet makkelijk zien of je een bepaalde behandeling beter in de vingers hebt dan je collega's → als je overtuigend overkomt op je cliënt, zal die niet weten wanneer er eigenlijk dingen fout gaan*
- ⇒ *Heel wat onderzoekt ondersteunt dat de verschillen op vlak van jaren ervaring niet zo groot zijn → de feedback die je krijgt is veel belangrijker om te weten of je goed bezig bent dan het aantal jaren ervaring dat je hebt*
- ⇒ *Het is interessant om te gaan kijken of er dingen zijn waarmee je de slagkans van therapie kan voorstellen → er hierrond al meer ontwikkeld dan waar we zicht op hebben*
- ⇒ *Clinici maken heel vaak de inschatting dat hun cliënten verbetert, herstelt of gelijk gebleven zijn → slechts een heel klein aantal zegt dat ze verslechtert zijn → als je dan bij de cliënten zelf gaat kijken zien we dat er maar weinig zijn die er echt op vooruit gegaan zijn → het is dus zeer lastig om iets rond therapie te voorspellen*

Leerdoelen:

- Inzicht hebben in de relevantie van evidence-based werken bij psychodiagnostiek en behandeling
- Een klinische vraag kunnen vertalen naar een onderzoeksvraag en de geëigende zoekstrategie kunnen ontwikkelen
- Inzicht hebben in beschikbare bronnen en databases
- Een artikel over behandelonderzoek kunnen beoordelen naar kwaliteit en toepasbaarheid

Studievragen:

- Leg uit waarom verschillend goed gevalideerde behandelingen in de praktijk niet standaard worden toegepast. Geef je eigen visie op dit probleem.
- Geef aan welke bronnen je raadpleegt indien je op zoek bent naar “de meest aangewezen behandeling” voor een veelvoorkomende stoornis.
- Op welke criteria let je bij het beoordelen van een systematic review?

1.1 De psycholoog binnen de GZ

- Plaatsbepaling:
 - Beperkte middelen (democratisch GZ)
 - Verschillende bepalende actoren (overheid, verzekeringen, etc.)
 - Meerdere beroepsgroepen vertegenwoordigd in de GGZ
 - Verschillende behandelmogelijkheden in de GGZ: farmacologisch – psychologisch
- ⇒ *Er zijn heel wat veranderingen bezig rond terugbetaling van therapie → er is een grote kans dat er meer onderzoek gedaan zal worden naar de effectiviteit van*

- therapie → het is dus als beroepsgroep heel belangrijk om te weten wat de wetenschappelijke stand van zaken is*
- ⇒ *De kenmerken zijn belangrijk, maar dat is niet het enige waar naar gekeken wordt → de bruikbaarheid is ook belangrijk + kosten en baten*
- ⇒ *Dodo bird verdict → het lijkt niet veel uit te maken welke soort therapie er wordt gebruikt voor vb. depressie → maar dit betekent niet dat bepaalde behandelingen niet beter ondersteund zijn dan andere*
- Goed nieuws:
 - Psychologen beschikken over goede behandelingen
 - Slecht nieuws:
 - Ondersteunende behandelingen worden te weinig gebruikt
 - Niet-ondersteunende behandelingen worden te veel gebruikt
 - Psychologen hebben een ambivalente houding ten opzichte van wetenschap
 - Voorstel: 3 vragen paradigma:
 - Zal deze behandeling effectief zijn?
 - Hoe effectief is deze behandeling?
 - Hoe aangewezen is deze behandeling in verband met het alternatief?
- ⇒ *Goed nieuws: er zijn goede behandelprogramma's → slecht nieuws: de behandelingen die goed ondersteund zijn worden vaak te weinig gebruikt in de praktijk*
- ⇒ *Drie essentiële vragen die je jezelf altijd moet stellen voor je aan een behandeling begint*
- ⇒ *Die drie vragen staan eigenlijk gelijk aan de informed consent*

1.1.1 Op zoek naar bewijs: een uitdaging voor de klinisch psycholoog

- ⇒ *Tijdens je studies aan de universiteit heb je toegang tot een groot aanbod aan literatuur*
- ⇒ *Als clinicus is dat aanbod veel beperkter → je moet dus goed weten waar je moet zijn*
- ⇒ *Een tweede uitdaging is dat er in de literatuur ook veel dingen zitten die niet juist zijn → je moet je studies heel sceptisch leren bekijken (!)*
- ⇒ *Reflectie op de rol van wetenschap: we werken momenteel vooral evidence-based op basis van de diagnose → als je materiaal gaat zoeken ga je bijna niet rond die diagnose heen kunnen → of je nu achter de DSM staat of niet, toch ga je er niet onderuit kunnen komen → in de toekomst zal dit waarschijnlijk wel veranderen*
- ⇒ *Evidence-based practice kan je best zien als een huis dat gebouwd wordt en er telkens een beetje anders uit zal zien → hetzelfde geldt voor wetenschappelijk werken*

1.2 Implicatie van evidence-based werken

- Een proces van levenslang leren waarbij de zorg voor patiënten de behoefte aan klinisch relevante informatie creëert
 - Het nauwgezet en bewust gebruik maken van de huidige beste wetenschappelijke kennis (evidence) bij het nemen van beslissingen over de hulpverlening aan patiënten
- ⇒ Integratie van individuele klinische expertise met de beste externe beschikbare gegevens van systematisch onderzoek

1.2.1 EBP in de klinische praktijk

- Redenen voor het niet gebruiken van EST:
 - Onvoldoende tijd
 - Niet weten waar te zoeken
 - Zoeken maar niets vinden
 - Interpretieren van de bevindingen lukt niet
 - Naar de patiënt toepassen en vertalen is problematisch
 - Ook de non-wetenschappelijke attitude:
 - “Ik deed zelf al jaren aan yoga en meditatie en toen ik las over mindfulness en hoe ik dat kon toepassen in mijn eigen praktijk was ik direct super enthousiast”
 - “Iedereen is anders en heeft zijn eigen verhaal”
 - “Ik heb dit zelf geprobeerd en het werkt echt!”
- ⇒ *Niet-wetenschappelijke attitude* → sommige therapeuten weten niet goed waarmee ze bezig zijn
- ⇒ *De eigen ervaring als clinicus gaan veel krachtiger en aantrekkelijker zijn* → dit is tegelijkertijd een heel gevaarlijk mechanisme → de kans is groot dat je heel selectief gaat werken (vb. veel van de paranormale gaven zijn gebaseerd op dit principe)

1.2.2 Problemen bij EBP

- Redenen voor het niet gebruiken van EST:
 - Geen beschrijving en training behandeling
 - Bij training → zelfden competentiegericht
 - Onzekerheid over effecten van comorbiditeit en andere complicerende factoren (“therapist drift”)
 - De beschikbare behandel-evidentie is geordend volgens DSM terwijl er vaak gewerkt wordt via individuele diagnostiek
 - Toenemende aandacht voor procesvariabelen:
 - Technische aspecten (vb. bruikbaarheid van case-conceptualisatie; feedback tijdens psychotherapie; lengte van therapie)
 - Transdiagnostische factoren
 - Therapeutische interactie
- ⇒ *Het wetenschappelijke artikel maakt nooit zelf de link naar de praktijk* → je moet dit dus zelf gaan doen en dit maakt het vaak lastig
- ⇒ *Er is vaak ook heel wat onzekerheid over de rol van complexiteit* → mensen gaan vrij snel van protocollen afstappen (= therapist drift) → als je snel weg stapt van het

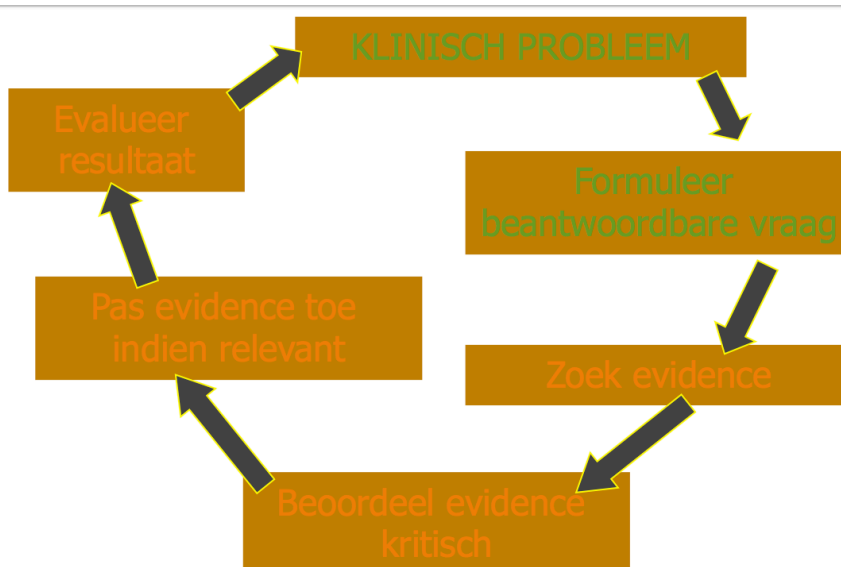
protocol kom je snel in een situatie waarin je niet goed weet wat je eigenlijk aan het doen bent

- ⇒ *Heel wat van de praktische zaken kwamen in psychologie minder aan bod → dit komt steeds meer en meer aan bod tegenwoordig*
- ⇒ *Vb. onderzoek uit wetenschappelijk tijdschrift: hoe zorg je dat je mensen telefonisch op een goede manier coacht wanneer ze in een crisis moment zitten en jou als therapeut nodig hebben? → in sommige tijdschriften linkt men dan naar video's over hoe men dit kan toepassen → de informatie op het internet gaat alleen maar toenemen*

1.2.3 EBP en de klinische praktijk (vervolg)

- Belangrijke transitie-periode:
 - Meerdere goede databases voorhanden
 - Meer handigheid en vertrouwdheid met “just in time knowlegde”
 - Meer interesse in praktisch relevante variabelen
 - Verhoogde interesse in disseminatie
 - Open access tijdschriften
 - ...

1.3 Evidence-based praktijk



- ⇒ *De belangrijkste stappen zitten in het beantwoorden van de vraag, zoeken naar evidentie en de beantwoording daarvan*

1.3.1 Systematische reviews

- Systematische review:
 - Duidelijke vraag
 - Data gebaseerd op RCT of goede empirische studies
 - Op voorhand gedefinieerde zoekmethoden
 - Op voorhand gedefinieerde inclusiecriteria (kwaliteit)

- Analyse: meta-analyse
- Toenemend belangrijk: vb. criteria voor evidentie...

- ⇒ *Deze zijn van cruciaal belang!*
- ⇒ *Kijken wat het beste antwoord is / de beste vorm van evidentie op grond van alle verzamelde informatie*
- ⇒ *RCT = randomized controlled trials → populatie gerandomiseerd aan twee behandelcondities of aan één behandelconditie en een placebo conditie → zo nagaan wat het verschil is tussen de twee behandelvormen → zo kan je heel veel vertekeningen halen uit het onderzoek*
- ⇒ *Om goede valide uitspraken te kunnen doen heb je dat gecontroleerde design nodig (→ meestal zijn dat RCT's maar niet altijd)*
- ⇒ *De onderzoekers definiëren hun zoekmethoden op voorhand → hierdoor kan je niet zomaar artikels weglaten → qua analyse spreken we dan over meta-analyse = we gaan de data van alle verschillende studies samen nemen*
- ⇒ *Binnen heel veel van de richtlijnen die ontwikkeld zijn, zijn de systematische reviews heel belangrijk*

1.3.2 Criteria

- Wanneer noemen we een behandeling empirisch ondersteund?
 - Initiële criteria
 - Nieuw voorstel (Tolin et al., 2015)
- ⇒ *Verschillende criteria opgesteld om te oordelen over wanneer we een behandeling empirisch ondersteund noemen*
- ⇒ *Een bepaalde behandeling is effectief wanneer er twee goede between-group studies zijn → op het moment dat er twee grote trials zijn die laten zien dat het beter is dan placebo of evenwaardig aan dingen die al goed ondersteund zijn, dan heb je een empirisch ondersteunde behandeling*
- ⇒ *Voor veel stoornissen is er veel meer dan enkel zo'n twee studies (systematische reviews, andere onderzoeken, etc.)*
- ⇒ *GRADE recommendations → het gaat voorbij het puur syndroom en symptoom denken → het is ook belangrijk dat het wat evidentie moet hebben voor meer lange termijn effecten → er moet ook zeker data zijn die aantoont dat het ook werkt in de klinische praktijk, buiten de handen van de onderzoekers*

1.4 Zoeken, selecteren, interpreteren en beoordelen van wetenschappelijke bronnen

- ⇒ *Het is belangrijk om hier snel en efficiënt in te zijn*

1.4.1 Handboeken

- Belangrijke bronnen van informatie:
 - Positief: exacte beschrijvingen van behandelingen (ontbreekt bij databases)
 - Positief: goede handboeken voor iedere therapievorm
 - Negatief: behandelrichtlijnen (veroudering)
 - Negatief: geen peer-review (geen kwaliteitscontrole)

- ⇒ *Boeken blijven een heel belangrijke bron van informatie → je krijgt bijna nergens anders zo'n goede beschrijving van behandeling*
- ⇒ *De reden dat je handboeken niet gebruikt als criterium is omdat het heel onderhevig is aan veroudering (veel boeken worden om de zoveel tijd herwerkt, maar dit kan vb. 10 jaar duren → ondertussen zijn er al veel evoluties gemaakt)*
- ⇒ *Nog een nadeel is dat handboeken wel vaak worden nagelezen door academici, maar het wordt vaak niet aan "peer-review gedaan" (= collega's lezen elkaars werk na en kijken over de uitspraken die werden gedaan wel volledig correct zijn) → dit is één van de belangrijkste mechanismen voor kwaliteitscontrole → hoe prestigieuzer het tijdschrift, hoe meer peer-review*
- ⇒ *Artikels zijn in die zin dus belangrijker dan boeken*
- ⇒ *Tips: de handboeken voor protocollair werken (zie vb. "Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten" – Caroline Braedt)*

1.4.2 Richtlijnen

- Websites met hoog-kwalitatief EB richtlijnen:
 - www.ggzrichtlijnen.nl
 - www.nice.org.uk
 - www.psych.org/practice/clinical-practice-guidelines
 - Practice parameters
 - Positief:
 - Up-to-date
 - Multidisciplinair
 - Klinische tips
 - Negatief:
 - Beperkt aantal stoornissen
- ⇒ *In de meeste uitgebreide wetenschappelijke databases kan je niet de vraag stellen "wat is de optimale behandeling voor..." → toch is dit wel de vraag die je als clinicus het meeste hebt → in dat geval zijn bovenstaande websites goede sites om mee te werken*
- ⇒ *Ggzrichtlijnen.nl is zeer uitgebreid en je vindt er veel achtergrondmateriaal over stoornissen*
- ⇒ *Nice.org.uk → heeft heel veel richtlijnen, zowel voor somatisch als voor psychisch*
- ⇒ *Voordeel van de richtlijnen: het type vraag wat gesteld wordt is vaak heel interessant + ze worden up-to-date gehouden*
- ⇒ *Tweede voordeel: het is multi-disciplinair → vb. als je gaat kijken naar depressie kan je zien wat er farmacologisch en psychisch wordt aangeboden, maar ook wat de meest logische dingen zijn om te doen op vlak van de geschiedenis van de cliënt, etc.*
- ⇒ *Nadeel: het aantal stoornissen is relatief beperkt → je vindt er de meest voorkomende stoornissen, maar op het moment dat je op zoek bent naar een minder voorkomende stoornis zal je dit hier niet snel op vinden*
- ⇒ *Het is gratis dus je kan er altijd overal aan → heel snel heel veel goed doordachte informatie beschikbaar*
- ⇒ *Het wordt ook samengesteld door mensen uit allerlei verschillende stromingen → er wordt dus ook vaak aangegeven welke beslissingen het meeste evidentie hebben en voor welke er wat minder evidentie aanwezig is*
- ⇒ *Als je iets niet vindt op de ggz website kan je het misschien wel vinden op de Engelse website → zij combineren ook nog meer het somatische met het psychische → zij zijn ook als eerste beginnen vragen aan patiënten wat zij belangrijk vinden binnen de behandeling*

⇒ Voor kinderen en jongeren is de *Practice Parameters* website een heel goede → meer uitgebreid gericht op thema's die vaak voorkomen bij kinderen en jongeren

1.4.3 Databases

- Web of Science
- De Cochrane library
- Pubmed
- Evidence-based Mental Health

- Positief:
 - Alle studies binnen handbereik (relevant voor thesis)

- Negatief:
 - Zoekvaardigheden vereist
 - Vaak abonnement vereist

- Zoekvaardigheden → "searching the evidence"

⇒ *Online bibliotheken* → binnen die databases spreken ze vaak in appendixes over welke *evidenties* ze hebben gebruikt → wat je hier natuurlijk niet hebt zijn alle individuele studies die die richtlijnen vorm hebben gegeven

⇒ *Binnen het Web of Science heb je dit wel* → omdat er zoveel studies zijn moet je wel beschikken over wat *zoekvaardigheden* → je moet al heel specifiek kunnen zeggen welk type behandeling en welke vergelijking om duidelijke info te vinden

1.4.4 Beantwoordbare vraag

- PICO systeem (zelf mate van restrictie bepalen)
 - Patient
 - Intervention
 - Comparison
 - Outcome

 - Voorbeeld: Leidt cognitieve therapie (I) bij ouderen met depressie (P) tot een grotere verlichting van de symptomen waardoor de patiënt opnieuw autonoom kan functioneren (O) dan interpersoonlijke therapie (C)

 - Voeg binnen een elektronische database (vb. Psychinfo) leeftijdscategorie <<ouderen>> in, het publicatietype <<review>> tezamen met <<depression>>, <<cognitive therapy>>, <<interpersonal therapy>> en <<independent>> (eventueel restrictie vanaf 1996)
- ⇒ *PICO* is de snelste methode om van de onderzoeksvraag naar de beantwoordbare vraag te gaan
- ⇒ Het is wel *extreem specifiek* → je kan het ook gebruiken zonder de comparison en outcome
- ⇒ De *Cochrane Library* is een verzameling van reviews en ze proberen een *samenvatting* te geven die de *beste evidentie* is op dit moment
- ⇒ Ze zijn *uiterst volledig* waardoor je soms heel interessant informatie kan vinden die relevant is voor je klinische praktijk

⇒ Strenge controle van reviews

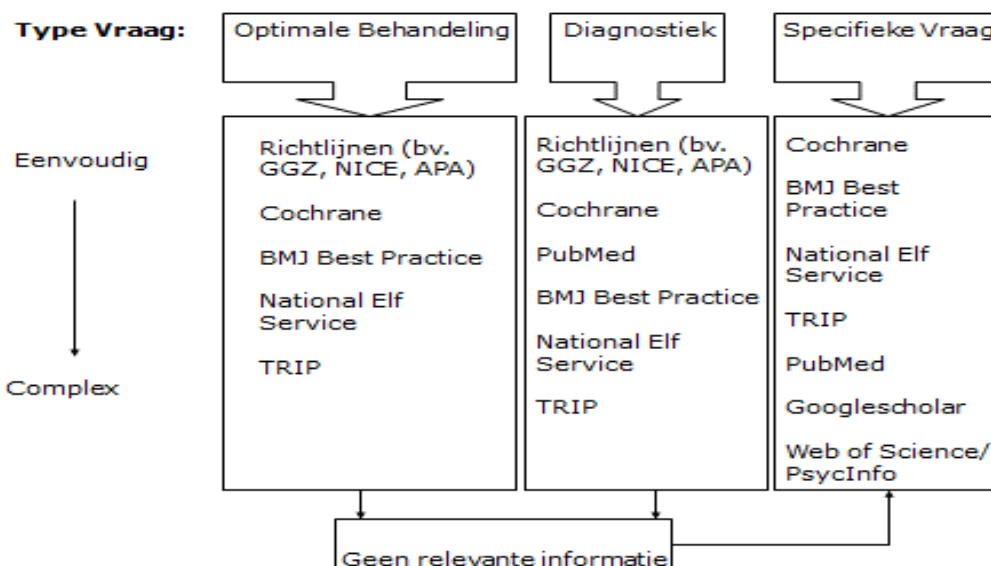
- ⇒ Als je niet wil betalen voor een database is Googlescholar ook heel goed → als je zoekt op het reguliere Google dan ga je op heel veel marketing websites terecht komen → je wil verantwoord met de literatuur omgaan; binnen Googlescholar vind je bijna alle wetenschappelijke tijdschriften, doctoraatsthesisen, etc. → het is wel een beetje over-inclusief (niet alles is van heel hoog wetenschappelijk niveau), maar je kan er sowieso al veel meer vinden dan op het reguliere Google
- ⇒ Je krijgt ook meteen de meest invloedrijke artikelen binnen een bepaald domein te zien → je kan ook heel makkelijk filteren per periode
- ⇒ Hier kan je wel nog steeds niet de vraag stellen wat de beste behandeling is voor iets → dan moet je terug naar de richtlijnen
- ⇒ Door de "geciteerd door" kan je ook heel snel andere relevante artikels vinden
- ⇒ Ook heel wat auteurs hebben eigen pagina's die je kan volgen waardoor je heel gemakkelijk up-to-date blijft met de wetenschappelijke literatuur
- ⇒ Research gate → website bedoeld om de communicatie tussen wetenschappers en het algemene publiek te vergroten
- ⇒ Heel veel van de fulltext die je misschien nog niet via Googlescholar kan verkrijgen, kan je wel vinden op Research gate
- ⇒ TRIP database → nog een website die heel interessant is → deze is gemaakt om wetenschappelijke evidentie heel snel te kunnen vinden
- ⇒ Je kan hierop heel snel kijken of er bepaalde nationale richtlijnen zijn voor een bepaalde stoornis

1.4.5 Evidence zoeken: strategisch

- EB Richtlijn (– als je er een kan vinden!)
- Cochrane – abstract van hoge kwaliteit
- Googlescholar, Medline, Psycinfo, Web of Science – Syst.Reviews / RCT's

⇒ Combinatie van evidence richtlijnen en databases

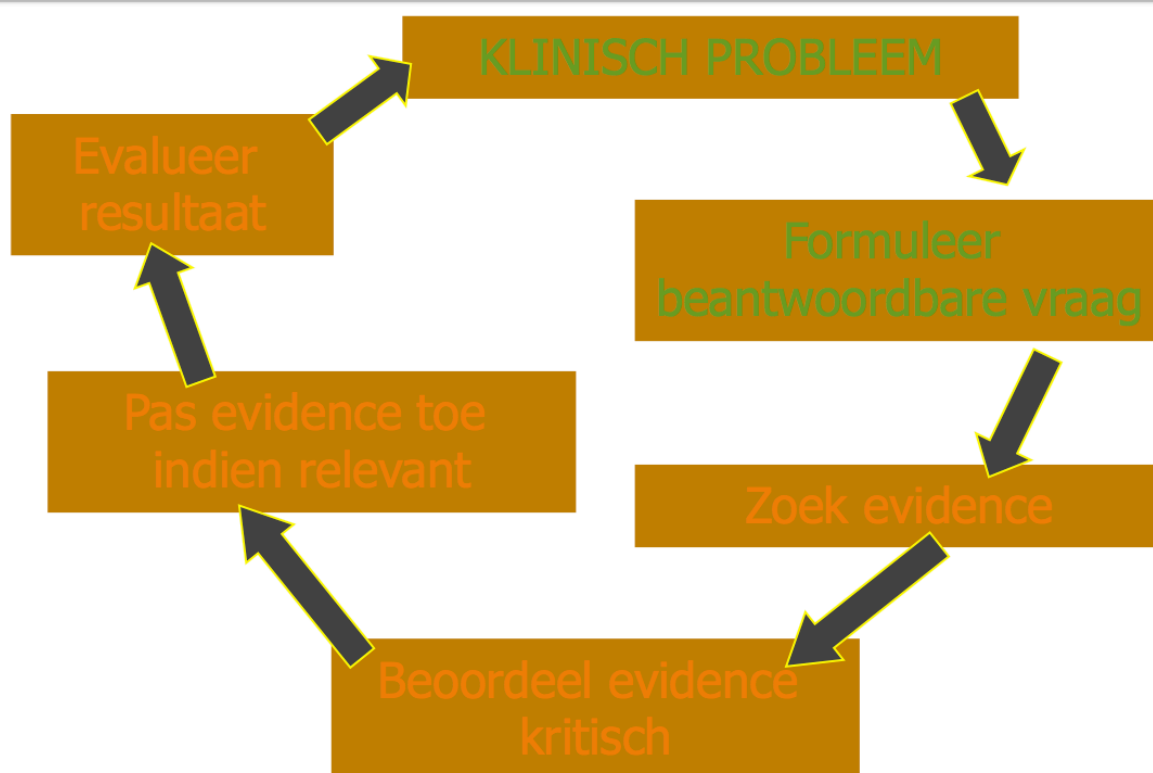
⇒ Als je hier wat op oefent, vind je voor bijna alle klinische vragen verschillende relevante artikels



1.4.6 EBP in de praktijk: zoeken

- Teamwerking
 - Specialisatie
 - Systematiek
 - Maak tijd voor EBP
 - Kan je een bijdrage leveren aan kennis?
 - Laat je op de hoogte houden:
 - Congressen / lezingen
 - Abonneer je op abstracts

- ⇒ *Heel veel mensen met een privépraktijk behandelen zeer veel verschillende stoornissen → het is vaak dus wel nodig om goed op de hoogte te zijn van de verschillende behandelingen*
- ⇒ *Systematisch werken is ook belangrijk → vb. eerst diagnostisch gesprek, dan een adviesgesprek → dan komen de drie vragen over de behandeling weer boven*
- ⇒ *Verder gaat het natuurlijk ook altijd wat afhangen van wat de cliënt wilt → je moet hier dus wat systematisch tijd voor maken*
- ⇒ *Zelf bijdrage leveren aan kennis is ook heel interessant → je kan zelf vb. gaan bijhouden wat de effectiviteit is van je interventies*
- ⇒ *Je kan je tegenwoordig ook heel makkelijk op de hoogte laten houden → je kan lezingen bijwonen (wel kritisch zijn naar de evidentie) en je abonneren op abstracts (vb. tijdschriften die over een specifieke stoornis gaan)*



1.4.7 Beoordelen evidentie

- Critical appraisal
 - Kwaliteit, betrouwbaarheid, relevantie van bevindingen?
 - Nagaan kwaliteit:
 - Journal, type bron
 - Artikel: transparantie
 - Design studie
 - Analyses en resultaten
 - Interpretatie
 - Toekennen gewicht evidentie (bij vergelijking verschillende bronnen)
 - Generaliseerbaarheid
 - Kritisch omgaan met inconsistentie
 - In stappen (zie verder)
- ⇒ *Niet altijd gemakkelijk → je vertrekt vaak vanuit een stukje vertrouwen (“zij zullen het wel weten”) maar dit is niet altijd zo*
- ⇒ *Dat beoordelen = critical appraisal*
- ⇒ *Naargelang in welk tijdschrift iets geplaatst wordt, kan je al wat oordelen over hoe betrouwbaar een artikel is → heel bekende grote wetenschappelijke tijdschriften zijn uiterst streng in hun beoordeling*
- ⇒ *Tegenwoordig ligt er heel veel nadruk op transparantie binnen de wetenschappelijke methode en data-analyse → er zijn tegenwoordig heel veel initiatieven om studies te pre-registreren → zo kunnen mensen zien wat er al getest is, waar ze eventueel geen resultaten van vinden, etc.*
- ⇒ *Ook moet men van te voren al zeggen welke methoden men gaat gebruiken etc. → duidelijk maken wat men juist gaat onderzoeken*
- ⇒ *Heel vaak worden interpretaties wat positiever “gesponnen” dan de resultaten van de studies → hier moet je dus ook op letten*
- ⇒ *Soms zie je twee reviews met verschillende conclusies → je moet dan gaan kijken welke review het meest zinnig is*
- ⇒ *Generaliseerbaarheid is ook heel belangrijk*

1.4.8 Een artikel over therapie beoordelen

Stap 1: hypothesen

- Ga naar het einde van de inleiding:
 - 1) Worden de hypothesen beschreven?
 - *Is er sprake van pre-registratie (vb. clinical trials.gov?)*
 - 2) Indien wel, zijn ze relevant voor mijn klinische vraag?
 - *In tijdschriften met gestructureerde abstracts, is deze informatie te vinden in het begin van het abstract*
- ⇒ *In de inleiding moet er een duidelijke beschrijving zijn van de hypothesen*
- ⇒ *De hypothesen moeten aansluiten bij de klinische onderzoeksvraag*
- ⇒ *De hypothesen moeten vooraf geregistreerd zijn → dit is een vereiste voor kwaliteitsonderzoek (!)*
- ⇒ *Daarna moet je gaan kijken of de hypothesen wel relevant zijn voor de klinische vraag*

- ⇒ *Via clinicaltrials.gov kan je iets intypen en kijken wat de lopende trials zijn en of deze afgerond zijn → gebaseerd op de titel kan je gaan kijken wat het meeste aansluit bij je interesse → in de studie in het voorbeeld heb je een placeboconditie en een actieve conditie → je vindt dan ook het uiteindelijke artikel, maar hier wordt in de abstract niets gezegd over placebotraining; deze heeft hier ineens een actieve vorm gekregen → de placeboconditie kreeg een ander label, “attentional control training”, en ze spreken niet meer over de originele hypothese*
- ⇒ *Onderzoekers zijn in staat om dingen te presenteren op een manier die pas vanuit de resultaten afgeleid is dat het een zinnig verhaal is → het artikel klopt hier totaal niet met de pre-representatie (!)*
- ⇒ *Dit is geen uitzondering → nog een ander voorbeeld: verschil tussen uitkomsten in pre-representatie en de resultaten in de uiteindelijke papers → voorbeeld gaat over neuroleptica bij psychose; dit is een serieus probleem → uitkomst-switchen en post-hoc je artikel en predicties aanpassen*

Stap 2: proefgroep

- 1) Is de proefgroep representatief voor de populatie waaruit hij werd getrokken?
 - 2) Zijn de patiënten in de studie vergelijkbaar met mijn patiënt(en)?
 - 3) Werden patiënten gerandomiseerd? Indien wel, werd de procedure beschreven en is ze adequaat?
 - Adequate toewijzing (waren groepen vergelijkbaar bij het begin van de studie?)
 - Adequate “blindheid”
 - 4) Is er expliciete informatie over de verwachte power van de studie?
- ⇒ *De proefgroep moet lijken op de populatie waarin je geïnteresseerd bent → ze moet representatief zijn = zijn de patiënten in de studie vergelijkbaar met mijn patiënten?*
- ⇒ *Ook moet je kijken of de patiënten werden gerandomiseerd → indien dit het geval is, kijken of de procedure beschreven werd en of ze adequaate is → op het moment dat dit niet gedaan wordt, heb je kans op vertekening (voorkeur)*
- ⇒ *Ook kijken of er expliciete informatie over de verwachte power van de studie is → is de sample groot genoeg om een effect te kunnen vinden? → als je vb. een vergelijkende behandelstudie hebt en je hebt in elke groep 20 mensen; met die steekproeven heb je veel te weinig mensen om een statistisch significant verschil te kunnen vinden*

Stap 3: beoordelingsinstrumenten

- 1) Zijn de effectmaten in de studie deze waarin ik ben geïnteresseerd?
 - 2) Zijn de effectmaten valide en betrouwbaar?
 - 3) Werden belangrijke effectmaten over het hoofd gezien in de studie?
- ⇒ *Effectmaten → symptomen en klachten → of breder: quality of life → effectmaten uit de omgeving: beleving van omgeving en patiënt zelf*

Stap 4: procedures

- 1) Werden de procedures adequaat beschreven?
- 2) Welke stappen werden genomen om te verzekeren dat de procedures werden gevolgd?

- 3) Werden de patiëntengroepen, behalve wat betreft de experimentele interventie, op identieke wijze behandeld?

⇒ *Kijken naar de procedures uit protocollen → zijn ze adequaat beschreven? Werden ze gevolgd? → patiëntengroepen ongeveer op dezelfde manier behandeld buiten experimentele interventie? (evenveel aandacht, tijd,...)*

Stap 5: data analyse

- 1) Werden de methoden van analyse adequaat beschreven?
- 2) Zijn ze aangepast aan de onderzoeksvraag?
- 3) Hoe werd omgegaan met ontbrekende data?
- 4) Wordt intention-to-treat analyse gebruikt?

⇒ *Kijken of de methoden van analyse adequaat werden beschreven → vaak met ANOVA → beginwaardes: hoe waren de mensen bij aanvang?*

⇒ *Werden ze aangepast aan de onderzoeksvraag?*

⇒ *Zijn er ontbrekende data? → heel erg belangrijk in uitkomstonderzoek → stel dat je interpersoonlijke therapie voor angststoornis vergelijkt met intense exposure therapie → bij interpersoonlijke therapie zijn de resultaten misschien minder hoog, maar heeft iedereen het misschien volgehouden en bij die intense exposure is er vast hogere drop-out*

⇒ *Is er een intention-to-treat? → I-T-T analyses; iedereen die aan de start kwam, kwam met de bedoeling de behandeling uit te voeren → als ze niet geslaagd zijn, nemen ze ze toch mee in de data-analyse zodat er toch rekening mee wordt gehouden → dan pakken ze meestal de laatste observatie meer als post-data → ze zitten dan nog met vrij hoge klachten in die analyse → ze halen bepaalde protocollen wel een beetje naar beneden zo → bij de data-analyse 100%*

• Intention-to-treat

- Randomisatie wil bias elimineren
- Dus: vermijden van bronnen van bias na randomisatie
- Alle patiënten gerandomiseerd naar een groep worden betrokken bij de analyse van die groep, onafgezien van veranderingen of overtredingen van toewijzing
- Op het einde van de studie moet rekening gehouden worden met alle patiënten die gestart zijn

⇒ *Criteria van waar een goede RCT aan moet voldoen → elke goede RCT moet een flowchart hebben*

⇒ *Vanboven: de hoeveelheid mensen die bestudeerd zijn om in aanmerking te komen*

⇒ *Enrollment = hoeveel mensen effectief toegevoegd (inclusie- en exclusiecriteria)*

⇒ *Randomisatie → naar waar; hier twee types van interventies → sommige mensen hebben het niet gekregen en dan moet je een reden geven → wie heeft het volledig uitgedaan? Kijken hoeveel drop-out er is*

⇒ *Hoeveel mensen in analyse achter het protocol → als je ziet dat er super veel uit zijn, moet dat een alarmbelletje doen afgaan*

⇒ *Voorbeeld: deep brain stimulation → 90 mensen starten; 30 geen actieve stimulatie, 60 wel → 4 mensen van de 60 zijn gestopt, door keuze of door "adverse events" → na 6 maanden en na een jaar zie je opnieuw mensen die stoppen door "adverse events" of keuze → interventie is niet allemansvriend!*

Statistische significantie versus klinische significantie

- $P < 0.05$ → als het experiment oneindig maal herhaald zou worden, zou er maar in 5% van de gevallen een verschil gevonden worden indien er geen echt verschil zou bestaan
- Een klein gemiddeld verschil tussen groepen met kleine SD is wel significant
- Met zeer grote groepen kan een miniem effect statistisch significant zijn → vb. BDI van 29 naar 27
- Kijken naar: effect size, klinische uitkomsten

Effect size

- Effect size is een maat van de sterkte van het effect van een onderzoek (of verschillen tussen groepen)
 - Voorbeeld bij de t-test voor verschil tussen gemiddelden: effect size .70 betekent dat het gemiddelde van de interventiegroep 70% van een standaarddeviatie groter is dan het gemiddelde van de controlegroep
 - Kleine, medium en grote effect sizes voor de verschillende statistische tests: zie "Cohen (1992). A Power Primer. Psychological Bulletin, 112, 155-159"
- ⇒ Een statistisch significant effect: van 29 naar 27 op BDI als je een grote groep hebt
- ⇒ Effect sizes (= verschil tussen gemiddelden/gepoolde sd) = los van de gebruikte meeteenheid → auteurs gaan dit altijd een stukje mee bespreken
- ⇒ Klinische uitkomsten → iedereen moet bij begin van onderzoek voldoen aan stoornis → hoeveel procent heeft de stoornis niet meer?

Power analyse

- Alpha is de kans om een effect te vinden terwijl er eigenlijk geen is
 - Bèta is de kans om een effect te missen dat er eigenlijk wel is
 - Power is de kans dat je een aanwezig effect (gegeven een bepaalde effect size) kan ontdekken (dus 1-bèta)
 - Power van 0.80 wordt aanbevolen (dus bèta = 0.20): dit betekent 8 kansen op 10
- ⇒ Power analyse 1 bèta → .80 wordt aanbevolen
- ⇒ Betrouwbaarheidsinterval → per lijn staat elke studie weergegeven; het streepje is het betrouwbaarheidsinterval → rechts van verticale lijn; ene interventie → andere kant; andere interventie → aan welke kant zit het voordeel? (zwart stukje = gewogen)

Stap 6: zijn de resultaten relevant voor mijn patiënt?

- 1) Zijn de (biologische/psychologische/sociale) verschillen tussen mijn patiënt en deze in de studie mogelijk klinisch belangrijk?
- 2) Heeft mijn patiënt een comorbide aandoening die de balans tussen voordeel en risico kan veranderen?
- 3) Is het waarschijnlijk dat mijn patiënt de voorgestelde behandeling zal aanvaarden?

1.4.9 Een overzichtartikel beoordelen / meta-analyse

- Stelt het overzicht een gerichte klinische vraag?
 - Werden de criteria om artikels te includeren uitdrukkelijk aangegeven? PRISMA!
 - Waren de inclusiecriteria zinvol?
 - Werd de validiteit van de geïnccludeerde studies beoordeeld?
 - Waren de beoordelingen van de studies reproduceerbaar?
 - Wat waren de algemene resultaten?
 - Werden alle klinisch belangrijke resultaten in overweging genomen?
 - Waren de conclusies van de reviewers gesteund door de resultaten
 - Zijn de resultaten toepasbaar op mijn patiënt?
 - Formele criteria: AMSTAR
- ⇒ Gerichte klinische vraag
- ⇒ Welke studies zijn geïnccludeerd en welke geëxcludeerd en waarom? → PRISMA → zeker naar kijken, want ze kunnen hier louche mee omgaan in hun eigen voordeel → kijken of de criteria zinvol zijn
- ⇒ Wat zijn de algemene resultaten?
- ⇒ Systematische review beoordelen op maat van de clinicus = belangrijk! → AMSTAR-criteria bekijken en nachecken

1.5 Ben ik een effectieve psycholoog?

- Standaard: multimodale metingen
 - Relevante recente ontwikkelingen:
 - Routine Outcome Monitoring
 - Benchmarking
 - Competentie ontwikkelingen
 - Routine Outcome Monitoring
 - Achter elke sessie: vragenlijst
 - Klachtgericht (vb. OQ45)
 - Procesgericht (vb. SRS; Johnson, Miller en Duncan, 2000)
- ⇒ Je eigen effectiviteit!
- ⇒ Routine Outcome Monitoring
- Routinematig de uitkomst van eigen therapieën bevragen bij cliënten → over cliënten heen en per individuele cliënt kijken of het verloopt zoals het zou moeten
 - Vragenlijst na elke sessie (soms ook per mail)
 - Klachtgericht (OQ: outcome questionnaire is klachtgericht en verschillende symptomen worden bevraagd)
 - Procesgericht (SRS: session rating scale) → na iedere sessie vragen naar het proces; therapeutische relatie, doelen en onderwerpen, aanpak en/of werkwijze en algeheel → je kan dat dan bespreken de volgende sessie
- ⇒ Benchmarking
- Verschillende settings → op basis van wetenschappelijke literatuur en de aanwezige populatie? → welke uitkomsten kunnen we verwachten → komen wij met onze interventie in de buurt van die benchmarks?
 - Vershil ROM: benchmarken puur pre- en postdata → bij ROM doe je dat bijna elke sessie zodat je echt de fluctuaties in de gaten houdt

1.5.1 Recente relevante ontwikkelingen

- Predictie behandeling
 - Probability of treatment chart
 - Zie antwoord op eerste vraag: vaak geen info over de slaagkans van therapie
 - Vaak info over significantie en effect size
 - Niet individueel bepaald
- ⇒ Predictieve behandeling → gaat de behandeling bij jou aanslaan?
- ⇒ Probability of treatment chart
- Probabilistische uitspraken op basis van de behandelliteratuur
 - Onderscheid tussen therapie-respons en uitkomst van de therapie
 - Als de patiënt met heel ernstige klachten begint is de kans dat de persoon perfect normaal is bij de uitkomst niet zo groot, maar dit staat los van de hoeveelheid respons (!) → hij is misschien wel veel meer verbeterd dan iemand die toekomt met mildere klachten en bij uitkomst normaal is
 - Respons + uitkomst afhankelijk van aanvangsscore
 - Omzetten naar tabel en kansen
 - Laat je toe je cliënten een beeld te geven van wat ze kunnen verwachten → dit is heel belangrijk naar informed consent toe → als clinicus heb je ook een idee in termen van percentages; wat zou ik gemiddeld moeten kunnen behalen bij deze patiënt?

Hoofdstuk 2: Klinische besluitvorming en diagnostiek

Leerdoelen:

- Inzicht hebben in de relevantie van psychodiagnostisch onderzoek binnen het klinisch handelen
- Uiteen kunnen zetten waarom het van belang is om de empirische cyclus te integreren binnen psychodiagnostiek
- Het model voor probleemidentificatie kunnen toepassen op casusmateriaal

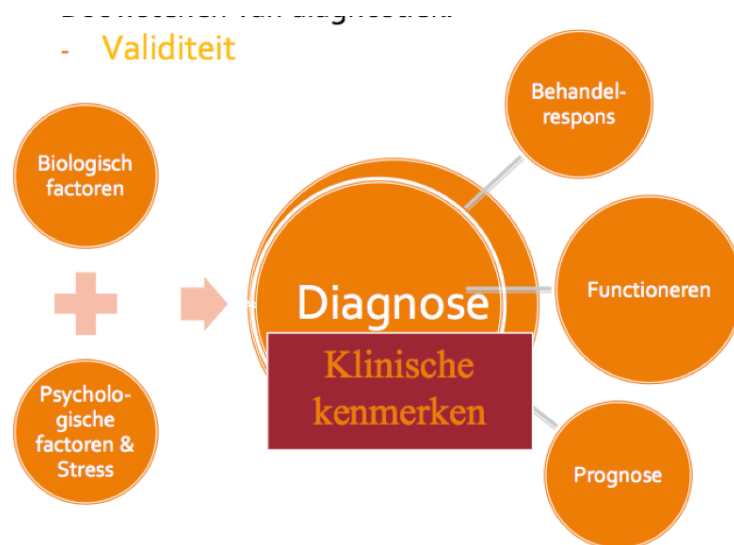
Studievragen:

- Leg uit welke aspecten van psychodiagnostiek mede profiteren door evidence-based werken
- Hoe wordt het stellen van een DSM-V diagnose genoemd binnen het model voor probleemidentificatie?
- a) Leg uit op welke wijze oorzakelijke en instandhoudende mechanismen het beste onderzocht kunnen worden binnen psychodiagnostiek
- b) Hoe houdt het model voor probleemidentificatie ook rekening met de zogenaamde “non-specifieke factoren”?

1.1 Psychodiagnostiek: Uitgangspunten

- Stadia in hulpverlening:
 - Opbouwen van een therapeutische relatie en exploratie problemen (cliëntperspectief)
 - Assessment (expertperspectief)
 - Therapiedoelstellingen, selecteren en implementeren van een strategie
 - Evaluatie en beëindigen
- ⇒ Assessment → er moet voldoende vertrouwen zijn om informatie te delen → die relatie moet ook hoopgevend zijn → op het moment dat mensen de stap maken naar een klinisch psycholoog en je zegt enkel “goed” dan gaan ze niet terug komen → er moet een voorzichtig aspect van hoop in zitten
- ⇒ Therapiedoelstellingen, selecteren en implementeren van een strategie → veel tijd of moet het snel gaan? Wat is de meest aangewezen behandeling?
- Diagnostiek/assessment: een geïndividualiseerd onderzoek bij een persoon met als bedoeling een zorg op maat te indiceren en te evalueren
 - Uniek, gedetailleerd beeld van cliënt en zijn context
 - Diagnostiek staat in dienst van de behandeling (functionele diagnostiek)
 - ↔ Mogelijkheid tot classificatie
- ⇒ Uniek, gedetailleerd beeld van cliënt en zijn context → welke mechanismen deden de klacht ontstaan? Omgeving?
- ⇒ Diagnostiek staat in dienst van de behandeling (functionele diagnostiek) → dit in tegenstelling tot classificatie (er kan wel een stuk DSM in zitten hoor) → diagnostiek is geen hobby op zich, maar een belangrijk hulpmiddel om te kijken wat je kan doen met de vraag van de cliënt → diagnostiek dient altijd in functie te staan van een gerichte behandeling

1.1.1 Bouwstenen van diagnostiek



- Validiteit

⇒ *Wat je in je diagnostische fase zegt en doet, moet iets zeggen over wat je als behandelrespons, functioneren en prognose kan verwachten → je diagnostiek zou ergens een predictieve validiteit moeten hebben → je zou moeten kunnen zien waar de patiënt gaat responderen en waar je op moet focussen om een verschil te bekomen*

- Betrouwbaarheid

- Oordeelsvorming:
 - Het huwelijk
 - Voorspellende gaven
 - Verkeer
- Context!
- Heuristiek (= vuistregel): strategieën om een probleem op te lossen → beoordeling op grond van beschikbare informatie
- Toepassing: beoordeling, beslissingen, problemen oplossing
- Complexe beslissingen en veel informatie

⇒ *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid*

⇒ *Onze menselijke oordeelsvorming is niet zo super briljant*

⇒ *Je zit in een heel specifieke context met je cliënt → jij zit daar als de toffe begrijpende mens braaf te luisteren naar je cliënt → in die context zie je dus ook maar een heel klein deel van het gedrag van de cliënt → je bent heel afhankelijk van wat je cliënt vertelt (!)*

⇒ *Het is makkelijk om een positieve visie te hebben over iemand omdat ze dan de tijd hebben om alles rustig uit te leggen → wacht maar tot je vb. de partner mee op gesprek hebt; je ziet de mensen niet als ze boos en gekrenkt zijn, maar in vriendelijke context*

⇒ *Er zijn heuristieken om moeilijke oordeelsvorming te vergemakkelijken op grond van beschikbare informatie → je moet hier alert op zijn!*

⇒ *Complexe beslissingen en veel informatie → tegelijkertijd heb je natuurlijk ook maar een fragment informatie over de hele persoon*

- Relevante heuristiek voor de diagnosticus:
 - Verengde visie: het toespitsen op één facet van de beschikbare informatie (en het negeren van andere aspecten)
 - Volgorde effecten: de volgorde van beschikbare informatie kan bepalend zijn voor beslissingen
 - Beschikbaarheid: mensen hebben de neiging de kans dat een verschijnsel zal optreden hoger in te schatten naarmate voorbeelden van het verschijnsel gemakkelijk voor de geest kunnen gehaald worden
 - Confirmatie: mensen hebben de neiging informatie op te zoeken die de eigen opvatting ondersteunt

- ⇒ Verengde visie → er wordt van alles gezegd; je gaat op één onderwerp focussen en de rest wordt vergeten
- ⇒ Volgorde-effecten → eerst over één probleem en dan over een ander → neiging om het tweede probleem bij het eerste te smijten
- ⇒ Beschikbaarheid → de volgorde van beschikbare informatie kan bepalend zijn voor beslissingen → in ons hoofd hebben we informatie zitten en dat beïnvloedt hoe je dingen ziet en interpreteert → de informatie die het meest vooraan zit zeker (!) → vb. je hebt drie depressieve mensen na elkaar gehad; er komt voor de eerste keer iemand binnen en die kijkt een beetje triestig en geeft een slap hand, dan ga je snel concluderen dat die persoon ook depressief is
- ⇒ Confirmatie → neiging om informatie te zoeken die de eigen opvatting ondersteunt → disconfirmerende informatie niet echt in rekening brengen

1.1.2 Kwaliteit van het klinisch oordeel

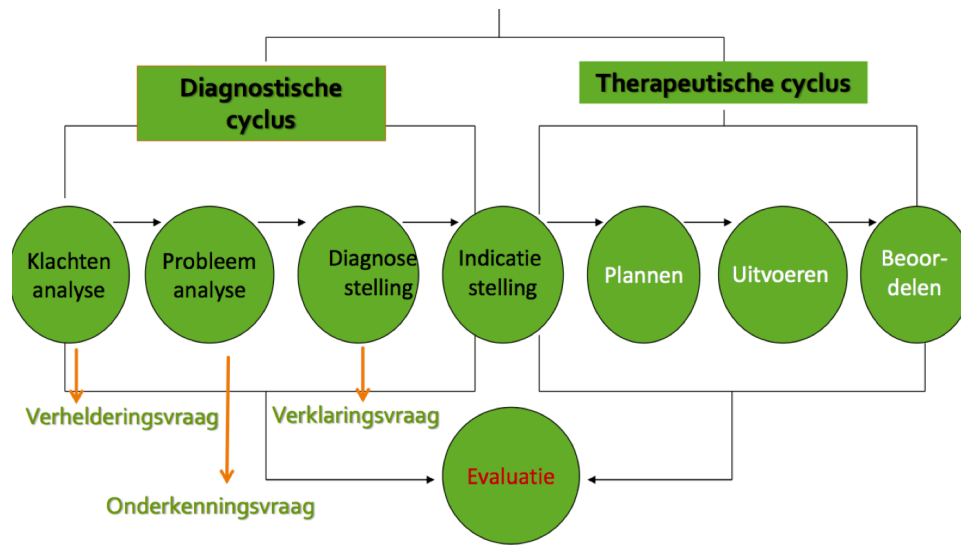
- Lage betrouwbaarheid van diagnoses
 - Lage accuraatheid van klinische predicties
 - Ervaring blijkt niet met de kwaliteit van het oordeel te correleren: “diagnosten leren niet uit ervaring?” (Garb, 1989)

 - Implicaties:
 - Wetenschappelijke werkwijze!
 - Ondersteuning bij oordeelsvorming → diagnostische instrumenten

 - Kennis verwerven over een cliëntsysteem
 - Een procesmatige interactie met de cliënt
 - Wetenschappelijk verantwoord oordelen (kennis en kunde)
 - Relationele vaardigheden
 - Ethisch verantwoord optreden
- ⇒ Aan procesmatige interactie doen met de cliënt → in je hoofd een mental map hebben van hoe je informatie kan ordenen → kan verschillende vormen aannemen → bril om door te kijken

1.1.3 De klinische cyclus

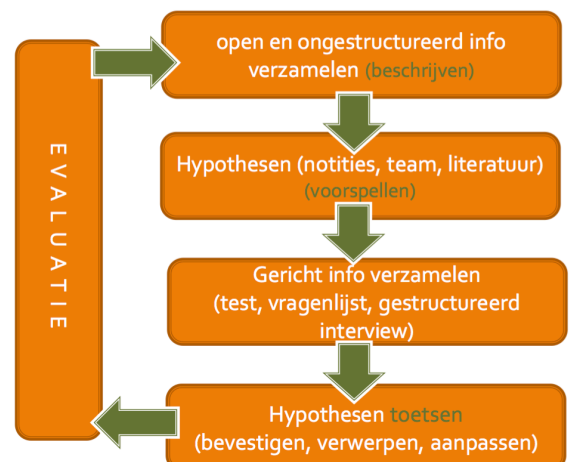
Dus: systematisch proces



- ⇒ Binnen de diagnostische cyclus hebben we klachtenanalyses; specifiek vraag cliënt
- ⇒ Dan heb je de onderkenningsvraag → aard van het probleem en de verklaringsvraag: mechanismes? → indicatiestelling → planning → uitvoering → beoordelen en terug naar klachtenanalyse
- ⇒ Die is hoe het eruit ziet in de ideale wereld → in de praktijk lopen die dingen meer door elkaar → zeker diagnostiek en therapie communiceren hard met elkaar → in heel wat situaties is wat je doet therapeutisch inzichtgevend op een diagnostische manier → bij het aanpakken van problemen kom je vaak ook op andere probleemgebieden → die twee gaan haast altijd samen
- ⇒ In die ideale wereld zeggen ze dat je aan therapie doet als je diagnostiek helemaal rond is → maar hier gaat dit niet zo handig → je leert veel door manipulatie te doen van verschillende aspecten
- ⇒ Je hebt ook niet altijd de tijd om 4-5 gesprekken te doen met diagnostiek tot in de perfectie → soms zijn er acute vragen en moet je meteen aan de slag gaan

1.1.4 Diagnostisch cyclus: empirische cyclus

- ⇒ We moeten ervoor zorgen dan de empirische cyclus erin gebokst zit
- ⇒ We moeten eerst ongestructureerd informatie verzamelen, wel met een soort van mental cap → dan hypotheses afleiden en gerichte informatie zoeken om je hypothesen na te gaan
- ⇒ Als je te snel zegt van "jij hebt dit of dat" dan heb je een grote kans gemist → dit zit heel duidelijk in ons model voor probleem-identificatie



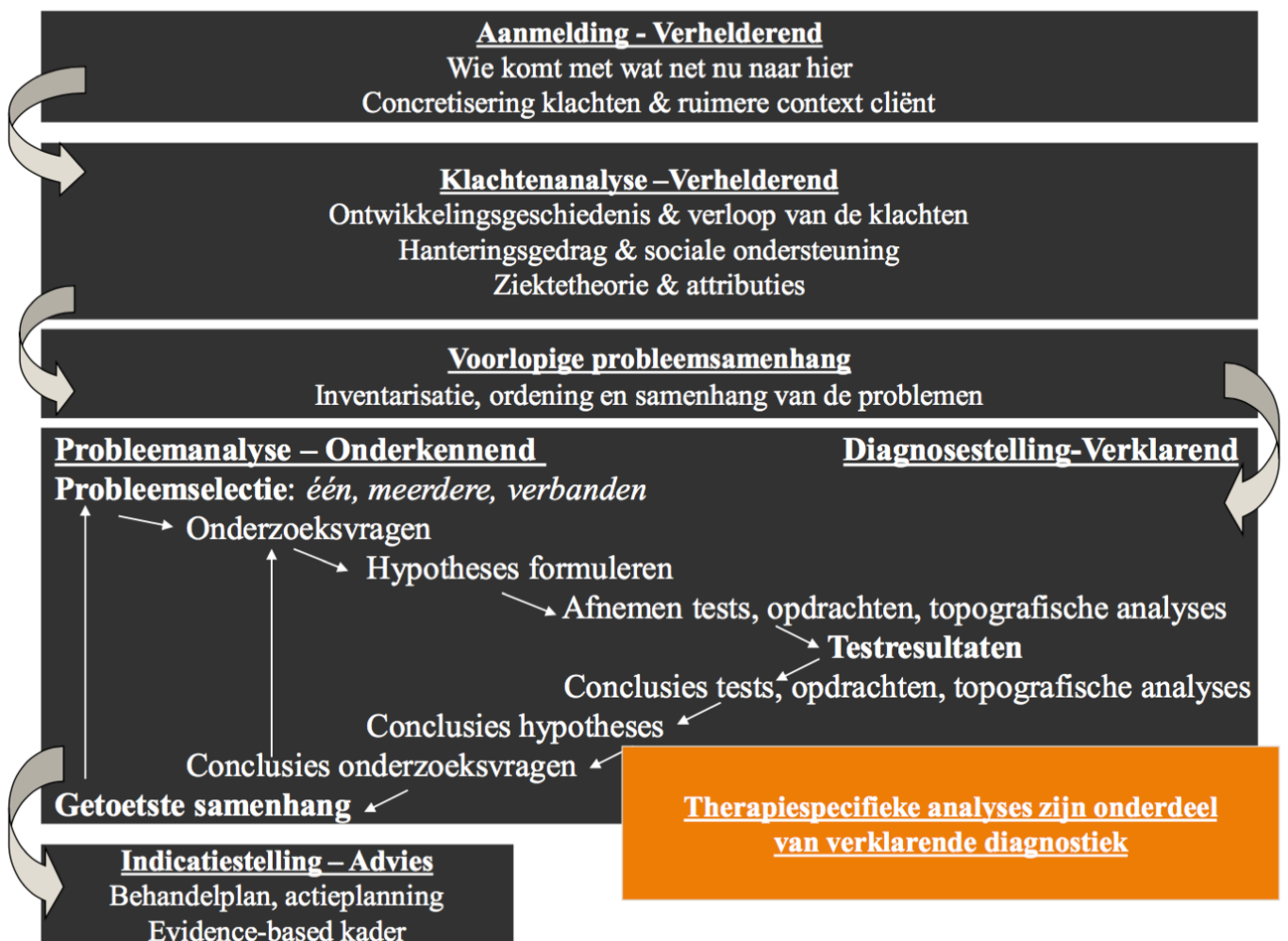
1.2 Model voor probleemidentificatie

- Opstellen individueel behandelplan op basis van gedetailleerde probleemanalyse
- Klacht is vaak gecumuleerd resultaat van op elkaar inwerkende processen: complex disfunctioneren vereist uitvoerige probleemidentificatie
- Model om casus-conceptualisatie te sturen
- Model om info uit intake te ordenen, maar dynamisch proces

⇒ *Opstellen individueel behandelplan* → voor dat mensen de stap nemen naar een psycholoog moet het al behoorlijk heftig zijn → complexiteit aan vaak verschillende klachten die over het algemeen ook op elkaar inwerken

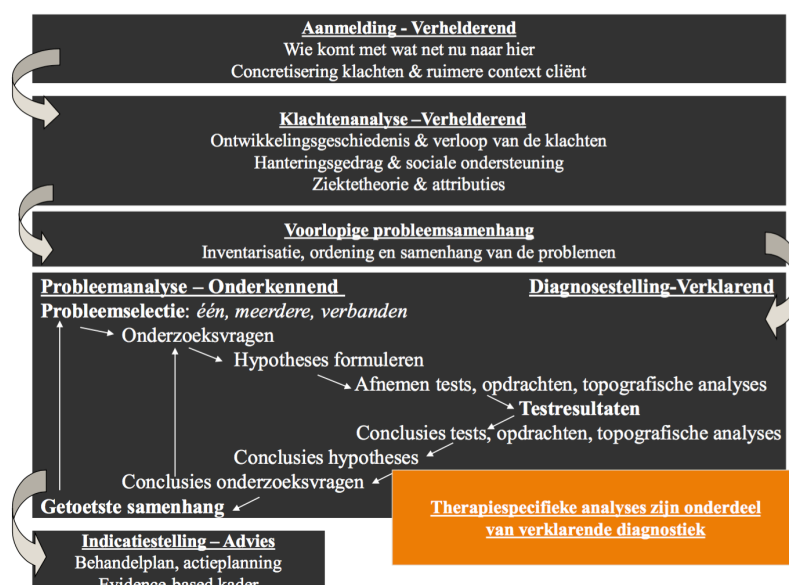
⇒ *Klacht is vaak gecumuleerd resultaat* → tijd nemen om de probleemidentificatie goed te doen, zodat je zinnige adviezen kan geven

⇒ *Info ordenen, maar dynamisch proces* → denkmodel, voor jezelf → model zit in je hoofd om de grote hoeveelheden informatie samen te steken, dit is niet de leidraad voor het gesprek (!) → eerste gesprekken = dynamisch proces



1.2.1 Aanmelding – verhelderend cliëntperspectief

- ⇒ *Dit hangt heel erg af van de setting → zelfstandig klinisch psycholoog, juridisch,...*
- *Wie komt met wat net nu naar hier*
 - WIE
 - Persoon in zijn omgeving: persoon zelf, gezin, familie, werksituatie
 - MET WAT
 - Aanmeldingsklachten
 - NET NU
 - Wat is er gebeurd? Waarom niet vroeger, later? Doorverwijzing? Crisis? Suïcidedreiging?
 - HIER
 - Setting? Doorverwijzing? Na falen van anderen? Waarom bij u als hulpverlener?
- ⇒ *Wie? → informatie in het eerste gesprek; is er sprake van steun en hulp? Dit is belangrijk bij crisis (!)*
- ⇒ *Wat? → Hoe komen ze in het begin beginnen? → de aanmeldingsklachten zijn vaak belangrijk; waar de focus ligt kan nog wel veranderen → soms discrepanties in de aanmeldingsklachten tussen verschillende personen (vb. ouders en puber)*
- ⇒ *Net nu? → wat is de reden dat iemand juist nu komt? → vraag peilt naar crisis, verergering van de klacht → als mensen grip hebben op de situatie nemen ze niet de stap naar therapie → zijn er bepaalde deadlines? (vb. partner zegt: “als je niet in therapie gaat dan ga ik bij je weg” → goed om te weten dat het ergens gedwongen is)*
- ⇒ *Hier? → is deze setting de juiste voor deze persoon? → moet de persoon vb. opgenomen worden? → is er al eerdere hulpverlening geweest? Het is zeer goed om te weten welke therapie eventueel al gefaald heeft; dit bepaalt jouw aanpak*
- Concretisering klachten en ruimere context patiënt
 - Vanuit beleving van patiënt
 - Correcte interpretatie? Genoeg aansluiten bij leefwereld cliënt
 - Welke klachten naast de aanmeldingsklacht nog aangegeven door de cliënt? Inventariseer moeilijkheden, klachten, problematisch gedrag (systematisch, exhaustief, tegenstellingen) + sterktes en wanneer probleem niet optreedt
 - Invloed van en op hele functioneren: partner, kinderen, familiaal, werk, vrije tijd, vrienden, financieel, woning → Hoe tevreden is men met diverse levensterreinen?
- ⇒ *Vanuit beleving patiënt → dit wil niet zeggen dat hij het gesprek moet leiden → jij moet informatie verzamelen en niet te veel aangeven; je moet info krijgen zoals de patiënt het percipieert → je moet de informatie niet teveel sturen; je moet kijken waar de patiënt de focus zelf op legt*
- ⇒ *Correcte interpretatie? → actief in de leefwereld van de cliënt stappen om te kijken wat er bedoeld wordt met wat de patiënt zegt → vb. “ik voel me niet goed” ; hoe dan, wanneer het ergst,...*
- ⇒ *Welke klachten nog? → mensen praten niet makkelijk over dingen waar ze zich misschien over schamen → probeer daar wat ruimte voor te maken door te vragen of er nog dingen spelen*



1.2.2 Klachtenanalyse – verhelderend cliëntperspectief

- Ontwikkelingsgeschiedenis en verloop van de klachten
 - Beeld vormen van globale persoonlijke ontwikkeling en ontwikkeling van de klacht
 - Omtrent persoonlijke ontwikkeling:
 - Jeugd, school, sociale relaties, intieme relaties, relevante gebeurtenissen en transitie fases (tijdsas)
 - Omtrent klacht:
 - Begin en interpunctie, variabiliteit qua intensiteit en frequentie, betrokken bij de klacht en situaties, familiale antecedenten (genogram), hulpverleningsgeschiedenis, escalerend verloop + klachtvrije periodes (tijdsas)
- ⇒ *Je moet de klacht van de persoon gaan kaderen → veel klachten ga je pas begrijpen als je iemands ontwikkelingsgeschiedenis kent = heel verhelderend → waarom heeft zoiets zo'n grote impact op die persoon? = de sleutel tot begrip*
- ⇒ *Je moet dit doen in functie van de klacht → vb. faalangst op school → dit bevragen*
- ⇒ *Je moet ook in kaart brengen wat de sterktes van de persoon zijn en wanneer het probleem niet optreedt → waar zijn de klachten begonnen, fluctueren ze, wat zijn de mechanismes die erbij betrokken zijn,...*
- Hanteringsgedrag en sociale ondersteuning
 - Copingsmechanismen?
 - *Situatiegericht gedrag:*
confrontaties / actief aanpakken vs. vermijding / niets doen
 - *Beïnvloeden van perceptie en evaluatie:*
Optimisme / aanvaarding / berusting vs. pessimisme / rumineren
 - *Spanningsreductie:*
Via palliatief gedrag (afleiding zoeken, drank)
 - *Uiten van emoties en afreageren van spanning:*
Constructief vs. niet-constructief

- ⇒ Veel onderzoek naar copingmechanismen → speelt een rol in de reden waarom bepaalde problemen verergeren
- ⇒ Situatiegericht gedrag → actief aanpakken of weglopen
- ⇒ Beïnvloeden perceptie en evaluatie → zijn mensen heel optimistisch of eerder pessimistisch en rumineren ze?
- ⇒ Spanningsreductie → afleiding doormiddel van drank en drugs?
- ⇒ Uiten van emoties en afreageren van spanning → sociale steun? Opkroppen van gevoelens?

- Sociale ondersteuning?
 - Wie is beschikbaar, wanneer? Waarom bepaalde mensen niet? Invloed op het probleem?

⇒ *Hoe meer hier zit, hoe minder je daar hoeft te doen vanuit professionele hulpverlening* → zeker in ambulante context belangrijk; maximale autonomie → hoe meer in eigen omgeving hoe beter

- Hanteringsgedrag en sociale ondersteuning
 - Wat is perceptie van controle en hantering?
 - Locus of control: intern of extern
= de mate waarin men denkt zelf controle te hebben over de klacht (niet de oorzaak!!), vb. "medicatie helpt niet"
 - Op welke manier is men in het verleden ermee omgegaan? Waartoe hebben de verschillende hanteringingen geleid, wat zijn de uitkomsten?

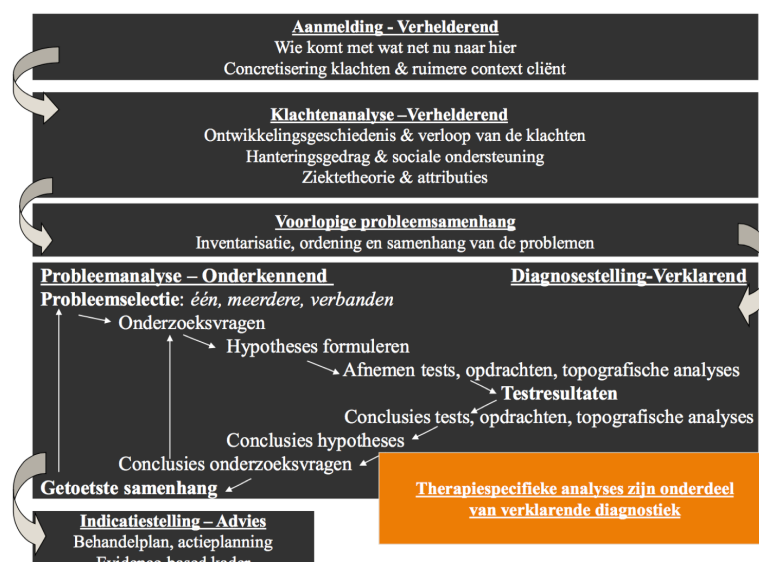
⇒ *Locus of control intern* = "ik ben de reden dat het huwelijk ten onder is gegaan"

- Ziektetheorie en attributies
 - In welk kanaal worden de klachten gepresenteerd?
 - Cognitief (vb. dwanggedachten)
 - Fysiologisch / emotioneel (vb. hartkloppingen)
 - Gedragmatig / motorisch (vb. slaan)
 - Genezingsstheorie: wat verwacht de cliënt van de hulpverlener? Welke hulpvraag?
 - Causale attributies:
= subjectieve toewijzing van oorzaak → oorzaken die mensen toeschrijven aan eigen en andermans gedrag

⇒ *De klacht heeft meestal consequenties op al deze vlakken* → maar bepaalde klachten worden vooral gepresenteerd op een bepaald gebied → lacunes, stukken die missen, of zaken meer in de verf zetten

⇒ *Genezingsstheorie* → hoe denkt de cliënt dat naar de psycholoog gaan iets zal veranderen? → soms hebben mensen hier heel specifieke ideeën over → hierop inhaken of kijken of er problematische aspecten in zitten

⇒ Causale attributies → functioneel bewerkbaar → soms nodig voor er iets gedaan kan worden



1.2.3 Voorlopige probleemsamenhang

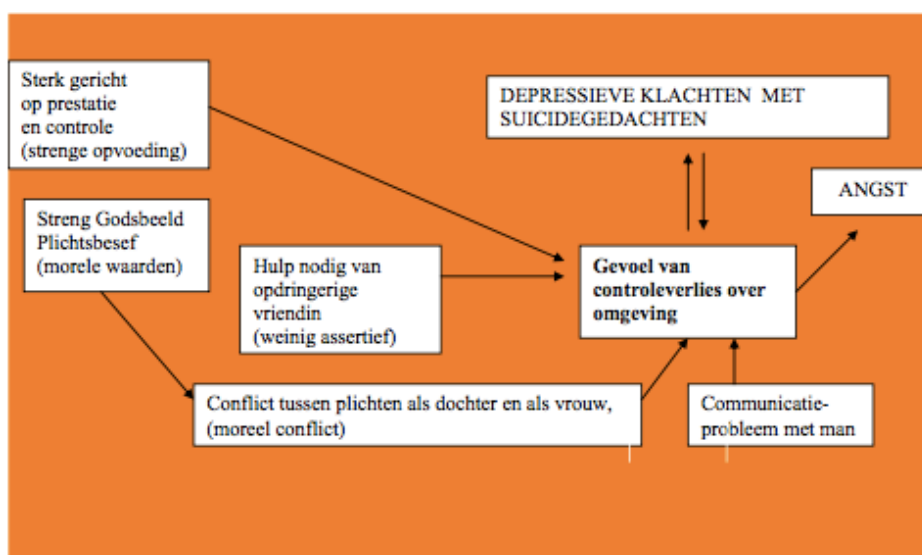
- Model waarin op overzichtelijke wijze kennis over patiënt met problemen en leergeschiedenis wordt weergegeven
 - Poging om samen met cliënt op eenzelfde manier naar de problemen te kijken
 - Voorlopige probleemsamenhang:
 - = eerste veronderstellingen: inventarisatie, ordening en samenhang van problemen op basis van beschikbare gegevens uit aanmelding, ruimere context, ziektheorie, ontwikkelingsgeschiedenis
 - Getoetste probleemsamenhang
 - = aanpassing voorlopige probleemsamenhang op basis van gegevens uit diagnosestelling, metingen en opdrachten; na toetsing en het doorlopen van de empirische cyclus → *na toetsing hier meer durven diagnose inzetten, meer zekerheid*
- ⇒ *De voorlopige probleemsamenhang (VPS) is vooral een denkinstrument in eigen hoofd → maar je kan het ook gebruiken met de cliënt om op dezelfde manier naar het probleem te kijken; wat klopt er wel en wat niet?*

Werkwijze?

- Opbouw op grond van gegevens van cliënt
 - Aangevuld met therapeutische veronderstellingen, die beargumenteerd moeten worden, operationaliseerbaar zijn en in therapie onderzocht moeten worden (literatuur, onderzoek)
- ⇒ *Liefst meetbare en operationaliseerbare dingen → heb je het bij het rechte eind in plaats van vage constructen*

- Opstellen lijst met klachten, probleemgebieden, determinerende variabelen
 - Los van belang of centraliteit
 - Geen syndromen
- ⇒ *Niet te snel in DSM-categorieën kijken* → je moet kijken welke klacht de andere beïnvloedt in plaats van ze onder één diagnose te groeperen → vb. slaapproblemen; moe na het werk, commentaar geven, lager zelfbeeld, somber in plaats van direct zeggen dat men depressief is
- Op grond van verhaal cliënt klachten/probleemgebieden clusteren
 - Verifieerbare clusters
 - Kan nog zeer uitgebreid zijn: grondige analyse tijdens hypothesetoetsing

Illustratie: Martine



⇒ *Vragenlijstdiagnostiek richten op individuele cliënt* → als je meer brede-schaal-screening wil doen, kan je dat wel → maar je moet zeker kijken naar het individu

Nut?

- Poging op relaties tussen probleemgebieden samen te vatten in een schema
 - Kan je het logisch in elkaar puzzelen?
 - Welke dingen snap je nog niet zo goed?
- Veronderstellingen op basis van verzameld materiaal
- Samenvattende structurele organisatie als basis voor opdrachten, vragenlijsten, tests en vragen tijdens gesprekken
 - Heel belangrijk bij complexe problemen → overzicht!
- Overzichtelijkheid in relatief complexe problematieken, voor cliënt en therapeut
- Inzichtsverhogend en dus motiverend voor cliënt (!!!)
 - Bos door de bomen zien als cliënt
 - Cognitieve herstructurering → op een andere manier kijken naar de dingen die gebeurd zijn

- Therapeutische waarde: eerste vorm van cognitieve herstructurering en re-attributie

VPS bespreken, samen met cliënt

- Eenvoudig, kort en duidelijk
- Vraag naar mening cliënt
- Functie voor cliënt?
 - Klacht wordt oplosbaar: leg nadruk op veranderbare variabelen
 - Minder ervaren hulpeloosheid
 - Inzicht in (ontstaan en instandhouding) probleem
 - Wijze van denken (geen chaos of generalisaties)

⇒ *Het staat altijd in functie van je handelen → het moet een meerwaarde zijn voor de cliënt*

1.3 Casusvoorbeelden: Kristien en Shari

1.3.1 Kristien

Casus

Kristien werd doorverwezen door psychiater en ze heeft dwangklachten. Psychiater schrijft een brief: dwangklachten lang aanwezig en ze zijn momenteel erg, al sinds geboorte van haar zoon.

Kristien is ongeveer 40 jaar en werkt in de schoonheidssector. Ze is heel chique gekleed en geschminkt. Ze heeft een soort piepstemmetje en is vrouwelijk. Ze lijkt perfectionistisch en komt een beetje immatuur over. Ze vertelt dat ze al heel haar leven last heeft van dwangklachten. Het is begonnen toen haar moeder haar oma verzorgde en zij een jaar of vijf was. Haar moeder deelde veel info over de gezondheidsdingen. Maar, wat de moeder niet wist, is dat dochter veel rituelen had om ervoor te zorgen dat er niets slecht ging met oma.

Kristien is naar goeie mensen geweest in vroegere hulpverlening, maar ze zijn net zo ver gekomen dat ze stopt met de dwangklachten. Ze heeft een kindje van iets onder de één jaar. Ze zegt dat haar dwang dan volledig is gaan staan op het 'moeder zijn'. Tijdens de bevalling en de periode daarvoor had ze veel twijfels of ze wel een goeie moeder ging zijn. Tijdens de bevalling zelf was ze heel in paniek en de dokters konden haar moeilijk kalmeren → gedissocieerd tijdens bevalling. De dagen erna was het een ramp. Sindsdien is ze daar heel veel mee bezig en geraakt dat niet los.

Ze is nu continu bezig met haar kind, kijken of er geen risico is of gevaar en of ze het wel goed doet als moeder. Ze is bang dat de papfles niet proper is en dergelijke. Ze moet het altijd super doen en ze gaat daar veel te ver in. Ze zit het kind constant te betuttelen en lief doen, ze mag zich nooit kwaad voelen naar kind toe. Haar vriend is nogal eisend en heeft hoge standaarden. Hij wordt zot van de manier waarop ze met kind omgaat. Ze excuseert zich ook veel naar kind toe: "sorry dat je zo'n mama hebt". Ze heeft soms beelden dat ze hem iets aandoet en zo en dan gaat ze naar de andere extreme kant met hem. Ze voelt zich afschuwelijk over die beelden. Ze is doodop want ze werkt ook heel veel. Ze gaat richting de depressieve kant en ziet er geen uitweg meer. Ze voelt haar heel hopeloos als ze bij Ernst binnenkomt. Over die nare gedachten dat ze het kind iets aandoet zegt ze echt niets tegen niemand. Ze heeft het pas na een paar sessies kunnen zeggen tegen haar vriend.

Lijst klachten / relevante factoren

- Dwanggedachten
 - Checken hoe ze zich voelt ten opzichte van het kind → ze MOET positieve dingen denken als ze bij hem is
 - “Ik zou me nu toch wel beter moeten voelen?”
 - Groot probleem voor haar!
- Dwanghandelingen
- Perfectionisme
- Twijfel over moederschap
- Dwang geheimhouden
- Vermoeid
- Hopeloos

VPS

Perfectionisme → perfecte moeder MOETEN zijn → “wat als ik geen goede moeder ben?” → vraag naar het tegenovergestelde → gevoelsmonitoring (ik MOET op alle momenten voelen dat het oké zit) en onrust en spanning → onhaalbare eis (als mama moet ik continu voelen dat dat geweldig zit) → gevoel is onvoldoende/onbeschikbaar → “wat als ik geen goede moeder ben?” → waakzaamheid; checken; afschuw en schaamte → mislukt; niemand vertellen

“Wat als ik een slechte moeder ben” = twijfel → “ik ben een slechte moeder “ = overtuiging doordat het gevoel onvoldoende/onbeschikbaar is → alles wordt nog versterkt.

Wat te doen?

“Ik ben een slechte moeder” aanpakken, dan ziet de cyclus er al helemaal anders uit
Het idee dat je je altijd perfect moet voelen aanpakken. Doordat ze zich zo schaamt vertelt ze het aan niemand en staan haar voetjes niet op de grond, anderen kunnen haar niet geruststellen zo

In therapie heeft Ernst eerst gevraagd aan haar om aan tien moeders te vragen (zonder iets over haarzelf te vertellen) of zij hun kinderen soms achter het behang willen plakken → ze zeiden allemaal “ja” → Dit was voor haar al echt zuurstof.

Ze hebben ook veel gewerkt over wat dwang is en wat dwang inhoudt: dwang is iets voor mensen die het heel goed willen doen, want ze zegt ook wat je slecht zou kunnen doen als een duiveltje op je schouder.

Gevoelsmonitoring: ze zegt dat haar relatie snor zit, ernst vraagt haar of ze altijd voelt dat ze hem graag ziet en daar altijd bewust over is → ze zegt van niet → Dit is interessant voor de moeder-kindrelatie → maak analogie

1.3.2 Shari

Casus

Shari komt bij Ernst, ook vanuit psychiatrie. Ze is een paar keer opgenomen geweest. De eerdere opnames waren voor suïcidepogingen (vier keer, allemaal met medicatie). De psychiater denkt dat het een borderliner is. Ze heeft echt nood aan een heel goede ambulante begeleiding met heel goede begeleiding. Tijdens de opname was de psycholoog

ervan overtuigd dat het een ernstig beschadigd meisje is met een verleden van fysiek en seksueel misbruik van de vader en een weinig ondersteunende moeder. Shari zegt zelf dat er echt iets moet veranderen, haar zelfmoordpogingen zijn altijd heel intens en in een bepaald moment. Ernst was na het eerste gesprek toevallig twee weken op vakantie. Shari zegt dat haar probleem zich sterk speelt in relaties met anderen, voornamelijk met haar vriend Bobby. Het is een echte knipperlichtrelatie waarin ze bevestiging zoekt en dan een maand hem negeert. Er is een machtsspel aan de gang binnen de relatie. Ze is één van de liefjes van Bobby. Het ene moment wil hij seks, maar de ochtend erna wordt ze vernederd door hem. Op het vlak van seksualiteit bepaalt hij alles en zij niets: hertraumatisering. Ze zegt dat ze niet met hem kan maar ook niet zonder hem. Hij is wel een belangrijke reden waarom het zo slecht gaat. Shari werd erg gepest tijdens haar opleiding en is ermee gestopt. Ze is 19 jaar. Ze heeft periodes waarin ze niets doet en niets wil doen en niet uit bed wil komen. Haar functioneren is heel ernstig beperkt.

Wat nu?

- Waar gaan we op letten?
 - De reden waarom ze nu is gekomen? Ze zegt dat het echt niet gaat en het risico op suïcide is heel groot.
 - Waren de suïcidepogingen altijd samen met de jongen of ervoor ook? → Suïcidepogingen zijn niet altijd gelinkt aan Bobby, soms wel. Pogingen zijn van anderhalf jaar. Ervoor kraste ze.
 - Wie heeft ze als steun? Soms Bobby, soms haar moeder. De zelfmoordmedicatie pakt ze van haar moeder. Ze heeft één goede vriendin.
 - Zelfbeeld? Kan heel centraal zijn hier!
 - Trauma?
 - Acut suïciderisico!!!!!! Ernst gaat nu op reis → veiligheid is altijd eerst!!!! De prioriteit is dat je haar de tweede sessie gaat terugzien omdat ze nog leeft! Duidelijk maken dat er een kant is van haar die het heel zwaar heeft, tegelijkertijd zit ze hier en is ze gekomen en was ze heel open → een stuk van jou wil het maken → zien dat we er iets van KUNNEN maken. Suïcidepoging in opwelling is heel tricky. Ernst vraagt wat de toegang is tot de zelfmoordmedicatie, ze zegt dat ze er meteen aankan bij moeder thuis. Ernst heeft moeder op vriendelijke maar duidelijke manier gebeld dat de medicatie weg moet! Shari vragen welke medicatie ze wil gebruiken → bij Ernst komen inleveren.

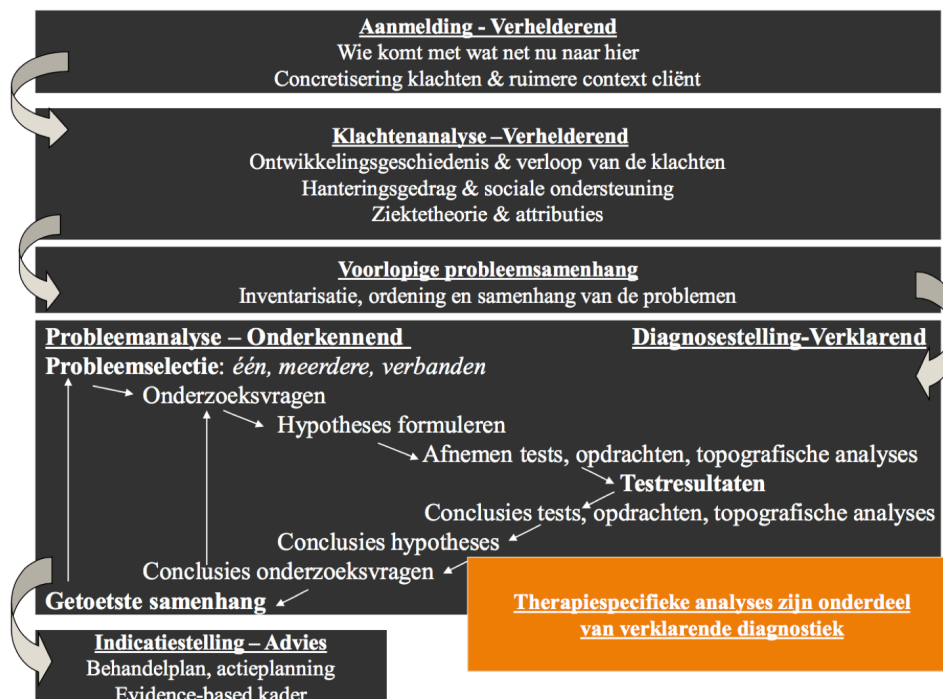
1.4 Model voor probleemidentificatie (vervolg)

Even herhalen:

- ⇒ *We denken meestal niet echt in grote DSM stoornissen*
- ⇒ *In het voorbeeld van Shari is dit belangrijk → moeite met emoties onder controle krijgen, suïcide gedachten, laag zelfbeeld,... → op het moment dat je zo'n probleemsamenhang hebt kan je gaan nadenken over functionele relaties tussen zaken uit het verleden (vb. geleerd dat er geen rekening wordt gehouden met haar grenzen,...) → je kan gaan nadenken over wat mogelijke mechanismen zijn → op het moment dat je hier puur een diagnostisch label in zou plakken (vb. borderline) dan heb je veel minder zicht op wat wat aan het triggeren is → een label is zinnig om te gaan kijken waar je op kan gaan letten, maar tegelijkertijd heb je de VPS nodig om te kunnen kijken waar je nu juist rond kan werken*
- ⇒ *Vb. in de context van Shari → ze studeert niet meer, ligt heel de dag in bed, heel weinig sociaal contact en sociale steun,... → op het moment dat je in je hoofd die*

VPS maakt, kan je meteen gaan nadenken wat je bij haar nodig hebt → op basis van de VPS kan je gaan nadenken over wat hier het meest verstandige is om naartoe te gaan werken → vb. niet meteen beginnen werken rond trauma, want ze is nu al heel overweldigd door emoties, er is nu al geen structuur om op terug te vallen → eerst zorgen voor veiligheid, stabiliteit en het feit dat de hertraumatisering met haar vriendje voor een stuk stopt

- ⇒ Dit soort zaken kan je op basis van de VPS al voor een stuk gaan zien → dit kan betekenen dat je op basis van die ideeën beslist om te wachten met het zware emotionele werk en eerst zorgen voor damage control en een stukje stabiliteit en structuur inbouwen
- ⇒ Ten tweede moeten we ook haar vriendje wat in vraag gaan stellen → samen met haar gaan kijken wat die relatie juist is en wat het met haar doet
- ⇒ Je moet dus niet wachten tot alles compleet is, maar onmiddellijk actie ondernemen
- ⇒ Het is nog altijd maar een hypothese, maar tegelijkertijd laat het je wel toe om te weten waar je rond kan gaan werken en waar je nog te weinig informatie hebt



- ⇒ Je moet probleem-onderkennend en verklarend werken
- ⇒ Vb. iemand met een autisme stoornis → je moet heel zeker zijn dat dit het geval is
- ⇒ Je kan ook mensen gaan vergelijken met normgroepen → extra interessante informatie

1.4.1 Onderkennende – verklarende fase; expertperspectief

- Onderkenning = objectiveren van klachten en problemen
→ toetsen van aanwezigheid en ernst van probleem
- Verklaring = objectiveren van verbanden tussen problemen
→ verduidelijken van relaties tussen problemen (omdat, doordat)

- Lopen door elkaar
- ⇒ *In de praktijk ga je heel vaak zien dat onderkennen en verklaren heel vaak door elkaar loopt → iets zeggen over de ernst van het probleem zegt vaak ook al veel over wat er juist aan de hand is*

Probleemanalyse – onderkenning

- Objectief vaststellen: is het probleem aanwezig?
 - Uit welke elementen bestaat het probleem? In detail inventariseren
 - Wat is ernst/intensiteit van probleem?
 - Syndroomverwantschap: literatuur raadplegen
 - Met aandacht voor problemen en mogelijkheden
- ⇒ *Bij de onderkende fase heb je ook vaak instrumenten die toelaten om een onderscheid te maken tussen de verschillende delen van een probleem*
- ⇒ *Syndroomverwantschap → voor de onderkende diagnostiek moet je toch wel iets kennen van de DSM5 → als je hier niets weet van syndromen dan ga je het simpelweg niet zien → op het moment dat je de verschillende mogelijkheden niet kent, kan je er ook geen diagnostiek naar doen → er zijn soms ook verklaringen die niet zo heel vaak voorkomen, maar waar je toch weet van moet hebben (vb. schildklier functioneren → depressie)*
- ⇒ *De primaire focus ligt op het nakijken van wat men kan gaan doen → ook belangrijk om te kijken wat de mogelijkheden, en de sterktes en zwaktes zijn*
- Probleem meetbaar maken
 - Variabele selecteren
 - Onderzoeksvraag: algemeen: “heeft Tim last van verhoogde angst? Is de van Tim eerder ‘afwezig’?”
 - Hypothese: specifiek en toetsbaar
 - Vb. Angst en spanning uit zich bij Tim vanuit een gevoeligheid hiervoor
 - Klachtenlijsten (baseline evaluatie), observatie, gestructureerd interview, registratie-opdrachten (situatie, gedachten, gevoelens, gedrag en reactie omgeving), neuropsychologisch onderzoek, testmateriaal
 - Trait benadering, dimensioneel vs. DSM, categoriaal
- ⇒ *Heel veel van de zaken die aan de oorzaak kant liggen ga je vaak niets van vaststellen → het gaat om de zaken waar je een duidelijk beeld van kan kragen van hoe het aanwezig is en wat de sterkte ervan is*
- ⇒ *Vb. persoon gebruikt alcohol als coping strategie → zo'n dingen zijn ook belangrijk om vast te stellen*
- ⇒ *Je selecteert variabelen en kijkt wat je onderzoeksvraag is en wat binnen je model de hypothese is*
- ⇒ *De belangrijkste methodes:*
- *We gebruiken vaak klachtenlijsten → gebruiken we vaak als baseline, om te weten waar we juist starten en om later te kunnen zien hoe veel het al heel opgeleverd*
 - *Observatie → vb. bij sociale angst op school gaan observeren hoe de interactie met klasgenoten verloopt → dit is ook een goed voorbeeld van waar je niet alleen onderkende maar ook verklarende zaken zal zien*
 - *Gestructureerde interviews → om de betrouwbaarheid van de vaststelling te verhogen*

- Registratie-opdrachten → wanneer mensen moeten registreren hoe vaak iets voorkomt, krijg je vaak betere informatie → dit kan ook voor de persoon zelf motiverend werken → als mensen het zelf hebben geregistreerd zijn ze er meer bij betrokken
- Neuropsychologisch onderzoek → Je hebt hier heel veel testmateriaal (COTAN raadplegen) → hier zie je dat er in plaats van een vastgesteld vragenlijstpakket er veel specifiekere gezegd zal worden wat je moet onderzoeken en wat je registreert

Diagnosestelling – verklaren

- Verband tussen meerdere variabelen toetsen (pijl): causale relatie toetsen
 - Wat zijn de voorbeschikkende, uitlokkende, instandhoudende en beïnvloedende factoren?
 - Gedragsexperimenten, registratie-opdrachten, observatie en gestructureerd interview
 - Theorieën rond psychopathologie
 - Vb. laag zelfbeeld en depressie, aandachtsvertekening en angst
- ⇒ Verklaren is het moeilijkste stuk van de twee → je krijgt te maken met causale relaties die heel veel verschillende vormen kunnen aannemen
- ⇒ Je gaat kijken naar wat de belangrijkste uitlokkende en instandhoudende factoren zijn in het hier en het nu → kijken wat belangrijke triggers en instandhoudende mechanismen zijn
- ⇒ Allereerst heb je al simpelweg een levensgeschiedenis → vb. “de klachten zijn ontstaan na het overlijden van mijn opa” → dan heb je dus al iets aan oorzaken → het interview is dus het eerste ding waar je veel op baseert
- ⇒ Vaak zie je dat wanneer je een VPS maakt je zal opmerken dat je op bepaalde vlakken te weinig informatie hebt → het gesprek is dus zeker een valide methode
- ⇒ Ten tweede kunnen we ook gedragsexperimenten gaan doen → kijken wat er gebeurt als je een bepaalde factor toevoegt of afwezig houdt
- ⇒ Observatie kan heel erg interessant zijn → zeker mensen laten tonen hoe ze iets bepaald doen kan zeer interessant zijn → als je iets kan zien met je eigen ogen kan je ervan bijleren → vb. koppel dat begint de discussiëren in therapie; zo kan je zien wat er juist allemaal fout gaat
- ⇒ Er zijn ook allerlei theorieën rond psychopathologie die je kunnen helpen nadenken over bepaalde mechanismen → tegelijkertijd is het natuurlijk niet zo dat iemand perse moet voldoen aan de theorieën
- ⇒ Zie eerder voorbeeld Kristien rond “de perfecte moeder zijn” → wat kunnen we doen?
- Je kan gaan kijken hoe de vrouw met andere vrouwen spreekt over het moederschap en of dit een invloed heeft
 - Kijken waar het perfectionisme nog speelt
 - Je kan ook rond de onrust en spanning gaan kijken of er vb. ademhalingstechnieken e.d. zijn om aan te leren → maar je moet dan ook goed weten of die onrust en spanning wel de boosdoener is → bevragen wat er vooraf gaat aan de momenten waarop dit aanwezig is
 - Je kan vb. ook een gedragsexperiment doen → de vrouw doen focussen op hoeveel liefde ze voelt voor haar kind → de dag erna de vrouw de gedachten doen focussen op eender wat maar juist niet haar kind → perfecte test om te kijken of het verhaal klopt, kijken of het echt zo werkt → de uitkomst van het experiment maakt eigenlijk niet zoveel uit, maar we kunnen er van leren of het effectief zo is → ze zelfverving kan een groot verschil uitmaken

1.4.2 Getoetste probleemsamenhang

- Aanpassing van de voorlopige probleemsamenhang
- Welke veranderingen moeten aangebracht worden aan de voorlopige probleemsamenhang:
 - Moeten elementen toegevoegd worden?
 - Moeten elementen (klachten/pijlen) wegvallen op basis van verklaring en onderkenning?
 - Hoe kan ik het voorlopige schema overzichtelijker maken, beknopter voorstellen?
 - Syndromen en clusters vormen
- Bespreken met cliënt

⇒ *Dan komen we aan een wat meer getoetste probleemsamenhang*

⇒ *Een aantal van de kern ingrediënten voor de cliënt heb je nu echt duidelijk in beeld → je kan nu op een wat meer verantwoorde manier aan de gang*

⇒ *Heel vaak is dit nog steeds niet de perfectie → het kan zijn dat er nog dingen veranderd moeten worden, etc.*

⇒ *Self-distancing = wat gebeurt er als je over jezelf gaat nadenken in derde persoon → dit is een klein beetje wat er ook met je cliënt gebeurt → in plaats van samen te vallen met emoties en overweldigd te worden begint de cliënt juist te snappen waarom men hierin is geraakt en wat men moet doen om eruit te geraken*

1.4.3 Indicatiestelling – advies

- Welke interventiestrategieën zijn het meest aangewezen zijn bij specifieke cliënt (evidence-based)
- Probleem selecteren uit GPS: in samenspraak met cliënt
- Op basis van causaliteitsrelaties nagaan wat gevolgen zijn voor functioneren indien een klacht zou wegvallen (homeostase systeem)
- Belangrijke afwegingen bij keuze problemen:
 - Veranderbaarheid
 - Ernst en urgentie (aanmeldingsvraag?)
 - Centraliteit in de GPS
 - Behandelbaarheid, interventiemogelijkheden (keuze andere routes)
 - Contra-indicaties (leeftijd-draagkracht-verbale mogelijkheden)
 - Kans van slagen, motivatie cliënt?

⇒ *Hier ga je moeten kijken welke interventies je nu best kan doen bij je cliënt op basis van de diagnostiek*

⇒ *De meeste evidence-based behandelingen bestaan uit behandelpakketten → je gaat kijken in relatie tot je cliënt of het dezelfde mechanismen zijn die spelen → match maken tussen wat op groepsniveau het meest ondersteund is en wat je bij je eigen cliënt gevonden hebt*

⇒ *Vb. Shari → op het moment dat je iets gaat doen rond traumaverwerking kan je meteen zien dat je in het suïciderisico zit door de overweldigende emoties → dus moet je gaan kijken wat je dan wel kan doen ter vervanging*

⇒ *Ernst en urgentie → soms kan het zijn dat je aandacht hier als eerste naartoe moet gaan*

⇒ *Centraliteit → heel vaak zie je dat als je de VPS maakt dat je klachten hebt die wat meer bijkomend zijn en andere klachten die meer centraal zijn → als je rond de centrale zaken gaat werken zullen er vaak een aantal bijkomende problemen verdwijnen → vaak zit je hier wel met factoren die niet direct veranderbaar zijn; in dat*

geval kan je gaan kijken naar de zaken die daarop inwerken en die wel veranderbaar zijn → veranderingen in therapie kan je zien als een paardenmolen = op het moment dat je de molen in gang zet komt de rest wel mee

- ⇒ *Contra-indicaties → vb. Shari ; werken rond trauma is gecontra-indiceert want het is te vroeg*
- ⇒ *Therapie interfererend? → als bepaald gedrag interfereert met de therapie moet je dit eerst aanpakken voor je aan de therapie kan beginnen (vb. patiënt met depressieve klachten die de eerste sessie komt opdagen, heeft een heel goed contact, en komt de tweede sessie dan plots niet meer opdagen → de persoon zit door zijn klachten zo vast dat hij niet meer in beweging geraakt → dan moet je eerst gaan kijken hoe je de persoon kan helpen om de stap naar de therapie te kunnen maken)*

1.4.4 Doelstellingen

- Doelstellingen zijn belangrijk om tot indicatiestelling te kunnen komen
- Concreet formuleren, samen met cliënt (referentiepunt evaluatie!!!)
- Realistische doelen, tijdselement (korte en lange termijn; vb. binnen twee weken vermindering slaapproblemen), (negatieve) gevolgen van doel
- Doelstellingen kunnen veranderen in loop van behandeling
- Veranderen vs. aanvaarden:
 - Individueel: met zichzelf leren leven
 - Relationeel: met verschil leren leven (staken van gevecht om elkaar te veranderen)
 - Aanvaarden is actief werken en minstens even moeilijk als veranderen
- ⇒ *Het zetten van duidelijke doelstellingen lijkt heel logisch, maar het is echt wel een heel essentiële stap → je moet het expliciet hebben over doelstellingen*
- ⇒ *Je bevraged doelstellingen aan het begin zodat je weet of het binnen jouw wijze past*
- ⇒ *Op het moment dat je aan diagnostiek hebt gedaan en je weet aan welke variabelen je wil gaan werken, is het opnieuw heel belangrijk om de doelstellingen vast te stellen en te weten hoe de cliënt dat juist ziet*
- ⇒ *We moeten weten wat de realiteit is van de doelstellingen die de mensen hebben → als deze niet realistisch zijn moet er hier wat aan geschaafd worden → als dingen heel onduidelijk zijn, dan zie je vaak dat je als therapeut aan het werken bent in de therapie en je niet zeker weet of dat waar jij naartoe aan het werken bent ook dat is wat de cliënt voor ogen heeft*
- ⇒ *Er zijn vaak ook onrealistische verwachtingen over het tijdsverloop waarin dat gerealiseerd moet worden → op het moment dat je ziet dat er heel grote discrepanties zijn, is het veel beter om hierover te praten en samen te kijken wat je kan gaan doen → afhankelijk van de problematiek kan je mensen een beeld geven over hoe lang de therapie zou duren*
- ⇒ *De doelstellingen kunnen veranderen doorheen de behandeling → vb. nadat we iets zinnigs gedaan hebben en er verandering is, kan het zijn dat mensen het willen hebben over iets wat ze nog niet vermeld hadden*
- ⇒ *De doelstellingen hoeven niet altijd te maken te hebben met verandering → het is van belang om na te kijken of er iets is waarmee we veranderingsgericht kunnen werken*
- ⇒ *Aanvaarden is in veel contexten even actief werken als veranderen*
- ⇒ *Naar verandering toe is aan observaties doen altijd wel verstandig → vb. iemand heeft depressieve symptomen, je hebt diagnostiek gedaan en je bent aan goede therapie aan het doen met de persoon; op een bepaald moment kan de persoon het gevoel krijgen dat het niet echt meer zinnig is, kan het handig zijn om duidelijke*

informatie te kunnen geven over het feit dat te persoon echt al wel vorderingen heeft gemaakt

1.4.5 Indicatiestelling – behandeling

- Advies, psycho-educatie, doorverwijzen, behandeling
 - Concreet overlopen met cliënt
 - Meest effectieve, bruikbare interventie selecteren
→ onderzoeksgegevens raadplegen en interpreteren

 - Interventie correct toepassen:
 - Handboeken met evidence-based protocollen en handleidingen
 - Bieden leidraad, richtlijn MAAR flexibiliteit bij toepassing

 - Evaluatie:
 - Registratie (turven, VAS, dagboek)
 - Evaluatie non-specifieke vaardigheden: bandopname gesprekken (of supervisie)
 - Naast productevaluatie is ook procesevaluatie zinvol
- ⇒ *Het is belangrijk dat de cliënt mee in dezelfde richting zit als de therapeut*
- ⇒ *Psycho-educatie is ook zeer belangrijk → als je dit met twee doet blijft het vaak beter hangen dan wanneer je dit met de cliënt alleen doet → de partner erbij betrekken kan dus zeker een positieve invloed hebben*
- ⇒ *Vb. man met alcoholprobleem en wil dit niet inzien → criteria uit DSM erbij nemen en wijzen op het feit dat hij wel degelijk een probleem heeft → bij een partnersgesprek kan je wijzen op wat de implicaties kunnen zijn voor de relatie*
- ⇒ *Net als bij een medische procedure heeft de cliënt recht op inzicht in wat je precies gaat doen → soort van informed consent → de cliënt moet ermee akkoord gaan*
- ⇒ *Interventies zijn zeer geschikt om na te denken over causale relaties, maar enkel wanneer de interventie goed toegepast wordt → de uitgebreide probleemsamenhang doen we dus ook een stuk om de slaagkansen van de therapie te verhogen*
- ⇒ *Maar zelfs met die hele achtergrond kan je bepaalde dingen nog steeds uitproberen ook al ben je niet helemaal zeker of het gaat werken → de protocollen boeken zijn hierbij heel zinnig → wel ga je nog steeds moeten kijken op basis van je individuele diagnostiek of het gepast is of niet*

1.4.6 Aandachtspunten

- Diagnostiek stopt niet na de diagnostische fase
 - Medisch model met inbegrip van common factors
 - Frank: demoralisatie → genereren van hoop
 - “Theory of hope” (Snyder et al., 2000): componenten van een hoop-genererende benadering:
 - 1) Het overzicht creërend kaderen van de problematiek op zo’n wijze dat er
 - 2) duidelijke doelen uit af te leiden zijn die
 - 3) met concrete strategieën stapsgewijs te bereiken zijn
- ⇒ *Diagnostiek stopt dus niet na de diagnostische fase!*
- ⇒ *Dit model van probleemidentificatie leunt wat aan bij een medisch model → het idee dat we hier ook hebben is dat hoewel de insteek te maken heeft met factoren die in*

- interactie gaan, is het nog steeds belangrijk om te werken met je common factors → je gaat hier maximaal van gebruik maken*
- ⇒ *Als je zo'n werkwijze gaat gebruiken doe je dit dus heel erg aandachtig naar die common factors → vb. Shari: op basis van het eerste gesprek moest je vrij veel dingen doen, maar tegelijkertijd leef je je wat in in de wereld van de persoon → dat model flexibel hanteren*
- ⇒ *Door het overzichtelijk te maken creëer je hoop → mensen gaan inzien waar het fout gaat*
- Discussie over de wetenschappelijkheid van diagnostiek:
 - Observatie zijn betrouwbaarder dan interpretatie
 - Openstaande vragen:
 - Wat is de predictieve validiteit van individuele probleemidentificatie?
 - Leidt individuele probleemidentificatie tot betere uitkomsten?
 - Leidt individuele probleemidentificatie tot een betere therapeutische relatie?
- ⇒ *Er zijn heel veel discussies over de wetenschappelijkheid van diagnostiek en zeker over modelmatig denken*
- ⇒ *Je moet heel veel weten over andere zaken ook en die zijn nog niet geweten → er is dus nog veel werk in onderzoek*
- ⇒ *In het onderzoeksveld is men bezig om op basis van dagboek methodes te kijken naar wat op een individueel niveau causale relaties zijn die getrokken kunnen worden → op basis van dit soort informatie geven zij aanwijzingen over wat er moet gebeuren in de transdiagnostische benadering → kijken hoe je de persoon kan matchen aan verschillende behandelmodules → op basis van die dagboek methodes krijg je betere behandelingen*

Hoofdstuk 3: Angststoornissen

⇒ *Hoofdstuk 5 in het boek (dit hoofdstuk moet volledig gekend zijn!)*

Leerdoelen

- Inzicht verwerven in de functionele aard van angst als emotie
- De verschillende componenten van de angstrespons kennen
- Risico op angststoornissen begrijpen vanuit een biopsychosociaal perspectief
- Inzicht verwerven in de psychologische theorievorming omtrent angst in relatie tot empirisch onderzoek

Studievragen

- Leg uit waarom er beperkte cognitieve controle is over angstresponsen vanuit (a) een evolutionair kader en (b) een biologisch perspectief
- Op welke wijze komt de relevantie van snel reageren op potentieel gevaar tot uiting op cognitief vlak
- Op welke manier heeft de opvoeding een belangrijke rol bij het ontwikkelen van angst
- Wat zijn de voor- en nadelen van extinctie als klinisch-analoog voor blootstelling

1.1 Beschrijvende kenmerken

- Onderscheid tussen “fear” en “anxiety”:
 - Fear = de directe emotionele reactie op een gepercipieerd gevaar
 - Anxiety = de gespannen anticipatie op een potentieel bedreigende gebeurtenis

⇒ *Het onderscheid tussen fear en anxiety is cruciaal*

⇒ *Fear = de gepercipieerde angst*

⇒ *Anxiety = het cognitieve element ervan*

1.1.1 Definitie “anxiety” (angst)

- De gespannen anticipatie van een bedreigende maar vage situatie of gebeurtenis, een gevoel van onaangename spanning
- De persoon heeft het moeilijk om de precieze oorzaak van de onaangename spanning te benoemen
- Diffuus, persistent, kan fluctueren qua ernst, vaak achtergrondgevoel
- Gekarakteriseerd door hoge vigilantie (waakzaamheid)
 - Ik heb het gevoel dat er steeds dreiging boven mijn hoofd hangt

⇒ *Soms is de oorzaak duidelijk, maar vaak is ze eerder diffuus*

⇒ *Het gevoel kan heel lang duren en wat heel essentieel is, is dat er een soort hypervigilantie ontstaat = steeds een gevoel van dreiging ervaren*

1.1.2 Definitie “fear” (angstreactie)

- Een emotionele reactie op een specifiek gevaar, een identificeerbare bedreiging (vb. slang)
- Intens, plotse hoge arousal, spoed,...
- Tijdelijk
- Gecontroleerd door bedreigende stimuli of gebeurtenissen
- Een fobie is een intense irrationele “angstreactie”

⇒ Centraal is de snelheid en intensiteit van het reageren

⇒ Zie je heel duidelijk bij fobieën en paniekreacties

⇒ De reactie staat vaak los van wat we bewust denken → *trekt zich er niet veel van aan*

1.1.3 Fear and anxiety

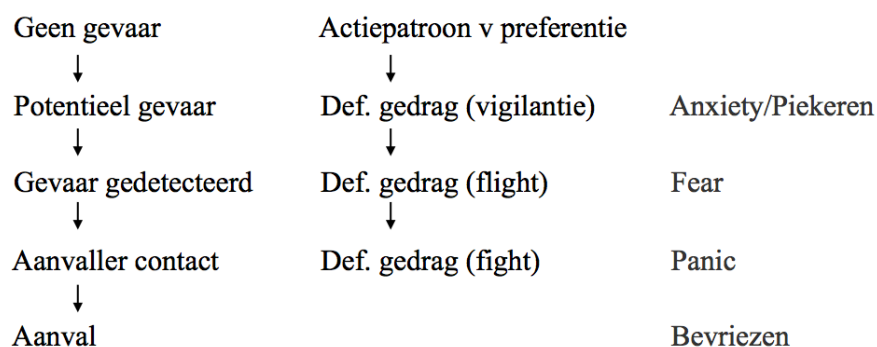
- Argumenten voor het onderscheiden fear/anxiety:
 - 1) Statistische analyse van angstvragenlijsten (fear en anxiety als factoren)
 - 2) Specifieke overerfbaarheid van verschillende vormen van angst
 - 3) Fear is een primaire (basis) emotie die niet onder cognitieve controle staat (limbisch systeem: o.a. amygdala);
 - Angst is een secundaire emotie die een sterke cognitieve component kent (frontale hersenstructuren)

⇒ Verschillend patroon van overerving → *belangrijk is de cognitieve controle, de cognitieve input*

⇒ Bij fear lijken de cognitieve processen eerder buiten spel te staan, terwijl bij anxiety het puur over cognitieve operaties gaat

1.1.4 Functie van fear and anxiety

- Beschermende motivationele toestanden die dienen om gevaar te detecteren en te vermijden
 - Overleving van het individu
 - Nabijheid dreiging bepaalt het type angstrespons



⇒ De emoties helpen om gevaar te detecteren, vermijden en overleven

⇒ Als we kijken naar de angstreacties is de nabijheid van het type angst zeer bepalend
→ op het moment dat er geen gevaar dreigt hebben mensen een actierespons van preferentie → maar wanneer er potentieel gevaar dreigt, krijg je wat meer agressief gedrag waarbij de vigilantie heel centraal staat (= piekeren over wat je moet gaan

doen) → op het moment dat je dan echt acuut gevaar detecteert, zal het gedrag omslaan naar flight, fight of freeze

⇒ Freeze is klinisch heel belangrijk → wanneer mensen trauma's hebben meegemaakt, zien we vaak dat ze zeggen "ik heb mezelf niet eens verdedigd" → dit komt door die freeze respons

⇒ Onderzoek: mensen in scanner doen geloven dat er een spin aan hun voeten wordt geplaatst → dan kijken wat de reacties zijn

1.1.5 Functie van fear-response

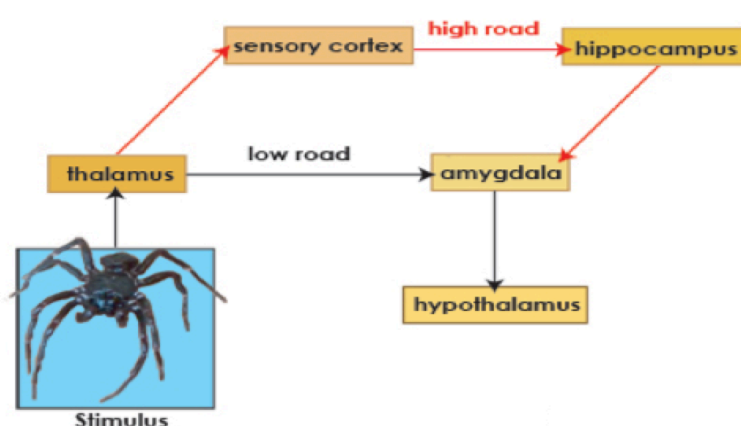
- Fear-respons gekenmerkt door een verhoogde autonome arousal om actieve coping te bevorderen
- Emotionele systemen georganiseerd rond actietendensen (Lang, Frijda)
 - Peter Lang:
 - Fysiologische veranderingen
 - Handelingen om aan de bedreigende situatie te ontsnappen of ze te vermijden
 - Subjectieve gewaarwording van bedreiging
- Specifiek patroon van cognitieve verwerking

⇒ Heel het emotionele systeem is georganiseerd rond de actierespons → het gedrag maakt het belangrijkste verschil tussen leven en dood in dreigende situaties

⇒ Het heeft te maken met fysiologische veranderingen, handelingen en subjectieve gewaarwording van bedreiging → de subjectieve gewaarwording is vaak al wat trager dan de initiële handelingsrespons

1.1.6 Etiologie van angst: biologie

LeDoux (1995):
The Paths of Fear



⇒ Twee verschillende routes met betrekking tot angst

⇒ Low road = zeer snelle route → is iets bedreigend: ja of nee?

⇒ High road = meer gedetailleerde benadering → is mijn angstrespons terecht: ja of nee?

⇒ Onze hersenen zijn in staat om heel snel waar te nemen wat potentiele bedreiging is → dan vervolgens een signaal naar de hypothalamus en reageren in fight or flight

- ⇒ *Bij de high road is de hippocampus meer betrokken*
- ⇒ *De respons is altijd een soort “better safe than sorry” respons → het is beter om initieel te zeggen dat het hoog-bedreigend is en te stoppen met alles wat je aan het doen bent, en dit dan later te corrigeren*

1.1.7 Fight-flight respons

- Hypothalamus
 - Activatie van het autonome zenuwstelsel
 - Afgifte van epinefrine en norepinefrine (o.a. toename van de hartslag)
 - Activatie van de HPA-as (hypothalamus – hypofyse – bijnier as): afgifte van verschillende hormonen zoals cortisol (regulatie van de stress-respons)
- ⇒ *Afgifte van cortisol om vervolgens de stressrespons te reguleren*

1.1.8 Functie van piekeren

- Piekeren wordt ontlokt door het gevoel van potentieel gevaar in de omgeving
 - Piekeren:
 - Voorbereiden op gevaar
 - Cognitieve oriëntatie
 - Probleem-oplossing
 - Verbaal (niet-visueel)
 - Minder autonome arousal
- ⇒ *Piekeren is niet makkelijk om te behandelen*
- ⇒ *Het is een voorbereiding op gevaar → initieel heeft het een soort probleemoplossend karakter, maar we zien vaak dat er ook veel negatieve gevolgen van zijn (vb. piekeren out of control)*
- ⇒ *Veel van het piekeren is verbaal van aard → sommige mensen hebben heel duidelijk voorstellingen van wat er fout gaat, maar bij de meeste mensen is het verbaal*
- ⇒ *Men probeert sterke arousals te voorkomen door het piekeren → er wordt vaak gedacht dat het een heel vermijdende functie heeft*

1.1.9 Invloed van angst

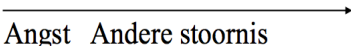
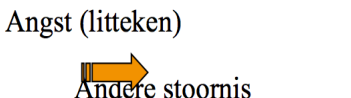
- Klinische observatie:
 - Veel menselijke problemen zijn te herleiden tot of hebben een angstcomponent
 - Angst voor anderen
 - Angst voor eenzaamheid
 - Angst voor confrontatie met pijn
 - Etc.
 - Voorbeeld: agressieprobleem / alcoholprobleem
 - Let op: angst signaleert waarde en betekenis
- ⇒ *Heel veel van de problemen die we klinisch zien hebben een emotie van angst in zich*
- ⇒ *Mensen gaan heel vaak gedrag stellen dat leidt tot problemen, omdat ze bepaalde zaken willen vermijden → dit is één van de belangrijkste transdiagnostische factoren voor psychopathologie → heel veel van de angst die je ziet heeft een groot stuk*

waarde en betekenis → vb. graag gezien worden is van heel grote waarde en hierdoor kan het een grote angst ontlokken

1.2 Prevalentie

- National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1997)
 - 8089 pp; leeftijd 15-54
 - 29% life-time prevalentie van tenminste één angststoornis
 - Comorbiditeit (74%)
 - Andere angststoornissen
 - Stemmingsstoornissen
 - Middelenafhankelijkheid
 - Persoonlijkheidsstoornis
 - Patiënten GZ: 57% huidig, 81% life time co-morbiditeit
- ⇒ *Angst gaat ook vaak samen met andere stoornissen → het kan dus ook aan de grondslag liggen van andere problemen*
- ⇒ *Angst lokt andere angststoornissen uit*
- ⇒ *Angst hangt heel hard samen met stemmingsstoornis*
- ⇒ *Angst leidt makkelijk tot depressieve klachten*

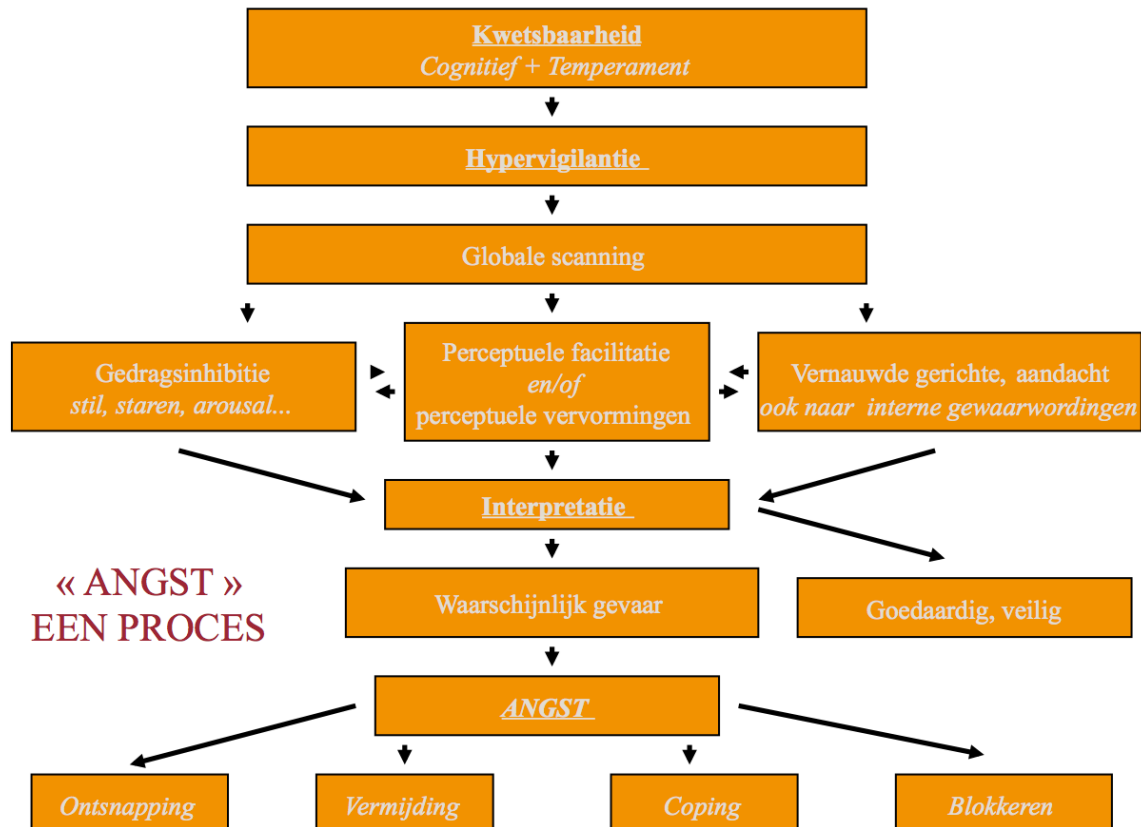
1.2.1 Invloed van angst

- Angst gaat vaak vooraf aan andere mentale stoornissen:
 - Vb. 62% van depressie wordt voorafgegaan door andere stoornissen waarvan 68% angststoornissen
 - Angststoornissen gaan vaak vooraf aan eetstoornissen (anorexia 75%, boulimia 88%)
 - Fobieën gaan vaak middelenafhankelijkheid vooraf
- ⇒ *Veel denkwerk over wat de relatie is tussen angststoornissen en de stoornissen die daarop volgen* Kwetsbaarheid => 
- ⇒ *Angst is vaak de eerste stoornis en later ontwikkelen er zich vaak nog andere stoornissen* Kwetsbaarheid => Angst (litteken) 

1.2.2 Angst en ontwikkeling

- Normale vs. pathologische angst
- Ontwikkelingsspecifieke angsten:
 - 0-4 = lawaai, vreemden, separatie, dieren, nacht
 - 5-6 = boeven, spoken, verlaten
 - 6-11 = anticipatie gebeurtenissen
 - 11-12 = sociale angst
- Ontwikkeling: inschatten van gevaar
 - Vroege verschillen: reactie op nieuwe prikkels → Behavioural inhibition / geremdheid (temperament)

- ⇒ *Angst heeft vaak te maken met verschillende leeftijdscategorieën*
- ⇒ *Het type angst waar mensen last van hebben heeft alles te maken met wat ze zich kunnen inschatten → vb. op het moment dat je in staat bent om na te denken over een bepaalde situatie, dan is dit heel erg gerelateerd aan de mogelijkheden van het inbeelden van bepaalde types gevaar*



- ⇒ *Waarom hebben we vb. wel nu angst van terreur en niet echt van de opwarming van de aarde?*
 - *Die personen willen ons kwaad doen*
 - *Het is controleerbaar*
 - *Het is er heel acuut*
- ⇒ *Heel veel van de dingen waar we bang voor zijn, zijn niet echt rationeel → vb. schrik hebben voor clowns; je weet wel dat er niet zomaar clowns in je huis gaan rondspoken, en toch heb je er schrik van*
- ⇒ *De leermechanismes zijn heel gevoelig aan specifieke contexten, eerdere ervaringen die we hebben gehad, specifieke stimuli,...*

1.3 Etiologie van angst

- Algemene kwetsbaarheidsfactoren
 - Negatief affect / neuroticisme
 - Hoge emotionele reactiviteit / beperkte emotieregulatie
- ⇒ *Hierbij zijn er risicofactoren voor emotionele stoornissen*

- Angst-gerelateerde processen
 - Hypervigilantie
 - Angstige overtuigingen
 - Vermijdingsgedrag

⇒ *Heel wat factoren die gerelateerd zijn aan de expressie van angst*

⇒ *Algemeen vermijdingsgedrag is altijd op de ene of andere manier aanwezig*

- Angst-specifieke processen
 - Leergeschiedenis
 - Biologische aspecten

⇒ *Mechanismes die belangrijk zijn voor welk type angststoornis je ontwikkelt*

⇒ *Vb. nonkel voelt iets in zijn lichaam en sterft plots → kans dat je een paniekstoornis kan gaan ontwikkelen*

⇒ *Vb. je staat in een winkel en maakt een overval mee → kans om PTDS te ontwikkelen*

1.3.1 Genetica

- Tweelingonderzoek:
 - 20-40% overerving bij fobieën, GAS en PTSS
 - 50% overerving bij paniekstoornis
 - Stoornisspecifieke en algemene genetische risicofactoren
 - Veel onderzoek naar de invloed van genetische factoren: zie later

⇒ *De genetische component is niet heel groot*

⇒ *Mensen kunnen ook een angststoornis ontwikkelen puur op basis van leren*

1.3.2 Genen x Brein x Omgeving

- Hariri et al. (2002):
 - Amygdala speelt een cruciale rol bij angstreacties
 - Differentiële respons bij presentatie van angstige gezichten op grond van genetische factoren (5-HTTLPR)

⇒ *Kijken welke specifieke genen een verschil maken in de manier waarop we reageren op stress*

⇒ *Onderzoek naar mensen die beschikken over het risico gen (op basis van serotonine) en mensen die een laag risico gen hebben → dan kijken hoe ze reageren op gezichten*

⇒ *Mensen met het risico gen reageren sterker op sociale stress dan mensen met een laag risico gen*

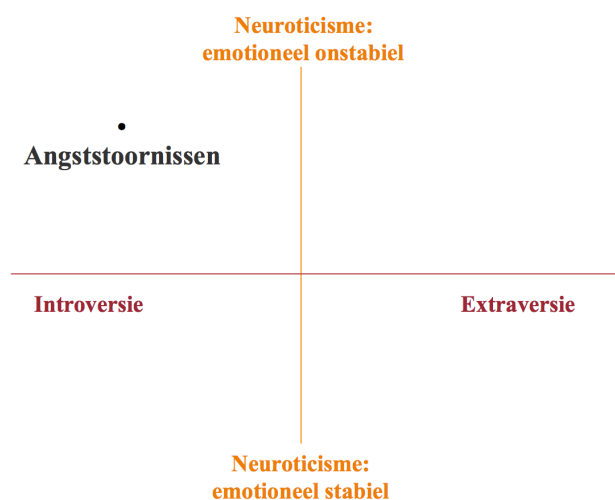
1.3.3 Angstdispositie: negatief affect

- Generisch predictie modellen van angst:

- Bepaalde persoonlijkheidstrekken of temperament vormen een predisponerende factor voor het ontwikkelen van angststoornissen
 - Biologische basis van persoonlijkheid:
 - Eysenck (1967): Neuroticisme en Extraversie
 - Gray (1987): Behavioral inhibition / activation
 - Spielberger: Trait anxiety
- ⇒ *Trek om met de expressie van angst te reageren op nieuwe, onbekende zaken*
- ⇒ *Gray stelt dat er een systeem is voor gedragsinhibitie → als er iets bedreigend of nieuw is moet je stoppen met je gedrag en kijken of er potentieel gevaar is → je hebt ook behavioral activation system dat belangrijk is bij toenaderingsgedrag*

1.3.4 Eysenck: een diathesis-stress visie

- Welke persoonlijkheidsfactoren maken mensen kwetsbaar om een angststoornis te ontwikkelen?
- Emotioneel onstabiele introverten zijn er gevoelig om geconditioneerde angstresponsen te ontwikkelen
- Introverten zijn gevoeliger aan conditionering
- Extraverten zijn moeilijk conditioneerbaar met negatieve implicaties voor het socialisatieproces
- Gekoppeld aan biologische mechanismen (arousal, hersenstructuren)



1.3.5 Persoonlijkheidsonderzoek

- Trait anxiety (Spielberger):
 - "Stabiele gevoeligheid om angstig te reageren"
 - Voorloper van GAD
- Tripartite model:
 - Angst en depressie: combinatie van Negatief affect, Positief affect en arousal
 - Angst: hoog NA en arousal
 - Depression hoog NA, laag PA
 - Discussie over hyperarousal (fear vs. anxiety)

- ⇒ *Op het moment dat je de trek hebt om te reageren met angst, zien we dat dit heel vaak gebeurt als reactie op verschillende stimuli*
- ⇒ *Er is het idee dat er voor een stuk gezamenlijke stoornissen aan ten grondslag liggen → angst en depressie*
- ⇒ *Angst heeft een verhoogd negatief affect en een verhoogde arousal → het arousal stuk ontbreekt bij depressie en je hebt hier ook een verlaagd positief affect bovenop het verhoogde negatief affect*

- Ontwikkelingsperspectief (e.g., Rothbart): zelfregulatie
- Biologische processen bij het reduceren van autonome arousal
- Cruciale rol van de ouders:
 - Ouder-kind interacties: voorspelbaarheid en controle
 - Bewustzijn van contingenties
 - Toepassen van contingenties
 - Interactie temperament kind - vaardigheden ouders
- Ouder-kind synchroniciteit

- ⇒ *Rothbart schrijft een heel belangrijke rol toe aan de match van temperamentfactoren van een baby en de regulerende vaardigheden van de ouders*
- ⇒ *Als een kind vb. honger heeft zal het beroep doen op zijn omgeving → door het aanleren van stabiele contingenties gaat er een stuk bekrachtiging zijn → kinderen gaan zich bewust worden van de contingenties en gaan dit zelf leren toepassen*
- ⇒ *We zien hier vaak de interactie van de temperament kenmerken van het kind en de vaardigheden van de ouders → vb. kind heeft meer nood aan regulatie en ouders kunnen hier niet voor zorgen*

1.3.6 Conditionering en gedrag

- Conditionering:
 - Lessen leerpsychologie

 - Sociale situaties zijn zeer bedreigend voor An. Ze is jarenlang gepest op school. Via het proces van... begint ze al te transpireren wanneer ze denkt aan nieuwe sociale situaties, dit is een CS/CR/US/UR. Via... heeft ze geleerd dat ze door ziek af te bellen kan ontsnappen aan de situatie.

- ⇒ *Proces van klassieke conditionering*
- ⇒ *De sociale situaties is een CS → de reactie is de geconditioneerde reactie*
- ⇒ *Daarna proces van operante conditionering*

- ⇒ *Het is vaak het samengaan van klassieke conditionering en operante conditionering waardoor mensen problemen ontwikkelen*
- ⇒ *Vb. "als ik naar school ga dan ga ik gepest worden" → het kind zal gedrag gaan stellen, vb. zeggen dat hij/zij buikpijn heeft en niet naar school kan*
- ⇒ *Het operante gedrag is vaak een stuk vermijdingsgedrag om om te kunnen gaan met het eerste deel*
- ⇒ *Bij angst kunnen we vaak niet echt een levensgeschiedenis vinden met betrekking tot de huidige situatie (vb. waarom juist angst voor clowns?)*
- ⇒ *Het vermijdingsgedrag kan ook voor een stuk los komen staan van de klassieke conditionering*
- ⇒ *De theorie kan dus niet alles verklaren van wat we tegenkomen aan angstklachten*

1.3.7 Conditionering en angst

- Three pathways to fear (Rachman)
 - 1) Conditionering
 - 2) Observeren ander
 - 3) Informatie transmissie
- ⇒ *Rachman stelt dat angst kan ontstaan vanuit klassieke conditioneringservaringen*
- ⇒ *Angst kan ook aangeleerd worden door het observeren van een ander*
- ⇒ *Ook de transmissie van informatie speelt een rol → vb. verhalen over terreur*
- ⇒ *Hier zie je dus ook duidelijk de relatie tussen ouder en kind → hier zie je ook meteen de relevantie van modelling = als therapeut ga je gedrag voortonen in de angstige situatie*
- ⇒ *Het is ook van belang dat niet-angst reacties heel sterk beschermen tegen angstreacties*

1.3.8 Gedragmatige aspecten

- Vermijding = een poging om aversieve interne gewaarwordingen van angst te reduceren
 - Veel verschillende vormen:
 - Gedrag: vermijdingsgedrag
 - Cognitie: gedachtenonderdrukking / neutralisatie
 - Emotie: alexithymie
 - Klinisch: let op gedrag dat je NIET ziet
 - Hayes et al. (1999): experiëntiële vermijding als belangrijkste functioneel mechanisme van psychopathologie
- ⇒ *We zien bijna altijd vormen van vermijding of vluchten → vermijding komt het meeste voor*
- ⇒ *Kent verschillende vormen → langs de cognitieve kant zie je dat er ook veel vermijdingsstrategieën kunnen zijn (vb. gedachten controleren, gedachten onderdrukken,...)*
- ⇒ *Ook op vlak van emotie vindt er veel vermijding plaats → men wil de nare affectieve gevoelens vermijden*
- ⇒ *We zien dus vaak dat er angst is voor de angstige situatie zelf → vb. “als ik vast kom te zitten in een lift dan overleef ik het niet”*
- ⇒ *Het gaat over gedrag dat je niet ziet → je moet dit dus heel actief gaan bevragen (vb. “Hoe zorg je ervoor dat je niet angstig wordt?”)*

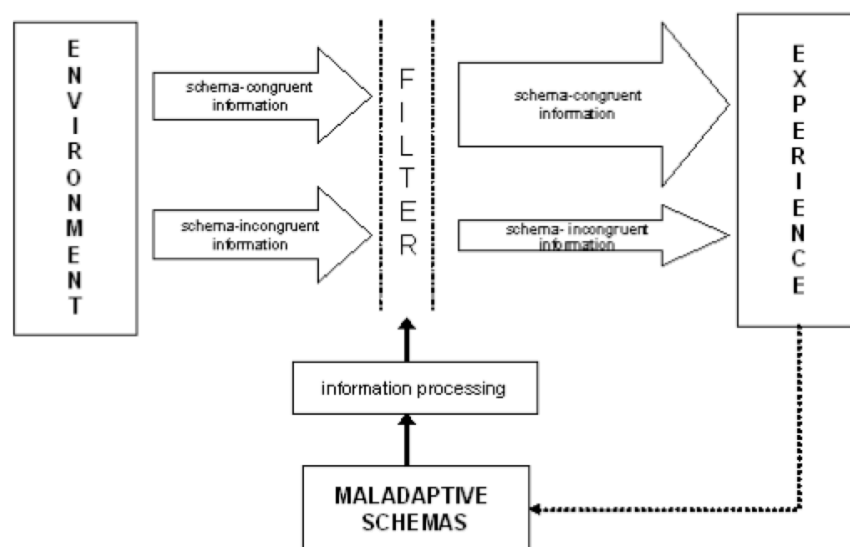
1.3.9 Niet-associatieve processen

- Deel van de patiënten herinneren geen gebeurtenissen
- Meestal bevraging achteraf: overschatting CS-US relaties
- “Given maturation processes and normal background experiences, most members of the species will show fear to a set of evolutionary-relevant stimuli on the first encounter. This initial fearful response will typically diminish across time due to repeated, non-traumatic exposure to the feared object or situation (e.g. habituation). However, poor habituators and those who do not get the opportunity for safe exposure will remain fearful of such stimuli from their first encounter often appearing for treatment at a later stage”
- Dishabituation

- ⇒ Vb. angst voor spinnen → kan je je herinneren waarom dit ontstaan is? → veel mensen weten dit niet
- ⇒ Er moet niet altijd een aversieve ervaring geweest zijn om de angststoornis te ontwikkelen
- ⇒ Wat men voorstelt is dat er niet altijd een leerervaring moet zijn, maar dat mensen ook kunnen verschillen in de mate waarin ze habitueren aan situaties en dat mensen deze habituatie ook kunnen verliezen

1.4 Cognitieve modellen: etiologie

- Cognitieve modellen
 - Cognitieve inhoud (Beck et al., 1985): overactieve alarmreactie ten opzichte van bedreiging:
 - Misinterpretaties
 - Overgeneralisatie
 - Negatieve overtuigingen
 - Cognitieve processen
 - Attentional bias
 - Beoordeling (covariation bias / ex-consequentia redeneren)
 - Causale rol?
- ⇒ Altijd een onderscheid tussen cognitieve producten (gedachten, gevoelens,...) en cognitieve processen (= mechanismen die een rol spelen op vlak van aandacht, interpretatie en geheugen)
- ⇒ Het basisidee van Beck is dat we constant cognitieve schema's ontwikkelen over onszelf en de wereld → op het moment dat mensen angstige ervaringen hebben, ontwikkelen ze dus ook cognitieve schema's → mensen bouwen een zeer sterk cognitief repertoire op ten opzichte van bedreiging
- ⇒ Mensen gaan hierdoor heel makkelijk zaken fout interpreteren → je ziet ook vaak overgeneralisatie
- ⇒ Aandachtsprocessen spelen een belangrijke rol in de context van bedreiging → heel veel aandacht op het scannen van potentiële bedreigingen
- ⇒ Er worden ook veel beoordelingsfouten gemaakt → vaak een omgekeerde redenering (vb. "ik voel me angstig, dus moet er wel iets aan bedreiging zijn")
- ⇒ Binnen het model van Beck volgen de cognitieve processen op leerervaringen → tegelijkertijd is er veel onderzoek naar de causale rol van die processen (zie later)



- ⇒ *Wat we in onze omgeving hebben is zowel informatie die klopt als niet klopt met bestaande schema's*
- ⇒ *Vb. prof kan lesgeven met verschillende overtuigingen → "ik ben een goede lesgever" of "ik ben een slechte lesgever" → in beide situaties schema-congruente en incongruente informatie*
- ⇒ *De schema's filteren een beetje de realiteit → vb. iemand geeuwt, kijken of er mensen verveeld kijken, dit denk je dan te zien en je begint je zorgen te maken over de les die je geeft → het onderhoudt je bestaande schema's*
- ⇒ *Schema-incongruente informatie ga je dan veel minder makkelijk laten doordringen*
- ⇒ *In de context waarin we een positief zelfbeeld hebben gaan we gebruik maken van selfserving biases → vb. "dat was een slechte test want hij had het niet goed uitgelegd"*

1.4.1 Cognitieve processen

- Cognitieve oriëntatie
 - Hypervigilantie:
 - Selectieve aandacht voor gevaar (intern en extern)
 - Data: interferentie, detectie, disengagement en inhibitie
 - Aanwezig voor ambigue dreiging (Mogg en Bradley)
 - Zie de EPP tekst
 - Beoordelingen:
 - Interpretatiebias
 - Predictie van angst
 - Risico taxatie
 - Associatie
- ⇒ *De aandachtsprocessen worden onderzocht*
- ⇒ *Studie: moeders die een kind in het ziekenhuis hadden vs. moeders die geen kind in het ziekenhuis hadden liggen → ze kregen een koptelefoon op en woorden werden gerepresenteerd tot net onder de waarnemingsdrempel → dan kijken of de moeders met een kind in het ziekenhuis meer van de stress gerelateerde woorden konden oppikken → dit bleek zo te zijn*
- ⇒ *Je filtert je omgeving dus op een bepaalde manier waardoor het je perceptie en interpretatie gaat kleuren*
- Parkinson en Rachman: 25 moeders van kinderen die gehospitaliseerd werden versus 25 controlemoeders
 - Signaal detectie taak: selectieve aandacht voor stress-gerelateerde stimuli bij angsttoestand
 - Achtergrondmuziek met random presentatie van woorden op vijf steeds toenemende geluidsniveaus – herhalen van gehoorde woorden –
 - 10 stress-gerelateerde woorden (injectie...), 10 woorden met dezelfde klanken maar andere betekenis, 10 gewoon neutrale woorden
 - Aan het laagste geluidsvolume werden 6x meer stress-gerelateerde woorden herkend door de moeders uit de experimentele groep

1.4.2 Hypervigilantie

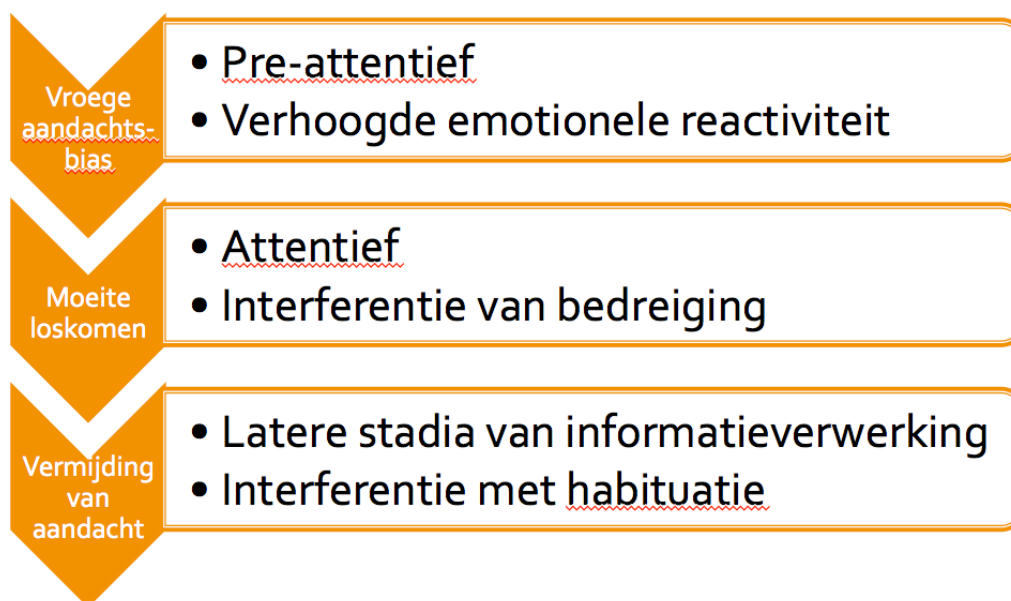
- Eysenck:
 - Reactie op potentiële bedreiging EN een component van cognitieve kwetsbaarheid

- Hoge scanning van de omgeving
- Selectieve aandachtsbias voor bedreigende stimuli
- Aandachtsverruiming vóór de ontdekking van een bedreigende stimulus
- Aandachtsvernauwing bij de verwerking van een potentieel bedreigende stimulus (met verlies van aandacht voor de rest van de omgeving, mensen,...)

- ⇒ *Start vaak met het zeer alert scannen van de omgeving*
- ⇒ *Op het moment dat de bedreiging wordt waargenomen vindt er een zeer sterke vernauwing van de aandacht plaats enkel naar de bedreiging*
- ⇒ *Vervolgens hebben de mensen ook moeite met het lostrekken van hun aandacht daarvan*
- ⇒ *Daarna is er vaak ook een stuk vermijding → dit interfereert vaak met habituaatie → vb. plaatje van een spin tonen; iedereen die spin fobisch is zal alles wat ermee te maken heeft proberen vermijden*

1.4.3 Cognitieve processen (vervolg)

- Vigilantie en vermijding hypothese:



- Zelf-gerichte aandacht
 - Interne aandachtsvernauwing, naar binnen gericht
 - Preoccupatie met zichzelf en de eigen gewaarwordingen bij:
 - Testangst
 - Sociale angst
 - Seksuele angst
 - Paniekstoornis
 - Desastreus voor taakrelevant gedrag!
- ⇒ *Je krijgt een aandacht naar binnen gericht → veel minder mogelijkheden om incongruente informatie te verwerken*

⇒ *Proces wat we klinisch ook heel vaak mee moeten bekijken → mensen presteren soms heel slecht in situaties en hebben niet door dat het gelinkt is aan het proces van interne aandacht*

1.4.4 Nieuwe ontwikkelingen

- Cognitive Bias Modification:
 - “Het veranderen van disfunctionele informatieverwerkingsprocessen door middel van trainingsmethoden”
 - Aanvullend en anders dan verbale therapie

- ⇒ *Momenteel is men vooral bezig met kijken of men de informatieverwerkingsprocessen kan veranderen op een wat positievere manier → dan kijken of dit een causale invloed heeft op de angstbeleving*
- ⇒ *Vb. leren om de aandacht meer te distribueren → heeft dit dan een invloed op de angst?*
- ⇒ *Dit is als therapeut zeer interessant omdat je mogelijkheden hebt om de informatieverwerking te veranderen los van verbale therapie*
- ⇒ *Men probeert via computertaken een soort automatisme in te bouwen om de aandacht minder te richten op bedreiging*

- Aandachtstraining
 - Methode:
 - Varianten van bestaande aandachtstaken
 - Vele honderden aanbiedingen
 - Binnen een taakcontext manipuleren van:
 - Aandacht wegrichten van negativiteit
 - Aandacht richten naar positieve informatie
 - Voorbeeld: zoek de glimlach

- ⇒ *Aandachtstraining → zo snel mogelijk het positieve gezicht tussen gezichten proberen vinden*
- ⇒ *Mensen met sociale angst krijgen een computertaak met honderden van zo'n aanbiedingen → ze moeten telkens oefenen om de meer positieve informatie eruit te gaan filteren*

1.4.5 Cognitieve processen (vervolg)

- Interpretatiebias
 - Nieuwe of ambigue stimuli
 - Voorbeeld: hartkloppingen
 - Initiële interpretaties → stadia informatieverwerking
 - Causale betrokkenheid van interpretatiebias bij emotionele reactiviteit en angststoornissen
 - Training:
 - Methode:
 - Opdracht = bepaal het woord aan het einde van de zin → hiertoe gebruik je het voorafgaande fragment
 - Op een feest word ik geïntroduceerd aan een aantal onbekende mensen → als ik met nieuwe mensen praat vinden ze me meestal... a__d_g

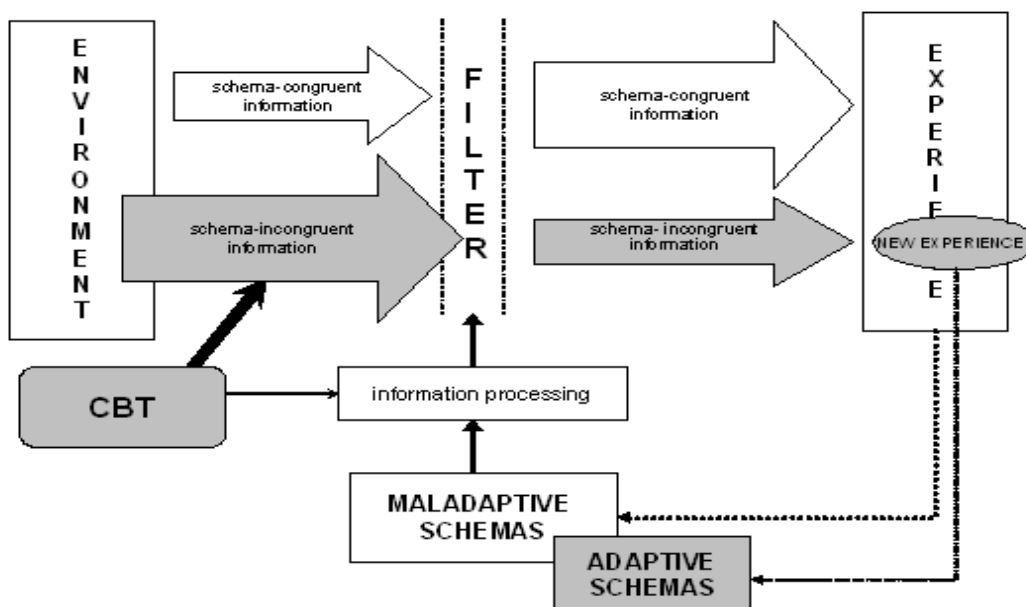
- ⇒ Men probeert ook om de ambigue interpretatiebias te veranderen
- ⇒ Vb. hartkloppingen → persoon denkt dat men gaat overlijden → de ambigue stimulus wordt heel catastrofaal beoordeeld
- ⇒ Men gaat dan gaan kijken of men dit wat kan omvormen
- ⇒ Personen krijgen een fragment uit een tekst te zien → daarna krijgt men een woord dat ontbreekt aan het eind van dat tekstje en proberen het woord zo snel mogelijk compleet te maken (vb. "op feestjes vinden ze me meestal..." a__d__g)
- ⇒ Iemand die sociaal angstig is zal de zin meestal aanvullen met "saai", "lastig",... → je gaat mensen dus eigenlijk forceren om met een positieve interpretatie te komen

Vraag?

- Is training wel erg motiverend en attractief?
 - Relatief saaie taken
 - Conceptuele problemen
 - Beperkte bekrachtiging voor een adaptieve bias
- ⇒ Het is misschien niet de beste manier om mensen hun aandacht te distribueren
- ⇒ Op het moment dat je beter wordt in de training zal je er sneller in worden, maar tegelijkertijd is het niet echt bekrachtigend

Nieuwe procedures

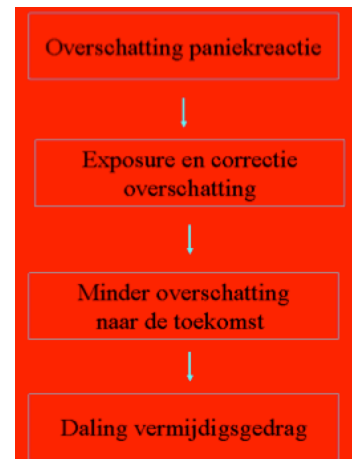
- ⇒ Het moet op een meer expliciete manier gebeuren
- ⇒ Zie experiment: met woorden een positieve zin maken
- ⇒ Heeft dit nu effecten of niet? → twee condities; ene kreeg feedback en de ander niet → we zien dat de training group sneller meer ging fixeren op de positieve woorden
- ⇒ Daarna ook een aandachtstaak voor en na → kijken of het veralgemeend naar andere taken
- ⇒ Bij de mensen waar het aandachtsproces generaliseerd zien we dat ze beter worden in het beoordelen van informatie → de negatieve stemming verminderd



- Inschatten angstreacties: Match – mismatch model
 - Overschatting:
 - Angstige mensen → neiging tot overschatten angst
 - Angststoornissen → catastrofale gedachten
 - Overschatting angst → vermijdingsgedrag
 - Interactie tussen gedrags- en cognitieve processen
 - Modificatie van overschatting door blootstelling
 - Onderschatting
 - Onderschatting wordt negatiever ervaren dan overschatting
 - Overpredicties corrigeren traag, onderpredicties corrigeren zeer snel
 - Direct klinisch relevant: voorbeeld paniek

1.4.6 Inschatten van angstreacties: paniek

- Onverwachte paniekaanval: zeer disruptief
- Na onderpredictie wordt zeer snel een verhoogde toekomstpredictie (en overpredictie) gemaakt
- Na deze overpredictie verloopt het correctieve proces zeer traag



Hoofdstuk 4: Angststoornissen (stoornis-specifiek)

1.1 Specifieke fobieën

- ⇒ *Opbouwen van eenvoudiger naar complexer*
- ⇒ *Starten met specifieke fobieën: doet zich maar heel weinig voor in de kliniek, maar de kenmerken zijn wel belangrijk want ze zijn algemeen toepasbaar op andere angststoornissen*

1.1.1 Kenmerken

- Veelvuldig voorkomen (life-time prevalentie = 11%); Subklinisch frequent voorkomen
- Paradox:
 - Best behandelbare psychische aandoening (90% klinische verbetering na één sessie behandeling)
 - Mensen met specifieke fobie melden zich zelden aan voor behandeling
- Lijsten van fobieën
- Klinisch relevante fobieën:
 - Dieren
 - Natuurlijke omgeving (vb. hoogtes, bliksem)
 - Bloed en injectie fobie
 - Situationeel bepaalde fobieën (vb. vliegen, kleine ruimtes)

- ⇒ *Heel groot voorkomen, en dan vooral klinisch*
- ⇒ *Fobie is echt een interferentie met het leven, vaak vormen waar het niet interfereert en dit zijn dus geen fobieën*
- ⇒ *Paradox → best behandelbare psychische aandoening: in 1 sessie (single session exposure) is 90% geholpen na die ene keer*
- ⇒ *Mensen komen niet snel omdat mensen beseffen dat de angst super irrationeel is, ze schamen zich*
- ⇒ *Enorm veel vormen → meest voorkomend: dieren, natuurlijke omgeving: hoogte, claustrofobie, bloed en injectiefobie → mensen vallen hier vaak flauw, ze ondervinden echt last hiervan in het leven → situaties: angst om te vliegen*

1.1.2 Theorieën

- Conditionering
 - Kleine Albert
 - Klassiek experiment: Watson en Rayner (1920)
 - Albert (9 maanden)
 - Pre-test: witte rat, konijn, hond, aap, masker, etc. (geen schrik)
 - Aanraken witte rat: hamer op stalen plaat
 - Na 2x CS-US aanbieding: CS ontlokte angst + generalisatie
 - Mowrer's twee-factoren theorie
 - Three pathways of fear (Rachman)
- ⇒ *Klassieke idee → klassieke experiment van Little Albert: laten zien dat angst aanleren afleerbaar is voor neutrale stimuli → zie je in de tweefactoren theorie en in de three pathways of fear*

- Recente leertheorie (e.g. Mineka en Zinbarg)
 - Inclusie van diathesis-stress ideeën
 - Invloed van eerdere ervaringen
 - Vb. latente inhibitie: eerdere ervaringen met een CS kunnen nieuw leren beïnvloeden
 - Invloed van context tijdens leren
 - Vb. hoeveelheid controle tijdens de aversieve ervaring
 - Invloed van ervaringen na leren
 - US-inflation: eerdere leerervaringen kunnen versterkt worden door nieuwe aversieve ervaringen
- ⇒ Modernere idee: ook een rol voor diathese stress → niet alles bepaald door leerervaring → ook temperament bij betrokken
- ⇒ Eerdere ervaring: positieve ervaring met hond → geen schrik van andere honden
- ⇒ Hoeveelheid controle tijdens ervaring
- ⇒ Invloed van ervaring na leren: negatieve ervaring meegemaakt → andere situaties dit pad nog sterker bevestigen

- Preparedness
 - Mensen zijn geprogrammeerd om specifieke stimuli en situaties te vrezen die een bedreiging kunnen vormen voor overleving
 - Evolutionaire verklaring (Ohman en Mineka, 2001)
 - Activatie fear-module staat niet onder cognitieve controle
 - Evidentie:
 - Verhoogde conditioneerbaarheid van spinnen en slangen
 - Automatische verwerking van kwade gezichten
 - Non-random distributie van angsten en fobieën
 - Maar:
 - Nadelen van “evolutionair adaptieve verklaringen?”
- ⇒ Veel theorievorming over het feit dat fobie niet random voorkomt → er zijn weinig fobieën voor auto's of fietsen, ook al zijn er aversieve ervaringen hiermee → wel fobieën voor spinnen, honden, ... zonder negatieve ervaring
- ⇒ Preparedness → we zijn als soort biologisch bepaald om sneller leerervaring op te pikken in relatie tot stimuli die relevant zijn voor onze overleving → vb. dieren die een bedreiging vormen of andere sociale prikkels, zoals kwade gezichten
- ⇒ Er is dus een biologisch voorbereide schrik die voor een groot deel overlapt met dieren → angststelsel is heel oud en de frontale elaboratie kwam later bij de mens.
- ⇒ Tweede: kwade gezichten zijn sneller automatisch verwerkt naar amygdala in vergelijking met andere prikkels → sommige prikkels zo relevant dat we die sneller verwerken bij heel beperkte aanbidding → evolutionaire waarde: op het moment dat mensen sneller reageren is er een hogere kans om te overleven

- ⇒ Evolutionaire adaptieve verklaringen hebben soms ook nadeel → waarom van evolutionair belang om angst te hebben van spin? → zijn gevaarlijk
- ⇒ Maar als je kijkt naar waar de voorouders van ons leefden waren er bv. meer beren dan spinnen aanwezig en daar heb je onderzoek dat aantoont dat deze spinnen toen helemaal niet gevaarlijk waren → toch meer angst voor spinnen en een beer is een knuffel
- ⇒ De preparedness is een interessant idee, maar tegelijkertijd is het evolutionaire idee niet helemaal overeenstemmend met de data die we hebben

1.2 Diagnostiek: angst algemeen

- Stepped-care benadering
- Breed: model voor probleemidentificatie
- Specifieke klachtenanalyse (verklarende diagnostiek):
 - Gedragstherapeutische of cognitieve analyses
 - Relevante klassieke of operante processen
 - Catastrofe cognities
- Diagnostische methoden:
 - Klinische interviews
 - Vragenlijsten
 - Observatie en opdrachten

⇒ *Behandeling van angst in het algemeen en erna specifiek voor verschillende stromingen*

⇒ *Bij veel van de stoornissen is het goed om een stepped-care benadering te hebben → wanneer iemand zich aanmeldt met een specifieke fobie, dan is het belangrijk dat je niet noodzakelijk 4 sessies nodig hebt voor de diagnostiek, maar eigenlijk snel kan reageren op de situatie en niet verder gaan met een verlengde intake*

⇒ *Vb. bij een hondenfobie: na 1 of 2 sessies kan je beginnen met exposuretherapie → als er nog andere problematieken aanwezig zijn, dan kan je starten met exposure, maar je kan ook ingrijpen en nog een andere vorm van behandeling opstarten*

⇒ *Bij angst komt er ook vaak comorbiditeit → goede intake om te zien wat er in kaart moet gebracht worden*

⇒ *Specifieke klachtenanalyse gebruiken → leergeschiedenis → relevante therapeutische processen → cognities: wat denk je bij het zien van een spin? → weten omdat de verschillende modaliteiten (wanneer wel last, en wanneer niet) nodig zijn voor de behandeling*

⇒ *Methodes: zie later → bij elke stoornis achteraan de slides een overzicht van de verschillende vragenlijsten die er bestaan*

1.3 Behandeling: fobieën

- Blootstelling cruciale component
 - In vivo exposure
 - Imaginaire exposure
 - Virtual reality exposure (vb. vlieg angst)
 - Systematische desensitisatie
 - Flooding

⇒ *Exposure is cruciaal → meest voorkomende manier: in vivo exposure → blootstelling aan wat je vreest*

⇒ *Imaginaire exposure → niet mogelijk om bloot te stellen in vivo → in verbeelding blootstellen aan bepaalde situatie (vb. terugkeren naar een traumatische situatie en mensen dit laten beschrijven waarbij je dan kan ingaan op verschillende componenten)*

⇒ *Virtual Reality Exposure → veel gedaan bij vb. vlieg angst, met een bril in een vliegtuig zitten en zo kan je het principe van exposure ook uitleggen*

⇒ *Systematische desensitisatie → mensen blootstellen en vervolgens heel erg tot rust laten komen en dan weer verder blootstellen → onderzoek toont aan dat deze tussenstap niet nodig is, dus deze vorm word niet meer gebruikt*

⇒ *Flooding* → *massale blootstelling, erg intens, soms nodig wanneer vermijdingsgedrag erg ondoorbreekbaar is* → *video van intensive exposure therapy: cafeïne geven zodat arousal omhoog gaat om in die angst te zitten en zo kan men hierop inwerken*

- Uitvoering van exposure
 - Langdurige blootstelling en hoogfrequente behandeling
 - Informatie over exacte angst (parameters, cognities)
 - Uitleg doel
 - “overleren”
 - Uitleg behandeling (nadruk op vermijding)
 - Niet teveel informatie
 - Geen onafgesproken acties
 - Modelling therapeut
 - Alert op vermijdingsgedrag

⇒ *Informatie geven over het doel* → *goed weten wat de angst is!*

⇒ *‘Overleren’* → *blootstellen aan een spin, dan aan een grotere en dan aan een super grote spin zodat ze leren over hun andere leren dat ze dit wel aankunnen*

⇒ *Uitleg* → *aangeven dat er geen onverwachte zaken zijn, maar je cliënt vertoont nog veel vermijdingsgedrag* → *er mogen dus zeker geen onafgesproken acties zijn en de uitleg moet heel duidelijk gegeven worden*

⇒ *Als therapeut mag je zelf geen schrik hebben van de situatie*

⇒ *Het systeem van de mens houdt het idee van de fear niet lang vol* → *je gaat als therapeut echt het vertrouwen moeten hebben dat mensen dat doorstaan* → *empathisch maar uiteindelijk echt door zo’n situatie coachen*

⇒ *Blootstelling aan vrees is even belangrijk als blootstelling aan gevoel*

⇒ *Als therapeut goed bekijken of het voldoende is geweest qua blootstelling* → *alert zijn op alle mogelijke plaatsen waar mensen vermijdingsgedrag gaan stellen* → *vb. niet meer drinken bij schrik voor een hartaanval* → *dit ook nagaan en aanpakken*

1.4 Sociale angst

- Als exposure zo goed werkt... waarom hebben mensen dan sociale angst?

⇒ *Het gaat over situaties om te moeten spreken, maar ook over allerlei andere situaties* → *soms lijkt de beoordeling relatief beperkt, maar toch is er sociale angst aanwezig*

⇒ *We keren later terug op deze vraag*

1.4.1 Kenmerken

- Persistentere angst en ongemak in sociale situaties (beoordeling van anderen)
- Relatie met gedragsinhibitie en negatieve sociale ervaringen

- Sterke invloed op levenskwaliteit (vb. sociale relaties, carrière)
- Probleemonderkenning en hulp zoeken vaak beperkt

⇒ *Sociale angst kan redelijk beperkt zijn, maar bij heel veel mensen is er ook sprake van gegeneraliseerde sociale angst* → *over een hele variëteit in sociale situaties* → *de situaties worden doorstaan met heel veel angst en ongemakken*

⇒ *Dit komt heel veel voor* → *voor deze mensen is het heel lastig en uiterst stresserend*

- ⇒ *Het heeft een sterke relatie met gedragsinhibitie op jongere leeftijd en negatieve sociale ervaringen*
- ⇒ *Sociale angst gaat vaak niet uit zichzelf over → mensen lopen hier vaak al heel lang mee rond → het heeft een sterke invloed op de levenskwaliteit*
- ⇒ *Vb. werk zoeken → het gedacht dat je beoordeeld gaat worden en er veel mensen aanwezig gaan zijn zorgen ervoor dat mensen dit niet gaan doen → deze mensen komen heel vaak terecht in een opleiding of job ver onder hun niveau → dit geldt ook voor relaties en andere keuzes in het leven*
- ⇒ *Heel veel van het lijden heeft te maken met het gevoel hebben er niet bij te horen, onhandig over te komen, etc.*
- ⇒ *Probleemonderkenning en hulp zoeken is heel beperkt → de stap naar hulpverlening is enorm beangstigend → het eerste contact is dus enorm belangrijk*
- ⇒ *In heel wat contexten kunnen mensen wel wat verlegen zijn of stress hebben om te spreken → dit ligt op een continuüm dat gaat van eerder normaal tot problematisch → eer dat mensen laten zien hoe moeilijk dit eigenlijk is voor hen moeten ze echt al bijna aan het verdrinking zijn*

1.4.2 Theorieën

- Leertheoretisch model
 - Traumatische conditionering:
 - McCabe et al. (2003): 92% SA rapporteert ernstig pesten (ivm 50% PS en 35% OCD)
 - Sociaal leren
 - Vb. anderen gepest zien worden
 - 13% van SA rapporteert observeren anderen als factor
 - Familiaal leren
 - Sociale beloning en instructies
 - Culturele normen en regels
- ⇒ *Er zit een temperamentsfactor achter → maar hier kunnen we niets mee naar verandering toe*
- ⇒ *Er is heel wat onderzoek gebeurd naar mensen met sociale angststoornis en deze resultaten vergeleken met andere angststoornissen → de data suggereren heel duidelijk dat er een specifieke factor bijzit: = pesten → een heel essentiële factor (!)*
- ⇒ *In een psychiatrieblad verscheen er een studie die aantoonde dat pesten niet altijd erge consequenties heeft → niet iedereen die gepest wordt gaat daar effecten van ontwikkelen, maar bij deze groep zitten we met mensen waarbij ervaringen al wat harder binnenkomen → het gaat hier dus om een interactie van temperament en heel nare negatieve ervaringen → pestgedrag speelt hier heel vaak mee en blijft sterk aanwezig in de cognitieve schema's die mensen hebben ontwikkeld*
- ⇒ *Kan ook via sociaal leren → vb. anderen die gepest worden*
- ⇒ *Familiaal leren → de mening van de ander kan heel belangrijk zijn*
- ⇒ *Sociale beloning en instructies kunnen ook een belangrijke rol spelen*
- Cognitief model (Clark en Wells, 1995)
 - Gebaseerd op eerdere ervaringen:
 - Assumpties over zichzelf en de anderen
“Ik moet altijd competent overkomen anders denken anderen dat ik een loser ben”
 - Hierdoor worden sociale situaties beoordeeld als bedreigend
 - Ontstaan negatieve vicieuze cirkels

- ⇒ *Het meest inzicht gevende cognitieve model is het model van Clark en Wells → wat zij poneren is gebaseerd op eerdere ervaringen → we zien vaak dat mensen allerlei assumpties over zichzelf en anderen ontwikkelen*
- ⇒ *Vb. op het moment dat je gepest bent geweest omwille van een bril kan je de assumptie ontwikkelen dat je je hoofd naar beneden moet houden omdat mensen anders gaan lachen*
- ⇒ *Nieuwe sociale situaties worden gepercipieerd als bedreigend → hierdoor ontstaan er heel negatieve vicieuze cirkels*

• Informatieverwerking

- Self-focused attention = interne gewaarwordingen als info over hoe voorkomen
- Veiligheidsgedrag → onderhoud negatieve ideeën en vreemd/rigide
- Snelle detectie negatieve emoties bij anderen
- Verwerking voor en na sociale situaties (post mortem)

⇒ *Het kunnen heel specifieke situaties zijn, maar ook heel veralgemeend*

⇒ *Wanneer je in een sociale situatie komt dan activeert dat die assumptie → hierdoor krijg je een verhoogd gevoel van gevaar → dit zet een proces in stand waarbij mensen zichzelf gaan verwerken als een sociaal object → in plaats van bezig te zijn met een taak gaan ze zichzelf beginnen monitoren (vb. trill ik of niet als ik dit doe) → de kerndoelstelling waarmee ze bezig zijn is om geen risico meer te lopen → daarom moeten ze zichzelf monitoren en de externe wereld in de gaten houden*

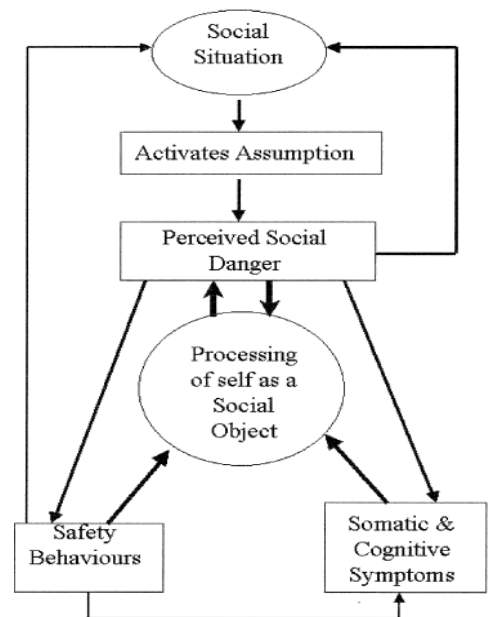
⇒ *Ze moeten niet de externe wereld zomaar in de gaten houden, maar ze moeten op zoek gaan of er misschien sprake is van bedreiging → aan de ene kant monitoren ze de situatie naar bedreiging, maar aan de andere kant monitoren ze ook zichzelf voor bedreiging → als je dit doet bij jezelf dan ga je juist extra veel gevaar waarnemen, omdat de aandacht heel sterk vernavuwd op die zaken → dit vergroot de manier waarop je denkt dat dit overkomt (vb. een beetje zweten; meteen denken dat mensen het gaan zien)*

⇒ *De extra miserie hieraan is dat dit dodelijk is voor alles wat je moet doen aan taakgericht gedrag en sociaal gedrag → je bent niet meer bezig met de sociale interactie en de prestaties op sociaal vlak gaan dus achteruit*

⇒ *Je hebt hier ook een heel aantal veiligheidsgedragingen om de sociale angst onder controle te houden → vaak een heel repertoire aan veiligheidsgedrag → vb. een heel gesprek op voorhand voorbereiden → dit is slecht, want als er onverwacht iets gebeurt of wordt gezegd ga je onhandig overkomen en omdat je hier juist zo op gericht bent ga je het alleen maar erger maken*

⇒ *Stel dat je de situatie overleeft, het eigenlijk niet zo slecht gegaan is → je gaat naar huis en je gaat ervan overtuigd zijn dat die veiligheidsstrategie goed was → mensen leren niet meer dat het veiligheidsgedrag uit de hand begint te lopen want ze zijn overtuigd dat het door die strategieën is dat ze situaties doorkomen*

⇒ *Je wilt dus bevragen hoe mensen situaties doorkomen, omdat je daar heel veel van die veiligheidsgedragingen in gaat terugvinden*



- ⇒ *Mensen zeggen vaak achteraf wat er allemaal fout gegaan is en wat mensen sowieso gaan gezien hebben → terwijl er eigenlijk heel veel kans is dat mensen dit helemaal niet gezien hebben → maar juist omdat je hier zo op gefocust geraakt gaan mensen dit op een bepaald moment wel waarnemen*
- ⇒ *Er is vaak sprake van post mortem verwerking → op het moment dat je een situatie hebt doorstaan, ga je achteraf denken “wat heb ik toch gezegd/gedaan” → mensen met sociale angst zijn super kritisch op zichzelf, waardoor de situatie vaak achteraf nog volledig afgebroken wordt*
- ⇒ *Dit proces geldt ook voor therapie → als iemand heel sterk die neiging heeft, dan ga je hier best iets over zeggen tijdens je gesprekken → vb. “ik beseft nu dat de kans dat jij dit ook gaat doen over ons gesprek straks vrij groot is” → kijken hoe je de persoon kan helpen om er toch iets positief uit te halen*

1.4.3 Cognitie

- Externe vs. interne aandacht bij sociale fobie
 - Speech + feedback van publiek
 - Beoordeling van publieksreactie
 - Predicties?
- ⇒ *Mensen een speech laten geven waarbij de feedback van het publiek wat gemanipuleerd werd*
- ⇒ *Achteraf vragen aan de mensen met sociale angst wat ze weten van het publiek en hoe je denkt dat je overgekomen bent*
- ⇒ *De mensen met lage sociale angst hebben eruit gehaald wanneer het publiek positief en aanmoedigend was*
- ⇒ *Mensen met hoge sociale angst pikken heel slecht op wanneer het publiek positief was en vooral enkel wanneer het publiek negatief was*

1.4.4 Theorieën (vervolg)

- Cognitief model (Clark en Wells, 1995): ondersteuning
 - Correlationele studies
 - Interpretatie bias: sociale scenarios
 - Gebruik interne gewaarwordingen:
 - Fysieke symptomen → overschatting van angstig overkomen
 - Detecteren + herinneren; rating foto's (kritisch / acceptierend); surprise recognitie; meer herkenning kritisch gezichten SA
 - Beoordeling: SA negatievere inschatting over sociale interactie dan objectieve beoordelaars maar komen afstandelijker over dan niet-SA → minder sociale vaardigheden?
- ⇒ *Het gebruik van interne waarnemingen is heel problematisch → werkt heel hard mee in de perceptie van dat men slecht overkomt*
- ⇒ *Interessant stuk → hoe komen mensen met sociale angst over op anderen? → er zijn heel wat vaardigheidstrainingen; is dat omdat mensen met sociale angst effectief minder vaardigheden hebben of heeft het eerder te maken met de manier waarop ze een situatie aangaan?*

- Sociale vaardigheden: Alternative verklaring:
 - Studie 1: Contact → feedback (pos/neg) → contact
→ Minder sociaal vaardig bevonden na negatieve feedback
 - Studie 2: SA contact in situatie met kans op pos/neg beoordeling
→ SA minder sociaal vaardig in de negatieve beoordeling conditie
 - Post-event verwerken: intrusief karakter
- ⇒ *Wat ze eigenlijk doen is mensen met sociale angst in situaties zetten → zagezegd een gesprek met iemand die ook meewerkt een het onderzoek en altijd geïnteresseerd in dat en dat → in de andere conditie zeggen ze dat men een gesprek gaat hebben met een expert in non-verbaal gedrag*
- ⇒ *Daar vond men heel duidelijk dat wanneer er veel kans is op een positieve beoordeling mensen veel beter overkomen op vlak van sociale vaardigheden → als er kans is op een negatieve beoordeling komen mensen veel slechter over*
- ⇒ *Wat er ook wel bestaat is de angst voor positieve beoordeling → vb. complimenten krijgen van de baas → dan heeft men vaak schrik dat men dit niet gaat kunnen blijven volhouden → ook hier is er dus een risico op bijkomende negatieve beoordeling*

1.4.5 Behandeling

- Verschillende effectieve behandelingen:
 - Exposure in vivo
 - Cognitieve therapie
 - Sociale vaardigheidstraining
 - Taakconcentratie training
 - Psychofarmaca
- Effect beter bij specifieke ivm gegeneraliseerde sociale angst
- Overzicht: Mayo-Wilson et al., 2014; Lancet Psychiatry
- ⇒ *Exposure is dus niet voldoende omdat het wel een belangrijke component is maar geen afdoende component*
- ⇒ *Sociale vaardigheidstraining wordt veel gedaan → sociale angst is vaak niet enkel een probleem van sociale vaardigheden, dus er zitten tegelijkertijd in die training heel veel elementen die zinnig kunnen zijn → geïndividualiseerde therapieën gaan vaak wel dieper in op wat er juist bedreigend is voor de persoon*
- ⇒ *Met taakconcentratie training leer je je aandacht meer te richten naar wat je juist aan het doen bent en minder naar de angst*
- ⇒ *Psychofarmaca → aantal die een werking kunnen hebben op angst*
- ⇒ *Group CBT doet het niet slecht, maar individuele CBT (eventueel in combinatie met medicatie) werkt wel effectiever*
- Uitvoer behandeling
 - Exposure in vivo
 - Angsthiërarchie
 - Aandacht voor veiligheidsgedrag
 - Cognitieve therapie:
 - Uitdragen van automatisch negatieve gedachten
 - Corrigeren van denkfouten

- ⇒ *Exposure in vivo* → kijken wat de situaties zijn die vermeden worden of heel veel moeite kosten → hiërarchie maken → vaak start men met de mildere situaties en dan kijken binnen de situaties waar men juist schrik voor heeft → dan kijken wat het effect is als men de situatie aangaat
- ⇒ De persoon heel alert maken op wat de verwachting is die men heeft en hoe het uiteindelijk uitdraait
- ⇒ De cognitieve therapie gaat veel meer over wat de specifieke overtuigingen zijn die mensen zich voorstellen over wat er gaat gebeuren → vb. “als ik in de winkel te lang aan de kassa blijf staan gaat iedereen boos worden” → men gaat vooral proberen de denkfouten te corrigeren → beetje uitdagen door de situaties aan te gaan; samen uitvinden of de overtuigingen correct zijn
- ⇒ Er zijn hier ook vaak dingen die je als therapeut voor doet → omdat mensen zo gefocust zijn op de bedreiging zie je heel vaak dat de realiteit minder erg is dan wat ze in gedachten hadden → daarna moeten ze het dan zelf doen zodat ze kunnen ervaren dat ze de situatie wel aankunnen

1.5 Paniek en agorafobie

- Paniek: “een intense episode van angst en ongemak, gekenmerkt door verschillende somatische en cognitieve symptomen”
 - Somatisch: duizelig, zweten, trillen, pijn op de borst, ademnood en hyperventilatie, etc.
 - Cognitief: angst te sterven, controleverlies, gek worden
 - Paniekstoornis
 - Onverwachte paniekaanvallen (min 2)
 - Gevolgd door > 1 maand persistente angst of gedragsverandering (vermijding, medische controles, etc.)
- ⇒ Deze twee komen vaak samen voor maar moet niet perse
- ⇒ Zijn één van de meest voorkomende stoornissen binnen de angststoornissen
- ⇒ Paniek kan je het beste begrijpen als dat je kopje onder geduwd wordt in het zwembad en het gevoel dat je dat hebt
- ⇒ Mensen rapporteren vooral somatische symptomen (zweten, trillen, ademnood, etc.) → cognitief zie je ook een aantal typische zaken (angst om te sterven, controle te verliezen en gek te worden)
- ⇒ Wat het zo lastig maakt is dat het vaak heel onverwacht voorkomt → mensen hebben zelf heel weinig perceptie van wanneer zo'n paniekaanval gaat komen → als dit dan vb. op straat gebeurt of in een andere sociale context is dat heel akelig
- ⇒ Cognitie en gedrag gaan zich heel snel aanpassen aan de mismatch (“mensen gaan mij niet helpen als dit gebeurt”)
- ⇒ Als er nog niet medisch gebeurd is, dan is er niets mis met een medisch onderzoek → maar als dit allemaal al gebeurd is dan kan je dit uitsluiten
- Agorafobie: “het vermijden of met veel ongemak doorstaan van situaties waarin het moeilijk is om te vluchten of waarbij hulp niet aanwezig is in geval van een paniekaanval of gerelateerde symptomen”
 - Milde tot ernstige beperkingen
 - Interoceptieve vermijding (koffie, alcohol, medicatie)

- ⇒ *Agorafobie gaat over vermijding van allerlei situaties waar je niet kan wegvlugten en mensen je niet zullen komen helpen*
- ⇒ *Be gint vaak mild → maar de vermijding kan ervoor zorgen dat er alsmaar meer en meer paniek komt → zo komt er heel veel inferentie met allerlei domeinen in het leven*
- ⇒ *Vaak ook interoceptieve vermijding → vb. geen koffie meer drinken, niet durven gaan sporten buiten huis, etc.*

1.5.1 Etiologie

- Interessante observaties:
 - Monitoring van paniepatiënten
 - Maximum duur van paniek, circa 5 minuten
 - Paniekaanvallen onverwachts en 's nachts (50% van de patiënten)
 - Transitie niet-REM slaap (niet nachtmerries)
 - Transitie verschillende slaafases
 - Niet gerelateerd aan slaap-apneu
- ⇒ *Paniek is een heel intense reactie waarvan we weten dat die ook terug naar beneden zal gaan → de intensiteit kan nooit heel lang duren (!)*
- ⇒ *Paniekaanvallen zijn vaak onverwachts → kunnen ook 's nachts voorkomen → heeft vaak te maken met de transitie tussen verschillende slaafases*
- Drie dominante theorieën:
 - Anxiety sensitivity
 - Cognitief model van Clark
 - Biologische theorie (Klein)

Anxiety sensitivity

- Angstreacties op lichamelijke gewaarwordingen (vb. hartslagverhoging) die geïnterpreteerd worden als bedreigend (zowel lichamelijk als psychologisch bedreigend)
- Een brug tussen temperamentfactoren en cognitieve factoren
- Meer specifiek dan algemene angstdispositie, één van de factoren die trekangst beïnvloeden
 - Angstgevoeligheid (voor lichamelijke gewaarwordingen)
 - Angstgevoeligheid voor ziekte/verwonding
 - Angst voor negatieve evaluatie
- Evidentie
 - Correlatieve studies:
 - Anxiety sensitivity is specifiek verhoogd bij paniekstoornis
 - Longitudinale studies:
 - Hoge scores op AS verschillen paniekaanvallen bij adolescenten, studenten en gezonde vrijwilligers
 - Schmidt et al (1997): score op AS, gecontroleerd voor trekangst en eerdere paniek voorspelt paniekaanvallen tijdens basistraining (leger)
 - AS voorspelt respons (panieksymptomen) op CO2 inhalatie

- Maar
 - Proportie verklaarde variantie is laag

- ⇒ Anxiety sensitivity = gaat over angstreacties ten opzichte van lichamelijke gewaarwordingen → het gaat specifiek over gevoeligheid
- ⇒ Heel wat onderzoek naar gedaan of dit verhoogd is bij die mensen → dit is natuurlijk het geval maar dat zegt niet zo veel → interessanter zijn de longitudinale studies; hogere scores zijn voorspellend voor paniekaanvallen op latere leeftijd
- ⇒ Men heeft ook gekeken naar de score voor men aan een training in het leger begon → het kon paniekaanvallen tijdens die training voorspellen
- ⇒ Het voorspelt ook de respons op CO2 inhalatie → er zijn apparaatjes die de verhouding van wat je inademt kunnen regelen → experimentele manipulaties in de context van hyperventilatie

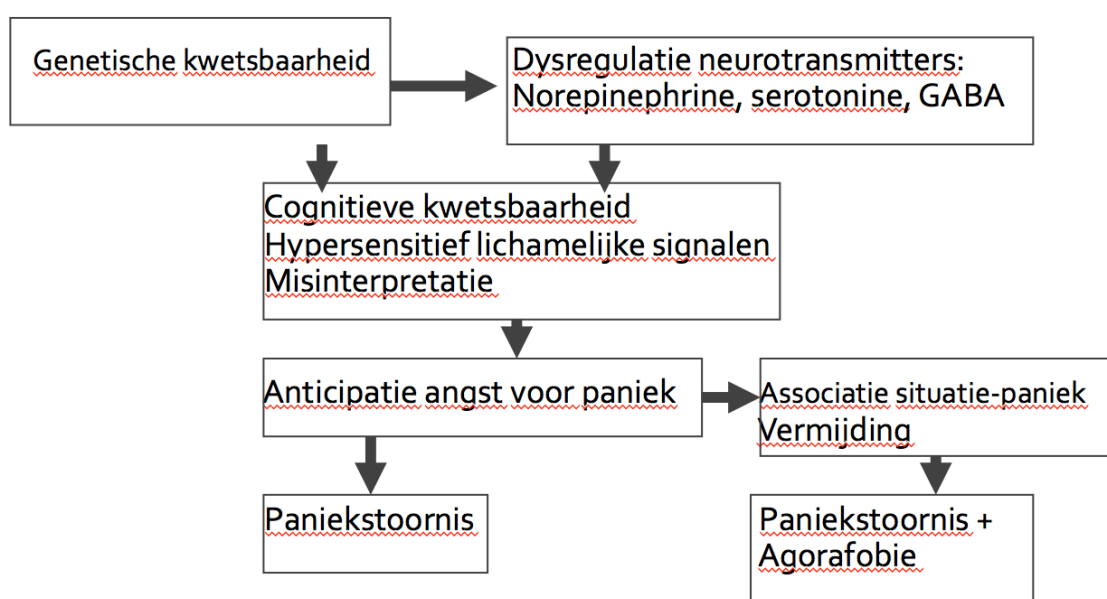
Cognitief model

- Correlatieve studies:
 - Verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties bij paniek
 - Experimentele studies:
 - Hyperventilatie provocatie: negatieve en positieve interpretatie: PPN in de negatieve conditie rapporteerden meer angst
 - Cognitieve therapie zeer succesvol bij de behandeling van paniek
 - Maar
 - Paniek zonder cognities: paniek 's nachts
 - Causale rol cognities is moeilijk te testen
- ⇒ Het cognitieve model van paniek → zeer klinisch bruikbaar model om te weten hoe de paniekaanval ontstaat
- ⇒ Er gaat vaak iets aan vooraf → vb. nonkel is gestorven aan een hartaanval → kan ook zijn dat mensen al heel verhoogde stressniveaus hebben
- ⇒ Dan komt er een trigger → die kan intern of extern zijn → intern is vb. het gevoel dat je hart overslaat
- ⇒ Je gaat de trigger percipiëren als disruptief → fight or flight reactie gaat ontstaan
- ⇒ Je ziet vaak dat dit gevolgd wordt door een catastrofale misinterpretatie → vb. meteen denken dat je ook gaat sterven aan een hartaanval → zo krijg je de overgang van angst naar paniek en krijg je die hele massale activatie van het panieksysteem
- ⇒ Nadat dit één keer gebeurd is komt er meer selectieve aandacht voor interne of externe gewaarwordingen van bedreiging
- ⇒ Vaak heel veel vermijding van situaties waarin zo'n paniekaanval heel problematisch zou kunnen zijn
- ⇒ Experimenteel onderzoek vindt heel duidelijk dat er een selectieve aandacht is voor lichamelijke sensaties
- ⇒ Er worden ook heel vaak studies gedaan waarbij men hyperventilatie provoceert → op voorhand informatie geven over of dit iets positief of negatief is (vb. "je gaat je wat duizelig voelen maar dat is heel normaal en zal snel terug over gaan" vs. "als je duizeligheid voelt is dat echt een belangrijk probleem en heb je een risicofactor") → in de negatieve conditie rapporteren mensen veel meer angst
- ⇒ Problemen van dit model = biedt niet echt een verklaring voor paniekaanvallen 's nachts + het is moeilijk om de causale rol van de cognities te testen

Biologisch model (Klein)

- Suffocation alarm: Hypersensitieve CO2 monitor
 - Evidentie:
 - Verhoogd voorkomen van ademhalingsstoornissen (Bronchite, astma) bij paniek ivm andere angststoornissen
 - Detectie CO2: gemengde resultaten
 - Vb. meer paniek na CO2 inhalatie bij familieleden van paniek
 - Maar: cognities verschillen meer tussen klinisch en niet-klinisch paniek dan verstikkingsymptomen
 - Maar
 - Doden door CO2 vergiftiging zonder verstikkingsalarm?
- ⇒ *Biologisch model van Klein in ontstaan vanuit voorkomen van hyperventilatie → mensen met paniek hebben een hyperactieve CO2 monitor*
- ⇒ *De kans om een paniekstoornis te ontwikkelen is bij die mensen veel groter dan bij andere mensen*
- ⇒ *Men ging kijken naar de reactie op CO2 inhalatie → mensen met die problematiek in de familie hebben een grotere inhalatie → maar langs de andere kant zijn de verschillen ook niet zo heel groot, dus veel twijfels rond deze theorie*

Integratie bevindingen



1.5.2 Paniek: behandeling

- Blootstelling:
 - Effectief bij 60-80% van de patiënten
- Cognitieve therapie
 - Effectief indien er geen sprake is van vermijding
 - Live of via internet

- Psychofarmaca
 - Antidepressiva
 - Benzodiazepines (kort!)
 - Gecombineerde behandelingen?
- ⇒ *Behandelprotocol dat uitgaat van exposure principes → exposure is een heel belangrijke component*
- ⇒ *Dit geeft echter wel de vraag waar je mensen exact aan moet blootstellen → dit heeft heel vaak één of andere vorm van interoceptieve exposure → een stuk blootstellen aan mensen hun sensaties zelf*
- ⇒ *Er wordt vaak gewerkt met relevante provocaties → lichamelijke sensaties die lijken op een paniekaanval gaan provoceren in een veilige context om aan te tonen dat er niet perse een dreigende connotatie aan moet verbonden zijn*
- ⇒ *Het is goed om dit als therapeut mee te doen, zodat de patiënt kan zien dat het lastig is maar niet extreem bedreigend*
- ⇒ *Het is vrij goed te behandelen → wel kijken dat het echt puur over een paniekstoornis gaat (differentiaal diagnostisch kijken)*
- ⇒ *Een heel grote groep krijgt een heel scherpe reductie in klachten → de effect sizes van de behandeling zijn behoorlijk groot*
- ⇒ *Er zijn ook een aantal behandelingen via het internet die goed werken*
- ⇒ *Medicatie → dit combineren met therapie is niet echt een goede oplossing want je krijgt geen volledig effectieve exposure*
- ⇒ *De effecten van de therapie kunnen dan door de persoon ook voor een stuk toegeschreven worden aan de medicatie → zo is er nog steeds geen volledige blootstelling aan het gevoel van angst*
- ⇒ *Op het moment dat het mogelijk en draaglijk is ga je ervoor proberen zorgen dat het zonder medicatie kan*
- ⇒ *Hier heb je ook manieren om ervoor te gaan zorgen dat de interoceptieve exposure intenser kan zijn → dit kan interessant zijn, want als je aan exposure gaat doen in je therapie kan het zijn dat de therapeut een veiligheidssignaal is → je moet dus voldoende angst naar boven krijgen om een effectieve exposure te krijgen*

1.6 Gegeneraliseerde angststoornis

- Criteria:
 - Excessieve angst en piekeren
 - Moeite om het piekeren onder controle te houden
 - Bijkomende symptomen (Rusteloosheid, snel vermoeid, concentratieproblemen, prikkelbaar, etc.)
 - Angst is vaak langdurig aanwezig
 - Hoge comorbiditeit met depressie (70%)
 - Mild tot zeer ernstig
- ⇒ *Wat je hier ziet is een heel breed scala aan allerhande bezorgdheden → het piekeren is echt het cruciale stuk van het probleem*
- ⇒ *Dat piekeren begint vaak als een zinnig iets → het gevoel hebben dat je hierdoor wat meer voorbereid bent → maar je ziet dat piekeren al een heel negatieve connotatie heeft gekregen waardoor het heel moeilijk is om uit die cirkel te geraken*

⇒ *Gaat ook vaak samen met allerlei andere symptomen → depressie is hierbij ook heel comorbide*

1.6.1 Kenmerken

- Biologische theorie:
 - Genetische factor
 - Benzodiazepines reduceren GAS:
 - Benzodiazepines verhogen activiteit GABA-neurotransmitters
 - Neurotransmitters → inhibitie van neuronale activiteit
 - GABA-deficiëntie theorie → verhoogde activatie van het limbisch systeem

⇒ *Teveel aan GABA waardoor het limbische systeem overactief is*

- Cognitieve theorie:
 - Hyperactief angst schema
 - Cognitieve inhoud:
 - Maladaptieve assumpties (“ik moet mezelf voorbereiden op gevaar”)
 - Positieve visie op piekeren als hantering (verminderde problem-solving; Borkovec)
 - Cognitieve processen:
 - Hypervigilantie

⇒ *Op cognitief niveau is er sprake van een hyperactief angstschema → vaak problematische assumpties (“liever teveel voorbereid dan plots in een nare situatie te komen staan”) → het piekeren werkt bij deze populatie heel maladaptief*

⇒ *Je hebt een stuk de afweging tussen bezig zijn met taakgericht gedrag en bezig zijn met potentiële bedreiging → we richten onze aandacht meestal op doelgericht gedrag en dit wordt onderbroken door iets waardoor het taakgericht gedrag onderbroken wordt*

⇒ *Mensen hebben een soort gewoontegedrag ontwikkeld om altijd de problemen eerst te zien → uit zich in verbaal piekeren*

⇒ *Één van de implicaties is dat het bezig zijn met de cognitieve inhoud eerder irrelevant is → je gaat echt moeten focussen op de manier waarop dit te doen*

1.6.2 Behandeling

- Anxiolytica (verslaving!)
- Relaxatie
- Cognitieve gedragstherapie
- Mindfulness
- Metacognitieve therapie

⇒ *Heel wat evidentie voor relaxatietherapie*

⇒ *CBT → specifieke behandelpakketten voor GAS → de focus ligt hier heel erg op dat piekeren*

- ⇒ *Als het piekeren een automatisme is geworden is het heel moeilijk om hier terug greep op te krijgen → daarom worden er vaak mindfulness therapieën over gegeven → we zijn heel vaak gefocust op gedachten uit het verleden of gedachten over de toekomst → het idee van mindfulness is om de aandacht veel meer te leren richten op het hier en nu, en gedachten te zien als voorbijgaande denkwolken en veel meer aandachtig te zijn voor wat er in je gedachten zit en dit ook terug los te laten → allerlei aandachtsoefeningen*
- ⇒ *Een tweede stuk dat heel essentieel is in mindfulness is dat het gebeurt op een zeer zachte en accepterende manier → het idee is dat de aandacht veel minder is dan het puur beoordelende en bekritisierende naar jezelf toe*
- ⇒ *Er zijn twee metacognities over het piekeren → belangrijk om voor te bereiden op gevaar + je hebt het niet meer onder controle → gaan kijken of mensen hun aandacht anders kunnen gaan distribueren*

1.7 PTSS

1.7.1 Kenmerken

- Betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij:
 - 1) Betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van de betrokkene of anderen
 - 2) Tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw
- ⇒ *PTSS werd losgetrokken tot een eigen categorie, maar tegelijkertijd zien we dat er wel heel veel zelfde mechanismes bij betrokken zijn*
- ⇒ *Het meegemaakt hebben van trauma is hier een essentieel ding → trauma wordt hier echt wel gereserveerd voor een situatie waarin er een confrontatie is geweest met een zeer ernstig levensbedreigende situatie*
- De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd:
 - 1) Recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen
 - 2) Recidiverende akelige dromen
 - 3) Handelen of voelen alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt
 - 4) Intens psychisch leiden bij blootstelling aan een trauma-gerelateerde prikkel
 - 5) Fysiologische reacties bij blootstelling aan een trauma-gerelateerde prikkel
- ⇒ *Het herbeleven van het trauma is heel belangrijk → we zien vaak dat het trauma wordt herbeleefd alsof mensen terug in dat moment zelf zitten → dit is zeer intens en werkt hertraumatiserend*
- ⇒ *Het kunnen ook heel beperkte triggers zijn die toch aanleiding kunnen geven tot het herbeleven van zaken*
- Aanhoudende vermijding van trauma-gerelateerde prikkels:
 - 1) Vermijding trauma-gerelateerde gedachten, gevoelens
 - 2) Vermijding van mensen en/of plaatsen gerelateerd aan trauma
 - 3) Onvermogen tot herinneren van belangrijke aspecten van het trauma
 - 4) Minder belangstelling deelnemen andere activiteiten
 - 5) Gevoel van onthechting en vervreemding van anderen
 - 6) Beperkt spectrum van gevoelens
 - 7) Idee van beperkte toekomst te hebben

- Verhoogde prikkelbaarheid en hypervigilantie
 - 2-30 dagen = ASS ; >1 maand = PTSS
- ⇒ *Het gaat gepaard met vermijding → er worden zo'n nare emoties ontlokt waardoor er heel veel pogingen komen om dit te vermijden*
- ⇒ *Wat je typisch ziet is dat er ook vaak een onvermogen is om aspecten van het trauma te herinneren*
- ⇒ *Gaat vaak sterk ten koste van plezier en andere activiteiten → gevoel van onthechtenis, vervreemding,... → die patiënten zij heel erg "on edge"*

1.7.2 Etiologie

- Recente theorieën:
 - Dual representation theory (Brewin, 1996)
 - Cognitieve theorie (Ehlers en Clark, 2000)
- ⇒ *Twee theorieën om het beter te begrijpen*

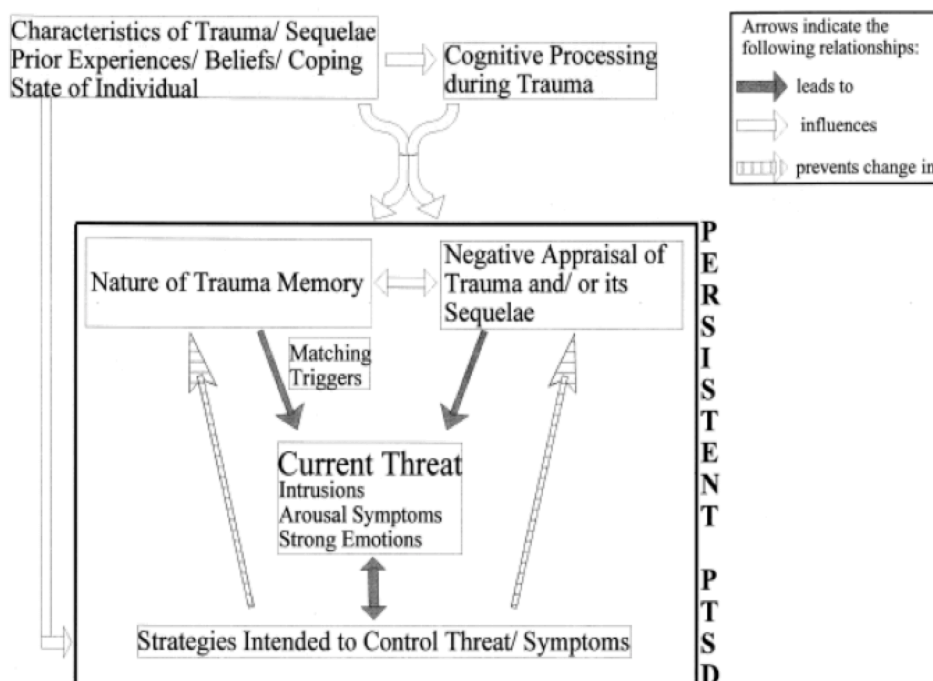
1.7.3 Etiologie en geheugen

- Belangrijke observaties bij PTSS:
 - Herbeleving is sensorisch van aard
 - Herbeleving heeft een "hier-en-nu kwaliteit"
 - Herbeleving staat los van verdere elaboratie
 - Herbeleving kan plaatsvinden zonder bewustzijn van de trigger
 - Triggers die leiden tot herbeleving zijn meestal niet semantisch van aard
- ⇒ *Als we kijken naar onderzoek naar de herbelevingen zien we dat het heel sensorisch van aard is → het heeft hier-en-nu kwaliteit → het staat hier erg los van verdere verbale elaboratie (wordt sensorisch herbeleefd, maar er gebeurt geen omzetting in taal)*
- ⇒ *De triggers zijn vaak niet verbaal van aard → gaat heel vaak over visuele prikkels of vb. geur*

1.7.4 Etiologie (vervolg)

- Dual representation theory (Brewin, 1996)
 - Twee parallelle geheugensystemen:
 - Verbally accessible memory (narratief / autobiografisch)
 - Situationally accessible memory (flashbacks)
 - Externe arousal trauma: opslaan verstoord
 - Relatie amygdala en hippocampus (VAM)
 - Chronisch verhoogde stress → verminderd functioneren hippocampus
 - Gaten in trauma narratief (VAM) en aanhoudende levendigheid van perceptueel geheugen (SAM)
- ⇒ *Twee belangrijke systemen die bestaan*
- ⇒ *Eerste systeem is het narratieve systeem dat heel sterk gelinkt is aan ons autobiografisch geheugen*

- ⇒ Tweede systeem heeft veel meer te maken met situationeel toegankelijke herinneringen (niet zo heel extreem als flashbacks, maar wel een prikkel die enorm veel oproept)
 - ⇒ Ons hele angststelsel gaat in functie staan van overleven → er is een heel gedetailleerde verwerking van de triggers die aanwezig waren om in de situatie zelf zo goed mogelijk te reageren → omdat alle energie gaat naar die gedragsrespons wordt het opslaan verstoord
 - ⇒ De gaten blijven in het trauma aanwezig
- Cognitief model (Ehlers en Clark, 2000)
 - Aanhoudende beoordeling van dreiging:
 - Individuele verschillen in de beoordeling van trauma
 - Individuele verschillen in geheugenprocessen en de relatie tot eerdere ervaringen
 - Gevoel van dreiging kan extern/intern zijn
 - “Mensen zijn niet te vertrouwen”
 - “Ik heb geen controle over gebeurtenissen”
 - Voorbeelden beoordelingen
- ⇒ Er zijn heel wat verschillen in de beoordeling van trauma en in de individuele verschillen in geheugenprocessen en de relatie tot eerdere ervaringen
 - ⇒ Het is opmerkelijk dat de ene persoon redelijk goed kan herstellen terwijl het trauma voor de andere persoon heel destructief blijft → dit heeft te maken met het gevoel van dreiging dat intern of extern kan zijn
- ⇒ Heel veel verschillende types beoordelingen die je kan tegenkomen in de context van trauma
 - ⇒ Zowel aspecten van het trauma, als aspecten van jezelf en van de reactie die je kan hebben op het trauma
 - ⇒ Negatieve appraisal waardoor het gevoel van huidige bedreiging blijft bestaan → ook heel veel problematische structuur om het gevoel van bedreiging te blijven bevestigen (vb. wapen in huis halen)



- Onderzoek naar factoren pre- peri- en post trauma
 - Voor trauma:
 - Verhoogd angstniveau of angststoornissen
 - Onveilige hechting
 - Laag IQ
 - Tijdens trauma:
 - Aard van het trauma
 - Gevoel van verantwoordelijkheid voor gebeurtenis
 - Dissociatie
 - Na trauma:
 - Cognitieve en gedragsmatige vermijding
- ⇒ *Heel wat van het onderzoek naar trauma geeft aan dat het risico op PTSS heel duidelijk beïnvloed wordt door verhoogde angstniveaus voor het trauma, onveilige hechting, laag IQ*
- ⇒ *Tijdens het trauma zijn er ook een aantal factoren die een rol spelen → aard van het trauma, de rol die de persoon erin speelde en dissociatie (= wat buiten jezelf treden, afstand nemen van je gevoelens en gewaarwordingen)*
- ⇒ *Ook na het trauma zijn er een aantal factoren die bepalen of men PTSS ontwikkelt of niet → aspecten die te maken hebben met cognitieve of gedragsmatige vermijding*

1.7.5 Behandeling

- Behandelvormen:
 - Exposure met cognitieve herstructurering
 - EMDR
 - Schrijftherapie
 - Psychofarmaca
- ⇒ *Kijken of we samen met de patiënt de verschillende aspecten naast elkaar kunnen krijgen om een volledig narratief te krijgen van wat er is gebeurd*
- ⇒ *Men werkt ook vaak bij EMDR → werkt vooral goed bij éénmalig trauma → mensen moeten het trauma oproepen en beschrijven met de volledige emoties en terwijl moeten ze vb. de vinger dan de therapeut volgen → doordat het werkgeheugen belast wordt met een taak zal het trauma op een andere manier verwerkt worden → het blijkt toch een zeer effectieve behandelvorm te zijn bij éénmalig trauma en kan in 1 tot 2 sessies gebeuren*
- ⇒ *Ons geheugen is heel vatbaar voor nieuwe ervaringen → maar onderzoek naar reconsolidatie heeft aangetoond dat elke keer we een herinnering bovenhalen er een mogelijkheid bestaat tot modificeren van dat geheugenspoor → de herinnering kan beïnvloed worden door nieuwe ervaringen tijdens de herinnering → daarom blijft EMDR zo goed te werken*
- ⇒ *Schrijftherapie → via schrijfopdrachten het narratieve herstellen → blijkt ook heel effectief*

1.8 Diagnostiek

1.8.1 Angst diagnostiek

- Klinische interviews
 - Algemene diagnostische interviews
 - Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)

- Structured Clinical Interview for DSM-IV axis (SCID)
- Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

- Angst-specifieke interviews
 - Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS)
 - OCD: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)

1.8.2 Angst vragenlijsten

- Algemene angstscales
 - Symptom Check List (SCL-90)
 - Zelf Beoordelings Vragenlijst (ZBV)

- Paniek
 - Anxiety Sensitivity Index (ASI)
 - Body Symptom Questionnaire (BSQ)

- Agorafobie
 - Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ)
 - Agoraphobic Self-statements Questionnaire
 - Fear Questionnaire
 - Mobility Inventory

- Sociale angst
 - Fear Questionnaire (FQ)
 - Fear of Negative Evaluation (FNE)
 - Inventarisatie Omgaan met Anderen (IOA)
 - Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG)

- Dwang
 - Inventarisatie Dagelijkse Bezigheden (IDB)
 - Padua-inventary (PI-R)

- Enkelvoudige fobie
 - FQ
 - Fear of Spiders Questionnaire (FSQ)

- Gegeneraliseerde angststoornis
 - Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)
 - Worry Domain Questionnaire (WDQ)
 - Meta-cognitie Questionnaire (MCQ)

- PTSS
 - Schokverwerkingslijst (IES)
 - Posttraumatische Cognities Inventarisatielijst (PTCI)

⇒ *Dit laatste stukje werd overgeslagen in de les*

Hoofdstuk 5: Stemmingsstoornissen

- ⇒ *Depressie kan bij iedereen voorkomen → maakt weinig onderscheid tussen rand, stand en intelligentie*
- ⇒ *Over depressie wordt vaak gesproken als de “verkoudheid” van de GGZ → maar dit is niet echt terecht*

- ⇒ *Zie J.K. Rowling → baseerde de Dementors op haar depressieve ervaring → de Dementors voeden zich met positieve herinneringen tot dat iemand volledig leeg achterblijft → hoe meer er aanwezig zijn, hoe sterker hun effect → dit heeft heel veel analogieën met een depressie*

Leerdoelen

- Inzicht hebben in de belangrijkste kenmerken van depressie
- Kritisch kunnen reflecteren op de bestaande psychologische en biologische verklaringsmodellen
- Integratieve verklaringsmodellen kennen
- Begrijpen hoe verschillende modellen gerelateerd zijn aan de bestaande behandelvormen

Studievragen

- Wat zijn de belangrijkste uitdagingen bij de verbetering van behandelstrategieën voor depressie?
- Verklaar het therapeutisch effect van gedragsactivatie
- Zijn er redenen om aan te nemen dat er verschillende verklaringsmodellen nodig zijn voor een eenmalige vs. herhalende depressieve episodes?
Indien ja, welke verschillen dienen dan te worden verklaard?

1.1 Affectieve symptomen

- Sombere gemoedstoestand
- Neerslachtig
- Droevig
- Leeg
- Geïrriteerd
- Interesseverlies
- Anhedonie

1.2 Cognitieve symptomen

1.2.1 Inhoud

- Negatieve cognities over zichzelf, de wereld en de toekomst
 - Zelf: waardeloosheid, incompetentie, zelfkritiek, schuldgevoelens, hulpeloosheid
 - Wereld: zinloos
 - Toekomst: uitzichtloos, hopeloos, suïcidegedachten

- ⇒ *Negatieve cognitie over het zelf, de wereld en de toekomst*
- ⇒ *Zeker bij ernstige depressie is het zicht op de toekomst heel erg uitzichtloos en hopeloos → is heel erg gelinkt aan suïcidale gedachten*
- ⇒ *Suicidegedachten zijn heel belangrijk hier → op het moment dat je te maken krijgt met mensen met depressieve klachten zal je hierover moeten praten → vaak maken mensen zich zorgen dat ze de persoon dat juist op ideeën zullen brengen, maar dit is niet zo → de persoon is er vaak zelf al een stukje mee bezig en dan is het veel belangrijker om te praten over de manier waarop ze erover denken dan om er gewoon niet over te praten*
- ⇒ *Veel cliënten kunnen vaak met niemand praten over hun suicidegedachten → daarom kan erover praten met jou vaak al helpen*
- ⇒ *Goed onderscheid maken tussen wat de gedachten zijn en wat de concrete plannen al zijn → belangrijk om hierover te leren praten*

1.2.2 Processen

- Concentratieproblemen
 - Aandachtsproblemen
 - Geheugenproblemen
 - Besluiteloosheid
 - Verminderd vermogen tot nadenken
- ⇒ *Patiënten zeggen vaak dat ze vb. naar de supermarkt gaan om iets te kopen en dan niet meer weten waarom ze daar zijn*

1.3 Gedragssymptomen

- Terugtrekken uit sociale contacten
 - Niets meer ondernemen
 - Psychomotoriek
 - Remming (predictie respons medicatie)
 - Agitatie (comorbiditeit met angst)
- ⇒ *Iets ondernemen is een heel pijnlijke business → hierdoor kan het zijn dat je nog maar heel weinig van dit gedrag gaat terugzien*
- ⇒ *Agitatie is ook mogelijk → mensen die heel de tijd ijsberen, enorm gespannen zijn, etc.*
- ⇒ *Dit zijn gedragssymptomen op groepsgemiddelde → het is belangrijk om te weten dat er ook heel wat mensen zijn die vrij goed kunnen blijven functioneren maar toch met heel ernstige depressieve symptomen zitten*

1.4 Somatische symptomen

- Slaap, te weinig, te veel
 - Slaapproblemen: kwetsbaarheid voor herval
 - Regulatie slaap = regulatie emoties
- Moe gevoel, gebrek aan energie
- Eetlust, te weinig, te veel

- ⇒ Ook heel vaak slaapproblemen → te weinig of te veel → heel typisch zie je hier 's ochtends veel te vroeg wakker worden, niet meer terug in slaap geraken, dan tegen de namiddag er wel terug door geraken
- ⇒ Slaapproblemen zijn vaak ook gelinkt aan problemen met emotieregulatie → belangrijk om te kijken of je dit kan herstellen

1.5 Diagnose: DSM V

- Subtypes:
 - Angst en stress
 - Gemengde kenmerken (manie)
 - Melancholisch versus niet-melancholisch
 - Psychotische kenmerken
 - Atypische kenmerken
 - Seizoensgebonden
 - Postpartum
- ⇒ Alle symptomen zijn onderdeel van één latente variabele depressie → maar in netwerkmodellen zegt men dat zo'n construct eigenlijk niet bestaat → depressie = die verschillende symptomen
- ⇒ Op een bepaald moment beginnen de verschillende symptomen samen te hangen en doordat we dit zien lijkt het op één coherentie → maar eigenlijk gaat het gewoon over symptomen die op elkaar inwerken

1.6 Ontwikkelingsperspectief

- Depressie bij kinderen en adolescenten
 - Overlap symptomen volwassenen vs. kinderversie
 - Onder gediagnosticeerd:
 - Kinderversie: storend gedrag op de voorgrond; cognitieve aspecten op de achtergrond/niet aanwezig
 - Serieus nemen negatief affect (pubertijd)
 - Negatief affect: prikkelbaarheid
 - Suïcide risico (ideatie en pogingen)
 - 3^{de} doodsoorzaak bij 10 tot 19 jarigen → predictoren:
 - Eerdere pogingen, middelen en drank, impulsiviteit, hopeloosheid, exposure aan suïcide
- ⇒ Over het algemeen zie je dat depressie ontstaat in de late adolescentie / vroege volwassenheid → maar belangrijk om te weten dat depressie zeker ook bestaat bij kinderen en adolescenten → is vaak ondergediagnosticeerd
- ⇒ Zeker in de kinderversie zien we vaak dat het negatieve affect minder op de voorgrond staat → begint vaak met lastig gedrag, kwaadheid, etc. → moeten we gaan bekijken wat er onderliggend is aan dat gedrag
- ⇒ Ook bij de adolescenten is het differentiaal diagnostisch niet echt gemakkelijk → je moet het onderscheid maken tussen en normaal pubergedrag en afwijkend gedrag → ook hier zien we dat hulp vaak heel laat gezocht wordt → hier vooral prikkelbaarheid, etc. → ook belangrijk om oog te hebben voor het suïcide risico
- ⇒ De impulsiviteit bij adolescenten is een pak groter, waardoor dit een groot risico kan zijn voor suïcide → 3^{de} doodsoorzaak bij jongeren (!) → hopeloosheid is een belangrijke predictor + exposure aan suïcide (= blootstelling aan suïcide zorgt ervoor dat de gedachten bij iemand veel levendiger aan bod kunnen komen)

1.7 Beloop en impact van depressie

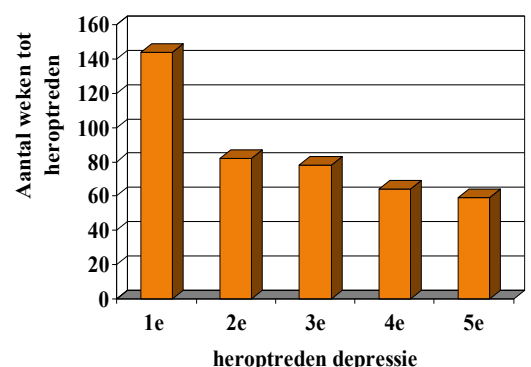
- Aanvang depressie: begin volwassenheid
- Aanvang op jongere leeftijd: ongunstigere prognose
 - Genetische transmissie
 - Verstoorde ontwikkeling
- Spontaan herstel (60%; 3-6 maanden), maar...
 - Subklinische symptomen
 - Herval
- Herval en chroniciteit:
 - Herval: beperkte of korte remissie
 - Heroptreden: na volledige remissie (> 2 maanden)

- ⇒ *Buiten bij kinderen en jongeren, valt de aanvang vooral op volwassen leeftijd → wanneer het op jonge leeftijd voorkomt is dit vaak een ongunstigere diagnose, want je moet vb. school dubbelen, je mist dingen, ontwikkelingstaken verstoort, ... → het herstel zal veel langer duren want je wordt er telkens weer mee geconfronteerd*
- ⇒ *Spontaan herstel (!) → wat maakt nu dat mensen herstellen? → we weten niet goed wat het antwoord is op die vraag → 60% is heel veel, maar we zien wel dat een heel deel van die mensen blijven zitten met subklinische symptomen → dit kan een grote voorspeller zijn voor nieuwe depressieve episodes → daarom best nog een aantal maanden erna blijven doorbehandelen*
- ⇒ *Herval en chroniciteit zijn twee van de meest essentiële problemen in de context van depressie (!) → veel behandelvormen zijn niet voldoende effectief; er kan nog steeds herval plaatsvinden nadien*
- ⇒ *Herval = na korte remissie → heroptreden = na volledige remissie, langer dan twee maanden*
- ⇒ *We zien vaak dat depressie een chronisch karakter aanneemt*

- Heroptreden: 50-85% >1 depressieve episode
- Kans op herval neemt toe bij iedere episode:
 - 16% per episode
 - Keller:
 - 1^{ste} episode: 60% krijgt 2^{de} episode
 - 2^{de} episode: 70% krijgt 3^{de} episode
 - 3^{de} episode: 90% krijgt 4^{de} episode
- Episodes volgen korter op elkaar
- Solomon et al. (2000):

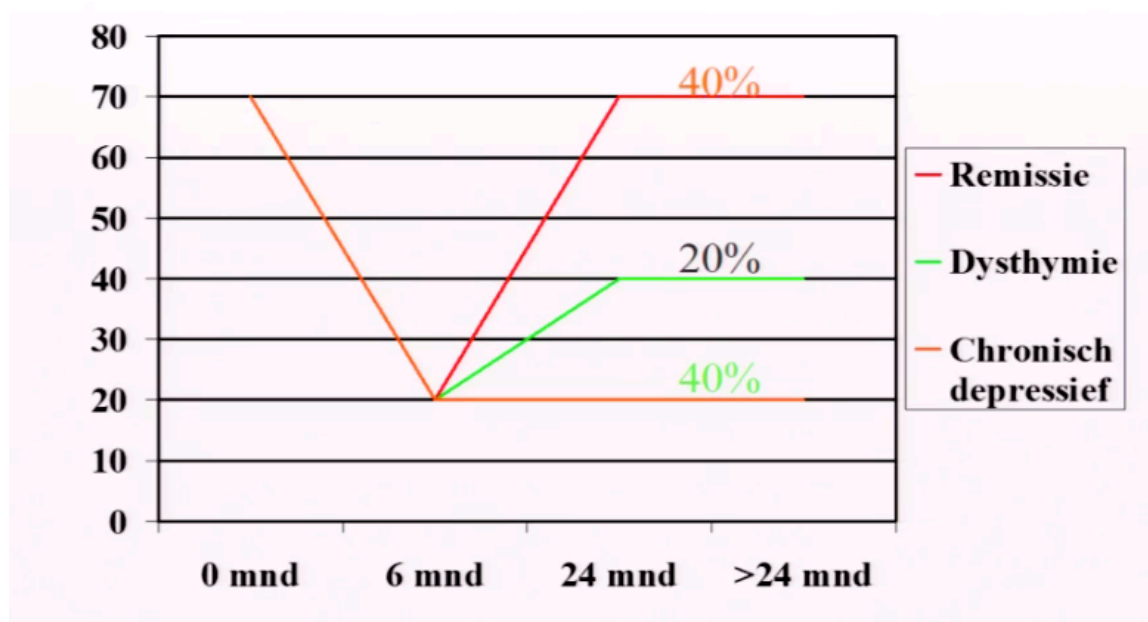
- ⇒ *Een groot deel van de mensen met depressie zal meerdere depressieve episodes ontwikkelen → de kans op herval zal toenemen met het aantal episodes*
- ⇒ *De episodes durven ook korter na elkaar volgen*

- ⇒ *We zien hier dat er vb. drie jaar kan zitten tussen de eerste en tweede episode → daarna wordt de tijd ertussen steeds minder*
- ⇒ *De impact neemt ook toe per episode (!) → steeds meer consequenties naar sociaal en familiaal functioneren*



- Voorspellers van herval:
 - Eerder depressieve episodes
 - Stoppen met antidepressiva (70% binnen 6 maanden)
 - Residuele symptomen en ernst van voorafgaande depressieve episode
 - Co-morbiditeit
 - Depressie op jongere leeftijd
 - Stresserende gebeurtenissen
 - Beperkte sociale steun
- ⇒ *Het goed afbouwen van antidepressiva is heel essentieel (!) → als het te snel wordt afgebouwd kan het een groot risico zijn voor heroptreden*
- ⇒ *Restsymptomen zijn ook heel belangrijk + de ernst van voorafgaande episode*

- Chronische depressie:
 - Ernstiger dan dysthymie
 - Problematische voorgeschiedenis
 - Huidige stresserende condities
 - Familiale belasting
- ⇒ *Als we spreken over chronische depressie is dit ernstiger dan dysthymie → dysthymie gaat over mild depressieve klachten die langere tijd aanhouden → chronische depressie is ernstiger, is vaak ook gelinkt aan een voorgeschiedenis (vb. seksueel of emotioneel misbruik) → geeft vaak ook een heel grote belasting waardoor men de depressie zelf als een grote stressor gaat ervaren → hierdoor vergroot de kans op nieuwe depressies ook weer*



- ⇒ *We zien dat er bij een aantal mensen spontane remissie optreedt*
- ⇒ *Bij een aantal andere mensen treedt er ook remissie op, maar die is heel beperkt*
- ⇒ *Er dan ook nog een aantal mensen die echt richting chronisch traject gaan → zij hebben hun klachten langer dan een jaar → er moet nog meer onderzoek naar gedaan worden*

- ⇒ *Interessant is dat je bij depressie niet vaak ziet dat mensen het echt beschouwen als een eindpunt van ziek zijn → je wordt gedwongen vanuit je systeem om stil te staan bij jezelf en wat er gebeurt in je leven → je zou verwachten dat er een aantal mogelijkheden zouden gezien worden om het leven te beteren, maar dit gebeurt bijna nooit*
- Depressie beginnend in de adolescentie
 - Opvallendheden:
 - Gelijke ratio mannen/vrouwen kindertijd; wijzigt in de adolescentie (hormonale verandering?)
 - 50% eenmalig; 50% heroptredend
 - Depressie bij ouderen:
 - Daling van het aantal depressies (positiviteit, coping)
 - Diagnostische uitdaging
 - Vasculaire veranderingen
 - Depressie heeft een negatieve impact op:
 - Werk: ziekteverzuim/concentratieproblemen
 - Ouder-kind interacties
 - Hoge eisen over zichzelf als ouder
 - Energieverlies
 - Meta-analyses: meer negatief en afgezonderd gedrag
 - Partnerrelatie: kans op scheiding verhoogd
 - Gezondheid:
 - Suïcide: kans 20x verhoogd; hopeloosheid en afwezigheid positieve toekomst
 - Depressie is gerelateerd aan lichamelijke ziekte

1.8 Epidemiologie

- 12 maanden prevalentie: 4-6% van de populatie
- Lifetime prevalentie: MDD 13-16%; piek: 18-25 jaar
- Toename depressie in de adolescentie
 - Rapportage effect?
 - Geheugen artefact in retrospectieve studies
 - Focus op persoonlijke ontwikkeling
 - Minder stabiliteit in gezinnen
- Geslachtsverschil: 2:1
 - Biologische verschillen (hormonaal)
 - Meer stress (dagelijkse stress, trauma, maatschappelijke status)
 - Coping (rumineren)

1.9 Kwetsbaarheid voor depressie (gastles Marchetti)

1.9.1 Onderscheid tussen piekeren en lange werkloosheid

- ⇒ Beiden goede predictors voor depressie
- ⇒ Als je veel rumineert of lang werkloos bent, is er een grote kans dat je een depressie ontwikkeld
- ⇒ Het verschil tussen deze twee fenomenen:
 - Piekeren is niet duidelijk voor andere mensen, bij werkloosheid is dit duidelijk voor andere mensen
 - Het ene is meer intern, het andere is meer extern en gelegen aan de omgeving
 - Werkloosheid kan gestopt worden op elk moment in de tijd → bij ruminatie kan het lang duren eer dit stopt → het kan gestopt worden maar dit is niet zo simpel

1.9.2 Definitie van kwetsbaarheid

- ⇒ Eerste paper over kwetsbaarheid is deze van Meehl → in de context van schizofrenie stelde hij dat er een ongespecificeerde neurologisch deficiet is dat schizotaxia heet → in associatie met leerervaringen (vb. een specifieke opvoeding) zorgt dit voor schizofrenie
- ⇒ Het algemene idee dat hieruit is voortgevloeid is dat kwetsbaarheid:
 - Endogeen is → het komt van binnenin → dit is niet zo voor een werkloos persoon
 - Stabiel is → het is een staat die je hebt → iedereen heeft moodveranderingen, maar dit is niet zo voor kwetsbaarheid
 - Het is niet immutable → stabiel betekent dat tussen twee tijdsperiodes er een hoge overeenkomst is → dit betekent niet dat het niet kan veranderen → stabiele staat kan veranderen als er nieuwe aspecten is → immutable betekent dat het absoluut onveranderbaar is → vb. zoals gender
 - Het moet latent zijn → dit betekent dat het er moet zijn, ookal is het niet geactiveerd → dit betekent dat wanneer je geen symptomen vertoont, het onderliggende nog steeds aanwezig is → het bestaat, maar het is niet volledig geactiveerd, en dit fit vaak met het stress idee
 - Je hebt een kwetsbaarheid tot depressie en dit moet geactiveerd worden aan de hand van een hoeveelheid stress die dan tot de conditie kan leiden
 - Vierder aspect is dus stress → definitie van stress: ongelukkig event, we zijn hier niet blij mee → er is dus een trigger nodig om de kwetsbaarheid naar voor te laten komen → dit kan iets heel heftig zijn; vb. een overlijden, een relatiebreuk, een natuurramp → of het kan een reeks van kleine stressoren zijn die elkaar allemaal opvolgen; vb. slechte toets, slechte examens, constant ruzies met je vriend,...

⇒ Dit is het idee van de diathese-stress:

- Iemand tijdens een eerste episode kan vaak vertellen waarom dit is gebeurd: ik ben depressief sinds mijn relatiebreuk → je hebt een idee over waarom deze persoon een depressie heeft → dit komt omdat er veel stress nodig is om tot een eerste episode te komen
- Dit verandert over de tijd → in de volgende episode is de diathese hoger, dus er is een hogere kans om blootstelling tot stress te hebben + je hebt minder stress nodig om in een depressieve episode te geraken → op dit moment kunnen mensen je minder goed vertellen waarom ze depressief zijn
- Na een tijd heb je minder stress nodig, en word je meer en meer gevoelig aan stress

1.9.3 Risico factoren

⇒ Er zijn ook risicofactoren gelinkt aan depressie → deze zijn plausibel of mogelijk om tot een depressie te komen

⇒ Vrouw zijn, al episodes hebben gehad, gescheiden, lage SES (sociale economische status) → waarom?

- Vrouw: discriminatie in gender leidt tot depressie → dit is echter een derde variabele → er is geen directe relatie
- SES: als je arm bent heb je een grotere kans op depressie → waarom? Omdat je angstig bent om niet goed voor je kinderen te zorgen

Highly plausible	Plausible	Possible
Female	Losing mother before 11yo	Living in a city
Previous depression	Never married	Chronically doing housework
Divorce or separation	Family history of depress	Infertility
Low SES	Small kids at home	Protestant

⇒ Tweemaal is er iets in het midden nodig om een verklaring te bieden → dit komt omdat de predictoren niet informatief zijn over een mechanisme

- Vb. "lange voeten zijn een predictor voor depressie" → dit vertelt niets over het waarom → een mechanisme mist in de verklaring → risicofactoren houden geen rekening met mechanismen

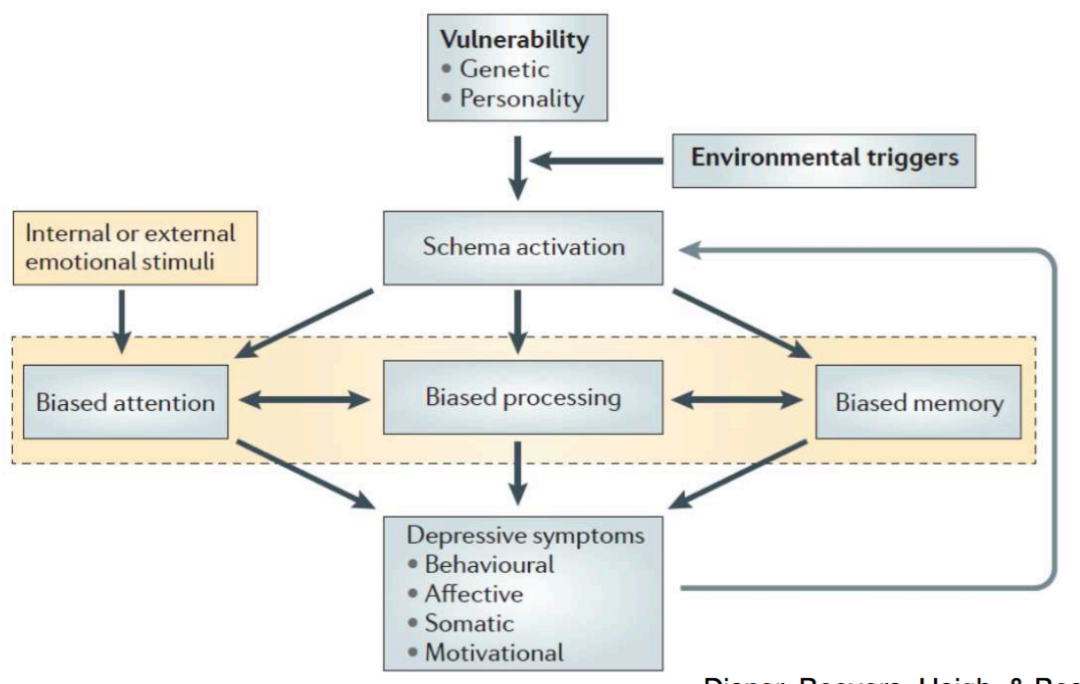
⇒ Via welk mechanisme zorgt deze risicofactor voor een invloed op depressie?

- Ze zeggen enkel dat als je iets hebt, er een grotere kans is → er is geen uitspraak hierover
- Dus elke kwetsbaarheidfactor is een risicofactor maar omgekeerd is dit niet zo

⇒ Ruminatie is een kwetsbaarheidfactor voor depressie → voldoet aan de vier voorwaarden (!) → intern, stabiel, latent en stressgerelateerd

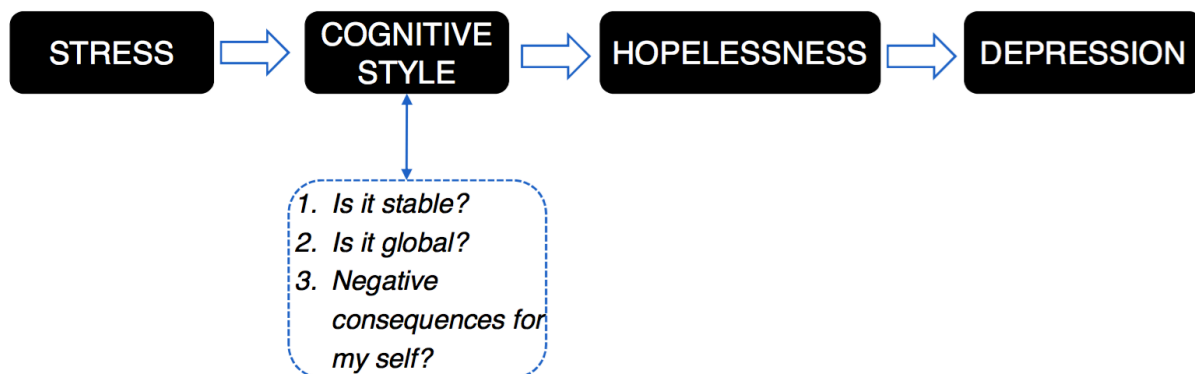
⇒ Werkloosheid is een risicofactor → zegt niets over het mechanisme

1.9.4 Beck's schema model



- ⇒ Standaardmodel in klinische psychologie in depressie → door Beck, de vader van de cognitieve therapie
- ⇒ Hij stelt dat, gegeven een kwetsbaarheid die interageert met omgevingsfactoren, dit zorgt voor een andere manier van kwetsbaarheid, wat dan weer zorgt voor schema-activatie (= manier van denken en interpreteren van de wereld)
 - Eens een schema is geactiveerd, is de manier waarop je de wereld ziet veranderd → dit noemen we biases
 - Iedereen heeft dit continu → in de context van depressie geef je vooral je aandacht aan mensen die er verdrietig of kwaad of verveeld uitzien → dit is een cognitieve bias voor de depressie
- ⇒ In reactie op stress, ga je je schema's activeren → je focust dan alleen op dingen die relevant zijn voor je schema → dit geldt ook bij depressie
- ⇒ Deze negatieve zelschema's zijn belangrijk bij depressie → het gaat over schema's over jou en hoe jij de wereld ziet
- ⇒ De theorie stelt dat het gaat over ideeën die gaan over jezelf, je toekomst en de wereld die negatief zijn → mensen met depressie zien zichzelf als onwaardig, zien toekomst als donker en de wereld is afwijzend
 - Vb. falen op het werk, falen als persoon → als ik faal in één ding, is alles een falen dus je betreft alles op jezelf
 - Vb. iedereen moet van mij houden
- ⇒ Deze ideeën zijn vaak aanwezig bij mensen, maar vaak onbewust → het is een klein stemmetje dat zegt: "je bent gebuisd dus je bent gefaald" → deze gedachten zijn gemakkelijk te detecteren in het idee
- ⇒ Dit is het eerste cognitief model voor depressie ooit → het wordt nog steeds geupdated

1.9.5 De hopeloosheidstheorie



⇒ Deze theorie stelt dat wanneer er een stressor aanwezig is (vb. "ik ben gebuisd") gaan mensen dit interpreteren aan de hand van een specifieke cognitieve stijl door antwoord te geven op drie vragen → wanneer mensen drie keer "ja" antwoorden, is er de kans op hopeloosheid → hopeloosheid is een sterke predictor van depressie

⇒ Cognitieve stijl:

➤ Vb. gebuisd op het examen:

▪ Als je bent gebuisd en je probeert opnieuw, ga je dan opnieuw falen?

○ "Ja" → persoon interpreteert dit als stabiel

⇒ Globaal: het heeft een impact op je hele leven

➤ Vb. gebuisd op een examen, en als je nog faalt, dan zal dit zorgen voor een negatieve impact op je leven

⇒ Negatieve consequenties → soms kan je "nee" antwoorden bij de eerste twee, maar "ja" op deze vraag

➤ Als je een dokter wil worden, dan moet je meedoen aan een ingangsexamen en als je er niet door geraakt dan ben je niets voor de rest van je leven → zo kom je tot hopeloosheid

⇒ Hopeloosheid ontwikkelen → verschillende componenten:

1) Het is een negatieve verwachting voor de toekomst en je hebt hier geen invloed op

Vb. "I can't see any future for myself or the rest of the human race"

➤ Ze hebben negatieve verwachtingen van de wereld

2) Helpeloosheid → ze kunnen niets veranderen aan dit scenario, er is niets dat ze kunnen doen om te verkrijgen wat ze willen

➤ Vb. "I have a feeling of pointlessness and inevitability of outcome so feel powerless to make changes"

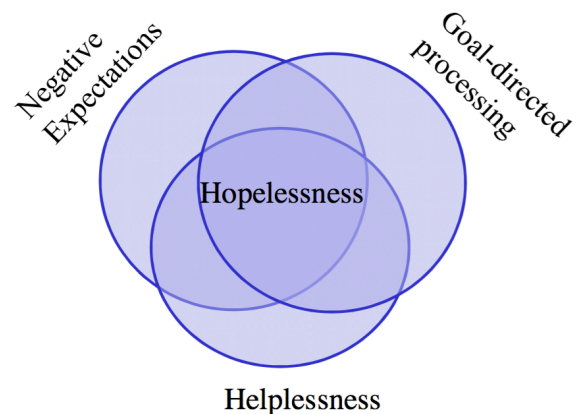
➤ Voorbeeld → vraag: wie wil er millionair worden?

▪ Wat is de verwachting die je hebt ten opzichte van het winnen van de lotto? → negatieve verwachting

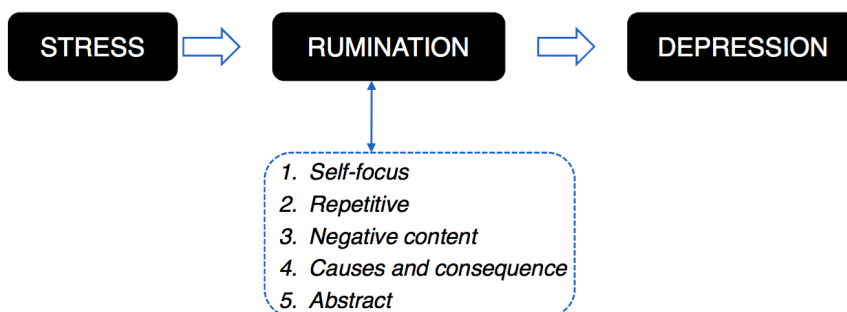
- *Is er iets dat je kan doen om je negatieve verwachting te veranderen?*
→ nee, de kans is vrij klein
- *Voel je je hierover hopeloos?* → nee
- *De lotto winnen willen we allemaal graag, maar het is geen deel van onze persoonlijkheid*

- 3) *Doelgerichtheid* → om hopeloos te zijn moet je een doel hebben → als je geen doel hebt, kan je niet hopeloos zijn
- *Een interessante bevinding is 'painfull engagement' → vb. een vrouw die een kind wil krijgen maar die niet vruchtbaar is → ze is wel heel comitted om een kind te krijgen, ze is hopeloos, ze wil iets maar ze kan het niet → echter, voor hen is dit de oplossing voor hun probleem → als je je doel hebt bereikt is dit de enige manier om nog gelukkig te worden*

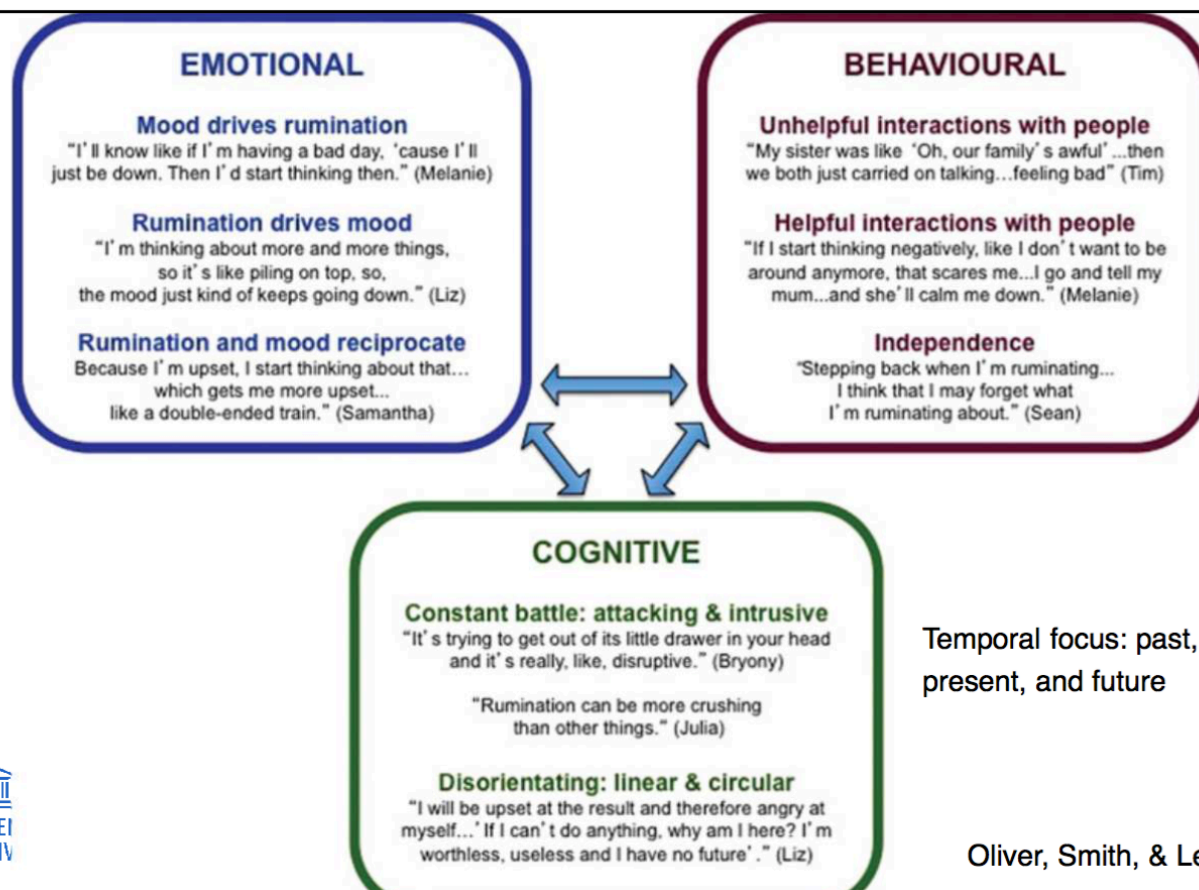
⇒ Als we deze drie componenten samen hebben, komt er hopeloosheid → het is het samenkomen van negatieve verwachtingen over iets waar je echt comitted over bent, maar je kan er niets aan veranderen



1.9.6 Ruminatie-respons theorie

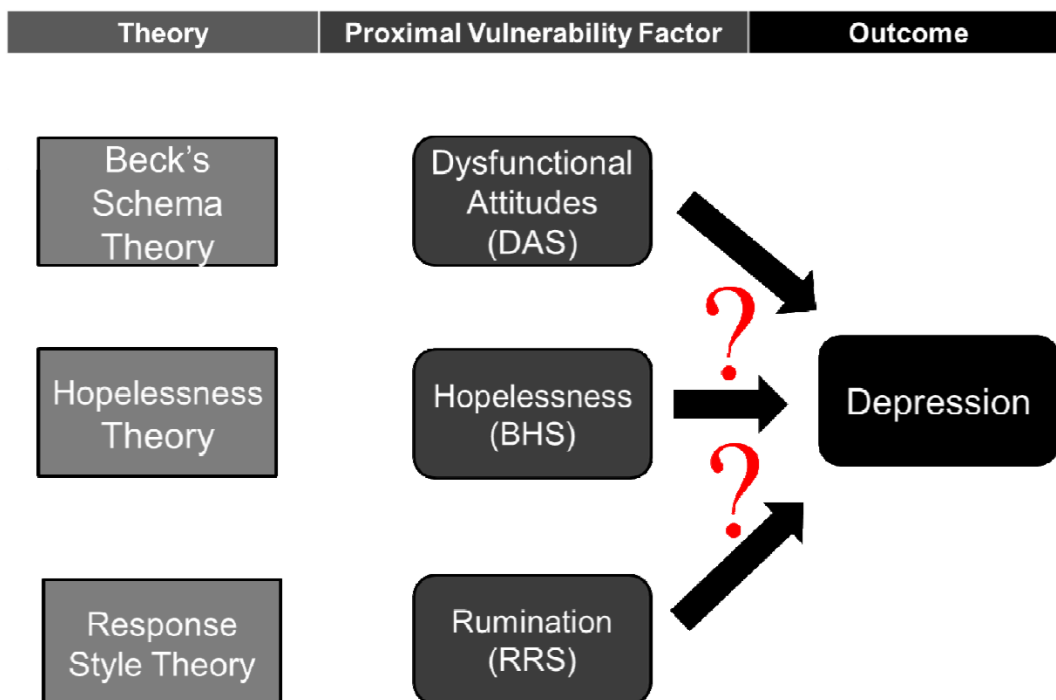


- ⇒ *Derde model over kwetsbaarheid* → dit is een klassieke theorie die algemeen aanvaard is
- ⇒ *Het idee van de theorie is dat in de reactie op een stressor, mensen een bepaald mechanisme activeren, namelijk ruminatie → dit leidt tot depressie*
- ⇒ *Het is een manier van denken dat op onszelf is gefocust → het is repetitief, het gebeurt constant, ze worden abstracter doorheen de tijd → op het einde wordt de connectie niet meer gemaakt met iets → "ik ben gebuisd op het examen, ik ben gefaald"*



- ⇒ *Kwalitatieve studie waarin ze nagaan zijn wat de invloed van ruminatie is bij jonge kinderen → waarom rumineren deze mensen?*
- ⇒ *In de groep van jonge ruminatoren werd gerapporteerd dat 10% rumineeren als heel erg negatief ziet en erg invasief → ze hebben hierover geen controle, ze kunnen het niet stoppen*
- ⇒ *De theorie stelt dat rumineren gaat over iets dat beter had kunnen zijn → deze studie stelt dat we over alles rumineren*
 - *Rumineren is niet altijd repetitief → een negatieve mood wekt ruminatie op, maar dit kan ook omgekeerd zijn*
 - *Maar bij mensen kan dit ook anders werken → de rol van sociale interacties is hier ook onderzocht geweest → mensen zeggen dat ze soms onbehelpzame interacties hebben, ze merken dat mensen mee gaan rumineren met hen*
- ⇒ *Ruminatie is heel erg complex fenomeen!!*

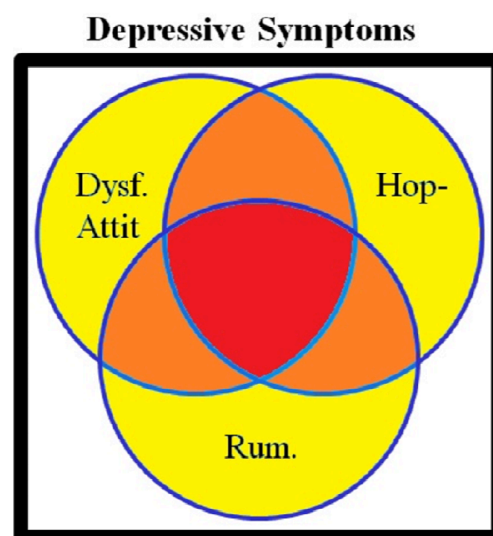
1.9.7 Overzicht modellen

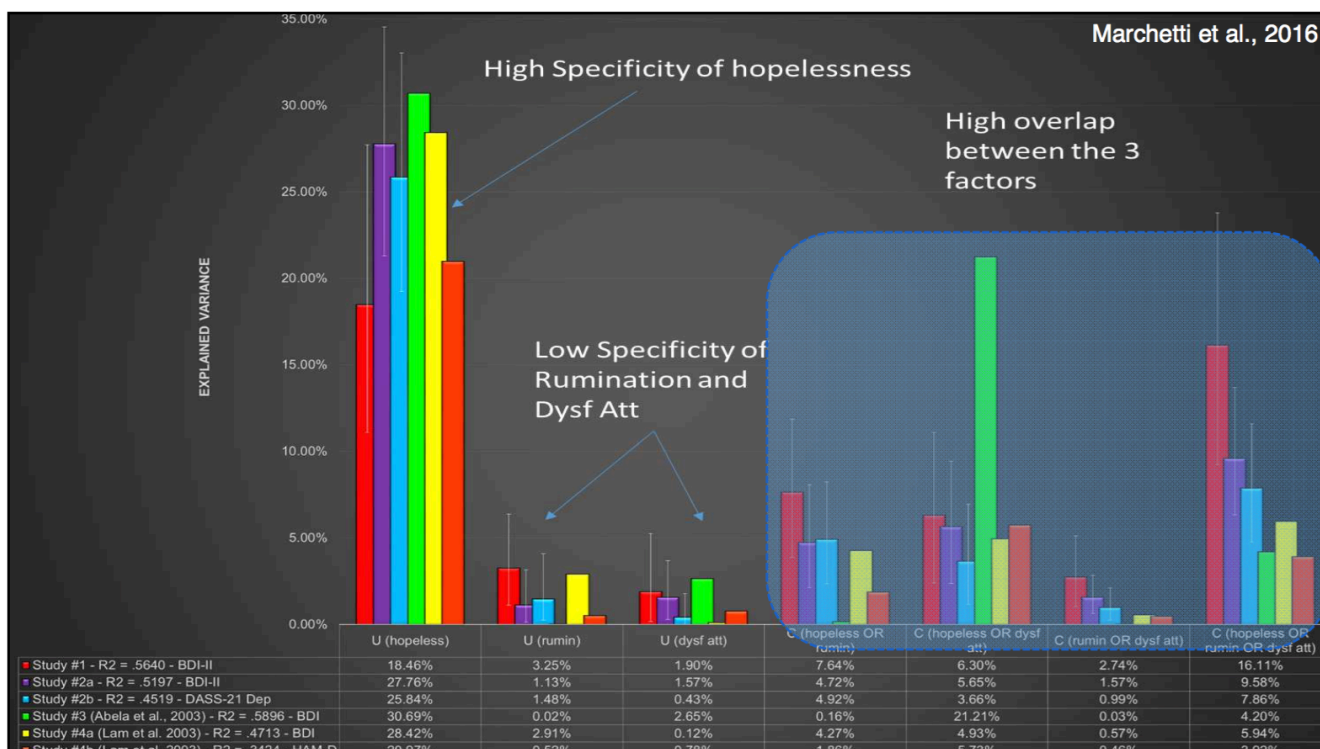


23

- ⇒ Drie grote theorieën over depressie
- ⇒ Elk van deze drie zeggen dat er een belangrijke kwetsbaarheidfactor is
 - DAS: negatieve gedachten gekoppeld aan schema's
 - Hopeloosheid
 - Ruminatie

- ⇒ We weten dat ze alle drie een effect hebben op depressie → de vraag is hoe ze allemaal samenwerken?
- ⇒ In welke mate overlappen ze voor depressieve symptomen?
 - Het gele deel gaat over wat het aspect kan verklaren qua depressie op zichzelf
 - Het oranje deel gaat over wat twee aspecten samen verklaren voor depressie
 - Het rode deel is wat verklaard wordt van depressie door de drie





- ⇒ We vragen ons af: wat kunnen we verklaren door één aspect voor depressieve symptomen? → aandeel nagaan
- ⇒ Verschillende studies tonen aan dat hopeloosheid erg belangrijk is → het kan veel verklaren van de depressieve symptomen en enkel door dit aspect en niet door andere aspecten (ruminatie, DAS)
- ⇒ Daarnaast staat hetzelfde voor de twee anderen → deze twee zijn vrij klein?
- ⇒ Blauwe box is de overlap tussen de zaken → er is een grote overlap en dat was te verwachten

1.9.8 Depressie heterogeniteit

- ⇒ Depressie is een heel complex fenomeen want het is heel erg heterogeen
- ⇒ Mensen met eenzelfde depressie hebben totaal verschillende ervaringen en symptomen
- ⇒ Het is een paraplubegrip → en het is echt de bedoeling om het uit elkaar te halen → sommige symptomen zijn belangrijk (vb. suïcidaliteit), maar niet allemaal (vb. wenen)

- Symptomen:
 - Verdrietig humeur
 - Concentratie
 - Vermoeidheid
 - Interesse verlies
 - Vertraagd zijn
 - Zelfbeschuldiging
 - Suïcidale ideatie
 - Vroege insomnie
 - Eetlust
 - Late insomnie
 - Prikkelbaarheid

- Gewicht
- Gemiddelde insomnie
- Hyperinsomnie
- Leeftijd
- Seks

- ⇒ *21 symptomen die verklaard worden door hopeloosheid → eerste 8 worden echt verklaard door pure hopeloosheid*
- ⇒ *Elke keer we zeggen dat iets depressie voorspelt, is het mogelijk dat het niet elk symptoom zal verklaren*

1.9.9 Kwetsbaarheid stabiliteit? → Ja!

- Dysfunctionele gedragingen: test-hertest stabiliteit = 0.70
- Hopeloosheid: stabiliteit over een periode van twee jaar
- Ruminatie: test-hertest stabiliteit = 0.70

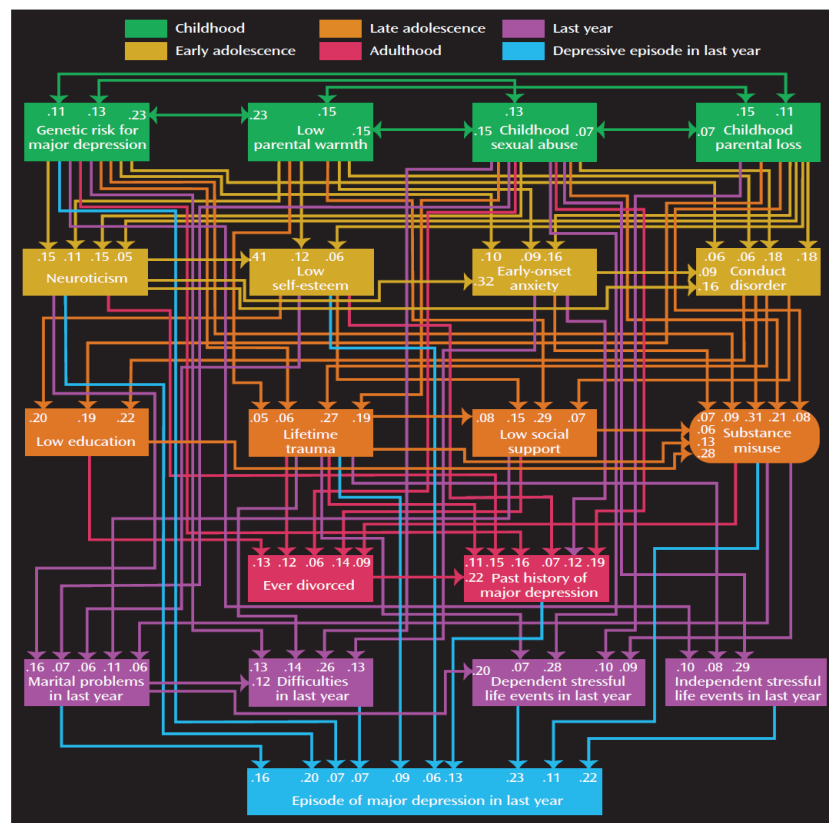
⇒ *Deze drie factoren zijn stabiel voor depressie, zoals we verwachtten*

⇒ *Maar kwetsbaarheid kan veranderen, het is niet immutable*

⇒ *Cognitieve gedragstherapie heeft een goede manier om de impact van deze drie zaken te verlichten → ookal ben je hopeloos, toch zal CBT ervoor zorgen dat het zal verlicht worden*

⇒ *RF-CBT is een nieuwe techniek waar aan gewerkt wordt*

1.10 Verklaringsmodellen: diathesis-stress

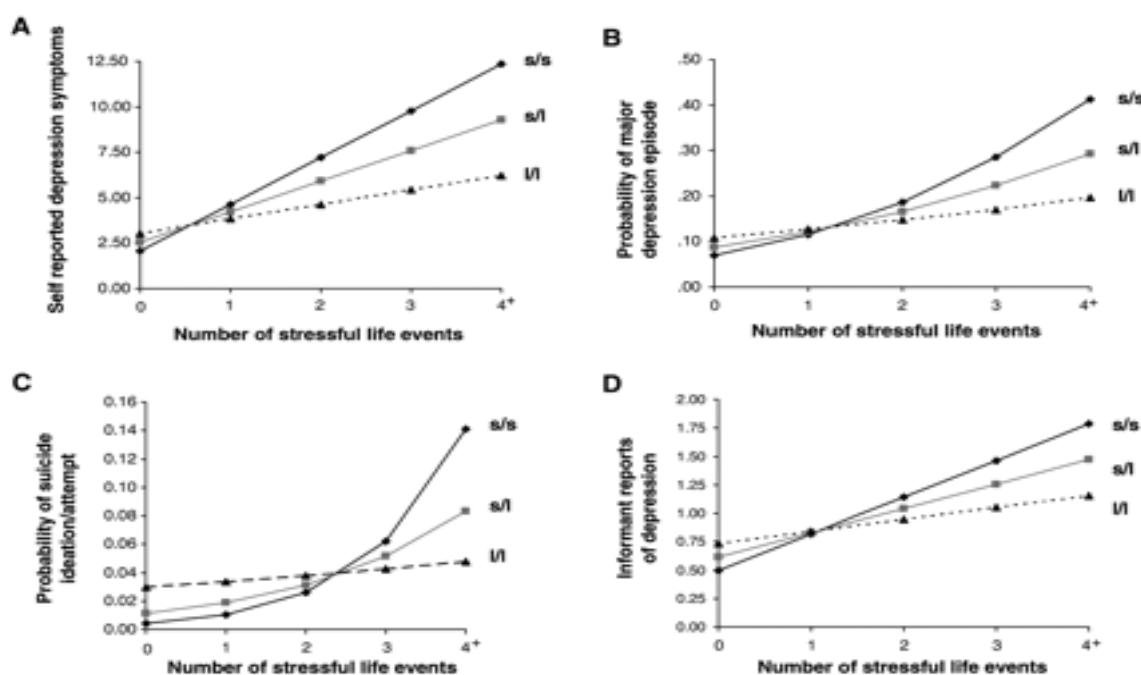


- ⇒ *Op basis van tweelingonderzoek gekeken naar wat de interacties zijn tussen kwetsbaarheidsfactoren voor depressie*
- ⇒ *Niet kennen → wat de conclusie was is dat er veel interacties zijn tussen verschillende mechanismen die een rol spelen bij depressie en er is sprake van een heterogeniteit van verschillende factoren*
- ⇒ *Binnen de verklaring van depressie is het duidelijk dat er verschillende manieren zijn waarom iemand hierin beland*

1.10.1 Genetica

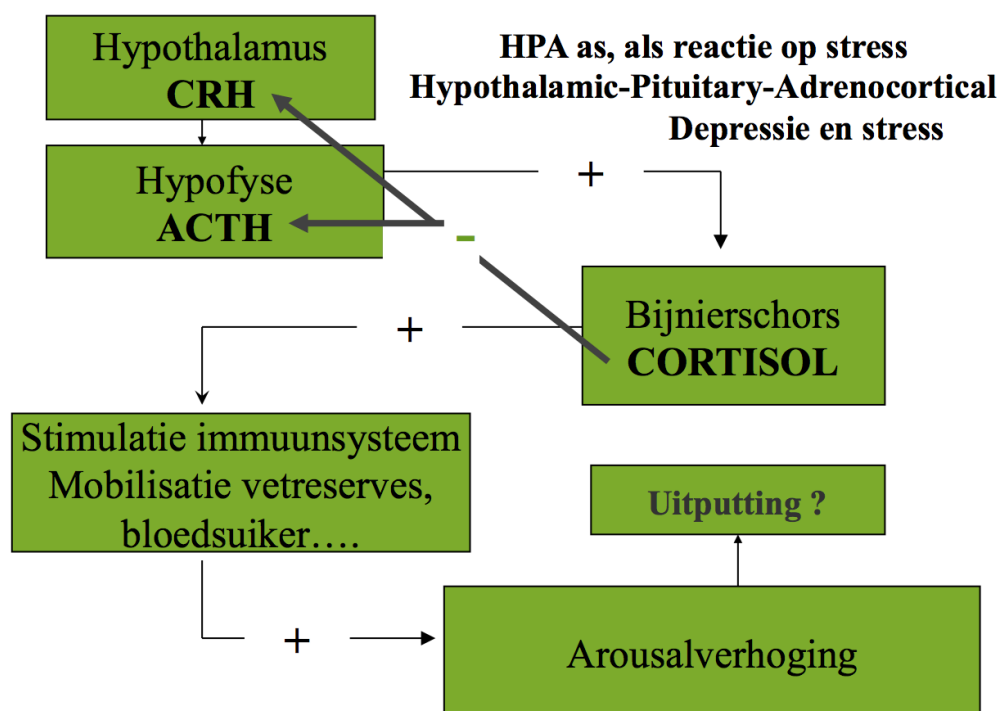
- Meta-analyse tweelingstudies: 31-42% genetische factoren
 - Gene-environment factoren
 - Complex onderzoek: depressie is een uitvloeisel van verschillende biologische en psychologische factoren
 - Onderzoek naar endophenotypes (= genen die specifieke functies beïnvloeden; vb. Serotonine)
 - Belangrijke bevindingen variaties serotonine transporter gen (5-HTTLP-R), maar gecontesteerd!
- ⇒ *Vanuit tweelingsonderzoek is er sprake van een aantal genetische risicofactoren → dit is vaak ook de reden waarom mensen ook vragen naar een verleden binnen familie van depressie*
- ⇒ *Intergenerationele transmissie: depressie van de ouders heeft invloed op hoe ze omgaan met hun kinderen!*
- ⇒ *Veel onderzoek naar verschillende biologische mechanismen → invloed genetica op vanalles en nog wat nagegaan*
- ⇒ *Veel van single-gen studies is gecontesteerd → effect is niet robuust repliceerbaar*

Voorbeeld: Caspi et al. (2003)



- Recente visie (Homborg en Lesch, 2003)
 - Genetica beïnvloedt sociale cognitie
 - Hypervigilantie voor sociale prikkels
 - Bij positieve sociale omgeving: adaptief
 - Bij negatieve sociale omgeving: maladaptief
 - Verklaring interactie sociale stress X genetica
- ⇒ *Genetische factoren hebben invloed op de mate waarin je reactief bent ten opzichte van sociale prikkels*
- ⇒ *Het risico op depressieve klachten gaat gepaard met een verhoogde reactiviteit waardoor negatieve ervaringen sterker binnenkomen*
- *Eerder reactiviteit dan pure kwetsbaarheid in genetica*
- ⇒ *Heel positieve omgeving zorgt voor betere ontwikkeling en adaptiever functioneren*

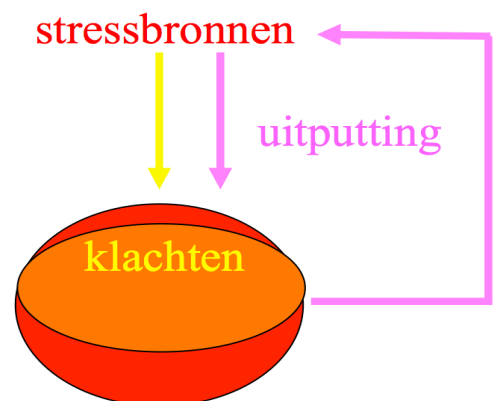
1.10.2 Neuro-endocrinologie



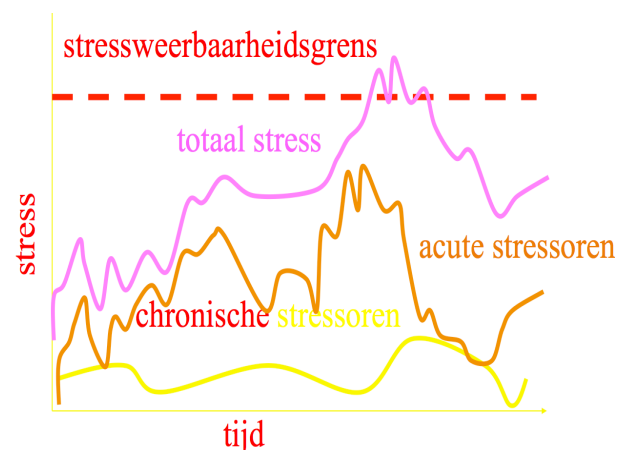
- ⇒ *HPA-as → zie ook psychiatrie van vorig jaar*
- ⇒ *Amygdala zorgt ervoor dat ons stresssysteem wordt geactiveerd → we zien dat de HPA-as (zorgt voor verschillende stoffen in het lichaam die zorgen voor FFF-response) problematisch is bij depressie*
- *Het idee is dat er een stelsel is waarbij hormonen worden afgescheiden voor de aanmaak van adrenaline dat zorgt voor arousalverhoging*
 - *Terwijl dit wordt aangemaakt komt er een negatieve feedbackloop van cortisol in de bijnierschors → dit is een negatieve feedbackloop dat het systeem een beetje onderbreekt → stress wordt dus gereduceerd*
- ⇒ *Deze loop werkt minder goed bij depressie*

- HPA-as en depressie
 - HPA hyperactiviteit, verhoogde cortisolspiegel
 - Bij langdurige stimulatie:
 - Hoge bloeddruk
 - Zwaarlijvigheid
 - Hart en vaatziekten
 - (Mogelijk) auto-immuunziekten
 - Dexamethasone (synthetisch cortisol) suppressietest = geen negatieve feedback
 - Langdurige hypersecretie van cortisol → remmend effect op monoamine receptoren
 - HPA hyperactiviteit lijkt afhankelijk te zijn van vroege traumatiserende gebeurtenissen
 - Zie: stressweerbaarheidsgrens
- ⇒ De evidentie hiervoor:
- Verhoogde hoeveelheid cortisol
 - Lang actief: zorgt voor somatische condities
 - Dexamethasone: kijken naar verstoring → er komt geen negatieve feedback meer in het systeem
 - Mensen met traumatische gebeurtenissen in vroege kindertijd → grootste verstoring van HPA-as

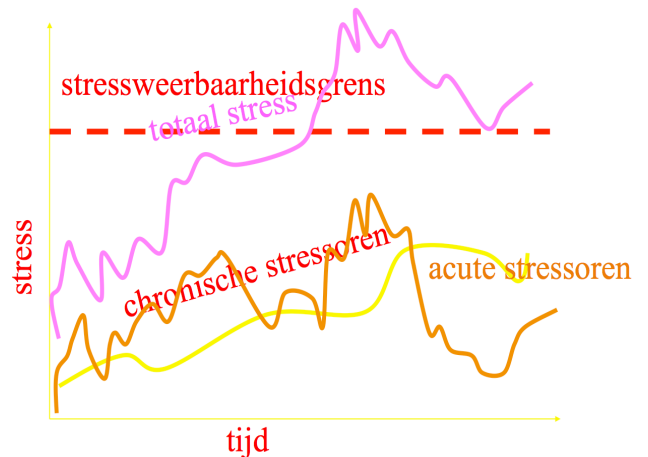
- Stressweerbaarheid: proces – klinische observaties
- ⇒ Klinische observaties
- ⇒ Idee dat normaal gesproken bij stress dit zorgt voor een aantal klachten: gespannen, hoofdpijn,...
- ⇒ Maar als die klachten minder gemakkelijk overgaan begint dit zelf een bron te vormen van stress en zo kom je in een viceuze cirkel en maak je je zorgen om je eigen reacties ten opzichte van stress



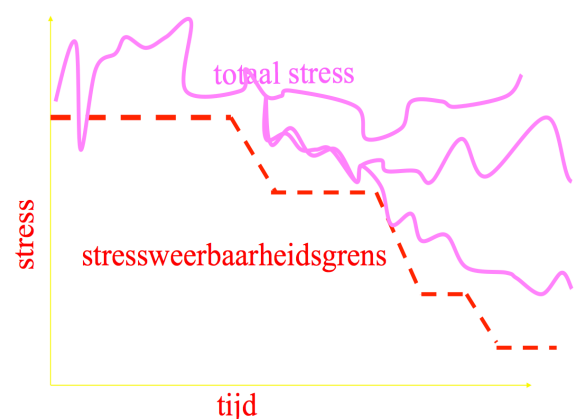
- ⇒ Wanneer je in het leven te maken hebt met chronische stressoren (vb. moeilijke buurt) en met acute stressoren (vb. je moet studeren, veel stress in november en december)
- ⇒ Het idee is dat de cumulatieve stress zal gaan optellen en mensen heel veel stress aankunnen en je in zo'n piekperiode even boven je grens gaat en achteraf merk je dat je het even terug rustig moet aandoen



- ⇒ Wanneer je reactie op chronische stressoren sterker is, dan gaat stress veel gemakkelijker over de weerbaarheidsgrens
- ⇒ Het idee is dat wanneer dit langdurig overschreden wordt (zowel depressie als burn-out) dan begint die weerbaarheidsgrens zich wat aan te passen naar beneden (zie volgende afbeelding)



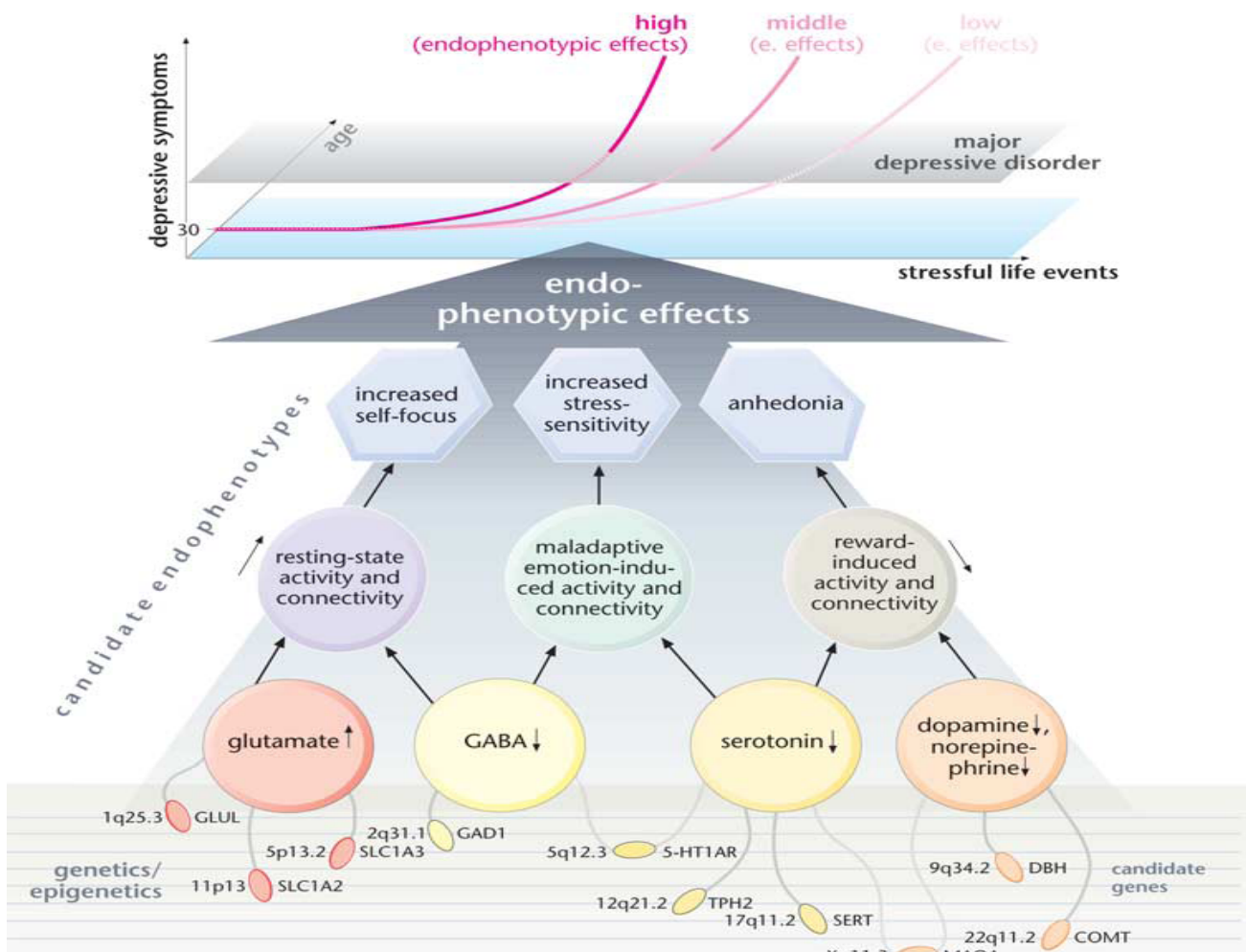
- ⇒ Als mensen vroeger zwaar in het rood konden gaan, dan gaan ze na een depressieve episode de grens verlagen waardoor je minder stress nodig hebt om terug in een episode te vallen en dit volgt episodes na episodes op
- ⇒ Moeilijk om dit aan mensen uit te leggen → ze snappen dit vaak niet
- ⇒ In therapie nagaan hoe deze grens terug omhoog kan gaan door steunbronnen te installeren



- Neurotransmissie: vroegere hypothesen
 - Monoamine NT, limbische circuits, corticale verbindingen, emotieregulatie
 - Serotonine
 - Norepinefrine
 - Dopamine
 - limbische circuits = onder andere amygdala, hippocampus, hypothalamus
- Hersenactiviteit
 - Lagere activiteit frontaal (dorsolateraal prefrontaal)
 - Belangrijke regulerende functie (aandacht)
 - Minder emotie regulatie
 - Asymmetrie:
 - Minder activatie linker hemisfeer (approach motivatie)
 - Rechter hemisfeer betrokken bij negatief affect en avoidance
 - Hippocampus
 - Betrokken bij leren
 - Depressie: kleiner volume/minder activiteit
 - Amygdala hyperactief
 - Default mode netwerk

⇒ *Stuk in het boek (H7) hierover nalezen (!)*

- Biologie en psychopathologie
 - Oorzaak en gevolg
 - Biologische gevolgen te wijten aan variabelen die correleren met de depressieve toestand
 - Stabiele kenmerken versus toestandsafhankelijke kenmerken (trait versus state)
 - Veroorzaakt een depressie blijvende biologische veranderingen?
 - Diathesis-stress modellen: + interactie



⇒ Belangrijk!

⇒ Hoe kun je nadenken over hersenactiviteit bij depressie?

⇒ Gemengde bevindingen bij amygdala

⇒ Belangrijk om te begrijpen dat waarschijnlijk niet één structuur anders is → het is meer plausibel dat genetica een invloed heeft op de neurotransmittersystemen → deze systemen dragen bij tot verschillende endofenotypes van depressieve klachten → deze types zijn verschillend als het gaat over verschillende symptoomgebieden

⇒ Één hiervan is de toegenomen zelffocus → verdriet is het idee dat je moet stil staan bij jezelf → hierbij zijn er een aantal hersengebieden die hieraan gerelateerd zijn

⇒ Ander gedeeltes hebben te maken met de toegenomen stressreactiviteit, heftig reageren ten opzichte van stress en minder gemakkelijk de stress te reguleren

⇒ En dan heb je nog gebieden die specifiek betrokken lijken te zijn bij anhedonie → je gaat nergens meer van genieten

- ⇒ *Het idee is dat je niet één gebied kan aanduiden als de oorzaak, maar dat er verschillende mechanismen zijn op grond van hersenniveaus die betrokken zijn bij verschillende aspecten van depressie → dit maakt dat mensen verschillend reageren op stress en levensgebeurtenissen*
- ⇒ *Stress is dus zeker niet de enige belangrijke factor*

1.11 Diagnostische overwegingen

1.11.1 Algemeen

- Grote alertheid van hulpverlener op depressie (niet altijd op voorgrond!)
 - Er zijn mensen die op het zicht prima functioneren, maar die zich eigenlijk depressief voelen → “high functioning depression”
 - Fysieke symptomen die te maken hebben met depressie worden initieel fysiek geïnterpreteerd → zeker bij ouderen (!)
- Symptomen + gevolgen bevragen (!!)
 - Netjes symptomen bevragen is niet hetzelfde als een kruisverhoor
 - Suïcide (?)
- Expliciet zijn over diagnose
 - Dit kan helpen deproblematiseren → er is heel veel goede psycho-educatie (black dog) → persoon en zijn depressie een klein beetje uit elkaar proberen te halen → dit is een beetje artificieel, maar het helpt
 - Stuk hoop die er nog is op de voorgrond brengen → de depressie zegt: “Pfuh, het heeft toch geen zin dat je naar de psycholoog gaat... Blijf maar thuis, het heeft toch geen nut” → expliciet zijn over diagnose en dat de depressie een deel is van hen waar ze van op een afstandje naar kunnen kijken → zo is er meer ruimte voor de positieve kant
- Heteroanamnese
 - Omgeving
 - Hier heel belangrijk (!) → omgeving krijgt veel meer mee van agitatie en frustratie
- Aandacht voor cliënt en omgeving
 - Hier is traditioneel veel te weinig aandacht voor (!)
 - Bijvoorbeeld partner → hoe steunend zijn? → vergeet de partners niet en eventuele kinderen (!!)

1.11.2 Differentiaal diagnostiek

- Psychotische symptomen
- Bipolaire stoornis
- Spanningsklachten
- Overspanning/burn-out
- Aanpassingsstoornis
- Rouw
- Gebruik van middelen
- Somatische ziekte

1.11.3 Diagnostische instrumenten

- Screening → INSTEL/DHS/MDQ/HADS
- Classificatie → SCID/SCAN/MINI
- Ernstmeting
 - Interview en observatie → HRSD/MADRS
 - Zelfratings → SDS/BDII

1.12 Behandeling

1. Welke psychologische behandelingen zijn effectief?
2. Psychotherapie vs. Medicatie
3. Psychotherapie en medicatie
4. Hervalpreventie
5. Nieuwe ontwikkelingen

⇒ *Welke effectieve behandelingen zijn er?*

⇒ *Medicatie?*

⇒ *Herval?*

⇒ *Ontwikkeling?*

1.12.1 Psychologische behandeling

- Welke psychologische behandelingen zijn effectief?
 - Cognitieve gedragstherapie
 - Gedragsactivatie
 - Interpersoonlijke psychotherapie
 - Kortdurende psychodynamische therapie
- Slechts 25% volledig depressievrij

⇒ *Heel veel verschillende behandelingen die effectief kunnen zijn*

⇒ *Het dodo-bird verdict lijkt hier inderdaad het geval → er zijn weinig verschillen → dit is ook niet onlogisch als je nagaat hoe complex mensen in een depressie kunnen belanden, want als je binnen een bepaalde therapievorm gaat inwerken op een specifiek aspect dan zal de depressie of toch een deel hiervan al verlicht worden*

⇒ *Toch zorgen ze niet voor het vrijwaren van herval*

A) Cognitieve gedragstherapie

- Bestaat uit 3 componenten
 1. Gedragsactivatie
 2. Negatieve automatische gedachten uitdagen
 3. Depressogene basisassumpties bewerken

- Componentenanalyse: Gedragsactivatie cruciaal

⇒ *Gedragsactivatie → op basis van diagnostiek rond gedragspatroon → wat kunnen we qua gedrag laten toenemen?*

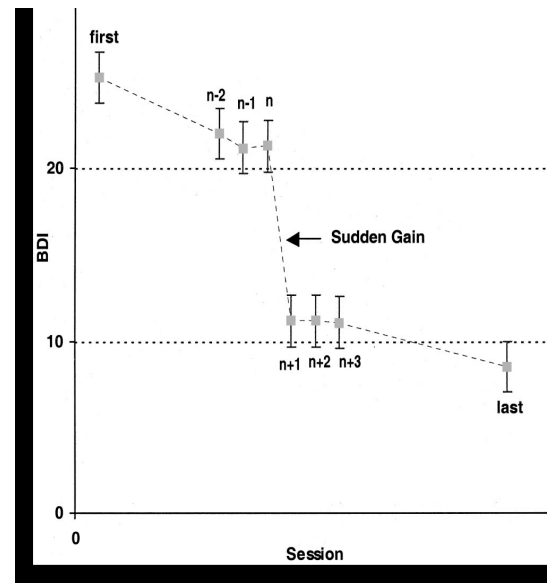
⇒ *Dit is iets dat eigenlijk in elke therapie gedaan moet worden → maar het is moeilijker dan het lijkt*

- ⇒ Vanuit anhedonie is het moeilijk om dit effectief te doen
- ⇒ Het gaat hier om het mobiliseren van je lijf en je geest → in begin is dit niet simpel, maar je moet het blijven doen want het andere alternatief is niet oke → sporten heeft zeer positieve gevolgen
- ⇒ Negatieve automatische gedachten uitdagen → vanuit cognitieve schemas zie je vaak de automatisch negatieve gedachten opspringen → vb. 'ik ga dat niet kunnen' → deze moet je identificeren en uitdagen om eventueel iets anders te doen
- ⇒ Assumpties bewerken → therapeutische relaties → componentenanalyse: gedrags-activatie is altijd belangrijk (!)

• Maar...

- Tang & DeRubeis (1999):
 - Cognitieve mediatie!

- ⇒ Het interessante aan gedrag is dat wanneer je gedrag verandert, er meer verandert dan enkel het gedrag → vb. vragen naar zelfbeeld
- ⇒ Snelste manier om gedrag te veranderen → niet zitten praten en wachten tot het vanzelf verandert → zelfbeeld is het snelste dat verandert op het moment dat mensen ander gedrag stellen
- ⇒ Je cognities gaan meebewegen → ze gaan sneller gaan dan puur en alleen werken via inzicht
- ⇒ Studie deed onderzoek naar mensen met een spinfobie → werden blootgesteld onder twee cognities → puur gedragsexperiment; wat denk je wanneer een spin in je buurt komt? → testen met veel cognitieve aspecten erin vs. vermijdingsgedrag en terug blootstellen → hoe langer/sneller, hoe beter
- ⇒ Bij geen cognitieve uitdaging → twee exposures ongeveer even effectief → voor een paar maanden
- ⇒ Na drie maanden zagen we cognitieve veranderingen binnen de exposure groep → cognitief gemedieerde exposure → op het moment dat je gedrag verandert gaat het cognitieve automatisch mee
- ⇒ Wanneer we dit fenomeen in de context van depressie bekijken → zie figuur: sudden gains bij depressieve klachten → ergens in vroege sessies van depressieve behandeling; ongeveer 50% van de patiënten kennen een behoorlijke afname in depressieve klachten → tussen sessie 5 en 8
- ⇒ Bij vroege gedragsactivatie → Disfunctional Attitude Scale basisch → kijken naar analyse: we zien dat de disfunctionele attitudes sterk naar beneden zijn gegaan → mensen gaan denken "ik kan op een andere manier met mezelf omgaan"
- ⇒ Gedragsactivatie kan dus leiden tot cognitieve veranderingen



• CBT – kenmerken

- Gedragsactivatie (BA): actie -> belonend, plezier
 - Verlies interesse, tekort aan energie, angst om te falen
 - Focus op context en functie van gedachten en gedrag ipv op inhoud
 - Monitoren plezier, wekelijkse activiteitschema's, herhaling, rollenspelen
- Cognitieve herstructurering: stapsgewijs
 1. Observeren adhv GGGG-schema

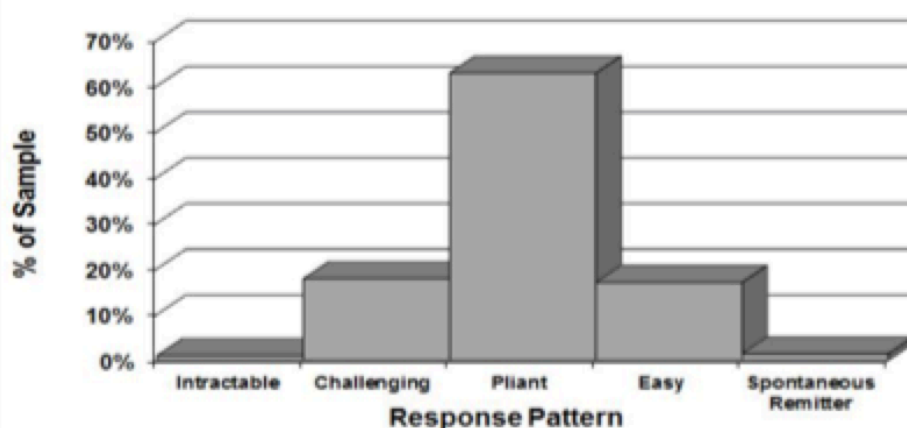
2. Uitdagen negatieve gedachten
 - Heb ik er bewijs voor?
 - Wat als de gedachte waarheid wordt?
3. Nieuwe, positieve en realistische gedachten OF actie ondernemen (cfr. Probleemoplossing)

- ⇒ *Belangrijk om in te spelen op deze verschillende aspecten van depressie → dit is niet voor alle depressie patiënten even belangrijk*
- ⇒ *Moet in functie van diagnostiek → kijken waarop in te spelen; depressie, anhedonie, kans op falen, etc. → kijken wat de functie van de gedachten en het gedrag is*
- ⇒ *Monitoren van gedrag is essentieel → je moet hier als therapeut mensen gaan motiveren om bepaalde dingen terug te doen → je moet op een empathische manier het mechanisme duidelijk maken om ervoor te zorgen dat mensen het gedrag niet koppelen aan emoties → duidelijk standpunt innemen*
- ⇒ *Cognitieve herstructurering → cognitieve schema's uitdagen*
- ⇒ *Onderscheid maken tussen drie niveaus*
 - *Automatische gedachten → snel getriggerd worden door een gebeurtenis → dit is belangrijk → geeft je inzicht in wat onderliggend is*
 - *Allerhande regels en attitudes eigen maken → om om te gaan met negatieve schema's → vaak onhaalbare regels gekoppeld aan zelfbeeld
 - Vb. "niemand geeft om mij" → empirische bewijzen voor → is dat zo? → samen kijken of de gedachte klopt*
 - *Zijn de gedachten helpend; ja of nee? → kijken of we een stukje nieuwe constructieve gedachten kunnen koppelen aan andere contexten → gedragsverandering bevragen*

- Stapsgewijs aanpakken negatieve gedachten:
 1. Oppervlakkige interpretaties van gebeurtenissen
 2. Dieper liggende, pervasieve overtuigingen en assumpties/schema's
- Duidelijk evidence-based behandeling (Chambless et al., 1998)
- Even effectief als *medicatie* (4 grote studies; De Rubeis et al. 1999)
- Meta-analyse: beter dan medicatie? (Gloaguen et al., 1998; *maar* zie Cuijpers et al., 2012)
- Effectief bij *ernstig* depressieve personen
- Beter dan medicatie in terugvalpreventie: 50-78 % terugval na stopzetten medicatie, versus 20-36 % bij CGT (Teasdale et al., 2000; zie ook Jarrett, Paykel)
- Onderzoek geeft aan dat zowel non-specifieke als specifieke factoren een rol spelen: Dodo-bird verdicht???
- ⇒ *Best en meest onderzocht*
- ⇒ *Even effectief als medicatie → vroeger idee: medicatie voornamelijk voor *ernstige depressie* → deze voornamelijk bij *mildere depressieve klachten**
- ⇒ *Onderzoek: aanvangsklacht belangrijke voorspeller bij responderen op medicatie vs. gedragstherapie → ook bij *ernstige depressieve klachten* is het zinnig*
- ⇒ *Na het stopzetten van antidepressiva is de kans op herval groter dan na psychologische therapie*
- ⇒ *Groot debat rond medicatie of het nu beter is dan placebo of niet → bij matig-milde depressie is de meerwaarde van antidepressiva niet zo groot → bij *ernstige depressie* kan antidepressiva wel een meerwaarde zijn → wel felle voor en tegenstanders hiervoor*

⇒ *Wet debat: veel patiënten hebben medicatie nodig → zonder dit kunnen ze niet meer functioneren en hebben ze binnen een maand terug klachten*

- DeRubeis et al. (2014)



- ⇒ *Theoretische uitleg: we kunnen mensen opdelen in percentages van mensen met depressieve klachten op vlak van type respons op behandeling*
- ⇒ *Je hebt mensen die gemakkelijk spontaan herstellen (vb. 1^{ste} episode depressie) → wat je hier ook doet (psychoanalyse, CBT, etc.) maakt niet uit, ze zullen altijd stukje herstellen → dit zijn mensen die goed meewerken, ze pakken snel dingen aan en gaan ermee aan de slag*
- ⇒ *Mensen die gemiddeld (pliant) zijn = werken mee maar heel moeilijk → langs de andere kant wel heel uitdagend om te behandelen; zitten heel vast in depressief denkgedrag, heeft te maken met persoonlijkheidsstoornissen → minder makkelijk om in beweging te brengen*
- ⇒ *Moelijk om grote verschillen tussen de behandelingen te zien*

B) Interpersoonlijke therapie

- Focus: verbeteren interpersoonlijk functioneren, contextueel werken
 - Drie fases:
 1. Diagnostiek en formuleren behandeldoelen
 2. Identificeren interpersoonlijke problemen en aanpakken
 3. Hervalpreventie: anticipatie op moeilijkheden in toekomst
- ⇒ *Één van de oorzaken van psychische klachten is vaak ernstige interpersoonlijke klachten → vb. echtscheiding*
- ⇒ *Hierop inwerken binnen therapie: stuk diagnostiek → heel duidelijk te maken met wat interpersoonlijk gedrag is waarover mensen spreken in de levensgeschiedenis en wat je als therapeut ervaart in contact met de persoon*
- ⇒ *Deze zaken zijn heel essentieel voor behandeldoelen te formuleren op basis van het interpersoonlijke stuk → wat wil de persoon bereiken en hoe spelen de interpersoonlijke problemen daar een rol in?*
- ⇒ *Herval → problemen in de toekomst rijzen*
- ⇒ *Nu voornamelijk focussen op het tweede punt: hoe pakken we het aan in de therapie*

- Exploreren functioneren binnen verschillende rollen, roltransities, verlieservaringen
 - Aanleren meer effectieve manier van interpersoonlijk communiceren via rollenspelen
 - Evidentie:
 - Even effectief als medicatie en CBT
 - Gelijkaardige lange-termijn effecten als CBT
- ⇒ Gekeken naar het functioneren binnen verschillende rollen → wat is interpersoonlijk gedrag? → vb. veel kwaadheid, mensen wegduwen, hard beroep doen op anderen, teleurgesteld geraken,...
- ⇒ Gekeken in de verschillende rollen welke patronen consistent waren en waarheidsgetrouw → veel roltransities; van de ene rol naar de andere rol
- ⇒ In therapie speelt de therapeut ook een belangrijke rol bij het aanvoelen waar het interpersoonlijk gedrag mis gaat en op welke manier voor nieuwe responsen te zorgen → vb. veel hulp door depressief gedragspatroon → nieuwe corrigerende gedragingen aanreiken zodat de persoon niet terug in het oude gedragspatroon valt
- ⇒ Je kan hier gaan werken via een rollenspel → waar zijn er problemen en hoe kunnen we in zo'n situatie ons anders gedragen
- ⇒ Dit is een behoorlijk gestructureerde behandeling → de effecten zijn heel gelijkaardig aan CBT → er is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit ervan
- ⇒ Verschil met een psychodynamische behandeling; dit is ook erg gestructureerd → hierin wordt er gekeken naar de verlieservaring, tegenoverdracht en werken naar duiding geven → mensen kunnen met die patronen en nieuwe inzichten ook een stuk aan de slag in het dagelijkse leven → er is overlap met interpersoonlijke therapie, maar men maakt gebruik van Freudiaanse concepten (verdringing, projecteren van functie ouder op therapeut,...) → dat laatste is bij interpersoonlijke therapie ook wel aanwezig

1.12.2 Gecombineerde behandeling

- Psychotherapie en medicatie?
 - Evidentie voor een meerwaarde van combinatiebehandeling bij recidiverende ernstige depressie
 - Sequentieële benadering
 - CGT aangewezen na AD om. Bij non-respons op CGT kan AD worden overwogen
- ⇒ Vraag naar combinatie → in de VS veel grotere trials → hier onderzoek gedaan naar wat de verschillende combinatiemogelijkheden zijn en wat de sequentieële strategieën zijn die mensen hebben
- ⇒ Ernstige depressie → combinatie van antidepressiva als vorm van therapie
- ⇒ Sequentieel → op het moment dat de antidepressiva niet aanslaat, switchen naar eerdere therapieën (vb. CBT) en omgekeerd
- ⇒ Van therapie switchen naar antidepressiva zien we wel niet veel → meeste mensen worden door de huisarts snel op antidepressiva gezet → het wordt nog steeds overmatig gebruikt en huisartsen roepen er niet snel genoeg een psycholoog bij

1.12.3 Hervalpreventie

- Hervalpreventie
- Gezien de hoge hervalcijfers is er toenemende interesse in hervalpreventie:
 - Mindfulness-based cognitive therapie

- Preventieve cognitieve therapie
 - Cognitieve controle training?
- MBCT: introduceren elementen mindfulness in CBT (Kabat-Zinn, 1990)
 - Aanpakken depressieve ruminatie
 - ≠ klassieke CBT: niet uitdagen en wijzigen cognities, MAAR nadruk op aanvaarden van gedachten en gevoelens, ze zien als mentale gebeurtenissen ipv realiteit
 - Eg. Focus op ademhaling, mindful eten,...
- ⇒ *Belang dat er veel geïnvesteerd wordt in de verschillende therapiestromingen is gericht op dit probleem*
- ⇒ *Mindfulness* → gebaseerd op het principe dat ze zagen bij mensen met heroptredende klachten → in plaats van de aandacht weg te voeren van depressieve klachten worden mensen er juist bewust van gemaakt → focussen op ademhaling, aandacht terughalen, etc.
- ⇒ *Belangrijk hierbij is dat het op een vriendelijke en explorerende manier gaat in plaats van bestraffing naar jezelf toe → veel meer een nieuwsgierige houding en vriendelijke houding naar het eigen denkwerk*
- ⇒ *Onderzoek: blijkt goed te werken voor mensen met meerdere depressieve episodes → minder geschikt voor mensen met een ernstige depressie → ondertussen wordt het ook wel gebruikt voor mensen met een acute depressie*
- ⇒ *Het kan dus zeker ook zinnige effecten hebben naar hervalpreventie toe*
- ⇒ *Preventieve cognitieve therapie gaat specifiek werken op de cognities die aanleiding geven tot nieuwe klachten → lijkt een zeer interessante interventie*
- ⇒ *Werken op het proces van denkwerk in plaats van op de inhoud zelf → kijken welk van de symptomen van depressie het meest gelinkt is aan impairment → negatieve stemming, beperkingen op vlak van concentratie en geheugen → reden: wanneer concentratie en geheugen niet goed functioneren, kan men het niet goed doen op het werk, etc. → de positieve bekrachtiging valt hierdoor weg en men gaat zich opnieuw mislukt voelen en een hele dag zitten piekeren*
- ⇒ *Clënten pc training laten doen → geen depressieve klachten meer en geen verhoogd risico → wanneer men de cognitieve controle conditie vergeleek met de experimentele placebo conditie, zag men dat het helpt om controle te verwerven over depressief piekeren/ruminatie → ruminatie was drie maanden later minder sterk aanwezig dan in de placebo groep → in de placebo groep gingen de depressieve klachten terug omhoog gaan, nieuwe dingen ontwikkelen, etc.*

1.12.4 Nieuwe ontwikkelingen

- Predictie behandelrespons
 - Verhoogde focus op weerbaarheid ipv symptomen (Waugh & Koster, 2015)
 - E-health & iCBT (Williams & Andrews, 2015)
 - Verhoogde focus op biopsychosociale processen
 - Aandacht vr behandeling chronische depressie: CBASP
- ⇒ *Op welke manier predictiemodellen zo accuraat mogelijk maken → onderzoek doen naar de ernst van depressieve klachten → accurate voorspelling doen van de respons → helemaal niet gemakkelijk om grote groepen te vinden met voldoende variatie voor grote modules te toetsen → DeRubeis; op basis van pc data gaan testen hoe een model werkt op een persoon*

- ⇒ *Men deed ook onderzoek naar wat er fout gaat op vlak van emotie → de puzzel omdraaien → wat kunnen we leren van mensen die weerbaar zijn ten opzichte van stressoren en mensen die spontaan herstellen laten zien op vlak van depressieve klachten*
- ⇒ *E-health en iCBT → op verschillende manieren depressieve behandelingen meer toegankelijk maken → internet lijkt veelbelovend als het gaat over behandelings-effecten*
- ⇒ *Biopsychosociaal → onderliggende processen in plaats van heterogene constructen met betrekking tot depressieve klachten*
- ⇒ *Meer aandacht voor chronische depressie → er zijn specifieke behandelingen die meer gericht zijn op deze groep mensen → CBASP → ingrediënten die hierin sterk aanwezig zijn; focussen op interpersoonlijk gedrag, rustigere aanpak → mensen zitten vaak vast in de negatieve gedachten, moeilijk om mensen nog te bereiken → eerst ideeën aangeleerd krijgen in verband met hoe makkelijk je contact kan maken om dan pas veranderingsgericht te gaan werken*

Hoofdstuk 6: Obsessive-compulsive disorder (gastcollege)

- ⇒ *OCD is known as a disorder of repetition → source, impact and cycle?*
- ⇒ *Youtube: living with OCD → hearing a lot of different symptoms of OCD*
 - *Thoughts of hurting people*
 - *Counting*
 - *Tapping and symmetry*
- ⇒ *But, recognize the internal logic! → the brain is functioning in ways that make sense; things are getting triggered*

1.1 DSM-V Diagnostic Criteria

- ⇒ *See it as a way of categorizing things → make sure that we are all thinking about one thing*

- Obsessions:
 - *“Recurrent and persistent thought, urges or images that are experienced as intrusive and unwanted”*
 - *Attempts to ignore or suppress, or to neutralize them with some other thought or actions (i.e., compulsion)*
 - *Contamination*
 - *Active and passive harm*
 - *“Not just right” feeling*
 - *Symmetry / exactness*

- ⇒ *Not only thoughts! → also impulses; vb. throwing yourself in front of a bus*
- ⇒ *Active and passive harm → vb. thoughts of hurting yourself or someone else, prepping food with a dirty pan, etc.*
- ⇒ *“Not just right” feeling → needs to be corrected*

- Compulsions:
 - *“Repetitive behaviors or mental acts that an individual feels driven to perform in response to an obsession or according to rules that must be applied rigidly”*
 - *E.g., hand washing, ordering, checking, praying, counting, repeating words silently*
 - *Behaviours or mental acts are aimed at preventing or reducing anxiety or distress, or preventing some dreaded event or situation*

1.1.1 Criteria

- A. Presence of obsessions, compulsions, or both
- B. The obsessions or compulsions are time-consuming (e.g., take more than one hour per day) or cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning
- C. The obsessive-compulsive symptoms are not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition
- D. The disturbance is not better explained by the symptoms of another mental disorder (e.g., excessive worries, as in generalized anxiety disorder...)

1.2 OCD Prevalence and Course

- 1.1 - 1.8% of the population (internationally)
 - Average age of onset is age 18-24 (USA = 19.5 years)
 - Females *slightly* higher than males
 - BUT:
 - Childhood onset OCD M > F
 - Onset can be gradual or sudden
 - Course is typically chronic
 - Without treatment, remission in about 20% of cases (40 years later)
 - 40% diagnosed in childhood/adolescence experience remission by early adulthood
 - Symptoms can wax and wane

⇒ Symptoms can vary in severity and over time

1.3 Common symptom patterns

- Obsession
 - Contamination
 - Harm (self and others)
 - Repugnant thoughts
 - Aggressive
 - Sexual
 - Religious / blasphemous
 - Symmetry / exactness / perfectionism
- Compulsion
 - Cleaning / washing
 - Checking / reassurance seeking
 - Mental rituals / reassurance seeking (e.g., prayer, repetitions)
 - Repeating, ordering, counting

⇒ *There have been lots of different approaches to subtype OCD → very heterogenous*

⇒ Internal logic!

1.3.1 Related behaviour

- Avoidance
 - Places
 - Cemeteries, hospitals, playgrounds, public bathrooms

⇒ *Vb. girl takes driving routes to avoid cemeteries → when there's a funeral in a church near her, she goes away*

⇒ *Vb. hospitals → sick people, clean?*

⇒ *Vb. guy thinks he might be a pedophile → avoiding playgrounds*

⇒ *Vb. contamination → away from public bathrooms*

- People
 - People who are sick (= contamination fears), vulnerable people (repugnant thoughts), “dirty” people
 - Objects, colours
 - Knives, scissors, colour red
- ⇒ *Vb. guy is afraid of stabbing grandchild with knife → keeps away from knives and also avoids the colour red to avoid having the obsession of stabbing his grandchild*
- Situations
 - Being alone with a child, being the last to leave the house, grocery shopping
- ⇒ *Vb. fear of buying something expired for example; takes loads of time*
- Thought suppression
 - Most commonly to get rid of the thought so as to avoid having to do the compulsion
 - Purdon, Rowa, & Antony (2005)
- ⇒ *Vb. white bear effect – Wegner → paradoxical effect of suppression (“don’t think about the white bear”)*
- ⇒ *Diary study of thought suppression → motive is getting rid of obsession so they don’t have to do the compulsion (takes time, weird, feeling judged)*
- ⇒ *In all her research, she never once found a paradoxical effect of thought suppression on frequency → people are quite good at it (!)*
- No evidence that suppression obsessions results in a paradoxical increase in their frequency!
 - Wegner himself reported that we are far more often effective in suppressing thoughts than not
 - HOWEVER, suppression efforts seldom 100% effective, and people with OCD seek perfect suppression
 - And failures in thought control appear to increase negative appraisal
- ⇒ *Even if you don’t have a paradoxical increase of frequency after suppression, it’s very difficult to completely suppress them → even one recurrence of thoughts bothers them → it seems to enhance the idea that the thought is meaningful and important → they think “it’s coming back, it must be important!” → failures in thought control appear to increase negative appraisal*
- ⇒ *People with OCD are very very busy with avoidance and suppression!*
- Family involvement
 - 95% of family members report that they are involved in rituals
 - Reassurance seeking
 - Required to follow patient’s rules
 - Transfer of responsibility
 - Family member has to be last to lock the house
- ⇒ *Reassurance seeking → “you love me, right?” → “our daughter is sleeping, right?”*

⇒ *Required to follow patient's rules* → *vb. young lady with contamination fears* → *family needed to enter by particular door, to the sink beside that door, wash hands for three minutes, go upstairs* → *if they didn't do that, she would freak out*

1.4 Risk and Prognostic Factors

- Temperament:
 - Greater internalizing symptoms (e.g., anxiety, depression)
 - Higher negative emotionality
 - Deficits in behavioural inhibition in childhood (?)
- ⇒ *Question mark: not convinced that's a risk factor*
- Genetic & physiological:
 - Rate of OCD among first-degree relatives of adults with OCD is two times of those without → *certainly some relationship family transition*
 - Rate of OCD among first-degree relative of adults with an onset in childhood/adolescents is ten times of those without
 - Dysfunctions found in orbitofrontal cortex, anterior cingulate cortex, and striatum in those with OCD (?)
- ⇒ *If you've got an adult whose OCD started as a child (males, symmetry/exact) and who then has children, those children are ten times more likely to have OCD than parents without OCD*
- Environment:
 - Physical & sexual abuse in childhood / stressful or traumatic events
 - Infectious agents and post-infectious autoimmune syndrome (sudden onset of OCD in children) → PANDAS
 - Growing up with a parent with anxiety/OCD or other difficulty (not direct genetic transmission! → modeling)
 - Highly critical parents? (still doing research on this)

1.5 DSM-V (vervolg)

- OCD pulled out of section on Anxiety Disorders, put in new section "Obsessive Compulsive and Related Disorders"
 - Why? The claim is that OCD is characterized by:
 - Deficits in behavioural inhibition
 - Neurological markers
 - These deficits and markers are not common to other anxiety disorders but are common to other disorders
 - OCD
 - Body dysmorphic disorder
 - Trichotillomania
 - Skin picking
 - Hoarding disorder
- ⇒ *It's not really accepted by psychological researchers*

- ⇒ *Unlike hair pulling and skin picking, the repetitive behaviour in OCD is evoked by obsessional thoughts → compulsion is a defensive strategy*
- ⇒ *Unlike hair pulling and skin picking, the behavioural product (compulsion) does not yield a sense of pleasure → vb. youtube Doctor Pimple Popper*
- ⇒ *OCD is far more comorbid with anxiety disorders than with skin picking, hair pulling and BDD*

1.5.1 Objections

- Abramowitz & Jacoby, 2015
- Unlike hair pulling and skin picking, the repetitive behavior in OCD is evoked by obsessional thoughts
- Unlike hair pulling and skin picking, the behavioural product (compulsion) does not yield a sense of pleasure
- OCD is far more co-morbid with anxiety disorders than with skin picking, hair pulling, body dysmorphic disorder

1.6 General deficit fallacy

- People with OCD show **enormous capacity to inhibit** their behavior
 - Can wait hours before performing their compulsions
 - Can suppress obsessional thoughts quite successfully
 - Research on neurological markers
 - Very small sample sizes
 - Inconsistent findings
 - Usually compare people with a disorder to those with no mental health difficulty
 - 60% of people with OCD have co-morbid depression
 - People with OCD function quite normally outside their O-C cycle!
- ⇒ *People with OCD inhibit their thoughts → they are very good at it, because most of the patients lead relative functional lives (!)*
- ⇒ *There are some people who can't have kids and/or a partner, but most of them actually can*
- ⇒ *“Sexy MRI-research” → usually they compare people with disorder to those with no mental health issues, but this makes no sense → because if you have a mental health issue, you have a whole host of other things that are going to influence your responses and you can't say that it's unique or important to OCD*
- ⇒ *60% of people with OCD have comorbid depression → may be counting for response time latencies and stuff like that*
- ⇒ *They function quite normally → even if they may really need to wash their hands all the time, in anything else they don't do anything strange*
- ⇒ *If there was a general inhibition functioning deficit, you should have trouble with ALL inhibition and not only one*

1.7 Specificity of obsessions and compulsions

- Why do people with OCD obsess about one thing but not another?
 - E.g., someone with contamination fears may be extremely preoccupied with bodily fluids but is unconcerned about dirt
- ⇒ *Huge variation in what people are concerned about → it's very weird sometimes*
- ⇒ *For example: someone can be terrified of a used bandage but doesn't have a problem with touching dog poop → we don't know why (!)*
- We don't know why (!)
 - Possible that obsessions reflect current concerns and violation of core values
 - Rowa, Purdon, Summerfeldt, and Antony (2005)
 - Obsessions that were most upsetting contradicted valued aspects of self to greater degree than least upsetting obsessional thoughts
 - Threats to self, goals, receive attentional priority
- ⇒ *Research: people had to tell about most upsetting and least upsetting obsession → obsessions that were most upsetting contradicted valued aspects of self to greater degree than least upsetting obsessional thoughts*
- ⇒ *Threats to self → goals receive attentional priority*
- Consistent with post-partum onset OCD in both mothers and fathers (after bringing baby home from the hospital)

1.7.1 Why this compulsion and not that one?

- We don't know
- Anecdotally it seems people perform an action that they think will work to manage the obsession and the associated distress
- Distress reduction is negative reinforcement for its continued use
- With rehearsal the compulsive act may become prepotent and conditioned, assuming the automaticity of a habit
 - "It's just what I do!"
- The compulsion may grow in complexity over time to meet ever increasing demands of obsessional doubt

1.7.2 Cognitive-Behavioural Model

- Research suggests that:
 - 80-99% of people experience intrusive thoughts
 - The content of the intrusive thoughts is similar to obsessions in OCD
- ⇒ *CB-model brought the most effective treatment of OCD today*
- What is different in those who develop OCD versus those who do not?

- Example:
 - X
 - I hope that X gets into a car accident

⇒ *Why OCD develops and why it persists?*

⇒ *Little experimental exercise → get somebody in mind who you care about (X), write a sentence: I hope that X gets into a car accident → this is what people with OCD experience; it feels like maybe your action might lead to harm → OCD-people believe that these thoughts will lead to harm, unless they do something to mitigate that harm*

1.7.3 Overvalued responsibility

- Responsibility:
 - Any responsibility over outcome = full responsibility for that outcome
 - Failing to prevent harm is as wrong, morally, as actively causing harm
 - Need to anticipate all possible negative outcomes of all actions
 - Cannot move forward if an action has a potential negative outcome
 - Need to guess future outcomes and plan against them
 - It is immoral and irresponsible to ignore a thought about potential harm, no matter how minute the probability of harm

⇒ *Strong sense of responsibility to protect self and other people from harm*

⇒ *They find it difficult to move forward if an action has a negative outcome*

⇒ *They feel the need to guess future outcomes and plan against them → mentally exhausting (!)*

⇒ *It's extreme → most of us have such thoughts but can nuance it by "the chance that this happens is so small...", "you can't do anything about this, so let it go"*

1.7.4 Over-importance of thoughts

- Over-importance of thoughts
 - Having a thought about an immoral act is moral equivalent of committing the act
 - "If I think this, I must really want it to happen"
 - "Having this immoral thought makes me an immoral person"
 - Thinking about an event can make it happen
 - "The more I have this thought, the more likely it is that the thought will come true"
 - "The more I have this thought, the more danger I am in of acting on it"
 - A thought would not recur unless it was meaningful
 - "I wouldn't keep having this thought unless it was trying to tell me something"
 - "If I disregard this thought I am tempting fate"

⇒ *This is another aspect of appraisal in OCD*

⇒ *Having the thought = committing the act → vb. thought of stabbing granddaughter is almost as bad as actually stabbing her*

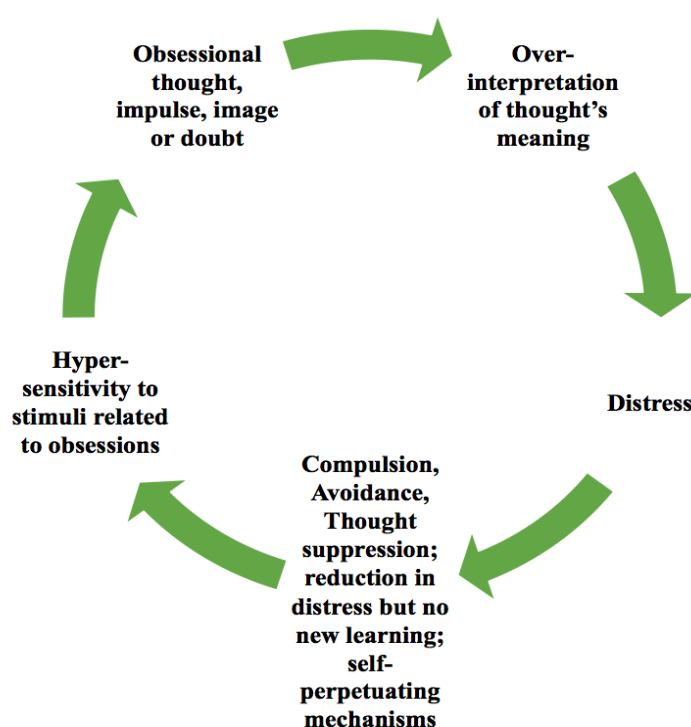
⇒ *Thinking = make it happen → vb. book "the secret" → idea that thoughts make things happen*

- ⇒ It's meaningful → thoughts come from personality (vb. guys thinks he must be pedophile)
- ⇒ These are metacognitive beliefs

1.7.5 Beliefs about thought control

- Thought Control:
 - One can and should control unwanted thoughts
 - "I would be a better person if I gained more control over my thoughts"
 - "If I exercise enough willpower, I should be able to gain complete control over my mind"
 - "Being unable to control my thoughts will make me physically ill"

⇒ We don't have the perfect control over thoughts



- ⇒ This is the idea of the cognitive model → we get an obsessional thought, impulse, image or doubt
- ⇒ For a long time we thought that people with and without OCD differ in step 2 → overinterpretation of thought's meaning = how they appraise thoughts → no OCD = "that's just a product of my imagination, wow even I can have such thoughts"
- ⇒ People prone to develop obsessional problems are more likely to overinterpret the thought's meaning and therefore experience considerable distress over the thought's occurrence
- ⇒ In order to manage that distress and the concerns about harm they engage in a whole lot of stuff: compulsion, avoidance, ... → may feel a reduction in distress, but we don't get any new learning about the thoughts itself → only learning that it reduces distress
- ⇒ Once people start doing compulsions, there is a host of self-perpetuating mechanisms that kick in, that cause the impulsion to be repeated and prolonged →

when you are avoiding stimuli and suppressing thoughts, you become very sensitive to stimuli relating to obsessions

⇒ *You probably have an attentional bias then → in order to avoid, you have to be alert on what it is you're trying to avoid → probably you start building elaborated memory networks and associative networks for the obsessional content that become large and generalised → easily triggered*

1.7.6 Compulsions and reinforcement

- Obsessional thoughts evoke distress
- Compulsions reduce that distress
- The reduction in distress is negative reinforcement for the continued performance of the compulsion
- However, this comes at a cost
- Termination of exposure to the obsession:
 - Prevents extinction of the anxiety response

⇒ *Prevents extinction of the anxiety response = no new learning about the actual meaning or importance of the obsessional idea*

- Other consequences:
 - Non-occurrence of the feared event:
 - Attributed to the performance of the compulsion
 - No new learning about the meaning or importance of the obsession

⇒ *“Good thing I did that compulsion, the feared event didn't happen!”*

- Inconvenience of the compulsion:
 - Leads to avoidance
 - No new learning about the importance or meaning of the obsession AND requires vigilance for triggers for the obsession or compulsion
 - Avoidance yields attentional bias for obsession/compulsion relevant information

⇒ *The strategies make sense, but they come with a cost → they don't work in the long term*

1.8 Self-perpetuating mechanisms of compulsions

- Cognitive appraisal helps us understand why people do a compulsion once
 - Why do they do it again?
 - And what is the impact of this repetition?

⇒ *Why do they have to do it again? → vb. why do they have to wash their hands five minutes to not make somebody sick instead of just for thirty seconds*

⇒ *What is the impact of that repetition on the whole system?*

1.8.1 Memory and memory confidence

- No solid evidence that people with OCD have poorer memories than those without
 - Memory “deficits” can be accounted for by comorbid depression
 - E.g., Mortiz et al. (2006)
 - Most studies compare memory in people with OCD to that of people with no mental health difficulty → differences may not be specific for OCD
 - Rachman, Radomsky:
 - People with OCD lack confidence in their memory
 - Probably because they ask so much of it
 - Perfect, clear, multi-sensory memory
- ⇒ *For a long time they thought people with OCD needed to repeat their action because they have a weak memory → but, there's no evidence for that (!)*
- ⇒ *Rachman et al. → it's not that they lack memory, it's that they lack confidence in their memory (!) → they ask so much from their memory; a perfect multisensory vivid image of having done the compulsion properly; the door being locked, the hands being clean, etc.*

1.8.2 Sensory confidence

- Van den Hout and colleagues
 - The longer we look at something, the less confidence we have that we have seen it properly
- ⇒ *Exercise: lock → look at it until she tells you to stop → stop → “What time is it? Are you sure?”*
- ⇒ *A lot of research suggests that when we do something for a long time, or when we look at something for a long time, we become less confident in our sensory experience of this*
- ⇒ *Experiment: people look at clock for five seconds, then they look away, they tell time and rate confidence → people look at clock for thirty seconds, then look away, tell time and rate confidence → confidence-rating is considerably lower than for five seconds*
- ⇒ *Important piece of the OCD puzzle: once you do an action and you are trying to get a high degree of confidence that you've done it properly, you repeat it just to be sure → prolonged exposure to stimuli undermines confidence (!) → when you're closing the door and you want this image in your head of you closing the door, but the longer you stare at the door, the less confidence you have that you've locked it properly → while staring you get in this hypnotic state and you start to generate reasons why it might not be locked properly*

1.8.3 Prove there isn't danger

- ⇒ *Little bunny wants to cross a field to get some carrots → suddenly he saw a flick of a shadow → now he's on high alert trying to figure out if there's something out there that could attack him → he's looking around for danger*
- ⇒ *People with OCD when they get obsessional thought: introduced possibility of danger → but it's a vague and uncertain kind of danger*

- ⇒ *Bunny had to prove that there's no danger in an entire field, entire sky, so it's safe to cross the field → when you look at the field, is it safe for bunny to go? → this is hard to answer, it could be something hidden → you could miss something easily → you could stare at this forever and still not be certain; you're trying to prove the null-hypothesis, that something isn't there → at some point, bunny has to get across the field or he'll die from starvation*
- ⇒ *You cannot prove danger has passed → just like trying to prove the nullhypothesis*
 - *Henry Szechtman & Woody (2004) – research on this aspect of OCD*
 - *The way that we resolve this kind of things in everyday life, is that we rely on an internal, felt sense that danger has passed*
 - *People with OCD may lack this internal felt sense*
- ⇒ *Erik Woody is a famous person in the area of hypnosis → Henry & him brought people with contamination fears to labs; they had to put their hands in what they said were dirty diapers → they hypnotized half the people and said: after you wash your hands you will feel satisfied that you have rid yourself of contamination → the other half got the hypnotic instruction that they won't get satisfied*
- ⇒ *The people who didn't feel satisfied, wash longer and reported lot more distress → in day to day life there's all kind of danger and we have to act on some kind of instinct*
- ⇒ *When we are trying to prove danger has passed → we are orientated towards why what we have done may not have been sufficient (as opposed to sufficient)*
- ⇒ *If we are trying to be sure that we everted harm, we try to run through a list of things we may have done wrong*
- ⇒ *We repeat our safety/protective behaviours until we feel that danger has passed*

1.8.4 Doubt

- Until we get the feeling that danger has passed we continue to doubt
 - OCD is characterized by doubt
 - Did I? Maybe I..., What if?, Should I?
 - OCD used to be called the “doubting disease”
- ⇒ *It used to be called doubting disease → this makes sense, because when you want to be 100% certain, normally you just want to be certain enough “pretty sure”, for somebody with OCD this is by far not enough → for example, they go back and wash their hands a third and forth time*
- How do we decide to stop an action?
 - When we have resolved uncertainty
 - Salkovskis
 - In general, decision-making is not effortful, or may even be automatic, for unimportant decisions
 - E.g., which mug to select
 - In general, decision making is more effortful for important decisions
 - E.g., what house to buy
 - We require more evidence in order to make the decision
 - People with OCD bring complex decision-making to bear on what are typically minor decisions
 - E.g., when to stop washing one's hands

- ⇒ *Salkovskis* → study stoprules and decision-making
- ⇒ *Decision-making is not effortful* → may even be automatic → vb. which mug to select; is actually a big deal → when you have OCD, even small things are effortful decisions → the stake is high (they might get someone to have cancer if they don't wash their hands enough)

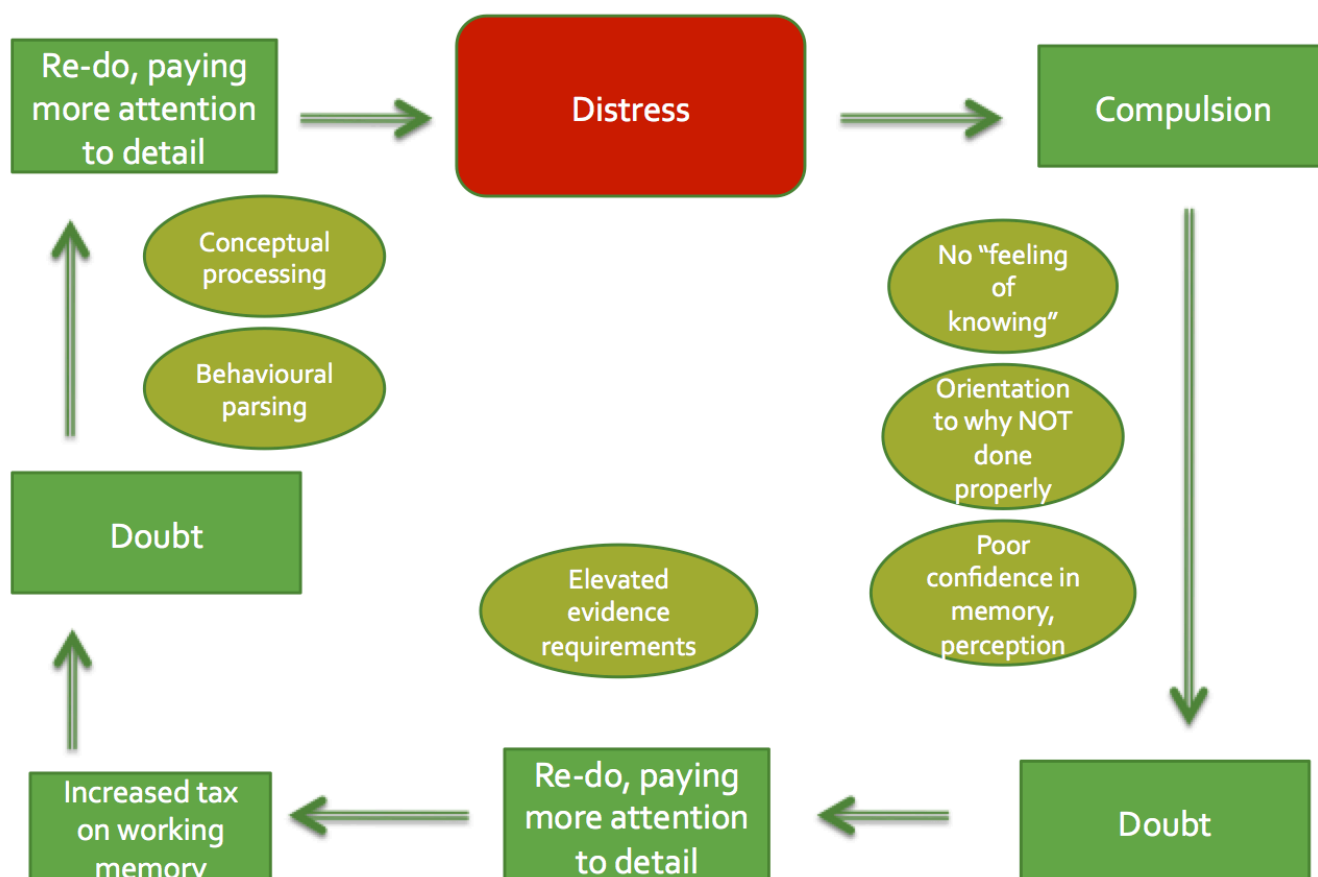
1.8.5 Elevated evidence requirements

- Bucarelli & Purdon (2015)
 - Prolonged compulsive episodes:
 - Were repeated more
 - The more they repeated the more evidence they required that it was safe to terminate
- ⇒ *When it's an important decision, we need more evidence in order to make it*
- ⇒ *Diary study* → in prolonged compulsive episodes
- *Repeated more* → the more they repeated, the more evidence they required that it was safe to terminate
 - *The first time, it may have just been that they don't feel soap on their hands anymore, but then they experience some doubt; did it get under my fingernails?* → next time fingernails + new doubts → increasingly complex over time

1.8.6 Trying to obtain a perfect memory

- Huge tax on our working memory
 - We begin to break the action down into small steps
 - Execute each step "properly"
 - If we can recall each step then we are satisfied it has been done properly
 - "Action parsing" (Boyer & Leonard)
 - However:
 - As we repeat an action, we focus on the step we feel we didn't do properly the previous time and do the others somewhat automatically
 - The other actions are processed conceptually rather than perceptually
 - Van den Hout
 - Yet we demand a perceptual memory
 - The more we repeat an action, the more we demand of our memory, and the less it can deliver
- ⇒ *We don't have a great working memory capacity → it's limited (!) → when we ask for too much, "the wheel falls off the bus"*
- ⇒ *So, they break the action into a few steps → execute each step properly = action parsing → for example: press soap, rub soap, turn the tap*
- ⇒ *As we repeat the action, we focus on the step we feel we didn't do properly the previous time → attentional system does this → only focus on one or two things → very good memory of some steps and not of others*
- ⇒ *The more we repeat an action, the more we demand of our memory and the less it can deliver for us → they're asking so much of it, it can't meet the needs*

1.8.7 Overview



⇒ All together → self-perpetuating mechanisms

- However...
 - Bucarelli & Purdon (2015)
 - 53% of the time people with OCD reported obtaining the desired sense of certainty that it was okay to stop
 - Bouvard, Fournet, Acachi, & Purdon (in prep)
 - Compulsions “worked” 79% of the time
 - Despite at least some repetition
 - Compulsions “work” a lot of the time
 - Intermittent reinforcement schedule

1.9 Treatment

⇒ *If you are armed with a very good formulation as to why your client’s problems are persistent, treatment becomes very straightforward and manageable → if you understand the internal logic, treatment becomes that much easier*

- Cognitive behaviour therapy
 - 1) Cognitive:
 - Address appraisals of the obsession
 - Address appraisals regarding the necessity of the compulsion

- ⇒ *Let them consider the appraisal → treat idea as a guest instead of a fact; not excessive degree of responsibility, but more manageable*
- ⇒ *The cost and benefits of doing the compulsion → lot of chance they bring problems and harm*

2) Behavioural:

- Exposure with response prevention (ERP)
 - Expose the person to their obsessional concern whilst the compulsion is prohibited
 - E.g., “contaminate” hands, not allowed to wash, endure the anxious feelings
 - Anxiety will decline over time
 - The next exposure, anxiety probably won't be as high and will come down more quickly
- ⇒ *Evoked obsession and have them just sitting there → they can't do the compulsion → extinction response, because we just can't stay in full panic*
 - ⇒ *Most important that the exposure actually activates the OCD-system → vb. “contaminate” hands – can't wash – anxious feelings*

1.9.1 Effectiveness of CBT

- 80-90% effective
 - However, when treatment refusal and dropout rates taken into account:
 - Actual success rate is about 50%
- ⇒ *80-90% effective across the board*
 - ⇒ *However, when treatment refusal and drop-out rates taken into account, the actual rate is about 50%, which is really poor → they drop out or refuse because they are terrified that their selfish actions are going to cause somebody they care about to come to harm*

1.9.2 Where do we need to go next?

- Better understanding of what people with OCD are trying to accomplish when doing their rituals
 - Help people change their response to obsessional thoughts
 - Better understanding of enormous investment in responsibility, etc.
 - Better understanding of why thoughts get so “sticky” and how to better help people disengage from them
 - Better understanding of why OCD is focused on highly specific, idiosyncratic themes
- ⇒ *What's your goal by washing your hands all greezy? → when the goal is framed in a very rigid, absolute and impossible to verify way, the wash was significantly longer (!)*
 - ⇒ *To get hands clean vs. to remove ALL germs*
 - ⇒ *Better understanding → core scheme? → where is the appraisal coming from?*
 - ⇒ *Better understanding of why thoughts can be so “sticky” for some people? → how to better help people disengage from them?*

Hoofdstuk 7: Psychotische stoornissen

- **Feit of fictie?**
 - Een psychotische opstoot is altijd een teken van schizofrenie
 - Het beloop van schizofrenie is vrijwel altijd ongunstig
 - De ernst van positieve symptomen (wanen en hallucinaties) zijn de belangrijkste voorspellers van het ziekteverloop
 - Rust is van cruciaal belang bij de behandeling
- ⇒ *1^{ste} is fictie → een psychotische opstoot is niet perse een teken van schizofrenie → er zijn veel ervaringen die psychotisch gezien kunnen worden*
- ⇒ *2^{de} is een feit → vaak een ongunstige prognose, maar niet altijd*
- ⇒ *3^{de} is fictie → negatieve symptomen zijn belangrijke voorspellers van verloop → anhedonie, verlies van initiatief nemen,...*
- ⇒ *4^{de} → lang gedacht dat stabilisatie essentieel was → weinig ingegaan op psychose → belangrijk om aan stabilisatie te doen als je zo acuut psychotisch bent → stabilisatie en veiligheid is van belang, maar ook conversatie is heel belangrijk (!) → duidelijk zien dat het heftig is en mensen er alleen in staan*
- **Leerdoelen**
 - Inzicht hebben in de belangrijkste kenmerken van schizofrenie
 - Kritisch kunnen reflecteren op de bestaande psychologische en biologische verklaringsmodellen
 - Integratieve verklaringsmodellen kennen
 - Begrijpen hoe verschillende modellen gerelateerd zijn aan de bestaande behandelvormen
- **Zelfstudievragen**
 - Beschrijf de belangrijkste verklaringen voor wanen
 - Waarom is longitudinaal onderzoek van cruciaal belang bij het verklaren van negatieve symptomen?
 - Leg uit waarom het van belang is om te vertrekken vanuit een diathesis-stress model bij de behandeling van schizofrenie + leg uit tot welke concrete interventies deze conceptualisatie zal leiden

1.1 Diagnose

1.1.1 Bouwstenen

- Wanen: overtuigingen die niet gedeeld worden door de sociale omgeving van het individu en waar de persoon niet vanaf te brengen is door logisch redeneren
- Bizarre vs. niet-bizarre wanen
 - Onderscheid waan vs. rare ideeën soms moeilijk
- Type wanen:
 - Beïnvloedingswaan
 - Betrekkingswaan
 - Achtervolgingswaan
 - Grootheidswaan
 - ...

- ⇒ Bouwstenen voor psychotische stoornissen → vaak eerst over die positieve symptomen; wanen zijn hierbij belangrijk
- ⇒ Vaak onderscheid: bizarre vs. niet-bizarre wanen → onderscheid tussen raar idee en waan → niet zo simpel
- ⇒ Vb. schoonmoeder → contact met engelen en heilig in geloven → niet vanaf te brengen → is het waanachtig? → wordt gedeeld door vele mensen
- ⇒ Wanen zijn overtuigingen die er meer volledig naast zitten

- Hallucinaties: een zintuiglijke perceptie die als werkelijkheid wordt ervaren maar die niet overeenkomt met wat er in de realiteit gebeurt
 - Auditief: meest voorkomend, stemmen horen
 - Visueel: beelden; vervormingen of nieuwe waarnemingen
 - Olfactorisch: geuren
 - Gustatoir: smaak
 - Somatisch: binnen het lichaam of op en onder de huid (tactiel)

- Hallucinaties is niet gelijk aan psychose/schizofrenie
 - 15% bij studenten (vb. stem van God)
 - Drugs (LSD)
 - Delirium

- Psychose indien: bizar, overtuiging, zonder oorzaak, verstorend

- ⇒ Hallucinaties vaak het makkelijkste te associëren met psychose → maar de niet psychotische populatie kan ook hallucinaties ervaren
- ⇒ In veel contexten kunnen drugs dit ontlokken → vb. drie mensen met psychotische ervaringen; drugs haast altijd er aan vooraf gegaan → soms psychotisch functioneren daarna weg, maar bij sommigen blijft het

1.1.2 Symptomen

- Positieve symptomen
 - Hallucinaties
 - Wanen
 - Formele denkstoornissen
 - Bizar gedrag
 - Opwinding
 - Agitatie

- ⇒ Denkstoornissen → gedachtegang onderbroken → niet meer helder, coherent, associatieve mechanismes kloppen niet volledig meer
- ⇒ Antipsychotica bij autistische jongen → bij opstaan merken dat hij alles met elkaar associeert = dwanggedachten, dingen horen, denken associëren met geval van angst → mengelmoes van ervaring en percepties, waarvan hij zelf weet dat het niet klopt
- ⇒ Agitatie → agressief-achtig in zijn vel zitten, zeer opgedraaid → komt zeer vaak voor

- Negatieve symptomen
 - Anhedonie
 - Apathie
 - Avolitie
 - Verminderde aandacht

- Emotionele afvlakking
- Gebrek aan initiatief
- Spraakarmoede

- ⇒ *Anhedonie* → nergens meer interesse in hebben of van dingen genieten
- ⇒ *Avolitie* → de wilskracht niet hebben om iets te doen
- ⇒ *Emotioneel afvlakken* → kan positief en negatief zijn (?)

1.2 Diagnose: DSM-5 - Schizofrenie

- Schizofrenie
 - Kenmerkende symptomen (twee of meer, elk gedurende één maand)
 - Wanen
 - Hallucinaties
 - Onsamenhangende spraak
 - Ernstig chaotisch of katatoon gedrag
 - Negatieve symptomen:
 - Affectvervlakking
 - Gedachten- of spraakarmoede
 - Apathie
 - Sociaal/beroepsmatig disfunctioneren
 - Duur: ten minste zes maanden ononderbroken, waarvan ten minste één maand kenmerkende symptomen
 - Uitsluiting van schizo-affectieve of stemmingsstoornissen
 - Uitsluiting gebruik middelen of somatische aandoening die de oorzaak zijn van de stoornis
 - Samenhang met een pervasieve ontwikkelingsstoornis: enkel indien gedurende één maand opvallende wanen of hallucinaties

1.2.1 Kenmerken schizofrenie

- Life-time prevalentie (aantal in de bevolking)
 - 0,2 – 1% (België: 0,25 – 0,35%)
 - Eerste psychotische episode: adolescentie, jong volwassenheid (18-30 jaar)
 - Onderbreking:
 - Opleiding, professionele inschakeling
 - Relaties, sociaal netwerk
 - Voorbereiding zelfstandig functioneren
 - Symptomen ernstig, meestal hospitalisatie
 - Na eerste episode / hospitalisatie: (moeilijke) reïntegratie
 - Resterende psychotische symptomen (drugs!)
 - Deficits: sociaal, affectief, cognitief
 - Ontgoocheling, depressie, suïcide
 - 80% herval, re-hospitalisatie
- ⇒ *Schizofrenie komt minder voor dan angst en depressie* → het is wel zo dat we bij mensen die last hebben van schizofrenie en herhaald psychotisch zijn zien dat ze heel stevig beroep doen op de Geestelijke Gezondheidszorg → ze hebben vaak ondersteuning/hulpverlening nodig

- ⇒ Eerste episode → jonge volwassenheid → kan ook eerder (!) → op dat moment proberen om de psychoses te doorbreken → het sociale netwerk is een grote belasting en kan met veel kosten gepaard gaan
- ⇒ Symptomen voor eerste decompensatie zijn hier ernstig → soms hospitalisatie nodig → gebrekkelijk ziekte-inzicht → de zaken kunnen eerst vaak erg uit de hand lopen voor er ingegrepen kan worden
- ⇒ Re-integratie → brengt veel uitdaging met zich mee → uit die situatie terug naar zelfstandigheid gaan vergt veel inspanning op verschillende vlakken
- ⇒ Drugs en alcohol helpt zeker niet
- ⇒ Deficits → symptomen maken het moeilijk om aan het werk te gaan
- ⇒ Na dat mensen opklaren → vaak ontgoocheling en suïcide
- ⇒ Vrij veel sprake van herval en re-hospitalisatie → de re-hospitalisatie en de tijd er naartoe blijkt uit studies een belangrijke uitkomstvariabele te zijn

1.2.2 Comorbiditeit

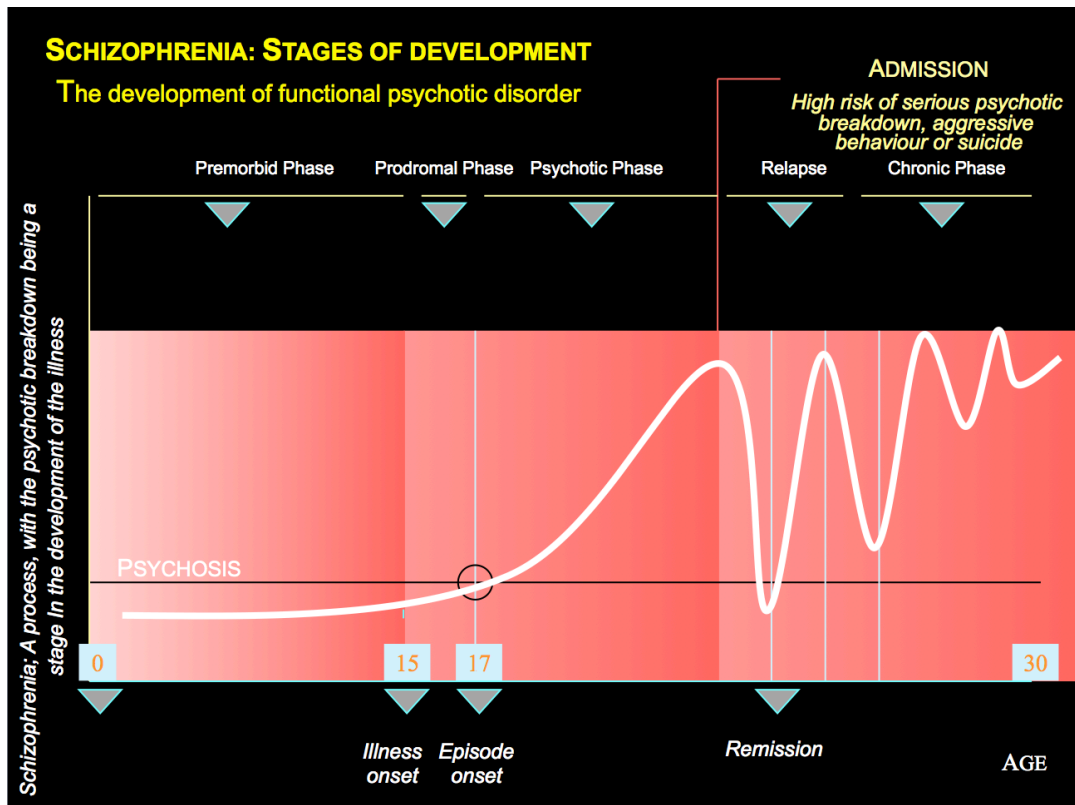
- Depressie bij schizofrenie
 - Tot 75% van de patiënten
 - Fase specifiek (prodromaal, acuut, na episode)
 - Misbruik van middelen in de loop van het leven (Mueser, 1990)
 - Alcohol 30-40%
 - Cannabis 45-66%
 - Stimulantia 11%
 - Hallucinogenen 20%
 - Sedativa 3-11%
 - Opiaten 2-6%
- ⇒ Vaak ook in functie van verschillende fases in verloop van schizofrenie → heel goed weten: misbruik van middelen komt zeer veel voor bij deze populatie → je ziet hier voornamelijk cijfers van cannabis gebruik die heel hoog zijn
- ⇒ Verskillende verklaringstheorieën rond drugsgebruik zelf en symptomen ontlokken

1.2.3 Verloop en resultaat

- Schizofrenie: een fasische aandoening
 - Prodromale tekens
 - Eerste psychotische episode
 - Stabiel
 - Chronisch
- ⇒ Prodromen → zaken die aanwezig zijn die eraan gerelateerd kunnen zijn → nog zeker geen sprake van psychose

1.2.4 Precursoren

- Veel mensen die op volwassen leeftijd schizofrenie ontwikkelen ondervinden psychosociale en sociale moeilijkheden lang vooraleer de positieve psychotische symptomen ontstaan
- Gedrags- en sociale problemen ontstaan vaak twee tot drie jaar voor de eerste psychotische symptomen



- ⇒ *Op 15 jarige leeftijd zien we dat de jongeren op vlak van sociaal functioneren eerder teruggetrokken zijn → vreemde hobby's en interesses, zaken die zowel binnen iets normaal gekaderd kunnen worden als prodromaal kunnen zijn*
- ⇒ *Dan stukjes psychotisch functioneren → één of twee stukjes op één jaar tijd → mild aanwezig tot en met heel sterk aanwezig → interfereert met alles wat persoon wil of kan doen*
- ⇒ *Opname is vervolgens nodig → het is zo ernstig dat er sprake moet zijn van veiligheid en een stukje stabilisatie → in deze fase worden er door de omgeving zaken gedetecteerd → het is dan de vraag of je de persoon gemotiveerd krijgt om iets van hulpverlening te zoeken → de persoon heeft er vaak zelf weinig inzicht in en zal weinig gemotiveerd zijn om dit te gaan doen*
- ⇒ *De klachten kunnen vaak erg uit de hand lopen voor er hulp komt → zeker als mensen vlak erna terug een fase hebben van remissie en herval → dit is moeilijk voor ouders; ze zien dat de zelfverzorging achteruit gaat, minder contact, meer afwezig zijn, etc. → het gaat mis en het is niet gemakkelijk om op dat moment in te grijpen als de persoon zelf niet te bereiken of te motiveren is → mensen moeten vaak lang wachten tot er terug ingegrepen kan worden*
- ⇒ *Meest negatieve beloop = de eerste episodes en de continue fase van remissie en herval → de persoon kan een chronische psychotische fase hebben → dit is bij veel mensen het geval*

A) Vroege precursoren

- Onregelmatige motorische ontwikkeling (onder andere home-video onderzoek)
- Problemen met fijne motoriek en coördinatie in midden-kindertijd
- Aandachtsproblemen

⇒ *Onderzoek* → met terugwerkende kracht vinden we voorspellers van psychotisch functioneren → vb. video's uit kindertijd → soms zien we qua fijne motoriek al verschillen en aandachtsproblemen duiken ook vroegtijdig op → niet erg uitgesproken

B) Precursoren adolescentie

- Daling verbale intelligentie
- Snel geïrriteerd
- Ongepast gedrag
- Moeilijkheden met het ontwikkelen van relaties
- Gestoorde "locus of control" (gevoel geen controle te hebben over gebeurtenissen)
 - Externe attributie voor positieve gebeurtenissen
 - Gevoel observator te zijn met weinig controle
 - Laag zelfbeeld

1.2.5 Prognose

- Symptomatisch of klinisch herstel
 - Remissie of verlies van positieve psychotische symptomen (met residuele symptomen)
- Volledig herstel
 - Remissie of verlies van psychotische symptomen + terugkeer naar premorbide functioneren
- Sociaal herstel
 - Sociaal en beroepsmatig onafhankelijk
- Psychologisch herstel
 - Afwezigheid van aanpassingsmoeilijkheden zoals angst, depressie, hopeloosheid,...

1.3 Het biologisch model

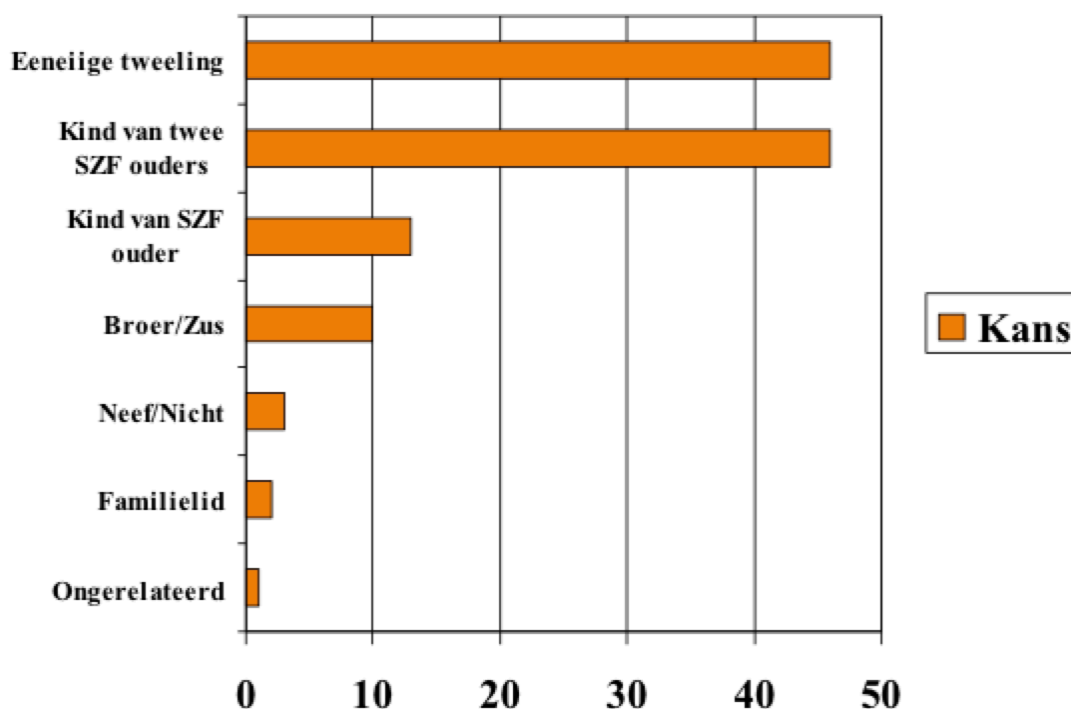
1.3.1 Genetische studies

- Studies aan de hand van tweelingen en adoptie wijzen op een erfelijke component, maar de principes van overerving zijn complex en onregelmatig
- Polygenetisch of multifactoriële overerving + belangrijke interactie met omgevingsfactoren
- Spectrum van psychose IPV "schizofrenie"
 - Dimensionele visie meer aangepast

⇒ *Veel onderzoek aan de hand van erfelijkheidsstudies* → antwoord op die vraag is duidelijk 'ja!' → er is veel evidentie uit tweelingenstudies dat er sprake is van een erfelijke component → hoeveelheid van component is sterker aanwezig bij schizofrenie dan bij angst en depressie

⇒ *Nog steeds een belangrijke interactie met omgevingsfactoren* → niet uit zichzelf ontstaan → er is een genetische component

⇒ *Als we dan kijken hoe die genetische component eruit ziet, lijkt het te gaan over duizend verschillende genen* → geen twee verschillende genenparen of iets dergelijks → het gaat over een complexe vorm van overerving → het genetische risico geldt voor psychotische beelden en niet voor schizofrenie alleen



- ⇒ Duidelijke grafische representatie ervan
- ⇒ Kans op ontwikkeling van schizofrenie in functie van het hebben van een gerelateerd verwantschap met iemand die schizofrenie heeft
- ⇒ Duidelijk uitgesproken genetische component → niet omdat het risico groter is dat het in isolatie gebeurt → vaak omgevingsfactoren die er een bijdrage aan leveren

1.3.2 Neuro-ontwikkelingstheorieën (Weinberger)

- Gestoorde ontwikkeling van de hersenen gedurende de pre- en perinatale periode
 - Foetale hersenbeschadiging leidt tot subtiele cognitieve- en gedragssymptomen
 - Als hogere cognitieve functies verder ontwikkelen geeft dit voornamelijk aanleiding tot problemen van verbale aard wat de oorzaak kan zijn van het verbale karakter van vele psychotische symptomen zoals auditieve hallucinaties en wanen
- ⇒ Weinberger → erg belangrijk!
 - ⇒ Uit observatie blijkt dat het in relatie staat met complicaties tijdens de zwangerschap → risico op psychotische beelden kan vergroot zijn → kan te maken hebben met kleine disrupties bij de ontwikkeling van de hersenen in de pre- en perinatale periode van de geboorte
 - ⇒ Hogere cognitieve functies → vb. adolescentie/vroege volwassenheid → kleine disrupties komen tot uiting in symptomen die te maken hebben met psychotische cluster
 - ⇒ Zie ook hoofdstuk over depressie: adolescentie is een belangrijke periode waarop kans op depressie begint toe te nemen → één van de ideeën = heeft te maken met mensen beter in staat stellen om projecties te doen over zichzelf in de toekomst → vb. ervaringen zoals pesten, frontale cortici, nadenken over of het altijd zo zal zijn in de toekomst, etc.
 - ⇒ Kijken naar schizofrenie → redelijk onderzoek → disrupties in theory of mind → kans groter om betekenis toe te wijzen aan gedrag van een ander

- Perinatale- en geboortecomplicaties lijken gerelateerd aan schizofrenie
 - Laag geboortegewicht
 - Vroeggeboorte
 - Lange arbeid
 - Hypoxie
 - Foetale problemen
 - Inconsistente resultaten aan de hand van neuro-imaging onderzoek
- ⇒ *Evidentie voor hypoxie → zuurstofproblemen tijdens de arbeid*
- ⇒ *Dit kunnen risicofactoren zijn*
- ⇒ *Onderzoek naar hersenen van kindjes → niet duidelijk waar er specifieke verstoringen zitten → weten dat het een belangrijk risico vormt → wel een idee over op welke manier het zou kunnen gebeuren → niet makkelijk om theorieën hard te maken op basis van neuro-imaging onderzoek*

1.3.3 Seizoenen

- Consistente relatie met het jaargetijde van geboorte
 - Late winter +
 - Zomer en herfst –
 - +/- 15% verschil
 - Gedurende griepepidemie, meer schizofrenie
 - Antigriep-antilichamen bij zwangere moeder
 - Relatie met stedelijk milieu
- ⇒ *Late wintermaanden → geassocieerd met verhoogde kans op risico voor schizofrenie*
- ⇒ *Idee: heeft te maken met de hoeveelheid ziektes bij geboorte tijdens die periode*

1.4 Diathesis-stress-modellen

1.4.1 Kwetsbaarheid

- Zubin en Spring
 - Welke factoren maken latente kwetsbaarheid manifest?
 - Psychosociale stress
 - Hoge kwetsbaarheid: mineure stressoren
 - Lage kwetsbaarheid: majeure stressoren
- ⇒ *Klassieke studies en theoretisch werk van Zubin en Spring → op het moment dat er sprake is van dergelijke biologische insteken, wat zijn dan factoren die ervoor kunnen zorgen dat het risico wordt omgezet naar problemen?*
- ⇒ *Idee uit het model → als er sprake is van een hoge kwetsbaarheid; eerder mineure stressoren nodig → lage kwetsbaarheid; potente stressfactoren nodig om problematisch te zijn*

1.4.2 “Life events” en stressoren

- Methodologische problemen met het construct: bias, subjectiviteit en afhankelijkheid van de ziekte zelf

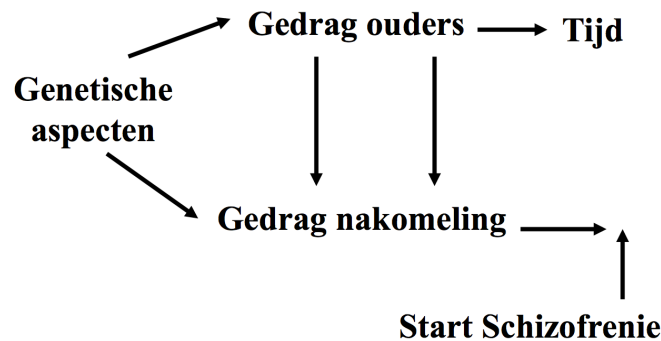
- Het lijkt onwaarschijnlijk dat schizofrenie een respons op stress is (zonder kwetsbaarheidsfactor)
 - Vb. mensen met een depressie hadden veel meer stresserende “life events” dan mensen met schizofrenie
 - Echter toenemende evidentie voor sociale achterstand en trauma
- ⇒ *Op basis van puur stresserende factoren alleen is de kans op psychotische beelden niet zo heel hoog zonder iets van kwetsbaarheidsfactoren*
- ⇒ *Vb. vergelijkend onderzoek → depressie vs. psychotische klachten → mate van life events: groter bij depressieve klachten → er moeten al echt majeure dingen mis gaan zoals echtscheiding, overlijdens, etc. dan bij mensen met schizofrenie*
- ⇒ *Dit wil wel niet zeggen dat er niet redelijk wat onderzoek is dat aangeeft dat sociale achterstand en trauma belangrijke factoren zijn voor de ontwikkeling van psychosen*
- ⇒ *WHO → gaat trauma vooraf aan schizofrenie? → gecontroleerd voor alle andere mogelijke mentale problemen om te zien of er geen relatie is → hier echt een link gevonden: trauma meemaken = kans op ontwikkeling van schizofrenie is verhoogd*
- ⇒ *Sociologisch onderzoek → kijken naar effect van wonen in verschillende wijken of effect van ontwikkeling van paranoia → onderzoek: welstellende wijken vs. arme wijken → in arme wijken dicht gegrensd aan rijke wijken heeft de groep te maken met sociale achterstand en worden ze meer geconfronteerd met het dicht wonen bij de rijke buurt → hier is er meer psychose ontwikkeling dan in puur arme of puur rijke buurten → dit suggereert dat sociologische factoren en sociale achterstand een belangrijke rol kunnen spelen*
- ⇒ *Dit wordt soms ook aangetoond bij migrantenstatuut → verhoogde risico's op depressieve klachten*
- ⇒ *Waar komt dan die 1% vandaan die niet gerelateerd is aan stress? → er zijn ook psychosen in reguliere buurten → stress bijzonder hoog, mogelijk dat mensen iets psychotisch ontwikkelen → stress die aanwezig is moet groter zijn → schizofrenie risico is 1%, genetisch risico is niet 1%*

1.4.3 Gezinsfactoren

- +/- 50 jaar geleden leefde de overtuiging dat schizofrenie een gevolg was van gestoorde opvoedings- en communicatiepatronen in gezinnen
 - Sullivan: Freud en psychoseksuele ontwikkeling
 - Bateson: double-blind theorie
 - Inconsistente communicatie: tonaliteit van de stem, gezichts-uitdrukking, houding,... versus inhoud
 - Geen coherente interne realiteitsconstructie
- ⇒ *Theorie van Bateson is belangrijk → het idee dat kinderen die later schizofrenie ontwikkelen veel in aanraking komen met inconsistente communicatie → vb. tegen moeder zeggen “ik zie je graag”, maar non-verbaal gedrag komt hier niet mee overeen → niet in staat om coherente interne realiteitsconstructie te doen*
- ⇒ *Dit is lange tijd een belangrijke theorie geweest → maar er wordt vanuit deze theorie wel een schuldige aangewezen (de moeder)*
- Familie hypothese: ouders met schizofrenie vormen een risico op intergenerationele transmissie van schizofrenie

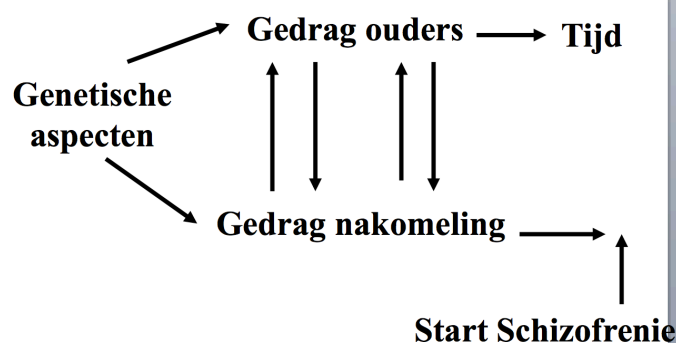
- Empirische toets:
 - Kinderen in gezonde omgeving:
 - Groep van at-risk vs. normale geadopteerde groep kinderen
 - Resultaten?
- ⇒ *Onderzoek op basis van de vraag of er ouders bestaan die schizofrenie/psychotisch inducerend werken*
- ⇒ *Empirisch gaan toetsen → gekeken wat er gebeurt op het moment dat we gaan kijken naar kinderen die geadopteerd worden → zowel kijken naar groepen van geadopteerde kinderen waarbij we weten dat er een genetische kwetsbaarheid is omdat de ouders dit ook hadden vs. kinderen die geen genetisch risico hebben → en dit in gezonde relatie met de omgeving*
- ⇒ *Wat men hier zag is dat de groep die een risico had ook in een gezonde omgeving toch een veel grotere kans had om psychose te ontwikkelen in vergelijking met de kinderen zonder genetische kwetsbaarheid → het feit dat het dubbel blind idee volledig klopt lijkt dus niet zo correct*

Hoofdeffect model



- ⇒ *Belangrijke input van ouders op risico voor schizofrenie te ontwikkelen → hoofdeffect van ouders op kind in associatie met genetische factoren*
- ⇒ *Kijken naar onderzoeksbevindingen: iets meer te zeggen over transactioneel model*

Transactioneel model



- ⇒ *Video in de les → wat sociaal vreemd gedrag, iets meer sprake van terugtrekking en soms rare reacties op sociale zaken*
- ⇒ *Het idee hierachter: op het moment dat er sprake is van familiale invloeden, wat mogelijk is, gebeurt dit vaak in interactie → niet enkel kind ontvanger van problematische gedragingen → vaak reactie van het kind op de ouder*

⇒ *Reden waarom? → niet in termen denken van wie nu de schuldige is binnen de ontwikkeling van psychose → we vinden hier misschien evidentie voor in de psychiatrie; ouders nemen zichzelf veel kwalijk → denken in termen van beschuldiging, eerder interactie dan puur hoofdeffect van de ouders op het gedrag van het kind*

1.4.4 “Expressed emotion”

- De emotionele houding van gezinsleden
 - (Camberwell Family Interview)
 - Hoge EE (negatief) van familieleden ten opzichte van de patiënt verhoogt het risico op herval (robuuste observatie)
 - Expressed Emotion
 - Kritiek (afkeurende opmerkingen)
 - Vijandigheid (globale afkeur/verwerping)
 - Emotionele overbetrokkenheid (zelfopoffering, overbescherming)
 - Warmte en positieve opmerkingen
 - Het is echter nog vrij onduidelijk waarom EE een goede voorspeller is (e.g. Jenkins, 1992)
- ⇒ *Construct waarrond er veel onderzoek is binnen de gezinssituatie → invloed hebben op verloop van schizofrenie en psychotische klachten*
- ⇒ *Expressed emotion → emoties uitgedrukt; ook positieve emoties, nieuwe psychotische episodes*
- ⇒ *Robuuste observatie → tegelijk roept dit ook een vraag op: hoe komt het dat expressed emotion zo'n belangrijke risicofactor is?*
- ⇒ *Verschillende verklaringen: vooral uit een aantal problemen misschien moeilijker om met sterke psychotische kwetsbaarheid om te gaan met emotionele communicatie → minder goed begrepen worden*
- ⇒ *Tweede aspect: context waarbinnen het gebeurt → als het gaat over ernstige acute psychotische opstoot met miserie erbij geassocieerd → stap naar terug thuis gaan wonen → veel sprake van betrokkenheid en overbetrokkenheid → kan leiden tot heel wat botsingen → dit is stresserend, wat zorgt voor een risico op herval*
- ⇒ *We weten uit onderzoek dat het een belangrijke voorspeller is → maar waarom? → dat is minder duidelijk*
- Kritiek evolueert over de tijd, vaak startend met emotionele overbetrokkenheid
 - Deze overbetrokkenheid kan dus evolueren naar kwaadheid en kritiek
 - EE kan niet gezien worden als de oorzaak van herval, maar wel binnen de context van een vicieuze cirkel, als het resultaat van een interactie tussen patiënt en familie
 - In ontwikkelingslanden heerst vaak een lager niveau van EE in een meer uitgebreide familiecontext, met mogelijk meer steun en aanvaarding
- ⇒ *Op het moment dat er een acute opname is moet er al veel misgegaan zijn → ouders ermee te maken, veel bezorgdheid, paniek en angst, etc.*
- ⇒ *Er is makkelijk sprake van bezorgdheid en overbezorgdheid → dit kan evolueren naar kwaadheid en kritiek*
- ⇒ *Ouders die hierop ingaan → zaken terug op de rails zetten, of hopen dat dit lukt → middelenmisbruik komt vaak voor → kwaadheid kan makkelijk opkomen*
- ⇒ *Vicieuze cirkel → klinische aspect goed bekijken → kan je er wat mee doen? → in context van gezinsondersteuning*

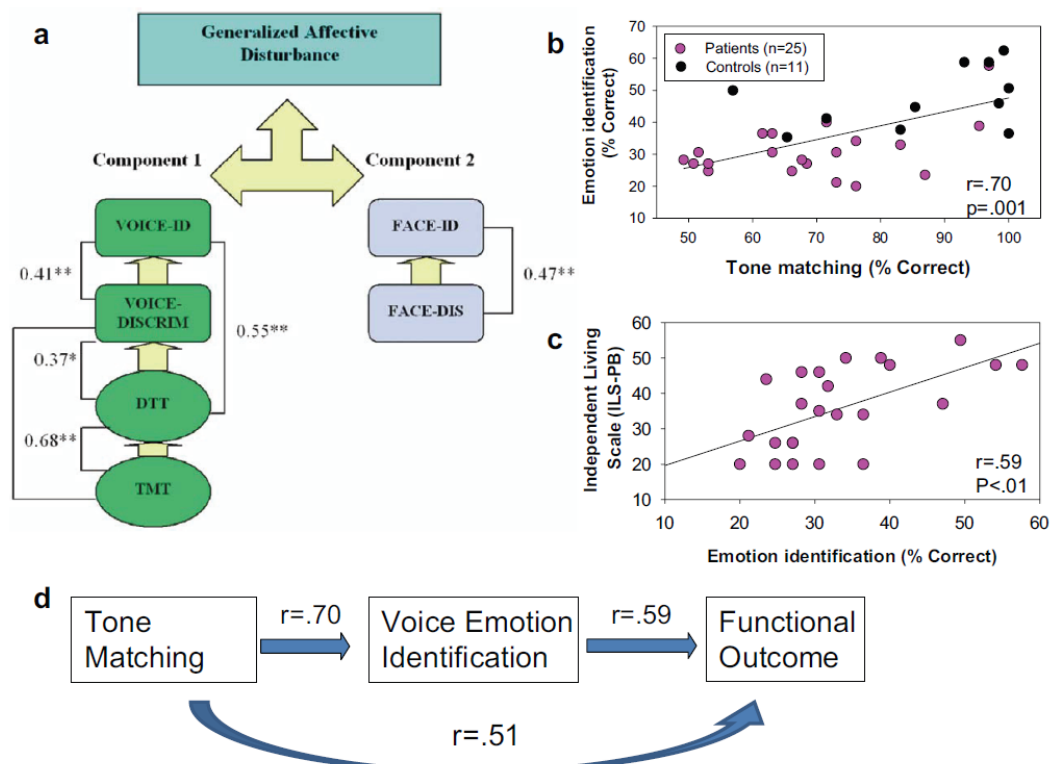
1.5 Psychologische modellen

1.5.1 Psychologische theorieën

- Een overkoepelende psychologische theorie voor de psychose bestaat voornamelijk niet: wel theorieën over de aparte symptomen
 - Combinatie van verschillende niveaus van analyse: biologie en psychologie: multiple routes to distorted reality
- ⇒ *Heel wat theorieën die gaan over het neurobiologische en dit in combinatie met psychologische processen en sociale processen*
- ⇒ *Verschillende routes naar distorted reality*

1.6 Cognitieve modellen: neuropsychologie

- Bottom-up vs. top-down factoren
 - Ondersteunende modellen:
 - Verstoorde informatie-verwerking
 - Self-recognition deficits (auditief)
 - Source-monitoring deficits (e.g., cue-word lijsten)
 - Basis informatieverwerkingsproblemen (auditief en visueel)
- ⇒ *Verschillende modellen → vrij goed onderzocht*
- ⇒ *Onderscheid: bottom-up vs. top-down modellen*
- ⇒ *Bottom-up → verstoringen op vlak van basis cognitieve processen → aandacht, integratie van stukje info die dan vervolgens effecten gaat hebben → verder op info verwerking → basis cognitieve verwerking die misgaat, waardoor ook de hogere orde cognitie misgaat → vb. theory of mind*
- ⇒ *Top-down → factoren waarbij het gaat over narratief → welke ideeën die hebben en op welke manier info verwerken uit de omgeving → ondersteunende modellen kort bespreken*

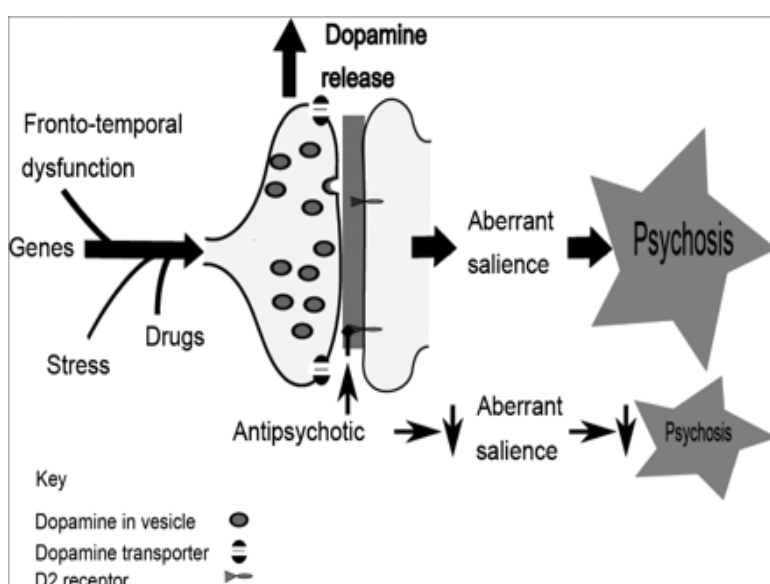


- ⇒ *Info doorvloeien naar problemen die meer in het psychotisch spectrum liggen*
- ⇒ *Overzichtsartikel: data bij elkaar harken, basis patroon voor verwerking als het over tone matching gaat → in staat om verschillende tonen die variëren in pitch uit elkaar te halen*
- ⇒ *Gevolgen: problemen op auditief vlak zijn betrokken bij emotie, communicatie, identificeren van emoties uit stemmen → vervolgens kijken naar functionele outcome = psychotische klachten*
- ⇒ *Positieve associaties van basis problemen → minder gaan in staat zijn om te zeggen wat iemand bedoeld → makkelijk ontstaan van psychotische problemen*
- ⇒ *Eén van de manieren waarop basis verwerking lijdt tot versterking van emoties van de ander → makkelijke miscommunicatie*

➤ *Verstoorde salientie-processen (Kapur, 2003)*

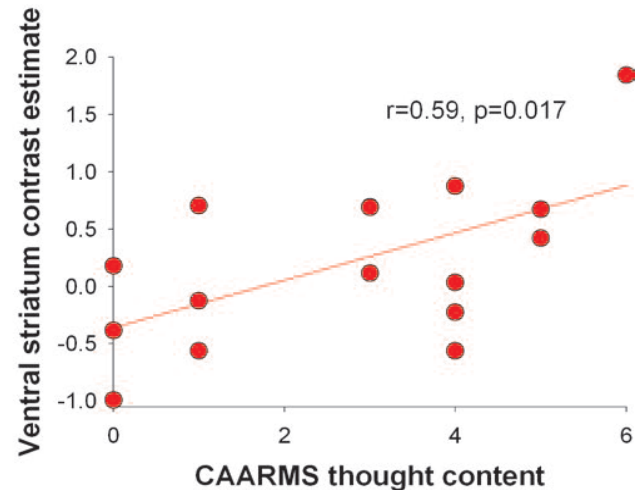
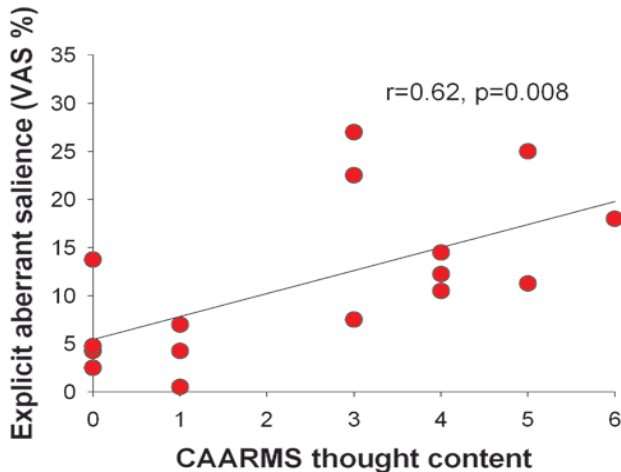
- *Abberant salience theory*
- *Verstoorde dopamine huishouding*
- *Irrelevante prikkels worden relevant*
- *Visueel:*

- ⇒ *Meer biologisch van aard*
- ⇒ *Idee: sprake van verstoorde dopamine huishouding → antipsychotica: ook verwerking van dopaminerge systeem → niet weten hoe het gerelateerd is aan psychotische klachten*
- ⇒ *Het is heel belangrijk op dat moment dat je vb. leert over beloningen → vb. “doe dit en dan krijg je chocolade” → gedrag gerelateerd aan chocolade*
- ⇒ *Afgifte van dopamine is verstoord → eerder irrelevante prikkels vaak niet geassocieerd met dat er iets gedaan moet worden (bij normale mensen) → wordt relevant in context van psychotische problemen*
- ⇒ *Terug leiden op observaties of als je met iemand spreekt → vb. de verwarmingsbuis tikt en je interpreteert dit als het feit dat je afgeluisterd wordt*



- ⇒ *Stukje genetisch beïnvloed → relatie met frontale hersengebieden*
- ⇒ *Zowel stress als drugs hebben invloed op de gevoeligheid van het hele receptor systeem*

- Roiser et al.:
 - Ultra high risk sample (eerdere psychoses)
 - Saliency attribution test (beloningstaak)
 - fMRI (hersensstructuren) + PET (dopamine)



⇒ *Is er bewijs voor?*

⇒ *Studies die gebruik maken van ultra high risk sample → mensen die te maken hebben gehad met een eerdere psychose → meemaken van een 1^{ste} moment geassocieerd → deel van de sample lopen nog het risico om nog psychoses te ontwikkelen*

⇒ *Doel: hoeveelheid psychotische beelden in algemene sample is iets te laag om iets te zeggen over iets meer psychotische symptomen*

⇒ *Sample toewijzen aan saillante taak → kijken welke info belonend is → kijken naar fMRI (hersensactivatie) + PET scan → specifiek kijken naar dopamine*

⇒ *Langs deze kant afwijkingen te maken met hersensstructuur van striatum → rechtse grafiek*

⇒ *Linkse grafiek: saillantie in beloningstaak*

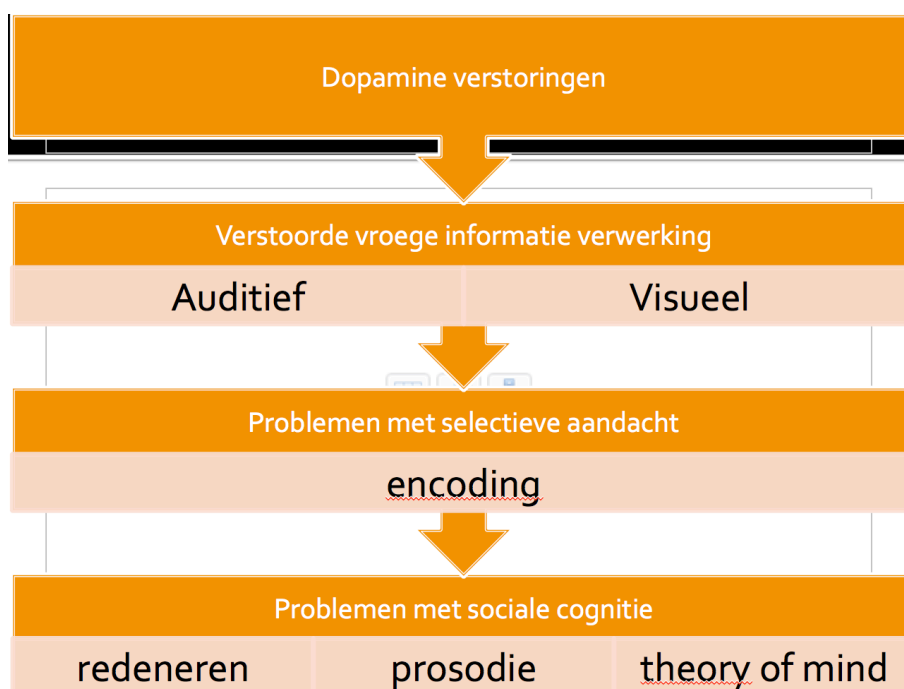
⇒ *Prospectieve studie → sterk gecorreleerd met sterke psychotische beelden = hoe verder op X-as, hoe groter kans op psychose → interessante studie: belangrijke kritiek → gewerkt met ultra high risk → moeilijk iets zeggen over kip en ei*

➤ **Verstoorde informatie-verwerking**

- Sociale cognitie
- Redeneren
- Executief functioneren
- Verbaal leren

⇒ *Sociale cognitie → interpreteren van emoties, intenties van anderen*

⇒ *Opnieuw: zaken op zich geen al omvattende verklaringen → moment: binnen bepaalde context betekenissen aan geven die meer bedreigend zijn → "Waarom stel je die vraag?" "Wie heeft je gestuurd?"*



⇒ In verschillende theorieën zien we de dopamine verstoring terug

1.7 Wanen (inhoudelijke denkstoornis)

1.7.1 Psychologische theorieën van wanen

- Een waanovertuiging is een zeer persoonlijke overtuiging, gebaseerd op een incorrecte realiteitsperceptie, waaraan wordt vastgehouden zonder voldoende bewijzen
- Een waan kan echter niet worden herleid tot (sub)culturele opvattingen
- Een dimensionele visie lijkt meer gepast

- Als de patiënt enige twijfel toelaat spreekt men van een waanachtige opvatting
- Bij waanwaarnemingen worden op zichzelf correcte waarnemingen voorzien van een sterk persoonlijk gekleurde nieuwe en ongewone betekenis
- Een plotseling ontstane waan met een alles overheersende overtuigingskracht wordt een primaire waan genoemd
- Een poging tot het verklaren van hallucinaties of andere moeilijk te plaatsen ervaringen noemt men een secundaire waan
- Een complex van samenhangende wanen noemt men een waansysteem

1.7.2 Visie 1: Bentall (cognitief model: proces)

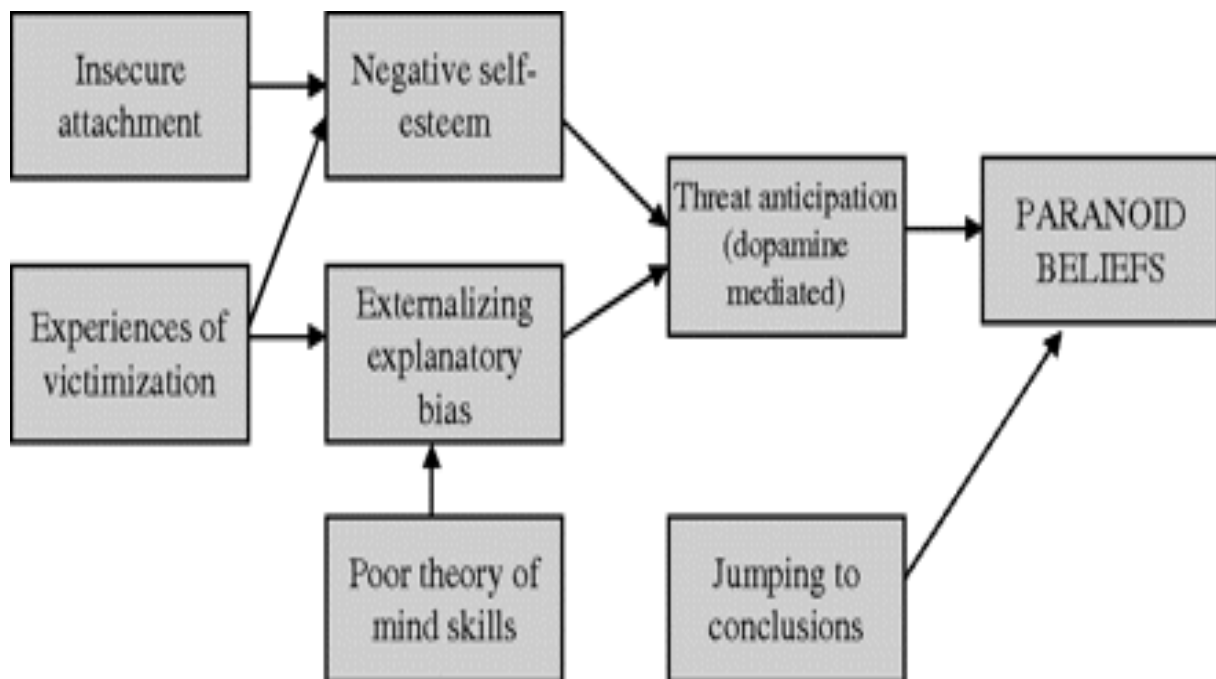
- Een cognitieve stoornis:
 - Redeneren
 - Aandacht

- Geheugen
 - Wanen: psychologisch verdedigingsmechanisme tegen depressie en een laag zelfbeeld, een proces dat onderhouden wordt door aandachts- en geheugenbias
 - Selectieve aandacht voor bedreiging
 - Selectieve herinnering voor bedreiging
 - Externe attributiestijl
- ⇒ Bentall → erg persoonlijke krenking niet te rijmen met zichzelf en zelfbeeld
- ⇒ Verklaring komt → fixatie komt op iets dat daar niet direct mee te maken heeft → vervolgens gaat in het redeneren de aandacht hier naartoe → prominent aanwezig → theorie om te verklaren
- Wanen kunnen dus het resultaat zijn van abnormale attributies en cognitieve bias
 - Deze bias ontstaat als reactie op een negatieve gebeurtenis in een poging om gepercipieerde discrepanties tussen het zelf (wat mensen van zichzelf denken) en het ideale zelf (wat men zou willen zijn) te verklaren (en op deze manier het zelfbeeld te beschermen)
 - Mensen ontwikkelen deze wanen onbewust om hun zelfbeeld te handhaven en niet depressief te worden
- ⇒ Constructie maken waardoor het zelfbeeld beschermd is → geen gemakkelijke theorie om te testen → mensen hebben vaak een positief zelfbeeld, maar wanneer ze iets meemaken krijgen ze een laag zelfbeeld → de discrepantie ertussen moet worden opgeheven
- Onderzoek wijst inderdaad op een externe attributiestijl (naar andere mensen) voor negatieve gebeurtenissen” oorzaak of gevolg?
 - Discrepantie tussen overt en covert gemeten zelfwaardegevoel
 - Mensen willen een positief zelfbeeld handhaven door de kloof tussen het zelf en het ideale zelf te verkleinen
- ⇒ Niet totaal on-onderzoekbaar → IAT onderzoek gebeurd → niet makkelijk in deze context
- ⇒ Ondersteuning voor deze theorie → voornamelijk in de attributiestijl
- ⇒ Ook is er in een aantal studies een verschil gevonden tussen overt en covert gemeten zelfwaardegevoel → overt = rapporteren hoe ze zich voelen tegenover elkaar → covert = kijken naar IAT etc.
- ⇒ Maar veel discussie over wat IAT precies meet
- Discrepantie tussen overt en covert gemeten zelfwaardegevoel
 - Indien de kloof tussen zelf en ideale zelf groot is zal men zichzelf negatief zien
 - Een positief zelfbeeld is geassocieerd met een kleine kloof tussen het zelf en het ideale zelf
 - Binnen deze visie zal, bij mensen met wanen, de tendens voor externe attributiebias het bewustzijn van de kloof tussen zelf en ideale zelf verkleinen en bijdragen tot een positief zelfbeeld
 - De hypothese is daarom dat, indien men mensen met achtervolgingswanen direct bevraagt, ze de discrepantie tussen zelf en ideaal zelf zullen ontkennen

- Indien het zelfwaardegevoel echter wordt geëvalueerd aan de hand van coverte maten zal er een grote discrepantie zijn tussen het zelf en het ideale zelf
- De evidentie wijst erop dat dit enkel lijkt te gelden voor een bepaalde subgroep:
 - Het kan dus belangrijk zijn om eerst het zelfwaardegevoel aan te pakken in therapie

⇒ Zelfwaarde = belangrijke eerste target voor therapie → eerder dan pure wanen zelf

- Specifieke bias qua redeneren
 - Patiënten met wanen hebben de neiging snel conclusies te trekken bij probleemoplossingstaken
 - Ze zouden geneigd zijn om minder informatie te gaan opzoeken om tot een beslissing te komen, maar ze zouden deze informatie wel kunnen gebruiken indien ze voorhanden is: mensen met wanen zijn dus sneller geneigd om iets te accepteren met weinig bewijsmateriaal (en gaan daarom minder info zoeken)
 - Zo zullen ze snel besluiten achtervolgd te worden op basis van enkele vage aanwijzingen



- ⇒ Bentall: puzzel van verschillende stukjes
- ⇒ Aanleiding tot insecure attachment → interactie kind en ouder
- ⇒ Negatief zelfbeeld → gevoed voor victimisatie → externaliserend uitleggen (niet goed weten hoe andere mensen dingen bedoelen → gaan gemakkelijk zeggen: "die doet dat om mij kwaad te doen")
- ⇒ Sterke anticipatie van bedreiging → veel aandacht voor dingen die plotseling aan het gebeuren zijn → gemedieerd door dopamine waardoor je paranoia ontwikkelt

1.7.3 Visie 2: Maher (cognitief model: product)

- Gevolg van abnormale percepties, gewaarwordingen:
 - Wanen zijn normale en rationele verklaringen van abnormale interne gewaarwordingen zoals hallucinaties
 - Theorieën die mensen ontwikkelen om betekenis aan te brengen

⇒ *Product van abnormale gewaarwording*

⇒ *Ander idee → er wordt gesteld dat de wanen eigenlijk perfect rationele interne logische verklaringen kunnen zijn van abnormale interne gewaarwordingen, zoals hallucinaties → wanen zijn eerder theorieën die mensen simpelweg gebruiken om ordening en zin aan te brengen*

⇒ *Op het moment dat je te maken krijgt met een vreemde gewaarwording → theorie ontwikkeling (!) → ik hoor iemand en dat is deze persoon en er ontstaat een verhaal rond*

- 1) De cognitieve processen die verantwoordelijk zijn voor normale overtuigingen zijn dezelfde als degene die betrokken zijn bij wanen
- 2) Wanen dienen, zoals alle overtuigingen, om betekenis en ordening aan te brengen
- 3) Dit soort ordeningen (mini-theorieën) zijn noodzakelijk bij onvoorspelbare gebeurtenissen
- 4) Zelfs waanachtige verklaringen voor onvoorspelbare discrepante gebeurtenissen zorgen voor opluchting → evidentie tegen deze verklaringen zal geherinterpreteerd of genegeerd worden
- 5) Anderen zullen een overtuiging als waan beschouwen als deze gebaseerd is op interne gewaarwordingen of externe percepties die niet rechtstreeks observeerbaar zijn

⇒ *Op cognitief vlak is er niet veel mis → bij onvoorspelbare gebeurtenissen zijn deze theorieën nodig om sterke vreemde ervaringen te kunnen hebben*

⇒ *Volgens Maher is een bedreigende theorie hebben beter dan veel onverklaarbaarheid hebben → zorgt voor opluchting*

⇒ *Minder percepties en waarnemingen hebben = theorie meer problematisch of minder problematisch ervaren*

- Deze theorie wordt gesteund door de observatie dat wanen geïnduceerd kunnen worden bij normale proefpersonen die een vreemde gewaarwording ondergaan (vb. de experimentele inductie van een gehoordeficit)

⇒ *Evidentie → blootgesteld aan situatie → gehoordeficit of rubber arm experience → arm ergens insteken en optische illusies krijgen van wat de arm aan het doen is → type verklaringen die mensen dan genereren = waanachtig karakter*

⇒ *Op basis van wat Maher zegt → introduceren bij mensen die rare gewaarwordingen hebben*

⇒ *De evidentie voor het andere model is wel groter*

1.8 Hallucinaties (waarnemingsstoornis)

- Waarnemingservaringen met een werkelijkheidskarakter, ZONDER externe bron
- Van elementair (lichtflitsen) naar complex (stemmen, beelden)
 - Worden ervaren als komende van buitenaf
 - Kritische opmerkingen maken, opdrachten geven
 - Stemmen die onder elkaar over patiënt communiceren
 - Doorlopende commentaar op alles wat patiënt doet

1.8.1 Psychologische theorieën van auditieve hallucinaties

- Er wordt algemeen aanvaard dat auditieve hallucinaties een continuüm delen met normaliteit
- Auditieve hallucinaties komen ook zonder psychose voor
 - De psychologische theorieën delen de visie dat hallucinaties voorkomen als mensen de eigen interne processen verkeerdelijk beschouwen als extern en algemeen observeerbaar (als realiteit dus)

1.8.2 5-factoretheorie: Slade en Bental (cognitief model: proces)

- Mensen die hallucineren hebben de neiging “sensory deception” te vertonen, waarbij ze geen onderscheid kunnen maken tussen interne en externe bronnen van informatie
 - Ze vertonen ook een grote tolerantie voor ambigue stimuli, waardoor deze stimuli snel beschouwd worden als een echte externe perceptie
- ⇒ *Variabelen besproken als het gaat over hallucinaties → basisidee: mensen hebben problemen om het onderscheid te maken tussen interne en externe bronnen van informatie → zoals eerder gezegd: de geïntegreerde spraak → zelf vs. ander is moeilijk uit elkaar te halen*
- ⇒ *Hoeveelheid info verzamelen → gerelateerd aan jumping to conclusions → heeft te maken met ambigue stimulus → vb. ervaring van gsm die trilt in broekzak; kijken en er was niks → of vb. denken dat je je naam hoort*
- ⇒ *Mensen zijn sneller geneigd om zaken te zien als perceptie op basis van ambigue type info*
- 5 factoren die leiden tot hallucinaties:
 - Stress-geïnduceerde arousal
 - Zorgt voor problemen met informatieverwerking waardoor het maken van onderscheid tussen realiteit en fictie bemoeilijkt wordt
 - Predispositie (= mate van suggestibiliteit)
 - Hoge gevoeligheid voor suggestie → er bestaat evidentie voor het feit dat mensen die hallucineren gevoeliger zijn aan externe suggestie (zie: hypnotiseerbaarheid → sommige mensen gaan er sneller in mee dan anderen → er wordt gesteld dat deze mensen makkelijker mee zijn met een bepaalde logica, ook met een externe logica)
 - Omgevingsstimulatie
 - Sensorische deprivatie en ongestructureerde auditieve stimulatie zijn condities die hallucinaties faciliteren

- Dit kan de oorzaak zijn van het feit dat gehoorstoornissen ouderen kwetsbaar maken voor hallucinaties
- Zich concentreren op een betekenisvolle stimulus lijkt een effectieve copingstrategie te zijn om de intensiteit van de “stemmen” te reduceren
- Bekrachtiging
 - Hallucinaties zouden angstreducerend zijn
 - Recent werd er echter vastgesteld dat hallucinaties juist angstinducerend zijn
 - = idee van Mahar
- Verwachting
 - Het voorkomen van hallucinaties wordt beïnvloed door een verwachtingspatroon

1.8.3 Chadwick en Birchwood (cognitief model: inhoud)

- Niet de inhoud van een auditieve hallucinatie is belangrijk, maar wat de patiënten geloven over deze “stemmen”
 - Macht, controle over de stemmen
 - “Indien ik niet doe wat de stemmen zeggen zal er iets vreselijks gebeuren”
 - Identiteit en betekenis van de stemmen
 - “De duivel straft me”
- ⇒ *Interessant idee van hun → stellen dat het niet zo zeer van belang is van de exacte inhoud is van een hallucinatie → klinisch meest belangrijk is de manier waarop mensen tegenover stemmen staan → macht en controle zijn essentieel om naar te kijken → voornamelijk stemmen en identiteit + de betekenis van stemmen*
- ⇒ *Stukje helderheid van interne logica van hallucinaties of wanen → helpt om te kunnen bereiken en voorspellen wat manieren zijn om ermee om te gaan*
- ⇒ *In de behandeling ook heel een stukje op ingaan*

1.9 Behandeling van psychotische stoornissen

1.9.1 Diagnostiek

- Diagnostische gesprek!
 - Individuele betekenis van wanen/hallucinaties
 - Instrumentarium:
 - Diagnostische Interviews: SCID, MINI
 - Observator ratings: PANSS, PSYRATS, K-SADS (kind + adolescent)
 - Vragenlijsten: MMPI-II
 - Screening: PSQ
- ⇒ *Diagnostische interviews, rating scales, observeren, vragenlijsten over voorkomen van psychotische ervaringen in populatie*
- ⇒ *Screening → korte vragenlijsten → is er sprake van problematiek?*

- ⇒ *Diagnostisch erg van belang (!) → betekenis van verschillende wanen is van belang → mooi aangeven, aanmelden in de psychiatrie, weinig aandacht voor depressiviteit, laag zelfbeeld, etc. → tot ze praten over stemmen; ze horen stemmen en dit staat gelijk aan code rood → velen krijgen ineens onverwachte symptomen van psychose en schizofrenie zonder de betekenis van de inhoud van de wanen en hallucinaties te weten*
- ⇒ *Eigenlijk niet te veel erover spreken om er niet in mee te gaan → idee verandert: interessant om goed te weten hoe het in elkaar zit → interesse ervoor is heel belangrijk → dit is een essentieel stuk in de diagnostiek (!)*
- ⇒ *Erg afhankelijk van de manier waarop mensen in contact komen met hulpverlening → acute psychotische opstoten → niet genoeg ruimte om te kunnen doen, maar tegelijk veel mensen in behandeling → ook na dat ze op medicatie zitten en psychotische functioneren en de positieve symptomen aanwezig zijn*

1.9.2 Acute psychotische episode urgentie

- Angst, opwinding, patiënt en familie
 - Gestoorde waarneming, denken, affect-impulscontrole, onaangepast, onvoorspelbaar
 - Gevaar:
 - Zelfverwaarlozing, agressie, suïcide
 - Socio-professionele en familiale integratie
 - Geen ziekte-inzicht
 - “Psycho-toxisch”: hoe langer onbehandeld, hoe slechter de prognose
 - Oorzakelijke pathologie (organ., drugs,...)
- ⇒ *Acute psychotische episode → deze is heel problematisch → op het moment dat mensen opgenomen moeten worden omdat er acuut gevaar is voor zichzelf of anderen → vaak zonder medewerking van de patiënt en er is ook vaak sprake van angst en agitatie, zowel langs de kant van de patiënt als langs de kant van de familie*
- ⇒ *Goed zorgen voor de patiënt → moeilijk om vaak binnen te komen binnen het psychotisch functioneren → eraan voorafgaand: zelfverwaarlozing, agressie, etc. → ook naar familie toe → geen ziekte-inzicht*
- ⇒ *Ideeën die aanwezig zijn → soms sociaal meer kapot maken*
- ⇒ *Effect van antipsychotica soms minder als eerste psychose langer duurt → diagnostiek en uitsluiten van biologische en lichamelijke oorzaak ervan is een belangrijk stuk → organische oorzaken, etc.*

1.9.3 Biopsychosociale interventies

- Biologische behandeling
 - Antipsychotica: acut en onderhoud
 - Andere middelen
 - Psychologische behandeling
 - Individuele psychotherapie: steunend, CBT, psycho-educatie,...
 - Coping en sociale vaardigheden
 - Sociale begeleiding
 - Familie interventie
 - Rehabilitatie
- ⇒ *Interventie: biologische behandeling → zowel acute behandeling*
- ⇒ *Psychologische behandeling → verschillende dingen*
- ⇒ *Rehabilitatie- of herstelgericht werken*

A) Antipsychotica/neuroleptica

- Essentieel onderdeel van behandeling

- Studie:
 - Trochinsky et al. (1962)
 - Leff and Wing (1971)
 - Hogarty et al. (1974)
 - Chien (1975)
 - Rifkin et al. (1977)
 - Müller (1982)
 - Samen

	N	Herval na 1 jaar	
		Placebo (%)	Neuroleptica %
⇒ <i>Antipsychotica vaak belangrijk deel van de behandeling</i>	43	63	4
⇒ <i>Hier overzicht van klassieke studies → herval</i>	35	80	35
⇒ <i>percentage na één jaar → placebo in vergelijking met neuroleptica → hoeveelheid herval: heel veel groter in placeboconditie</i>	374	68	31
	47	86	12
⇒ <i>Veel discussie over gekomen → feit dat psychose en schizofrenie veel meer voorkomen in ontwikkelingslanden → antipsychotica nemen vs. ontwikkelingslanden</i>	73	75	5
	50	72	8
	622	74	16

B) Klassieke neuroleptica

- Effectiviteit:
 - Psychotische symptomen:
 - 10-20% therapieresistent
 - tot 50% residentiele symptomen
 - Beperkt/nadelig met betrekking tot negatieve, depressieve symptomen
 - Cognitieve deficits

- Neveneffecten:
 - Parkinsonisme, akathisie, tardieve dyskinesie
 - Neuroleptic Induced Deficit: "Zombie"
 - Gewichtstoename,...

- Beperkte mogelijkheden tot psychosociale rehabilitatie, meer stigma
 - Lage therapietrouw, frequent herval, rehospitalisatie
 - Beperkte sociale professionele integratie, lage QoL

⇒ *Geassocieerd met heel wat neveneffecten → werkte stukje verlamdend → neveneffecten die behoorlijk ernstig waren → mensen stopten heel vaak*

⇒ *Met klassieke neuroleptica zijn er mogelijkheden tot herstel → beroepsmatig functioneren en sociaal rehabiliteren → problematisch*

C) Atypische antipsychotica

- Breder therapeutisch spectrum
 - Verminderen negatieve symptomen en cognitieve deficits
- Minder neveneffecten (wel gewichtstoename)

- Herstel, verbeteren van psycho-affectieve en cognitieve mogelijkheden
 - Deelname in psychosociale rehabilitatie programma
 - Grotere therapietrouw, minder herval en rehospitalisatie
 - Betere socio-professionele re-integratie, grotere Q.O.L
- ⇒ *Nu nieuwe antipsychotica → bredere therapeutisch spectrum*
⇒ *Therapietrouw is belangrijk*
⇒ *Moderne antipsychotica in combinatie met psychosociale therapieën is interessant*
⇒ *Psychotische behandeling → vb. jongen met autisme; hij heeft ook te maken met psychotische problemen en dwang → combinatie van dingen*
⇒ *Behandeling rond dwang → beter gegaan → hoeveelheid herstel naar dwang toe is gigantisch tijdens antipsychotica → medicatie afbouwen*
⇒ *Psychotisch functioneren komt terug → jongen vraagt om de antipsychotica terug op te starten zodat hij iets heeft aan de psychologische behandeling → in samenwerking doen*

D) Belang snelle onderkenning en behandeling

- Eerste psychotische symptomen tot interventie: 1-3 jaar
 - Vroeger interveniëren omdat psychose is:
 - Psycho-sociotoxisch:
 - Zelfbeleving, angst, zelfverwaarlozing
 - Belasting familie, relaties
 - Verlies schoolse en professionele context
 - Cerebrotoxisch:
 - Cerebrale veranderingen
 - Minder effect antipsychotische medicatie, hogere dosis, langer toedienen, meer non-responders, meer herval
- ⇒ *Hebben van eerste psychotische symptomen en interventie = lange periode tussen*
⇒ *Heel wat programma's die gebaseerd zijn op periode verkorten → voor ze uit de hand lopen en hoeveelheid schade door psychose beperkt wordt → mensen die problematisch beloop hebben van psychotisch functioneren*
⇒ *Hier belangrijke aspecten die relevantie ervan onderstrepen*

E) Bijsturen van de behandeling en voorkomen van recidief

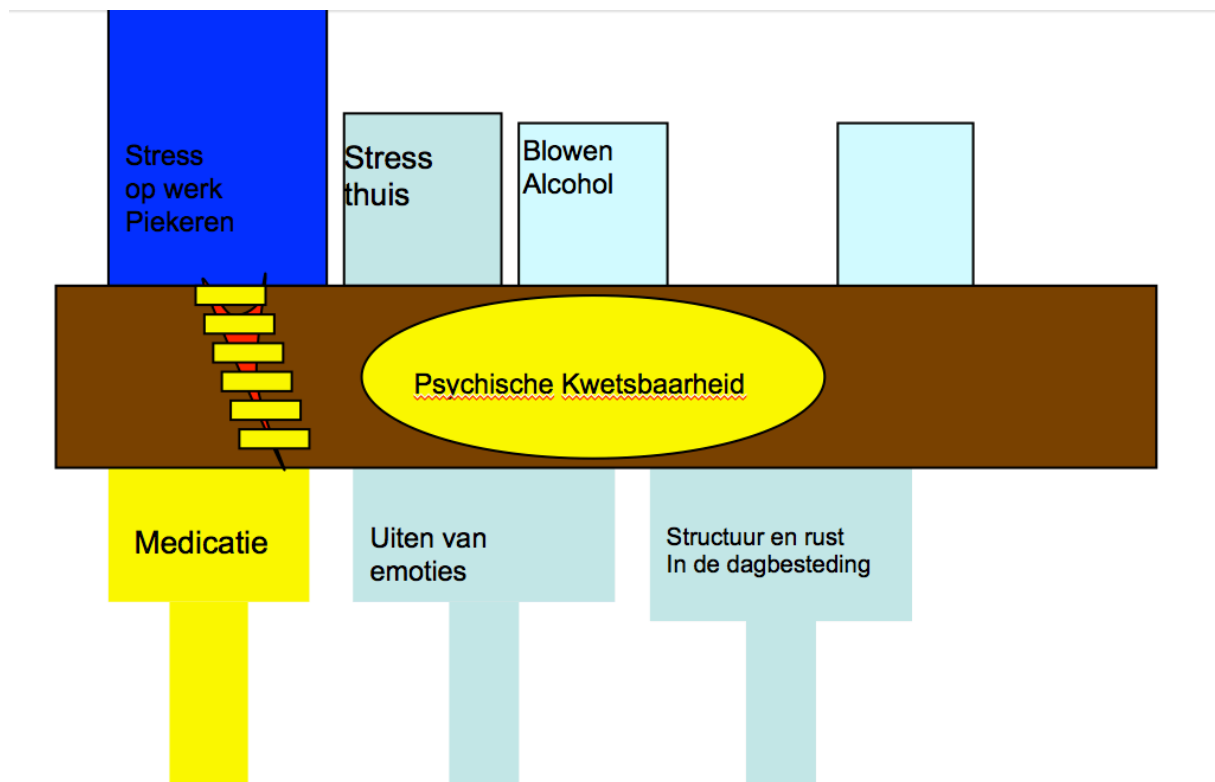
- Herkennen van:
 - Van psychosociale stressoren
 - Van familiale, emotionele belasting, kritische houding, overbetrokkenheid
 - "Early warning signs" (EWS) → vroege tekens van herval
 - Eerste hulp bij psychose
- ⇒ *Behandeling → kijken naar eerste episodische psychose*
⇒ *Ook herkennen, zodat we recidiveren kunnen vermijden → voor persoon zelf en ook omgeving inschakelen → familie inschakelen die helpen vroege waarschuwingstekens te herkennen → opletten voor overbetrokkenheid*
⇒ *Programma zoals eerste hulp → snel kunnen interveniëren → geen acuut gevaar voor zelf en ander → op basis van behandeling*
⇒ *Beperkt ziekte-inzicht → vraag of persoon bereid is voor hulpverlening → als hulpverlener patiënt motiveren → is er een probleem aan psychose voor patiënt? →*

geen probleem, dan weinig mandaat om iets te doen → voor familieleden is dit soms moeilijk

⇒ *Nice guided lines → zinnige behandelingen → patiënt veel ervaring met GGZ → veel ideeën zelf geformuleerd: wat vinden zij belangrijk waar behandelaar rekening mee houdt?*

⇒ *Bij dit stuk: bij crisis goed plannen uitgedacht → rekening houden met voorgeschiedenis → ook met familie nadenken over de crisisplannen; wat doen bij wie, etc.*

F) Psycho-educatie: Ieperse Balk



⇒ *Voor patiënt en familie zelf*

⇒ *Waarbij je eigenlijk samen kan gaan kijken wat nu de risicofactoren zijn vs. de ondersteunende factoren → vaak gedaan aan de hand van Ieperse Balk*

⇒ *Idee hierachter: psychotische episode gehad → krak in balk → niet erg → maar goed nadenken over welke zaken zwaar wegen op de balk (terug krakken) vs. welke zaken helpen ondersteunen (vb. drugsgebruik, stress, etc.)*

⇒ *Ook uitleg aan de hand van medicatie, uiten van emoties, structuur → wat voor patiënt meest zinnig is → psycho-educatie koppelen aan vroeger waarschuwingstekens*

1.9.4 Psychosociale behandelvormen

- Cognitieve gedragstherapie
- Cognitieve therapie
- Hervalpreventie
- Familie-interventies

- Vaak multimodale behandeling
- ⇒ *Kijken naar emoties (?) → vb. angst; heel goed te doen*
- ⇒ *Psychosociale behandelvormen bij psychose → emoties veel bescheidener → geen reden van behandeling niet te doen → wel goed om te weten*
- ⇒ *Vorm van therapie: vaak onderdeel van breder pakket aan behandelingen*

A) Waarom relevant?

- Onder andere:
 - Persistierende positieve symptomen
 - Vroege interventie
 - Invloed van emoties op symptomen
 - Secundaire klachten (angst, depressie)
 - Psychosociale aanpassing ten opzichte van stoornis
- ⇒ *Secundaire klachten; na eerste episode sprake van depressieve klachten, angst, drugsgebruik, etc. → interessante targets binnen therapie*

B) Algemene aandachtspunten

- Motivatie voor behandeling
- Vaak veel ervaring met hulpverlening (negatieve ervaringen)
- Wisselende omstandigheden
- Multidisciplinair team
- Concentratieproblemen
- ⇒ *Ook uit NICE gehaald*
- ⇒ *Motivatie voor behandeling → maximale autonomie van patiënt respecteren → waarrond is de patiënt zelf gemotiveerd? → patiënt zelf rond beluisteren*
- ⇒ *Vaak ervaring in hulpverlening → dit goed in rekening brengen → zeker mensen die al meerdere psychotische opstoten gehad hebben → goed gesprek hebben over wat wel en niet zinnig was voor de patiënt*
- ⇒ *Wisselende omstandigheden → plan; wat/wanneer in welke situaties en goed besproken met multidisciplinair team*
- ⇒ *Het grote deel van de groep had problemen met concentratie → therapie kan teveel worden → goed aan aanpassen, dingen opschrijven, kortere sessies doen zodat mensen voldoende uit de therapie halen*

C) Cognitieve gedragstherapie

- Voornamelijk gericht op individuele symptomen zoals wanen en hallucinaties
- Er werd vroeger verondersteld dat gedragsveranderingen een verlichting zou teweegbrengen van de lijdensdruk
 - Probleemgedrag wordt echter mede gemedieerd door de angst, depressie, kwaadheid: die het resultaat zijn van de hallucinaties en de wanen
 - Coping strategieën zijn vaak begrijpelijke reacties (vb. agressie ten opzichte van vermeende vijand)
- ⇒ *In deze context: richten op wanen en hallucinaties*

- ⇒ Soms idee dat gedragsverandering een initieel belangrijk stuk is → vb. in plaats van tegen de buren schreeuwen, andere zaken doen → tot inzicht komen: veel reacties, gedragingen, etc. gerelateerd aan interne logica en ervaringen van waan en hallucinaties → copingsstrategieën = begrijpelijke reacties
- ⇒ Aanhaken bij spontane coping van de patiënt → mensen doen al veel uit zichzelf om op een zinnige manier om te gaan met psychosen → vb. aandachtsafleiding, focussen op specifieke zaken, controle verwerven over positieve symptomen is belangrijk

D) Spontane coping: 75%

- Bewuste aandachtsafleiding / aandachtsvernaauwing als reactie op psychotische symptomen geeft een gevoel van controle
 - Positieve zelfspraak
 - Initiatie sociaal contact
 - Zich terugtrekken
 - Relaxatie
 - 72% van de patiënten ervaart dat zulke strategieën helpen om de symptomen enigszins te beheersen
- ⇒ *Veel van de mensen hebben al strategieën die helpend kunnen zijn*
- Deze vaststellingen hebben geleid tot de ontwikkelingen van interventies waarbij coping strategieën worden aangeleerd
 - “Coping Strategy Enhancement”
 - Om de frequentie, intensiteit, duur en “distress” te verlagen
 - Gebaseerd op een gedetailleerde analyse van de symptomen, de emoties en de cognities
 - Analyse van de antecedenten van de symptomen
 - Analyse van de spontaan gehanteerde coping
 - Deze therapie blijkt matig succesvol te zijn
 - 50% van de patiënten: significante verlaging hallucinaties en/of wanen (Tarrier et al., 1993)
- ⇒ *Interventie bezig met hoeveelheid distress die gepaard gaat met positieve symptomen → coping vaardigheden die ze uit zichzelf toepassen een stukje versterken → kijken wat werkt voor deze persoon aan de hand van dagboek registratie, etc.*
- ⇒ *Matig succesvol → discussie hierover, maar lijkt wel redelijk zinnig*

E) Cognitieve therapie

- Gericht op disfunctionele cognities, overtuigingen, denkprocessen: (zie Beck)
 - Overtuigingen over wanen en hallucinaties
 - Redeneren en uitdagen van wanen leek vroeger onmogelijk, zelfs schadelijk
 - ABC-schema
 - Empirische testing, “reality testing”, gedragsexperimenten
 - De invloed van overtuigingen (vb. pre-occupatie)
 - Zie vb. gedachten uitpluizen

- ⇒ *Beck: angst en depressie → ook over werken met hallucinaties en wanen*
- ⇒ *Idee hierachter: als hulpverlener kijken, proberen helpen om patiënt stukje te helpen om te redeneren → kijken of we een aantal van de overtuigingen empirisch kunnen gaan bekijken*
- ⇒ *Tweede stuk → modules goed uitgewerkt → gedachten uitpluizen → vb. patiënt heeft het gevoel dat hij achtervolgd wordt, angst voor een afrekening → gedachte hierbij: weten dat het een stukje overdreven is → op welke manier kunnen we de overtuiging bekijken, welke evidentie hebben we hiervoor, hoe leren dat het waar is of niet → proberen om mensen wat mogelijkheden te geven om afstand te nemen van de waan*

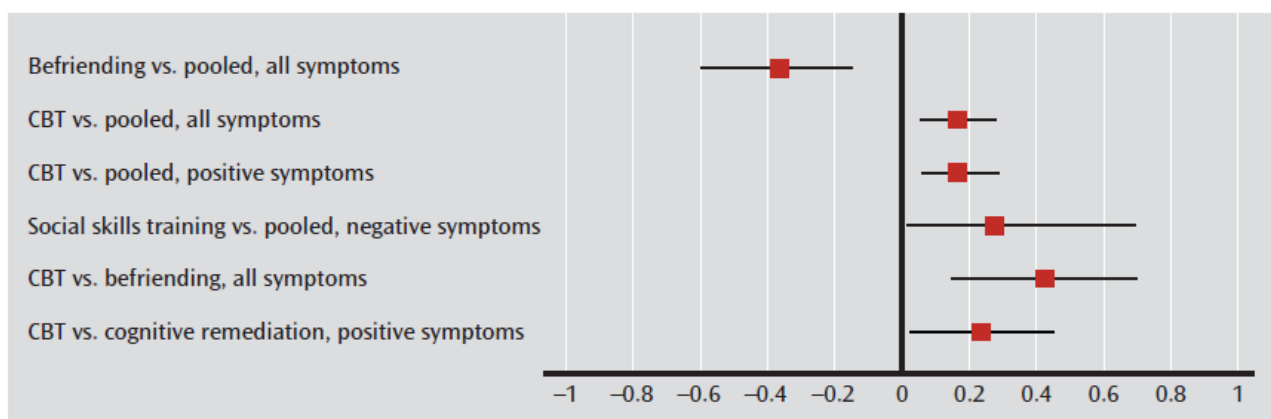
F) Andere psychosociale interventies

- Individuele begeleiding, steun, informatie
 - Training van vaardigheden:
 - Sociaal, cognitief
 - Omgang met stress
 - Cognitieve training, verbeteren van informatieverwerking
 - Professionele inschakeling
- ⇒ *Andere typische interventie → sociale vaardigheden → stress → interessante groepstherapieën in psychiatrie*

G) Effectiviteit?

- Meta-analyse vergelijkende uitkomst studies (Turner et al., 2014)

FIGURE 2. Main Results of Comparisons of Psychological Interventions for Psychotic Symptoms^a



- ⇒ *Meta-analyse over vergelijkende uitkomststudies → effect van befriending = sympathiek zijn vs. alle andere meer serieuze interventies waarin befriending minder is*
- ⇒ *CBT op alle symptomen: EQ van 0,2 is niet geweldig*
- ⇒ *Sociale skill → symptomen: beperkte behandelingen → niet gigantisch*

H) Interventie van de familie

- Gevoelens binnen de familie na de diagnose:
 - Ontkenning

- Rouw/verdriet
- Schuld
- Vrees voor stigmatisatie
- Verwardheid

⇒ *Na diagnose: psycho-educatie*

⇒ *Negatieve percepties over psychotische beelden → uitleg over moeten geven die realistisch is → ruimte voor emoties binnen het gezin*

⇒ *Mensen hebben allerlei foutieve beelden over wat schizofrenie en psychose is → stukje corrigeren*

- Geven van informatie, regelmatig bijsturen (belang van stress, medicatie, kwetsbaarheid)
- Scheppen grenzen tussen de generaties
- Verbeteren van communicatie
- Vergroten van probleemoplossend vermogen (oplossen van concrete problemen, op concrete manier)
- Verlagen van verwachtingen, stellen van haalbare doelen
- Reduceren van contact, meer fysieke en psychische ruimte voor familie en patiënt
- Vergroten van sociaal netwerk van familie en patiënt

⇒ *Dit verdient blijvende aandacht*

⇒ *Verlagen van verwachtingen → tegelijkertijd ook van belang wat de gewenste doelen zijn en wat voor een stuk haalbaar is → erop letten dat de patiënt en de familie ondersteuning heeft → weten wat ze aan wie moeten vragen*

⇒ *Familie = belangrijke partner in het behandelingsproces*

I) Hervalpreventie

- Vroege herkenning, eerste tekens
 - Veranderingen in denken, affect, gedrag
- Voortijdig ingrijpen: verhoging medicatie, hulp zoeken
 - Deze aanpak lijkt veelbelovend met betrekking tot de ernst en het voorkomen van herval
- Hulp sociale omgeving essentieel
 - Wegens beperkt ziekte-inzicht

J) Herstelgerichte zorg

- Rehabilitatie / resocialisatie
- Herstelgericht (vb. psychosenet.nl)

⇒ *Zeer belangrijk!*

⇒ *In de context, stukje over rehabilitatie / resocialisatie → vb. woning opzeggen wegens problemen; hoe dan iets vinden van huisvesting, alleen of in groep, etc. → hoe praktisch oplossen*

⇒ *Resocialisatie → mogelijkheden naar werk etc. → van belang onderscheid te maken tussen wat de persoon wilt en wat de persoon kan → wat is haalbaar, doenbaar, zeker bij herhaalde episodes zonder dat het teveel risico inhoud → lastige balans om te gaan vinden*

⇒ *Veel aandacht naar herstelgericht werken → lotgenoten contact, patiënt contact, patiënt ervaringen*

- ⇒ Psychosenet → veel verhalen over omgaan met psychose → herstellen van psychotische ervaringen van mensen zelf → wat waardevolle bron is voor zowel patiënt als nauwbetrokkene
- ⇒ Zie ook TED talk → vrouw spreekt hierover, maar op een andere manier → veel debat over het concept 'schizofrenie' → zinnig of niet zinnig
- ⇒ Middenweg vinden → niet omdat er iets psychotisch is dat je meteen met het label 'schizofrenie' moet beginnen gooien
- ⇒ Voorzichtig zijn voor de beste manier om ermee om te gaan