

ONZICHTBAAR
KWETSBAAR

Een geïntegreerde blik
op psychopathologie

ONZICHTBAAR KWETSBAAR

| OWL PRESS |

Nicolas Timmermans
Katrien Verbeek

INHOUD

Woord vooraf	8
DEEL 1 – VAN WELZIJN TOT KWETSBAARHEID	15
Hoofdstuk 1: PSYCHISCHE GEZONDHEID	17
1. Inleiding	18
2. Wat is psychische gezondheid?	19
3. Positieve gezondheid	21
4. Emotieregulatie	25
5. Motivatie	43
6. Leren en neuroplasticiteit	57
7. Geheugen	71
8. Slaap en bewustzijn	88
Hoofdstuk 2: PSYCHOPATHOLOGIE	103
1. Inleiding	104
2. Geschiedenis van de psychopathologie	104
3. Hedendaagse kijk op afwijkend gedrag en uitdagingen voor de toekomst	110
4. Poortwachters van de diagnostiek	122
5. Hoe ontstaat een psychische aandoening?	130
6. De hulpverlener en de omgeving als kwartiermaker	149
DEEL 2 – MEEST VOORKOMENDE PATHOLOGIEËN	161
Hoofdstuk 1: NEURODIVERGENTIE	163
1. Inleiding	164
2. Autismespectrumstoornis (ASS)	169
3. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)	199

Hoofdstuk 2: SCHIZOFRENIE EN PSYCHOSE	219
1. Inleiding	220
2. Poortwachters	223
3. Etiopathogenese (oorzaken, ontstaan en verloop van een psychose)	235
4. Kwartiermakers	244
Hoofdstuk 3: STEMMINGSSTOORNISSEN	255
1. Inleiding	256
2. Depressieve stemmingsstoornis	259
3. Bipolaire stemmingsstoornis	295
Hoofdstuk 4: ANGSTSTOORNISSEN	315
1. Inleiding	316
2. Soorten angststoornissen	319
3. Poortwachters	325
4. Etiopathogenese (oorzaken, ontstaan en verloop van angststoornissen)	332
5. Kwartiermakers	341
Hoofdstuk 5: TRAUMA- EN STRESSORGERELATEERDE STOORNISSEN	347
1. Inleiding	348
2. Poortwachters	352
3. Etiopathogenese (oorzaken, ontstaan en verloop van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen)	363
4. Kwartiermakers	379
Hoofdstuk 6: ROUW	385
1. Inleiding	386
2. Poortwachters	388
3. Etiopathogenese (oorzaken, ontstaan en verloop van rouw)	394
4. Kwartiermakers	417
Hoofdstuk 7: NEUROCOGNITIEVE STOORNISSEN	423
1. Inleiding	424
2. Poortwachters	427
3. Etiopathogenese (oorzaken, ontstaan en verloop van dementie)	441
4. Kwartiermakers	460

Hoofdstuk 8: PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN	473
1. Inleiding	474
2. Persoonlijkheidsstoornis en stigma's	475
3. Poortwachters	476
4. Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen	484
5. Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen	493
6. Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen	507
7. Kwartiermakers	515
Dankwoord	524

WOORD VOORAF

Al sinds de renaissance kreeg de mens een centrale plaats in onderzoek en wetenschap. De empirische methodiek deed haar intrede om de mens beter te kunnen begrijpen. Het is diezelfde fascinatie voor de mens en het lichaam die het startpunt vormde voor het schrijven van dit boek: *Onzichtbaar kwetsbaar. Een geïntegreerde blik op psychopathologie*. We proberen hier alle relevante kennis te verzamelen, kennis die helpt om mensen en hun kwetsbaarheid beter te begrijpen vanuit een niet-stigmatiserend perspectief. Het is een boek dat moet helpen om op een niet-veroordelende manier naar kwetsbaarheid te kijken. We geloven namelijk dat onze blik cruciaal is in hoe we psychopathologie benaderen. Diezelfde blik zal uiteindelijk ook ons handelen positief beïnvloeden.

Psychopathologie laat zich namelijk niet zomaar zien. Mensen kunnen hun psychische kwetsbaarheid lang verborgen houden voor hun omgeving. Het is dus een kwestie van er met de juiste bril naar te kijken, en daar kan kennis bij helpen. Of iemand psychisch gezond is, is vaak moeilijk in te schatten op basis van wat je met het ‘blote oog’ kan zien. We zien heel wat gedragingen aan de buitenkant die het gevolg zijn van wat al langer binnenin bij mensen aan het veranderen is. Alvorens de eerste symptomen en klachten duidelijk zichtbaar worden, hebben mensen meestal al langer het gevoel dat ze ‘niet meer zichzelf zijn’ of ‘minder goed in hun vel zitten’. Er gebeurt iets vanbinnen dat somber, euforisch, verward of net angstig maakt. Als de intensiteit van die gevoelens dermate toeneemt dat het interfereert met het dagelijkse functioneren, spreken we van psychopathologie.

Wanneer het gaat om fysieke gezondheid, bijvoorbeeld wanneer iemand een breuk oploopt, verloopt het ziekte- en herstelproces vaak anders. Aan de buitenkant kan je duidelijk zien wat er zich mogelijks vanbinnen voordoet. Vanuit die duidelijkheid is het als omgeving makkelijker om een voorstelling te maken van wat zou kunnen helpen voor de persoon in kwestie.

Naast een beter inzicht in wat er aan de binnenkant gebeurt bij iemand die psychisch kwetsbaar is, heeft het schrijven van dit boek ons ook geleerd dat de levens van psychisch gezonde mensen verrijkt kunnen worden wanneer ze anders kijken naar mensen met een psychische kwetsbaarheid en de beleving van de wereld om hen heen. Mensen die psychisch kwetsbaar zijn, dagen ons uit om onze eigen kijk op de wereld kritisch te benaderen. Ze houden ons een spiegel voor en kunnen ons veel leren. Wat vinden we belangrijk? Wat zegt het over hoe we met elkaar omgaan? We hebben in de samenleving in de loop der tijd te veel geschreven én ongeschreven

regels gemaakt over wat hoort en wat niet, over wat normaal is en wat afwijkend. Dat vormt onze cultuur, waarin voorspelbaarheid en controle centrale waarden zijn geworden. Maar, we zijn sommige overtuigingen als waarheid gaan aannemen.

Zo is onze westerse cultuur heel erg gevormd vanuit de werking van een gezond denkend brein. We leven als bijen in een bijenkorf waarin iedereen die zijn taak volbrengt zoals het hoort, bijdraagt aan een goed geoliede machine. We leven in een cultuur waarin productiviteit centraal staat en waar we nooit genoeg van krijgen. Succes, daar ben je individueel verantwoordelijk voor en dus ook voor het falen ervan. We verwerven status in het leven door wat we bereiken met ons geheugen, met onze intelligentie, met onze prestaties. Door veel en hard te werken kunnen we iets bereiken. We moeten daarbij vooral nadenken en zeker niet te veel voelen. Wie goede resultaten behaalt op school wordt geprezen en zelfs aangeraden om het leven te bouwen op deze maatstaven van succes. Ben je goed in wiskunde? Dan moet je daar zeker iets mee doen! Zijn je punten maar gemiddeld voor talen? Dan kan je die maar beter links laten liggen.

Wanneer ons brein, ons denkvermogen echter minder goed functioneert of anders functioneert dan het standaard gezonde brein, worden we plots anders benaderd. Mensen met een psychische kwetsbaarheid ervaren vaak een verminderd functioneren van de hogere corticale gebieden, de ratio, waardoor gevoelens meer de bovenhand nemen. Mensen die zich niet goed in hun vel voelen, ervaren vaak gevoelens van schaamte. Hoe komt het toch dat ik me zo voel? Ik heb toch veel om gelukkig voor te zijn? Laten we gewoon blijven lachen en dan komt alles wel weer goed. Maar zo werkt het niet. Je niet goed voelen, mag niet worden verdrongen of weggestopt. Mensen met een psychische kwetsbaarheid gaan door intense emotionele dalen en soms ook pieken. Ze ervaren de wereld op een heel andere manier. Als maatschappij hebben we het voelen meer op de achtergrond gebracht. Mensen die erg gevoelig zijn kunnen bijvoorbeeld snel als last, als zwak ervaren worden.

Dit boek nodigt de lezer uit om met een kritische blik te kijken naar hoe we als maatschappij omgaan met psychisch kwetsbaren. Daarbij willen we de lezer het biopsychosociale model aanreiken om vanuit verschillende perspectieven te kijken naar eenzelfde fenomeen. Het menselijke functioneren is een complex samenspel van biologische, psychologische en sociale aspecten. Kennis over het brein is bijgevolg onontbeerlijk. Omdat kennis over de werking van onze hersenen kan helpen om duidelijk te krijgen wat helpende, beschermende en zelfs preventieve factoren kunnen

zijn in het ontstaan, het verloop maar ook het herstel van psychische kwetsbaarheid. Neurobiologie roept soms weerstand op door een mensbeeld waarin elk persoonlijk probleem wordt opgelost met een pilletje of een elektrode op het hoofd. Dat is niet de boodschap die dit boek wil meegeven. Deze specifieke kennis over het brein kan ons wél helpen om gedrag van mensen beter te begrijpen door een beter begrip van de neurologische mechanismen die gedrag mee vormgeven. Of verwijzend naar de bekende Amerikaanse psychiater Bruce Perry: we kunnen onszelf en anderen beter begrijpen door scherpe inzichten in de basisprincipes van neurowetenschappen en de fundamentele principes van neuroplasticiteit en neuro-ontwikkeling. We proberen daarbij te filteren en houden enkel die breinmechanismen over waar vandaag een ruime consensus over bestaat.

Vanuit psychosociaal standpunt benadrukken we dat niemand zijn proces op dezelfde manier doorloopt. Iedereen gaat anders om met wat hem overkomt in het leven. Ook de invloed van de omgeving is sterk bepalend voor de beleving en het herstel van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Wanneer je als hulpvrager je omgeving nodig hebt ter ondersteuning, wordt houding, benadering en menselijkheid héél belangrijk in de beleving van de psychisch gekwetste persoon. Iedereen heeft nood aan veiligheid, vertrouwen en verbinding. We kunnen niet herstellen zonder de hulp van de ander. We kunnen nog zoveel soorten therapieën of methodieken ontwikkelen om mensen tot herstel te brengen, de basishouding van de omgeving is allesbepalend voor het resultaat. Contact en ontmoeting wordt voor alle betrokkenen aangenamer wanneer er minder ‘strijd’ wordt geleverd om de juiste waarheid, de juiste werkelijkheid. Dat creëert alleen maar weerstand en onbegrip.

Samenleven met iemand met een psychische kwetsbaarheid kan pijnlijk, ongemakkelijk aanvoelen. Alles is anders dan voorheen. Ze veranderen en lijken niet meer op diegene die je kende en met wie je een wederkerige relatie had. Maar het opent anderzijds wel deuren om elkaar op een nieuwe manier te ontmoeten, namelijk in elkaars gevoelswereld. Je wordt uitgedaagd om verder te kijken dan de zichtbare symptomen. Je wordt uitgedaagd om dieper te graven naar ervaringen, gedachten en gevoelens die iemand tot een breekpunt hebben gebracht.

Er is één ding fundamenteel voor een gezond leven, zowel fysiek als mentaal, en dat zijn betekenisvolle relaties. Veel mensen hebben twee spijtbetuigingen wanneer ze op hun sterfbed liggen. Dat ze zo hard hebben gewerkt en dat ze niet voldoende energie hebben gestoken in de relaties met familie en vrienden. Harvard-onderzoekers komen

tot dezelfde conclusie in het boek *Het goede leven – Lessen van het langst lopende wetenschappelijke onderzoek naar geluk* (Waldinger & Schultz, 2023).

*

Deel 1 van dit boek gaat over het onderscheid tussen psychische gezondheid en psychopathologie. Wat beschouwen we als normaal? Daaruit volgt dat wat niet als normaal beschouwd kan worden als afwijkend gezien wordt. We willen hier toch voorzichtig zijn en kiezen bewust voor de term ‘afwijkend’, omdat afwijkend niet per definitie ook als abnormaal mag worden gezien. Om dat te verduidelijken start het boek met een aantal hoofdstukken over de biologie van een aantal belangrijke psychologische concepten, zijnde: emotieregulatie, motivatie, leren en plasticiteit, geheugen en slaap en bewustzijn. Die kennis maakt het makkelijker om deel 2, waarin het gaat over de voornaamste psychopathologische ziektebeelden, beter te begrijpen.

In deel 2 hebben we ervoor gekozen niet exhaustief te zijn, maar ons te beperken tot de voornaamste en meest voorkomende ziektebeelden. Dat heeft als nadeel dat we niet volledig zijn, maar het voordeel dat het de leesbaarheid vergroot en we in detail kunnen gaan bij het bespreken van de geselecteerde ziektebeelden. Zo hebben we gezocht naar een evenwicht tussen het aantal onderwerpen dat we aan bod laten komen, waarbij we per onderwerp toch de meest recente en belangrijkste wetenschappelijke inzichten kunnen meegeven.

Elk hoofdstuk van deel 2 volgt dezelfde indeling: inleiding, poortwachters, etiopathogenese en kwartiermakers. De subtitels poortwachters en kwartiermakers zijn oorspronkelijk militaire termen. De oorlogstermen verwijzen enerzijds naar de ‘strijd’ die mensen en hun omgeving voeren wanneer ze kampen of geconfronteerd worden met een psychische aandoening. Tegelijkertijd heeft de term ‘poortwachters’ voor ons een symbolische betekenis die refereert aan de onderliggende criteria om te bepalen of iemand al dan niet lijdt aan een bepaalde psychische aandoening. Dat naar analogie met een militair die belast wordt met de bewaking en controle van de toegang tot een bepaald terrein. De term roept dus op om voorzichtig te zijn en mensen niet te snel toegang te verlenen tot een diagnose, niet te snel labels op te plakken en normale verschijnselen of reacties niet onnodig te pathologiseren. Deze poortwachters vertellen ons waar we als hulpverlener of nabije omgeving onze aandacht op moeten richten om ons alert te houden, zodat we mensen tijdig naar de juiste (extra) hulp kunnen oriënteren.

Een ‘kwartiermaker’ is dan weer iemand die de weg bereidt, mogelijkheden verkent, verbindingen legt en voorwaarden creëert voor maatschappelijke ontwikkeling. Net als de militairen die voorop werden gestuurd om voorbereidingen te treffen voor de komst van de troepen. Dus kwartiermakers zijn voor ons alle mensen die bijdragen aan een veilige omgeving waarin de voorwaarden worden gecreëerd die herstel bevorderen. Wat die precieze voorwaarden zijn, wordt per pathologie nauwkeurig beschreven.

Onder etiopathogenese hebben we het telkens over oorzaken, ontstaan en verloop van een ziektebeeld, vanuit zowel een neurobiologisch als psychosociaal perspectief.

Zo proberen we de complexe interacties tussen zowel de biologische, psychologische als sociale factoren in kaart te brengen. Naar onze bescheiden mening werd al deze informatie nog niet eerder op dergelijke verdiepende maar heldere en toegankelijke manier gebundeld. Bij het bespreken van pathologie in deel 2 hanteren we voornamelijk de criteria volgens de *text revision* van de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, hét standaardwerk voor de classificatie van psychische stoornissen. Zoals je hier al leest, heeft men het in vakjargon telkens over stoornissen. Voor het leescomfort van de lezer hebben we dat vakjargon overgenomen, maar we willen de kanttekening toevoegen dat er in contact met cliënten misschien beter gesproken wordt over een kwetsbaarheid, een problematiek, een bezorgdheid of iets wat lastig voelt. Dat in de plaats van een ‘stoornis’, omdat die term nogal stigmatiserend klinkt.

We hopen zo psychische kwetsbaarheid nog meer bespreekbaar te maken, omdat een adequate taal die gebaseerd is op neurobiologisch onderzoek én het feit dat mensen altijd in interactie zijn met anderen, toelaat er op een manier over te spreken die niet schuld-inducerend is of het stigma verhoogt. Het boek is bedoeld voor iedereen die baat kan hebben bij het beter begrijpen van psychische kwetsbaarheid, zowel binnen een persoonlijke als professionele context. Het boek richt zich ook tot artsen, verpleegkundigen, paramedici, psychologen en psychotherapeuten, psychologisch consultants en maatschappelijk werkers. Het is met andere woorden voor een breed publiek bedoeld.

Louter voor het leesgemak wordt in de tekst consequent de hij-vorm gebruikt. Dit handboek biedt een kader voor al wie de ander nabij wil zijn, in het bijzonder de kwetsbare ander. Wij hopen dan ook dat je plezier zal beleven tijdens het lezen en dat het boek je zal verrijken als mens, net zoals wij hebben ervaren tijdens het schrijffproces.

DEEL 1

VAN WELZIJN TOT KWETSBAARHEID



Hoofdstuk 1

PSYCHISCHE GEZONDHEID

1. INLEIDING

Je psychisch goed voelen is in onze westerse maatschappij heel belangrijk. Of we ons psychisch goed voelen, wordt mee beïnvloed door welke waarden we hanteren in het leven en in de maatschappij.

Zelfactualisatie is een voorbeeld van een waarde die belangrijk wordt geacht en waar volop naar gestreefd wordt. Goldstein beschreef al in 1934 de neiging om zichzelf zo volledig mogelijk te actualiseren, waarbij actualiseren verwijst naar het realiseren van iemands eigen volledige potentieel. Sindsdien is zelfactualisatie op verschillende manieren omschreven, maar altijd als een construct dat bestaat uit meerdere aspecten. De bekendste (maar niet onomstreden, of enige) omschrijving is ongetwijfeld die van Maslow (1943, 1950). Hij situeerde zelfactualisatie boven aan zijn piramide, de bekende hiërarchie van basisbehoeften, en koppelt het aan zelfacceptatie, creativiteit, spontaniteit en autonomie. Ook Jahoda (1958) stelde dat zelfgeactualiseerde individuen autonoom zijn en niet afhankelijk van anderen voor het volledige ontwikkelen van hun potentieel. Andere auteurs omschreven zelfactualisatie als het vermogen en de neiging om doelen te stellen en te bereiken, het toegewijd zijn aan interesses en het kunnen verrijken van het leven als belangrijke aspecten van zelfactualisatie¹.

We moeten de beste versie van onszelf worden, het onderste uit de kan halen. Maar zelfactualisatie staat stevig onder druk doordat we dat doel vaak gelijkstellen aan ‘perfect zijn’ of ‘alles uit je leven halen’. Daardoor wordt deze interpretatie van zelfactualisatie zelden bereikt. De druk om te presteren is hoog en mensen verwachten soms het onmogelijke. Dat leidt tot een paradox: de zoektocht naar zelfactualisatie kan leiden tot stress, terwijl de kern van zelfactualisatie juist innerlijke vrede en authenticiteit is. Tegelijkertijd zien we dat ondanks dat we streven naar zelfactualisatie als een vorm van geluk, we toch geneigd zijn om het belang van mentale gezondheid te vergeten. Mensen zijn zich bewust van het belang van hun lichamelijke gezondheid – we laten makkelijk bloed of cholesterol controleren – maar de mentale gezondheid wordt weleens vergeten. Terwijl die minstens zo belangrijk is! Als je mentale gezondheid goed is, functioneer je beter, voel je je lichamelijk fitter, sta je positiever in het leven en heb je minder last van stress.

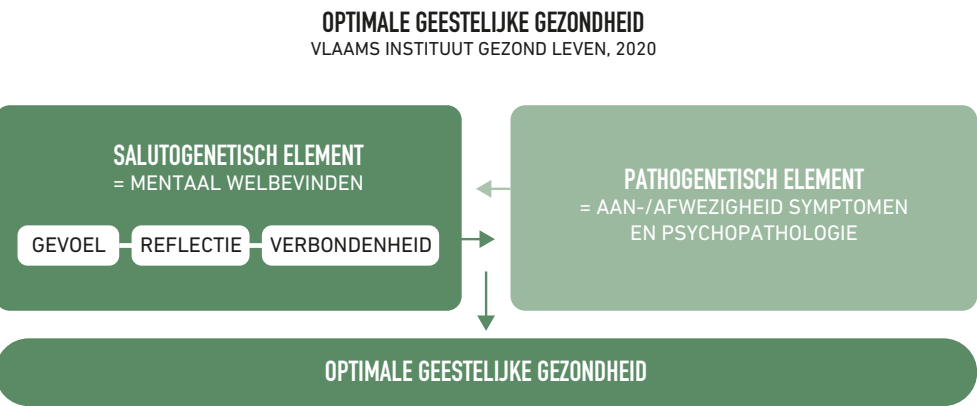
Het is belangrijk om deze vaststelling altijd in het achterhoofd te houden wanneer we spreken over psychische gezondheid. Psychische gezondheid moet steeds in haar juiste context en betekenis worden benaderd, zodat het haalbaar blijft om zich effectief psychisch gezond te voelen. Maatschappelijke waarden die sterk ingebed zijn, zoals de druk om perfect te zijn, brengen dat in gevaar en beïnvloeden hoe we ons verhouden tegenover mensen die deze druk niet aankunnen en in de ogen van de maatschappij afwijken van de norm. Dat leidt tot stigmatisering van diegenen die zich psychisch kwetsbaar voelen, van diegenen die druk van onze maatschappij niet (meer) kunnen dragen. Bijvoorbeeld, samenwonen met iemand met een psychische kwetsbaarheid kan worden gezien als het verbruiken van energie en tijd, waardoor de eigen ‘zelfactualisatie’ in gevaar komt. Zo kan iemand die zelfactualisatie hoog waardeert, proberen het contact met mensen met een psychische kwetsbaarheid te vermijden. Er worden aannames gevormd in de maatschappij over wat als ‘normaal’ wordt beschouwd, wat de perceptie van fundamenteel anders zijn bij psychisch kwetsbaren verhoogt².

2. WAT IS PSYCHISCHE GEZONDHEID?

De WHO (2007) definieert geestelijke of psychische gezondheid als een ‘toestand van welbevinden waarin het individu zich bewust is van zijn of haar eigen mogelijkheden, kan omgaan met de normale spanningen van het leven, productief en lonend kan werken en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap’.

Hoewel de term ‘psychische gezondheid’ vaak wordt gedefinieerd vanuit psychische ongezondheid³, toont deze definitie van de WHO dat psychisch gezond zijn meer is dan ‘niet ziek zijn’. Geestelijk gezond zijn is meer dan de afwezigheid van symptomen die wijzen op ongezondheid. Als we alleen kijken naar de afwezigheid van symptomen die wijzen op psychische ongezondheid, naar iets wat er niet is, bestaat het eigenlijk niet. Er sprake is van een ‘optimale’ geestelijke gezondheid wanneer iemand enerzijds *geen* of slechts minimale psychische klachten heeft (overwegende afwezigheid van pathogenetische elementen) en anderzijds ook in positieve zin goed

functioneert (overwegende aanwezigheid van salutogenetische elementen). Men heeft het gevoel zijn of haar capaciteiten en mogelijkheden te kunnen inzetten en kan kleine en grote stresserende gebeurtenissen het hoofd bieden. Daarnaast kan men zich nuttig bezighouden en positief relaties met de mensen om zich heen uitbouwen en onderhouden. Het salutogenetische element van geestelijke gezondheid noemen we ook ‘positieve geestelijke gezondheid’⁴.



Figuur 1.1.2.1 - De optimale geestelijke gezondheid.

Overheidsinstanties zoals Sciensano maken er hun missie en werk van om op regelmatige basis de psychische gezondheid van de algemene Belgische bevolking te monitoren. Zij stellen dat een goede geestelijke gezondheid bijdraagt tot een goede algemene gezondheid en levenskwaliteit. Een (slechte) geestelijke gezondheid beïnvloedt ons dagelijks leven, onze interpersoonlijke relaties en onze lichamelijke gezondheid. Stressvolle levensgebeurtenissen, sociale banden en fysieke omstandigheden kunnen leiden tot geestelijke gezondheidsproblemen. Een goede geestelijke gezondheid heeft een beschermend effect op stress, ongezonde levensstijl, mogelijke lichamelijke ziekten en sociaaleconomische ongelijkheden in de samenleving. Behoud en herstel van psychische gezondheid is dus van cruciaal belang voor een lang en gezond leven, alsook voor een gezonde, welvarende samenleving.

Wat het belang van behoud en herstel van psychische gezondheid extra kan onderbouwen, is de wetenschap dat ons menselijke brein stressgevoeliger is dan onze spieren. Met andere woorden, onze lichamelijke spieren zijn meer stressbestendig dan ons brein wanneer er zich stressvolle situaties voordoen. Zo kunnen mensen

fysiek belastende stresssituaties langer volhouden dan mentaal belastende stresssituaties⁵. De evolutie van onze maatschappij maakt dat we meer blootgesteld worden aan prikkels in ons brein dan aan de spieren in ons lichaam.

Zorgnet en Sciensano hebben verschillende onderzoeken naar psychische gezondheid onder de loep genomen: de meest recente tonen aan dat we nog een lange weg te gaan hebben. Veel mensen hebben geen optimale geestelijke gezondheid. Volgens Zorgnet-Icuro kampt 22 procent van de Vlamingen met een psychische stoornis met een officiële diagnose. De gezondheidsenquête van Sciensano laat zien dat de groep Vlamingen die psychische problemen ervaart maar niet per se een diagnose heeft nog groter is, met name 33 procent. Wat betreft de levenstevredenheid toont de enquête aan dat 1 op de 10 mensen geen levenstevredenheid ervaart, de midden-groep ervaart een matige levenstevredenheid en slechts 2 op de 10 mensen ervaart een optimale levenstevredenheid.

3. POSITIEVE GEZONDHEID

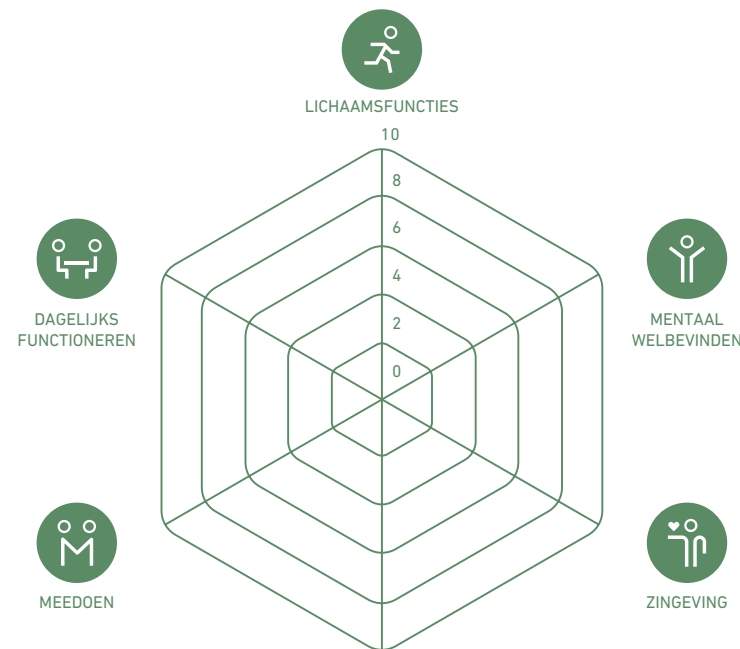
Aansluitend op het perspectief van psychische gezondheid als meer dan de afwezigheid van symptomen die wijzen op ziekte, kunnen we de algemene gezondheid ook zo benaderen. Gezondheid is breder dan de afwezigheid van ziekte en klachten. Mensen zijn niet hun aandoening of diagnose. Toch is onze hulpverlening in de gezondheidszorg daar wel op gefocust. Een symptoom is een klacht, iets afwijkends wat verwijderd of opgelost moet worden.

‘Positieve gezondheid’ kiest een andere bril om naar gezondheid te kijken. Het accent ligt niet op ziekte maar op de mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt⁶. Machteld Huber, huisarts van oorsprong, is de grondlegger van dit perspectief van ‘positieve gezondheid’. Toen ze zelf geconfronteerd werd met ziekte en ontdekte dat ze zelf actief invloed kon uitoefenen op haar herstelproces, kwam ze tot de conclusie dat cliënten of patiënten vaak anders naar gezondheid kijken dan artsen of specialisten in hun vakgebied. Wanneer je zelf met ziekte in aanraking komt, is gezondheid vaak meer dan de afwezigheid van de symptomen.

Huber werd in haar perspectief van de positieve gezondheid geïnspireerd door de *sense of coherence* (SOC)-theorie van Aaron Antonovsky. De SOC-theorie is een psychologisch concept, ontwikkeld door de Israëlische socioloog Antonovsky in de jaren 1970 en geeft een inzicht in waarom sommige mensen veerkrachtiger zijn dan anderen wanneer ze stress, moeilijkheden en uitdagingen ervaren. De drie centrale componenten van SOC zijn:

- begrijpelijkheid (op welke manier begrijp en interpreteer ik wat mij overkomt?);
- hanteerbaarheid (heb ik de nodige middelen en vaardigheden om met stress en uitdagingen om te gaan?) en
- betekenisvolheid (heb ik het gevoel dat het leven en de uitdagingen die zich voordoen zinvol zijn?).

Het werk van Antonovsky is onder andere gebaseerd op overlevenden van concentratiekampen en vertoont sterke overeenkomsten met het werk van de Oostenrijkse psychiater Viktor Frankl. Net als bij Antonovsky en Frankl is zingeving een belangrijke pijler van positieve gezondheid. Centraal staat daarbij het narratief, namelijk dat mensen een verhaal hebben om hun eigen leven te begrijpen en er invulling aan te geven.



Figuur 1.1.3.1 - De zes dimensies van veerkracht.

Gezondheid werd door talloze mensen, die Huber interviewde voor haar wetenschappelijke onderzoek, niet omschreven als een doel maar als een middel om ergens te raken, een punt dat voor de persoon in kwestie van grote betekenis is. Wat geeft veerkracht en welke factoren spelen daarbij een rol? Op basis haar onderzoek kwam ze uit op zes dimensies. De voorgaande afbeelding illustreert die dimensies.

De wetenschappelijke onderbouwing van de theorie van de positieve gezondheid en de bijbehorende vragenlijst wordt in twijfel getrokken. Maar, Huber stelt dat de essentie van positieve gezondheid is dat de zorgverlener de patiënt niet alleen adviseert wat te doen, maar ook door de vragenlijst te hanteren diens zelfreflectie in gang zet. Het is 'een ander gesprek'. Het gaat niet zozeer om het stellen van een diagnose, maar om de patiënt te laten nadenken over hoe het met hem of haar gaat, op al die terreinen. En waar iemand naartoe wil, wat zinvol is om naartoe te werken. Je levensmotief kunnen ontdekken is de sleutel tot herstel.

”

Gezondheid is niet de afwezigheid van ziekte,
maar het vermogen om met het leven om te gaan.

In wat volgt, bespreken we de onderliggende biologie van enkele psychologische basisconcepten die belangrijk zijn voor het vormen van een psychische gezondheid en die ook bijdragen aan de zes dimensies van de positieve gezondheid.

Eerst bekijken we de onderliggende corticale en neurale mechanismen van **emotieregulatie** meer in detail. We betrekken de relevantie van de polyvagaaltheorie. Meer bepaald leggen we uit hoe de verhouding in sympathische en parasympathische activiteit een rol speelt in onze hiërarchisch geordende overlevingsstrategieën. Het geeft ons beter inzicht in ontwikkelings- en emotionele stoornissen, die we later in deel 2 zullen bespreken.

Vervolgens gaan we dieper in op het beloningssysteem van onze hersenen en hoe dat systeem een cruciale rol speelt bij **motivationale** processen. Dat biedt inzicht in hoe ons beloningssysteem verslaving in de hand kan werken, maar onder andere ook in de wijze waarop psychotische belevingen ontstaan en hoe stemmingsfactoren onze plezierbeleving en informatieverwerking kunnen beïnvloeden.

Ook hebben we het over intra- en intercellulaire veranderingen tijdens leerprocessen. Dat biedt beter inzicht in de **neuroplasticiteit** van ons brein, het vermogen van ons brein om zich aan te passen aan veranderingen in de omgeving via functionele en structurele veranderingen door epigenetische processen. Het doet begrijpen hoe we op termijn gevoeliger kunnen worden voor bepaalde prikkels en zo ook het risico vergroot op het ontstaan van psychopathologie.

In het onderdeel over het **geheugen** leggen we uit hoe het geheugen werkt en welke relevante hersensubstraten betrokken zijn in onze geheugensystemen. Deze kennis helpt onder meer om te begrijpen hoe herinneringen gevormd worden, maar ook hoe traumatische herinneringen vaak een fragmentarisch karakter kunnen hebben en we vanuit trauma kunnen overgeneraliseren waardoor we sneller getriggerd raken, ook in een veilige context. Daarover later meer in deel 2 wanneer we trauma- en stressorgerelateerde stoornissen bespreken.

In het laatste onderdeel van psychische gezondheid staan we stil bij welke hersengebieden ons **bewustzijn en slaappatronen** reguleren. Dat helpt bijvoorbeeld te verklaren waarom sommige neurocognitieve stoornissen uit deel 2 soms gepaard gaan met omkering van iemands dag-nachtritme of hoe het slaap-waakpatroon vaak verstoord raakt bij mensen met een bipolaire stoornis.

Referenties

1. van Emmerik, A., Nederveen, F., Noordhof, A., & Kamphuis, J.H. (2018). Psychometrische kenmerken van de Nederlandse Short Index of Self-Actualization (SISA-NL), Zelfactualisatie anno 2019, *Gedragstherapie* 4.
2. Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2021). Blind spots in stigma research? Broadening our perspective on mental illness stigma by exploring 'what matters most' in modern Western societies. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30, e26.
3. Cattan, M., & Tilford, S. (2006). *Mental health promotion*. McGraw-Hill Education (UK).
4. Gezond Leven. (2026). *Cijfers geestelijke gezondheid*, <https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/cijfers>
5. Compernelle, T. H. (2006). *Stress, vriend en vijand*. Lannoo Uitgeverij.
6. Dros, L. (2022, februari 15). Gezondheid is het vermogen om met het leven om te gaan. *Trouw*. <https://www.iph.nl/assets/uploads/2022/02/Trouwinterview-Machteld-pg1-15022022-1-merged.pdf>

4. EMOTIEREGULATIE

4.1. INLEIDING

Hoewel we niet alle emoties even aangenaam vinden om te ervaren, zijn ze allemaal – zowel positieve als negatieve – uitermate belangrijk voor onze overleving. Het cliché dat we moeten luisteren naar onze emoties en bij uitbreiding naar ons lichaam, klopt dus wel. Elke emotie kan immers worden gezien als een innerlijke beleving die gepaard gaat met een onderliggende behoefte. Zo sturen ze ons gedrag aan en helpen ze voorkomen dat we te fel afwijken van wat goed voor ons is.

In een meer algemene of biologische betekenis kan men een emotie ook definiëren als een reactie van onze hersenen op een gebeurtenis. Volgens hersenwetenschapper Antonio Damasio¹ bevatten onze hersenen bepaalde actieprogramma's die ervoor zorgen dat we essentiële fysiologische behoeften vervullen zoals eten, drinken, seks, gehechtheid... Emoties zijn namelijk voorspellende constructies die bepaalde tendensen of acties in zich dragen. Bijvoorbeeld: angst doet ons vluchten uit een situatie waarin we ons bedreigd voelen.

Charles Darwin² maakte al vroeg onderscheid tussen primaire aangeboren emoties en sociale of cultuurgebonden emoties. Simpel gezegd: emoties doen ons bewegen richting positief gevalideerde prikkels of doen ons afstand nemen van/beschermen ons tegen stimuli met een dreigend karakter. Emoties maken ons alerter, omdat ze steeds gepaard gaan met een bepaald spanningsniveau. Zo maken ze ons bewuster van onze omgeving en onze relatie ertoe. Emoties helpen dus ook om ons adequaat aan te passen aan veranderingen in onze omgeving. Ze zetten bij wijze van spreken de actieprogramma's die in onze hersenen opgeslagen liggen in gang door objectieve of subjectieve waarnemingen. Ze hebben een sterke fysiologische component zoals een verhoogde hartslag en bloeddruk, een versnelde ademhaling, verhoogde spiertonus, opengesperde ogen enzovoort. Die fysiologische component van emoties wordt soms ook arousal genoemd.

In normale omstandigheden fungeren emoties dus als richtingaanwijzer voor wat we belangrijk vinden. In extreme situaties kunnen ze het verschil betekenen tussen leven en dood. In dit hoofdstuk staan we stil bij hoe emoties ontstaan binnen de architectuur van onze hersenen. Meer specifiek onderzoeken we hoe hersenen reageren in traumatische situaties van extreme stress en gevaar en hoe ons centrale zenuwstelsel bijdraagt aan onze overleving. De Amerikaanse psychiater Bruce Perry stelt namelijk dat we onszelf en anderen beter kunnen begrijpen door scherpe inzichten in de basisprincipes van neurowetenschappen en de fundamentele principes van neuroplasticiteit en neuro-ontwikkeling. Op deze manier kunnen we de logica begrijpen van gedrag dat ogenschijnlijk in een eerste reactie onlogisch lijkt.

4.2. HET DRIEDELIGE BREINMODEL

4.2.1. BELANGRIJKE KERNEN IN DE HERSENSTAM

Hersenen ontwikkelen zich van onder naar boven, van binnen naar buiten en van achter naar voren. Paul McLean is een Amerikaanse neurowetenschapper die al in de jaren 1960 een breinmodel voorstelde als ‘een brein in een brein in een brein’. Hij had het dus over een driedelig breinmodel met een hiërarchische werking. Het primitiefste en oudste deel van onze hersenen (archiniveau) wordt binnen dit model ook wel het ‘reptielenbrein’ genoemd. Het omvat onze hersenstam, onder meer verantwoordelijk voor al onze vitale ritmische en regulerende (homeostatische) functies zoals hartslag, ademhaling, slaap-waakcyclus, temperatuur, honger, pijn enzovoort. De hersenstam regelt samen met de hypothalamus ons energiepeil. Dit systeem is in belangrijke mate betrokken bij de hypothalamus-hypofyse-bijnierschorsas (HPA-as) van ons stresssysteem, waarover later meer. Het is opmerkelijk hoeveel psychische problemen gepaard gaan met verstoringen van die regulerende functies. Er bestaat in de literatuur een algemene misvatting dat corticale activiteit noodzakelijk is om ons bewust te kunnen zijn van wat er in de wereld rondom ons gebeurt. Echter, in wat volgt, zullen we zien dat de meest fundamentele ruwe affecten eigenlijk in de hersenstam ontstaan. Met affect bedoelen we een biologisch, belichaamde emotionele intensiteit die vaak op een minder bewust niveau beleefd wordt in vergelijking met emoties.

Het limbisch systeem is gelegen boven de reptielenhersen en is beter bekend als de ‘zoogdierhersen’ (paleoniveau). Het limbisch systeem functioneert eigenlijk als een soort ‘rookmelder’ bij het detecteren van gevaar. Geleidelijk aan in de evolutie is ons brein verder ontwikkeld met een neocortex die ons in staat stelt om complexe beslissingen te nemen en te communiceren via taal, omdat we fylogenetisch als soort gegroeid zijn en steeds meer afhankelijk geworden zijn van anderen in onze overleving (neoniveau). Uiteraard is deze voorstelling wat achterhaald en een te simplistische weergave van hoe het brein werkelijk werkt. Toch is dit model didactisch wel geschikt als metafoor om aan mensen eenvoudig uit te leggen hoe het brein reageert op zaken die te intens zijn om volledig te verwerken. We gebruiken dit model ook hier als een vereenvoudigde weergave om uit te leggen hoe het brein reageert op situaties die te overweldigend kunnen zijn en net daarom als traumatisch ervaren kunnen worden. Door de eenvoud is dit model net erg bruikbaar in de praktijk.

Het *waar* in ons brein

Laten we dus beginnen met het bespreken van twee belangrijke gebieden in onze hersenstam of ‘reptielenbrein’, met name de colliculus superior en de colliculus inferior. Beide gebieden liggen in het tectum of dak van onze hersenstam, met name het mesencephalon. Beide gebieden zijn belangrijk in de detectie en lokalisatie van respectievelijk visuele of auditieve prikkels.

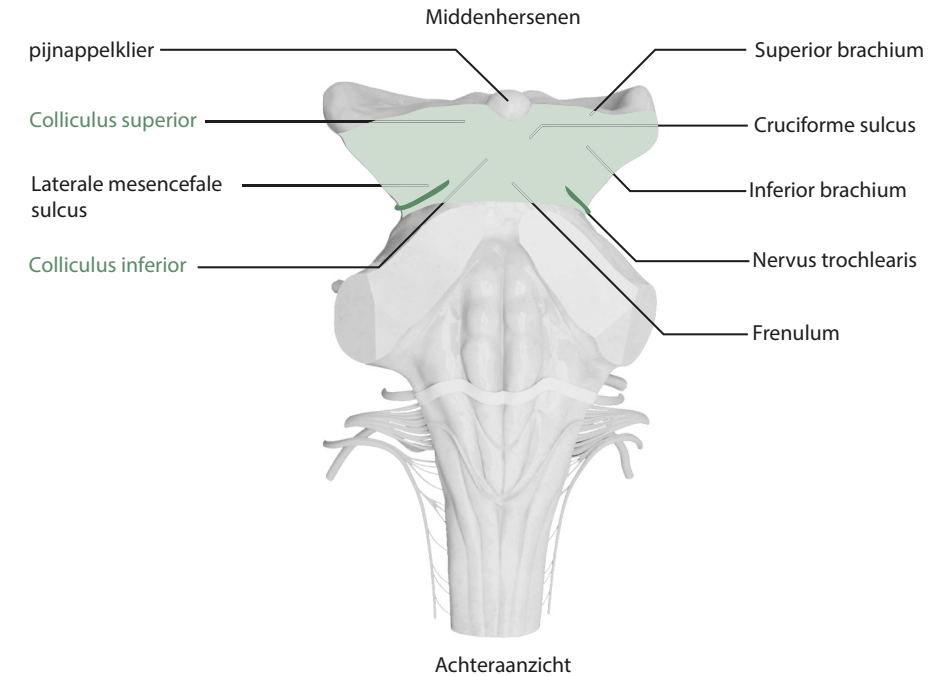
Laat ons beginnen met de colliculus superior. Om de functie van dit gebied helder uit te leggen gebruiken we graag een voorbeeld. Stel je voor dat je je slaapkamer binnenwandelt en plots stopt met wandelen, terwijl je ogen naar de vloer kijken om daarna pas te beseffen dat er een spin voor je voeten wandelt. De vorm van de spin is voor je brein voldoende om je te doen stoppen nog voor je de kans hebt gekregen om het beeld volledig te analyseren. Zowel interne als externe prikkels worden voortdurend gescand door ons brein. Ons brein filtert en probeert zo de wereld veilig en voorspelbaar te maken. Ons brein is daarvoor dus uitgerust met een specifieke kern in het ‘dak’ van onze hersenstam die gespecialiseerd is in het detecteren van het nieuwe en het onverwachte: de colliculus superior. Het brein kan ons dus snel laten weten wanneer iets afwijkt van het gewone en het verwachte. Dat noemen we de oriënterende reflex en die gaat meestal gepaard met spanning ter hoogte van de schedelbasis, het voorhoofd en rondom de ogen.^{3, 4, 5, 6} De ervaring waar ons lichaam zich bevindt in de ruimte en in relatie tot onze omgeving is dus eerder een deel van onze onbewuste ervaring. Ons lichaam reageert actief nog voor we ons

volledig bewust zijn van wat er gebeurt. Ons brein moet echter wel ‘weten’ waar ons lichaam is om bij confrontatie met een onbekende en mogelijk gevaarlijke prikkel adequaat te kunnen reageren met een oriëntatie naar of weg van de nieuwe prikkel. Het waar-systeem tracht dus informatie te verkrijgen over waar iets gebeurt en helpt zo de ervaren onzekerheid te reduceren.⁷

De colliculus superior heeft een sensorische receptieve zone. Wanneer je bijvoorbeeld een natuurwandeling maakt om vogels te spotten en je detecteert beweging in de lucht, zal deze informatie binnenkomen via de buitenste laag van de colliculus superior, nog voor we het object kunnen identificeren. De middelste laag ontvangt somatosensorische informatie van ons lichaam. Bijvoorbeeld het voelen kruipen van ‘iets’ over je huid zal je doen kijken naar dat deel van je lichaam. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor pijnervaringen.⁸ Daarnaast is er de sensorimotorzone, waar veel premotorneuronen gelegen zijn die signalen ontvangen van de lagen van de colliculus superior die erboven liggen. Op basis daarvan coördineert deze laag oogbewegingen of bewegingen van de nek of het hoofd bij blootstelling aan nieuwe stimuli.

De colliculus inferior daarentegen is verantwoordelijk voor onze auditieve reflex. Hij fungeert als belangrijke integratiekern voor auditieve informatie en speelt een sleutelrol bij het lokaliseren van geluid. Zo zal dit gebied er bijvoorbeeld voor zorgen dat we ons hoofd eerder wegdraaien bij het horen van een luide knal.

Het is geweten dat mensen met een traumatische voorgeschiedenis meer activatie ervaren in deze hersenstamgebieden, ten gevolge van sensitisatieprocessen tijdens het ervaren van een shockeffect. Dat verklaart bijvoorbeeld waarom iemand met een traumatische voorgeschiedenis met een gewelddadige vader opnieuw gechoqueerd kan raken bij het zien van een boze blik of het horen van een luide stem. De kans dat een ervaring als traumatisch ervaren wordt, stijgt wanneer zich op het niveau van de colliculus superior een intern conflict afspeelt waarbij iemand tegelijkertijd aangetrokken wordt tot en zich dient af te wenden van dezelfde zorgfiguur na sociale afwijzing.



Figuur 1.1.4.1 - Locatie van de colliculus superior en colliculus inferior.

De shockervaring in ons brein

Het is belangrijk om (levens)bedreigende zaken zo op te slaan zodat we toekomstige gelijkaardige bedreigingen nog sneller kunnen herkennen. Door overeenkomsten te herkennen kan ons brein makkelijker reageren met strategieën die in het verleden bleken te helpen in gelijkaardige situaties.

Om dat te realiseren is ons brein uitgerust met een intern mechanisme dat de intensiteit van een onbekende prikkel laat voelen. Zo registreren we niet enkel het onverwachte, maar voelen we ook in de shockervaring dat iets ontzettend belangrijk is. De shock signaleert een belangrijke mismatch tussen wat we verwachten in de wereld in en rondom ons en wat we daadwerkelijk ervaren: ze houdt een voorspellingsfout in.⁷ Een shockervaring kan gepaard gaan met een trillen en beven van het lichaam, spierspanning en golven van arousal in het lichaam.⁹ Door het shockeffect kan het gebeuren dat sommige ervaringen (bv. een acuut, onverwacht overlijden) niet volledig verwerkt kunnen worden door het brein, waardoor de affecten opgeslagen blijven als een interne bron van spanning die gestockeerd blijft in het lichaam. Studies wijzen uit dat dit shockeffect onder andere op gang gebracht wordt in de locus coeruleus.^{10, 11}

Het verandert ons bewustzijn en beïnvloedt onze verwerking van sensorische en pijnlijke prikkels.¹² De locus coeruleus heeft projecties naar verschillende kernen van de amygdala en naar de mediale prefrontale cortex (mPFC), een gebied verantwoordelijk voor het uitdoven van angstreacties.¹³ Na het shockeffect komen we snel in een hypervigilante toestand voor gelijkaardige prikkels. Bij knaagdieren zorgen projecties van de locus coeruleus naar de superior colliculi ervoor dat ze sneller in een defensieve reactie schieten.¹⁴

Het *wat* in ons brein

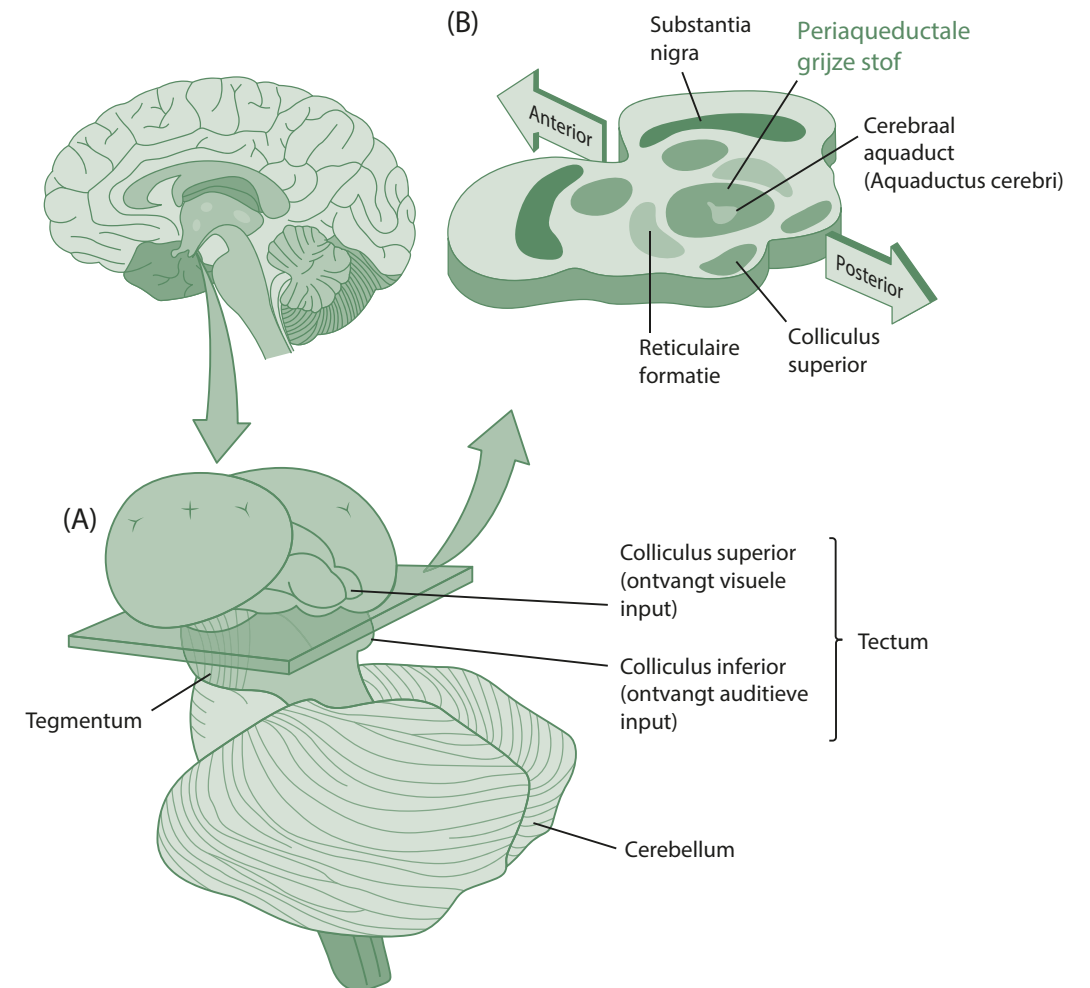
Tot dusver hebben we geleerd dat we uitgerust zijn met een vermogen om nieuwe onbekende prikkels te identificeren en somatisch te 'voelen', zeker wanneer ze een zekere dreiging en onzekerheid inhouden. Dat leidt uiteindelijk tot een rudimentair bewustzijn van affecten zoals bijvoorbeeld woede en angst en hun geassocieerde defensieve reacties die ze triggeren: vechten, vluchten, bevriezen en verbergen.

Panksepp¹⁵ heeft zeven primaire aangeboren emoties geïdentificeerd, waarbij het periaqueductale grijs (PAG) – een andere kern in de hersenstam – betrokken is in het creëren van een affectief bewustzijn:

- *seeking* (verwachting, anticipatie en verlangen),
- *fear* (angst),
- *rage* (boosheid),
- *lust* (seksuele opwindings),
- *care* (verzorging),
- *panic/grief* (verdriet en separatiestress) en
- *play* (sociaal genot en exploratie).

Ze houden allen verband met een neurale systeem dat specifiek gedrag uitlokt. Het periaqueductale grijs is een hersenstamgebied dat bovenstaande ervaringen kleurt met affectieve energie en hun bijbehorende motivationele actietendensen. Zo beschouwd zijn ruwe affecten eigenlijk basale verpakkingen van onze gedragsneigingen na blootstelling aan positieve of negatief gevalideerde stimuli.¹⁶ Wanneer *rage* bijvoorbeeld geactiveerd wordt in een bepaalde situatie, zullen we eerder agressief gedrag stellen, wat de kans vergroot dat datgene wat bedreigend voor ons is, op afstand gehouden wordt.

Het periaqueductale grijs heeft projecties naar het mesocorticolimbisch systeem (zie het hoofdstuk over motivatie) en kan zodoende de corticale activiteit en dopamineproductie beïnvloeden. Omgekeerd kan de cortex, meer bepaald de mPFC, naar de hypothalamus en het PAG projecteren voor regulatie van affectieve en lijfelijke gevoelde sensaties. Het PAG kan actieve of passieve defensies activeren afhankelijk van de inschatting of men al dan niet aan het gevaar kan ontsnappen¹⁷, of het gevaar veraf of dichtbij is¹⁸, fysiek of psychologisch van aard¹⁹.



Figuur 1.1.4.2 - Locatie van het periaqueductale grijs.