

APOTHEKER

Psychofarmaca kunnen noodzakelijk zijn in bepaalde gevallen, in minimale dosis en gedurende een gepaste periode. Jammer genoeg maken vele patiënten er chronisch gebruik van.

De gewenning en de afhankelijkheid die benzodiazepines veroorzaken zijn delicaat, maar kunnen opgelost worden. Ze kunnen ook worden vermeden door de patiënten van bij het begin van de behandeling te wijzen op andere oplossingen, die trouwens veel efficiënter zijn op lange termijn.

Ook de opstart van antidepressiva bij depressie moet weloverwogen zijn. De ernst van de depressie bepaalt of antidepressiva aangewezen zijn.



INSOMNIA



1.1 INSOMNIA OF PSEUDO-INSOMNIA



We spreken over een **slaapprobleem** wanneer de patiënt klachten heeft m.b.t. de hoeveelheid of de kwaliteit van de slaap (meer dan 30 minuten nodig hebben om in te slapen, het niet kunnen doorstapen en/of vroegtijdig wakker worden en de slaap niet meer terug kunnen hervatten). De subjectieve beleving van de patiënt primeert hier dus.

Wanneer deze slaapproblemen zich ook vertalen in een slechter functioneren overdag (vermoeidheid, concentratieproblemen, irritatie, ...) spreken we van **insomnia/slapeloosheid**. Echte slapeloosheid is dus niet enkel een probleem 's nachts maar is een 24 urenprobleem.

Overige slaapaandoeningen die hier niet worden besproken zijn o.a.: obstructieve slaapapneusyndroom, restless-legssyndroom, nachtelijke kuitkrampen, het vertraagde slaapfasesyndroom en narcolepsie.

Indien de patiënt aangeeft slecht te slapen maar geen klachten heeft rond het functioneren overdag, dan spreekt men van '**vermeende slapeloosheid of pseudo-insomnia**'. Verkeerde ideeën die men vaak heeft, zijn bijvoorbeeld:

- > de normale kortslaper die maar weinig slaap nodig heeft, maar meent 7 à 8 uur te moeten slapen;
- > inslaapklachten die door gedragsveranderingen en/of slaaphygiënische maatregelen kunnen verholpen worden;
- > de fysiologisch lichtere, kortere en vaker onderbroken slaap bij ouderen.



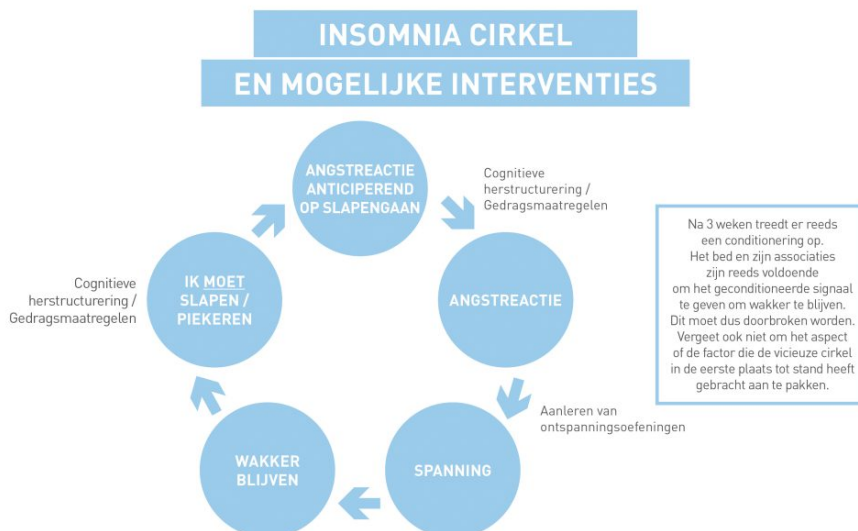
Wanneer slaapproblemen langer dan 3 maanden duren, worden ze als 'chronisch' beschouwd.

Een aantal (persoons)kenmerken zijn gerelateerd aan slaapproblemen:

- > komt vaker voor bij ouderen;
- > vaker bij vrouwen (33%) dan bij mannen (26%);
- > vaker bij lager geschoolden (31%-43%) dan bij hoger opgeleiden (26%);
- > co-variërend met periodes van stress;
- > vaker bij chronische somatische of psychische aandoeningen.

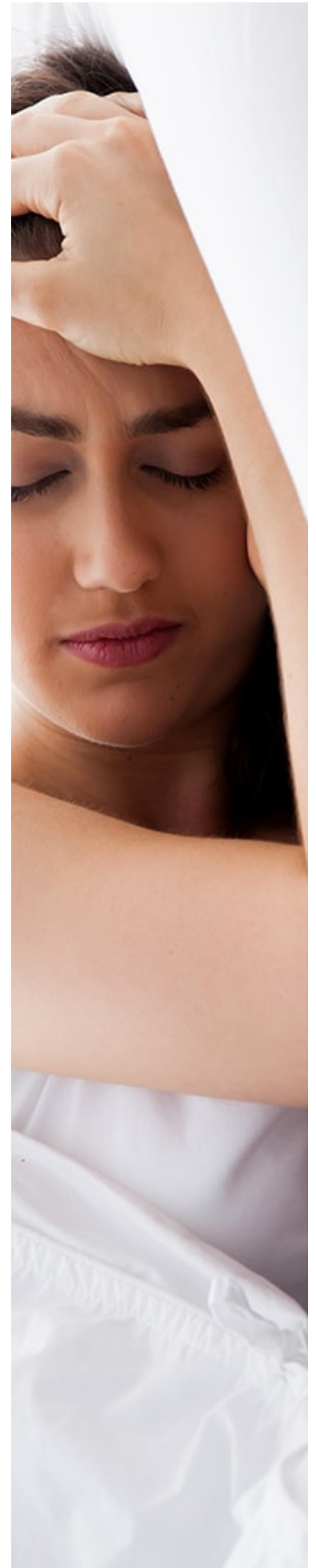
Slaapproblemen zijn vaak een gevolg van allerlei andere problemen ('de nacht is de spiegel van de dag'), maar slaapproblemen veroorzaken op termijn ook andere klachten of problemen. Het is in dit opzicht dat men het onderscheid kan maken tussen insomnia met of zonder comorbiditeit.

Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat langdurige slapeloosheid gepaard gaat met problemen op het vlak van functioneren thuis en op het werk (met o.a. toegenomen absentieïsme), een verhoogd risico op verkeersongevallen, arbeidsongevallen, valpartijen, psychiatrische problemen (depressie, angst, dementie), en verslavingsproblemen. Op die manier ontstaat een **vicieuze cirkel** wat het correct te interpreteren van de klacht (nl. slaapproblemen) complex maakt. De huisarts kan een specifieke exploratie bij slaapklachten uitvoeren.



1.2 DE PATIËNT INFORMEREN

De patiënt heeft steeds 3 belangrijke vragen:



- > Wat heb ik?
- > Hoe kom ik eraan?
- > Hoe geraak ik ervan af?

WAT HEB IK?

Het begrijpen van wat er aan de hand is, is een cruciale stap voor de patiënt. Informeer de patiënt over de 'normale slaap' en over slaapproblemen. Tracht uw uitleg af te stemmen op de behoefte en bestaande kennis van uw patiënt. Eventueel kan u hiervoor de [brochure over slaap](#) of de [brochure over slaap en slaapproblemen](#) gebruiken. Geef eventueel de [brochure voor de patiënt "Ssst. Hoe slaap jij 's nachts?"](#) met bijhorende [fiche chronische slapeloosheid](#) mee.

Leg uit wat een normale slaap is en corrigeer foutieve ideeën:

- > Het aantal uren slaap die men nodig heeft, verschilt van individu tot individu: de meeste mensen hebben tussen de 6 à 8 u slaap nodig. Belangrijker dan het aantal uren slaap is de vermoeidheid of het functioneren overdag.
- > Het slaappatroon verandert tijdens het leven (het is vaak zo dat men naarmate men ouder wordt minder slaap nodig heeft).
- > De tijd die nodig is om in te slapen varieert van persoon tot persoon. Een langere inslaaptijd hoeft niet abnormaal of problematisch te zijn.
- > De slaap bestaat uit verschillende fases die doorheen de nacht enkele keren worden herhaald. Naarmate de nacht vordert, wordt de slaap minder diep en is kortdurend wakker worden normaal.
- > Slapeloosheid komt bij 30% van de volwassenen voor.
- > Slaapmedicatie en alcohol ondermijnen de normale herstellende slaapstructuur.

Hiervoor kan u verwijzen naar de [brochure over slaap- en kalmeermiddelen](#).

HOE KOM IK ERAAN?

Leg aan de patiënt uit hoe slaapproblemen kunnen ontstaan:

- > Slecht slapen brengt het risico van een [vicieuze cirkel](#) met zich mee. Slecht slapen kan gevoelens van angst en frustratie oproepen. Je kunt bijvoorbeeld bang zijn dat je door chronisch slaapttekort niet goed kunt functioneren. Hierover piekeren leidt tot lichamelijke spanning.
- > Slecht slapen kan ook zorgen voor verkeerde slaapgewoonten. Je gaat bijvoorbeeld steeds later naar bed, omdat je er tegenop ziet. Of je drinkt een glaasje alcohol om makkelijker in te slapen.
- > Al deze mogelijke gevolgen houden het slechte slapen in stand. Hierdoor kom je in een neerwaartse spiraal terecht.
- > Bij chronische slaapproblemen zal conditioning ertoe leiden dat het idee te moeten slapen al voldoende is om de 'vicieuze cirkel' in gang te zetten.

HOE GERAAK IK ERVAN AF?

Leg uit wat een goede slaaphygiëne is. U kan aan de patiënt het werkdocument rond [slaaphygiëne](#) meegeven met tips voor een betere slaaphygiëne.

1.3 PRAKTISCHE TIPS VOOR DE PATIËNT (SLAAPHYGIËNE)

- > Niet in bed blijven als men de slaap niet kan vatten. Het is aanbevolen weer op te staan en pas te gaan slapen als men voldoende moe is.
- > Stimulerende producten zoals koffie, thee, coffeïnehoudende dranken... vermijden, en meer bepaald 4 tot 6u voor het slapengaan.
- > Niet roken voor het slapen (nicotine heeft een opwekkend effect).
- > Geen alcohol drinken vanaf 2 uur voor het slapengaan. Alcohol bevordert wel het inslapen, maar niet het doorslapen.
- > Geen zware of sterk gekruide maaltijden nuttigen voor het slapen. Een lichte snack kan het inslapen bevorderen.
- > Geen sport of zware inspanningen doen gedurende de uren voor het slapengaan. Een intensieve fysieke activiteit gedurende de dag kan daarentegen wel een positief effect hebben op de slaap.

- > Het laatste (half)uur van de dag dient om geleidelijk het gaan slapen voor te bereiden. Men doet dan iets wat voor de persoon in kwestie ontspannend is, zoals relaxatie-oefeningen.
- > Voor een aangename slaapomgeving zorgen : storende geluiden beperken of oordoppen dragen, zorgen voor voldoende verduistering en verluchting, de temperatuur regelen op 16 - 18°C, een degelijke matras en hoofdkussen kiezen.
- > Iedere dag op hetzelfde tijdstip opstaan en niet bijslapen overdag, ook niet na een slechte nachtrust.
- > Geen middagdutje doen.
- > Unplug! Vermijd beeldschermen (tablet, smartphone, laptop, ...) vanaf 1 à 1 ½ uur voor het slapen. Enerzijds om de hersenstimulatie te verminderen en anderzijds om de blootstelling aan het blauw licht die deze digitale toestellen uitstralen, te vermijden. Blauw licht onderdrukt immers de melatonineproductie.

1.4 DE PATIËNT DOORVERWIJZEN

De apotheker is vaak het eerste aanspreekpunt bij slaapproblemen. Hieronder een niet-limitatieve lijst met criteria om een patiënt door te verwijzen naar een arts:


- > U meent dat de oorzaak van het slaapprobleem verder moet onderzocht worden. Mogelijke onderliggende problemen kunnen zijn:
 - psychiatrische aandoening (depressie, verslaving, post-traumatische stress, ...);
 - medische conditie (COPD, hyperthyreoïdie, reflux, menopauze, artritis, ...);
 - neurologische aandoening (Alzheimer, Parkinson, hersentumor, ...);
 - medicatie-gerelateerd (antidepressiva, bronchodilatoren, CZS-stimulantia, ...);
 - andere (restless-legsyndroom, verstoord circadiaans ritme, ...).
- > De patiënt staat onvoldoende open voor zelfhulp/niet-medicamenteus advies/OTC-medicatie in de apotheek.
- > De patiënt ervaart onvoldoende effect van zelfhulp/niet-medicamenteus advies/OTC-medicatie van de apotheker.
- > De slapeloosheid wordt subacuut/chronisch (> 4 weken).
- > Er is sprake van ernstig lijden.
- > Er is sprake van ernstig sociaal disfunctioneren.
- > U meent dat een meer specialistische, klachtgerichte aanpak nodig is.
- > U meent dat een grondige of (langdurige) persoonsgerichte aanpak nodig of zinvol lijkt.
- > ...

1.5 NIET-MEDICAMENTEUZE THERAPIËN OP LANGE TERMIJN

De richtlijn insomnia stelt een getrapte aanpak voor waarbij verschillende niet-medicamenteuze interventies worden ingezet. Deze niet-farmacologische eerstelijnsbehandelingen zijn nuttig bij bijvoorbeeld patiënten die liever geen medicijnen gebruiken of wanneer de patiënt niet reageert op slaapmiddelen. Cognitieve gedragstherapie (CGT) kan ook zinvol zijn in combinatie met initiële therapie met hypnotica. Psychotherapie is op lange termijn effectiever dan slaapmiddelen.

CGT-i heeft een aangetoond effect op de slapeloosheid op lange termijn maar vereist inzet van de patiënt. Deze cognitieve gedragstherapie voor insomnia wordt aangeboden in een aantal gespecialiseerde centra, zowel individueel als in groep. Sommige mutualiteiten voorzien partiële terugbetaling van slaaptraining of CGT-i.

Naast het informeren van de patiënt en het geven van slaapadvies (slaaphygiëne) blijken ook zelfhulpboeken (bibliotherapie - met methoden om beter te slapen) of een slaapcursus (groepsaanbod) een positief effect te hebben op het slaappatroon.

Wanneer de slaapproblemen langer dan 1 maand aanhouden (subacute of chronische slaapproblemen) volstaan bovenstaande interventies soms niet, omdat er conditionering (zie ) is opgetreden:

'Gaan slapen' heeft voor veel mensen een neutrale of zelfs positieve betekenis; het wordt geassocieerd met gezelligheid, intimiteit, rust, slapen, ... Soms kan een 'gaan slapen' ook een negatieve betekenis krijgen: het wordt geassocieerd met wakker liggen, piekeren, irritatie, frustratie, ...

Verschiede interventies uit de CGT-i (Cognitieve gedragstherapie bij insomnia) kunnen worden ingezet om deze vicieuze cirkel ter doorbreken. Voor deze interventies wordt de patiënt vaak doorverwezen naar een (eerstelijns)psycholoog of kinesitherapeut die speciaal opgeleid is in de aanpak van slapeloosheid.

A/ SPANNINGSVERLAGENDE TECHNIEKEN (BIJ FYSIEKE AROUSAL OF SPANNING)

- > Relaxatie oefeningen: las relaxatie / ontspanningsoefeningen in tijdens de dag of voor het slapen gaan (cf. 'de nacht is de spiegel van de dag'). Dit kan ook yoga, mindfulness, muziek luisteren,... zijn.
- > Bufferzone inbouwen: las een 'decompressie-uur' ('unwinding'/'cooling down') in. Een uur voor het slapengaan wordt er afgezien van doelgerichte activiteiten en is er enkel ontspanning.
- > Gestructureerde informatieverwerking voor het slapengaan: plan een vast "constructief pieker-moment" (20-30 minuten) in de vooravond in (om te voorkomen dat piekeren of to-do lijstjes maken in bed gebeurt).

B/ COGNITIEVE TECHNIEKEN (BIJ PIEKEREN)

Aan de hand van een **5G schema** (registratie opdracht / huiswerkopdracht) kunnen niet-helpende gedachten geïdentificeerd worden. Binnen een insomnia cirkel spelen vaak veel niet-helpende gedachten: "Ik moet 8 uur slapen, anders zal ik morgen niet kunnen functioneren", "Ik zal morgen terug slaap moeten inhalen", ... Niet-helpende-gedachten kunnen in een vervolgconsult besproken, in vraag gesteld en gecorrigeerd worden. Een 5G schema kan ook andere niet-helpende gedachten (over levensgebeurtenissen, relatieproblemen, ...) helpen identificeren.

C/ STIMULUS CONTROLE (NEGATIEVE CONDITIONERING VAN 'HET BED' DOORBREKEN)

De **stimuluscontrole techniek** is erop gericht om het bed opnieuw te leren associëren met slaperigheid (cf. insomnia cirkel). De patiënt waakt erover om nooit langer dan 20 minuten wakker in bed te blijven, maar op te staan en iets te doen dat ontspannend is tot hij/zij moe wordt. Pas als de patiënt moe is, waagt hij/zij een nieuwe poging om in bed in slaap te vallen.

Aan de hand van een **slaapdagboek (minimum versie)** of **slaapdagboek (met exploratie)** kan u de impact van deze interventie monitoren; informeer de patiënt dat dit deconditioneren vaak 2 à 3 weken tijd nodig heeft.

D/ 'TIJD-IN-BED'-RESTRICTIE (SLAAPBEHOEFTE DOEN TOENEMEN BIJ INEFFICIËNT SLAAPPATTERN)

De **tijd-in bed-restrictie techniek** is erop gericht om de slaapefficiëntie te doen toenemen. Deze interventie kan enkel ingezet worden nadat er minstens 2 weken lang een slaapdagboek (**slaapdagboek met exploratie** of **slaapdagboek minimum versie**) werd bijgehouden. De gemiddelde slaaptijd dient immers berekend te worden.

1. Bereken de gemiddelde slaaptijd: (gemiddelde tijd in bed) - (gemiddelde wakkere tijd in bed) + (30 minuten inslaaptijd) = ...
(vb.: 8u in bed - 3u wakker + 30min inslaaptijd = 5,30 uur slaaptijd)
2. Bepaal gewenste opstaan tijd in overleg met de patiënt
(vb. om 6u30 opstaan)
3. Bereken het startmoment van inslapen (terugtellen van de opstaan tijd)
(in ons voorbeeld moet de patiënt pas om 01u gaan slapen om 5,30u slaaptijd te hebben tegen het afgesproken opstaan uur).
4. Wanneer de slaapefficiëntie > 85%, dan kan de slaaptijd per week met 15' verhogen.
De opbouw stopt zodra de patiënt zich overdag alert genoeg voelt of de slaap opnieuw meer fragmenteert. U kan de slaapefficiëntie (totale slaaptijd/tijd in bed) steeds berekenen aan de hand van het slaapdagboek (in ons voorbeeld kan de patiënt dan om 00u45 gaan slapen).

1.6 FYTOTHERAPIE (VRIJE AFLEVERING)

Het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium vermeldt een bepaald aantal geneesmiddelen die plantenextracten bevatten, met name in het hoofdstuk 'Hypnotica, sedativa, anxiolytica'. Deze plantenextracten doorliepen een vereenvoudigde registratieprocedure omwille van:

- > hun 'traditionele gebruik': bewijs uit klinisch onderzoek is beperkt, maar hun werkzaamheid is aannemelijk. Bovendien is aangetoond dat ze gedurende minstens 30 jaar op deze manier veilig zijn gebruikt, waarvan minstens 15 jaar in de Europese Unie;
- > of hun 'well-established use': literatuurgegevens leveren wetenschappelijk bewijs van hun werkzaamheid en hun veiligheid bij gebruik op deze manier, en beslaan een periode van minstens 10 jaar in de Europese Unie.

Eveneens verkrijgbaar zijn voedingssupplementen en medische hulpmiddelen op basis van planten waarvan wordt gemeld dat ze een heilzaam effect hebben op de slaap, de angst en de stress.

Tot op heden heeft men bij gebruik van deze planten nog geen bijwerkingen op lange termijn vastgesteld (afhankelijkheid, tolerantie). Maar hun gebruik mag de patiënt het belang niet doen vergeten van **niet-medicamenteuze maatregelen, en**

van het achterhalen en aanpakken van de oorzaak van zijn klachten.

Tal van planten zijn gekend om het inslapen te bevorderen, maar voor de meeste is er geen bewijs van werkzaamheid. Sommige hebben een negatieve risico-batenverhouding zoals wildemanskruid en stinkende ballote (stinknetel). Daarom worden ze niet aanbevolen in geval van insomnie. Andere planten zoals linde, citroenmelisse, sinaasappelboom of geurig ijzerhard lijken geen significante ongewenste effecten te hebben. Een infusie ervan 's avonds biedt de gelegenheid om even te ontspannen voor het slapengaan, of om een heilzaam ritueel in te stellen. Het gebruik van planten zoals meidoorn, hop en passiebloem lijkt eveneens aanvaardbaar, omdat er geen ernstige bijwerkingen geassocieerd zijn aan hun gebruik.



Valeriaan (*Valeriana officinalis*) werd in verschillende studies over de aanpak van slaapstoornissen onderzocht; de meeste echter vertoonden methodologische tekortkomingen waardoor het onmogelijk is om conclusies te trekken over de werkzaamheid van valeriaan. Het zou een bescheiden hypnotisch effect hebben, vergelijkbaar met dat van een lage dosis benzodiazepine.

In een monografie gewijd aan valeriaanwortel (goedgekeurd in 2006 en bijgewerkt in 2016) besluit het Comité voor Kruidengeneesmiddelen (HPMC) van het 'European Medicines Agency' (EMA) dat preparaten met valeriaanwortel kunnen worden gebruikt om **milde symptomen van stress, lichte nerveuze gespannenheid en slaapstoornissen** bij volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar **te verlichten**.

ONGEWENSTE EFFECTEN

- > Misselijkheid, buikpijn;
- > Vermoeden van hepatotxische effecten;
- > Sommige bestanddelen kunnen mutagene en cytotoxische effecten veroorzaken. Daarom gebruikt men het best extracten op waterige of hydroalcoholische basis (laag gehalte) die geen toxische componenten bevatten (niet detecteerbaar in de in België geregistreerde preparaten op basis van valeriaan).

VOORZORGSMAATREGELEN

- > Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met een voorgeschiedenis van of met een leveraandoening.
- > Bij gebrek aan gegevens is de toediening van valeriaan niet aanbevolen bij zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven en bij kinderen onder de 12 jaar.
- > In geval van aanhoudende symptomen (> twee weken) dient een raadpleging bij de arts te worden overwogen.

INTERACTIES

In combinatie met andere sedativa of alcohol kan het sederend effect van valeriaan toenemen.

1.7 GENEESMIDDELEN

De medicamenteuze behandeling beperkt zich voornamelijk tot het toedienen van geneesmiddelen met hypnotisch effect:

> **Benzodiazepines met middellange werkingsduur** (alprazolam, bromazepam, brotizolam, clotiazepam, loprazolam, lorazepam, lormetazepam, oxazepam) of **Z-producten** (zolpidem, zopiclon). Op korte termijn verkorten ze de inslaaptijd, alsook het aantal keren en de duur van de ontwaken.

Benzodiazepines met middellange werkingsduur hebben bij stopzetting een lager risico op rebound-effect en paradoxale reacties dan benzodiazepines met korte werkingsduur. Ze hebben daarenboven een lager risico op residuele symptomen de dag daarna (hangover) dan benzodiazepines met lange werkingsduur. De Z-producten zijn niet bewezen superieur aan de benzodiazepines op vlak van werkzaamheid of veiligheid. Deze behandelingen worden gebruikt aan de laagst werkzame dosis en gedurende een korte periode, dit omwille van het risico op het optreden, na enkele weken, van tolerantie en afhankelijkheid. Het is beter om samen met de patiënt van meet af aan de stopvoorwaarden en -modaliteiten te bepalen om de risico's van langdurig gebruik te verminderen.

> **De sederende antidepressiva** (amitriptyline, doxepine, mirtazapine, trazodon, ...) worden soms voor deze indicatie voorgeschreven, maar zonder dat hier wetenschappelijk bewijs voor is. Zij genereren vele bijwerkingen en worden voorbehouden voor patiënten met psychiatrische symptomen.

> De plaats van **melatonine** in de aanpak van insomnie is beperkt. Het lijkt erop dat het de symptomen van een jetlag verbetert.

> **De sederende H1-antihistaminica** worden soms gebruikt omwille van hun sederende ongewenste effecten (alimemazine, difenhydramine, ...). Ze hebben een kortetermijneffect bij insomnie. Ze liggen aan de basis van anticholinerge effecten (monddroogte, obstipatie, visuele accommodatiestoornissen, urineretentie, ...) en van een risico op slaperigheid overdag.

> **Antipsychotica** hebben geen plaats in de aanpak van slaapproblemen. Ze worden voorbehouden voor patiënten met psychiatrische symptomen.

BIJWERKINGEN OF SLAAPPROBLEMEN ?

Bepaalde geneesmiddelen hebben ongewenste effecten die tot slaapproblemen kunnen leiden.

Farmacodynamische interacties:

Geneesmiddelen die de slaap kunnen verstoren (insomnia, onaangename dromen, nachtmerries, ...)	
Amfetaminederivaten	bupropion, methylfenidaat, ...
Antidepressiva	fluoxetine, nortriptyline, reboxetine, ...
Antiparkinsonmiddelen	levodopa, apomorfine, bromocriptine, pramipexol, ropinirol, rotigotine
Corticosteroiden	methylprednisolon, prednisolon, ...
Sympathicomimetica	adrenaline, pseudo-efedrine, fenylefrine, ...
Rookstopmiddelen	varenicline, nicotine
Cholinesterase-inhibitoren	donepezil, galantamine, rivastigmine
Bètablokkers	atenolol, bisoprolol, carvedilol, celiprolol, metoprolol, ...
Andere	theofylline, nalmefeen, cafeïne, ...

Geneesmiddelen die het sederende effect van benzodiazepines en aanverwanten kunnen versterken	
Sederende H1-antihistaminica	alimemazine, chloorfeniramine, difenhydramine, dimenhydrinaat, hydroxyzine, meclizine, promethazine, ...
Sederende antidepressiva	amitriptyline, clomipramine, doxepine, maprotiline, mianserine, mirtazapine, ...
Antipsychotica	levomepromazine, haloperidol, pimozide, tiapride, aripiprazole, clozapine, ...
Opioiden	morfine, buprenorfine, tramadol, codeïne, ethylmorfine, ...
Anti-epileptica	carbamazepine, gabapentine, lamotrigine, fenytoïne, ...
Centraal werkende antihypertensiva	clonidine, methyldopa, moxonidine
Andere	baclofen, ...

Farmacokinetische interacties:

> Diazepam = CYP2C19-substraat

Opgelet voor inductoren en remmers van het CYP2C19-enzym

> Alprazolam, midazolam, triazolam = CYP3A4-substraten

> Zolpidem, zopiclon = CYP3A4-substraten

> Opgelet voor inductoren en inhibitoren van het CYP3A4-enzym





ANGST



2.1 ANGST-EN AANVERWANTE STOORNISSEN

DSM-5 (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) beschrijft verschillende types angststoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen, posttraumatische stressstoornissen en stress. Deze typering is eerder artificieel, in de praktijk komen veel mengvormen voor. De meest voorkomende angst- en aanverwante stoornissen zijn:

- > paniekstoornis, met of zonder agorafobie (straat- of pleinvrees),
- > specifieke fobieën bv. rij-angst, hoogtevrees (acrofobie), vliegangst (aerofobie), claustrofobie (angst voor kleine ruimtes), enz.
- > sociale fobie,
- > gegeneraliseerde angst (piekerstoornis),
- > obsessief-compulsieve stoornis (OCD),
- > posttraumatische stressstoornis (PTSD).

DE LICHAAMELIJKE SYMPTOMEN

Het komt vaak voor dat de patiënt zich niet bewust is van zijn angst en zich presenteert met somatische klachten. Soms is de lichamelijke symptomatologie bijzonder hevig. Een paniekaanval kan bv. lijken op een hartinfarct of hyperventilatie op een astma-aanval. De meest voorkomende lichamelijke klachten zijn:

- > druk op de borst,
- > hartkloppingen of pijn in de hartstreek,
- > tintelingen in handen en voeten of ter hoogte van de mond,
- > beven,
- > klamme handen,
- > warmte- of koude-opwellingen,
- > intestinale stoornissen zoals abdominale ongemakken, krampen of pijn, diarree, een branderig gevoel in de maag, misselijkheid en braken,
- > frequente behoefte om te urineren,
- > hoofdpijn,
- > rugpijn.

De lichamelijke symptomen gaan vaak gepaard met slaap- en concentratieproblemen en problemen met het kortetermijngeheugen. Als er geen lichamelijke ziekte aan de basis ligt van deze fysieke symptomen, spreekt men van angst.

2.2 DE PATIËNT INFORMEREN (BELANGRIJKSTE BOODSCHAPPEN)

Naast empathie, is een goede voorlichting van de patiënt over zijn angst onontbeerlijk. De patiënt zit steeds met 3 belangrijke vragen: Wat heb ik? Hoe kom ik eraan? Hoe geraak ik ervan af?

Het begrijpen van wat er aan de hand is, is een cruciale stap voor de patiënt. Psycho-educatie geef je niet alleen wanneer de patiënt voor het eerst de klachten ter sprake brengt, maar ook bij latere contacten.

- > Toelichting geven bij de vicieuze cirkel waarin de patiënt terecht is gekomen en bij de factoren die de angst uitlokken en in stand houden. Bewustwording van het ontstaansmechanisme van de angst kan bijdragen tot vermindering van de klachten, doordat de patiënt de irrealiteit van de angst inziet. De bedoeling is dat de patiënt leert de controle over de angst te hervinden, waardoor de angst kan worden beheerst.

- > Lichte vormen van angst kunnen door de huisarts behandeld worden. In sommige gevallen is de hulp van een specialist aangewezen. Hier zijn twee benaderingen mogelijk:

- Fysieke benadering: kinesitherapierelaxatie bij lichte tot matige angst. Hier leert de patiënt om zijn angst te beheersen. De oorzaak wordt echter niet aangepakt.
 - Psychologische benadering bij ernstige en chronische angst. Hier richt men zich op oorzaak, houdingen en/of gedragingen.
- > Angst en angstgevoelens zijn normale, maar onaangename reacties. Angst kan gepaard gaan met lichamelijke symptomen zoals hartkloppingen, pyrosis, druk op de borst, hoofdpijn, etc.
- > Een medicamenteuze aanpak is effectief in het onderdrukken van de angstpercepties maar zal de angstcirkel niet doorbreken. De plaats van medicamenteuze behandeling bij angst is dan ook beperkt. Niet-medicamenteuze behandeling is hier veel belangrijker. In bepaalde gevallen dient de hulp van een specialist te worden ingeroepen. Adviezen voor de angstige patiënten :
- Het is belangrijk dat de patiënt leert hoe zijn/haar angst onder controle te houden.
 - Men hoeft zich niet te schamen voor angst- of paniekgevoelens. Maak er geen geheim van. Praat erover met familie en vrienden.
 - Probeer de patiënt duidelijk te maken dat men zich geen zorgen hoeft te maken over hoe anderen over hem/haar denken.
 - Geef de raad om situaties waar men bang voor is vooral niet te mijden, hoe moeilijk dit ook is. Toegeven aan angst betekent dat de angst erger wordt. Wanneer men niet wegloopt voor die situatie, zal men merken dat de onrust, het trillen en zweten na een tijdje verminderen en mogelijk zelfs wegblijven.

2.3 PRAKTISCHE TIPS VOOR DE PATIËNT

Er zijn verschillende vormen van angststoornissen, en het is niet evident om uit te maken wanneer een patiënt te veel onnodige zorgen heeft of lijdt aan een angststoornis.

Doorverwijzen naar de arts is aangewezen wanneer:

- > U ondervindt dat de angst of bezorgdheid van een patiënt buitensporig is t.o.v. de situatie.
- > De patiënt geeft zelf aan last te hebben van zijn bezorgdheden of angsten.

De huisarts kan op zijn beurt beslissen om verder door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening. Dit kan reeds voor milde angstklachten.

2.4 NIET-MEDICAMENTEUZE THERAPIËN OP LANGE TERMIJN

PSYCHOTHERAPIE

De behandeling verloopt stapsgewijs.

- > Er wordt altijd gestart met psycho-educatie (zie hoger). Bij sommige patiënten kan deze voorlichting volstaan om de angstklachten te doen verdwijnen.
- > Wanneer psycho-educatie alleen onvoldoende is, kan gestart worden met zelfhulp op basis van cognitieve gedragstherapeutische technieken. Dit kan onder begeleiding van de huisarts gebeuren of men kan kiezen voor begeleiding op afstand (bijvoorbeeld via internet).
- > Wanneer ook dit onvoldoende effect geeft, wordt de patiënt doorverwezen zodat cognitieve gedragstherapie of medicamenteuze therapie kan worden opgestart. Men start meteen bij deze derde stap indien de patiënt niet openstaat voor zelfhulp of wanneer er sprake is van ernstig lijden en/of ernstig sociaal disfunctioneren of psychische comorbiditeiten. Ook in geval van een obsessieve-compulsieve stoornis of een posttraumatische stressstoornis wordt aangeraden om meteen door te verwijzen gezien deze aandoeningen een specialistische behandeling vragen.
- > De combinatie van psychotherapie en medicamenteuze therapie is zinvol wanneer de afzonderlijke behandelingen onvoldoende effect hebben.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een combinatie van cognitieve therapie en gedragstherapie.

- > **Cognitieve therapie** is gericht op de gedachten en hoe die emoties en handelingen bepalen. In een eerste fase worden de gedachten en denkwijze aan de oorzaak van de angststoornissen gelinkt. In een tweede fase leert men op een andere manier om te gaan met deze gedachten (bv. aanmoedigen om angstige gedachten op hun realiteitswaarde te beoordelen zodat door meer rationele gedachten over de beangstigende verschijnselen de angst vermindert).

- > **Gedragstherapie** ziet het gedrag als uitgangspunt voor veranderingen. Verander het doen, en je denken en voelen zal volgen (bv. vermijdingsgedrag aanpakken door 'exposure in vivo': bij geleidelijk toenemende blootstelling aan de gevreesde situatie dooft de angst uit).

De combinatie van 'anders leren denken' en 'anders leren doen' is dus het uitgangspunt van CGT. Afhankelijk van de noden van de patiënt, ligt de nadruk meer op een cognitieve of op een gedragsmatige werkwijze.

2.5 FYTOTHERAPIE (VRIJE AFLEVERING)

Het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium vermeldt een bepaald aantal geneesmiddelen die plantenextracten bevatten, met name in het hoofdstuk 'Hypnotica, sedativa, anxiolytica'. Deze plantenextracten doorliepen een vereenvoudigde registratieprocedure omwille van:

- > hun 'traditioneel gebruik': bewijs uit klinisch onderzoek is beperkt, maar hun werkzaamheid is aannemelijk. Bovendien is aangetoond dat ze gedurende minstens 30 jaar op deze manier veilig zijn gebruikt, waarvan minstens 15 jaar in de Europese Unie;
- > of hun 'well-established use': literatuurgegevens leveren wetenschappelijk bewijs van hun werkzaamheid en hun veiligheid bij gebruik op deze manier, en beslaan een periode van minstens 10 jaar in de Europese Unie.

Eveneens verkrijgbaar zijn voedingssupplementen en medische hulpmiddelen op basis van planten waarvan wordt gemeld dat ze een heilzaam effect hebben op de slaap, de angst en de stress.

Tot op heden heeft men bij gebruik van deze planten nog geen bijwerkingen op lange termijn vastgesteld (afhankelijkheid, tolerantie). Maar hun gebruik mag de patiënt het belang niet doen vergeten van **niet-medicamenteuze maatregelen, en van het achterhalen en aanpakken van de oorzaak van zijn klachten.**



Er is geen informatie beschikbaar over de werkzaamheid van fytotherapie bij sociale fobie of paniekstoornis. Valeriaan (*Valeriana officinalis*) en passiebloem (*Passiflora incarnata*) zijn onderzocht bij gegeneraliseerde angststoornis, maar onvoldoende om een duidelijk standpunt te kunnen innemen i.v.m. hun plaats in de aanpak van angstklachten.

Voor valeriaan: [zie hier.](#)

In een monografie gewijd aan **passiebloem** (in 2014 goedgekeurd) besluit het Comité voor Kruidengeneesmiddelen (HPMC) van het 'European Medicines Agency' (EMA) dat preparaten op basis van passiebloem kunnen worden gebruikt **bij slaapstoornissen, voor angstreductie en verlichting van stress-symptomen** bij volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar.

BIJWERKINGEN:

- > Overgevoeligheid, misselijkheid en tachycardie zijn in de literatuur beschreven.

VOORZORGSMAATREGELEN:

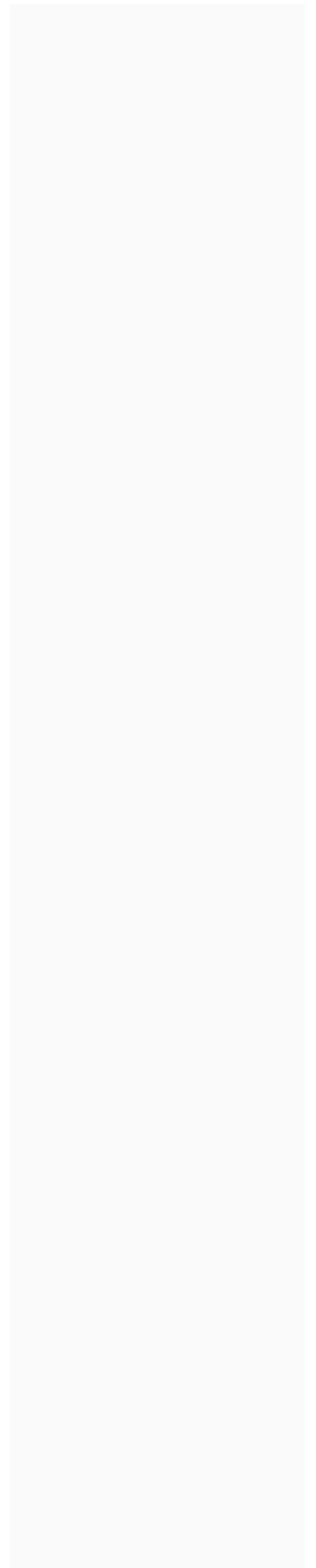
- > Bij gebrek aan gegevens is de toediening van passiebloem niet aanbevolen bij zwangere vrouwen of borstvoedende vrouwen en bij kinderen onder de 12 jaar.
- > In geval van aanhoudende symptomen (> twee weken) dient een raadpleging bij de arts te worden overwogen.

INTERACTIES:

In combinatie met andere sedativa of alcohol kan het sederend effect van passiebloem toenemen.

Specialiteiten op basis van planten. www.bcfi.be geraadpleegd op 30/11/16	Indicaties en normale dosering www.bcfi.be en SPK
Bevat droog extract van <i>Valeriana officinalis</i> : Dormiplant Mono®, Relaxine®, Sedistress Sleep®, Valdispert Relax®, Valdispert Bedtime®.	Insomnia: 450 mg à 500 mg een halfuur voor het slapengaan + 450 mg à 500 mg eerder op de avond indien nodig. Lichte zenuwstoornissen: maximum 450 mg tot 500 mg 3 tot 4 x per dag.
Bevat droog extract van alleen <i>Passiflora incarnata</i> : Sedistress®.	Milde symptomen van mentale stress: 200 mg à 400 mg 's morgens en 's avonds. Bevordert het inslapen: 200 mg à 400 mg een halfuur voor het slapengaan.
Andere planten en combinaties: Aubeline®, Calmplant®, Rodizen®, Sedinal®, Seneuval®, Valdispert Sleep®, Valdispert Stress®.	Zie SPK

2.6 GENEESMIDDELEN



Ook bij angststoornissen geeft men de voorkeur aan een niet-medicamenteuze aanpak omwille van de werkzaamheid van de behandeling en de afwezigheid van bijwerkingen, ongeacht het type angst (gegeneraliseerde angststoornis, fobie, paniekstoornis). Geneesmiddelen hebben een plaats in geval van ernstige stoornissen of falen van de niet-medicamenteuze therapie.

Geneesmiddelen die in deze gevallen worden gebruikt zijn voornamelijk:

- > **Benzodiazepines:** het effect is snel, maar lijkt na enkele weken af te nemen. Gezien het risico op bijwerkingen (tolerantie, afhankelijkheid, ...) dient de behandelingsduur zo kort mogelijk (1-2 weken) te zijn. De meeste angststoornissen houden maanden of zelfs jaren aan, en daarom worden benzodiazepines vaak gedurende lange tijd toegediend. Op die manier geven ze aanleiding tot lichamelijke en psychologische afhankelijkheid. De langwerkende of middellangwerkende moleculen genieten daarom de voorkeur. Zij vertonen minder risico op ontwenningsverschijnselen ten opzichte van de kortwerkende moleculen.
- > tricyclische **antidepressiva** of selectieve serotonine- of noradrenaline-heropnameremmers: hun effect is pas merkbaar na enkele weken en hun bijwerkingen geven vaak aanleiding tot het stopzetten van de behandeling.
- > **Betablokkers:** aan een lage dosis zijn ze werkzaam bij faalangst tijdens examens of prestaties voor een publiek (plankenkoorts).
- > **Pregabalin:** lijkt werkzaam op korte termijn voor geeneraliseerde angst in geval van intolerantie voor andere behandelingen of van geneesmiddeleninteracties. Geeft veel bijwerkingen.

BIJWERKINGEN OF ANGSTSYMPTOMEN ?

Bepaalde geneesmiddelen hebben bijwerkingen die kunnen leiden tot angstsymptomen.

Farmacodynamische interacties:

Geneesmiddelen die mogelijk aanleiding geven tot angstklachten of fysieke symptomen die verward kunnen worden met angst	
Amfetaminederivaten	bupropion, methylfenidaat, ...
Corticosteroiden	methylprednisolon, prednisolon, ...
Sympathicomimetica	adrenaline, pseudo-efedrine, fenylefrine, ...
Rookstopmiddelen	varenicline, nicotine
Fosfodiësterase type 5-inhibitoren	sildenafil, tadalafil, vardenafil
Andere	disulfiram, levothyroxine, memantine, naltrexon, theofylline, ...

Geneesmiddelen die het sederende effect van benzodiazepines en aanverwanten kunnen versterken	
Sederende H1-antihistaminica	alimemazine, chloorfeniramine, difenhydramine, dimenhydrinaat, hydroxyzine, meclozine, promethazine, ...
Sederende antidepressiva	amitriptyline, clomipramine, doxepine, maprotiline, mianserine, mirtazapine, ...
Antipsychotica	levomepromazine, haloperidol, pimozide, tiapride, aripiprazole, clozapine, ...
Opioiden	morfine, buprenorfine, tramadol, codeïne, ethylmorfine, ...
Anti-epileptica	carbamazepine, gabapentine, lamotrigine, fenytoïne, ...
Centraal werkende antihypertensiva	clonidine, methyl dopa, moxonidine
Andere	baclofen, ...

Farmacokinetische interacties:

diazepam = CYP2C19-substraat

Opgelet voor inductoren en remmers van het CYP2C19-enzym (zie www.bcfi.be)

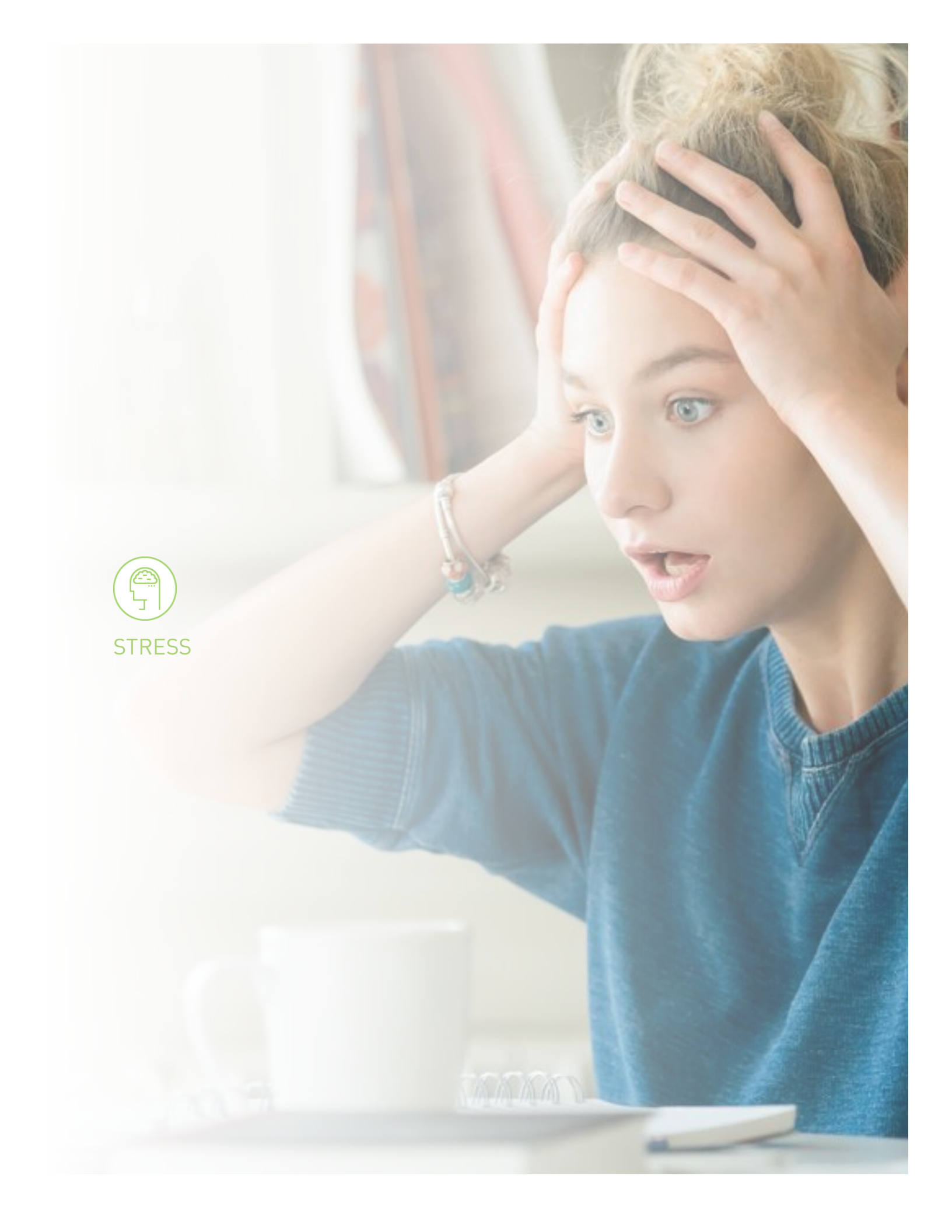
alprazolam, midazolam, triazolam = CYP3A4-substraten

zolpidem, zopiclon = CYP3A4-substraten

Opgelet voor inductoren en remmers van het CYP3A4-enzym (zie www.bcfi.be)



STRESS



3.1 NORMALE STRESS, OVERSPANNING, BURN-OUT OF DEPRESSIE ?

'NORMALE' STRESS

Stress kan beschouwd worden als een gezonde aanpassingsreactie op een abnormale situatie of gebeurtenis. Stress is immers een natuurlijke reactie en een belangrijk overlevingsmechanisme.

Stress-signalen zijn signalen van lichaam en geest die aangeven dat er iets moet veranderen aan de situatie.

Een langdurige of chronische 'stress-toestand' is ongezond en brengt het risico van een vicieuze cirkel en uitputting (roofbouw) met zich mee. De uitputting zorgt ervoor dat de reactie op de duur niet meer in overeenstemming is met de prikkel. De emmer van de patiënt is vol en elke extra druppel doet de emmer overlopen.

Indien de stress-factoren aanwezig blijven kan de stress-reactie aanleiding geven tot uitputting en is de stress-reactie niet langer gezond. Op dat moment kan er een toestand van overspanning of burn-out ontstaan.

WANNEER DE STRESSTOESTAND CHRONISCH WORDT

Hoe chronischer de stresstoestand wordt, hoe ernstiger de impact op het functioneren van de patiënt kan worden, gezien de patiënt onvoldoende in staat blijkt om met de situatie om te gaan (falende 'coping'-strategieën) en stress-signalen op zich het gevoel van bedreiging versterken.

Een langdurige overbelasting kan bovendien andere psychiatrische aandoeningen uitlokken. Het is van belang attent te zijn voor stress-gerelateerde problematieken en snel in te grijpen.

Bij stress is er een onevenwicht tussen de capaciteiten en/of behoeften van de persoon enerzijds en de aard van het werk (omgeving) anderzijds. Dit onevenwicht kan met verschillende factoren te maken hebben:

- > **Persoonlijke eigenschappen:** zoals de lat hoog leggen voor zichzelf en anderen, geen 'nee' kunnen zeggen, gebrekkige planningsvaardigheden of een slechte balans tussen werk en privé.
- > **Inhoud van het werk:** bijvoorbeeld onduidelijke taken, onduidelijke verantwoordelijkheden of voortdurende druk om te presteren.
- > **Eigenschappen van het team waarin gewerkt wordt:** zoals conflicten, slechte sfeer, getreiter, slecht doorspreken van afspraken, meerdere functies met strijdige belangen, weinig waardering.
- > **Kenmerken van de organisatie:** deze sluit niet goed aan bij de kenmerken van de persoon. Bijvoorbeeld een innovatieve organisatie, terwijl er bij de werknemer behoefte is aan stabiliteit.

KENMERKEN VAN OVERSPANNING ZIJN:

- > enkele ernstige stress-signalen (cf. stress-signalen op 4 niveaus);

- › gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stress-factoren in het dagelijks functioneren;
- › de stress-hantering schiet tekort. De persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel zijn grip te verliezen;
- › de klachten leiden tot een disfunctioneren op sociaal of beroepsmatig vlak.

KENMERKEN VAN BURN-OUT ZIJN:

- › Bij burn-out gaat het om een eindstadium van overspanning ten gevolge van chronische stress die tot een ontregeling leidt van het neuro-hormonale systeem, hetgeen de bron is van het hele scala aan lichamelijke klachten en psychisch disfunctioneren.
- › Naast bovenvermelde kenmerken van overspanning zijn er bij burn-out nog een aantal specifieke klachten aanwezig:
 - aanhoudende extreme vermoeidheid, (emotionele) uitputting;
 - depersonalisatie, demotivatie, cynisme;
 - een gevoel van incompetentie/falen.
- › De klachten van burn-out zijn meer dan 6 maanden geleden begonnen en zijn dus chronisch te noemen.
- › De problemen van patiënten met burn-out situeren zich meestal in relatie met het werk, maar dit kan ook op andere levensdomeinen (bv. bij mantelzorgers) voorkomen. Indien het werk voor de patiënt als stress-factor wordt ervaren, ontstaat er vaak een dualiteit tegenover het werk: het werk verlaten of blijven? Er is een ambivalentie tussen de wil om te vechten om actief te blijven en de uitputting die aanzet tot het verlaten van de werkomgeving.
- › De symptomen van burn-out lijken heel erg op deze van een depressie. Burn-out is meestal vooral gelinkt aan de werksituatie terwijl depressie alle aspecten van het leven raakt. Burn-out kan afglijden in depressie.

3.2 DE PATIËNT INFORMEREN (BELANGRIJKE BOODSCHAPPEN)

De patiënt zit steeds met 3 belangrijke vragen: Wat heb ik? Hoe kom ik eraan? Hoe geraak ik ervan af?

Het begrijpen van wat er aan de hand is, is een cruciale stap voor de patiënt.

- › Stress maakt deel uit van het dagelijks leven. In beperkte mate en episodisch, is stress aanvaardbaar en zelfs heilzaam. Maar in sommige gevallen slaagt het lichaam er niet meer in de spanning het hoofd te bieden, wat psychische of lichamelijke klachten met zich kan meebrengen. Dit zijn alarmsignalen die aandacht vragen!
- › De medicamenteuze behandeling van stress is beperkt, omdat ze de oorzaak niet aanpakt. Belangrijk is de situatie niet te minimaliseren en het gebroken evenwicht te herstellen. Dit is haalbaar dankzij tips om de stress-weerstand te verhogen en de spanning te verminderen (zie niet-medicamenteuze maatregelen hieronder). In sommige gevallen zal een gespecialiseerde niet-medicamenteuze aanpak nodig zijn.
- › Hypersomnia komt vaak voor bij aanvang van de aanpak van de stress, omdat een recuperatiefase noodzakelijk is vanwege het door de stress veroorzaakte energietekort.
- › Stel de patiënt gerust bij klachten van overvloedig zweten bij het ontwaken. Deze klachten zijn te wijten aan een neurovegetatieve activatie, die afneemt tijdens de behandeling doordat de stress vermindert.

3.3 PRAKTISCHE TIPS VOOR DE PATIËNT

HOE DE WEERSTAND T.O.V. STRESS VERHOGEN EN DE SPANNING VERMINDEREN ?

- › Streef een goed evenwicht na tussen werk en ontspanning.
- › Vind een uitlaatklep voor spanningen (sport, wandelen, yoga, hobby's, ...).
- › Zoek een aangenaam tijdverdrrijf. Voorzie dagelijks een beetje vrije tijd om iets leuks te doen.
- › Hanteer een gezonde levensstijl:
 - Slaap voldoende, eet gezond en doe regelmatig aan lichaamsbeweging.
 - Vermijd roken, tussendoortjes/snoepen, alcohol of cafeïnehoudende dranken.
- › Zoek steun in je omgeving.
- › Herken situaties die stress kunnen uitlokken en probeer ze zoveel mogelijk te vermijden. Is dat onmogelijk, probeer de situatie dan anders te benaderen en te zien door andermans ogen.
- › Stel een werkschema op, maak een lijst op van uit te voeren taken en prioriteer ze.
- › Leer 'neen' te zeggen.

STRESS-MANAGEMENT

In het kader van stress-management is het niet zo dat één methode beter werkt dan een andere. Wat bij de ene persoon goed werkt, werkt niet noodzakelijk bij een andere persoon. Het basisprincipe bij stress-management is het verlagen van de draaglast en het verhogen van de draagkracht.

- › Verlagen van de draaglast kan d.m.v. cognitieve technieken waarbij men bv. de oorzaken van stress identificeert (via een dagboek) en deze probeert te vermijden of te veranderen. Ook het (her)structureren van prioriteiten kan helpen. Hierbij maakt men een werkplanning of een lijstje met alles wat moet gebeuren. Zo maakt men het hoofd leeg en krijgt men een gevoel van controle. Durf te schrappen in het lijstje en durf 'neen' zeggen!
- › Verhogen van draagkracht kan bv. d.m.v. relaxatie- en meditatietechnieken.

Schriftelijke ondersteuning van de mondelinge raadgevingen zorgen ervoor dat de boodschap beter blijft hangen. Op deze site kan de patiënt heel wat nuttige informatie vinden:

www.geestelijkgezondvlaanderen.be/stress-overspanning-en-burn-out

www.overheid.vlaanderen.be/stress-en-burn-out

3.4 DE PATIËNT DOORVERWIJZEN

Stress heeft geen negatieve bijwerkingen, zolang de ervaren spanning in goede verhouding staat tot de uitdaging, de stress niet aanhoudt of onder controle is. Doorverwijzen naar de arts is nodig wanneer:

- › Stress-klachten staan niet in verhouding tot de uitdaging.
- › Stress-klachten zijn niet onder controle.
- › Er zijn langdurige periodes van stress, zonder herstel. Dit kan aanleiding geven tot lichamelijke kwalen zoals:
 - hoofd-, nek-, en rugklachten, stijfheid bij opstaan,
 - hyperventilatie,
 - slapeloosheid,
 - koude handen en voeten,
 - wazig zien, dubbel zien,
 - hoge bloeddruk, hartklachten,
 - maag- en darmklachten,
 - duizeligheid,
 - vatbaarheid voor ziekten en infecties.

3.5 NIET-MEDICAMENTEUZE THERAPIËN OP LANGE TERMIJN

Wanneer psycho-educatie en stress-management onvoldoende helpen, wordt de patiënt best doorverwezen naar gespecialiseerde hulp. Ook bij stress is in deze fase cognitieve gedragstherapie aangewezen.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een combinatie van cognitieve therapie en gedragstherapie.

- › **Cognitieve therapie** is gericht op de gedachten en hoe die emoties en handelingen bepalen. In een eerste fase worden de gedachten en denkstijl aan de oorzaak van de angststoornissen gelinkt. In een tweede fase leert men op een andere manier om te gaan met deze gedachten (bv. aanmoedigen om angstige op zijn realiteitswaarde te beoordelen zodat door meer rationele gedachten over de beangstigende verschijnselen de angst vermindert).
- › **Gedragstherapie** ziet het gedrag als uitgangspunt voor veranderingen. Verander het doen en je denken en voelen zal volgen (bv. vermijdingsgedrag aanpakken door 'exposure in vivo': bij geleidelijk toenemende blootstelling aan de gevreesde situatie dooft de angst uit).

De combinatie van 'anders leren denken' en 'anders leren doen' is dus het uitgangspunt van CGT. Afhankelijk van de noden van de patiënt, ligt de nadruk meer op een cognitieve of op een gedragsmatige werkwijze.

3.6 FYTOTHERAPIE (VRIJE AFLEVERING)

Het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium vermeldt een bepaald aantal geneesmiddelen die plantenextracten bevatten, met name in het hoofdstuk 'Hypnotica, sedativa, anxiolytica'. Deze plantenextracten doorliepen een vereenvoudigde registratieprocedure omwille van:

- > hun 'traditioneel gebruik': bewijs uit klinisch onderzoek is beperkt, maar hun werkzaamheid is aannemelijk. Bovendien is aangetoond dat ze gedurende minstens 30 jaar op deze manier veilig zijn gebruikt, waarvan minstens 15 jaar in de Europese Unie;
- > of hun 'well-established use': literatuurgegevens leveren wetenschappelijk bewijs van hun werkzaamheid en hun veiligheid bij gebruik op deze manier, en beslaan een periode van minstens 10 jaar in de Europese Unie.

Eveneens verkrijgbaar zijn voedingssupplementen en medische hulpmiddelen op basis van planten waarvan wordt gemeld dat ze een heilzaam effect hebben op de slaap, de angst en de stress.

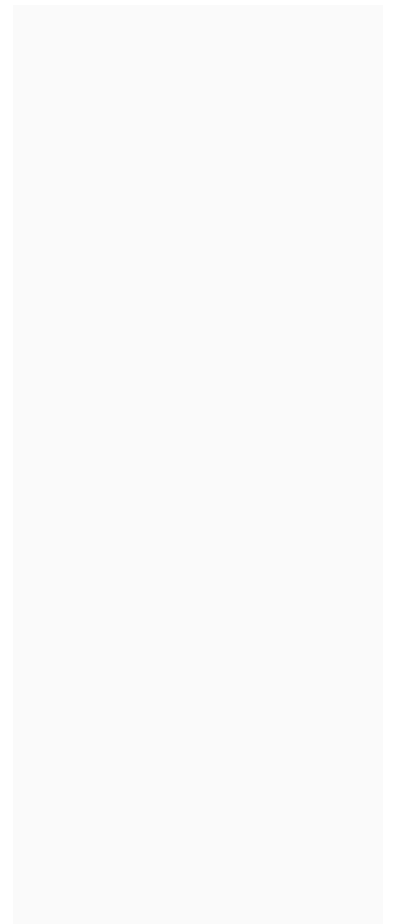
Tot op heden heeft men bij gebruik van deze planten nog geen bijwerkingen op lange termijn vastgesteld (afhankelijkheid, tolerantie). Maar hun gebruik mag de patiënt het belang niet doen vergeten van **niet-medicamenteuze maatregelen, en van het achterhalen en aanpakken van de oorzaak van zijn klachten.**

3.7 GENEESMIDDELEN

Stress-gerelateerde klachten zijn voor de patiënt signalen die aangeven dat er een onevenwicht is tussen zijn draagkracht en de problemen waarmee hij te kampen heeft (draaglast). De aanpak ervan zal voornamelijk bestaan uit psycho-educatie m.b.t. de stress en herstel van het onevenwicht. Het voorschrijven van psychotrope geneesmiddelen (bv. anxiolytica, antidepressiva) heeft in deze gevallen geen plaats, omdat het de patiënt kan doen geloven dat zijn situatie verbetert, waardoor hij het belang en de gevolgen van de stress minimaliseert.

In uitzonderlijke gevallen kan een medicamenteuze behandeling complementair zijn aan de niet-medicamenteuze behandeling, in het bijzonder bij stress-gebonden slaapproblemen: middellangwerkend benzodiazepine of Z-product.

Voor andere geneesmiddelen is er geen wetenschappelijk bewijs.



DEPRESSIE

4.1 INLEIDING

De term depressie komt van het Latijnse woord 'deprimere', wat 'omlaag drukken' betekent. In 1665 werd de term depressie voor het eerst gebruikt om geestelijk lijden te verwoorden, dit werd benoemd als: 'depressie van de geest'. De term 'melancholie' bleef de meest gebruikte term om neerslachtigheid te diagnosticeren, maar in de 19de eeuw werd 'depressie' steeds meer gebruikt. Tegen het einde van de 19de eeuw was 'depressie' een volwaardig synoniem geworden en was de betekenis een verminderde emotionele functie.

4.2 DIAGNOSTIEK & PATHOLOGIE

De belangrijkste internationale diagnostiek en indeling van depressieve stoornissen is te vinden in de DSM-5 classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Volgens de DSM-5 criteria zijn er negen symptomen van depressie. Om te spreken van depressie, moet er minstens één kernsymptoom aanwezig zijn, gecombineerd met minstens vier andere symptomen, dit gedurende ten minste twee aaneengesloten weken, het grootste deel van de dag en bijna elke dag [zie Tabel 1].

Men spreekt ook wel van een 'unipolaire depressie' of 'gewone' depressie (ter onderscheid van een bipolaire depressie).

Indien bepaalde klachten kortdurend en van voorbijgaande aard zijn, dan spreekt men van depressieve klachten. Dit komt bij de meeste mensen wel eens voor (bv. na overlijden of bij relatieproblemen).

Tabel 1: symptomen van een depressie a.d.h.v. DSM-5 classificatie

1	Kernsymptomen	Depressieve stemming
2		Verlies van interesse of plezier in bijna alle activiteiten
3	Overige symptomen	Verandering van eetlust of gewicht
4		Stapeloosheid of hypersomnia (extreme slaperigheid)
5		Psychomotore remming of agitatie
6		Moeheid of verlies van energie