



Achtste, herziene druk: januari 2025

Zevende druk: juli 2023

Zesde druk: maart 2023

Vijfde, herziene druk: augustus 2021

Vierde druk: februari 2019

Derde, herziene druk: oktober 2018

Tweede druk: juli 2015

Eerste druk: november 2014

D/2025/45/12 – ISBN 978 90 209 1010 0 – NUR 895

Vormgeving omslag: Gert Degrande | De Witlofcompagnie

Vormgeving binnenwerk: Wendy De Haes

Ontwerp stramien binnenwerk: Filip De Baudringhien – Type Jamming

Omslagillustratie: detail uit 'Onvoltooide symfonie' – Toon Vanmechelen

© Raf De Rycke, Bernard Sabbe & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2014.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij,
de boeken- en multimediadivisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.

Niets van deze uitgave mag veeleenvoudigd worden en/of openbaar gemaakt,
door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook,
zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus

Vaartkom 41 bus 01.02

3000 Leuven

België

Postbus 23202

1100 DS Amsterdam

Nederland

www.lannoocampus.com

RAF DE RYCKE / BERNARD SABBE

PSYCHIATRIE

WAT JE MOET WETEN

Lannoo
Campus

Inhoudstafel

Woord vooraf	9
Inleiding	13
HOOFDSTUK 1 – Een helikopterblik op onze geestelijke gezondheidszorg	17
1.1 De geschiedenis van de psychiatrie: een kort overzicht	18
1.2 De psychiatrie vandaag	28
1.2.1 Overlegplatforms	31
1.2.2 Ervaringsdeskundigen	31
1.2.3 Projecten art. 107 voor volwassenen en intensifiëring	33
1.2.4 Evaluatie van de netwerken voor de doelgroep volwassenen	36
1.2.5 Nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren	36
1.2.6 Zijn er nog te veel psychiatrische bedden in ons land?	38
1.2.7 Enkele definities	40
1.2.8 DSM of ICD?	41
1.2.9 Biopsychosociale benadering	43
1.2.10 Wanneer heeft iemand een geestelijk gezondheidsprobleem?	45
1.2.11 Wat is ‘normaal’ in de psychiatrie?	45
1.2.12 Burn-out	47
1.2.13 Psychiatrische aandoening	48
1.2.14 Jaarprevalentie van de psychische problematiek	50
1.2.15 Evolutie naar een meer en duurzame geïntegreerde geestelijke gezondheid	50
1.2.16 Onrustwekkende toename van psychische problemen	52
1.2.17 Behandelingen van psychiatrische aandoeningen	53
1.3 Een aantal markante vaststellingen op het vlak van geestelijke gezondheidszorg	53
1.3.1 Overconsumptie van antidepressiva	53
1.3.2 Zelfdodingen	55
1.3.3 Kinderen en jongeren	59
1.3.4 Allochtonen	62
1.3.5 Mindfulness	63
1.3.6 Naar een values based mental health care en kwaliteitsindicatoren	65
1.3.7 Kwaliteitsmetingen in de geestelijke gezondheidszorg	66
1.3.8 Accreditering van psychiatrische ziekenhuizen: hype of duurzaam systeem?	67
1.3.9 Wetenschappelijk onderzoek	69
1.3.10 Risico's op somatische problemen	72

1.3.II	Daderhulp en preventiehulp	73
1.3.I2	Gevolgen van de COVID-19-pandemie voor de geestelijke gezondheid	74
HOOFDSTUK 2 – Diagnose en behandeling		77
2.1	Psychiatrie en psychiatrische ziekten	78
2.1.1	Is psychiatrie wel een medische discipline?	79
2.1.2	Wat is een psychiatrische ziekte?	84
2.1.3	Kan een psychiatrische ziekte dan conceptueel zomaar gelijkgesteld worden met een lichamelijke ziekte?	86
2.2	Diagnose in de psychiatrie: het psychiatrisch onderzoek	90
2.2.1	Hoe verloopt een diagnostisch gesprek (anamnese)?	91
2.2.2	Het nagaan van de psychiatrische voorgeschiedenis en de familieanamnese	95
2.2.3	Het navragen van lichamelijke klachten en het lichamenlijk onderzoek	95
2.2.4	De sociale anamnese	96
2.2.5	De biografische anamnese	96
2.2.6	De heteroanamnese	96
2.2.7	Aanvullende onderzoeken	97
2.3	Diagnose en classificatie	98
2.4	Het voorkomen van psychiatrische ziekten (epidemiologie)	101
2.5	Oorzaken en ontstaan van psychiatrische ziekten (etiopathogenese)	102
2.5.1	Biologische factoren	103
2.5.2	Psychologische factoren	107
2.6	Gevolgen van psychiatrische stoornissen	114
2.7	Behandeling en preventie	115
HOOFDSTUK 3 – De patiënt met een psychiatrische aandoening versus de samenleving		123
3.1	Vermaatschappelijking	124
3.2	Omgekeerde vermaatschappelijking	126
3.3	Stigma	129
3.4	Buddywerking	136
3.5	Maatschappelijke kost	139
3.6	Meer aandacht voor preventie	142
3.7	Commercialisering	145
3.8	Werken en wonen	147
3.8.1	Werken	147
3.8.2	Wonen	151
3.9	Wet inzake de patiëntenrechten	152

3.10	Euthanasie en hulp bij zelfdoding	155
3.11	Antipsychiatrie	164
3.12	Omgaan met een psychiatrische aandoening	166
3.13	Kunst en psychiatrie	168
HOOFDSTUK 4 – Ziektebeelden		175
4.1	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	177
4.1.1	Autismespectrumstoornissen	177
4.1.2	Aandachtstekort- en hyperactiviteitsstoornis (adhd)	178
4.2	Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	180
4.2.1	Schizofreniespectrum	180
4.2.2	De waanstoornis	184
4.2.3	Psychotische stoornissen door lichamelijke aandoeningen	184
4.2.4	Psychotische stoornissen door middelen	184
4.3	Bipolaire-stemmingsstoornissen	186
4.4	Depressieve-stemmingsstoornissen	191
4.5	Angststoornissen	196
4.6	Dwang- en verwante stoornissen	200
4.7	Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen	202
4.8	Stoornissen met lichamelijke symptomen	204
4.9	Eetstoornissen	207
4.10	Seksuele disfuncties en genderdysforie	209
4.11	Drangstoornissen: impulsbeheersingsstoornissen en parafilieën	212
4.12	Stoornissen in het gebruik van middelen en verslaving	214
4.13	Neurocognitieve stoornissen	220
4.13.1	Delirium	220
4.13.2	Dementie	221
4.14	Persoonlijkeitsstoornissen	224
HOOFDSTUK 5 – Aanbod en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg		229
5.1	Huisartsen en zelfstandig gevestigde psychiaters, psychologen en psychotherapeuten	233
5.2	Erkenning van klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen en terugbetaling van prestaties	234
5.3	Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	239
5.4	Psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische diensten in algemene en universitaire ziekenhuizen en universitaire psychiatrische bedden	240
5.5	Outreachinge urgentiepsychiatrie met triagefunctie en klinische evaluatie- en observatiefunctie	244
5.6	Poliklinische zorg	246

5.7	Kinderpsychiatrie	246
5.8	Ouderenpsychiatrie	250
5.9	Specifieke drughulpverlening	251
5.10	Psychiatrische verzorgingstehuizen	252
5.11	Initiatieven beschut wonen	253
5.12	Psychosociale revalidatiecentra	255
5.13	Liaisonpsychiatrie	256
5.14	Psychiatrische thuiszorg	257
5.15	Psychiatrische gezinsverpleging	258
5.16	Geïnterneerden	259
5.17	Onlinehulpverlening	261
5.18	Centra voor algemeen welzijnswerk en centra voor leerlingenbegeleiding	264
5.19	Crustatieve zorg: een nog ontbrekende schakel in de geestelijke gezondheidszorg	265
5.20	OverKop-huizen	268
5.21	Buurtgerichte zorg	268
5.22	Zorgcentra na seksueel geweld	269
HOOFDSTUK 6 – Beschermingsmaatregelen		271
6.1	Gedwongen opname	272
6.2	Hervorming van de wet inzake gedwongen opnames	277
6.3	Internering	285
6.3.1	Risicotaxatie	288
6.3.2	Nieuwe interneringswet	289
6.4	Dwangbehandeling in geval van gedwongen opname of internering	294
6.5	Vrijheidsbeperkende maatregelen	297
6.6	Beschermingsmaatregelen inzake goederen en persoon	298
6.6.1	Buitengerechtelijke beschermingsmaatregelen	300
6.6.2	Gerechtelijke beschermingsmaatregelen	301
6.7	Vrijheidsbeperkende maatregelen	305
6.8	Worden psychiatrische aandoeningen gedekt door een hospitalisatiepolis?	310
6.9	Patiënten met een psychiatrische aandoening in het verkeer	312
Noten		314
Dankwoord		317
Lexicon		318
Nuttige adressen		326
Literatuurlijst		335
Index		342

‘Als onze hersenen zo simpel
waren dat we ze zouden kunnen
begrijpen, dan zouden wij zo
simpel zijn dat we ze niet zouden
kunnen begrijpen.’

— Albert Einstein —

De assepoester zonder fee

Guy Tegenbos

Senior writer *De Standaard*

Ooit zal een prins de assepoester van de gezondheidssector herkennen. En ermee trouwen.

Met die gedachte houden velen uit de assepoesector van de gezondheidswereld – de geestelijke gezondheidszorg (ggz) – de moed erin.

Maar ondertussen blijft die ggz wel een echte assepoester: schromelijk ondergewaardeerd, zelfs miskend en vernederd. De geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrie moeten, net als Assepoester, het vuile werk opknappen, zonder dat ze daarvoor beloond worden, integendeel ze worden ervoor uitgelachen en vernederd.

Voor wie is dat het ergst?

Voor de patiënten. Ze worden vaak niet ernstig genomen. Ze worden gestigmatiseerd en verdacht gemaakt. Ze moeten aanhoren dat achter hun rug gefluisterd wordt dat het wel fake zal zijn. Ze moeten veel te lang in wachtkamers zitten en op wachtlijsten staan.

Bij velen van hen is de ziel verpletterd door ontsporingen van de samenleving. Maar die samenleving erkent haar ontsporingen niet; nee, dat doet ze niet. En de kneuzingen van de ziel die er het gevolg van zijn, wijt de samenleving aan het individu dat er het slachtoffer van is. Zo gaat dat. Het slachtoffer krijgt de schuld. Het is wreed.

Die miskening geldt ook voor de beroepsbeoefenaars van die sector. Ook zij staan onderaan de ladder. Werken in de ggz geeft weinig status. Omdat psychiaters niet hoog gewaardeerd worden, horen ze ook bij de laagstbetaalde artsen. En dat leidt er dan weer toe dat hun specialisme niet aantrekkelijker wordt. De universiteiten leiden er maar weinig op: want ook zij krijgen er niet veel geld voor. Een vicieuze cirkel.

BMW 6 cabrio

Assepoester uit het sprookje raakte uit het verdomhoekje doordat ze een krachtige bondgenote had: een fee die zich verzette tegen het onrecht dat deze jonge vrouw werd aangedaan. De fee bezorgde haar een schitterende feestjurk, schoentjes van Swarovski en een BMW 6 cabrio – de hedendaagse opvolger van de open koets met een span paarden. Daarmee kon ze naar het feest van de prins.

En ze maakte indruk. Ze kon de prins charmeren. Op het cruciale moment moest ze wel op de vlucht slaan omdat de betovering van de fee om middernacht verbroken werd. Bij het vluchten, verloor ze een glazen schoentje maar precies aan de hand van dat unieke Swarovski-schoentje, kon de prins haar later terugvinden. En ze leefden nog lang en gelukkig.

De geestelijke gezondheidszorg heeft helaas geen fee. Geen glazen schoentjes. En geen BMW 6 cabrio. De sector moet dus zelf zorgen om opgemerkt te worden door de prins en in zijn gratie te vallen.

Onmogelijk is dat niet. Ofschoon de wereld terughoudend tot vijandig staat ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg, heeft ze toch ook bondgenoten en geniet ze een beperkte maar groeiende steun bij de bevolking. Acties als ‘Te Gek!?’ en ‘Rode neuzen’ bewijzen dat. Het feit dat almaar meer bekende en onbekende Vlamingen zich durven uiten over hun geestelijke gezondheidsproblemen, helpt ook.

Maar er blijven veel vooroordelen bestaan. En die zijn alleen te overwinnen met correcte informatie.

Informatie zoals dit alomvattend boek van Raf De Rycke en Bernard Sabbe biedt. Het is een dijk van een boek waarin de auteurs ‘alles’ op een rij zetten, alles juist proberen te situeren en de vooroordelen pogen op te heffen: over de ziektebeelden, de diagnoses en de behandelingen, de organisatie van het zorgaanbod, opnames en gedwongen opnames, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, mindfulness en telepsychiatrie, antidepressiva en ADHD, liaisonpsychiatrie en dementie.

Werken aan klachten

Correcte informatie is hyperbelangrijk. Maar niet voldoende. Een probleem is bijvoorbeeld dat niet alle vooroordelen jegens de ggz helemaal onjuist zijn. Achter sommige vooroordelen zit ook een stuk waarheid. Dat geldt bijvoorbeeld voor de twijfels die worden geuit over de diagnostiek. Het verwijt dat psychiaters en andere zorgverleners het vaak onderling oneens zijn over de diagnoses en de behandelingen, is niet altijd onterecht.

Dikwijls heerst ook grote twijfel over de werkzaamheid van behandelingen. De 'evidence' ontbreekt vaak in de geestelijke gezondheidszorg, en als de evidence er toch is, wordt die vaak ontkend door een deel van de beroepsbeoefenaars.

Er zijn klachten over de overdreven medicalisering van psychische problemen en aandoeningen, en over het overdreven gebruik van psychofarmaca en dwang. En het verwijt dat er te veel residentiële opvang is en te weinig ambulante, is ook niet uit de lucht gegrepen.

Aan al die klachten moet de ggz werken. Dringend.

Prinsen

Een extra probleem is dat niet één prins moet verleid worden. De macht in de gezondheidssector is erg versnipperd. Om de ggz de waardering en de middelen te bezorgen waarop die recht heeft, moeten honderden prinsen overtuigd worden. Ze zijn ongrijpbaar en bevolken honderden commissies waar de beleidsbeslissingen genomen worden. Die situeren zich in de doolhoven van de ziekteverzekering (RIZIV), van de federale diensten van Volksgezondheid en van de administraties van de deelstaten.

Het is zo goed als uitgesloten dat de ggz-assepoester al die prinsen met al hun verschillende belangen en visies kan overtuigen van haar belang. Het is voor haar dus zaak een juiste selectie te maken en strategische bondgenootschappen te smeden.

Wie zijn de beste bondgenoten?

In de eerste plaats de patiënten, en alle verenigingen van patiënten en van hun familieleden, en hun ziekenfondsen die hen moeten verdedigen. Zij moeten openlijk opkomen voor hun belangen.

In de tweede plaats moet de eerstelijnszorg bondgenoot worden: de huisartsen, de verpleegkundigen en alle anderen.

En op de derde plaats staan de financiers van de sociale zekerheid. Zij moeten en kunnen over de brug getrokken worden. Psychische aandoeningen zijn van de langdurigste op het vlak van de werkonbekwaamheid en ze horen dus bij de duurste aandoeningen voor de ziekteverzekering, en voor de werkgevers en de werkenden die deze verzekering financieren. Zij hebben er belang bij dat mensen met geestelijke aandoeningen sneller, efficiënter en adequater worden geholpen en dat meer geïnvesteerd wordt om geestelijke aandoeningen te voorkomen. Ook in die kringen moet dit boek dus doordringen. Opdat de assepoespatiënten en de ggz-werkers zouden krijgen waar ze recht op hebben.

Inleiding

Met dit boek willen we zo veel mogelijk informatie geven over de sector geestelijke gezondheidszorg en de vele misverstanden over deze wereld uit de wereld helpen. Voor veel mensen blijft de psychiatrie een vrij vreemde en moeilijk toegankelijke wereld. De kennis van psychiatrische ziektebeelden blijft zeer beperkt en aan de effectiviteit van behandel mogelijkheden wordt over het algemeen sterk getwijfeld. Als je mensen spontaan vraagt waaraan ze denken als je het woord 'psychiatrie' uitsprekt, dan valt de eerder negatieve perceptie op van een relatief onbekende sector die zich voornamelijk richt naar personen met een zeer complexe problematiek die moeilijk of niet te genezen is. Het onbekende karakter van de sector blijkt uit de vele vragen die je dagdagelijks hoort over psychiatrie. Het gaat dan zowel over meer algemene vragen (Wat zijn de oorzaken van psychiatrische stoornissen? Kunnen psychiatrische stoornissen genezen worden? Wat is het verschil tussen een gedwongen opname en een internering? Is euthanasie mogelijk in geval van aanhoudend psychisch lijden? Waarom rust op de psychiatrie nog zo'n groot stigma? Kan onlinetherapie en telepsychiatrie een consultatie bij de psychiater of psycholoog vervangen?) als over zeer praktisch gerichte vragen (Waar kunnen we terecht met psychiatrische aandoeningen? Wat zijn de voorwaarden om iemand gedwongen te laten opnemen? Kan een patiënt met een zware psychiatrische stoornis nog zijn goederen beheren? Wanneer zijn vrijheidsbeperkende maatregelen aangewezen en welke vorm kunnen ze aannemen? Worden psychiatrische aandoeningen gedekt door een hospitalisatiepolis? Zijn patiënten met een psychiatrische aandoening nog geschikt om een wagen of ander motorvoertuig te besturen?). Nochtans komen veel mensen rechtstreeks of onrechtstreeks vroeg of laat in contact met de geestelijke gezondheidszorg als we weten dat een op de vier mensen kampt met geestelijke gezondheidsproblemen. Deze problemen zijn veel meer aanwezig in een mensenleven dan men eigenlijk denkt. Het hoeft daarom niet altijd over ernstige psychiatrische aandoeningen te gaan. Onder geestelijke gezondheidsproblemen valt ook het hele gamma van de psychosociale problemen. Wie heeft nog nooit te maken gehad met een psychosociaal probleem als gevolg van bijvoorbeeld een rouwproces? Op dat ogenblik is het belangrijk een zo duidelijk mogelijk antwoord te krijgen op de vele vragen die ontstaan op het

moment van confrontatie met geestelijke gezondheidsproblemen, zeker als het gaat over ernstige psychiatrische aandoeningen. Zonder volledige en correcte informatie en kennis over de psychiatrie zullen vooroordelen blijven bestaan en zal een stigma op patiënten met een psychiatrische aandoening blijven rusten. Het is vijf voor twaalf om normaal te doen over psychiatrische aandoeningen. Met dit boek ijveren we voor een geestelijk gezond België zonder taboes over geestelijke gezondheidszorg.

Dankzij de vele inspanningen om de psychiatrie te destigmatiseren behoren termen zoals zotten, gekken, waanzinnigen, krankzinnigen, geestesgestoorden, geesteszieken ... tot het verleden. In dit boek ging de voorkeur uit naar de term 'patiënt met een psychiatrische aandoening'. Dat klinkt zeker al minder stigmatiserend dan de alternatieve terminologie 'psychiatrische patiënt'. De term 'patiënt' komt van het Latijnse 'pati' dat lijden en 'patientia' dat geduld betekent. We weten dat zeker een ernstige psychiatrische aandoening met lijden gepaard kan gaan. Patiënt als term draagt bij tot een betere inschatting van urgentie of crisis bij de zorgprofessionals en beleidsverantwoordelijken. Met deze keuze streven we ernaar om de respectvolle, inclusieve en empathische benadering van de patiënt met een psychiatrische aandoening te bevorderen. Af en toe horen we ook al eens de term 'persoon met een psychiatrische aandoening' of 'persoon met een psychische problematiek'. Wellicht zal het taalgebruik in de toekomst nog verder evolueren. Nu, wat vandaag nog niet echt algemeen gangbaar is, kan morgen nog komen. Waar we vandaag en zeker ook in de toekomst niet kunnen mee instemmen is 'patiënt' of 'persoon' vervangen door 'cliënt'. Deze laatste term past eerder binnen een profit context of marketingbenadering. Bovendien zorgt de term cliënt ervoor dat de geestelijke gezondheidszorg zich zou afsplitsen van de somatische zorg, hetgeen we zeker niet nastreven. We zouden met dit taalgebruik ook de indruk wekken dat voorzieningen en centra in de geestelijke gezondheidszorg zich minder verbonden gaan voelen met de persoon met een psychiatrische aandoening.

Na een helikopterblik op onze geestelijke gezondheidszorg wordt achtereenvolgens ingegaan op diagnose en behandeling, de patiënt met een psychiatrische aandoening versus de samenleving, ziektebeelden, het aanbod en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en ten slotte de beschermingsmaatregelen.

De sector geestelijke gezondheidszorg zit de laatste jaren zoals vele andere gezondheids- en welzijnssectoren in een stroomversnelling op het vlak van inhoudelijke en organisatorische evoluties. Als gevolg hiervan drong zich een nieuwe herziening op van de vijfde herziene druk

2021. We zetten de belangrijkste aanpassingen even op een rijtje. Om een betere samenhang tussen de hoofdstukken te bekomen werden de hoofdstukken 3 en 4 omgewisseld met de hoofdstukken 5 en 6. In hoofdstuk 1 (een helikopterblik op onze geestelijke gezondheidszorg) gaat het over de volgende actualiseringen: de vervanging van de DSM-5 door de DSM-5-TR, geactualiseerde cijfers over het gebruik van antidepressiva en zelfdodingen en een aanvulling bij accreditering van psychiatrische ziekenhuizen. In hoofdstuk 3 (de patiënt met een psychiatrische aandoening versus de samenleving) komen de nieuwe mogelijkheden van de psychologische hulp in de eerste lijn aan bod, de outreachende urgentiepsychiatrie met triagefunctie en klinische evaluatie- en observatieperiode. In hoofdstuk 5 (het aanbod en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg) wordt een update gegeven over het aantal psychiaters, wachttijden in de ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg, geïnterneerde personen, online en blended hulpverlening. In hoofdstuk 6 (beschermingsmaatregelen) wordt ingegaan op de vernieuwde wet over de gedwongen opnames, de oprichting van een beveiligd klinisch observatiecentrum, de vernieuwde wet patiëntenrechten en een herziening van de terugbetaling van de medische kosten voor een ziekenhuisopname als gevolg van een suïcidepoging. Er werden geen wijzigingen aangebracht aan de hoofdstukken 2 (diagnose en behandeling) en 4 (ziektebeelden); enkel werd in hoofdstuk 5 de lijst van richtlijnen en zorgstandaarden geactualiseerd.

Dit boek richt zich niet alleen naar alle mensen die direct of indirect te maken hebben met de wereld van de geestelijke gezondheidszorg ([ex-]patiënten en hun omgeving, ervaringsdeskundigen, hulpverleners in de gezondheids- en welzijnssector, magistraten, juristen, politie, patiëntenverenigingen, verenigingen van families van patiënten, ambtenaren actief binnen de gezondheids- en welzijnszorg, Rode Kruisvereniging, ...), maar ook naar studenten in de mens- en medische wetenschappen georganiseerd door hogescholen en universiteiten. Ook alle in de geestelijke gezondheidszorg geïnteresseerde burgers, journalisten en politici ... worden uitgenodigd om dit boek te lezen.

HOOFDSTUK 1

Een helikopterblik op onze geestelijke gezondheidszorg

1.1 De geschiedenis van de psychiatrie: een kort overzicht

1.2 De psychiatrie vandaag

1.3 Een aantal markante vaststellingen op het vlak van geestelijke gezondheidszorg

HOOFDSTUK 2

Diagnose en behandeling

HOOFDSTUK 3

De patiënt met een psychiatrische aandoening versus de samenleving

HOOFDSTUK 4

Ziektebeelden

HOOFDSTUK 5

Aanbod en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg

HOOFDSTUK 6

Beschermingsmaatregelen

Raf De Rycke

1 Een helikopterblik op onze geestelijke gezondheidszorg

1.1 De geschiedenis van de psychiatrie: een kort overzicht

Om het heden beter te begrijpen en een blik te kunnen werpen op de toekomst, kunnen we iets leren uit het verleden. De psychiatrie kent een merkwaardige en behoorlijk bewogen geschiedenis op tal van vlakken. Zo veranderden bijvoorbeeld de houding van de samenleving ten aanzien van personen met een psychiatrische aandoening en de behandelmogelijkheden door de tijden heen.

‘Bezetenen’ werden ‘patiënten die geestelijke zorg nodig hebben’.

De geschiedenis van de zorg voor geesteszieken kan ruwweg opgedeeld worden in zes periodes.

De **eerste periode** valt samen met de prehistorie en de oudheid. De prehistorische mens legde wellicht de oorzaak van ziektes bij geesten die men had beledigd. Een aantal bewaarde rotsschilderingen roepen bezweringstaferelen op. Onze verre voorouders zorgden voor zieke en zwakke stamleden, ook voor hen die opvielen door hun vreemd gedrag. Archeologische ontdekkingen van getrepaneerde (doorboorde) schedels uit de periode van het neolithicum bewijzen hun pogingen om zieken te genezen. De medicijnman wilde met schedelboringen de boze geesten uit de gekwelde lichamen bevrijden.

In de oudheid hebben ten minste twee personen een grote invloed gehad op de geestelijke gezondheid: Hippocrates (460–370 voor Christus) en Galenus van Pergamon (130–200 na Christus).

Hippocrates, ook wel 'de vader van de geneeskunde' genoemd, brak met de opvatting dat ziekte het gevolg was van de invloed van een boze geest.

Ziekte werd volgens Hippocrates veroorzaakt door een onjuiste mengeling van de vier belangrijkste lichaamsvochten: bloed, slijm, gele en zwarte gal. Hij beschouwde krankzinnigheid als een hersenziekte en behandelde de zieken met warme en koude baden, rust en dieet. De tweede grote figuur, Galenus van Pergamon verwierf bekendheid met de beschrijving van het zenuwstelsel. Uitgaande van de visie van Hippocrates over de lichaamsvochten, verdeelde hij de mensen in vier types, naargelang de overheersing van een van de lichaamsvochten. Bij de overheersing van bloed sprak Galenus van het 'sanguinisch type', bij overheersing van slijm van het 'flegmatisch type', bij overheersing van gele gal van het 'cholerisch type' en bij overheersing van zwarte gal van het 'melancholisch type'. De sanguinicus was levendig en hartelijk van temperament, de flegmaticus kalm en bedachtzaam, de cholericus opvliegend en de melancholicus droefgeestig, angstig en pessimistisch. Tegen het einde van de oudheid kreeg ook de christelijk geïnspireerde levenshouding tegenover zieken en armen een ruime verspreiding. De christelijke boodschap bevatte een radicale keuze voor zwakke en onderdrukte mensen. Gelovigen moesten het lot van zieken, armen en gehandicapten verzachten.

De **tweede periode** in de geschiedenis van de psychiatrie start rond 300 na Christus en loopt tot 1600. Treurigheid of melancholie (nu 'depressie' genoemd) werd in die periode beschouwd als een slechte gedachte of beking. Omstreeks 375 na Christus voegde kerkvader Evagrius van Pontus treurigheid toe als achtste slechte gedachte of beking naast gulzigheid, hebzucht, luiheid, wellust, toorn, ijdelheid en hoogmoed. Twee eeuwen later stelde paus Gregorius I in 590 na Christus de definitieve lijst op van zeven hoofdzonden. Hij voegde afgunst toe, versmolt hoogmoed en ijdelheid en schrapte treurigheid of melancholie. Zeker in de vroege middeleeuwen hadden mensen met een geestelijke stoornis – toen 'zotten' genoemd – een eigen positie in de gesloten agrarische maatschappij. Ze maakten op hun eigen manier deel uit van de familie en de dorpsgemeenschap. Naarmate het maatschappelijk patroon zich verder ontwikkelde met een strakkere organisatie van het stadsleven, verminderde de tolerantie ten aanzien van afwijkend en zonderling gedrag.

Vooral de stedelingen beschouwden deze personen als bezeten en verstoorders van de openbare orde. De lastige en onrustige mensen werden opgesloten in 'dolhuizen'. Medische en verzorgende handelingen van barbiers en chirurgijnen versmolten in de late middeleeuwen tot één beroep. Door 'kwade' stoffen uit het lichaam te laten wegvloeien, poogden ze zieke mensen te genezen. Ze gebruikten daarvoor drankjes om te braken, gaven purgeermiddelen en pasten aderlatingen toe. Heel bekend in de middeleeuwen waren de kei- of steensnijdingen die de plaats innamen van de schedelboringen uit de prehistorie. Men ging ervan uit dat een insect in het hoofd krankzinnigheid veroorzaakte. Tijdens het slapen zou het insect via de neus de hersenen bereiken om dan te veranderen in een kei. De vergelijking werd gemaakt met het dol worden van paarden wanneer een horzel in het oor van een paard kruipt. Mensen die depressief waren of als gek werden bestempeld, liepen het risico aan een kei- of steensnijding te worden onderworpen. Kwakzalvers wekten op kermissen de illusie een kei uit het hoofd van krankzinnigen te verwijderen door een kleine opening in de schedel te maken achter het oor. De 'meester-steensnijder' onderwierp op die manier mensen aan een effectieve en pijnlijke schedeloperatie voor het oog van bewonderende omstanders.

Met keisnijdingen, aderlatingen,
kruiden, magie enzovoorts
probeerde de volksgeneeskunde
psychische kwalen te bestrijden.

Soelaas werd ook gezocht bij bepaalde heiligen zoals Cornelis, Dimpna en Hermes. Geesteszieken werden echter soms ook met ontzag benaderd omdat ze in staat zouden geweest zijn met de goden te communiceren.

Vanaf de jaren 1100 kregen met de opkomst van de Kerk geesteszieken meer recht op leven. Een aantal kloosterorden stonden in voor de opname en verzorging. Religieuze congregaties bleven de medemens zien achter het waanzinnige gedrag. De geschiedenis leert ons dat een aantal congregaties (o.a. Broeders Alexianen, Zusters Penitenten, Zwartzusters van Philippus Neri, Zusters van het Convent van Bethlehem, Zusters Maricolen) zich reeds sinds de vijftiende eeuw toelegden op de verzorging van geesteszieken, al gebeurde dat toen op een beperkte schaal. In de middeleeuwen overheerste immers de idee dat geesteszieken nutteloos en/of gevaarlijk waren. Heksenvervolgingen en inquisitieprocessen leidden ook tot de vervolging van geesteszieken. Die vervol-