

PSYCHIATRIE

D/2014/45/491 – ISBN 978 94 014 2145 4 – NUR 895

Vormgeving cover: DE WITLOFCOMPAGNIE

Vormgeving binnenwerk: Filip De Baudringhien – Type Jamming

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

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

Alle rechten voorbehouden.

Niets van deze uitgave mag veelevoudigd 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
Erasme Ruelensvest 179 bus 101
3001 Leuven
België

www.lannoocampus.be

PSYCHIATRIE

Raf De Rycke

Bernard Sabbe

Inhoudstafel

Voorwoord door Guy Tegenbos	9
Inleiding	13
Hoofdstuk 1 – Een helikopterblik op onze geestelijke gezondheidszorg	16
· De geschiedenis van de psychiatrie: een kort overzicht	18
· De psychiatrie vandaag	27
· Enkele definities	31
· Wanneer heeft iemand een geestelijk gezondheidsprobleem?	33
· Onrustwekkende toename van psychische problemen	35
· Een aantal markante vaststellingen op het vlak van geestelijke gezondheidszorg	36
· Overconsumptie van antidepressiva	36
· Zelfdodingen	37
· Kinderen en jongeren	39
· Allochtonen	41
· Mindfulness	42
· Naar een values based mental health care en kwaliteitsindicatoren	43
· Wetenschappelijk onderzoek	45
· Risico's op somatische problemen	48
Hoofdstuk 2 – Diagnose en behandeling	50
· Psychiatrie en psychiatrische ziekten	52
· Is psychiatrie wel een medische discipline?	53
· Wat is een psychiatrische ziekte?	56
· Kan een psychiatrische ziekte dan conceptueel zomaar gelijkgesteld worden met een lichamelijke ziekte?	58
· Diagnose in de psychiatrie: het psychiatrisch onderzoek	62
· Hoe verloopt een diagnostisch gesprek (anamnese)?	63
· Het nagaan van de psychiatrische voorgeschiedenis en de familieanamnese	67
· Het navragen van lichamelijke klachten en het lichamenlijk onderzoek	67
· De sociale anamnese	68
· De biografische anamnese	68
· De heteroanamnese	68
· Aanvullende onderzoeken	69

· Diagnose en classificatie	70
· Het voorkomen van psychiatrische ziekten (epidemiologie)	73
· Oorzaken en ontstaan van psychiatrische ziekten (etiopathogenese)	73
· Biologische factoren	74
· Psychologische factoren	78
· Gevolgen van psychiatrische stoornissen	85
· Behandeling en preventie	86
Hoofdstuk 3 – Aanbod en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg	92
· Huisartsen en zelfstandig gevestigde psychiaters, psychologen en psychotherapeuten	96
· Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	100
· Psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische diensten in algemene en universitaire ziekenhuizen en universitaire psychiatrische bedden	101
· Poliklinische zorg	104
· Kinderpsychiatrie	105
· Ouderenpsychiatrie	109
· Specifieke drughulpverlening	110
· Psychiatrische verzorgingstehuizen	110
· Initiatieven beschut wonen	111
· Psychosociale revalidatiecentra	113
· Liaisonpsychiatrie	114
· Psychiatrische thuiszorg	115
· Psychiatrische gezinsverpleging	116
· Geïnterneerden	118
· Onlinetherapie en telepsychiatrie	119
· Centra voor algemeen welzijnswerk en centra voor leerlingenbegeleiding	122
Hoofdstuk 4 – Beschermingsmaatregelen	124
· Gedwongen opname	126
· Internering	133
· Dwangbehandeling in geval van gedwongen opname of internering	137
· Beschermingsmaatregelen inzake goederen en persoon	140
· Buitengerechtelijke beschermingsmaatregelen	142
· Gerechtelijke beschermingsmaatregelen	143
· Vrijheidsbeperkende maatregelen	147
· Worden psychiatrische aandoeningen gedekt door een hospitalisatiepolis?	149
· Patiënten met een psychiatrische aandoening in het verkeer	150

Hoofdstuk 5 – De patiënt met een psychiatrische aandoening versus de samenleving 152

· Vermaatschappelijking	154
· Stigma	158
· Maatschappelijke kost	164
· Commercialisering	166
· Werken en wonen	169
· Werken	169
· Wonen	172
· Wet inzake de patiëntenrechten	173
· Euthanasie en hulp bij zelfdoding	175
· Antipsychiatrie	179
· Omgaan met een psychiatrische aandoening	181
· Kunst en psychiatrie	183

Hoofdstuk 6 – Ziektebeelden 186

A. Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	189
· Autismespectrumstoornissen	189
· Aandachtstekort- en hyperactiviteitsstoornis (ADHD)	190
B. Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	192
· Schizofreniespectrum	192
· De waanstoornis	196
C. Bipolaire stemmingsstoornissen	198
D. Depressieve stemmingsstoornissen	203
E. Angststoornissen	208
F. Dwang- en verwante stoornissen	212
G. Trauma- en stressgerelateerde stoornissen	214
H. Stoornissen met lichamelijke symptomen	216
I. Voedings- en eetstoornissen	219
J. Seksuele disfuncties en genderdysforie	221
K. Drangstoornissen: impulsbeheersingsstoornissen en parafilieën	224
L. Stoornissen in het gebruik van middelen en verslaving	226
M. Neurocognitieve stoornissen	232
· Delirium	232
· Dementie	233
N. Persoonlijkheidsstoornissen	236

Noten	240
Dankwoord	243
Lexicon	244
Nuttige adressen	252
Literatuurlijst	260
Index	266

‘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 —

Assepoester zonder fee

Guy Tegenbos
Senior writer *De Standaard*

Ooit

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

Met die gedachte houden velen uit de sector de moed erin. Misschien hebben ze gelijk. Maar ondertussen blijft die Assepoester wel 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.

Dat is het ergst voor de betrokken patiënten.

Ze worden vaak niet ernstig genomen.

Ze moeten ook veel te lang in wachtkamers zitten en op wachtlijsten staan.

Bij velen van hen is de ziel verpletterd door ontsporingen van de samenleving. Maar de samenleving zal haar ontsporingen niet erkennen. En de kneuzingen van de ziel die er het gevolg van zijn, zal de samenleving wijten aan het individu dat het slachtoffer is. Zo gaat dat. Het is wreed.

Die miskening geldt ook de beroepsbeoefenaars van die sector. Ook zij staan onderaan de ladder. Er zijn te weinig psychiaters omdat ze tot de slechtst betaalde artsen behoren. En om die laatste reden willen de universiteiten er ook maar weinig opleiden: ze krijgen er zelf ook geen geld voor.

Nog een voorbeeld. Psychologen en psychotherapeuten wil de samenleving vooralsnog zelfs helemaal niet terugbetalen. Het enige wat ze wel terugbetaalt, zijn pillen. En daarna klaagt ze dat de psychiatrie te weinig begeleiding biedt en te veel pillen voorschrijft.

De patiënten van de geestelijke gezondheidszorg worden gestigmatiseerd en verdacht gemaakt.

Als het aantal mensen dat langdurig ziek is en werkonbekwaam is door psychische aandoeningen, toeneemt, groeien de suggesties dat het ‘wel vaak fake zal zijn’.

Niet alleen ‘de mensen’ suggereren dat. Tot voor kort werden psychiatrische behandelingen slechter terugbetaald dan andere behandelingen omdat de beheerders van de ziekteverzekering dezelfde vooroordelen koesterden. Ze meenden ook nog dat ze het aantal fake-gevallen konden terugdringen door iedereen in de psychiatrie, hoge remgelden te laten betalen. Onzin natuurlijk.

BMW4 Cabrio

De 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 schitterend feestkleed, glazen schoentjes en een BMW4 Cabrio – of was het een koets met paarden – om indrukwekkend naar het feest van de prins te trekken. Assepoester kon de prins charmeren, maar moest op het cruciale moment 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 schoentje kon de prins haar later terugvinden, waarna ze lang en gelukkig leefden.

De geestelijke gezondheidszorg heeft helaas geen fee. Geen glazen schoentjes. En geen BMW4 Cabrio.

De sector moet zelf zorgen door de prins opgemerkt te worden en in zijn gratie te vallen.

Daarvoor moeten heel veel obstakels overwonnen worden.

Onmogelijk is dat niet. Ofschoon de wereld terughoudend tot vijandig staat, heeft de geestelijke gezondheidszorg toch ook bondgenoten die dit spontaan willen uiten. Acties als ‘Te Gek’ bewijzen dat elk jaar.

De meeste obstakels zijn vooroordelen. En vooroordelen zijn uiteindelijk 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 eens ‘alles’ op een rij zetten, het 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.

Waarheid

Er is echter een bijkomend probleem. 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 ook niet altijd onterecht. Dikwijls heerst ook grote twijfel over de werkzaamheid van behandelingen. Verder zijn er verwijten over het gebrek aan *evidence* in de psychiatrie, en over de overdreven medicalisering van psychische problemen en aandoeningen, en over het overdreven gebruik van psychofarmaca. Het verwijt dat er te veel residentiële opvang is en te weinig ambulante, is ook niet uit de lucht gegrepen.

Als vooroordelen ten dele overlappen met waarheid, is het goed dat de informatieverstrekkers tegelijk met de twee voeten in de praktijk staan en die praktijk ook nog kunnen veranderen. Aan dat criterium beantwoorden de beide auteurs van dit boek. Dat maakt hun boek nog sterker.

Prinsen

Er is nog een bijkomend probleem. De opdracht van Assepoester wordt nog moeilijker als niet één maar vele prinses moeten aangesproken en overtuigd worden.

De macht in de gezondheidssector is erg versnipperd. Er zijn honderden prinses die ongrijpbare commissies bevolken die oordelen vellen en beleidsbeslissingen nemen. Ze situeren zich in de ziekteverzekering (Riziv), in de federale diensten van Volksgezondheid en in de adminis-

traties van de deelstaten. Die prinsen dienen daar wel het belang van de patiënt, maar ook de belangen van overheden, of van de beroepsorganisaties zoals de artsenvakbonden, of van de ziekenfondsen, of andere belangen.

Het is zo goed als uitgesloten dat een Assepoester als de geestelijke gezondheidszorg al die prinsen met al hun verschillende belangen in haar eentje kan overtuigen en tot de juiste beslissingen kan brengen.

Het is zaak bondgenootschappen te smeden.

In de eerste plaats met alle aanbieders van zorg, met de professionals van die zorg, en met de verenigingen van patiënten en van hun familieleden.

Maar ook met de ziekenfondsen. En met de eerste lijn, de huisartsen, de verpleegkundigen en anderen.

En met de lokale overheden.

Zonder een bondgenootschap met hen, kunnen nooit genoeg prinsen overtuigd worden.

Er is nog een onverwachte groep die een van de krachtigste bondgenoten kan worden gemaakt: degenen die betalen als de geestelijke gezondheidszorg niet beter wordt.

De ziekteverzekering. En de werkgevers.

Psychische aandoeningen zijn van de langdurigste op het vlak van de werkonbekwaamheid en horen dus bij de duurste aandoeningen voor de ziekteverzekering en de werkgevers. Zij hebben er dus belang bij dat mensen met geestelijke aandoeningen sneller, efficiënter en adequater worden geholpen. Ook in die kringen moet dit boek doordringen, want zij zijn wellicht nog de beste bondgenoten om de prinsen aan te sporen Assepoester snel te vinden.

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' uitspreekt, 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.

Zowel in de spreek- als in de schrijftaal hanteert men overwegend de term ‘psychiatrische patiënt’. Deze term klinkt nogal stigmatiserend. Vandaar dat we in dit boek geopteerd hebben voor het minder stigmatiserend klinkend alternatief ‘patiënt met een psychiatrische aandoening’.

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

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 netwerk, 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.

Raf De Rycke

Een helikopterblik op onze geestelijke gezondheidszorg

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 behandel-mogelijkheden 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 de 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 bekoring. Omstreeks 375 na Christus voegde kerkvader Evagrius van Pontus treurigheid toe als achtste slechte gedachte of bekoring 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 ver-

stoorders 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 volks-geneeskunde 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 vervolging, foltering, verbranding en verbanning duurde tot ongeveer 1750. In

de tweede helft van de achttiende eeuw verdween het geloof in bezetenheid en hekserij.

We zouden de geschiedenis van de psychiatrie geweld aan doen door niets te zeggen over de psychiatrische gezinsverpleging. Deze wereldbekende aanpak dankt haar ontstaan aan Dimpna (ook Dymfna, Dimfna of Dymphna genoemd), de dochter van de heidense Ierse Koning Damon en van een christelijke moeder. Dimpna werd op initiatief van haar moeder in het geheim gedoopt. Na het vroegtijdig overlijden van haar moeder, werd het meisje door haar vader gedwongen met hem te trouwen. Ze weigerde en vluchtte naar de bossen in de Kempen in ons land, waar ze werd onthoofd door haar vader. Relieken van Dimpna werden overgebracht naar Geel en bewaard in de Sint-Dimpnakerk die in 1349 werd gebouwd. Bedevaarders trokken naar Geel om Sint-Dimpna te aanroepen voor allerlei ziektes en in het bijzonder voor krankzinnigheid. De heilige Dimpna ontpopte zich tot de patrones van de bezetenen en geesteszieken. Een aantal geesteszieken bleven in Geel en werden ondergebracht in gezinnen. Zo ontstond de psychiatrische gezinsverpleging. Halfweg de zeventiende eeuw kende de gezinsverpleging in Geel een grote bloei. Vanuit alle streken in Vlaanderen kwamen patiënten met een psychiatrische aandoening naar deze stad. In 1820 verbleven al 1800 patiënten in gezinnen. Het aantal groeide aan tot 3736 in 1938. In 1884 ontstond in Lierneux de psychiatrische gezinsverpleging voor patiënten uit Wallonië. In 1991 werd de psychiatrische gezinsverpleging geïntegreerd in het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis Geel.

Tegen het einde van de zestiende eeuw werden krankzinnigen voor het eerst vanuit juridisch standpunt aansprakelijk en toerekeningsvatbaar gesteld. Hierdoor ontstond een nieuwe visie die haaks stond op de tolerantere visie tegenover krankzinnigen tijdens de middeleeuwen.

De **derde periode** in de geschiedenis van de psychiatrie loopt van 1600 tot 1800. Het was voor de onrustige of razende krankzinnigen, gekken of dollen – gebruikelijke termen in die periode – een donkere tijd, gekenmerkt door een interneringsgolf en gestichten met erbarmelijke leefomstandigheden. De opsluiting in dolhuizen, gasthuizen en godshuizen vanuit een liefdadige ingesteldheid maakte plaats voor een brutale afsluiting van de samenleving. De onrustige zieken lagen aan kettingen en van gezonde voeding en zorg was geen sprake. Hun lot was zeker niet benijdenswaardig. In de Lage Landen had de overheid, in tegenstelling tot andere West-Europese landen, minder problemen met het vrij laten rondlopen van gekken, voor zover ze niet gevaarlijk waren. De gevaarlijke krankzinnigen daarentegen werden afgezonderd van de samenle-

ving en kwamen terecht in gesloten instellingen met strenge regels, of in dolhuizen vergelijkbaar met slecht onderhouden gevangenissen. Zo waren de hygiënische omstandigheden in het Geraard de Duivelsteen te Gent beneden alle peil. Veel krankzinnigen waren vastgeketend aan de vloer of de muur. De beschaafde burgers beschouwden krankzinnigen als dieren en konden hen op zondag tegen betaling gaan bezichtigen. Krankzinnigen droegen volgens de bevolking zelf de schuld van hun ziekte.

In deze periode was de invloed van René Descartes (1596–1650), de vader van de moderne filosofie, erg belangrijk. Velen kennen zijn beroemde grondregel ‘Ik denk, dus ik ben’. Descartes beweerde ook ‘Ik ben een denkend ding’. Deze uitspraken kunnen gelinkt worden aan de geestelijke gezondheidszorg. Denken is volgens Descartes onze essentie en daarom moet onze geest (de rede) onderscheiden worden van ons lichaam (natuur). Deze scheiding van geest en lichaam, bekend als ‘cartesiaans dualisme’, heeft in onze westerse cultuur in tegenstelling tot de oosterse cultuur, de visie op en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg sterk beïnvloed. Descartes zag de wereld als een machine en het menselijk lichaam als een mechanisch systeem dat waarnemingsimpulsen doorgeeft aan de hersenen. Met deze visie legde Descartes de basis voor de neuropsychologie.

De **vierde periode** in de geschiedenis van de psychiatrie valt grosso modo samen met de negentiende eeuw. In de loop van deze periode vond dankzij de Franse Revolutie en de industriële revolutie een belangrijke omwenteling plaats. Geesteszieken werden beschouwd als lichamelijk zieke personen met recht op specifieke medische verzorging. De band tussen religie en psychiatrie hield definitief op te bestaan. In het kielzog van de verlichting en ook van de Franse Revolutie kwam er kritiek op de onmenselijke praktijken in de dolhuizen. Geleidelijk aan werden ze vervangen door krankzinnigengestichten. Onder andere in Engeland en Frankrijk kregen bepaalde dokters belangstelling voor de behandeling van geesteszieken. Zo bevrijdde Philippe Pinel (1745–1826) een aantal geesteszieken van hun boeien en maakte hij een einde aan bepaalde technieken zoals purgeren, blaartrekken en aderlaten. Hij ontwikkelde in Parijs ideeën over de aard en behandeling van psychiatrische aandoeningen. In zijn therapie stond het contact met de patiënt centraal.

Pinel mag terecht de pionier genoemd worden van de Franse psychiatrie.

In België was dokter Jozef Guislain (1797–1860) een soortgelijke pionier. Hij specialiseerde zich als een van de eersten in België in het behandelen van geesteszieken. Voor zijn therapie baseerde Guislain zich op zijn voorganger Pinel. Guislain bevrijdde geesteszieken die in mensonterende omstandigheden waren opgesloten in het Geraard de Duivelssteen in Gent. In 1828 werd Guislain door de bemiddeling van kanunnik Petrus-Jozef Triest (stichter van de Zusters van Liefde en de Broeders van Liefde) benoemd tot bijzonder geneesheer van twee Gentse instellingen voor geesteszieken. Guislain ijverde voor een humane behandeling van de patiënten en bouwde het eerste gesticht volgens moderne concepten. Het werd een baanbrekend project. Het gesticht opende zijn deuren in 1857 met Guislain als hoofdgeneesheer. Sinds 1986 bestaat het naar Guislain vernoemde Museum dr. Guislain in Gent. Dit museum is volledig gewijd aan de geschiedenis van de psychiatrie. In Nederland zorgde dokter Schroeder van der Kolk (1797–1862) eveneens voor een grote verbetering van de verpleging van geesteszieken. In 1837 hield Schroeder een rede die de finale aanzet betekende voor de eerste Krankzinnigenwet in Nederland, die van kracht werd in 1884. Deze wet regelde de opname, het ontslag en het toezicht door de staat op de zorg. Geesteszieken mochten ook niet langer in gevangenissen worden opgenomen. Dokter Everts (1810-1883) verwierf in Nederland bekendheid met het gesticht Meerenberg dat in 1849 bij Santpoort werd opgericht. Dit was lange tijd de enige inrichting die zich specifiek richtte op psychiatrische gezondheidszorg. Aan deze instelling waren werkplaatsen en moestuinen verbonden. Zo ontstonden minimaatschappijtjes die met een bakker, slager, boerderij, kleermaker enzovoorts quasi volledig autonoom konden bestaan. In deze periode bestond de term ‘psychiater’ nog niet. Artsen die zich specialiseerden in de behandeling van psychiatrische patiënten werden ‘aliënist’ genoemd. Op het einde van de negentiende eeuw gaat meer aandacht naar het ontstaan van geestesziekten. Een van de meest gekende theorieën komt van Joseph Breuer (1842-1935) en zijn assistent Sigmund Freud (1856-1939). Volgens Breuer en Freud is een neurose het gevolg van belevingen die verdrongen worden naar het onderbewuste. Met hun theorieën legden ze de basis voor de psychoanalyse. In deze vierde periode mogen we zeker niet de belangrijke collocatiewet (1850-1873) vergeten te vermelden. Deze wet regelde de gedwongen opnames en bleef van toepassing tot 1990.

Het valt op dat tussen 1800 en 1960 vooral de Kerk via religieuze congregaties in meerdere Europese landen initiatieven ontwikkelde op het gebied van de zorg voor patiënten met een psychiatrische aandoening. Verschillende congregaties specialiseerden zich in deze zorg, zoals de

Zusters en Broeders van Liefde, de Broeders Hiëronymieten en de Zusters van de Barmhartigheid Jesu.

De **vijfde periode** in de geschiedenis van de psychiatrie dekt min of meer de eerste helft van de twintigste eeuw. Gedurende deze periode werd de psychiatrie geconfronteerd met een belangrijk dilemma. Enerzijds konden patiënten met een psychiatrische aandoening terecht in steeds groter wordende instellingen in de hoop dat ze spontaan zouden herstellen. Anderzijds beschikten psychiaters over de mogelijkheden van psychoanalyse, een behandeling die toen alleen haalbaar was voor meer vermogende patiënten die naar meer zelfinzicht streefden. Omdat deze behandeling te duur was voor gewone mensen, gingen psychiaters op zoek naar alternatieven, zoals koortskuren, slaapkuren, shockkuren en coma's, lobotomieën, bedverpleging, badtherapie, elektroshocks enzovoorts. De shockkuren bestonden erin insuline in te spuiten tot patiënten in een diepe slaap vielen die overging in een coma. Door het toedienen van een suikeroplossing ontwaakte de patiënt uit de coma. Ook de chirurgie wilde bijdragen tot de behandeling van geesteszieken. Experimenten op dieren hadden bewezen dat het bijna volledig verbreken van de verbinding van het voorhoofdsgedeelte en de rest van de hersenen en het zenuwstelsel aanleiding gaf tot grondige emotionele veranderingen. Door de insnijding wordt het emotionele brein van de hersenschors losgekoppeld. De toepassing op geesteszieken kende geen echte doorbraak omwille van de beperkte resultaten en de ethische kritiek. Die techniek werd volledig verlaten na de opkomst van de psychofarmaca in de tweede helft van de twintigste eeuw. De liggende houding in de bedverpleging had als doel het zenuwstelsel te doen rusten. En de badtherapie was vooral bedoeld om onrustige patiënten te kalmeren. Door het toedienen van elektroshocks bleken hallucinaties te verminderen, het gebeurde zonder enige vorm van verdoving. Psychiaters waren ervan overtuigd dat ze met al deze alternatieve mogelijkheden patiënten met een psychiatrische aandoening konden helpen. In deze periode ontdekte Hans Berger het elektro-encefalogram (EEG). Wat hij beschouwde als een soort spiegel van de hersenen werd een ruim verspreid diagnose-toestel in de neurologie, dat tot op vandaag na veel verfijningen nog steeds wordt gebruikt. Psychiatrische ziektebeelden zijn echter noch door functioneel (EEG), noch door beeldvormend onderzoek (Computertomografie [CT], Magnetic Resonance Imaging [MRI], Positron Emission Tomography [PET-scan]...) te diagnosticeren.

Een andere verandering aan het einde van de eerste helft van de twintigste eeuw was van eerder organisatorische aard. Psychiatrische instellingen stonden lange tijd onder het toezicht van het ministerie van Justitie.

In 1948 kwam die bevoegdheid echter bij het ministerie van Volksgezondheid te liggen. Een psychiatrische aandoening werd met andere woorden niet langer gezien als een juridisch aan te pakken fenomeen. Als gevolg van die belangrijke overdracht kregen patiënten met een psychiatrische aandoening recht op behandeling.

De **zesde periode** in de geschiedenis van de psychiatrie begint halfweg de twintigste eeuw en loopt tot 2010. Tot de jaren vijftig waren voor de meeste psychiatrische aandoeningen nog geen geneesmiddelen beschikbaar. Het is pas vanaf de jaren zestig dat belangrijke vernieuwingen optraden.

Met de komst van de psychofarmaca veranderde de psychiatrie op ingrijpende wijze.

De ontdekking van het eerste antipsychoticum in 1952 (chloorpromazine met als merknaam Largactil) betekende een enorme doorbraak in de behandeling van psychiatrische aandoeningen. Hoge doseringen van chloorpromazine bleken doeltreffend te zijn om hallucinaties, wanen en angsten te temperen. De komst van de medicamenteuze therapie wordt omschreven als de tweede revolutie in de psychiatrie. De eerste revolutie kwam er dankzij de nieuwe benadering van Pinel. Dankzij de psychofarmaca konden patiënten met schizofrenie ook een ambulante behandeling krijgen, waar voorheen geen andere oplossing voorhanden was dan een langdurige opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

In de sociale en culturele context van de jaren zestig brak een antipsychiatrische golf los (cf. hoofdstuk 5). Kenmerkend voor de periode tussen de jaren zestig en zeventig was de eerste grote vermindering van het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden. Door de opname van de psychiatrische ziekenhuizen in de ziekenhuiswet werd de wettelijke basis gecreëerd voor open afdelingen: de A-diensten (voor observatie en intensieve zorgen) en de T-diensten (voor resocialisatie en re-integratie). Daarnaast ontstonden de psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen (PAAZ-diensten) en de partiële hospitalisatievormen (dag of nacht).

De therapeutische gemeenschappen vormen een verhaal apart. Tijdens WO II probeerde Maxwell Jones in Engeland militairen te behandelen op basis van de kracht die uitgaat van een gemeenschap of een groep. De democratische besluitvorming nam de plaats in van de hiërarchisch gestructureerde organisatie waardoor levensechte leersituaties ontstonden. In 1965 werd in Brugge de eerste therapeutische gemeenschap opge-