

GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS (GAS)

PSYCHO-EDUCATIEVE REFERENTIEKAART #01



KLINISCH PROFIEL & DEFINITIE

Gegeneraliseerde angststoornis (GAS) kenmerkt zich door buitensporige, ongecontroleerde bezorgdheid en aanhoudende anticipatieangst over alledaagse gebeurtenissen gedurende ten minste zes maanden. Dit referentieblad visualiseert de interactie tussen cognitieve piekerlussen, chronische somatische hyperarousal en gedragsmatige controlepogingen.

- **Kerncriterium:** Aanhoudende, moeilijk beheersbare piekergedachten ('wat als'-scenario's)
- **Prevalentie en beloop:** Vaak chronisch en fluctuerend met hoge lijdensdruk
- **Klinische functie:** Doet dienst als psycho-educatieve referentie ter visualisatie van instandhoudende patronen zonder direct diagnostisch oordeel



Psycho-educatieve Disclaimer

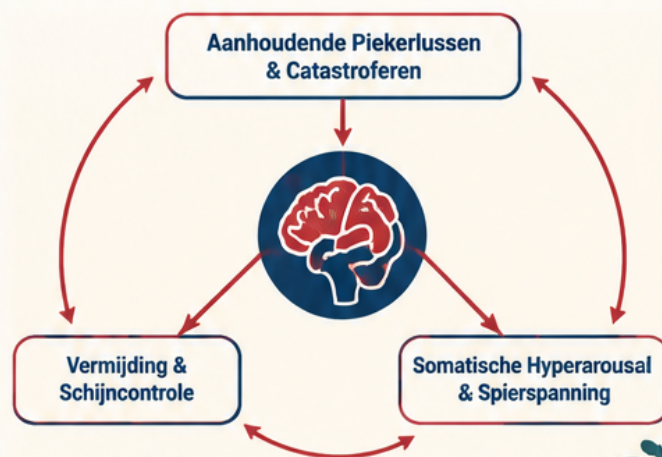
Deze referentiekartaart is uitsluitend bestemd voor deskundige psycho-educatie en casusconceptualisatie binnen de behandelrelatie. Het vormt geen zelfstandig diagnostisch instrument of bindend behandeladvies.



KERNSYMPTOMEN & SYSTEEMDYNAMIEK

De wisselwerking tussen neurobiologische stressresponsen, cognitieve overactivatie en somatische spanning resulteert in een zichzelf versterkend patroon dat centrale executieve functies uitput.

- **Cognitieve piekerlussen:** Intrusieve ketens van catastroferende gedachten, overschatting van dreiging en intolerantie voor ambiguïteit of onzekerheid
- **Somatische spanningsklachten:** Spierspanning (met name nek, schouders en kaak), rusteloosheid, vermoeidheid, prikkelbaarheid en slaapstoornissen
- **Vermijdings- en veiligheidsgedrag:** Uitstelgedrag, dwangmatig controleren, overmatig geruststelling zoeken en ontwijken van onzekere situaties



IN DE SESSIE: PIEKERKWARTIER & CIRKELS VAN INVLOED

Concreet stappenplan voor de behandelaar om tijdens de sessie piekerprocessen te externaliseren en de tolerantie voor onzekerheid stapsgewijs te vergroten.



Aandachtspunt in Uitvoering

Bespreek expliciet dat piekeren vaak functioneert als schijncontrole om emotionele verwerking te vermijden. Normaliseer dat controleverlies inherent is aan onzekere levensomstandigheden.



1 Breng de piekerketen visueel in kaart

Teken samen met de cliënt de specifieke piekerlus uit: start bij de initiële 'wat als'-trigger, noteer de lichamelijke arousal en markeer het daarop volgende veiligheids- of vermijdingsgedrag.



2 Introduceer het dagelijkse piekerkwartier

Instrueer de cliënt om piekergedachten overdag direct kort te noteren en uit te stellen tot een vast afgebakend moment (maximaal 15 tot 20 minuten op een vaste plek en tijd, buiten de slaapkamer).



3 Construeer de Cirkels van Invloed en Betrokkenheid

Teken twee concentrische cirkels. Sorteer actuele piekerthema's: zaken binnen directe controle (cirkel van invloed: actieplan formuleren) versus zaken buiten directe invloed (cirkel van betrokkenheid: actieve acceptatie en tolerantie voor onzekerheid oefenen).



4 Evalueer de somatische spanning

Bespreek hoe het loslaten van piekergedrag initieel lichamelijke onrust kan oproepen en koppel hier ademhalings- of progressieve ontspanningsoefeningen aan.





PANIEKSTOORNIS EN AGORAFOBIE – REFERENTIEKAART



KLINISCHE PRESENTATIE & KERKENMERKEN

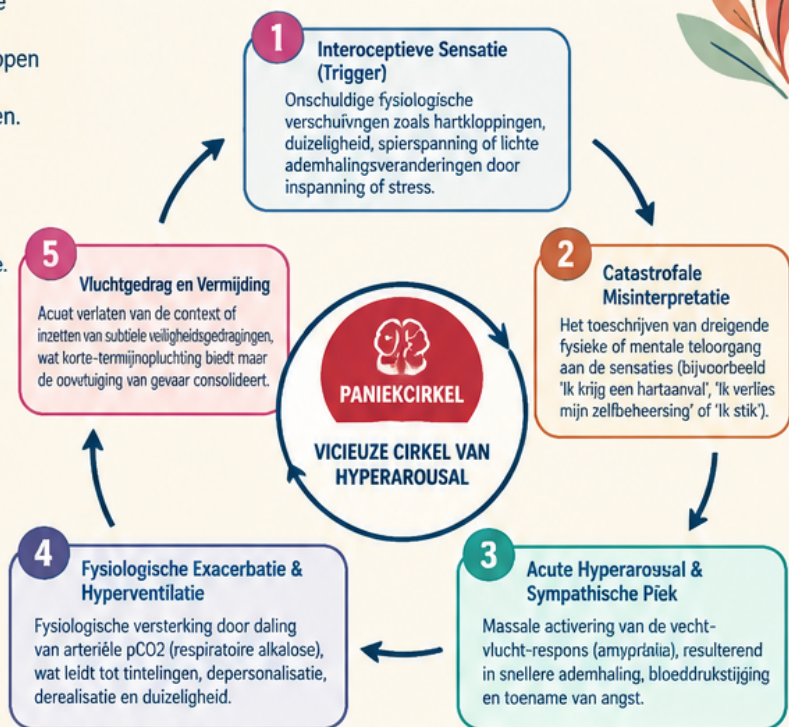
Paniekstoornis kenmerkt zich door recidiverende, onverwachte paniekaanvallen die gepaard gaan met aanhoudende anticipatieangst voor een nieuwe episode of de mogelijke gevolgen daarvan. Agorafobie omvat intense vrees of vermijding van situaties waarin ontsnappen bemoeilijkt is of hulp niet direct beschikbaar is bij het optreden van paniekachtige of invaliderende symptomen.

- Plotselinge piek van intense angst of intens onbehagen binnen enkele minuten.
- Aanhoudende bezorgdheid over toekomstige aanvallen (anticipatieangst) of gedragsveranderingen gericht op preventie.
- Vermijding van openbare ruimtes, menigten, openbaar vervoer of afgesloten plaatsen.
- Frequentie veiligheidsgedragingen zoals het meedragen van medicatie, water of de nabijheid van een vertrouwenspersoon vereisen.



Psycho-educatieve Referentierichtlijn

Deze kaart dient uitsluitend als visuele en psycho-educatieve procesreferentie voor zorgprofessionals. De gepresenteerde stroomschema's behelzen geen direct individueel behandeladvies of formele diagnostische classificatie.



SESSIE TOEPASSING & INTEROCEPTIEVE VERKENNING

Gebruik het stroomschema tijdens de sessie om de fysiologische logica van paniek te ontkoppelen van feitelijk fysiek gevaar. Verken samen met de cliënt hoe interoceptieve angst de symptomen versterkt.



Aandachtspunt Hyperventilatie-educatie

Leg uit dat snelle, oppervakkige ademhaling leidt tot vaatvernauwing in de hersenen door verlaagd koolzuurgas. Dit verklaart de wazigheid en tintelingen, maar is volkomen onschadelijk.

1

Gëidentificeerde lichamelijke triggersensatie van de cliënt

2

Specifieke catastrofale kerngedachte ("Wat dreigt er te gebeuren?")

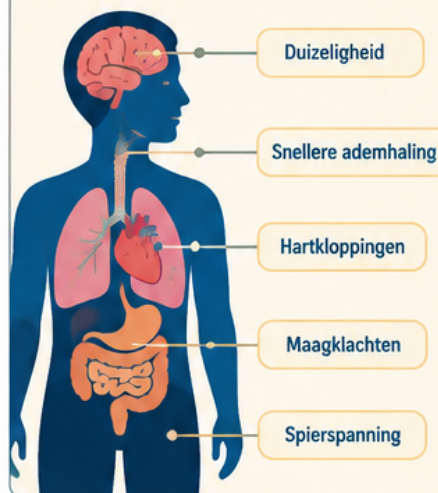
3

Overeengekomen interoceptieve exposure-oefening (bijv. 60 sec rietjesademen of rondraaien)

4

Observatie van de cliënt na uitdoven van de lichamelijke sensatie

LICHAMELIJKE SIGNALEN BIJ PANIEK



CENTRALE BOODSCHAP

De symptomen zijn onschuldig, maar voelen niet zo. Begrip vermindert angst, kennis geeft regie.

SOCIALE ANGSTSTOORNIS (SAS) – VISUEEL MODELLENOVERZICHT



KLINISCHE PRESENTATIE & KERNCOGNITIES

De sociale angststoornis (SAS) kenmerkt zich door een persistente vrees voor negatieve beoordeling, afwijzing of vernedering in sociale en prestatiesituaties. In de kern activeren interpersoonlijke situaties latente schema's rond tekortschieten en relationele kwetsbaarheid, waardoor neutrale sociale cues automatisch als bedreigend worden geïnterpreteerd.

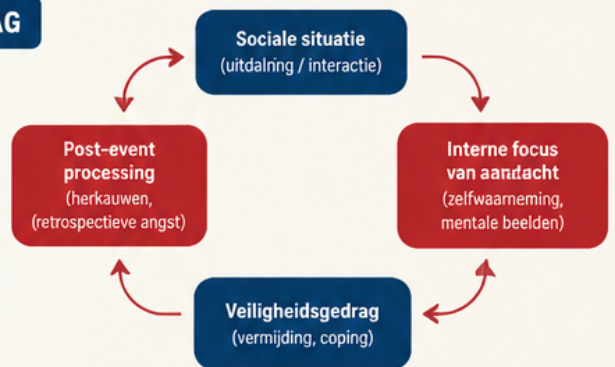
- **Kernovertuiging:** 'Ik ben fundamenteel ontoereikend, raar of saai.'
- **Verwachting van afwijzing:** 'Anderen zien mijn ongemak en zullen mij veroordelen of uitsluiten.'
- **Lichamelijke activatie:** Blozen, transpireren, trillen en hartkloppingen versterken de angst voor zichtbaar functieverlies.



ONDERHOUDENDE CYCLUS: AANDACHT EN GEDRAG

Volgens cognitieve modellen (Clark & Wells) houdt een specifieke terugkoppingslus de angst in stand zodra een sociale situatie wordt betreden. De interactie tussen zelfwaarneming en vermijding verhindert corrigerende leerervaringen.

- **Interne focus van aandacht:** De blik verschuift abrupt naar binnen (interoceptieve sensaties en mentale zelfbeelden vanuit toeschouwersperspectief).
- **Veiligheidsgedrag:** Subtiele coping (zoals oogcontact vermijden, krampachtig vasthouden van glazen, vooraf zinnen instuderen) die disconfirmatie blokkeert.
- **Post-event processing:** Uitgebreid 'herkauwen' na afloop van de interactie, waarbij subjectieve spanning retrospectief wordt verward met objectief falen.



TOEPASSINGSNOTITIE VOOR DE SESSIE: TAAKCONCENTRATIE-TRAINING

Concreet gebruiksvoorbeeld in de behandelkamer: het visueel in kaart brengen en experimenteel doorbreken van de interne aandachtsfocus tijdens sociale interacties.



Aandachtspunt in Sessie

Controleer of de cliënt veiligheidsgedrag niet stiekem vervangt door overmatige inspanning tijdens de externe focus. Doel is niet perfect functioneren, maar ongefilterde habituatie en disconfirmatie.

1

Stap 1: Micro-interactie met interne focus

Laat de cliënt 2 minuten een gesprek voeren terwijl de aandacht bewust voor 90% op de eigen hartslag, ademhaling en zelfbeeld wordt gericht. Registreer angstniveau en inschatting van overdracht.

2

Stap 2: Micro-interactie met taakgerichte externe focus

Herhaal dezelfde interactie, maar instrueer de cliënt de aandacht 100% naar buiten te verplaatsen: let op de kleur van de ogen van de ander, de intonatie en de omgevingsdetails.

3

Stap 3: Vergelijkende evaluatie en debriefing

Vergelijk samen de subjectieve spanning en de daadwerkelijke prestatie. Maak inzichtelijk hoe interne focus de angstklachten kunstmatig uitvergroot.



Involveld

Geïdentificeerd intern zelfbeeld (bv. 'ik tril zichtbaar')

Gekozen extern focusdoel voor komende oefensituatie



Beslissingsmoment

Blijft de cliënt tijdens sociale expositie primair gefocust op eigen lichamelijke sensaties?

Ja, interne zelfmonitoring blijft dominant

Onderbreek de oefening en doe eerst een neutrale zintuiglijke taakconcentratie-oefening in de ruimte (bv. 5 geluiden of visuele patronen benoemen).

Nee, cliënt kan de aandacht extern richten op de gesprekspartner of taak

Ga over tot gedragsexperimenten waarin actief veiligheidsgedrag wordt afgebouwd (bv. expres stiltes laten vallen).

DEPRESSIEVE STOORNIS (UNIPOLAIR) - OVERZICHT & SESSIENOTITIE



KLINISCHE OMSCHRIJVING & KERKENMERKEN

De unipolaire depressieve stoornis wordt gekenmerkt door een aanhoudend sombere stemming en/of een uitgesproken verlies van interesse en plezierbeleving (anhedonie) gedurende minimaal twee opeenvolgende weken. Deze toestand leidt tot een verstoring in het dagelijks psychosociaal functioneren.

- Aanhoudend sombere of gedrukte stemming gedurende het grootste deel van de dag
- Gedesoriëerd verlies van interesse of plezier (anhedonie) in nagenoeg alle activiteiten
- Significante gewichtsverandering of ontregeling van het eetpatroon
- Slaapstoornissen: persisterende insomnie of juist hypersomnie
- Psychomotorische agitatie of juist waarneembare psychomotorische vertraging
- Chronische vermoeidheid, uitputting en verlies van basale energie
- Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige en inadequaat schuldgevoelens
- Verminderd vermogen tot concentratie, focus en besluitvorming



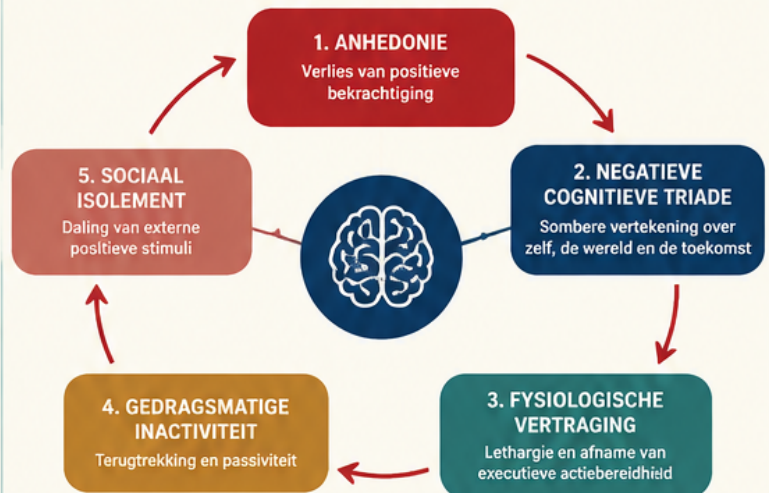
Psycho-educatieve Disclaimer

Dit visuele model en bijbehorende materialen zijn uitsluitend bestemd als psycho-educatieve referentie binnen een therapeutische setting. Deze kaart bevat geen diagnostische claim of behandeladvies voor individuele cliënten.



VISUELE MINDMAP: DE VICIEUZE CIRKEL VAN INACTIVITEIT EN ANHEDONIE

Onderstaand schema visualiseert de zichzelf versterkende neerwaartse spiraal waarin anhedonie, cognitieve vervorming, gedragsmatige passiviteit en fysiologische de-activatie elkaar chronisch in stand houden.



WELK AANGRIJPINGSPOINT BINNEN DE VICIEUZE CIRKEL STAAT OP DIT MOMENT CENTRAAL?

1

Primaire gedragsmatige inertie

(cliënt komt het bed/huis nauwelijks uit)

- Focus op micro-gedragsactivatie: breek alledaagse handelingen op in hanteerbare eenheden van maximaal 5 tot 10 minuten.

2

Dominante negatieve cognitieve triade

("Ik kan niets, niemand wil mij zien")

- Koppel de gedachte aan activatieregistratie: toets de hypothese door middel van vooraf ingeplande versus werkelijk ervaren voldoening/plezier.



SESSIENOTITIE: GEDRAGSACTIVATIE & MICRO-ACTIVITEITEN

Praktische handvatten voor de behandelaar om tijdens de sessie de vicieuze cirkel stapsgewijs te doorbreken via gedragsactivatie en visuele monitoring.

- Normaliseer de fysieke weerstand: leg uit dat motivatie in depressie vrijwel altijd pas volgt ná het starten van handelen, niet vooraf.
- Stel haalbare micro-activiteiten vast met een extreem lage drempel (bijvoorbeeld: 3 minuten planten water geven of 5 minuten buiten op een bankje zitten).
- Monitor stemming met een dubbele schaal: laat de cliënt per activiteit zowel Plezier (0-10) als Voldoening/Prestatie (0-10) registreren.



Aandachtspunt voor de Behandelaar

Voorkom overbelasting: een te ambitieus activatieplan kan bij niet-slagen de kernovertuiging van falen versterken. Houd de initiële stappen bewust kleiner dan de cliënt aankant.

1



Stap 1: Huidige situatie in kaart brengen

Verken samen met de cliënt het dagritme van de afgelopen week en identificeer specifieke momenten van passiviteit en pieken.

2



Stap 2: Bepalen van één micro-doel

Selecteer een laagdrempelige taak die maximaal 5 tot 15 minuten duurt en direct uitvoerbaar is binnen de thuisomgeving.

3



Stap 3: Voorspelling en registratie

Laat de cliënt vooraf een schatting maken van het verwachte plezier en de verwachte moeite, en registreer direct na afloop de werkelijke uitkomst.



Geselecteerde invulvelden

Gekozen micro-activiteit voor komende week:

Verwachte stemming vooraf (0-10) en ervaren voldoening achteraf (0-10):



AANHOUDEnde DEPRESSIEVE STOORNIS (DYSTHYMIE)



KLINISCH PROFIEL: CHRONISCHE LAAGGRADIGE STEMMINGSDALING

Aanhoudende depressieve stoornis (dysthymie) kenmerkt zich door een sombere stemming gedurende het overgrote deel van de dag, voor minimaal twee aaneengesloten jaren bij volwassenen. In tegenstelling tot een acute episodische depressieve episode (majeure depressie) met diepe dalen en tussenliggend herstel, verloopt dysthymie sluipend en continu. Dit leidt veelal tot identiteitsvervlechting ('zo ben ik nu eenmaal'), een structureel geërodeerd zelfbeeld en diepgewortelde demoralisatie.

- **Duur:** Minstens twee jaar continue aanwezigheid van stemmingsklachten zonder symptoom-vrije periode langer dan twee maanden achtereen.
- **Differentiaal:** Chronische milde uitputting en demoralisatie versus acute neurovegetatieve ontregeling en verlies van basale zelfzorg.
- **Cognitief patroon:** Chronisch gevoel van incompetentie, insufficiëntie en verwachting van blijvende teleurstelling.



Psycho-educatieve Afbakening

Deze visuele referentiekaart dient uitsluitend als psycho-educatief en structurerend instrument voor behandelaars. Het bevat geen diagnostische claim of behandelvoorschrift voor individuele cliënten.



STROOMSCHEMA: CHRONISCH VERSUS EPISODISCH VERLOOP

Differentiatie tussen het klinische beloop van dysthymie en een majeure depressieve episode helpt bij het herkennen van demoralisatiepatronen en het formuleren van langetermijninterventies.

- **Episodisch beloop:** Duidelijke breuk met het premorbide functioneren, uitgesproken pieken in lijdensdruk, herkenbare remissies.
- **Chronisch beloop:** Geen herkenbaar nulpunt; chronisch milde energie-uitputting, passiviteit en een diffuus gevoel van hopeloosheid.
- **Samenloop (Dubbel-depressie):** Een acute ernstige episode gesuperponeerd op een reeds bestaande dysthyme onderlaag.



Hoe manifesteert het beloop van de stemmingsklachten zich bij de cliënt?

Klachten bestaan korter dan 2 jaar met scherpe daling vanuit stabiel functioneren

Focus op acuut herstel en crisisregulatie passend bij een episodische majeure depressieve episode.

Klachten bestaan > 2 jaar continu met geïnternaliseerde overtuiging van falen

Breng de chronische tijdlijn in kaart en scheid persoonlijkheid van stemmingsstoornis met gerichte psycho-educatie.



KERNSYMPTOMEN & MINDMAP-ASSEN

Bij chronische stemmingsdaling clusteren symptomen zich rond vier met elkaar verweven domeinen die elkaar continu bekrachtigen.



Affectief

- Aanhoudende dysthymie
- Anhedonie op de achtergrond
- Verlies van spontane vreugdebeleving



Cognitief

- Laag gevoel van eigenwaarde
- Chronische besluiteloosheid
- Demoralisatie en piekeren



Somatisch/Energetisch

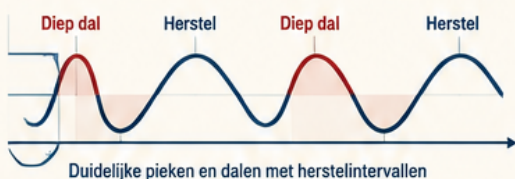
- Aanhoudende vermoeidheid
- Ontregelde eetlust (ondervoeding of overeten)
- Insomnie of hypersomnie



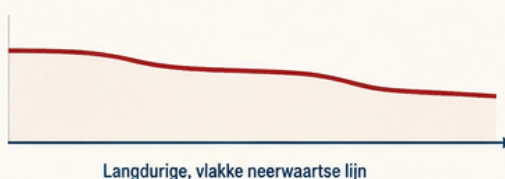
Gedragsmatig

- Vermijdend terugtrekgedrag
- Geleidelijke uitholling van betekenisvolle sociale en professionele rollen

EPISODISCH VERLOOP (MAJEURE DEPRESSIE)



CHRONISCH VERLOOP (DYSTHYMIE)



TOEPASSINGSNOTITIE: VISUALISATIE & WAARDEGERICHTE ACTIE IN DE SESSIE

In de sessie wordt de chronische tijdlijn getekend om het onderscheid zichtbaar te maken tussen 'wie de cliënt is' en 'wat de chronische toestand veroorzaakt'. Gebruik micro-stappen gebaseerd op waarden in plaats van te wachten op motivatie of stemmingsverbetering.



Praktijktip voor de Behandelaar

Valideer de demoralisatie expliciet: cliënten voelen zich vaak 'chronisch tekortschietend' omdat gangbare activeringsadviezen niet direct leiden tot een gevoel van beloning.

1

Tijdlijn Expliciteren



Teken samen een tijdlijn over de afgelopen jaren. Markeer periodes van stress en toon aan dat de lage energie een toestand is, geen karakterfout.

2

Externaliseren van de Demoralisatie



Help de cliënt de innerlijke criticus los te koppelen van het zelfbeeld door chronische vermoeidheid te benoemen als symptoom van dysthymie.

3

Micro-activatie op Waarden



Kies één kleine activiteit gekoppeld aan persoonlijke waarden (bijv. 5 minuten wandelen), onafhankelijk van actuele motivatie of stemming.

REFERENTIEKAART PTSS – PSYCHOPATHOLOGIE STROOMSCHEMA



KLINISCHE PRESENTATIE: POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontstaat na blootstelling aan een levensbedreigende situatie, ernstig letsel of seksueel geweld. De respons kenmerkt zich door aanhoudende ontregeling over vier herkenbare symptoomclusters.

- **Cluster 1:** Herbeleving (intrusies, nachtmerries, flashbacks en fysiologische reactiviteit)
- **Cluster 2:** Vermijding (interne herinneringen en externe prikkels zoals locaties of personen)
- **Cluster 3:** Negatieve veranderingen in cognities en stemming (vervreemding, anhedonie, zelfverwijt)
- **Cluster 4:** Hyperarousal en verhoogde prikkelbaarheid (hypervigilantie, schrikreacties, slaapproblemen)



Psycho-educatieve Referentie

Dit overzicht dient uitsluitend als gestructureerd referentiekader voor psycho-educatie en casusconceptualisatie binnen de behandelrelatie, niet als zelfstandig diagnostisch instrument.



STROOMSCHEMA: DE VIER SYMPTOOMCLUSTERS IN DYNAMIEK

Traumatische herinneringen worden door sensorische triggers geactiveerd, waarna het autonome zenuwstelsel reageert via herbeleving of verhoogde arousal, wat leidt tot vermijdingsgedrag en cognitieve vervreemding.

1 SENSORISCHE TRIGGER & INTRUSIE



Zintuiglijke input (geur, geluid, beeld) activeert onbewust het trauma-geheugen zonder temporele context ('trauma kent geen tijd'). Dit veroorzaakt acute herbelevingen en fysiologische paniekreacties.

2 NEUROBIOLOGISCHE HYPERAROUSAL



De amygdala slaat alarm en het sympatische zenuwstelsel schiet omhoog buiten het tolerantievenster. De cliënt belandt in een constante staat van verhoogde waakzaamheid, agitatie of concentratieverlies.

3 ACTIEVE & PASSIEVE VERMIJDING



Om de intense fysiologische lading en angst te dempen, treedt vermijding op: wegblijven van specifieke plekken, praten over de gebeurtenis blokkeren of emotionele verdoving inzetten.

4 COGNITIEVE & AFFECTIEVE VERSCHUIVING



Aanhoudende generalisatie van onveiligheid ('de wereld is door en door gevaarlijk', 'ik ben beschadigd'), leidend tot schuldgevoelens, emotionele vervlakking en sociaal isolement.



IN DE SESSIE: PSYCHO-EDUCATIE & WINDOW OF TOLERANCE

Gebruik het concept van het tolerantievenster (Window of Tolerance) om inzichtelijk te maken hoe sensorische triggers het brein overspoelen en hoe stabilisatie voorafgaat aan traumaconfrontatie.

- 1 Breng samen de 'rookmelder' van het brein (amygdala) in kaart die alarm slaat bij sensorische herinneringen zonder actueel gevaar.
- 2 Identificeer vroege signalen van hyperarousal (gejaagde ademhaling, spierspanning) versus hypoarousal (afsluiting, dissociatie).
- 3 Introduceer 'aankeren in het heden' (grounding via 5-4-3-2-1 zintuiglijke methode) om binnen de optimale arousalzone terug te keren.



Sessietip: Sensorische Triggers Deconstrueren

Laat de cliënt concrete zintuiglijke prikkels opschrijven die plotselinge spanning oproepen. Maak expliciet onderscheid tussen 'toen en daar' (het trauma) en 'hier en nu' (de veilige spreekkamer).

WINDOW OF TOLERANCE

HYPERAROUSAL

(overprikkeld, angst, agitatie)

OPTIMALE ZONE

(gegrond, in het hier en nu)

HYPOAROUSAL

(afgesloten, dissociatie)

Geïdentificeerde sensorische triggers van de cliënt (zicht, geur, geluid, houding):

Signalen van het naderen van de venstergrens (hyperarousal / hypoarousal):

Afgesproken stabilisatie- en grondingsoefening tijdens activering:

COMPLEXE PTSS (C-PTSS)

REFERENTIEKAART



KLINISCHE OMSCHRIJVING: COMPLEXE PTSS

Complexe Posttraumatische Stresstoornis (C-PTSS) ontwikkelt zich doorgaans na langdurige, herhaalde of relationele traumatisering waaruit ontsnappen niet of nauwelijks mogelijk was (zoals chronische kindermishandeling, verwaarlozing of intrafamiliaal geweld). Naast de klassieke PTSS-triade omvat C-PTSS de specifieke clusters van 'Disturbance in Self-Organization' (DSO): ernstige affectieve ontregeling, een hardnekkig negatief zelfconcept en diepgaande interpersoonlijke moeilijkheden.

- Chronische blootstelling aan interpersoonlijke stressoren zonder veilige vluchtweg
- Klassieke PTSS-kern: herbelevingen/flashbacks, vermijding en aanhoudende hyperarousal
- DSO-kern: affectieve ontregeling, negatief zelfbeeld (diepe schaamte en schuld), en relationele ontwrichting



Psycho-educatieve Referentie

Deze mindmap dient uitsluitend als gestructureerd visueel overzicht voor klinici en psycho-educatie in behandelcontexten. Het vormt geen diagnostische claim of individueel behandelvoorschrift.



C-PTSS

Neurobiologische ontregeling

Klassieke PTSS-kern



Herbeleving
(Flashbacks)



Vermijding
(Interne/externe triggers)



Hyperarousal
(Dreigingswaarneming en schrikreacties)

DSO-clusters



Affectdisregulatie
(Emotionele ontregeling)



Negatief Zelfbeeld
(Diepe schaamte en schuld)



Relationele Stoornis
(Hechtingsonveiligheid en wantrouwen)



SYMPTOMCLUSTERS & MINDMAP-STRUCTUUR

De diagnostische structuur van C-PTSS splitst zich vanuit de centrale neurobiologische ontregeling uit in twee hoofddassen met elk drie afgebakende symptoomdomeinen.

- **As 1: Klassieke PTSS-kern** (Herbeleving in het hier-en-nu, Actieve vermijding van interne/externe triggers, Aanhoudende verhoogde dreigingswaarneming en schrikreacties)
- **As 2: Ernstige affectieve ontregeling** (Snelle escalatie naar hyperarousal, emotionele uitbarstingen, of omgekeerd dissociatieve hypo-arousal en gevoelsmatige verlamming)
- **As 2: Aanhoudend negatief zelfconcept** (Diepgewortelde overtuigingen van waardeloosheid, permanente schaamte, zelfverwijt en gevoelens van fundamenteel falen)
- **As 2: Interpersoonlijke problemen** (Moeite met relationele nabijheid, chronisch wantrouwen, moeite met relationele grenzen en aanhoudende hechtingsonveiligheid)

As 1 Klassieke PTSS-kern

Herbeleving
(in het hier-en-nu)

Vermijding
(interne/externe triggers)

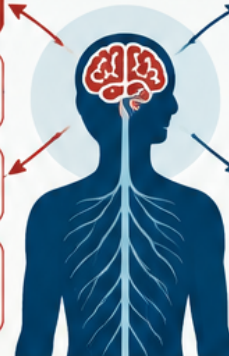
Hyperarousal
(dreigingswaarneming en schrikreacties)

As 2 DSO-clusters

Affectieve ontregeling
(hyperarousal / hypo-arousal)

Negatief zelfconcept
(schaamte, schuld, falen)

Interpersoonlijke problemen
(hechtingsonveiligheid)



TOEPASSING IN DE SESSIE: RELATIONELE VEILIGHEID & GROUNDING

Bij cliënten met C-PTSS staat het herstel van neuroceptieve veiligheid binnen de therapeutische alliantie centraal. Interventies richten zich primair op het vergroten van het tolerantievenster via grounding en relationele co-regulatie alvorens traumatische herinneringen direct te verwerken.

- Transparantie en voorspelbaarheid hanteren om activerende hechtingsangst te mitigeren
- Expliciet monitoren van micro-signalen van dissociatie of plotse hypo-arousal
- Oefenen met somatische grounding-technieken bij opkomende affectieve ontlading



Klinisch Aandachtspunt

Relationele nabijheid kan paradoxaal genoeg als primair dreigingssignaal worden ervaren. Doseer interpersoonlijk contact en bewaak de fysieke en psychologische ruimte nauwkeurig.

1



Relationele Veiligheid & Co-regulatie

Bied een voorspelbare, kalme aanwezigheid met een zachte stem en transparante verwachtingen om het neurobiologische alarmsysteem te de-escaleren.

2



Neuroceptieve Detectie

Evalueer continu samen met de cliënt de positie binnen het tolerantievenster (signalen van hyperarousal zoals spierspanning vs. hypo-arousal zoals staren of emotioneel vervlakken).

3



Somatische Grounding

Zet 5-4-3-2-1 sensorische oriëntatie in de fysieke kamer in, focus op voetzoolcontact met de vloer en vertraagde, verlengde uitademing om het ventrale vagussysteem te activeren.

4



Psycho-educatie & Normalisatie

Kader schuld, schaamte en hechtingsangst expliciet als begrijpelijke, overlevingsgerichte adaptaties op langdurig ontbrekende relationele veiligheid.

REFERENTIEKAART: OBSESSIEVE-COMPULSIEVE STOORNIS (OCD)



KLINISCHE OMSCHRIJVING & DEFINITIE

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCD) kenmerkt zich door de aanwezigheid van terugkerende, hardnekkige en als opdringend ervaren gedachten, beelden of impulsen (obsessies/intrusies) die aanzienlijke spanning of angst oproepen. Om deze angst te neutraliseren of gevreesde situaties af te wenden, voelt de cliënt zich gedwongen tot repetitieve handelingen of mentale rituelen (compulsies). Dit schema dient uitsluitend als psycho-educatieve referentie en niet als diagnostisch instrument of individueel behandelvoorschrift.

- **Intrusies:** Onwillekeurige, egodystone gedachten, twijfels of voorstellingen.
- **Disfunctionele betekenisgeving:** Overschatting van dreiging en verhoogde persoonlijke verantwoordelijkheidsgevoel.
- **Angst en lijdensdruk:** Toenemende innerlijke spanning en verlies van gevoel van controle.
- **Compulsies:** Openlijk gedrag (wassen, controleren) of verholen cognitieve neutralisaties (tellen, geruststelling zoeken).



Psycho-educatieve Context

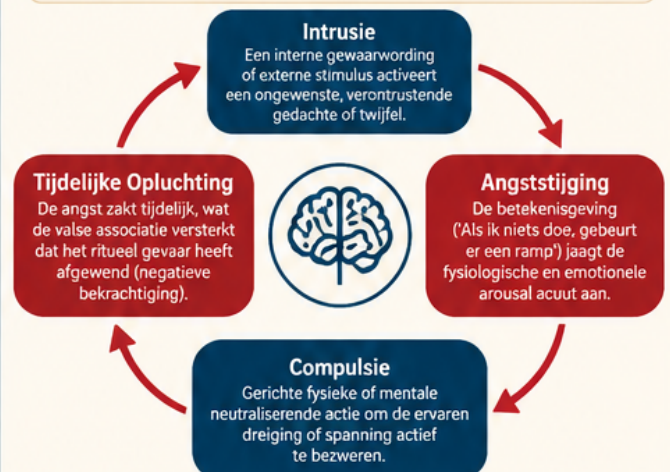
Intrusies zijn universele cognitieve verschijnselen; bij OCD ontstaat de lijdensdruk niet door de gedachte zelf, maar door de catastroferende interpretatie en de daaropvolgende dwangmatige controlepogingen.



DE OBSESSIEF-COMPULSIEVE CYCLUS (MINDMAP & STROOMSCHEMA)

Het instandhoudend mechanisme verloopt via een gesloten lus waarin vermijding en rituelen de disfunctionele overtuigingen continu bekrachtigen.

- 1 **Fase 1:** Interne of externe trigger lokt een intrusieve gedachte, twijfel of voorstelling uit.
- 2 **Fase 2:** Catastrofale taxatie leidt tot een acute stijging van angst, walging of innerlijke onrust.
- 3 **Fase 3:** Uitvoering van dwanghandeling, mentale neutralisatie of veiligheidsgedrag.
- 4 **Fase 4:** Korte termijn opluchting verlaagt direct de spanning, maar verhindert habituatie en bekrachtigt de obsessie op lange termijn.



TOEPASSINGSNOTITIE VOOR IN DE SESSIE

Hoe de therapeut de cyclus visueel concretiseert en psycho-educatie over responspreventie overbrengt.

- 1 Teken de gesloten cyclus samen met de cliënt op een whiteboard of papier en lokaliseer diens specifieke intrusies en rituelen.
- 2 Maak inzichtelijk waar de breeklijn ligt: doorbreking van de cyclus vindt plaats tussen angststijging en compulsie.
- 3 Verken de tolerantie voor onzekerheid: focus op het verdragen van het 'niet-100%-zeker-weten' in plaats van op inhoudelijke geruststelling.
- 4 Introduceer responspreventie als gecontroleerd experiment: ervaren dat angstcurve na verloop van tijd spontaan daalt zonder ritueel.



Klinische Valkuil in Sessie

Het herhaaldelijk geruststellen van de cliënt functioneert therapeutisch als een externe compulsie en houdt de twijfelcyclus in stand.



BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSORGANISATIE (BPS)

– REFERENTIEKAART –



KLINISCHE OMSCHRIJVING & KERNSTRUCTUUR

Borderline Persoonlijkheidsorganisatie / Stoornis (BPS) kenmerkt zich primair door een pervasief patroon van instabiliteit in affectregulatie, zelfbeeld en interpersoonlijke relaties, gepaard met uitgesproken impulsiviteit. In de structurele diagnostiek wordt dit gekenmerkt door identiteitsdiffusie met behoud van basale realiteitstoetsing en het overwegend hanteren van primitieve afweermechanismen.

- Pervasieve affectieve labiliteit en intense emotionele ontregeling.
- Kernsymptoom van verlatingsangst an verwoede gopingen om verlating te voorkomen.
- Identiteitsdiffusie: chronisch gevoel van leegte en instabiel kernzelfbeeld.
- Primitieve afweer: splitsen (zwart-witdenken) en projectieve identificatie.



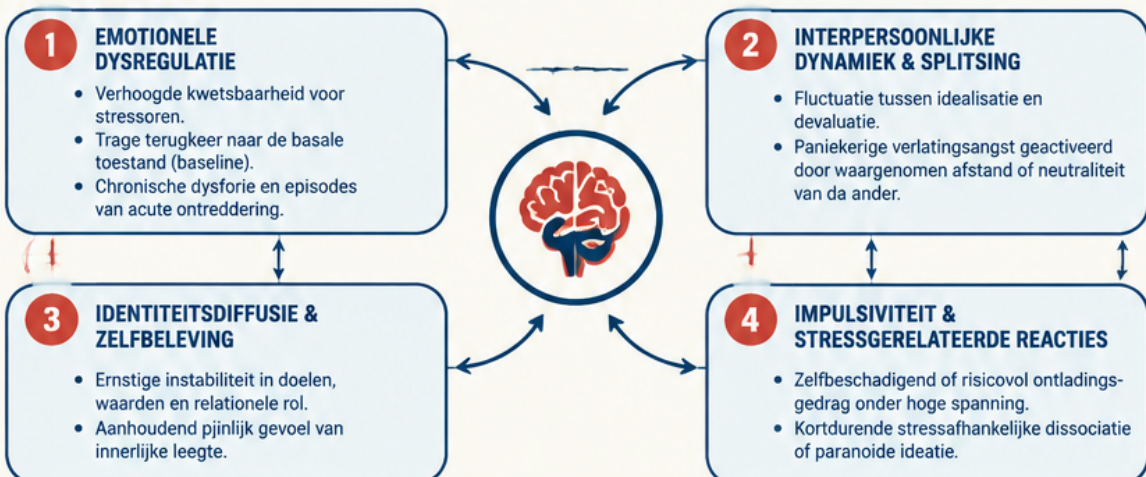
Psycho-educatieve Referentierichtlijn

Dit overzicht dient uitsluitend als gestructureerd visueel referentiekader voor therapeuten tijdens psycho-educatie en casusconceptualisatie. Het vormt geen diagnostisch instrument noch behandeladvies voor individuele cliënten.



DIAGNOSTISCHE MINDMAP: KERNCCLUSERS & DYNAMIEK

Het stroomschema ordent de symptomen rond vier interacterende domeinen die elkaar continu versterken binnen interpersoonlijke contexten:



TOEPASSING IN DE SESSIE: STRUCTURERING EN GRENZEBEWAKING

Richtlijnen voor de behandelaar om affectieve ontregeling en relationele crisissituaties in de behandelkamer visueel en voorspelbaar te kanaliseren:



Aandachtspunt bij Grenshantering

Vermijd mee-escalatie of plotselinge relationele distantie. Neutrale, consistente en transparante grenzen bieden de noodzakelijke holding bij hechtingspaniek.



1 Visueel Crisissignaleringsplan Uitwerken



Breng samen met de cliënt de vroege waarschuwingssignalen (fysieke spanning, stemmingsverandering, cognitieve vervormingen) in kaart aan de hand van een overzichtelijke stoplichtmatrix (groen/oranje/rood).



2 Tolerantievenster Expliciet Monitoren



Wijst tijdens de sessie actief op signalen van opkomende hyper-arousal of dissociatieve hypo-arousal en pas onmiddellijk sensorische of motorische groundingoefeningen toe.



3 Transparante Kaders en Interpersoonlijke Grenzen Markeren



Definieer heldere afspraken rond bereikbaarheid tussen sessies, rollen en verwachtingen om relationele verwarring, splitsing en overbelasting te voorkomen.



4 Mentaliserend Bewragen bij Polarisatie



Pauzeer bij rigide zwart-wituitspraken en onderzoek samen op een nieuwsgierige, niet-oordelende wijze de onderliggende affectieve triggers achter de plotselinge omslag.

VERMIJDENDE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS (VPS) - REFERENTIEKAART -



KLINISCH OVERZICHT

Vermijdende Persoonlijkheidsstoornis (VPS) kenmerkt zich door een diepgeworteld patroon van sociale geremdheid, intense gevoelens van persoonlijke ontoereikendheid en een extreme overgevoeligheid voor negatieve beoordeling of afwijzing. In tegenstelling tot schizoïde patronen bestaat er doorgaans wel een sterk verlangen naar verbinding, maar blokkeert anticiperende schaamte en angst voor afkeuring actieve toenadering. Dit overzicht dient als psycho-educatieve referentie voor professionals.

- Chronische overtuiging fundamenteel tekort te schieten of sociaal onaantrekkelijk te zijn
- Vermijden van interpersoonlijke interacties tenzij vooraf volledige acceptatie gegarandeerd is
- Hoge fysiologische arousal bij dreigende sociale evaluatie of blootstelling



Psycho-educatieve Toepassing

Deze kaart is uitsluitend bedoeld als conceptueel referentiekader voor zorgprofessionals en bevat geen individuele diagnostische claims of behandelprotocollen.



SYMPTOOMCLUSTERS & STROOMSCHEMA

Het cognitieve en gedragsmatige stroomschema verloopt via drie kerndomeinen die elkaar continu versterken en de vicieuze vermijdingscirkel in stand houden.



Cognitief domein

Pervasieve vrees voor kritiek, afwijzing en publieke vernedering; automatische aanname van eigen incompetentie.



Affectief-fysiologisch domein

Chronische hyper-arousal in sociale contexten, intense schaamtegevoeligheid en gevoelens van eenzaamheid.



Gedragsmatig domein

Terugtrekking uit werk- of relationele situaties met nieuw contact, rigide vermijding van sociale risico's en passiviteit.



1 TRIGGERSITUATIE

Potentiële sociale ontmoeting, taak met beoordeling of relationele toenadering dient zich aan.



2 KERNTAXATIE

Automatische overtuiging: 'Ik schiet tekort en zal worden bekritiseerd, afgewezen of beschaamd.'



3 FYSIOLOGISCHE & AFFECTIEVE PRIKKELING

Acute schaamte, stijging in sympathische activatie en verlammende geremdheid.



4 DEFENSIEVE VERMIJDING

Sociale terugtrekking of afzegging; kortetermijnoplichting maar bekrachtiging van het ontoereikendheidsgevoel op lange termijn.



WAT TE DOEN IN DE SESSIE: RELATIONELE DOSERING

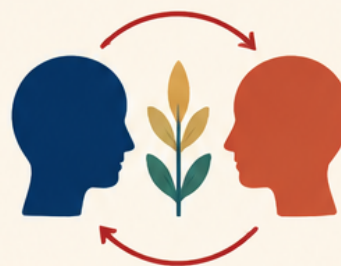
Bij vermijdende dynamiek vormt de therapeutische alliantie het primaire oefenterrein. Het visueel doseren van stapsgewijze relationele blootstelling voorkomt dat de cliënt overspoeld raakt door schaamte of voortijdig afhaakt.

- Maak de 'schaamtedrempel' visueel inzichtelijk op een gezamenlijke schaal (0 tot 10) voorafgaand aan interpersoonlijke experimenten.
- Begin met micro-blootstellingen binnen de spreekkamer (bijvoorbeeld direct oogcontact vasthouden of het uitspreken van een behoefte richting de therapeut).
- Benoem direct opkomende vermijdings- of pleasingsimpulsen zonder oordeel en onderzoek samen de onderliggende angst voor afwijzing.
- Formuleer tussen de sessies door haalbare, minimale relationele verkenningen met expliciete focus op gedragsbehoud in plaats van perfecte sociale uitkomst.



Sessie-Aandachtspunt

Waak voor subtiele vermijding binnen het contact (zoals overmatige compliantie of intellectuele afstand). Stem het tempo af op het tolerantievenster van de cliënt.





OBSESSIEF-COMPULSIEVE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS (OCPS)

Klinisch Profiel: Obsessief-Compulsieve Persoonlijkheidsstoornis



De obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (OCPS) kenmerkt zich door een diepgeworteld en hardnekkig patroon van overmatige ordelijkheid, perfectionisme en intra- en interpersoonlijke controle. Dit mechanisme gaat ten koste van flexibiliteit, efficiëntie, openheid en spontaniteit. In tegenstelling tot de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) zijn de overtuigingen bij OCPS doorgaans egosyntoon: de cliënt beschouwt de eigen normen en leefregels als moreel juist, superieur en nodzakelijk.

- Preoccupatie met schema's, procedures, lijsten en details, waardoor het eigenlijke doel van taken uit het oog verdwijnt.
- Disfunctioneel perfectionisme dat de tijdige afronding van taken belemmert uit angst voor hypothetische fouten.
- Moeite met delegeren tenzij taken exact volgens de strikte werkwijze van de cliënt worden uitgevoerd.
- Overmatige toewijding aan werk en productiviteit met marginalisering van ontspanning, sociale verbinding en intimiteit.
- Rigiditeit en koppigheid rond morele vraagstukken, ethische normen en gedragsregels zonder contextuele clementie.



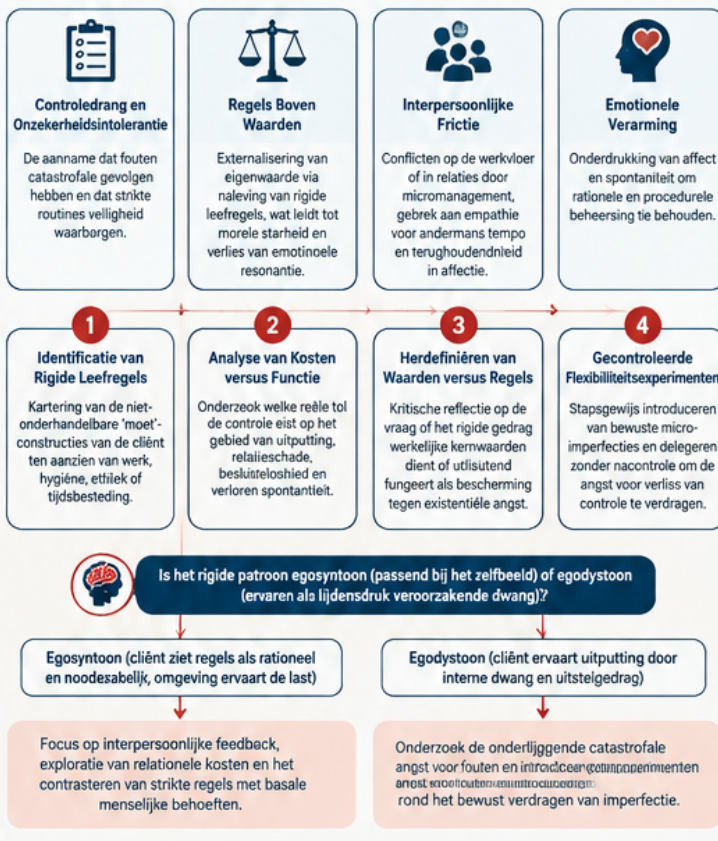
Psycho-educatieve Context

Deze referentiekaart dient louter ter psycho-educatieve ondersteuning van de behandelaar en vormt geen zelfstandig diagnostisch instrument of individueel behandelvoorschrift.



Symptoomclusters & Cognitieve Drijfveren

Het functioneren binnen OCPS wordt gestuurd door onderliggende kernthema's die interacteren met rigide gedragsuitingen. Deze mindmap-structuur vat de vier klinische ankers samen.



In de Sessie: Verkenning van Rigiditeitskosten

Gebruik dit gerichte exploratiekader tijdens de sessie om de cliënt te ondersteunen bij het evalueren van de balans tussen controlebehoefte en levenskwaliteit.

- Vraag: 'Wat kost het strikt handhaven van deze standaard u aan energie, tijd en relationele nabijheid?'
- Vraag: 'Als een taak voor 90% volstaat in plaats van 100%, wat is dan concreet het meest gevreesde scenario?'
- Vraag: 'Dient deze regel op dit moment uw diepere waarden, of dient hij vooral om innerlijke onrust te bezweren?'



Aandachtspunt voor de Behandelaar

Cliënten met OCPS kunnen de neiging hebben om de therapeutische oefeningen op een perfectionistische en controlerende wijze te benaderen. Bewaak dat het therapeutisch proces niet verwordt tot een nieuwe set dwingende leefregels.

Geïdentificeerde rigide leefregel of controlemechanisme:

Kosten van deze leefregel (emotioneel, relationeel, werk):

Overeengekomen gedragsexperiment rond flexibiliteit / loslaten:



Kernpunten in Beeld

PERFECTIONISME



HOGE STANDAARDEN,
LAGE FLEXIBILITEIT

RIGIDITEIT



VASTE REGELS,
WEINIG RUIMTE

CONTROLE



MICROMANAGEMENT,
MINDER VERTROUWEN

MOEITE MET DELEGEREN



ZELF DOEN,
ZELF CHECKEN

CENTRALE BOODSCHAP

Meer flexibiliteit betekent niet minder kwaliteit, maar meer ruimte voor wat er echt toe doet.



NARCISSISTISCHE PERSOONLIJKHEIDSTREKKEN EN REGULATIE



KLINISCHE PRESENTATIE EN KERNAKARAKTERISTIEKEN

Narcistische persoonlijkheidstrekken kenmerken zich fundamenteel door een dynamische oscillatie tussen openlijke grandiositeit en verborgen kwetsbaarheid, gedreven door onderliggende schaamtegevoeligheid en broze zelfwaardering. De zelfregulatie is primair extern georiënteerd, waarbij interpersoonlijk contact vaak instrumenteel wordt ingezet om zelfbevestiging te waarborgen en affectieve ontregeling af te weren.



Psycho-educatieve Disclaimer

Dit overzicht dient uitsluitend als gestructureerd theoretisch en psycho-educatief referentiekader voor behandelaren. Het vormt geen diagnostisch instrument noch een direct behandeladvies voor individuele cliënten.

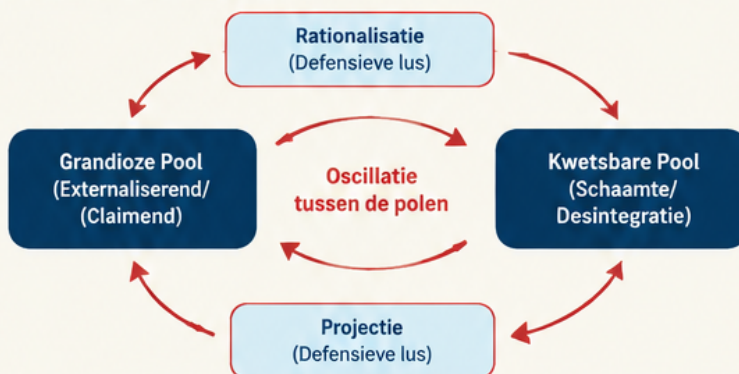
- **Openlijke grandiositeit:**
Zelfvergroting, aanspraak op privileges, exhibitionisme en dominante interpersoonlijke controle.
- **Kwetsbare staat:**
Hypersensitiviteit voor kritiek, intense existentiële leegte, sociale terugtrekking en diepe schaamte-ervaring.
- **Defensieve rationalisaties:**
Projectieve schuldtoewijzing, bagatelliseren van andermans behoeften en intellectueel rechtvaardigen van relationele distantie.



REGULATIESTROOM: SCHOMMELING EN DEFENSIEVE AFWEER

Het functionele stroomschema toont hoe een gepercipieerde relationele krenking direct leidt tot affectieve ontregeling, waarna afweermechanismen in actie komen om de psychische integriteit te bewaken.

- **Trigger / Krenking:**
Waargenomen afwijzing, gebrek aan erkenning, of grenzen in interactie.
- **Affectieve val:**
Activering van kernafecten schaamte, inferioriteit en innerlijke desintegratie.
- **Defensieve splitsing:**
Compensatoire overschakeling naar superioriteit, devaluatie van de ander of vijandige afwijzing.
- **Tijdelijk herstel:**
Rationalisatie herstelt de broze homeostase ten koste van authentiek contact.



TOEPASSINGSNOTITIE VOOR DE SESSIE

In de klinische praktijk leidt een directe frontale confrontatie van rationalisaties doorgaans tot verhoogde weerstand, escalatie of voortijdige behandeluitval. Doelgerichte interventies richten zich daarom op affectafstemming, de-escalatie en het stapsgewijs vergroten van reflectieve capaciteit zonder relationele bedreiging.

- **De-escalatie:**
Benoem het onderliggende ongemak of de frustratie zonder defensieve uitingen te veroordelen.
- **Onderzoek naar empathie:**
Exploreer relationele situaties via niet-confronterende procesvragen rondom wederzijdse verwachtingen.
- **Emotionele containment:**
Bied een stabiel relationeel kader waarin noch collusie met grandiositeit noch afwijzing van kwetsbaarheid plaatsvindt.



Valkuil in Behandeling

Vermijd discussies over feitelijke gelijkwaardigheid of bewijsvoering rond rationalisaties; focus primair op de emotionele functie van de verdediging.

5

Hoe reageert de cliënt op een relationele markerings of exploratieve vraag?



ANOREXIA NERVOSA – VISUELE REFERENTIEKAART



KLINISCH PROFIEL & KERNKENMERKEN

Anorexia nervosa wordt gekenmerkt door een persisterend restrictief voedingspatroon leidend tot een significant te laag lichaamsgewicht, een intense angst om aan te komen en een ernstige stoornis in de beleving van het eigen lichaam.

- Aanhoudende restrictie van energie-inname ten opzichte van de fysiologische behoefte
- Intense angst voor gewichtstoename of vet worden, ondanks klinisch ondergewicht
- Verstoorde lichaamsbeleving, overmatige invloed van lichaamsvormen op zelfwaardering of ontkenning van de ernst



Psycho-educatieve Context

Dit overzicht dient uitsluitend als conceptuele psycho-educatieve referentiekartaat voor behandelaars en vormt geen diagnostisch instrument of individueel behandelvoorschrift.



ANOREXIA NERVOSA



SYMPTOOMCLUSTERS & COGNITIEF-GEDRAGSMATIG STROOMSCHEMA

De dynamiek van anorexia nervosa verloopt veelal via een vicieuze cirkel waarin biologische uithongering de cognitieve rigiditeit en angstpatronen verder versterkt.

Affectief

- Intense gewichtsangst, somberheid, schuldgevoelens rondom voeding en verlies van basale veiligheid

Cognitief

- Lichaamsdismorfische vertekening, perfectionisme, rigide zwart-witdenken en obsessieve calorietelling

Gedragsmatig

- Rigide voedselrestrictie, selectieve eliminatie van voedingsgroepen, controle-rituelen en compensatoir bewegen

Fysiologisch

- Lage hartslag, hypothermie, endocriene ontregeling en verhoogde neurobiologische stressgevoeligheid



IN DE SESSIE: TOEPASSINGSNOTITIE & ALLIANTIEOPBOUW

In de vroege fase van alliantieopbouw staat **externalisatie** centraal om de **therapeutische werkd relatie** te beschermen tegen de weerstand die direct gekoppeld is aan de eetstoornispathologie.

- 1 Teken twee gescheiden kaders op het bord: 'Gezonde Zelf / Waarden' versus 'De Eetstoornisstem / Regels'
- 2 Verken samen welke specifieke gedachten, angsten en eisen toebehoren aan de eetstoornisstem
- 3 Onderzoek hoe de eetstoornisstem fungeert als disfunctionele emotieregulatie voor onderliggende onveiligheid
- 4 Valideer het gezonde verlangen naar autonomie en autonomiebescherming zonder mee te gaan in de restrictieve regels



Vroege Alliantie & Veiligheid

Voorkom directe machtsstrijd rond gewichtstabellen tijdens de vroege alliantieopbouw door de eetstoornisstem expliciet te scheiden van de authentieke identiteit van de cliënt.



BOULIMIA NERVOSA – VISUEEL REFERENTIESCHEMA



Klinische Presentatie: Boulimia Nervosa

Boulimia nervosa wordt gekenmerkt door een hardnekkige, zichzelf in stand houdende cyclus van strenge dieetrestrictie, overweldigende drang (craving), objectieve eetbuien en daaropvolgend compensatoir gedrag. De zelfwaardering is onevenredig sterk afhankelijk van lichaamsvorm, gewicht en controle.

- Rigide voedselregels en calorische restrictie die fysiologische en psychologische tekorten opbouwen
- Subjectief verlies van controle tijdens episodes van eetbuien (binge eating)
- Compensatoire mechanismen ter preventie van gewichtstoename (purgeren, laxantia, vasten of overmatige beweging)
- Diepe schuld- en schaamtegevoelens die direct de motivatie voor nieuwe restrictie aanjagen



Psycho-educatieve Referentie

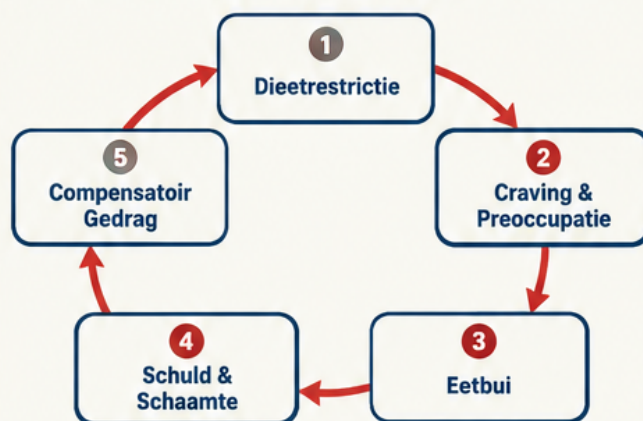
Deze visuele kaart is ontworpen als psycho-educatief referentiekader voor therapeuten en cliënten. Het document bevat geen geïndividualiseerd diagnostisch besluit of behandelvoorschrift.



Stroomschema van de Disfunctionele Cyclus

Het onderstaande stroomschema illustreert hoe cognitieve regels en fysieke deprivatie onvermijdelijk escaleren in gedragsmatige ontregeling en compensatie.

- 1 Fase 1: Strikte dieetrestrictie en rigide cognitieve eetregels (verboden voedingsmiddelen)
- 2 Fase 2: Oplopende biologische hongersignalen en psychologische craving/preoccupatie
- 3 Fase 3: Eetbui met acuut verlies van controle en overmatige inname
- 4 Fase 4: Acute intense schuld, walging, paniek voor gewichtstoename en schaamte
- 5 Fase 5: Compensatoir gedrag (braken, laxeren, extreem vasten) dat tijdelijke verlichting biedt maar de restrictie opnieuw initieert



Sessienotitie & Klinische Toepassing

Kader voor de behandelaar om tijdens de sessie de cyclus visueel in kaart te brengen en te doorbreken via vaste ankers.

- 1 Breng de exacte triggertijdstippen in kaart (bijvoorbeeld structurele risicomomenten tussen 16:00 en 19:00 uur)
- 2 Onderzoek de functie van de eetbui: fysieke reactie op uithongering versus emotionele demping van stress
- 3 Introduceer een mechanisch eetpatroon (3 hoofdmaaltijden, 2 tot 3 tussendoormomenten) met maximale intervallen van 3 tot 4 uur
- 4 Bespreek de angst voor verzadiging en normaliseer fysiologische herstelreacties



Valkuil in Interventie

Focus in de beginfase niet op het stoppen van de eetbui zelf, maar op het opheffen van de voorafgaande dieetrestrictie. Zonder fysiologische stabilisatie blijft de drang neurobiologisch onhoudbaar.



Geïdentificeerde Triggertijdstippen (tijd en contextuele prikkel):



Eerste concrete stap in regelmatig maaltijdpatroon (tijdstippen / samenstelling):



EETBUISTOORNIS (BINGE EATING DISORDER) – REFERENTIEKAART



KLINISCHE DEFINITIE & KERNKARAKTERISTIEKEN

Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder) kenmerkt zich door terugkerende episoden van ongecontroleerde voedselinname binnen een afgebakende tijdsspanne, waarbij aanzienlijk meer geconsumeerd wordt dan gebruikelijk onder vergelijkbare omstandigheden. Cruciaal voor deze presentatie is de **afwezigheid van structureel compensatoir gedrag** (zoals laxeren, braken of overmatig compenserend bewegen). De episode fungeert primair als een geconditioneerde dempingsrespons op acute emotionele disregulatie of interoceptieve overprikkeling.

- Subjectieve en objectieve beleving van verlies van controle over de inname tijdens de episode.
- Consumptie van substantiële hoeveelheden voedsel zonder fysiologisch hongergevoel.
- Versneld eettempo met consumptie tot een fysiek onaangenaam vol gevoel optreedt.
- Geheime of solitaire voedselinname uit intense schaamte over kwantiteit en gedrag.
- Post-episode affectieve terugval: uitgesproken schuldgevoelens, walging en somberheid.



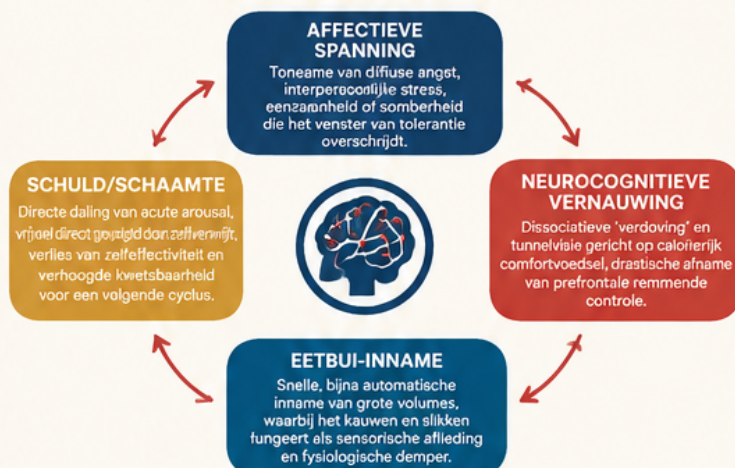
KLINISCH ONDERSCHIED

In tegenstelling tot Boulimia Nervosa treedt bij de Eetbuistoornis geen structurele purgeer- of compensatiereactie op. Het gewichtsbijeffect is secundair; de kernfocus ligt op de affectregulerende functie van het eetgedrag.



SYMPTOOMCLUSTERS & FUNCTIONELE MINDMAP

Het instandhoudend mechanisme van de eetbuistoornis verloopt langs vier samenhangende domeinen die elkaar circulair versterken:



WELK AFFECTMECHANISME DOMINEERT DIRECT VOORAFGAAND AAN DE EETBUI?



Hyper-arousal

(acute paniek, woede, overweldigende fysiologische onrust)

- Focus op fysiologische down-regulatie (ademvertraging, sensorische aarding) om het zenuwstelsel terug te brengen binnen het tolerantievenster alvorens cognitief te interveniëren.



Hypo-arousal

(leegte, dissociatie, emotionele verlamming of doofheid)

- Zet in op activerende prikkels en interoceptieve sensaties (koude-prikkel, beweging, tactiele focus) om omweseigheid in het lichaam te herstellen zonder voedselprikkels.



SESSIETOEPASSING: VISUELE ONTKOPPELING VAN EMOTIONELE SPANNING

Gebruik onderstaand stappenplan tijdens de sessie om samen met de cliënt de automatische keten tussen affectieve spanning en voedselinname in kaart te brengen en visueel te deconstrueren.



PSYCHO-EDUCATIEVE DISCLAIMER

Dit overzicht dient uitsluitend als praktijkgerichte referentie voor psycho-educatie en casusconceptualisatie binnen een professionele behandelrelatie. Het vervangt geen formele DSM-5-TR/ICD-11 diagnostiek en is geen op zichzelf staand behandelvoorschrift.

1



Trigger & Somatische Lokalisatie

Identificeer het specifieke moment van spanningsopbouw voorafgaand aan de drang. Laat de cliënt beschrijven **waar** in het lichaam de spanning voelbaar werd (druk op de borst, knoop in de maag, rusteloze ledematen).

2



Micro-Pauze & Interoceptieve Vertraging

Introduceer een expliciet ankerpunt van 90 seconden tussen de ervaren drang en de handeling. Visualiseer de impuls als een golf ('urge surfing') die fysiologisch piekt en weer daalt zonder noodzaak tot demping.

3



Alternatieve Somatische Demping

Koppel de fysieke ontladingsbehoefte aan een niet-oraal regulatiemechanisme (bijv. bilaterale stimulatie, progressieve spierspanning, diepe druk of koud water in het gezicht).

4



Functionele Reflectie & Registratie

Bespreek naderhand wat de episode of de drang functioneel probeerde op te lossen. Behandel de drang als een signaal van emotionele overbelasting in plaats van een falen van wilskracht.



IN DE SESSIE, VRAAG



Wat voel je nu in je lichaam?

Waar in je lichaam merk je de spanning het sterkst?

CENTRALE BOODSCHAP

Spanning is een signaal, geen falen.



Wat gaat er door je hoofd?

Welke gedachten, beelden of gevoelens spelen nu?

CENTRALE BOODSCHAP

Gedachten kunnen veranderen.



Wat heb je nodig?

Wat helpt je om de spanning te reguleren zonder voedsel?

CENTRALE BOODSCHAP

Er zijn meer wegen dan eten.



Hoe kijk je er nu op terug?

Wat probeerde de drang je te vertellen of op te lossen?

CENTRALE BOODSCHAP

De drang is een signaal, geen zwakte.



SOMATISCHE-SYMTOOMSTOORNIS EN ZIEKTEANGSTSTOORNIS



Klinisch Profiel: Somatische-symptoomstoornis & Ziekteangst

Deze referentiekaart brengt de vicieuze instandhoudende cirkel in kaart van lichamelijke sensaties, selectieve aandacht, catastrofale cognitieve misinterpretatie en dwangmatig geruststellingszoekgedrag. Het doel is uitsluitend psycho-educatief en biedt de behandelaar een visueel kapstokmodel tijdens diagnostiek en cognitieve herstructurering.

- Focus op goedaardige of autonome fysiologische sensaties (bv. spiertrekkingen, palpities, tintelingen)
- Selectieve aandacht en interoceptieve hypervigilantie waardoor normale sensaties worden versterkt
- Catastrofale interpretatie van signalen als indicatie voor acute of terminale pathologie
- Verhoogde autonome arousal (hyper-arousal) die secundaire fysiologische reacties opwekt
- Compulsief checking-gedrag: herhaaldelijk zelfonderzoek, palpatie, medisch zoeken (cyberchondrie) en artsenbezoek
- Kortdurende spanningsdaling na geruststelling, gevolgd door snelle heropleving van twijfel en angst



Kader Psycho-educatie

Geruststelling werkt als een negatieve bekrachtiger op de korte termijn, maar erodeert het vermogen tot het verdragen van normale lichamelijke onzekerheid op de lange termijn.



Stroomschema: De Somatische Angstcirkel

Het cognitief-gedragsmatige proces verloopt in een cyclisch patroon waarbij lichamelijke gewaarwordingen en cognitieve bias elkaar wederzijds versterken:

1 Fysiologische Gewaarwording

Een autonome respons, normale fysiologische ruis of vermoeidheidssignaal dient zich aan in het lichaam (bv. versnelde hartslag, darmgerommel).

2 Selectieve Aandacht & Vergrotingsbias

De aandacht richt zich intensief op het lichaamsdeel. De perceptie dremmel verlaagt en de subjectieve intensiteit van de sensatie neemt exponentieel toe.

3 Catastrofale Ziekte-interpretatie

De sensatie wordt direct gelabeld als voorbode van een ernstige medische crisis (bv. infarct, tumor, zenuwuitval).

6 Tijdelijke Opluchting & Chronische Sensitisatie

De geruststelling dooft de angst slechts kortstondig uit. De cognitieve kwetsbaarheid blijft intact en het controlemechanisme wordt versterkt.

5 Veiligheidsgedrag & Checking

De cliënt voert herhaaldelijk controles uit (temperatuur meten, spiegelininspectie, medische fora bezoeken, herhaaldelijke hulpvragen aan naasten of artsen).

4 Autonome Angstrespons

Het sympathische zenuwstelsel vuurt: adrenalineafgifte veroorzaakt hartkloppingen, zweten en beklemming, wat als 'bewijs' voor de ziekte dient.



In de Sessie: Registratie en Geruststellingstolerantie

Gebruik dit protocol in de sessie om samen met de cliënt concreet 'checking gedrag' in kaart te brengen en stapsgewijs responsvertraging op te bouwen.

Geregistreerde lichamelijke sensatie (trigger en locatie):	
Automatische catastrofale gedachte ("Wat betekent dit volgens mij?"):	
Specifiek checking-gedrag (palperen, meten, online zoeken, vragen):	
Doel voor uitstel van geruststelling (responsvertraging in minuten):	
Alternatieve niet-medische verklaring voor de fysiologische prikkel:	



Klinische Waarschuwing

Deze kaart dient als educatief hulpmiddel voor behandelaars en vervangt geen medisch onderzoek om onderliggende somatische pathologie definitief uit te sluiten.

Hoe reageert de cliënt op het uitstellen van het geruststellingszoekende gedrag?

Spanning stijgt acuut naar paniekniveau

Spanning blijft gelijk of daalt geleidelijk (habituërend)

Zet interoceptieve exposure en ademregulatie in; normaliseer de autonome ontlading zonder toe te geven aan controlehandelingen.

Vergroot het tijdsinterval van de responsvertraging en bespreek de afname van de dwingende angstcognitie.



DISSOCIATIEVE SYMPTOMATOLOGIE

(Depersonalisatie en Derealisatie)



Dissociatie als Defensieve Overlevingsrespons

Dissociatie betreft een verstoring in de integratie van bewustzijn, geheugen, identiteit en waarneming. Wanneer het zenuwstelsel overprikkeld raakt en vecht- of vluchtroutes ontoegankelijk zijn, treedt een neurobiologische 'freeze'- of verdovingsreactie in werking. Dit mechanisme dempt acute emotionele en somatische pijn, maar resulteert bij aanhoudende belasting in indringende vervreemdingservaringen.

- **Depersonalisatie:** vervreemding van de eigen lichamelijke sensaties, emoties of gedachten (gevoel een buitenstaander of toeschouwer van het eigen lichaam te zijn).
- **Derealisatie:** vervreemding van de fysieke omgeving (de wereld oogt artificieel, droomachtig, vlak, wazig of achter glas).
- **Neurobiologische context:** tijdelijke inhibitie van limbische activiteit vanuit de prefrontale cortex, wat leidt tot emotionele vervlakking en vertraagde sensorische integratie.
- **Functionele betekenis:** beschermend mechanisme tegen ernstige sensorische en affectieve overspoeling (buiten het tolerantievenster).

Dissociatieve Overlevingsrespons

Depersonalisatie
(Vreemd van Zelf)

Derealisatie
(Vreemd van Omgeving)



Psycho-educatieve Afbakening

Deze referentiekaart dient uitsluitend ter ondersteuning van psycho-educatie en procesverheldering in de spreekkamer. Het is geen diagnostisch instrument noch een vervanging voor een geïndividualiseerd klinisch behandelplan.



Symptoomclusters en Differentiatie

Het onderscheid tussen depersonalisatie en derealisatie helpt cliënten om hun ervaringen nauwkeurig te benoemen zonder pathologiserende angst voor identiteitsverlies of psychotische ontregeling.

- **Somatosensorische depersonalisatie:** lichaamsdelen voelen verdoofd, onevenredig van grootte of gewichtloos.
- **Affectieve depersonalisatie:** onveemogen om vreugde, verdriet of verbinding lieflijk te ervaren ("gevoel van gevoelloosheid").
- **Visuele en akoestische derealisatie:** geluiden klinken gedempt of veraf; visuele diepte verdwijnt, ruimtes ogen tweedimensionaal.
- **Tijdsdesoriëntatie:** tijdsverloop voelt abrupt vertraagd, gefragmenteerd of niet-lineair.



Welk subtype van vervreemding domineert tijdens acute overspoeling in de sessie?

Clíent ervaart **depersonalisatie**
(geen contact met lichaam of eigen stem)

Clíent ervaart **derealisatie**
(ruimte lijkt onecht of achter glas)

Richt de aandacht direct op proprioceptie: voeten stevig plat op de grond, handpalmen tegen elkaar drukken en benoemen van actuele fysieke steunpunten.

Richt de zintuigen extern: laat de cliënt 3 specifieke kleuren in de kamer aanwijzen en hardop beschrijven hoe het meubilair in de ruimte staat.



In de Sessie: 5-4-3-2-1 Zintuiglijke Veranker

Wanneer een cliënt tijdens de sessie wegglijdt in hypo-arousal of dissociatieve vervreemding, herstelt gestructureerde zintuiglijke stimulatie het contact met het hier-en-nu via bottom-up neurale paden.



Interventie-aandachtspunt

Spreek met een rustige, voorspelbare en lage stem. Vermijd complexe metacognitieve vragen totdat de fysiologische oriëntatierespons weer stabiel is.

5		Zien	Vraag de cliënt om rustig rond te kijken en vijf concrete voorwerpen in de kamer op te noemen, inclusief kleur en vorm (bijv. 'de blauwe vaas', 'het houten kozijn').
4		Voelen	Laat de cliënt vier fysieke aanrakingen of texturen opmerken (bijv. de stof van de stoelbekleding, de zolen op het tapijt, de textuur van de eigen mouw).
3		Horen	Besteed aandacht aan drie geluiden in de huidige omgeving (bijv. verkeer in de verte, de klok, de eigen ademhaling).
2		Ruiken	Identificeer twee geuren in de lucht of bied een neutraal/aangenaam geuranker aan (bijv. een theeglas of frisse buitenlucht).
1		Proeven	Bied een slok koud water of een pepermuntje aan om de gustatorische prikkeling en speekselaanmaak (parasympathicus) te activeren.



Sessietracker: Realiteits- en Aanwezigheidsherstel

Gebruik deze observatievelden om tijdens of direct na een episode van dissociatie de voortgang en effectiviteit van de verankerings oefening te registreren.

Trigger of fysiologisch signaal voorafgaand aan de dissociatie

Subjectieve score aanwezigheid in het hier-en-nu vóór interventie
(0 = volledig afwezig, 10 = volledig helder)

Gekozen verankerings oefening en reactie van de cliënt

Subjectieve score aanwezigheid na afronding van de oefening (0-10)

ADHD BIJ VOLWASSENEN – REFERENTIEKAART



Klinisch Profiel: ADHD bij Volwassenen

Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis bij volwassenen kenmerkt zich primair door persisterende ontregeling van executieve functies. Waar motorische hyperactiviteit uit de kindertijd vaak internaliseert naar innerlijke rusteloosheid, treden disfuncties in werkgeheugen, aandachtsregulatie en inhibitiecontrole op de voorgrond in het dagelijks professioneel en relationeel functioneren.

- **Aandachts- en alertheidsregulatie:** verhoogde afleidbaarheid bij non-intrinsieke taken en episodes van hyperfocus bij hoge interesse.
- **Werkgeheugentekorten:** snelle overbelasting van tijdelijke opslagcapaciteit, resulterend in vergeten van lopende doelen.
- **Emotieregulatie:** lage frustratietolerantie, plotselinge stemmingswisselingen en verhoogde gevoeligheid voor afwijzing (RSD).
- **Taakinitiatie en inhibitie:** chronisch uitstelgedrag, moeite met temporeel overzicht en impulsieve gedragskeuzes.



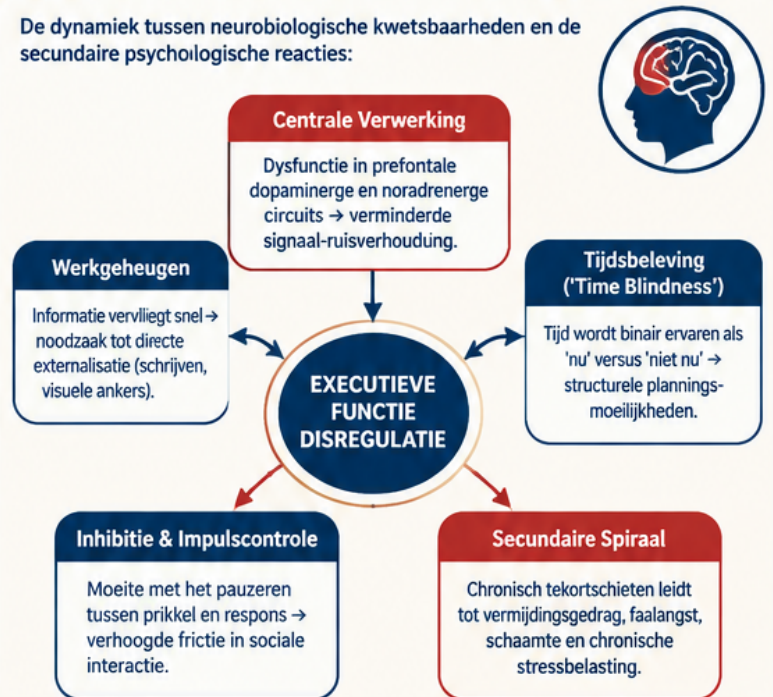
Psycho-educatieve Context

Deze kaart dient als visueel naslagwerk voor de clinicus en psycho-educatie voor de cliënt. Dit document vormt geen op zichzelf staand diagnostisch instrument of behandelvoorschrift.



Mindmap Executieve Functiedisregulatie

De dynamiek tussen neurobiologische kwetsbaarheden en de secundaire psychologische reacties:



In de Sessie: Praktische Interventies

Concrete therapeutische toepassing gericht op het ontlasten van executieve functies en neutraliseren van secundaire schaamte:



Valkuil in Behandeling

Focus niet louter op discipline of wilskracht. Executieve uitval vereist compenserende omgevingsarchitectuur in plaats van morele zelfveroordeling.

1



Externaliseren van het Werkgeheugen

Vertaal interne intenties onmiddellijk naar externe dragers. Laat de cliënt gebruikmaken van zichtbare timers, visuele whiteboards en directe analoge notitiesystemen in plaats van digitale apps die extra afleiding triggeren.

2



Tijdblokvisualisatie en Micro-stappen

Breek abstracte doelen op in tijdgebonden eenheden van maximaal 15 tot 20 minuten. Koppel taken aan fysieke signalen en bakens om de drempel voor taakinitiatie te minimaliseren.

3



Deconstructie van Secundaire Faalangst

Onderzoek de automatische gedachten rond uitstelgedrag. Onderscheid neurobiologische executieve blokkades van morele oordelen ('lui', 'onverantwoordelijk') om de toxische schaamte-aversie cyclus te ontlasten.



Beslissingsschema



AUTISMESPECTRUMCONDITIE (ASC): PRIKKELVERWERKING & SOCIALE INTERACTIE



AUTISMESPECTRUMCONDITIE (ASC) – OVERZICHT & KERNKENMERKEN

Autismespectrumconditie (ASC) kenmerkt zich door een neurodivergente informatie- en prikkelverwerking met specifieke patronen in sociaal-communicatieve interactie, repetitief gedrag en sensorische gevoeligheden. Deze psycho-educatieve referentiekaart vat de belangrijkste interactieve knooppunten samen ten behoeve van de klinische behandelpraktijk.

- Atypische sensorische integratie: gelijktijdig optreden van hyper- en hyposensitiviteit.
- Noodzaak tot cognitieve en situationele voorspelbaarheid (angstreductie via structuur).
- Sociaal-communicatieve overbelasting en energie-intensieve compensatiestrategieën (masking).



Kader Psycho-educatie

Deze kaart dient uitsluitend als visuele gids voor psycho-educatie en casusconceptualisatie binnen de sessie. Het vormt geen diagnostisch instrument noch een op zichzelf staand behandelvoorschrift.



KLINISCHE MINDMAP: KNOOPPUNTEN IN KAART

De wisselwerking tussen sensorische belasting, compensatiemechanismen en executieve sturing verloopt via drie centrale clusters:



TOEPASSINGSNOTITIE VOOR DE BEHANDELKAMER

Concrete handvatten om de fysieke en relationele spreekkameromgeving af te stemmen op het prikkel- en voorspelbaarheidsprofiel van de cliënt.



1 Sensorisch profiel vooraf in kaart brengen

- ☐ Inventariseer lichtinval, achtergrondgeluiden (zoals ventilatiesystemen) en zitvoorkeuren direct bij aanvang van het traject.



2 Fysieke audit

- ☐ Bied dempende opties (dimbaar indirect licht, geluiddempend materiaal of gehoorbescherming) actief en zonder oordeel aan.



3 Expliciete sessie-agenda

- ☐ Structureer het consult visueel met vaste tijdsblokken en kondig overgangen of onverwachte inhoudelijke wendingen expliciet aan.



4 Ruimte voor de-masking

- ☐ Normaliseer het loslaten van gedwongen oogcontact en stimuleer zelfregulerend bewegen of friemelmateriaal (stimming).



Praktische Behandeltip

Schrijf de agenda van het consult op een zichtbaar whiteboard of notitieblok en vink afgeronde onderwerpen samen af om de cognitieve belasting te verlagen.



- ☒ 1. Prikkeluithouding auditeren
- ☒ 2. Voorspelbare structuur bieden
- ☒ 3. Hersteltijd inbouwen



CENTRALE BOODSCHAP



Reguleer de prikkels
(in de omgeving én in jezelf).



Bied voorspelbaarheid
(geeft rust en veiligheid).



Maak ruimte voor echtheid
(verminder druk, verhoog welbevinden).

SUBSTANTIEGEBONDEN STOORNIS EN AFHANKELIJKHEIDSCYCLUS



KLINISCH OVERZICHT & KERKENMERKEN

Substantiegebonden stoornissen kenmerken zich door een chronisch patroon van dwingend middelengebruik waarbij neurobiologische beloningspaden primair functioneren ten koste van executieve remming. Dit leidt tot controleverlies, craving en persistent gebruik ondanks aanzienlijke psychische en fysieke schade.

- Aanhoudend verlangen of mislukte pogingen tot reductie
- Tolerantie-ontwikkeling en neurofysiologische ontweningsreacties
- Disproportionele tijdsinvestering in verwerving, consumptie en herstel



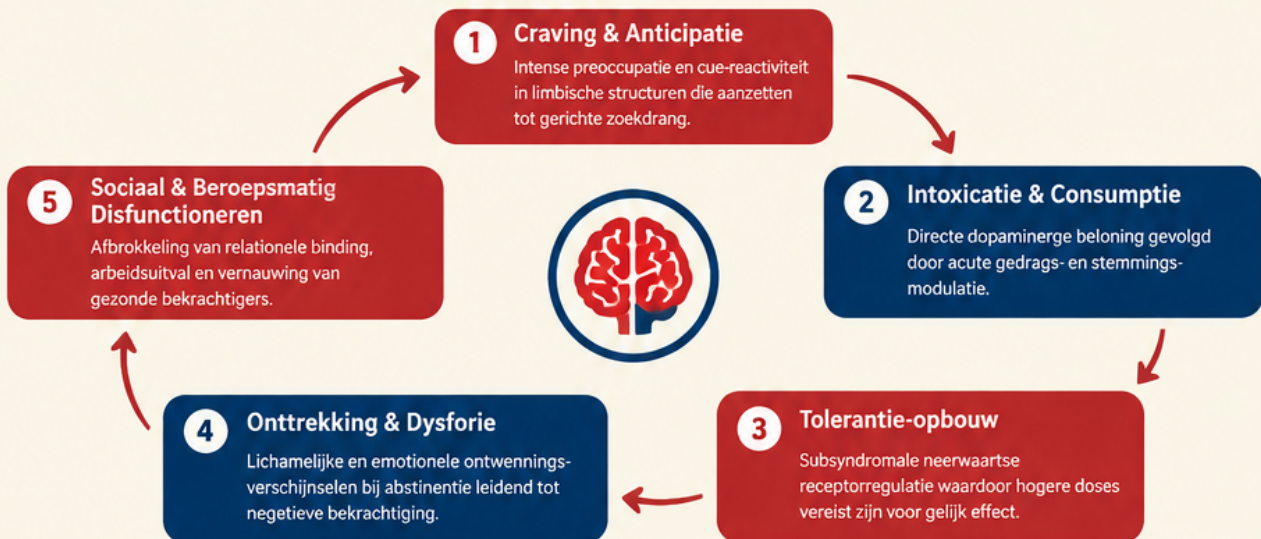
Psycho-educatieve Context

Deze referentiekaart dient zuiver als conceptueel psycho-educatief hulpmiddel voor behandelaars en vormt geen zelfstandig diagnostisch instrument.



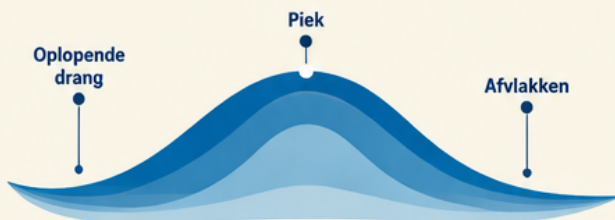
NEUROBIOLOGISCHE & FUNCTIONELE AFHANKELIJKHEIDSCYCLUS

Het klinisch beloop volgt een cyclisch proces van toenemende fysiologische adaptatie en gedragsmatige vernauwing.



TOEPASSING IN DE SESSIE: URGE SURFING & RISICO-INVENTARISATIE

In de sessie visualiseert de behandelaar de drang als een golf die aanzwelt, een piek bereikt en vervolgens spontaan afvlakt zonder dat toegeven noodzakelijk is.



- **Externe risicosituaties:** inventariseer locaties, sociale netwerken, tijdstippen en financiële cues.
- **Interne triggers:** herken fysieke spanning, negatief affect (HALT: honger, angst, eenzaamheid, moeheid) en eufore herinneringen.
- **Urge Surfing instructie:** leer de cliënt observeren vanuit een niet-oordelende houding, fysieke sensaties lokaliseren en de ademhaling vertragen tijdens de piek.



Klinische Valkuil

Strijden tegen craving activeert vaak extra autonome arousal. Verken drang als een tijdelijke sensatie die zonder handeling vanzelf de-escaleert.

RISICO-INVENTARISATIE

Risicogebied	Aanwezig?
Externe risicosituaties • Locaties • Sociale netwerken • Tijdstippen • Financiële cues	☐ Ja / Nee ☐ Ja / Nee ☐ Ja / Nee ☐ Ja / Nee
Interne triggers • Fysieke spanning • Negatief affect (HALT) • Eufore herinneringen	☐ Ja / Nee ☐ Ja / Nee ☐ Ja / Nee
Beschermende factoren • Steunsysteem • Dagstructuur • Gezonde bekrachtigers	☐ Ja / Nee ☐ Ja / Nee ☐ Ja / Nee

BIPOLAIRE STOORNIS (TYPE I & II): STEMMINGSVERSCHUIVINGEN EN ACTIVATIE



KLINISCH OVERZICHT: BIPOLAIRE STOORNISSEN

Bipolaire stoornissen worden gekenmerkt door periodieke verschuivingen in stemming, psychomotorische activatie en energieniveau. Waar Bipolair I ten minste één uitgesproken manische episode vereist (vaak verzgeld van ernstige functionele uitval of psychotische kenmerken), kenmerkt Bipolair II zich door hypomane episoden afgewisseld met recidiverende ernstige depressieve episoden zonder volledige manie.

- **Manie (Bipolair I):** Minstens 7 dagen aanhoudend verhoogde of prikkelbare stemming, expansiviteit en opvallend toegenomen doelgerichte activiteit.
- **Hypomanie (Bipolair II):** Minstens 4 aaneengesloten dagen van meetbare stemmingsverhoging en activatietoename, zonder noodzaak tot hospitalisatie of psychose.
- **Depressieve fase:** Diepe anhedonie, somberheid, verlies van vitale energie en cognitieve vertraging die het psychosociaal functioneren ondermijnt.
- **Euthymie:** Tussentijdse fasen van relatieve stemmingsstabiliteit, waarin vroegtijdige signalering en ritmeregulatie cruciaal zijn.



PSYCHO-EDUCATIEVE REFERENTIE

Dit overzicht dient uitsluitend als educatief model voor behandelaars om stemmingscycli te visualiseren. Het is geen individueel diagnostisch protocol of farmacotherapeutisch advies.

MANISCHE/HYPOMANE POOL (Hoge Activatie)

Manie
(Bipolair I)

Hypomanie
(Bipolair II)

EUTHYMIE
Stabiliteit

Depressieve Pool
(Lage Activatie)

DEPRESSIEVE POOL
(Lage Activatie)



KERNSTROOMSCHEMA: FASES, AROUSAL EN STEMMINGSPOLEN

Onderstaand diagram toont het verloop van de biologische en affectieve verschuivingen langs de verticale arousal-as, variërend van ernstige manische ontregeling tot diepe depressieve inhibitie.

- **Manische Pool (Hoge Activatie):** Drastisch verminderde slaapbehoefte (<3-4 uur) zonder vermoeidheid, sprekkdrang (gedachtenval), groothedsideeën en risicovol impulsief gedrag.
- **Hypomane Zone (Verhoogde Productiviteit):** Scherpe toename in initiatief, creatieve energie en sociale expansie; functioneren blijft intact maar toont verlies van remming.
- **Euthyme Basislijn (Stabiliteit):** Evenwichtige circadiane ritmes, voorspelbare slaap-waakcycli en stabiel affectief spectrum.
- **Depressieve Pool (Lage Activatie):** Psychomotorische remming of agitatie, hypersomnie of vroege ochtendontwaking, schuldgevoelens, hopeloosheid en vitale uitputting.



CIRCADIANE KWETSBAARHEID

Stemmingsomslagen worden frequent voorafgegaan door een verstoring in het sociaal ritme en slaap-waakritme. Verlies van slaap fungeert vaak als primaire trigger voor activatieversnelling.

1

Prodromale Fase
(Vroege Signalen)

Subtiele verandering in slaapduur, toegenomen koopgedrag, plotselinge projectstarten of juist terugtrekking en moeite met opstaan.

2

Piekcontregeling
(Manie of Depressie)

Volledige expressie van de episode met cognitieve vertekening, impulsiviteit of ernstige apathie.

3

Stabilisatie en Consolidatie

Geleidelijke terugkeer naar de euthyme basislijn met behoud van strikte leefstijlstructuur.



IN DE sessie: STEMMINGSMONITORING EN LEEFSTIJLREGULATIE

Concrete handvatten voor de practitioner tijdens psycho-educatieve en stabiliserende behandelsessies.

- **Levenslijn en Episode-inventarisatie:** Breng eerdere ontregelingen in kaart om individuele uitlokkers en vroege waarschuwingssignalen (prodromen) te identificeren.
- **Stemmingsgrafiek (Life Chart):** Laat cliënten dagelijks stemming, slaapuren, activiteit en medicatietrouw bijhouden op een schaal van -3 tot +3.
- **Sociaal Ritme Therapie (SRT):** Bewaak vaste tijden voor opstaan, maaltijden, sociale interacties en rustmomenten om het biologische kloksysteem te synchroniseren.
- **Noodplan en Afspraken bij Impulsiviteit:** Formuleer concrete afspraken voor financiële bescherming en contact met het zorgnetwerk zodra hypomane versnelling optreedt.



Sessie-interventie Vraag

'Welke verandering in jouw slaappatroon of gedachtenstroom is historisch gezien altijd de eerste aanwijzing dat de weegschaal naar hypomanie of somberheid doorslaat?'



Geïdentificeerde persoonlijke waarschuwingssignalen (rood/oranje vlaggen)



Vaste ankerpunten dagstructuur (opstaantijd, rustmomenten, slaaphygiëne)



Afspraken bij vroege hypomane escalatie (contactpersoon, leefstijlrem)



BESLISBOOM: ACUTE ONTREGELING OF STABILISATIE?

Vertoont de cliënt tekenen van acute manische expansie met ernstig slaapttekort (<4 uur) en risicovol gedrag?

Ja

Acute slaapdeprivatie, verhoogde prikkelbaarheid en verminderd ziekte-inzicht

Activeer direct het crisis-/noodplan; betrek het steunsysteem en overleg onmiddellijk met de hoofdbehandelaar of psychiater voor farmacotherapeutische bijsturing en veiligheidsmaatregelen.

Nee

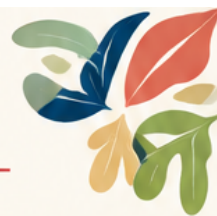
Stabiele euthymie of milde subklinische schommelingen

Focus op voortzetting van de dagelijkse stemmingsgrafiek, versteviging van het sociale ritme en psycho-educatie over stressreductie.



CYCLOTHYME STOORNIS

VISUELE REFERENTIEKAART



KLINISCHE DEFINITIE & KERNKARAKTERISTIEKEN

Cyclothyme stoornis kenmerkt zich door een chronische, persisterende instabiliteit van het affect gedurende minimaal twee jaar bij volwassene (minimaal één jaar bij adolescenten). Hierbij wisselen talrijke perioden met hypomane symptomen af met perioden met subklinische depressieve symptomen, zonder dat ooit voldaan is aan de volledige criteria voor een formele manische, hypomane of majeure depressieve episode.

- **Duur en continuïteit:** Symptomen zijn gedurende minstens de helft van de tijd aanwezig; klachtenvrije intervallen duren niet langer dan twee opeenvolgende maanden.
- **Subklinische hypomanie:** Perioden van verhoogde energie, verminderde slaapbehoefte en impulsiviteit die niet leiden tot opname of ernstige ontregeling.
- **Subklinische depressie:** Terugkerende fasen van anhedonie, somberheid, lethargie en cognitieve vertraging die niet voldoen aan een depressieve episode in engere zin.
- **Functionele weerslag:** Fluctuaties veroorzaken aanzienlijk lijden en instabiliteit op relationeel, sociaal en beroepsmatig vlak door onvoorspelbaarheid.



Psycho-educatieve Referentienotitie

Dit overzicht dient uitgesloten als gestructureerde psycho-educatieve referentie voor behandelaren. Het bevat geen diagnostische claim of individueel behandeladvies voor patiënten.



SYMPTOMOCLUSTERS & MINDMAP STRUCTUUR

De dynamiek van cyclothymie kan schematisch worden onderverdeeld in drie met elkaar samenhangende domeinen die elkaar continu beïnvloeden:

HYPOMANE POOL (Verhoogde Arousal)

- Grandioze ideeën
- Spreekdrang
- Verhoogde doelgerichte activiteit
- Prikkelbaarheid bij tegenwerking
- Risicovol sociaal of financieel gedrag

DEPRESSIEVE POOL (Verlaagde Arousal)

- Passieve terugtrekking
- Futloosheid
- Vertraagde informatieverwerking
- Gevoelens van ontoereikendheid
- Somatische vermoeidheid

SYSTEMISCHE GEVOLGEN

- Relationale spanningen door wisselende betrouwbaarheid
- Professionele haperingen door afwisseling van overbelasting en uitval
- Emotionele uitputting



SESSIETOEPASSING & INTERVENTIEPROTOCOL

Praktische handvatten voor de behandelaar om vroege stemmingsverschuivingen in de spreekkamer te herkennen, in kaart te brengen en te stabiliseren:



KLINISCHE WAARSCHUWING

Let scherp op snelle stemmingsomslagen na perioden van verhoogde doelgerichte activiteit; de overgang naar de depressieve pool gaat frequent gepaard met acute demoralisatie.

1



PSYCHO-EDUCATIE & NORMALISATIE

Besprek het patroon van continue micro-fluctuaties als een biologisch en psychologisch stemmingskenmerk om zelfverwijt en verwarring over 'karakterzwakte' te verminderen.

2



STEMMINGS- EN RITMEMONITORING (LIFE CHARTING)

Laat de cliënt een dagelijks stemmings- en slaapdagboek bijhouden met focus op slaapduur, sociale ritmes en subtiele voorge signalen van over- of onderactivatie.

3



HERKENNING VAN VROEGE WAARSCHUWINGSSIGNALEN

Identificeer specifieke prodromale signalen: plotselinge afname in slaapbehoefte of toegenomen koopgedrag (hypomaan) versus sociaal terugtrekken en uitstelgedrag (depressief).

4



SOCIAL RHYTHM THERAPY PRINCIPLES

Ondersteun het instellen van strikte ankertijden voor opstaan, maaltijden, werk en ontspanning om het circadiane ritme te beschermen tegen ontregeling.

5



NOODPLAN & BEGRENZING BIJ POLARITEIT

Stel contractuele afspraken op: remming van impulsieve beslissingen tijdens energiepieken en afgesproken laagdrempelige contactmomenten tijdens dalen.



AGORAFOBIE ZONDER PANIEKAANVALLEN:

Vermijdingsgedrag en Veiligheidsmechanismen



Klinische Presentatie: Agorafobie zonder Paniekstoornis

Agorafobie zonder anamnese van een actuele of voormalige paniekstoornis kenmerkt zich door aanhoudende vrees en vermijding van situaties waarin ontsnappen moeilijk kan zijn of waar geen hulp voorhanden is bij het ervaren van plotselinge, onregelende fysieke sensaties of invaliderende symptomen (zoals duizeligheid, controleverlies, vallen of gastro-intestinale klachten).

- Vrees gericht op specifieke contexten (openbaar vervoer, open ruimtes, afgesloten winkels, menigten of alleen buitenshuis zijn)
- Gedragmatige actieve vermijding of het uitsluitend ondergaan met extreme lijdensdruk
- Dwingende anxiositeit van een vertrouwde begeleider of externe veiligheidsobjecten
- Lage drempel voor interoceptieve anticipatieangst zonder volwaardige paniekaanvallen



Psycho-educatief Referentiekader

Dit overzicht dient uitsluitend als educatieve leidraad voor zorgprofessionals en therapeuten. Het bevat geen individuele diagnostische claims of vervangend specialistisch behandeladvies.



Cognitief-Gedagsmatig Stroomschema: De Agorafobische Vermijdingscirkel

De instandhouding van de agorafobische cirkel berust op een continue wisselwerking tussen interoceptieve sensaties, rampgedachten en veiligheidsstrategieën die corrigerende leerervaringen verhinderen.



Is er sprake van subtiel veiligheidsgedrag tijdens confrontatie met de situatie?

Ja

Ja: cliënt betreedt de ruimte uitsluitend met veiligheidsobjecten of steunpersoon



Voer een systematische inventarisatie uit van veiligheidsgedragingen en introduceer experimentele afbouw vóór de in-vivo exposure.

Nee

Nee: cliënt ervaart directe blokkade en complete contextuele vermijding



Start met interoceptieve blootstellingsoefeningen in de spreekkamer en stel een hiërarchische exposure-ladder op voor stapsgewijze verplaatsing.



Toepassingsnotitie voor de Sessie: Gegradeerde Exposure en Veiligheidsafbouw

Richtlijnen voor de praktische klinische toepassing tijdens behandelingsessies, gericht op het herstellen van de autonome leercapaciteit en het verminderen van instandhoudend vermijdingsgedrag.

- 1 Constructie van de Angsthiërarchie:**
Maak een lijst van agorafobische situaties gescoord op subjectieve eenheden van ongemak (SUDS 0-100). Begin de oefening bij gematigde spanning (SUDS 40-50).
- 2 Expliciete Identificatie van Veiligheidsmechanismen:**
Breng voorafgaand aan exposure alle micro-veiligheden in kaart (o.a. blik fixeren, handen spannen, spullen vasthouden, gsm paraat houden).
- 3 Gedragsexperimenten met Responsinterventie:**
Laat de cliënt bewust situaties betreden terwijl specifieke veiligheidsmechanismen stapsgewijs worden weggelaten om de catastrofale verwachting te toetsen.
- 4 Verdragen van Autonome Activatie:**
Train het observeren van interoceptieve sensaties zonder remediërende vlucht- of steunhandelingen, totdat natuurlijke habituatie of inhibitory learning optreedt.



Klinische Aandachtspunt

Verwar interoceptieve alertheid niet met een volledige paniekaanval. De kernangst bij deze vorm betreft primair de gevreesde hulpeloosheid, ontsnappingsmoeilijkheid of sociale beschaming bij lichamelijke ontregeling.

Geselecteerde exposuresituatie
(context en moeilijkheidsgraad)

Geïdentificeerde veiligheidsmechanismen om af te bouwen

Toetsbare catastrofale voorspelling van de cliënt



REFERENTIEKAART

Specifieke Fobie: Focale Angst en Fysiologische Reactiviteit



KLINISCH OVERZICHT: SPECIFIEKE FOBIE

Een specifieke fobie kenmerkt zich door een aanzienlijke, disproportionele angst- of paniecreactie die direct wordt uitgelokt door de aanwezigheid van of anticipatie op een specifiek object of een begrensde situatie. Deze reactie leidt tot uitgesproken vermijdingsgedrag of intens verdragen met aanzienlijk lijden.

- **Focale prikkel:**
Angst is scherp afgebakend tot welbepaalde contexten, dieren, omgevingen of lichamelijke sensaties.
- **Onmiddellijke autonome activatie:**
Sympathische ontlasting met acute stijging van fysiologische parameters bij confrontatie.
- **Vermijdingscirkel:**
Actieve ontwijking bekrachtigt op de lange termijn de catastrofale inschatting van de stimulus.



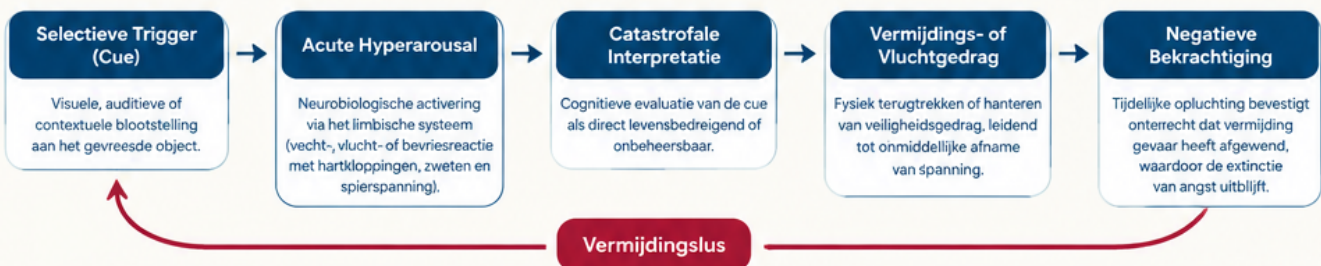
Psycho-educatieve Context

Deze kaart dient als visueel naslagwerk en psycho-educatief hulpmiddel binnen de behandelrelatie. Het vervangt geen formele diagnostische evaluatie of geïndividualiseerd behandelplan.



STROOMSCHEMA: ANGSTCURVE & VERMIJDINGSCLUS

Het functionele stroomschema toont hoe een neutrale of specifieke cue leidt tot een fysiologische piekreactie, die zonder correctieve ervaring in stand wordt gehouden door vermijdingsmechanismen.



Welk gedragspatroon domineert bij acute blootstelling aan de fobieprikkel?

Actieve vermijding of vlucht

Doorbreken via psycho-educatie over de spontane extinctiecurve; introduceren van stapsgewijze graduele exposure in vivo of in vitro zonder veiligheidsgedrag.

Bevriezing (immobilisatie) of vasovagale syncope (zoals bij bloed-injectie-letselfobie)

Toepassen van specifieke fysiologische regulatie, zoals toegepaste spanningstechnieken (applied tension) bij bloedfobie, alvorens exposure voort te zetten.



SESSIERICHTLIJN: TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

Stappenplan voor de behandelaar om tijdens psycho-educatie en de voorbereiding op exposure de angstcurve inzichtelijk te maken en overspoeling te voorkomen.



Aandachtspunt Exposure

Zorg dat de cliënt de natuurlijke daling van de fysiologische spanning (habituatie/extinctie) ervaart zonder voortijdig afbreken of inzetten van subtiele veiligheidsstrategieën.

1

Normaliseren en Breinmechanisme Uitleggen

Leg de functie van de amygdala en het autonome zenuwstelsel uit als een overactief intern alarmsysteem dat reageert op een foutief ingeschatte dreiging.

2

De Angstcurve Visualiseren

Teken de natuurlijke curve van anticipatiespanning, fysiologische piek en spontane daling bij aanhoudende aanwezigheid in de situatie.

3

Opstellen van de Angsthiërarchie (SUDs)

Breng samen met de cliënt concrete situaties in kaart, gerangschikt van milde spanning (SUDs 20-30) tot maximale angst (SUDs 90-100).

4

Geleidelijke Desensitisatie en Evaluatie

Start gecontroleerde stapsgewijze confrontatie op een haalbaar niveau en evalueer het verschil tussen de verwachte catastrofe en de feitelijke uitkomst.

Geselecteerde specifieke fobie-cue / doelsituatie

Initiële SUDs-score (0-100) en waargenomen lichamelijke respons

Doelafpraak exposure-oefening en habituatie-observatie

DIS: ZELFBELEVING EN AMNESIE



KLINISCHE OMSCHRIJVING & STRUCTUUR

Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS) wordt gekenmerkt door een verstoring van de identiteit waarbij twee of meer afzonderlijke persoonlijkheidstoestanden of identiteitsdelen aanwezig zijn. Deze structurele dissociatie ontstaat doorgaans als psychobiologische overlevingsreactie op chronische, ernstige traumatisering en gehechtheidsverstoring in de vroege kindertijd (vóór consolidatie van een geïntegreerd zelfbesef).

- Aanwezigheid van twee of meer onderscheiden identiteitsdelen met eigen waarnemings-, denk- en interactiepatronen.
- Terugkerende hiaten in het herinneren van alledaagse gebeurtenissen, persoonlijke informatie en/of traumatische ervaringen.
- De symptomen veroorzaken significant lijden en functionele beperkingen in het dagelijks functioneren.



SYMPTOOMCLUSTERS & MINDMAP-COMPONENTEN

De diagnostische presentatie en manifestatie van DIS kan visueel worden onderverdeeld in vier samenhangende clusters:



Amnestische Barrières

- Dissociatieve amnesie variërend van micro-blackouts, 'tijdverlies' en fugue-achtige episodes tot het vinden van voorwerpen zonder herinnering van aankoop.



Identiteitswisselingen / ANP-EP Dynamiek

- Verdeling tussen het ogenschijnlijk normale deel van de persoonlijkheid (ANP) gericht op het dagelijks leven en emotionele delen (EP) die traumatische herinneringen, affecten en verdedigingsreacties dragen.



Sensorimotorische Intrusies

- Schakelingen & Dissociatieve Intrusies: Plotselinge verschuivingen in executieve controle, stemveranderingen, somatosensorische herbelevingen en interne auditieve dialogen.



Somatoforme Dissociatie

- Conversieverschijnselen, functionele verlammingen, niet-epileptische aanvallen en veranderde pijnperceptie.

Structurele
Dissociatie



IN DE SESSIE: TOEPASSINGSNOTITIE & STABILISATIE

Tijdens klinische interactie staat stabilisatie, veiligheid en co-regulatie centraal. Het forceren van trauma-exploratie vóór het vestigen van innerlijke samenwerking leidt tot destabilisatie.

1

Veiligheid & Gronding

- Monitor de 'Window of Tolerance'.
- Intervenieer bij signalen van schakeling of hypo-arousal direct met 5-4-3-2-1 sensorische oriëntatie en stevig contact met de voeten op de grond.

2

Erkenning & Neutraliteit

- Erken alle naar voren komende delen met respect en nieuwsgierigheid zonder coalities te vormen of delen buiten te sluiten.

3

Psycho-educatie

- Normaliseer amnestische barrières als functionele beschermingsmechanismen om overspoeling te voorkomen.

4

Binnen-sessie Communicatie

- Moedig interne communicatie en co-bewustzijn aan via schriftelijke notities of geleide interne dialogen in plaats van directe confrontatie.



Psycho-educatieve Referentierichtlijn

Deze referentiekaart dient uitsluitend ter ondersteuning van psycho-educatie en klinische ordening voor behandelaren. Het vormt geen diagnostisch instrument noch behandelvoorschrift voor individuele cliënten.

AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS (APS): Hechtingsangst en Besluitvorming



KLINISCHE OMSCHRIJVING & KERNPROFIEL

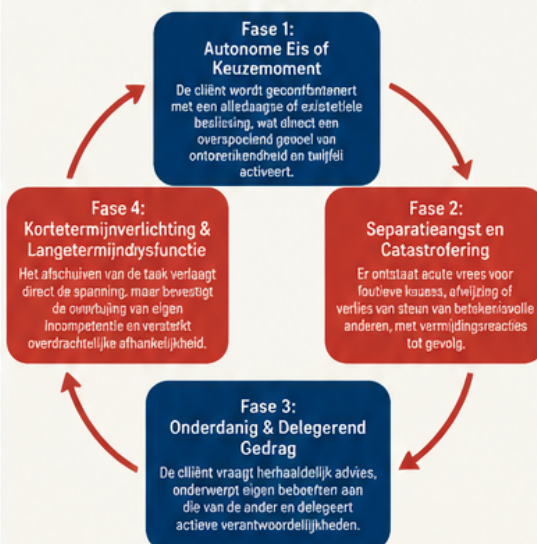
De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een diepgewortelde en pervasieve behoefte om verzorgd te worden. Dit leidt tot uitgesproken onderdanig en vastklampend gedrag, gevoed door een intense separatieangst en een gebrek aan vertrouwen in het eigen handelings- en besluitvormingsvermogen.

- **Informatie:** Psycho-educatief referentiekader voor therapeuten en zorgprofessionals; geen op zichzelf staand diagnostisch instrument.
- **Primaire hechtingsdynamiek:** Angstige en gepreoccupeerde hechtingsstrategie gericht op het vermijden van verlating en autonomie-eisen.
- **Kerneffect op zelfbeeld:** Gevoelens van fundamentele ontoereikendheid en incompetentie zonder externe sturing of goedkeuring.



Stroomschema: Viciuze Cirkel van Besluiteloosheid en Overdrachtelijke Regressie

Dit stroomschema visualiseert de opeenvolgende fasen van autonome taakeisen tot overdrachtelijke afhankelijkheid binnen interpersoonlijke en therapeutische relaties.



Symptoomclusters & Gedragskenmerken

Overzicht van de kenmerkende gedragsmanifestaties en cognitieve patronen bij afhankelijke problematiek:

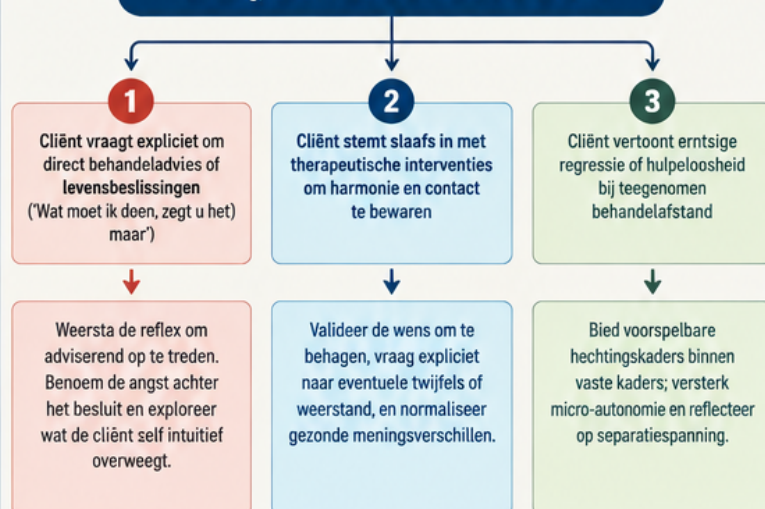
- ✓ **Besluitvorming:** Moeite met het nemen van alledaagse beslissingen zonder buitensporig veel advies en geruststelling.
- ✓ **Verantwoordelijkheidsverschuiving:** Behoeft dat anderen de verantwoordelijkheid op zich nemen voor de meeste belangrijke gebieden van het leven.
- ✓ **Conflictopgave:** Moeite met het uiten van meningsverschillen uit angst voor verlies van steun of goedkeuring.
- ✓ **Zelfstart-problemen:** Moeite om zelfstandig projecten te initiëren wegens gebrek aan zelfvertrouwen in eigen oordeelsvermogen.
- ✓ **Compensatoir gedrag:** Buitengewoon ver gaan om verzorging en steun te verkrijgen, inclusief het vrijwillig verrichten van onaangename taken.



Therapeutische Besluitvorming: Begrenzen van Overdrachtelijke Afhankelijkheid

Richtlijnen voor de clinicus wanneer de cliënt in de behandelkamer verantwoordelijkheden en levenskeuzes bij de therapeut neerlegt:

Hoe reageert de behandelaar op directe verzoeken tot sturing, advies of besluitovername door de cliënt?



Sessienotitie: Autonomieversterking & Kaders

In de therapeutische relatie met cliënten met een afhankelijke organisatie ontstaat snel een dynamiek waarin de therapeut onbewust in de rol van alwetende verzorger of besliser wordt getrokken. Doelgerichte bewustwording van deze tegenoverdracht is essentieel om autonomie te herstellen.

- ✓ **Tegenoverdracht waakzaamheid:** Vermijd reddersgedrag of irritatie over voortdurende hulpeloosheid.
- ✓ **Graduele bekrachtiging:** Laat de cliënt kleine, overzichtelijke keuzes maken en reflecteer op de lichamelijke sensaties van competentie.
- ✓ **Herstel van agency:** Formuleer interventies met de vraag "Wat zegt uw eigen innerlijke kompas hierover?"



Toepassingsnotitie voor de Sessie

Stel actieve autonomie centraal: wanneer de cliënt vraagt "Wat vindt u dat ik moet doen?", kaats de vraag vriendelijk terug: "Wat zou er gebeuren als u hierin volledig op uw eigen oordeel vertrouwt, en hoe voelt het in uw lichaam om die ruimte te nemen?" Bewaak stevige en betrouwbare behandelgrenzen.





SCHIZOTYPISCHE EN PARANOÏDE ZELFORGANISATIE: WANTROUWEN EN BETEKENISVERLENING



KLINISCH OVERZICHT: SCHIZOTYPISCHE & PARANOÏDE DYNAMIEK

Deze referentiekaart brengt de samenhang in kaart tussen verhoogde betekenisverlening, structureel interpersoonlijk wantrouwen en cognitieve vervormingen. Bij deze zelforganisatie worden neutrale omgevingsprikkels en relationele signalen frequent geïnterpreteerd als beladen, bedreigend of specifiek op de persoon gericht (betrekkingsideeën). Dit dient vaak als een defensieve afweer tegen diepe relationele kwetsbaarheid en verlies van autonomie. Deze kaart fungeert uitsluitend als psycho-educatieve referentie voor professionals en bevat geen diagnostische claims of direct behandeladvies.

- **Kernmechanisme:** Continue overattributie van intenties aan neutrale contexten (hyper-intentionaliteit).
- **Affectieve onderstroom:** Angst voor controleverlies, anticipatie van manipulatie of beschadiging.
- **Sociale dynamiek:** Terugtrekking, verhoogde waakzaamheid en defensieve afstand ter bescherming van het zelf.



Psycho-educatieve Context

Differentieer tussen acute paranoïde psychotische decompensatie en een stabiele paranoïde/schizotypische persoonlijkheidsorganisatie. De intensiteit van de realiteitstoetsing en de mate van rigiditeit bepalen het therapeutische tempo.



MINDMAP & STROOMSCHEMA: COGNITIEVE EN RELATIONELE ASSEN

Het cognitief-affectieve stroomschema toont hoe een neutrale interactie transformeert in relationele afstand:

1

Sensorische Input / Neutrale interactie

Een neutrale opmerking, blik of stilte van de ander.



2

Betrekkingsattributie

De waarneming wordt cognitief gekoppeld aan een verborgen agenda of persoonlijke intentie ('Dit is tegen mij gericht').



3

Affectieve Arousal

Onmiddellijke activering van alertheid, verhoogde spiertonus en interne dreiging.



4

Compenserende Controle

Zoeken naar bevestigende details, magisch denken of hermetische betekenisssystemen.



5

Defensieve Respons

Sociale terugtrekking, formele afstandelijkheid of anticiperende afweer.



KERNSYMPTOOMCLUSTERS

Klinisch geobserveerde clusters binnen deze zelforganisatie volgens gangbare beschrijvende criteria:



Cognitief-perceptueel

Betrekkingsideeën, magische denkpatronen, ongewone perceptuele ervaringen binnen intacte globale toetsing.



Interpersoonlijk wantrouwen

Persisterende twijfel aan loyaliteit van derden, wrok koesteren, defensieve alertheid.



Communicatief & Gedragmatig

Excentrieke of indirecte taalstijl, idiosyncratische woordkeuzes, formele distantie.



Affectieve regulatie

Beperkt of inadequaat affect, chronische sociale angst die niet afneemt door vertrouwdheid.



IN DE SESSIE: RELATIONELE BETROUWBAARHEID EN NIET-CONFRONTERENDE VALIDATIE

Praktische handvatten voor therapeuten bij het hanteren van betrekkingsideeën en waakzaamheid:

- **Expliciete transparantie:** Maak agenda's, dossiervoering en therapeutische intenties volledig helder en controleerbaar.
- **Valideer het affect, niet het waanidee:** Bevestig de reële angst en spanning zonder mee te gaan in ongefundeerde feitelijke aannames.
- **Vermijd directe confrontatie:** Direct argumenteren verhoogt doorgaans de paranoïde afweer en isoleert de cliënt verder.
- **Tempo en afstand bewaken:** Dring niet aan op snelle emotionele intimiteit of empathische overspoeling; respecteer de noodzaak van fysieke en psychologische tussenruimte.



Klinische Valkuil

Te snelle interpretaties of pogingen om 'de realiteit te corrigeren' worden binnen deze organisatie vaak beleefd als manipulatie of gaslighting. Bied voorspelbaarheid boven diepgang.

1

Stap 1: Kader en Transparantie

Benoem concreet het doel van de interactie en voorkom ambiguïteit in non-verbale communicatie of stilte.



2

Stap 2: Emotionele Afstemming

Erken de aanwezige angst voor controleverlies ('Ik merk dat deze situatie heel onveilig voor u voelt').



3

Stap 3: Ruimte voor Autonomie

Laat de regie over het bespreken van onderwerpen expliciet bij de cliënt om afweerreacties te de-escaleren.

AANHOUDENDE COMPLEXE ROUWSTOORNIS (ACRS)

- REFERENTIEKAART -



KLINISCH OVERZICHT & DEFINITIE

Aanhoudende Complexe Rouwstoornis (ACRS / Complexe Rouw) kenmerkt zich door een aanhoudende, invaliderende rouwreactie die significant langer duurt dan sociaal-cultureel verwacht (minimaal 6 tot 12 maanden na het verlies). De kern bestaat uit een niet-geïntegreerde representatie van het verlies, intens en pijnlijk verlangen naar de overledene, en ernstige identiteitsontwrichting waarbij het vermogen tot dagelijkse zingeving en emotionele verbinding stagneert.

- Aanhoudend intens verlangen of gepreoccupeerdheid met de overledene
- Diepe emotionele pijn, intens verdriet en verbittering rondom de omstandigheden van het overlijden
- Moeite met het aanvaarden van de definitieve realiteit van de dood
- Gevoel dat een wezenlijk deel van het eigen zelf is mee gestorven



i Psycho-educatieve Referentie

Dit schema dient uitsluitend als conceptueel model voor therapeuten en professionals ter ondersteuning van psycho-educatie en casusconceptualisatie. Het vormt geen zelfstandig diagnostisch instrument noch bindend behandeladvies.



SYMPTOOMCLUSTERS & STROOMSCHEMA

Het instandhoudende netwerk van complexe rouw beweegt zich typisch tussen actieve emotionele vermijding enerzijds en overweldigende intrusieve preoccupatie anderzijds:



Intens Verlangen & Preoccupatie

Continu malen over herinneringen, dwangmatig zoeken naar nabijheid, fixatie op achtergelaten voorwerpen.



Identiteits- & Zinontwrichting

Verlies van toekomstperspectief, doel- en stuurloosheid, onvermogen om hernieuwde sociale rollen te definiëren.



Emotionele Vermijding

Mijden van plaatsen, mensen, gesprekken of herinneringen die aan de onomkeerbaarheid van het overlijden herinneren.



Emotionele Verdooving & Bitterheid

Subjectief gevoel van emotionele leegte, apathie, wantrouwen naar anderen en verbittering over het lot.



SESSIEHANDVATTEN: TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

Klinische interventiestappen gericht op narratieve integratie, exposure aan verliesherinneringen en herstel van alledaagse zingeving volgens het duaal procesmodel.

1



VERLIESGERICHTE NARRatieve INTEGRATIE

Faciliteer een gedetailleerd narratief over het moment van overlijden en het afscheid. Help de cliënt om vermeden pijnlijke feiten geleidelijk te verweven in het levensverhaal zonder dissociatieve overspoeling.

2



DUAAL PROCES NAVIGATIE

Ondersteun het systematisch afwisselen tussen verliesgerichte verwerking (toelaten van verdriet, stilstaan bij gemis) en herstelgerichte acties (oppakken van dagelijkse routines, nieuwe rollen).

3



HERVINDEN VAN GEÏNTERNALISEERDE VERBINDING

Verschuif de focus van fysiek terugverlangen naar een symbolische, geïnternaliseerde band met de overledene via visualisaties, herinneringsbrieven of betekenisvolle rituelen.

4



RECONSTRUCTIE VAN ALLEDAGSE ZINGEVING

Identificeer kleine, waardencongruente doelen die de cliënt los van de overledene weer autonomie, sociale verbondenheid en richting geven in het heden.

CHRONISCHE INSOMNIE EN SLAAP-WAAKSTOORNISSEN



Klinisch Profiel & Classificatie-overzicht

Chronische insomnie kenmerkt zich door aanhoudende moeilijkheden met inslapen, doorslapen of vroegtijdig ontwaken met disfunctioneren overdag, gedurende minimaal drie maanden en minstens drie nachten per week. Binnen de klinische referentiekaders (zoals DSM-5 en ICSD-3) staat niet enkel de kwantitatieve slaapduur centraal, maar vooral de verhoogde psychofysiologische activatie die instandhoudend werkt.

- **Inslapremming:** latentietijd tot slaap overschrijdt consistent 30 minuten door cognitieve intrusies.
- **Doorslaapproblematiek:** frequente nachtelijke ontwakingen gepaard met moeite om opnieuw in slaap te vallen.
- **Dagsymptomen:** chronische vermoeidheid, concentratieverlies, prikkelbaarheid en stemmingsontergeling.
- **Uitsluiting:** slaapklachten treden op ondanks adequate gelegenheid en omstandigheden om te slapen.



Klinische Differentiatie & Uitsluiting

Sluit primaire organische oorzaken (zoals obstructieve slaapapneu of restless legs syndroom), middelengebruik en circadiane ritmestoornissen uit. Dit schema dient uitsluitend als psycho-educatieve referentie en vervangt geen individuele somatische of psychiatrische diagnostiek.



De Vieuze Cirkel van Geconditioneerde Slapeloosheid

Onderstaand procesmodel toont hoe acute slaapverstoring door cognitieve en fysiologische versterkers overgaat in een chronische, geconditioneerde slaap-waakstoornis.

1

Cognitieve Anticipatie en Piekeren



Pre-slaap rumineren over slaaptijd en dagelijks disfunctioneren wekt anticipatieangst op. Zorgen over het niet kunnen slapen verhogen direct de alertheid van het centrale zenuwstelsel.

2

Psychofysiologische Hyperarousal



Activatie van de sympathische as resulteert in verhoogde hartfrequentie, spierspanning, cortisolafgifte en verhoogde bèta-hersenactiviteit. Het zenuwstelsel blijft in een waakzame stressstoestand.

3

Klassieke Conditionering (Bed = Waken)



Door herhaaldelijk urenlang wakker liggen, woelen en piekeren in bed raakt de slaapomgeving geassocieerd met frustratie en verhoogde waakzaamheid in plaats van herstel en ontspanning.

4

Disfunctionele Compensatiegedragingen



Overmatige tijd in bed doorbrengen, middagdutjes, overmatig cafeïnegebruik of krampachtig 'proberen te slapen' verlagen de homeostatische slaapdruk en verankeren het chronische patroon.



Stimuluscontrole & Psycho-educatieve Interventies

Richtlijnen voor de therapeut om de geconditioneerde stimulusrespons te doorbreken en de homeostatische slaaprespons te herstellen tijdens de behandelssessie.



Bed uitsluitend associëren met slaap en intimiteit; verplaats alle andere activiteiten (zoals schermgebruik, werk en piekeren) naar een andere ruimte.



Pas de 20-minutenregel toe: sta op zodra inslapen niet lukt en ga pas terug naar bed bij manifeste fysieke slaperigheid.



Handhaaf een rigide ontwaaktijd, ongeacht de totale gerealiseerde slaapduur van de voorafgaande nacht.



Bouw overdag gestructureerde 'piekertijd' in om cognitieve verwerking los te koppelen van het pre-slaapritueel.



In de Sessie: Handvat voor de Behandelaar

Breng samen met de cliënt de specifieke conditionering in kaart: 'Welke fysieke en mentale signalen ervaart u zodra u de slaapkamer binnenstapt?' Focus de psycho-educatie op het demystificeren van de slaapdwang: slapen is een autonoom proces dat niet willensmatig kan worden afgedwongen.

Geïdentificeerde arousal-triggers in de slaapkamer:

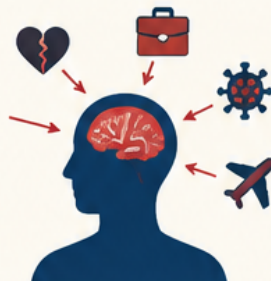
Vaste ontwaaktijd en stimuluscontrole-afspraken:

AANPASSINGSSTOORNIS MET EMOTIONELE EN GEDRAGMATIGE ONTREGELING



KLINISCHE PRESENTATIE & DEFINITIE

Een aanpassingsstoornis met gemengde stoornis van emoties en gedrag ontstaat als reactie op een identificeerbare psychosociale stressor (zoals echtscheiding, baanverlies, ziekte of migratie). De reactie kenmerkt zich door een onevenredige lijdensdruk en een substantiële verstoring van het sociaal en beroepsmatig functioneren, waarbij zowel affectieve ontregeling als maladaptieve gedragspatronen op de voorgrond treden.



- Identificeerbare stressor aanwezig binnen 3 maanden voor aanvang van de klachten
- Affectieve symptomen: stemmingswisselingen, angst, hopeloosheid en demoralisatie
- Gedragmatige ontregeling: sociale terugtrekking, conflicten, agitatie of vermijdingsgedrag
- Duidelijke disproportionaliteit ten opzichte van de verwachte stressorreactie
- Functionele achteruitgang op werk, opleiding of interpersoonlijke relaties



Psycho-educatieve Disclaimer

Dit overzicht dient uitsluitend als psycho-educatieve referentie voor behandelaars en vormt geen diagnostisch instrument of individueel behandelvoorschrift.



STROOMSCHEMA: STRESSORREACTIE EN ONTREGELING

Onderstaand model toont de klinische fasering van stressorperceptie naar functionele ontregeling en demoralisatie.



SESSIE TOEPASSING & INTERVENTIERICHTLIJNEN

Praktische handvatten voor de behandelaar om in sessies copingsvaardigheden te versterken en de stressor te contextualiseren.

- ✓ Normaliseer de reactie als een overbelast adaptatiemechanisme zonder de functionele impact te minimaliseren
- ✓ Herstel van basale executieve routines en dagstructuur om secundaire demoralisatie tegen te gaan
- ✓ Differentieer tussen beïnvloedbare en onbeïnvloedbare aspecten van de stressor



In de Sessie: Aandachtspunt

Waak voor het valkuil om uitsluitend op emotionele ventilatie te focussen; actieve probleemoplossing en gedragmatige heractivatie zijn cruciaal om passieve demoralisatie te doorbreken.



Welk type ontregeling domineert het klinische beeld in de sessie?

