



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, Tielt, 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	Gedragsymptomen	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

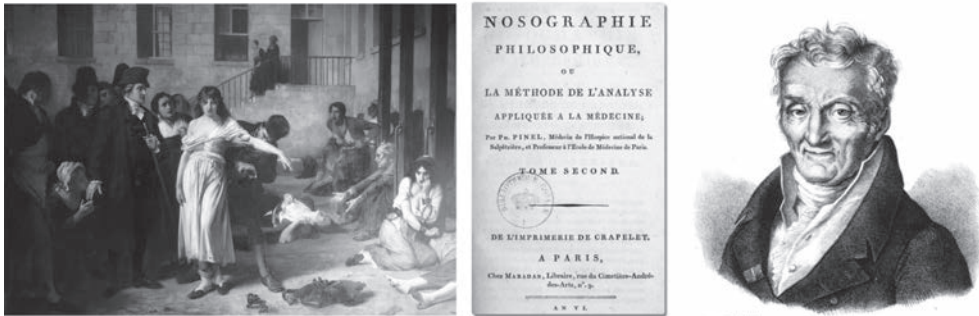
negentiende eeuw was het lot van mensen met ‘afwijkend gedrag’ opsluiting in grote ‘gekkenuizen’, kerkers vaak. Daar werden ze soms geketend en weggestopt voor de maatschappij. Niemand interesseerde zich voor wat er precies met hen aan de hand was.

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).

