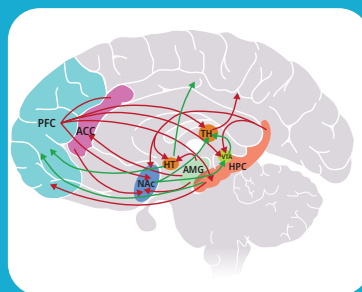


LEERBOEK

PSYCHIATRIE

VIERDE, GEHEEL HERZIENE DRUK



Redactie:

Ton van Balkom

Stephan Claes

Désirée Oosterbaan

Bernard Sabbe



INCLUSIEF ONLINE BOEK

Ga naar **www.boomgezondheidszorgcollectie.nl**
en volg de instructies op de site voor het registreren
van de code.

Uw code:

De activeringscode is persoonsgebonden en
eenmalig te gebruiken. Na activering van de code is
de online versie van het boek 5 jaar toegankelijk.



Ton van Balkom, Stephan Claes, Désirée Oosterbaan, Bernard Sabbe (redactie)

LEERBOEK PSYCHIATRIE

Vierde, geheel herziene druk

Eerste druk, 2005.
Tweede, geheel herziene druk, 2009.
Derde, geheel herziene druk, 2016.
Vierde, geheel herziene druk, 2025.

© Boom, 2025

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers

Uitgegeven door Boom uitgevers Amsterdam BV
Prinsengracht 747-751
1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting pro (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Sandra van Wingerden, Buro van Erkelens
Verzorging binnenwerk: Sandra van Wingerden, Buro van Erkelens

ISBN 9789024468874
NUR 875
www.boom.nl

INHOUD

Voordat je begint met lezen

9

Ton van Balkom, Stephan Claes, Désirée Oosterbaan en Bernard Sabbe

1

PSYCHIATRISCHE ZIEKTELEER

1	Wat is psychiatrie?	13
	<i>Ton van Balkom, Stephan Claes, Désirée Oosterbaan en Bernard Sabbe</i>	
2	Hoe stel je een psychiatrische diagnose? 1 – Anamnese en onderzoek	25
	<i>Michiel Hengeveld, Désirée Oosterbaan en Ton van Balkom</i>	
3	Hoe stel je een psychiatrische diagnose? 2 – Diagnose en classificatie	43
	<i>Michiel Hengeveld, Désirée Oosterbaan en Ton van Balkom</i>	
4	Hoe ontstaat een psychiatrische ziekte? – Het interactief-gelaagd model	51
	<i>Bernard Sabbe, Gilbert Lemmens en Stephan Claes</i>	
4.1	Genetische basis (niveau P-3)	58
	<i>Stephan Claes</i>	
4.2	Neuronale en gliale cellulaire mechanismen (niveau P-2)	65
	<i>Ilse Arnoldussen en Désirée Oosterbaan</i>	
4.3	Functionele hersencircuits en orgaansystemen (niveau P-1)	73
	<i>Ilse Arnoldussen en Désirée Oosterbaan</i>	
4.4	Het zelf: psychologische modellen over ons functioneren bij gezondheid en ziekte (niveau P)	81
	<i>Ton van Balkom, Thom van den Heuvel en Désirée Oosterbaan</i>	
4.5	Partner-, gezins- en familierelaties (niveau P+1)	92
	<i>Anne Nobels en Gilbert Lemmens</i>	
4.6	Maatschappij (niveau P+2)	101
	<i>Frits Kleinen Hammans</i>	
4.7	Zingeving (niveau P+3)	109
	<i>Arjan Braam, Piet Verhagen en Rogier Hoenders</i>	
5	Behandeling	117
5.1	Medicamenteuze behandeling	118
	<i>François-Laurent De Winter, Mathieu Vandenbulcke, Lieuwe de Haan, Ralph Kupka, Tom Birkenhäger, Eric Ruhé, Richard Oude Voshaar, Geert Dom en Janneke Zinkstok</i>	
5.2	Lichttherapie en neuromodulatie	137
	<i>Jean-Baptiste Belge, Tom Birkenhäger, Chris Baeken, Pelle de Koning en Irene van Vliet</i>	
5.3	Psychotherapie	147
	<i>Thom van den Heuvel, Désirée Oosterbaan en Ton van Balkom</i>	
5.4	Psychosociale behandelingen en maatschappelijke ondersteuning	166
	<i>Niels Mulder en Bernard Sabbe</i>	
5.5	Rol van zingeving bij de behandeling	170
	<i>Arjan Braam, Piet Verhagen en Rogier Hoenders</i>	

6	Neurocognitieve stoornissen 1 – Dementie	175
	<i>François-Laurent De Winter en Mathieu Vandenbulcke</i>	
	Verdieping 1 – Geheugen	191
	<i>Désirée Oosterbaan en Marcel Olde Rikkert</i>	
7	Neurocognitieve stoornissen 2 – Delier	195
	<i>Albert Leentjens en Monica Pop</i>	
	Verdieping 2 – Bewustzijn en aandacht	207
	<i>Patrick Cras en Bernard Sabbe</i>	
8	Psychosespectrumstoornissen	211
	<i>Lieuwe de Haan, Iris Sommer en Bernard Sabbe</i>	
	Verdieping 3 – Waarneming en hallucinaties	234
	<i>Iris Sommer</i>	
9	Bipolaire-stemmingsstoornissen	237
	<i>Ralph Kupka, Pascal Sienaert, Annemiek Dols, Ursula Klumpers en Max de Leeuw</i>	
	Verdieping 4 – Denken en wanen	254
	<i>Iris Sommer</i>	
10	Depressieve-stemmingsstoornissen	257
	<i>Witte Hoogendijk, Anneke van Schaik en Robert Schoevers</i>	
	Verdieping 5 – Anhedonie	275
	<i>Chris Baeken</i>	
11	Suïcidaliteit	277
	<i>Bert van Hemert en Gwendolyn Portzky</i>	
12	Angststoornissen	287
	<i>Irene van Vliet, Neeltje Batelaan en Sako Visser</i>	
	Verdieping 6 – Angst	305
	<i>Odile A. van den Heuvel</i>	
13	Obsessieve-compulsieve stoornissen	309
	<i>Odile A. van den Heuvel, Patricia van Oppen en Koen Schruers</i>	
14	Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen	325
	<i>Miranda Olff en Ramón Lindauer</i>	
	Verdieping 7 – Conditionering en extinctie	335
	<i>Nic van der Wee</i>	
15	Aanpassingsstoornissen	337
	<i>Stephan Claes en Christiaan Vinkers</i>	
16	Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen	347
	<i>Christina van der Feltz-Cornelis en Stephan Claes</i>	
17	Eetstoornissen	359
	<i>Annemarie van Elburg en Elske Vrieze</i>	
18	Verslaving	371
	<i>Maarten Belgers, Geert Dom, Anneke Goudriaan en Arnt Schellekens</i>	
	Verdieping 8 – Motivatie, gedrag en verslaving	388
	<i>Geert Dom en Wim van den Brink</i>	
19	Persoonlijkheidsstoornissen	393
	<i>Marleen van Beek, Livia De Picker en Arnoud Arntz</i>	
20	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	413
	<i>Alexander Lips, Janneke Zinkstok, Wietske Ester en Thérèse van Amelsvoort</i>	
	Verdieping 9 – Psychomotoriek	427
	<i>Peter van Harten en Bernard Sabbe</i>	
21	Nagebootste stoornissen	429
	<i>Christina van der Feltz-Cornelis</i>	

22	Dissociatieve stoornissen <i>Nel Draijer</i>	437
23	Slaapstoornissen <i>Ann Van Gastel en Ilse De Volder</i>	443
24	Seksuele disfuncties <i>Rick Roels</i>	453
25	Peri-partumpsychiatrie en transgenerationele psychiatrie <i>Mijke Lambregtse-van den Berg en Titia Hompes</i>	461
26	Genderdysforie <i>Gunter Heylens en Margit Klok</i>	471
27	Drangstoornissen <i>Kurt Audenaert en Kris Goethals</i>	477
	Verdieping 10 – Motivatie, gedrag en impulsregulatie <i>Robbert-Jan Verkes</i>	484

3

CAPITA SELECTA

28	Versterken van de mentale gezondheid door promotie en preventie <i>Laura Shields-Zeeman, Stephanie Leone en Linda Bolier</i>	489
29	Psychiatrie in de eerste lijn <i>Albert van Hemert en Geert Pint</i>	497
30	Acute psychiatrie <i>Jurjen Luykx en Arjan Braam</i>	503
31	Psychiatrie in het algemeen ziekenhuis <i>Jeroen van Waarde en Filip Van Den Eede</i>	513
32	Forensische psychiatrie <i>Kris Goethals en Robbert-Jan Verkes</i>	525
33	Transculturele psychiatrie <i>Mario Braakman</i>	535
34	Psychiatrie en verstandelijke beperking <i>Claudia Vingerhoets, Janneke Zinkstok en Therese van Amelsvoort</i>	543
35	Kinder- en jeugdpsychiatrie <i>Marina Danckaerts en Manon Hillegers</i>	553
36	Ouderenpsychiatrie <i>Richard Oude Voshaar en Filip Bouckaert</i>	565
37	Euthanasie op psychiatrische grondslag <i>Radboud Marijnissen en Joris Vandenberghe</i>	579
38	Psychiatrie en recht <i>Elnathan Prinsen, Houkje Tamsma en Kris Goethals</i>	589
39	Geschiedenis van de psychiatrie <i>Gemma Blok</i>	605

PERSONALIA	621
-------------------	-----

REGISTER	627
-----------------	-----

VOORDAT JE BEGINT MET LEZEN

DE VIERDE DRUK

Twintig jaar na de eerste druk verschijnt nu de vierde, geheel herziene, druk van het *Leerboek psychiatrie*. Deze druk is op basis van de nieuwe wetenschappelijke inzichten en recente richtlijnen herschreven. Nieuw is dat de etiologie van de aandoeningen overzichtelijk wordt gepresenteerd in een interactief en gelaagd model van ziekte en gezondheid. Daarnaast wordt de psychiatrie vanuit een meer persoonsgericht perspectief voorgesteld. Voor de student is het formaat vriendelijker en toegankelijker gemaakt en wordt de tekst ondersteund met afbeeldingen en schema's.

WAT IS NIEUW?

Dit papieren leerboek kun je ook online lezen via www.boomgezondheidszorgcollectie.nl. Daar kun je de tekst van het boek raadplegen en onderwerpen snel vinden met een gemakkelijke zoekfunctie. In het online boek vind je ook een link naar de online leeromgeving. Hier vind je ondersteunende leermiddelen, zoals verduidelijkend beeldmateriaal, casussen waarbij je je kennis praktijkgericht kunt leren toepassen en een verklarende woordenlijst. Ook kun je op de site het psychiatrisch onderzoek met filmpjes trainen. Je krijgt toegang tot de leeromgeving door middel van de unieke code vooraan in dit boek.

In deze herziening hebben wij heel veel beeldmateriaal toegevoegd om de stof toegankelijker te maken voor een jongere doelgroep. Hierbij maakten wij veel gebruik van kunstmatige intelligentie.

LEERWIJZER

Er zijn verschillende mogelijkheden om de stof te leren. Zo kun je makkelijk de leerstijl vinden die bij jou past. Start bijvoorbeeld met het doornemen van een hoofdstuk om kennis over het ziektebeeld op te doen. Of begin met een verduidelijkend filmpje. Als laatste kun je toetsen of je de geleerde stof aan de hand van een casus kunt toepassen.

VOOR WIE IS DIT BOEK?

Het boek richt zich op studenten geneeskunde, maar biedt ook waardevolle informatie voor wie geïnteresseerd is in psychiatrie en daar over wil leren. Denk bijvoorbeeld aan psychiaters in opleiding, artsen, (klinisch) psychologen, gedragswetenschappers en psychiatrisch verpleegkundigen.

DE DIGITALE LEEROMGEVING

Het is de bedoeling om de digitale leeromgeving de komende tijd uit te breiden en verder vorm te geven. Heb jij hier ideeën over? Laat ons dat dan weten via klantenservice@boom.nl. De volgende zaken staan nu al online.



Boek De tekst van het boek, met hyperlinks.



Casuïstiek Leer aan de hand van interactieve casuïstiek.



Video Filmpjes ter verduidelijking.



Verklarende woordenlijst De uitleg van veel termen die in de psychiatrie gebruikt worden.

BEDANKT

Wij bedanken de studenten die bij de totstandkoming van het leerboek feedback hebben gegeven en ons geholpen hebben het boek zo toegankelijk mogelijk te maken. Ook willen we alle onderwijscoördinatoren van de afdelingen psychiatrie van de universiteiten uit Nederland en Vlaanderen bedanken voor hun inbreng. Zij hebben eraan bijgedragen dat deze druk van het leerboek didactisch is verbeterd en klinisch relevanter is geworden.

Wij wensen jullie veel plezier met dit boek!

De redactie,

Ton van Balkom, Stephan Claes, Désirée Oosterbaan, Bernard Sabbe

DEEL 1



**PSYCHIATRISCHE
ZIEKTELEER**



WAT IS PSYCHIATRIE?

*Ton van Balkom, Stephan Claes,
Désirée Oosterbaan en Bernard Sabbe*



SAMENVATTING

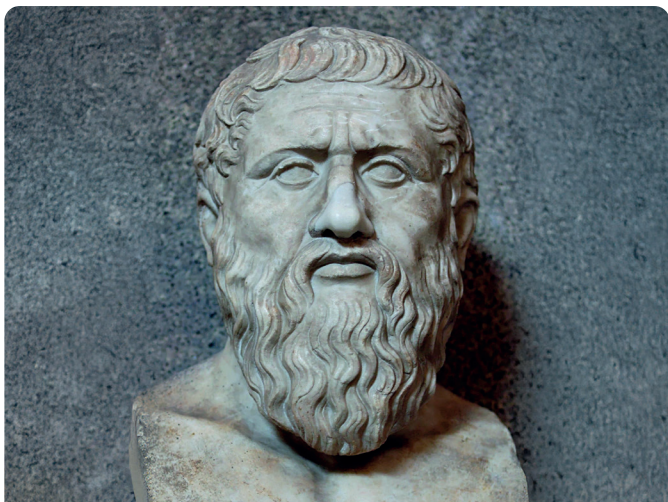
- Psychiatrie is het medische specialisme dat zich bezighoudt met patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs op het gebied van psychiatrische ziekten.
- Psychiatrische ziekten zijn aandoeningen die zich kenmerken door afwijkingen van onze psychische functies en die gepaard gaan met lijdensdruk en/of sociaal disfunctioneren.
- De etiologie van psychiatrische stoornissen kan overzichtelijk worden gerangschikt in het zogeheten interactief-gelaagd (IG) model van gezondheid en ziekte, waarin zeven niveaus worden onderscheiden, die met elkaar interacteren. Etiologische factoren worden ingedeeld in predisponerende, luxerende en onderhoudende factoren, die zich situeren op een of meer niveaus van het IG-model.
- De prevalentie van psychiatrische stoornissen is hoog.
- In de wereldwijde top-25 van de belemmeringen die ziekten en letsels veroorzaken, staan meerdere groepen psychiatrische stoornissen.
- Stigmatisering is de negatieve bejegening van degene die lijdt aan psychische klachten en is gebaseerd op vooroordelen over psychiatrische stoornissen.
- Voor veel psychiatrische stoornissen zijn evidence-based behandelrichtlijnen beschikbaar. Door een behandeling verminderen of verdwijnen psychiatrische symptomen, vermindert de lijdensdruk en wordt het sociaal functioneren verbeterd.
- De meeste patiënten met psychiatrische klachten worden behandeld bij de huisarts. De psychiater houdt zich bezig met ernstige en complexe psychiatrische problematiek.
- In alle echelons van de geneeskunde krijgt de arts te maken met mensen met psychiatrische aandoeningen.

1 INLEIDING

Psychiatrie is het medische specialisme dat zich bezighoudt met patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs op het gebied van psychiatrische ziekten. Psychiatrische ziekten zijn aandoeningen die zich kenmerken door afwijkingen van onze psychische functies en die gepaard gaan met lijdensdruk en/of sociaal disfunctioneren.

Voordat we een goed beeld van psychiatrische ziekten kunnen geven, moeten we dus eerst stilstaan bij wat psychische functies precies zijn. Psychische functies zijn hersenfuncties die zorgen voor interactie tussen onze binnen- en buitenwereld. De hersenen beschikken over een breed scala aan psychische functies, waarmee zij:

- informatie uit de omgeving opnemen met de functies *bewustzijn, aandacht* en *waarneming*;
- informatie toetsen aan eerdere ervaringen met de functie *geheugen*;
- informatie waarderen met de zogenoemde *affectieve functies* (emoties);
- informatie wegen met de functie *denken*;
- al dan niet bewuste interpretaties vertalen in spierbewegingen (psychomotoriek) of in gerichte handelingen (*gedrag*).



Er zijn veel verschillende psychische functies. Omwille van het overzicht zijn ze in drie hoofdgroepen onderverdeeld: de cognitieve, affectieve en conatieve functies. Die driedeling voert terug tot de Griekse filosoof Plato, die drie delen van de menselijke psyche onderscheidde:

- het kennende (cognitieve) deel: **logos**
- het begerende (affectieve) deel: **thymos**
- het strevende (conatieve) deel: **eros**

De cognitieve functies hebben te maken met hoe we denken, de affectieve functies met ons gevoelsleven en de conatieve functies met onze motivatie en onze wil. De indeling in deze drie hoofdgroepen wordt ook wel de trias psychica genoemd.

In het onderzoek van de patiënt wordt nagegaan of er problemen zijn met deze psychische functies: het status-mentalisonderzoek. Het status-mentalisonderzoek wordt in de praktijk doorgaans het psychiatrisch onderzoek genoemd. De belangrijkste psychische functies zijn weergegeven in tabel 1.1.

TABEL 1.1

Rangschikking van de belangrijkste psychische functies in de status mentalis

Hoofdgroep status mentalis 'trias psychica'	Psychische functies
Cognitieve functies ('denken')	Bewustzijn, aandacht en oriëntatie
	Geheugen
	Intellectuele functies
	Waarnemen
Affectieve functies ('voelen')	Denken
	Stemming
Conatieve functies ('willen')	Affect
	Psychomotoriek
	Motivatie en gedrag

2 WANNEER ZIJN PSYCHISCHE FUNCTIES AFWIJKEND?

Wanneer we ervan uitgaan dat elke psychische functie een normaalverdeling kent, wordt duidelijk dat een bepaalde psychische functie afwijkend wordt genoemd wanneer die buiten de grens van de normaliteit valt. Bij dit ernstcriterium kun je bijvoorbeeld denken aan stemming, die uitersten heeft in een veel te lage stemming (depressieve stemming) of een veel te hoge stemming (manische stemming). Wanneer er sprake is van een afwijking in een psychische functie, spreekt men van een bepaald symptoom. Wanneer iemand in de huiskamer een soldaat ziet die er feitelijk niet is, is er een afwijking in de functie 'waarnemen'. Specifieker is er sprake van het symptoom 'hallucinatie'. Meestal zijn afwijkingen in de psychische functies duidelijk vast te stellen. Bij minder ernstige klachten is de grens tussen wat wel of niet afwijkend is niet altijd scherp te trekken. De grens tussen afwijkend en normaal wordt ook beïnvloed door maatschappelijke normen. Wat in de ene cultuur als 'abnormaal' wordt beschouwd, kan in de andere als een 'normale' variant van het psychisch functioneren worden beschouwd. Daarmee is het definiëren van de grens tussen psychiatrische stoornis en gezondheid ook onderdeel van een maatschappelijk proces, gekleurd door de tijd en de plaats waarin het definiëren plaatsvindt.

3 WANNEER IS ER SPRAKE VAN EEN PSYCHIATRISCHE STOORNIS?

Om van een psychiatrische stoornis te kunnen spreken, moet er ten eerste sprake zijn van een syndroom, dat bestaat uit een aantal kenmerkende symptomen die in een bepaalde mate van ernst voorkomen. De tweede voorwaarde is dat deze symptomen gedurende een bepaalde tijd aanwezig moeten zijn. Zo'n tijds criterium is in de psychiatrie belangrijk om een betrouwbare diagnose te kunnen stellen. Zo is een kortdurende te lage of te hoge stemming niet per se afwijkend, een te lage of te hoge stemming gedurende een langere tijd vaak wel. Ten derde is voor het diagnosticeren van elke psychiatrische stoornis een vereiste dat er significante lijdensdruk bestaat of dat er beperkingen zijn in het sociaal functioneren. Je kunt hierbij denken aan het niet meer kunnen uitoefenen van een beroep of een rol in het gezin. Voldoet de patiënt aan het ernst- en duurcriterium en is er sprake van lijdensdruk of disfunctioneren, dan overschrijdt deze de ziektegrens en spreken we van een psychiatrische stoornis. Heeft iemand bepaalde symptomen, maar daar geen last van of geen hinder van in het functioneren, dan kan geen psychiatrische stoornis vastgesteld worden.

4 SYNDROOM OF ZIEKTE?

Je spreekt van een syndroom wanneer er sprake is van een veelvoorkomende combinatie van psychische symptomen in combinatie met een kenmerkend beloop. De ideale basis voor het combineren van symptomen tot een syndroom vormt kennis van de ontstaansprocessen, oftewel de pathogenese. Als die kennis ontoereikend is, worden symptomen gegroepeerd op grond van klinische ervaring en bijvoorbeeld epidemiologisch onderzoek.

Als wél bekend is welke factoren het proces van de pathogenese op gang kunnen brengen (etiologie), kun je die verbanden samenvatten als ziekte in de zin van een *morbus*. De term 'ziekte' verwijst dan naar een samenhangend geheel van symptomen, in hun onderlinge verband (syndroom), in de wijze waarop zij ontstaan (pathogenese) en in de factoren die het ziekteproces op gang brengen of onderhouden (etiologie).

Van de meeste psychiatrische stoornissen is bekend welke factoren bijdragen aan hun ontstaan en voortbestaan. Deze kennis is echter niet zo uitgebreid dat een sluitende etiologie en pathogenese bekend is. De meeste psychiatrische aandoeningen zijn dus syndroomdiagnosen.

TABEL 1.2

Classificatie van psychiatrische stoornissen

Hoofdcategorie	Belangrijkste kenmerk	Ziekte/syndroom
Neurocognitieve stoornissen	Cognitieve deficiënties waarvan de onderliggende etiopathogenese kan worden vastgesteld.	Delier Dementie
Psychosespectrumstoornissen	Verlies van realiteitsbesef en van ziektebesef, gepaard gaande met hallucinaties, wanen, gedesorganiseerd spreken of gedesorganiseerd gedrag.	Schizofrenie Waanstoornis
Emotionele stoornissen	Stemming, angst, dwang, dissociatieve of somatische symptomen die lijdensdruk veroorzaken.	Bipolaire-stemmingsstoornis Depressieve-stemmingsstoornis Angststoornis Obsessieve-compulsieve stoornis Psychotraumastoornis Dissociatieve stoornis Somatisch-symptoomstoornis Eetstoornis Slaap-waakstoornis Seksuele functiestoornis
Gedragsstoornissen	Impulsieve of disruptieve symptomen of symptomen van middelengebruik die beperkingen in het sociaal functioneren veroorzaken. Er is dikwijls ernstige overschrijding van sociale normen.	Drangstoornis Middelgerelateerde stoornis
Persoonlijkheidsstoornissen	Diepgaande en starre patronen van onaangepast gedrag, tot uiting komend in de adolescentie, die lijdensdruk geven en beperkingen in het sociaal functioneren veroorzaken.	Persoonlijkheidsstoornis
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	Psychische deficiënties die in de ontwikkeling van het kind beginnen en waarvan wordt aangenomen dat ze een neurobiologische oorzaak hebben.	Aandachtstekortstoornis Autisme

Wetenschappelijk onderzoek geeft nieuwe inzichten die ervoor zullen zorgen dat deze syndromen de komende tijd de status van ziekte zullen krijgen. In tabel 1.2 staat een overzicht van de meest voorkomende groepen psychiatrische stoornissen.

5 HOE PROBEERT MEN DE ETIOLOGIE EN PATHOGENESE VAN PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN BETER TE BEGRIJPEN?

5.1 INTERACTIEF-GELAAGD MODEL VAN GEZONDHEID EN ZIEKTE

Vanuit verschillende wetenschappelijke invalshoeken wordt onderzoek verricht naar het ontstaan van psychiatrische syndromen. Je kunt hierbij denken aan genetisch, neurobiologisch, epidemiologisch, psychologisch en/of ander sociaalwetenschappelijk onderzoek. Om bevindingen uit al deze onderzoeksdomeinen overzichtelijk te kunnen rangschikken en een beter beeld te krijgen van de impact en samenhang van ziekte-determinanten, maken we gebruik van het zogenoemde interactief-gelaagd model van gezondheid en ziekte.

Een psychiatrische aandoening kunnen we diagnosticeren aan de hand van anamnese, heteroanamnese en status-mentalissonderzoek. Hiermee brengen we aanwezige afwijkingen van de psychische functies, de symptomen, in kaart. In het interactief-gelaagd model van gezondheid en ziekte, kortweg IG-model, situeren we deze psychische functies in een centrale laag, die 'P' (persoon) wordt genoemd.

Niveau	Domein	Beschrijving
P	De persoon; het individu; het zelf	Veranderingen in de psychische functies worden door de persoon zelf of diens omgeving verwoord als klachten en geduid als symptomen. Deze symptomen vormen de basis van een syndroom, dat leidt tot de diagnose van een psychiatrisch ziektebeeld.

Onze hersenen vormen een noodzakelijke voorwaarde om psychisch te kunnen functioneren. We hebben intacte hersenen nodig opdat onze psychische functies (P-niveau) kunnen worden uitgeoefend, maar ook voor onze psychische beleving hiervan en communicatie hierover. Hersenprocessen zijn echter niet 'de oorzaak' van ons psychisch functioneren. Ze kunnen beter opgevat worden als 'correlaten' van het P-niveau. Als iemand spreekt, zullen zich tegelijkertijd functionele veranderingen voordoen in de dominante frontale cortex van die persoon. Deze veranderingen zijn niet de 'oorzaak' van het spreken, maar gaan ermee samen. In het IG-model worden drie biologische lagen onderscheiden die het neurobiologische correlaat zijn van het P-niveau.

Niveau	Domein	Beschrijving
P	De persoon; het individu; het zelf	Veranderingen in de psychische functies worden door de persoon zelf of diens omgeving verwoord als klachten en geduid als symptomen. Deze symptomen vormen de basis van een syndroom, dat leidt tot de diagnose van een psychiatrisch ziektebeeld.
Niveau	Domein	Beschrijving
P-1	Anatomische en functionele hersencircuits Orgaansystemen	Functie van de connectiviteit tussen hersenregio's en tussen systemen, zoals neurotransmittersystemen, de neurobiologische stressrespons, het immuunsysteem, hormonale systemen en het autonome zenuwstelsel.
P-2	Neuronale en gliale cellulaire mechanismen	Trofische toestand van neuronen, celdgeneratie, receptordensiteit en -functie, second-messenger-systemen.
P-3	Genetische basis	Variaties in het genoom: duplicaties, deleties, studie van regio's, genen, repeat-sequenties, single-nucleotide-polymorfismen. Epigenetische patronen: methylering, histonmodificatie.

De biologische niveaus P-1, P-2 en P-3 zijn niet alleen correlaten van ons normale psychische functioneren. Op deze niveaus kunnen ook psychisch disfunctioneren en psychiatrische symptomen ontstaan. De hersenstructuur en -functie beperken en begrenzen dan de mogelijkheden van ons psychisch functioneren. Denk bijvoorbeeld aan een dementie. Deze veroorzaakt symptomen als geheugenverlies op het P-niveau. Deze symptomen worden veroorzaakt door afwijkingen op het P-1-niveau: corticale en subcorticale circuits communiceren niet goed meer met elkaar. De afwijkingen op P-1 worden veroorzaakt door neuronale celdood op het P-2-niveau, waardoor we bij hersenscans atrofie zien. Bij sommige dementieën bestaan tevens genetische afwijkingen op niveau P-3.

Een tweede voorbeeld waaruit blijkt dat op deze biologische niveaus psychische klachten kunnen ontstaan op het P-niveau, is het gebruik van psychoactieve stoffen. Bepaalde stoffen met affiniteit voor bepaalde neuronen (P-2) zullen op P-1 hersencircuits ontregelen. We weten dat mensen met bepaalde genetische polymorfismen (P-3) hiervoor gevoeliger zijn.

Met onze hersenen en psychische functies communiceren we met de buitenwereld, zodat we in sociale structuren kunnen functioneren. We onderscheiden in het IG-model drie sociale lagen als correlaat van ons psychisch functioneren. Een voorbeeld: mensen verschillen op het P-niveau in de mate waarin zij zich meer of minder gemakkelijk bewegen in sociale situaties. Iemand kan bijvoorbeeld door sociale-angstklachten geen partner vinden en moeilijk een baan behouden. Het 'geen partner kunnen vinden' en 'geen werk kunnen behouden' zijn noch de oorzaak, noch het gevolg van de eigenschap 'minder gemakkelijk bewegen in sociale situaties': ze gaan ermee samen.