

RAF DE RYCKE / BERNARD SABBE

PSYCHIATRIE

WAT JE MOET WETEN



LANNOO
CAMPUS

Inhoudstafel

Woord vooraf door Guy Tegenbos	9
Inleiding	13
Hoofdstuk 1 – Een helikopterblik op onze geestelijke gezondheidszorg	17
· De geschiedenis van de psychiatrie: een kort overzicht	18
· De psychiatrie vandaag	28
· Ervaringsdeskundigen	31
· Projecten art. 107 voor volwassenen	33
· Nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren	35
· Enkele definitives	37
· DSM of ICD?	38
· Biopsychosociale benadering	40
· Wanneer heeft iemand een geestelijk gezondheidsprobleem?	41
· Wat is ‘normaal’ in de psychiatrie?	42
· Burn-out	43
· Psychiatrische aandoening	44
· Onrustwekkende toename van psychische problemen	46
· Een aantal markante vaststellingen op het vlak van geestelijke gezondheidszorg	46
· Overconsumptie van antidepressiva	46
· Zelfdodingen	48
· Kinderen en jongeren	52
· Allochtonen	55
· Mindfulness	56
· Naar een values based mental health care en kwaliteitsindicatoren	57
· Kwaliteitsmetingen in de geestelijke gezondheidszorg	58
· Accreditering van psychiatrische ziekenhuizen: hype of duurzaam systeem?	59
· Wetenschappelijk onderzoek	61
· Risico’s op somatische problemen	64
· Daderhulp en preventie hulp	65

Hoofdstuk 2 – Diagnose en behandeling	69
· Psychiatrie en psychiatrische ziekten	70
· Is psychiatrie wel een medische discipline?	71
· Wat is een psychiatrische ziekte?	74
· Kan een psychiatrische ziekte dan conceptueel zomaar gelijkgesteld worden met een lichamelijke ziekte?	76
· Diagnose in de psychiatrie: het psychiatrisch onderzoek	80
· Hoe verloopt een diagnostisch gesprek (anamnese)?	81
· Het nagaan van de psychiatrische voorgeschiedenis en de familieanamnese	85
· Het navragen van lichamelijke klachten en het lichamenlijk onderzoek	85
· De sociale anamnese	86
· De biografische anamnese	86
· De heteroanamnese	86
· Aanvullende onderzoeken	87
· Diagnose en classificatie	88
· Het voorkomen van psychiatrische ziekten (epidemiologie)	91
· Oorzaken en ontstaan van psychiatrische ziekten (etiopathogenese)	91
· Biologische factoren	92
· Psychologische factoren	96
· Gevolgen van psychiatrische stoornissen	103
· Behandeling en preventie	104
Hoofdstuk 3 – Aanbod en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg	111
· Huisartsen en zelfstandig gevestigde psychiaters, psychologen en psychotherapeuten	115
· Erkenning van klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen en terugbetaling van prestaties	116
· Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	120
· Psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische diensten in algemene en universitaire ziekenhuizen en universitaire psychiatrische bedden	121
· Poliklinische zorg	124
· Kinderpsychiatrie	125
· Ouderenpsychiatrie	129
· Specifieke drughulpverlening	130
· Psychiatrische verzorgingstehuizen	130

· Initiatieven beschut wonen	131
· Psychosociale revalidatiecentra	133
· Liaisonpsychiatrie	134
· Psychiatrische thuiszorg	135
· Psychiatrische gezinsverpleging	136
· Geïnterneerden	138
· Onlinehulpverlening	139
· Centra voor algemeen welzijnswerk en centra voor leerlingenbegeleiding	142
· Crustatieve zorg: een nog ontbrekende schakel in de geestelijke gezondheidszorg	143
Hoofdstuk 4 – Beschermingsmaatregelen	149
· Gedwongen opname	150
· Internering	157
· Risicotaxatie	159
· Nieuwe interneringswet	160
· Dwangbehandeling in geval van gedwongen opname of internering	166
· Beschermingsmaatregelen inzake goederen en persoon	168
· Buitengerechtelijke beschermingsmaatregelen	171
· Gerechtelijke beschermingsmaatregelen	172
· Vrijheidsbeperkende maatregelen	176
· Worden psychiatrische aandoeningen gedekt door een hospitalisatiepolis?	180
· Patiënten met een psychiatrische aandoening in het verkeer	182
Hoofdstuk 5 – De patiënt met een psychiatrische aandoening versus de samenleving	185
· Vermaatschappelijking	186
· Stigma	190
· Buddywerking	197
· Maatschappelijke kost	200
· Commercialisering	203
· Werken en wonen	205
· Werken	205
· Wonen	209
· Wet inzake de patiëntenrechten	210
· Euthanasie en hulp bij zelfdoding	212
· Antipsychiatrie	219
· Omgaan met een psychiatrische aandoening	221
· Kunst en psychiatrie	223

Hoofdstuk 6 – Ziektebeelden	231
A. Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	233
· Autismspectrumstoornissen	233
· Aandachtstekort- en hyperactiviteitsstoornis (ADHD)	234
B. Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	236
· Schizofreniespectrum	236
· De waanstoornis	240
C. Bipolaire-stemmingsstoornissen	242
D. Depressieve-stemmingsstoornissen	247
E. Angststoornissen	252
F. Dwang- en verwante stoornissen	256
G. Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen	258
H. Stoornissen met lichamelijke symptomen	260
I. Eetstoornissen	263
J. Seksuele disfuncties en genderdysforie	265
K. Drangstoornissen: impulsbeheersingsstoornissen en parafilieën	268
L. Stoornissen in het gebruik van middelen en verslaving	270
M. Neurocognitieve stoornissen	276
· Delirium	276
· Dementie	277
N. Persoonlijkeitsstoornissen	280
Noten	284
Dankwoord	287
Lexicon	288
Nuttige adressen	296
Literatuurlijst	305
Index	314

'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.

Nog een voorbeeld. Over de terugbetaling van de raadpleging van psychologen en psychotherapeuten wou de samenleving bij monde van haar ziekteverzekering lange tijd niet eens praten. Pillen waren het enige wat de ziekteverzekering vlot terugbetaalde. En dan maar klagen dat de psychiatrie te veel pillen voorschreef en te weinig therapie gaf! Vandaag lijkt een kentering op komst: er is toch al een bescheiden budget van 22,5 miljoen euro vastgelegd voor de terugbetaling van psychologen en psychotherapeuten.

BMW6 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 BMW6 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 BMW6 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’ 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.

Als gevolg van een aantal nieuwe ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg, drong zich een tweede herdruk op met een aantal aanvullingen. Zo wordt in hoofdstuk 1 meer aandacht besteed aan de herstelgerichte zorg, de concretisering van de vermaatschappelijking door de omzetting van bedden voor volwassenen in mobiele teams en een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren, de bio-psychosociale benadering, burn-out, suïcidepreventie, mindfulness, de nood aan klinische praktijkrichtlijnen, kwaliteitsmetingen en accreditering van psychiatrische ziekenhuizen. In hoofdstuk 3 kunt u de volgende aanpassingen terugvinden: terugbetaling van prestatie geleverd door klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen, meer informatie over de mogelijkheden en beperkingen van online-hulpverlening, een nieuw deel over crustatieve zorg als ontbrekende schakel in de geestelijke gezondheidszorg, en een nieuw deel over de meerwaarde van ervaringsdeskundigen. In hoofdstuk 4 komt de nieuwe interneringswet aan bod en wordt ingegaan op de nieuwe concepten inzake vrijheidsbeperkende maatregelen. In hoofdstuk 5 worden de thema's stigmatisering, euthanasie en kunst en psychiatrie meer uitgewerkt. Ten slotte worden in hoofdstuk 6 alle ziektebeelden geïllustreerd met een casus. Met deze aanvullingen blijft het boek actueel en biedt aan de lezers een unieke mix van de vele uiteenlopende aspecten van de geestelijke gezondheid.

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.



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 ‘choleric 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 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 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 aandoen 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 samenleving en

kwamen terecht in gesloten instellingen met strenge regels, of in dolhuizen vergelijkbaar met slecht onderhouden gevangenis. 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.