

AL TE GEK

PSYCHOSE TUSSEN BREIN
EN SAMENLEVING

GEERDT MAGIELS

SAMEN MET
ERIK THYS
MARC DE HERT
INEZ GERMEYS

 LANNOO

MET DE STEUN VAN
HET MIS VERSTAND
EN TE GEK!?

www.lannoo.com

Registreer u op onze website en we sturen u regelmatig een nieuwsbrief met informatie over nieuwe boeken en met interessante, exclusieve aanbiedingen.

Omslagontwerp en vormgeving: Steven Theunis, Armée de Verre

© Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2016 en Geerdts Magiels

D/2016/45/538 – ISBN 978 94 014 3770 7– NUR 740

Met de steun van
HET MIS VERSTAND
en TE GEK!?



Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

INHOUD

Inleiding – 09

DEEL 1

EEN GEESTESZIEKTE TUSSEN WETENSCHAP EN BETERSCHAP

1 'Help! Ik heb een EPA'	14
2 De nieuwe diagnose	21
3 Wegen naar herstel	47
4 Behandeling. Van medicijnen tot kwartiermaken	65
5 Het ecosysteem van de psychose. Genen en omgeving in interactie	93
6 Psychose, psyche en wetenschap. Feiten en hypothesen	114

DEEL 2

JIJ, WIJ EN DE MAATSCHAPPIJ

1 Stigma. De vloek van de psychiatrie	142
2 Een korte geschiedenis van de hel op aarde	157
3 Rechten van patiënten. Wetten en gezondheid voor een nieuw millennium	167
4 Dwang en isolatie. Ten einde raad en toch verdergaan	192
5 Eigendoding. Een wanhopig of een waardig einde?	220

DEEL 3

ZORGEN OVER DE TOEKOMST, ZORG IN DE TOEKOMST

1 Psychose in breedbeeld. Een gezonde geest in een gezond lichaam in een gezonde samenleving	240
2 De toekomst van GGZ. Geestelijke gezondheid, geneeskunde en de gemeenschap	259

Meer informatie – 273

Eindnoten – 278

'To know schizophrenia is to know psychiatry.'

ROY GRINKER¹

*'I can calculate the motion of heavenly bodies
but not the madness of people.'*

ISAAC NEWTON

INLEIDING

Iemand die een beetje sleept met de voeten
Iemand die toestellen maakt om mee te vliegen
Iemand met een ongewoon kapsel
Iemand die liedjes zingt over haar depressie
Iemand met kleren in kleurencombinaties die niet in de mode zijn
(en dat nooit geweest zijn)
Iemand die hardop pratend alleen over straat loopt
Iemand die geen kleuren ziet. Of die alle getallen in kleur ziet
Iemand die tientallen oude boodschappentassen aan zijn fiets heeft
hangen met daarin een onduidelijk samenraapsel van voorwerpen
Iemand die bang is voor zonnebrillen
Iemand die heel goed in wiskunde is
Iemand die voor de trein sprong
Iemand die mensen ziet die er niet zijn
Iemand die beweert dat er een complot in uitvoering is om de wereld te vernietigen
Iemand die gelooft aan de aura van mensen hun gezondheid te kunnen aflezen
Iemand die veelkleurige schilderijen maakt waarop alle figuren ondersteboven staan
Iemand met een baard die een rok draagt
Iemand die de wereld gaat redden
Iemand die met horten en stoten beweegt
Iemand die alles opschrijft, in piepkleine lettertjes
Iemand die nooit buiten komt en met niemand praat
Iemand die in de tijd kan reizen
Iemand die contact heeft met overledenen
Iemand die een grote angst heeft voor rupsen
Iemand die een panische angst heeft voor leeuwen
Iemand die zegt dat het leven geen zin heeft en die eruit wil stappen
Iemand die neuriënd op een bank in het park zit
Iemand die voorovergebogen op een bank in het park zit

In deze litanie van mensen herkent iedereen andere mensen. Onze voorkennis en vooroordelen zetten ons daarbij soms op het verkeerde been. Slechts weinigen uit de voorgaande lijst zijn psychiatrische patiënten, hoewel velen dat misschien wel zullen gedacht hebben. Het zou kunnen gaan om: een oude man van 89, een beroemd kunstenaar, een innovatieve studente van de modeacademie, een bekende zangeres, een mens met lak aan conventies, een eenzame, een kleurenblinde en een synestheet, een dakloze, een man met een fobie, een jongen met asperger, een vrouw met een liefdesverdriet, een bejaarde vrouw met het syndroom van Bonnet, een aanhanger van een sekte, een paragnost, een beroemd Duits schilder, een Schot, een veganist, een man met de ziekte van Parkinson, een wereldreiziger met haar dagboek, een angstig persoon, een jongeman met psychose, een medium, een man met een allergie, een ex-leeuwentemmer, een man met terminale kanker, een vrolijke nerd, een vrouw met een aanval van migraine.

Deze mensen kun je elke dag tegenkomen. Het kan je broer zijn, of je vader, een collega, een buur of een voorbijganger. Ze duiken soms op als personages in films of boeken, maar ze zijn meestal gewoon echt.

Mensen die 'raar' doen of denken. Of misschien toch niet zo raar. Geniaal, maar ook bizar. Intelligent, bijna té intelligent. En ook gekwetst vanbinnen, of fragiel, in hun geest, of zoiets.

Mensen waar je niet goed van weet wat je van hen moet denken. Je weet ook niet altijd goed wat je tegen hen kunt zeggen. Ze zijn 'anders', een beetje schrikkanjagend ook. Er klopt iets niet, maar je weet niet wat.

Je denkt misschien: heeft die zijn pillen niet genomen vanochtend? Je denkt misschien: die is gek. Misschien zelfs heel gek. Goed gek. Te gek?

Dit boek gaat over die mensen. Al die mensen. Misschien wel alle mensen. Want de grens tussen normaal en niet normaal is dun en vaag. En het hangt er maar van af van welke kant van de grens je die stippellijn door het landschap van de geestelijke gezondheidstoestanden bekijkt.

Langs die grens zal dit boek zich begeven. Op zoek naar de kennis die we vandaag hebben over psychische aandoeningen. Die zoektocht zal ook duidelijk maken wat we al weten (en nog niet weten) over hoe de

menselijke geest werkt en hoe de hersenen die geest mee veroorzaken. Over de biochemie en elektriciteit, de genen en neuronale netwerken die zorgen voor gedrag, gedachten en gevoelens. Hoe dat alles voortdurend beïnvloed wordt door levensgebeurtenissen en de omgeving, van familie en vrienden tot cultuur en samenleving.

De focus ligt in de eerste plaats op psychose. Dat is een verschijnsel waarbij mensen dingen zien of horen die anderen niet zien of horen, bizarre gedachten hebben over de wereld, maar ook sociaal en cognitief slecht functioneren. Psychose is het prototype van de gekte, mensen met een psychose zijn de schoolvoorbeelden van zij die 'gek' zijn. Het zal echter al lezend blijken dat er heel veel overeenkomsten zijn tussen verschillende geestesziekten en dat bovendien veel van die ziektebeelden naadloos overgaan in wat we dan normaliteit noemen. Symptomen zoals wanen of hallucinaties, depressie, manie, grenzeloosheid, verwarring, angst, paranoia of delier komen bij het hele spectrum van psychische aandoeningen voor.

De psychose is in dit boek de aanleiding voor een verkenning van de geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg (ggz). De psychose is ook een sleutel tot de menselijke psyche, in al zijn normale en abnormale uitingen. De psychose dient in dit boek als het signaalvoorbeeld voor alles wat er in de geestelijke gezondheidszorg goed en fout gaat. Alle problemen en vragen die zich voordoen bij de diagnose en behandeling, het klinisch en neurowetenschappelijk onderzoek en de individuele en maatschappelijke impact van psychoses, gaan ook op voor de rest van de geestelijke gezondheidszorg en in zekere mate zelfs voor de hele gezondheidszorg. De toekomstige psychiatrische zorg voor mensen met psychoses zou weleens de weg kunnen wijzen naar een betere, geïntegreerde gezondheidszorg.

Die zorg moet beter. Daar is ondertussen iedereen het over eens. De vraag hoe dat zou moeten of kunnen is nog verre van beantwoord. Toch is het zoeken naar werkzame en duurzame oplossingen urgent. De psychische ongezondheid is een groot en wereldwijd probleem.

Een kwart van alle mensen krijgt vroeg of laat te maken met psychische problemen. Dat zorgt wereldwijd voor een massaal verlies aan levenskwaliteit en veel vroegtijdige sterfte. Mensen met psychische problemen hebben namelijk meestal ook lichamelijke gezondheidsproblemen die hun levensverwachting doen dalen.² Zowat twee procent van alle sterfte in de wereld is het gevolg van neuropsychiatrische aandoeningen, terwijl nog eens 1,4 procent van alle overlijdens een gevolg is van zelfmoord. Meer dan tachtig procent van al deze zelfmoorden wordt gepleegd in lage of middeninkomenslanden.³ Psychisch lijden en armoede gaan niet zelden hand in hand. In België of Nederland leeft tien tot vijftien procent van de mensen in armoede, driekwart daarvan heeft psychische problemen.

De psychose torent in het landschap van de geestelijke gezondheid opvallend en afschrikwekkend boven de horizon uit. Van de mensen die ergens in de loop van hun leven geestelijke problemen krijgen, maakt drie procent een psychose door. Bij één procent zitten de psychotische symptomen ingebed in een extreme, chronische vorm van psychische verwarring. Van hen wordt gezegd dat ze lijden aan schizofrenie. Die aandoening beantwoordt aan het clichébeeld van de geesteszieke: onbegrijpelijk en onbegrijpbaar, gevaarlijk en ongeneeslijk.

Die denkbeelden over mensen met geestesziekte kloppen niet en zijn dringend aan herziening toe. Ze zijn de voedingsbodem voor het stigma dat mensen met geestelijke problemen bezwaart, discrimineert en isoleert. Die vastgeroeste en negatieve denkbeelden over geestesziekte zijn funest omdat ze een verkeerd beeld geven van wat er in lichaam en geest van zogenaamd gezonde mensen omgaat, alsof dat zo verschillend zou zijn van dat bij gekke mensen.

Als dit boek één ding duidelijk wil maken, is het dat gekte in een klein hoekje schuilt en dat we er allemaal van kunnen leren.

1 EEN
GEESTESZIEKTE
TUSSEN
WETENSCHAP EN
BETERSCHAP

1

‘HELP! IK HEB EEN EPA’

WAT HEB JE?

Soms raken mensen in de war. Met hun gedachten, hun gevoelens, hun leven. Met wat geluk komen ze, al dan niet via hun huisarts, terecht bij iemand die hen kan helpen. Bij een psychiater of een therapeut. Soms krijgen ze geneesmiddelen voorgeschreven, wordt hun psychotherapie aangeraden en als ze echt heel ernstige problemen hebben, worden ze opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Daarbij worden ze onderzocht. Artsen stellen vragen, inspecteren hun lichaam, vragen informatie over hun familie, over hun leefomgeving en levensgeschiedenis. Ze zoeken naar een oorzaak voor hun klachten. Ze willen graag weten wat er scheelt, om zo te kunnen bepalen wat eraan gedaan kan worden. Zij willen graag weten wat er aan de hand is, en dat blijkt niet altijd zo eenvoudig te zijn. Bij sommige mensen gaat het om problemen van voorbijgaande aard die met wat goede zorg en aandacht (praten en eventueel wat medicatie) vrij snel weer verdwijnen. Maar een deel van de mensen met psychische problemen heeft meer moeite om weer beter te worden. Ondertussen krijgen ze soms in de loop van jaren verschillende diagnoses te horen: obsessief-compulsieve stoornis, depressie, psychose, aandachtstoornis, bipolair, schizoaffectieve psychose, chronischevermoeidheidssyndroom, schizofrenie, persoonlijkheidsstoornis, dysthyme stoornis, passief agressief, dissociatieve stoornis, suïcidaal, fibromyalgie, posttraumatische stressstoornis, borderline of een Ernstige Psychiatrische Aandoening, beter bekend als EPA. Soms wordt er zelfs officieel bij gezegd: niet anders omschreven. Met andere woorden, dan weten zelfs de specialisten het niet.

Er zijn mensen die in een jaar of tien een handvol van deze diagnoses ‘verzamelen’. Hier openbaart zich de zwakke plek van de psychiatrie. Een diagnose vraagt tijd en geduld. Vaak veranderen de symptomen in de loop van de tijd. Dikwijls is er geen exacte oorzaak aan te wijzen.

De diagnosestelling bij geestelijke stoornissen lijkt daarom minder exact-wetenschappelijk dan in sommige andere gebieden van de geneeskunde. De classificatie van geestesziekten is mede om die reden al jaren een onderwerp van discussie, en ook de DSM (het Amerikaanse *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, het bekendste classificatiehandboek) is onderwerp van debat.

HET KIND EEN NAAM GEVEN

De nosologie, ‘de leer der ziekten’, probeert ziekten te classificeren door ze systematisch in categorieën onder te brengen. Dat gebeurt op basis van de etiologie (de oorzaak), de pathogenese (het mechanisme dat de ziekte doet ontstaan) of de symptomen. Een stevige nosologische entiteit is bijvoorbeeld de ziekte van Huntington. Dat is een objectief vaststaand ziektebeeld, veroorzaakt door een enkel nauwkeurig omschreven genetisch defect, waarvan we precies weten wat het doet in het centraal zenuwstelsel en waarbij de diagnose kan worden gesteld op basis van een genetische test. Maar slechts weinig psychiaters zullen durven te beweren dat de diagnose ‘schizofrenie’ verwijst naar zo’n nosologische entiteit. Symptomen zijn er in de psychiatrie genoeg, het probleem is echter dat van de meeste stoornissen geen eenduidige oorzaak of mechanisme bekend is. Ze zijn ook niet heel specifiek. Hallucinaties of wanen komen ook bij andere ziektebeelden voor. Bovendien zijn er geen meetbare biologische tekens die empirisch kunnen worden vastgesteld. Er zijn geen bloedproeven, röntgenfoto’s of scans waarmee een typisch en onderscheidend kenmerk van bijvoorbeeld depressie of psychose kan worden vastgesteld. Je kunt het gemoed niet meten zoals de bloeddruk, je kunt geen waangedachte terugvinden in het bloed zoals een infectie, je kunt geen diagnostische hersenafwijking aanwijzen zoals je dat kunt met een tumor bij kanker.

Dat verklaart waarom geestesziekten meestal beschouwd worden als syndromen, ziektebeelden, verzamelingen van vaak samen voorkomende klinische verschijnselen. Een heel bekend lichamenteel syndroom is aids: het ‘acquired immune deficiency syndrome’, of verworvenimmunodeficiëntiesyndroom. Ondertussen weten we wat de oorzaak is van deze aandoening: een infectie met het virus hiv. Maar dat virus was

nog niet bekend toen het syndroom van snel aftakelende jonge mensen die bezweken aan tal van infecties en kankers een naam kreeg.

In de psychiatrie wil men ook namen geven die een ondubbelzinnig label zijn voor een categorie van duidelijk te onderscheiden aandoeningen. De psychiatrische classificatie heeft echter tot nog toe slechts een voorlopige inventarisatie en onderverdeling van symptomen opgeleverd. Ze is bruikbaar als instrument om te proberen meer greep te krijgen op de werkelijkheid, maar blijft gebrekkig in het licht van de nog onbegrepen complexiteit van mentale stoornissen. Want wat is een psychische ziekte, wat is mentale gezondheid?

ZIEKTE ALS PROBLEEM EN ALS CONCEPT

Wanneer is iemand ziek? Het lijkt een simpele vraag, maar zoals bij de meeste eenvoudige vragen schuilt er een woud van filosofische complexiteit achter. Het is in weinig gevallen zo duidelijk als bij tuberculose. Je voelt je niet lekker, men identificeert een ziekteverwekker, je neemt antibiotica en je wordt weer beter. Maar niet iedereen die zich ziek voelt, lijdt aan een ziekte. Bij sommige mensen die zich slecht voelen, allerlei klachten hebben en nauwelijks gewoon kunnen functioneren, vindt men bij grondig en soms herhaaldelijk (lichamelijk) onderzoek geen afwijkingen. Andere mensen voelen zich kiplekker, maar hebben een hoge bloeddruk, botontkalking, meer cholesterol in het bloed dan gemiddeld of dragen afwijkende cellen in darmepitheel of prostaat met zich mee. Er is dus een verschil tussen ziek zijn en je ziek voelen, tussen objectief vaststelbare afwijkingen (fysieke en mentale processen) en de subjectieve beleving van ziekte (de ervaren hinder of last). In het Engels hebben ze daar twee verschillende woorden voor, respectievelijk *disease* en *illness*. In het Nederlands moeten we het met *ziekte* doen.⁴

In de psychiatrie, waar zoals gezegd geen objectief meetbare lichamelijke afwijkingen te vinden zijn, wordt het probleem zo scherp gesteld. In de praktijk gaat men ervan uit dat als er een of meerdere symptomen zijn waar iemand frequent hinder van ondervindt en die het functioneren bemoeilijken, dat je dan kunt spreken van een stoornis, waarvoor iemand al dan niet zorg behoeft. Vormen van gedrag kunnen in bepaalde contexten of culturen beschouwd worden als een ziekte en in andere als normaal. Een van de gruwelijke voorbeelden uit vorige eeuw is

het misbruik van psychiatrische diagnoses om dissidenten met een kritische politieke mening op te sluiten als mensen met een psychische afwijking. Homoseksualiteit wordt in aanzienlijke delen van de wereld nog steeds beschouwd als een ziekte waarvan je genezen kunt worden, al dan niet door duiveluitdrijving.

Ook in de 'gewone' geneeskunde is wat ziek of gezond is voor interpretatie en historische evolutie vatbaar. Osteoporose was tot in de jaren negentig van de vorige eeuw een te aanvaarden natuurlijk verouderingsproces. Sinds het gemeten en behandeld kan worden, is het een ziekte geworden. Hier schuilt ook het gevaar dat alles wat behandeld kan worden, gemedicaliseerd wordt.

GEZONDHEID IS NIET ZO VANZELFSPREKEND

Ziekte en gezondheid zijn geen zuiver, objectief, biologisch gegeven en hangen af van sociale normen, waarden en omstandigheden. Volgens de veelgebruikte definitie uit 1948 van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is gezondheid: 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of lichamelijke gebreken.' In dat perspectief is gezondheid haast een platonisch ideaal. Elke vermindering van welbevinden wordt een gezondheidsprobleem. Het is mooi dat gezondheid in een breed kader wordt opgevat, en dat was destijds vooruitstrevend, maar het opent de deur naar een verregaande medicalisering. Je kunt je afvragen of iemand helemaal gezond kan zijn. In de psychiatrie wordt de definitie zo mogelijk nog wankeler, omdat daar de aanwijsbare biologische oorzaak van al dan niet welbevinden ontbreekt.

De klassieke gezondheidsdefinitie heeft in de geestelijke gezondheidszorg geleid tot een fikse toename van de diagnostiek en de (farmacologische) behandeling van bijvoorbeeld depressie of ADHD. Niet omdat de symptomen die bij deze diagnoses horen zo veel vaker voorkomen dan vroeger, maar omdat ze vaker leiden tot een officieel gecatalogiseerde 'ziekte'. Wat gisteren nog een normale variatie bij mensen werd genoemd, is vandaag een hele reeks aandoeningen geworden, die door mensen gretig geraadpleegd wordt via uit de DSM afgeleide vragenlijsten op internet.

GEZONDHEIDSIDEAAL

Het gezondheidsideaal van volledig welbevinden kleurt de verwachtingen van een 'behandeling'. Als het doel van een therapie is ziektevrij te zijn, ontstaat een model waarin de lat heel hoog ligt. Bij een bacteriële infectie is dat misschien een bereikbaar doel. Je neemt antibiotica tot de bacterie helemaal uit je lichaam verdwenen is en je wordt verzorgd tot je weer helemaal bent aangesterkt. Maar de tijd dat de meeste ziekten infectieus waren, is lang voorbij. In de ontwikkelde wereld ligt de 'global burden of disease' bij chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, reuma, artrose, botontkalking, diabetes en psychische aandoeningen.⁵ De tijd dat men stierf door longontstekingen, dysenterie, mazelen of bloedvergiftiging is voorbij. Het grootste deel van de medische activiteiten is tegenwoordig gericht op aandoeningen waarvan mensen niet beter kunnen worden en waarvan symptomen aanwezig blijven. Als men daarbij de klassieke streefdoelen van volledige genezing en compleet welbevinden blijft hanteren, komt men op het eindeloze spoor van overbehandeling en eeuwige symptoombestrijding terecht. Men behandelt door tot de patiënt erbij neervalt. Die ontwikkeling ziet men op het scherp van de snede in de oncologie, waar bij terminale patiënten met grote investeringen aan tijd en middelen tumoren bestreden worden voor betwifelbare gezondheidswinst.⁶ Overdiagnostiek en hardnekkige behandeling zijn niet onschuldig, ze hebben niet zelden ernstige bijwerkingen en verminderen de kwaliteit van leven.

DE NIEUWE GEZONDHEID

Een nieuw perspectief op gezondheid is dus nodig, en internationaal groeit een consensus over de richting waarin gedacht kan worden.⁷ Gezondheid kan beter omschreven worden als het vermogen zich aan te passen en zelf de regie te voeren, gegeven de psychische, lichamelijke en sociale uitdagingen waarmee men geconfronteerd wordt. Gezondheid is niet iets waarop je passief gaat wachten tot de dokter je beter maakt, maar een actief proces waarin je zelf de mogelijkheden vindt of hervindt om weer aan betekenisvolle doelen in je leven te werken en een zinvol bestaan te leiden, met de mogelijke beperkingen of hinderpalen die jouw aandoening daarbij opwerpt.

In deze vernieuwende conceptuele benadering is gezondheid geen einddoel, maar een proces: het vermogen tot adaptatie op fysiek, mentaal en sociaal vlak. Iemand kan zo gezond zijn en toch aan een ziekte lijden. Wie met een pijnlijke onderrug toch naar behoren heeft leren functioneren en fysiek en mentaal in een zeker evenwicht is, kan als gezond beschouwd worden. Dat wil niet zeggen dat mensen zich neerleggen bij hun ellende, maar dat ze ondersteund worden om op eigen kracht aan hun aangepaste levensdoelen te werken. Het leven is niet perfect en dat accepteren helpt om het in eigen hand te nemen en het niet passief te ondergaan.

Deze 'positieve gezondheid' heeft een 'geestelijke' dimensie die haar daarom niet toevallig uiterst bruikbaar maakt voor de geestelijke gezondheidszorg. Voorlopig vinden veel artsen en beleidsmakers het moeilijk, maar voor patiënten en verpleegkundigen vormt het een herkenbaar en hoopgevend nieuw perspectief. Een fundamenteel verschil met de oude manier van denken over gezondheid is dat die laatste de mensheid verdeelt in twee klassen: de zieken en de gezonden. De nieuwe manier van denken verbindt: gezondheid vertoont een continu spectrum, haast onmerkbaar in elkaar overlopende gradaties van mogelijkheden om betekenisvolle doelen te realiseren, ook al staan er fysieke, mentale of sociale hinderpalen in de weg.

PATIËNT ALS IJKPUNT

Het idee leeft dat de lichamelijke geneeskunde wetenschappelijker zou zijn dan de psychiatrie, gebaseerd op meer technisch-biologisch inzicht in het ontstaan van ziekten en hoe die te behandelen. Maar ook in de somatische geneeskunde, in zijn *evidence based* versie, moet een ingewikkelde afweging gemaakt worden op basis van klachten en symptomen en wat daar wetenschappelijk over bekend is, in het perspectief van de ervaring en de kennis van de arts en (wat te dikwijls over het hoofd gezien wordt) de verwachtingen, wensen en behoeften van de patiënt.

In een goede geneeskunde leidt zo betrouwbaar mogelijke empirische kennis in combinatie met menselijk inzicht tot een behandeling. Artsen behandelen geen röntgenfoto's of laboratoriumverslagen, maar mensen van vlees en bloed, met een familie en vrienden, werk en

hobby's. Het verschil tussen lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg zit in het feit dat in de somatische geneeskunde een ziekte-term een verklarende betekenis heeft. Wie 'infectie' hoort weet dat er een of ander micro-organisme in zijn of haar lichaam huishoudt. In de psychiatrie is die verklarende betekenis nog relatief onontgonnen terrein. Voor zover er goed onderbouwde verklaringen zijn, sporen die slecht met wat in de spreekkamer zichtbaar wordt.⁸ Daar zitten mensen met verwarde gedachten en gevoelens, wier leven in puin dreigt te vallen, en waar een diagnose niet zozeer een verklarend etiket moet plakken op iemands voorhoofd, maar wel de weg moet helpen vinden naar een behandeling en herstel.

2

DE NIEUWE DIAGNOSE

Na vijftig jaar intensief medisch-biologisch onderzoek is er nauwelijks een objectief meetbaar, empirisch kenmerk gevonden dat een psychische aandoening kan aantonen. Diagnoses zoals ‘schizofrenie’ zijn daarom in wezen slechts afspraken waarbij op basis van regels en criteria wordt bepaald of de klachten en symptomen van een bepaalde patiënt in een of andere categorie kunnen worden ondergebracht. De typische classificatiecriteria van schizofrenie vind je ter illustratie in bijgaand kader. Dat geeft een idee van de manier waarop een classificatie werkt. Het is te vergelijken met de determinatietabellen in een plantengids. Met dat verschil dat je bij een flora meestal wel uitkomt bij een afbeelding die je dan kunt vergelijken met de plant die je voor je hebt. Bij een psychische aandoening staat er geen tastbare ziekte voor je, alleen een mens met klachten en problemen.

De classificatiecriteria zijn een instrument om het verhaal van een patiënt ‘om te rekenen naar’ een gestandaardiseerd diagnostisch beeld. De klachten van de patiënt worden met een algoritmische transformatie omgezet in een label: dit is wat jij hebt. De patiënt krijgt haar of zijn lijden onherkenbaar terug in de vorm van de naam van een aandoening. Stemmen horen wordt: ‘U hebt schizofrenie’; heftige stemmingswisselingen worden: ‘U hebt een borderlinepersoonlijkheidsstoornis’.⁹

Iedereen weet graag wat er mis is. Een spiraalbreuk van de ellepijp. Een ontstoken tandwortel van de derde molaar. Een barst in de tweede lumbaalwervel. Aanwijsbaar, fotografeerbaar, objectiveerbaar. Maar er is nergens een plekje in het brein aan te wijzen waar die schizofrenie te zien is.

De definitie van schizofrenie volgens DSM-IV⁽¹⁾

Voor het stellen van de diagnose 'schizofrenie' gelden de volgende criteria.

- A)** *Kenmerkende symptomen:* twee of meer van de volgende, elk gedurende één maand een belangrijk deel van de tijd aanwezig (of korter bij succesvolle behandeling):
- wanen;
 - hallucinaties;
 - onsamenhangende spraak;
 - ernstig chaotisch of catatoon gedrag;
 - negatieve symptomen, dat wil zeggen vervlakking van het affect, gedachte- of spraakarmoede of apathie.
- Noot: slechts één symptoom uit criterium A is vereist indien de wanen bizar zijn, of wanneer hallucinaties bestaan uit een stem die voortdurend commentaar levert op het gedrag of de gedachten van betrokkene, of uit twee of meer stemmen die met elkaar spreken.
- B)** *Sociaal en/of beroepsmatig functioneren.* Vanaf het begin van de stoornis ligt het functioneren, voor een belangrijk deel van de tijd, op een of meer terreinen zoals werk, relaties of zelfverzorging duidelijk onder het niveau dat voor het begin van de stoornis werd bereikt.
- C)** *Duur.* Verschijnselen van de stoornis zijn gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig. In deze periode van zes maanden moeten er ten minste één maand symptomen zijn die voldoen aan criterium A (dat wil zeggen symptomen uit de actieve fase) en kunnen er periodes voorkomen met prodromale symptomen of restsymptomen. Gedurende deze prodromale periode of restperiodes kunnen de verschijnselen van de stoornis zich beperken tot negatieve symptomen, of tot twee of meer symptomen van criterium A in een lichte vorm (bijvoorbeeld vreemde overtuigingen, ongewone zintuiglijke ervaringen).
- D)** *Uitsluiting van schizo-affectieve stoornis of stemmingsstoornissen.* Een schizo-affectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken zijn uitgesloten omdat (1) er geen depressieve episodes, manische of gemengde episodes tegelijk met de symptomen van de actieve fase zijn voor-

1 We gebruiken hier de DSM-IV omdat de DSM-5 voorlopig in België nog niet officieel gehanteerd wordt, terwijl gewacht wordt op de definitieve versie van de ICD-11, het classificatiesysteem van de WHO dat ook aan revisie toe is.

gekomen; of (2) omdat de stemmingsstoornis tijdens de actieve fase van korte duur was in verhouding tot de duur van de actieve periode en de restperiode.

- E)** *Uitsluiting van het gebruik van middelen of een somatische aandoening.* De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.
- F)** *Samenhang met een pervasieve ontwikkelingsstoornis.* Indien er een voor geschiedenis is met een autistische stoornis of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis, wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld indien er gedurende ten minste één maand (of korter indien met succes behandeld) opvallende wanen of hallucinaties zijn.

Voor het stellen van de diagnose '**schizofreniforme stoornis**' gelden de volgende criteria.

- A)** Aan de criteria A, D, en E van schizofrenie wordt voldaan.
- B)** Een episode van de stoornis (inclusief prodromale, actieve en restverschijnselen) duurt ten minste één maand, maar korter dan zes maanden. Als de diagnose gesteld moet worden zonder dat gewacht kan worden op herstel, moet deze als 'voorlopig' worden aangegeven.

Binnen DSM-IV worden de volgende **vijf subtypes van schizofrenie** onderscheiden.

- 1 *Paranoïde type:* het accent ligt op wanen of auditieve hallucinaties in afwezigheid van duidelijke negatieve symptomen. Dit hoeven geen paranoïde wanen te zijn.
- 2 *Gedesorganiseerde type:* het accent ligt op onsamenhangende spraak en chaotisch gedrag.
- 3 *Catatone type:* het accent ligt op verstoorde motorische beweeglijkheid, negativisme, echolalie of echopraxie.
- 4 *Ongedifferentieerde type:* het accent ligt op de criteria genoemd bij A in paragraaf 2.1, waarbij de symptomen niet voldoen aan een ander subtype.
- 5 *Resttype:* er is afwezigheid van heftige positieve symptomen en persisterende aanwezigheid van negatieve symptomen.

Daarnaast wordt ook nog iets gedefinieerd als een **schizoaffectieve stoornis**, met als kenmerkende criteria:

- A)** Een ononderbroken ziekteperiode waarbij er op een bepaald moment

tegelijktijd ofwel een depressieve episode, een manische of een gemengde episode aanwezig is met symptomen die voldoen aan criterium A van schizofrenie.

Noot: de depressieve episode moet het criterium A1 omvatten: depressieve stemming.

- B)** In dezelfde ziekteperiode zijn er gedurende ten minste twee weken wanen of hallucinaties aanwezig geweest zonder opvallende symptomen van een stemmingsstoornis.
- C)** De symptomen die voldoen aan de criteria van de stemmingsepisode zijn gedurende een belangrijk gedeelte van de totale duur van de actieve en restfase van de ziekte aanwezig.
- D)** De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.

Daarbij bestaan **twee types**:

- *Bipolair type*: indien de stoornis een manische of gemengde episode omvat (of een manische of een gemengde episode en depressieve episodes).
- *Depressief type*: indien de stoornis alleen depressieve episodes omvat.

Vanwege de ingewikkeldheid van de aandoening woedt een jarenlange discussie of de schizoaffectieve stoornis een aparte aandoening is of een groep verschijnselen vormt die tussen schizofrenie en manisch-depressieve stoornis in ligt. Over het voorkomen van schizoaffectieve stoornis is weinig bekend, hetgeen voor een groot deel te wijten is aan de wisselende definities van deze stoornis door de jaren heen.

NOMEN EST OMEN

De Romeinen zagen in een naam een voorteken. Alexander werd de beschermer van de mensheid, Felix was een gelukkige. Men gaf kinderen namen in de hoop dat ze krachtig als een man met een speer of zachtmoedig als een lieve zouden worden. Carl Gustav Jung ging zelfs zo ver zijn collega-psychoanalytici op die manier te doorgronden: 'Herr Freud (vreugde) heeft het vooral over lust, Herr Adler (adelaar) over de wil om macht, Herr Jung (jong) over het idee van de wedergeboorte.'