



Pascal Sienaert

CAMPUS HANDBOEK



Psycho- pathologie

Lannoo
Campus

D/2023/45/262 – ISBN 978 94 014 9555 4 – NUR 770

Vormgeving omslag: Studio Lannoo
Vormgeving binnenwerk: Crius Group

© Pascal Sienaert & Uitgeverij Lannoo nv, Tiel, 2023.

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

Alle rechten voorbehouden.

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

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Uitgeverij LannooCampus | |
| Vaartkom 41 bus 01.02 | Postbus 23202 |
| 3000 Leuven | 1100 DS Amsterdam |
| België | Nederland |

www.lannoocampus.com

Inhoudstafel

| | |
|--|-----------|
| VOORWOORD | 15 |
| HOOFDSTUK 1 DIAGNOSTIEK EN CLASSIFICATIE | 17 |
| 1.1 Van zot naar ziek | 17 |
| 1.2 Van opsluiting naar behandeling | 18 |
| 1.3 Van inventariseren naar classificeren | 21 |
| 1.4 Van symptoom naar syndroom | 24 |
| 1.5 Classificatie en haar gebreken | 26 |
| 1.5.1 Ziekteconcept bruikbaar? | 27 |
| 1.5.2 Categorieaal of dimensionaal? | 28 |
| 1.5.3 Betrouwbaarheid en validiteit | 29 |
| 1.5.4 Stigmatiserende stempels | 32 |
| 1.6 Diagnostiek verbeteren | 32 |
| 1.6.1 Subtypering? | 32 |
| 1.6.2 Precisiediagnostiek? | 33 |
| 1.7 DSM goed gebruiken | 34 |
| HOOFDSTUK 2 HET KWETSBAARHEID-STRESSMODEL | 39 |
| 2.1 Erfelijkheid | 39 |
| 2.2 Heritabiliteit | 40 |
| 2.3 Polygenetische overerving | 42 |
| 2.4 Kwetsbaarheid-stressmodel | 43 |
| 2.4.1 Kwetsbaarheid | 44 |
| 2.4.2 Stress | 45 |
| 2.4.3 Hypothalamus, hypofyse en bijnierschors | 47 |
| 2.5 Gen-omgevingsinteractie | 50 |
| 2.6 ‘Kindling’ en sensitisatie | 51 |
| 2.7 Persoonlijkheidsfactoren | 53 |
| HOOFDSTUK 3 PSYCHOSE | 55 |
| 3.1 Wat is een psychose? | 55 |
| 3.1.1 Wanen | 56 |
| 3.1.1.1 Differentiaaldiagnose | 57 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 3.1.2 | Hallucinaties | 59 |
| 3.1.2.1 | Differentiaaldiagnose | 62 |
| 3.1.3 | Gedesorganiseerde spraak | 63 |
| 3.1.4 | Gedesorganiseerd gedrag of abnormaal motorisch gedrag | 63 |
| 3.1.5 | Negatieve symptomen | 66 |
| 3.2 | Psychosecontinuüm | 66 |
| 3.3 | Schizofrenie | 67 |
| 3.3.1 | Symptomen | 70 |
| 3.3.1.1 | Positieve symptomen | 70 |
| 3.3.1.2 | Negatieve symptomen | 71 |
| 3.3.1.3 | Cognitieve symptomen | 72 |
| 3.3.1.4 | Affectieve symptomen | 73 |
| 3.3.1.5 | Gedragssymptomen | 73 |
| 3.3.1.6 | Motorische symptomen | 74 |
| 3.3.2 | Verloop | 74 |
| 3.4 | Schizoaffectieve stoornis | 79 |
| 3.5 | Waanstoornis | 80 |
| 3.6 | Epidemiologie | 83 |
| HOOFDSTUK 4 DEPRESSIEVE STEMMINGSSTOORNISSEN | | 87 |
| 4.1 | Depressieve episode | 89 |
| 4.2 | Één vlag, vele ladingen | 92 |
| 4.3 | Depressieve stoornissen: subtypes | 94 |
| 4.3.1 | Depressie met angstige spanning | 95 |
| 4.3.2 | Depressie met melancholische kenmerken | 95 |
| 4.3.2.1 | Melancholie in de DSM | 96 |
| 4.3.2.2 | Melancholie volgens Parker | 96 |
| 4.3.3 | Depressie met psychotische kenmerken | 97 |
| 4.3.4 | Depressie met atypische kenmerken | 99 |
| 4.3.5 | Depressie met catatone kenmerken | 100 |
| 4.3.6 | Depressie met peripartaal begin | 102 |
| 4.3.7 | Depressie met seizoenspatroon | 103 |
| 4.3.8 | Ouderdomsdepressie | 103 |
| 4.3.9 | Vasculaire depressie | 105 |
| 4.4 | Differentiaaldiagnose | 105 |
| 4.4.1 | Lichamelijke aandoeningen | 105 |
| 4.4.2 | Persoonlijkeitsstoornissen | 106 |
| 4.4.3 | Beginnende dementie | 106 |
| 4.4.4 | Burn-out | 106 |
| 4.4.5 | Rouwen en persisterende rouwstoornis | 108 |

| | | |
|--|---|------------|
| 4.5 | Verloop | 110 |
| 4.6 | Persisterende depressieve stoornis – dysthymie | 112 |
| 4.7 | Premenstruele stemmingsstoornis | 113 |
| 4.8 | Epidemiologie | 115 |
| HOOFDSTUK 5 BIPOLAIRE STOORNISSEN | | 119 |
| 5.1 | Historische schets | 119 |
| 5.2 | Stemmingsepisoden | 120 |
| 5.2.1 | Manische episode | 120 |
| 5.2.2 | Hypomanische episode | 124 |
| 5.2.3 | Gemengde episode | 127 |
| 5.3 | Bipolaire-I- en II-stoornis | 129 |
| 5.4 | Bipolaire-spectrumstoornis | 132 |
| 5.5 | ‘Rapid cycling’ | 134 |
| 5.6 | Verloop | 135 |
| 5.6.1 | Kindling | 137 |
| 5.7 | Differentiaaldiagnose en comorbiditeit | 139 |
| 5.8 | Postpartumpsychose | 140 |
| 5.9 | Epidemiologie | 141 |
| HOOFDSTUK 6 ANGSTSTOORNISSEN | | 145 |
| 6.1 | Angst en vrees | 145 |
| 6.2 | Specifieke fobie | 146 |
| 6.3 | Sociale-angststoornis | 150 |
| 6.3.1 | Kenmerken | 150 |
| 6.3.2 | Plankenkoorts | 150 |
| 6.3.3 | Differentiaaldiagnose | 154 |
| 6.4 | Paniekstoornis | 154 |
| 6.4.1 | Kenmerken | 154 |
| 6.4.2 | Differentiaaldiagnose en comorbiditeit | 157 |
| 6.4.3 | Is een paniekaanval een hyperventilatieaanval? | 159 |
| 6.5 | Agorafobie | 160 |
| 6.6 | Gegeneraliseerde angststoornis | 161 |
| 6.6.1 | Kenmerken | 161 |
| 6.6.2 | Differentiaaldiagnose, comorbiditeit en verloop | 161 |
| 6.7 | Verloop | 162 |
| 6.8 | Epidemiologie | 164 |
| HOOFDSTUK 7 DWANGSTOORNISSEN | | 169 |
| 7.1 | Obsessieve-compulsieve stoornis | 169 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 7.1.1 | Kenmerken | 169 |
| 7.1.2 | Heeft iemand met een dwangstoornis ziekte-inzicht? | 175 |
| 7.1.3 | Differentiaaldiagnose | 175 |
| 7.1.4 | Comorbiditeit | 176 |
| 7.2 | Morfodysfore stoornis | 177 |
| 7.3 | Verzamelstoornis | 178 |
| 7.4 | Body-focused repetitive behavior | 180 |
| 7.4.1 | Epidemiologie | 180 |

HOOFDSTUK 8 DRANGSTOORNISSEN EN STOORNISSEN IN DE IMPULSCONTROLE 183

| | | |
|---------|---------------------------------------|-----|
| 8.1 | Van drang en dwang (en impuls)) | 183 |
| 8.2 | Periodiek explosieve stoornis | 185 |
| 8.3 | Body-focused repetitive behavior | 185 |
| 8.3.1 | Haaruittrekstoornis | 185 |
| 8.3.2 | Excoriatiestoornis – Huidpulkstoornis | 187 |
| 8.4 | Parafilieën en parafiele stoornissen | 187 |
| 8.4.1 | Indeling | 187 |
| 8.4.2 | Verklaringsmodellen | 189 |
| 8.4.2.1 | Gestoorde verleiding | 189 |
| 8.4.2.2 | Verstoorde ‘lovemaps’ | 190 |
| 8.4.3 | Portret van een exhibitionist | 190 |
| 8.4.4 | Pedofilie en pedoseksualiteit | 191 |
| 8.4.4.1 | Vierfactorenmodel van Finkelhor | 192 |
| 8.4.5 | Prevalentie | 194 |

HOOFDSTUK 9 EETSTOORNISSEN 197

| | | |
|---------|---|-----|
| 9.1 | Anorexia nervosa | 198 |
| 9.1.1 | Kenmerken | 199 |
| 9.1.1.1 | Gewicht | 199 |
| 9.1.1.2 | Angst | 201 |
| 9.1.1.3 | Lichaamsbeleving en cognitieve distorsies | 201 |
| 9.1.1.4 | Amenorroe | 202 |
| 9.1.1.5 | Hyperactiviteit of drang om te bewegen | 203 |
| 9.1.1.6 | Lichamelijke gevolgen | 203 |
| 9.1.2 | Verloop | 204 |
| 9.1.3 | Differentiaaldiagnose en comorbiditeit | 205 |
| 9.2 | Boulimia nervosa | 206 |
| 9.2.1 | Kenmerken | 208 |
| 9.2.2 | Verloop | 208 |

| | | |
|--|---|------------|
| 9.2.3 | Differentiaaldiagnose | 209 |
| 9.3 | Eetbuistoornis | 209 |
| 9.4 | Epidemiologie | 210 |
| HOOFDSTUK 10 TRAUMA- EN STRESSORGERELATEERDE STOORNISSEN | | 213 |
| 10.1 | Trauma | 213 |
| 10.2 | Reactie op traumatische gebeurtenissen | 214 |
| 10.2.1 | 'Fight, flight or freeze' | 214 |
| 10.2.2 | Resilience | 215 |
| 10.3 | Acute stressstoornis | 217 |
| 10.4 | Posttraumatische stressstoornis | 220 |
| 10.4.1 | Herbelevingen | 220 |
| 10.4.2 | Vermijding | 221 |
| 10.4.3 | Negatieve veranderingen in cognitie en stemming | 221 |
| 10.4.4 | 'Arousal' | 222 |
| 10.4.5 | Voorkomen en verloop | 224 |
| 10.5 | Complexe ptss | 226 |
| HOOFDSTUK 11 DISSOCIATIEVE STOORNISSEN | | 231 |
| 11.1 | Dissociatie | 231 |
| 11.2 | Dissociatieve identiteitsstoornis | 233 |
| 11.3 | Dissociatieve amnesie of psychogene amnesie | 238 |
| 11.4 | Depersonalisatie- en derealisatiestoornis | 239 |
| HOOFDSTUK 12 PSYCHOLOGISCHE EN PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN BIJ LICHAAMELIJKE SYMPTOMEN | | 243 |
| 12.1 | Are you crazy to worry about your health? | 243 |
| 12.2 | Somatisch-symptoomstoornis | 244 |
| 12.3 | Chronische-vermoeidheidssyndroom | 246 |
| 12.4 | Ziekteangststoornis | 249 |
| 12.4.1 | Verloop | 250 |
| 12.5 | Conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) | 251 |
| 12.5.1 | Er klopt iets niet | 251 |
| 12.5.2 | Software stuk | 252 |
| 12.5.3 | Simulatie | 253 |
| 12.6 | Nagebootste stoornis (pathomimie of 'factitious disorder') | 254 |
| 12.7 | Epidemiologie | 258 |
| HOOFDSTUK 13 SEKSUELE PROBLEMEN EN GENDERDYSFORIE | | 261 |
| 13.1 | Inleiding | 261 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 13.2 | Seksuele responscyclus | 262 |
| 13.3 | Seksuele problemen bij vrouwen | 264 |
| 13.3.1 | Seksuele-interesse-/opwindingsstoornis | 264 |
| 13.3.2 | Orgasmestoornis | 265 |
| 13.3.3 | Genitopelviene pijn/penetratiestoornis (dyspareunie en vaginisme) | 265 |
| 13.4 | Seksuele problemen bij mannen | 266 |
| 13.4.1 | Verminderd seksueel verlangen | 266 |
| 13.4.2 | Erectiestoornis | 267 |
| 13.4.3 | Voortijdige ejaculatie | 268 |
| 13.5 | Seksuele problemen bij psychiatrische aandoeningen en door psychofarmaca | 269 |
| 13.6 | Genderdysforie | 270 |

HOOFDSTUK 14 **MIDDELENGERELATEERDE EN VERSLAVINGS-STOORNISSEN**

275

| | | |
|----------|---------------------------------------|-----|
| 14.1 | Stoornissen in het gebruik | 276 |
| 14.1.1 | Definitie | 276 |
| 14.1.2 | Verslaafd worden | 277 |
| 14.1.3 | Craving | 280 |
| 14.1.4 | Over PIGS en SOBS: de hervalketen | 281 |
| 14.1.5 | Comorbiditeit | 282 |
| 14.1.6 | Prevalentie | 283 |
| 14.2 | Stoornissen door een middel | 286 |
| 14.2.1 | Intoxicaties | 286 |
| 14.2.1.1 | Dempingstoxidroom | 286 |
| 14.2.1.2 | Opwindingstoxidroom | 286 |
| 14.2.1.3 | Hallucinatoir toxidroom | 286 |
| 14.2.2 | Ontwenning | 286 |
| 14.2.3 | Andere stoornissen door een middel | 287 |
| 14.3 | Alcohol | 288 |
| 14.3.1 | Stoornis in het gebruik van alcohol | 288 |
| 14.3.2 | Stoornissen door alcohol | 292 |
| 14.3.2.1 | Alcoholintoxicatie | 292 |
| 14.3.2.2 | Alcoholontwenning | 293 |
| 14.3.2.3 | Onthoudingsdelier of delirium tremens | 293 |
| 14.3.2.4 | Alcoholische hallucinose | 294 |
| 14.3.2.5 | Alcoholgeïnduceerde stemmingsstoornis | 294 |
| 14.3.2.6 | Syndroom van Wernicke-Korsakov | 294 |
| 14.4 | Cannabis | 296 |

| | | |
|---------------------|--|------------|
| 14.5 | Therapeutisch gebruik van middelen | 299 |
| 14.6 | Gedragsverslavingen | 300 |
| 14.6.1 | Gokstoornis | 300 |
| 14.6.2 | Andere gedragsverslavingen | 302 |
| HOOFDSTUK 15 | NEUROCOGNITIEVE STOORNISSEN | 305 |
| 15.1 | Inleiding | 305 |
| 15.1.1 | Gezond ouder worden | 307 |
| 15.1.2 | Geheugenklachten | 308 |
| 15.2 | Delier | 309 |
| 15.2.1 | Klinisch beeld | 309 |
| 15.2.2 | Differentiaaldiagnose | 313 |
| 15.2.3 | Epidemiologie | 314 |
| 15.3 | Beperkte en uitgebreide neurocognitieve stoornis | 315 |
| 15.3.1 | Mild cognitive impairment of beperkte neurocognitieve stoornis | 315 |
| 15.3.2 | Dementieel syndroom | 317 |
| 15.3.2.1 | Definitie | 317 |
| 15.3.2.2 | BPSD – ‘behavioral and psychological symptoms in dementia’ | 318 |
| 15.3.3 | Oorzaken van beperkte of uitgebreide neurocognitieve stoornis | 321 |
| 15.3.3.1 | Ziekte van Alzheimer | 321 |
| 15.3.3.2 | Neurocognitieve stoornis met Lewy-lichaampjes | 326 |
| 15.3.3.3 | Frontotemporale neurocognitieve stoornis | 327 |
| 15.3.3.4 | Vasculaire neurocognitieve stoornis | 330 |
| 15.3.4 | Epidemiologie | 332 |
| HOOFDSTUK 16 | PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN | 335 |
| 16.1 | Persoonlijkheid | 335 |
| 16.2 | Pathologie | 339 |
| 16.3 | Diagnostiek | 340 |
| 16.4 | Verloop | 342 |
| 16.5 | Drie clusters | 346 |
| 16.5.1 | Het zonderlinge, bizarre of excentrieke cluster | 346 |
| 16.5.1.1 | Paranoïde persoonlijkheidsstoornis | 346 |
| 16.5.1.2 | Schizoïde persoonlijkheidsstoornis | 347 |
| 16.5.1.3 | Schizotypische persoonlijkheidsstoornis | 348 |
| 16.5.2 | Het impulsieve, dramatische of emotionele cluster | 350 |
| 16.5.2.1 | Antisociale persoonlijkheidsstoornis | 350 |
| 16.5.2.2 | Ziek of slecht? | 350 |
| 16.5.2.3 | Borderline persoonlijkheidsstoornis | 352 |

| | | |
|---|---|------------|
| 16.5.2.4 | Histrionische persoonlijkheidsstoornis | 355 |
| 16.5.2.5 | Narcistische persoonlijkheidsstoornis | 357 |
| 16.5.3 | Het angstige cluster | 359 |
| 16.5.3.1 | Vermijdende persoonlijkheidsstoornis | 359 |
| 16.5.3.2 | Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis | 361 |
| 16.5.3.3 | Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis | 361 |
| 16.6 | Prevalentie | 362 |
| HOOFDSTUK 17 SUÏCIDE EN SUÏCIDAAL GEDRAG | | 365 |
| 17.1 | Suïcidecijfers | 365 |
| 17.2 | Suïcide en niet-suïcidale zelfbeschadiging | 366 |
| 17.3 | Hoe plegen mensen suïcide? | 368 |
| 17.4 | Suïcide begrijpen | 370 |
| 17.4.1 | Waarom suïcide? | 370 |
| 17.4.2 | Verklaringsmodellen | 371 |
| 17.4.2.1 | Cry for help of cry of pain | 371 |
| 17.4.2.2 | Entrapment | 372 |
| 17.4.2.3 | Het 'integrated motivational-volitional'-model | 372 |
| 17.4.2.4 | De 'Three-Steps'-theorie | 373 |
| 17.5 | Werther (en Papageno) | 374 |
| 17.6 | Suïcide voorspellen | 376 |
| 17.6.1 | Een psychiatrische aandoening | 377 |
| 17.6.2 | Sociodemografische risicofactoren | 379 |
| 17.6.3 | Veranderende risicofactoren: signaleringsplan | 380 |
| 17.7 | Suïcidaliteit herkennen en bevragen | 380 |
| 17.8 | Word je suïcidaal van antidepressiva? | 383 |
| 17.9 | Is suïcide erfelijk? | 384 |
| 17.9.1 | Het stress-kwetsbaarheidmodel voor suïcidaal gedrag | 384 |
| 17.10 | Het moeilijkste moment: 'post-discharge suïcide' | 386 |
| HOOFDSTUK 18 BEHANDELASPECTEN | | 389 |
| 18.1 | Historische schets | 389 |
| 18.2 | Het beste van veel werelden | 391 |
| 18.3 | Leefstijlinterventies | 391 |
| 18.4 | Psychotherapie | 394 |
| 18.4.1 | Wat is psychotherapie? | 394 |
| 18.4.2 | 'Everybody has won, and all must have prizes' | 396 |
| 18.5 | Behandelingen met geneesmiddelen | 399 |
| 18.5.1 | De monoaminehypothese | 399 |
| 18.5.2 | Klassen psychofarmaca | 401 |

| | | |
|---------------------|---|------------|
| 18.5.2.1 | Antipsychotica | 401 |
| 18.5.2.2 | Antidepressiva | 402 |
| 18.5.2.3 | Antidepressant discontinuation syndrome | 403 |
| 18.5.2.4 | Werken antidepressiva? | 404 |
| 18.5.2.5 | Stemmingsstabilisatoren | 406 |
| 18.5.2.6 | Slaap- en kalmeringsmiddelen | 406 |
| 18.5.2.7 | Psychedelica | 407 |
| 18.6 | Technische behandelingen | 407 |
| 18.6.1 | Elektroconvulsietherapie | 408 |
| 18.6.2 | Andere neurostimulatietechnieken | 411 |
| 18.6.3 | Chronotherapie | 412 |
| 18.6.4 | Een virtuele toekomst? | 414 |
| 18.7 | Richtlijnen | 414 |
| BIBLIOGRAFIE | | 417 |
| EINDNOTEN | | 443 |

*The care of the human mind
is the most noble branch of medicine.*



Hugo Grotius
Rechtsgeleerde
1583 – 1645

Voorwoord

Ons hoofd is rond, zodat ons denken van richting kan veranderen.
Rainer Maria Rilke

Dit handboek psychopathologie biedt een beknopt en erg klinisch georiënteerd overzicht van de belangrijkste psychopathologische categorieën. Het beoogt niet volledig te zijn. Het is een inleiding die de lezer moet helpen om psychiatrische toestandsbeelden te herkennen en van elkaar te onderscheiden, en kritische vragen te stellen over zin en onzin van ‘moderne’ categoriale diagnostiek. Op specifieke aspecten van de behandeling van de diverse stoornissen wordt niet ingegaan. De grote lijnen van de behandeling worden kort vermeld. In één hoofdstuk worden enkele principes van levensstijlinterventies, psychologische, medicamenteuze en technische behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg belicht. Ook etiopathogenese en pathofysiologie worden slechts zijdelings aangeraakt.

In dit handboek wordt consequent de term patiënt gebruikt. Niet het steeds vaker gebruikte cliënt. Psychiatrie is een medisch vak – *the most noble branch of medicine*, volgens Grotius – dat zich toelegt op de zorg voor mensen die vaak ondraaglijk lijden. Dit lijden zit vervat in het begrip patiënt, dat afkomstig is van het Latijnse *patientia*, dat lijden, dulden en volharding betekent.

Het ligt niet voor de hand om een handboek psychopathologie met klinische casuïstiek te illustreren. De toegang tot de kliniek ontbreekt. Maar tegelijk staan literatuur en film bol van goed uitgewerkte en erg relevante klinische voorbeelden. De hedendaagse film biedt een gemakkelijke en bovendien vaak aangename inkijk in de psychopathologie.¹ En het lezen van boeken, ook graphic novels,² is een aanvullende en aangename manier om zich klinisch te bekwamen.

De vele collegae die delen van dit boek hebben nagelezen en van zinvolle aanvullingen hebben voorzien en de vele patiënten die me hun verhaal hebben toevertrouwd en deze bladzijden levendiger hebben gemaakt, kan ik niet genoeg bedanken.

Pascal Sienaert

| | | |
|---------------------|--|----|
| HOOFDSTUK 1 | DIAGNOSTIEK EN CLASSIFICATIE | |
| 1.1 | Van zot naar ziek | 17 |
| 1.2 | Van opsluiting naar behandeling | 18 |
| 1.3 | Van inventariseren naar classificeren | 21 |
| 1.4 | Van symptoom naar syndroom | 24 |
| 1.5 | Classificatie en haar gebreken | 26 |
| 1.6 | Diagnostiek verbeteren | 32 |
| 1.7 | DSM goed gebruiken | 34 |
| HOOFDSTUK 2 | HET KWETSBAARHEID-STRESSMODEL | |
| HOOFDSTUK 3 | PSYCHOSE | |
| HOOFDSTUK 4 | DEPRESSIEVE STEMMINGSSTOORNISSEN | |
| HOOFDSTUK 5 | BIPOLAIRE STOORNISSEN | |
| HOOFDSTUK 6 | ANGSTSTOORNISSEN | |
| HOOFDSTUK 7 | DWANGSTOORNISSEN | |
| HOOFDSTUK 8 | DRANGSTOORNISSEN EN STOORNISSEN IN DE IMPULSCONTROLE | |
| HOOFDSTUK 9 | EETSTOORNISSEN | |
| HOOFDSTUK 10 | TRAUMA- EN STRESSORGERELATEERDE STOORNISSEN | |
| HOOFDSTUK 11 | DISSOCIATIEVE STOORNISSEN | |
| HOOFDSTUK 12 | PSYCHOLOGISCHE EN PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN BIJ LICHAMELIJKE SYMPTOMEN | |
| HOOFDSTUK 13 | SEKSUELE PROBLEMEN EN GENDERDYSFORIE | |
| HOOFDSTUK 14 | MIDDELENGERELATEERDE EN VERSLAVINGSSTOORNISSEN | |
| HOOFDSTUK 15 | NEUROCOGNITIEVE STOORNISSEN | |
| HOOFDSTUK 16 | PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN | |
| HOOFDSTUK 17 | SUÏCIDE EN SUÏCIDAAL GEDRAG | |
| HOOFDSTUK 18 | BEHANDELASPECTEN | |

Hoofdstuk 1

Diagnostiek en classificatie

*The moment you label something, you take a step
– I mean you can never go back again to seeing it unlabeled.*
Andy Warhol

1.1 VAN ZOT NAAR ZIEK

Madness, insanity, gek zijn... In de loop van de geschiedenis heeft men afwijkend gedrag bestempeld als 'gek' wanneer het onvoorspelbaar, irrationeel of gevaarlijk was of simpelweg afweek van de norm. Begrippen zoals *madness* of *insanity* zijn beschrijvend. Ze impliceren geen oorzaak. Ze beschrijven gedrag dat 'anders' is. Door de eeuwen heen is getracht dit anders zijn te vatten, te begrijpen en te classificeren.

Hippocrates (460-370 v.Chr.) begreep mentale stoornissen als het gevolg van een onevenwicht in de vier lichaamssappen of *humores* (*humor* is Latijn voor vocht; vergelijk humeur) die elk een bepaald temperament vertegenwoordigen: zwarte gal (melancholisch – zwartgallig), gele gal (cholerisch – driftig), bloed (sanguin – vurig, energiek) en slijm (flegmatisch – rustig, kalm) (Figuur 16.1). Deze humorestheorie bleef een grote invloed hebben tijdens de gehele middeleeuwen, tot meer en meer de visie ontstond dat gek zijn door iets van buitenaf moest verklaard worden. Een persoon die 'gek' wordt is niet langer zichzelf, maar is beïnvloed door giftige stoffen (Paracelsus, 1493-1541), of erger nog: bezeten door externe boze geesten of demonen. De demonologie was een van de dominante verklaringen voor afwijkend gedrag en psychopathologie, tot in de achttiende eeuw.

Naarmate steeds meer kennis werd vergaard over het ontstaan van lichamelijke ziekten, evolueerde het *madness*-concept van een breed beschrijvend begrip naar een enger ziektebegrip: *madness* werd *mental illness*. De Grieken, onder meer Hippocrates, beschreven al afzonderlijke ziekten. Toch is het moderne westerse ziekteconcept nog niet zo oud. Het werd het meest duidelijk

geïntroduceerd door Thomas Sydenham (1624-1689), de vader van de medische nosologie (*de wetenschappelijke classificatie van ziekten of classificatieleer*). Sydenham beschreef onder meer de Chorea van Sydenham, een zeldzaam neurologisch ziektebeeld. Het werd vroeger Sint-Vitusdans genoemd, naar de eigenaardige motorische bewegingen die de getroffen patiënten maken. De ziekte komt vooral bij kinderen voor na een streptokokkeninfectie. Het was een voorbeeld van een welomlijnd ziektebeeld met specifieke symptomen, een specifiek verloop en een specifieke prognose.

Het ziektebegrip werd verder sterk beïnvloed door twee belangrijke ontdekkingen. Ten eerste: het verband dat werd gezien tussen bepaalde klinische ziektebeelden en postmortemafwijkingen (*een verlamming aan één lichaamshelft door een hersenbloeding of een bloedklonter in de contralaterale hersenhelft bijvoorbeeld*). Ten tweede: de ontdekking van ziektekiemen als ziekteverwekkers door Louis Pasteur in 1862 (microbe-theorie).

Een voorbeeld is het vroeger vaak voorkomende en gevreesde syfilis. Syfilis is een seksueel overdraagbare aandoening, die in verschillende stadia evolueert naar een ernstig beeld waarin ook psychiatrische symptomen, zoals apathie en dementie, kunnen voorkomen. De ontdekking, in 1905 door Schaudinn en Hoffman, dat deze ziekte door de spirocheet *Treponema pallidum* werd veroorzaakt, heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de overtuiging dat ook psychiatrische toestandsbeelden, naar medisch model, een biologische oorzaak kunnen hebben (somatogene hypothese).

1.2 VAN OPSLUITING NAAR BEHANDELING

Psychiatrie, van psyche (ziel) en iatros (arts, genezer), is een erg jonge discipline. De term werd voor het eerst gebruikt in 1808 door de Duitse arts Johann Christian Reil, die in een artikel opriep om binnen de geneeskunde een subdiscipline op te richten die zich zou toeleggen op de behandeling van geesteszieken. Tot die tijd werd nauwelijks geprobeerd mensen met geestesziekten te behandelen. De Romein Cornelius Celsus (25 v.Chr – 50) is een zeldzame uitzondering. Hij suggereert al in de eerste eeuw dat gesprekken, bezigheid en sociale activiteiten kunnen helpen (Ophir 2022). Maar tot het midden van de

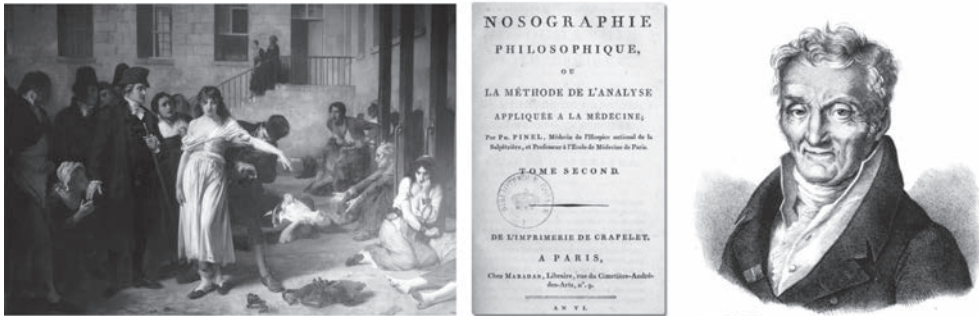
negentiende eeuw was het lot van mensen met ‘afwijkend gedrag’ opsluiting in grote ‘gekkenhuizen’, kerkers vaak. Daar werden ze soms geketend en weggestopt voor de maatschappij. Niemand interesseerde zich voor wat er precies met hen aan de hand was.

Figuur 1.1 Het Parijse Salpêtrière-ziekenhuis, 2012 (Foto P. Sienaert).



Er waren gelukkig ook illustere uitzonderingen, zoals de Franse psychiater Philippe Pinel (1745-1826), die al vanaf het einde van de achttiende eeuw deze praktijk probeerde te veranderen. In 1795 werd hij arts in het beroemde Salpêtrière-ziekenhuis in Parijs (Figuur 1.1), waar een paar duizend vrouwen zaten opgesloten. Pinel maakte (letterlijk) hun ketenen los (Figuur 1.2). Hij maakte een einde aan praktijken zoals aderlaten en installeerde een ‘morele behandeling’, die contact met en observatie van patiënten centraal stelde. Pinel bezocht dagelijks zijn patiënten en praatte met hen. Hij maakte zorgvuldig aantekeningen om hun aandoening en ziekteverloop beter te begrijpen. Op die manier kwam hij tot een eigen classificatie. In zijn *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* uit 1798 onderscheidde hij vijf categorieën: melancholie, manie met delier, manie zonder delier, dementie en idiotie (Weissmann 2016).

Figuur 1.2 Pinel beveelt de ketenen weg te nemen in de Salpêtrière – Robert-Fleury (1876) / *Nosographie philosophique...*, Pinel 1798 / Philippe Pinel (1745-1826).



Zijn Vlaamse evenknie is de Gentse psychiater Jozef Guislain (1797-1860) (Figuur 1.3). Hij ijvert voor een humane behandeling van geesteszieken. Samen met de congregatie van de Broeders van Liefde bouwt hij in 1857 het eerste 'gesticht'. Het Guislain-ziekenhuis is vandaag nog steeds een actief psychiatrisch ziekenhuis, dat ook een belangrijk museum van de geschiedenis van de psychiatrie huisvest.

Figuur 1.3 Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain (Foto C. Faseur) en buste Dr. Jozef Guislain (1797-1860) (Foto P. Sienaert).

