



**Tips** voor advocaten bij de  
gedwongen opname van een  
cliënt in een psychiatrische instelling





Deze brochure kwam tot stand binnen het gezamenlijk project van de vzw Ups & Downs, de Belgische Schizofrenieliga en de Orde van Vlaamse Balies. De Koning Boudewijnstichting maakt de materiële realisatie ervan mogelijk.

### *Algemene coördinatie:*

- Paul ARTEEL, zelfstandig consultant
- Rebecca MÜLLER, voorzitter vzw Ups & Downs

### *Begeleidingscomité:*

- Carl ALEXANDER, advocaat balie Brugge
- Pierre BELPAIRE, vzw Ups & Downs
- Edgar BOYDENS, voorzitter Orde van Vlaamse Balies en advocaat balie Brussel-NI
- Frederik EVERS, ere-vrederechter Gent
- Riki HEPS, jurist studiedienst Orde van Vlaamse Balies
- Kristiaan ROTTHIER, vrederechter kanton Beveren
- Ivo VALGAEREN, bestuurder Orde van Vlaamse Balies en advocaat balie Hasselt
- Johan VAN DE PUT, vzw Ups & Downs
- Liesbeth VAN DER GUCHT, advocaat balie Gent
- Nina VAN EECKHAUT, advocaat balie Gent
- Charis VERLINDE, vzw Ups & Downs

### *Met oprechte dank voor hun deskundig advies:*

- Prof. Em. Joris CASSELMAN, Katholieke Universiteit Leuven
- Prof. Michel DIERICK, Universiteit Gent
- Prof. Damien LECOMPTE, Vrije Universiteit Brussel
- Prof. Em. Jos PEUSKENS, Katholieke Universiteit Leuven en UPZ Sint-Jozef Kortenberg
- Prof. Bernard SABBE, Universiteit Antwerpen, coördinator CAPRI

### *Verantwoordelijke uitgevers:*

- Ups & Downs vzw, Tenderstraat 14, 9000 Gent
- Orde van Vlaamse Balies, Koningsstraat 148, 1000 Brussel



Deze brochure vormt het voorlopige sluitstuk van het project van de Orde van Vlaamse Balies en de vzw Ups & Downs (Vereniging voor personen met een manisch-depressieve stoornis "bipolair" of een langdurige depressie en hun omgeving) om advocaten(-stagiairs) beter voor te bereiden op de bijstand en de begeleiding van hun cliënt tijdens een procedure tot gedwongen opname.

In het kader van deze samenwerking werd de problematiek van de gedwongen opname van geesteszieken reeds onder de aandacht van de advocatuur gebracht via het ledenblad Ad Rem (jaargang 2012, aflevering 3). Daarnaast werden enkele studiedagen specifiek aan dit thema gewijd. Tot slot wordt een interdisciplinaire brochure uitgewerkt.

In deze brochure wordt vooreerst stil gestaan bij het verloop van de procedure tot de gedwongen opname van geesteszieken en de specifieke rol van de advocaat hierbij. Ook enkele deontologische aspecten komen daarbij aan bod.

Daarnaast wil deze brochure de advocaat een beter inzicht verschaffen in de verschillende ziektebeelden waarmee zijn cliënt te maken kan hebben en een hulpmiddel zijn bij de complexe omgang met mensen met een psychische ziekte, hun familieleden en naaste omgeving.

Buiten de advocatuur kan iedereen die betrokken is bij de procedure tot gedwongen opname (bv. magistratuur, openbaar ministerie,...) in deze brochure nuttige informatie vinden.

Edgar Boydens  
Voorzitter Orde van Vlaamse Balies

Rebecca Müller  
Voorzitter Ups & Downs vzw

# Knelpunten in de omgang met psychisch zieken tijdens de gerechtelijke procedure

*In maart 2011 werd een bevraging gehouden bij personen met een manisch-depressieve stoornis of chronische depressie die een gedwongen opname ondergingen en hun familieleden. 40 patiënten en 20 familieleden namen hieraan deel. Dit onderzoek peilde naar hun ervaringen met de gedwongen opname in het algemeen en de samenwerking met advocaten en vrederechters in het bijzonder.*

*Hieronder wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende knelpunten.*

## A. Kennis van wetgeving en procedure

Geen van de bevragede patiënten voelde zich voldoende geïnformeerd over zijn rechten en plichten bij de aanvang van de procedure. Ook tijdens de procedure bleef deze informatie achterwege. De beste bron van informatie bleken de medepatiënten (ervaringsdeskundigen) te zijn en de verpleegkundigen van de instelling waar de betrokkene werd opgenomen.

Nochtans bestaan er voldoende en degelijke informatiebrochures, maar de patiënt wordt hier zelden op gewezen. Vaak zijn die brochures ook niet beschikbaar in de psychiatrische instelling.

4

Bovendien is het vrijwel onbekend dat de opgenomen persoon een vertrouwenspersoon kan aanstellen. Zowel de patiënt als zijn familie zou hierover zo snel mogelijk moeten worden geïnformeerd.

## B. Vooroordelen

Alle bevragede personen kregen in de loop van de (procedure tot) gedwongen opname te maken met vooroordelen en uitsluitingsmechanismen.

Cruciaal voor een correcte omgang met psychisch zieken is een respectvolle houding. Mensen die psychisch ziek zijn verdienen dit respect, net als iedere andere burger.

Patiënten vinden het belangrijk om als 'ziek' te worden beschouwd, niet als 'zot'.

Bovendien bleek dat advocaten en rechters zich vaak niet op hun gemak voelden in aanwezigheid van de patiënt. Daardoor beperkte het rechtstreeks contact met de patiënt zich meestal tot een minimum.

De gezinsleden van de opgenomen persoon voelden zich vaak openlijk geculpabiliseerd voor zijn gedrag, terwijl daar geen reden toe is.



### C. Communicatie tussen de patiënt (en zijn omgeving) en de juridische actoren

De meerderheid van de deelnemers aan het onderzoek vermeldde een schrijnend gebrek aan communicatie met zijn of haar advocaat. Sommige patiënten wisten niet eens dat zij een advocaat hadden. In het beste geval zagen ze de advocaat verschijnen op de zitting, erna onmiddellijk verdwijnen en bleven ze verstoken van elke vorm van dialoog met de advocaat, zowel voor als na de zitting.

Ontstond er van bij het begin een goed contact tussen de patiënt en zijn advocaat, dan werd dit als een belangrijke meerwaarde ervaren.

Zelden of nooit werd het contact met de advocaat voortgezet na de zitting. Sommige cliënten ontvingen enkel een brief waarin de inhoud van de rechterlijke beslissing werd meegedeeld. Noch de patiënt, noch zijn familie werd door de advocaat geïnformeerd of kreeg duiding bij de genomen beslissing, wat de volgende stappen in de procedure waren of welke verhaalsmogelijkheden er waren. Ook de procedure van het verder verblijf werd op geen enkele manier toegelicht.

Zowel de patiënten als de familieleden vonden het moeilijk om zelf in contact te komen met de aangestelde advocaat.

In volle crisissituatie is communicatie met de patiënt doorgaans niet eenvoudig. Toch is deze crisis meestal maar van korte duur. Is de crisis voorbij dan is communicatie meestal wel mogelijk. Een bezoek van de advocaat een paar dagen later, waarbij rustig kan worden gepraat, wordt door de patiënten zeer positief ervaren, maar helaas komt dit zelden voor. De patiënten ondervonden dat de advocaat, die door de stafhouder werd aangeduid, vaak onvoldoende vertrouwd was met deze materie. Een lijst met advocaten, die gespecialiseerd zijn in de procedures tot gedwongen opname is daarom een aangewezen hulpmiddel.

### D. Bureaucratisering

Zowel de patiënten als hun familieleden bekloegen zich over de verregaande bureaucratiesering waarmee zij tijdens de procedure werden geconfronteerd.

Zo zag een familielid zich de toegang tot de zitting van de vrederechter verhinderd, omdat het formulier van zijn aanstelling als vertrouwenspersoon op de verkeerde plaats was ondertekend.

De moeder van een patiënte, die als vertrouwenspersoon optrad, werd op haar beurt zeer laat op de hoogte gebracht van het uur van de zitting, zodat zij daar niet tijdig aanwezig kon zijn om haar taak als vertrouwenspersoon te vervullen.

# De procedure tot gedwongen opname

*De Wet op de Bescherming van de Persoon van de Geesteszieken van 26 juni 1990 (hierna: WBPB) schrijft twee procedures voor om een patiënt onder dwang op te nemen: de gewone procedure en de procedure bij hoogdringendheid. Hoewel dit aanvankelijk niet de bedoeling was, verloopt de dwangopname in 86% van de gevallen via de spoedprocedure, omdat die een aantal praktische voordelen biedt. Het verloop van beide procedures wordt hieronder schematisch weergegeven.*

## A. Gewone procedure

### BELANGHEBBENDE

(bv. ouder, partner,...)



### VREDERECHTER

Iedere belanghebbende kan met het oog op de gedwongen opname een verzoekschrift en een omstandig geneeskundig verslag overmaken aan de vrederechter.

Binnen de tien dagen velt de vrederechter zijn vonnis. Hij kan daarbij een van volgende twee beslissingen nemen:

- De vordering is ongegrond.
- De vordering is gegrond, zodat de geesteszieke onder dwang wordt opgenomen ter observatie gedurende maximaal veertig dagen.

Hoger beroep kan worden ingesteld binnen de 15 dagen na de kennisgeving van het vonnis. De rechtbank van eerste aanleg spreekt zich hier binnen de maand over uit. Verzet is niet mogelijk.



### PARKET

Het vonnis van de vrederechter wordt ter kennis gebracht aan het openbaar ministerie.



### PSYCHIATRISCHE INSTELLING

Het openbaar ministerie brengt dit vonnis per kantschrift ter kennis aan de psychiatrische instelling.



### VERDER VERBLIJF

Acht de directeur van de instelling na de observatie het verdere verblijf van de patiënt in de instelling noodzakelijk, dan moet hij daartoe binnen de 25 dagen een medisch attest opstellen. De vrederechter velt zijn vonnis voor het verstrijken van de veertigste dag. Hij bepaalt de termijn van het verder verblijf (maximaal twee jaar). Binnen de 15 dagen kan men tegen deze beslissing in beroep gaan. De rechtbank van eerste aanleg doet uitspraak binnen de maand.



## **NAZORG**

De arts kan gedurende het verder verblijf op elk moment, met instemming van de patiënt en op basis van een gemotiveerd verslag, tot nazorg buiten de instelling beslissen voor maximaal één jaar. Tijdens deze nazorg kan de arts op elk moment beslissen om de nazorg te beëindigen en:

- ofwel de gedwongen opname volledig af te sluiten
- ofwel de patiënt opnieuw op te nemen in de instelling in het kader van een verder verblijf (opnieuw maximaal voor twee jaar).

Wordt binnen dat jaar geen beslissing genomen, dan eindigt de gedwongen opname door het louter verstrijken van deze periode.

## **B. Spoedprocedure**

### **POLITIE**

De politie treft de patiënt zelf aan of wordt door een derde gecontacteerd.



### **PARKET**

De substituut van wacht of (tijdens kantooruren) de burgerlijke sectie van het openbaar ministerie vordert een arts met het oog op een medisch verslag.



### **ARTS**

De arts stelt een medisch verslag op en spreekt zich daarin uit over de noodzaak van een onmiddellijke gedwongen opname.



### **PARKET**

Meent de procureur des Konings dat er sprake is van hoogdringendheid, dan vordert hij de spoedopname van de betrokkene.



### **POLITIE**

De politie maakt deze vordering over aan de psychiatrische instelling, die de procureur heeft aangeduid.



### **PSYCHIATRISCHE INSTELLING**

De aangeduide instelling neemt de patiënt op.



### **VREDERECHTER**

Binnen de 24u wordt een verzoekschrift tot gedwongen opname ingediend bij de vrederechter.



*(Vanaaf hier sluit men aan bij de gewone procedure)*

### C. Enkele bijzonderheden

De *toepassingsvoorwaarden* van de WBPG zijn erg vaag omschreven. Daardoor is het vaak niet duidelijk of een patiënt al dan niet in aanmerking komt voor een gedwongen opname. Dit is bijvoorbeeld het geval bij middelengebruikers. Een verslaving is op zich geen geestesziekte, zodat dwangopname enkel mogelijk is wanneer de verslaving het gevolg is van een geestesziekte of daarin resulteert. Voor verslaafden die zich niet willen laten behandelen en geen geestesziekte hebben, bevat de wet tot nu toe een belangrijke lacune.

Het omstandig *geneeskundig verslag* mag niet opgesteld worden door een arts die een bloed- of aanverwant is van de patiënt of van de verzoeker. Bovendien mag hij niet verbonden zijn aan de psychiatrische dienst waar de patiënt werd opgenomen. Of de behandelende arts (bv. de huisarts) het medisch verslag mag opstellen, staat ter discussie.

Ook vrijwel onbekend is de mogelijkheid voor de patiënt om een *vertrouwenspersoon* aan te duiden. Deze persoon kan de zieke bijstaan tijdens de verschillende fases van de gedwongen opname. Wijst hij niemand aan, dan laat de WBPG niet toe dat de vrederechter ambtshalve een vertrouwenspersoon aanstelt. Een modelformulier voor de aanstelling van een vertrouwenspersoon kan u vinden op: [www.ombudsfunctieggz.be](http://www.ombudsfunctieggz.be) -> Wat en hoe? -> Hulpmiddelen en modellen.

*Verzet* tegen de uitspraak van de vrederechter is niet mogelijk. Hoger beroep wel. Tegen de beroepsbeslissing van de rechtbank van eerste aanleg is verzet wel mogelijk.

Elk psychiatrisch ziekenhuis heeft een *ombudsdienst* waar de patiënt terecht kan met klachten over de opvang, zijn behandeling, de materiële omstandigheden,... Helaas kan deze ombudspersoon enkel bemiddelen tussen de patiënt en het ziekenhuis. Ontstaat er tussen hen een patstelling, dan kan hij geen beslissing nemen. Daarnaast geeft de ombudsdienst een informatiebrochure uit, die in de onthaalmap van elke patiënt zit. Dit kan een handig instrument zijn voor de advocaat om aan de hand daarvan samen met de patiënt de procedure te overlopen en toe te lichten. Bovendien bevat de brochure nuttige contactgegevens (o.a. advocaat, huisarts, sociale dienst,...), zodat de patiënt – indien hij dat wenst – zelf de betrokkenen kan contacteren. Deze brochure kan aangevraagd worden via: [popovggz@ombudsfunctieggz.be](mailto:popovggz@ombudsfunctieggz.be).





De geesteszieke krijgt *ambtshalve* een advocaat toegewezen, die meestal pro Deo voor hem optreedt. Omdat het om een ambtshalve aanstelling gaat, behoudt de advocaat zijn aanstelling indien de patiënt zijn tussenkomst weigert of de patiënt het advies van zijn raadsman naast zich neerlegt.

Aan sommige balies werd een *permanentiesysteem* uitgewerkt met advocaten die telkens een bepaalde periode van wacht zijn. Zodra de patiënt een advocaat krijgt toegewezen, blijft die hem bijstaan in mogelijke latere procedures (bv. verder verblijf, nazorg,...).

De *taak* van de advocaat is driedelig: Eerst en vooral verwoordt hij de argumenten van zijn cliënt – die daar vaak zelf niet toe in staat is – voor de vrederechter (en eventueel later voor de rechtbank van eerste aanleg). Daarnaast moet de advocaat nagaan of er geen alternatief voor de dwangopname bestaat. Dergelijke opname is slechts mogelijk als minder ingrijpende oplossingen (bv. ambulante behandeling,...) niet volstaan. Het is dan ook aan de advocaat om de vrederechter valabele alternatieven aan te reiken bij de verdediging van zijn cliënt. Daartoe onderzoekt hij of de patiënt al in behandeling is en, zo ja, of deze behandeling kan worden verdergezet, of zijn cliënt therapie- en/of medicatie-trouw is,... Tot slot moet de advocaat nagaan of alle procedurele vereisten correct werden nageleefd.

Hiervoor kan de advocaat langs verschillende wegen *informatie vergaren*:

- Het is noodzakelijk dat de advocaat enkele dagen voor de zitting een gesprek heeft met zijn cliënt, zodat hij zijn kant van het verhaal kan vernemen. Dit contact verloopt het best in persoon, door een bezoek van de advocaat aan zijn cliënt in de instelling waar deze verblijft.
- Bovendien kan de advocaat het dossier van zijn cliënt gaan inkijken op de griffie. Dit dossier bevat onder meer het verzoekschrift tot gedwongen opname en het omstandig medisch verslag.
- Daarnaast kan de advocaat bij de psychiater van het ziekenhuis alle noodzakelijke informatie bekomen.
- Zowel de patiënt als zijn vertrouwenspersoon hebben inzage in het patiëntendossier. De advocaat heeft dit recht enkel indien hij eveneens de vertrouwenspersoon is van zijn cliënt (OVB-advies deontologie nr. 236). De patiënt heeft ook recht op een afschrift van zijn dossier.

De wet verleent aan de advocaat uitdrukkelijk de bevoegdheid om *hogere beroep* in te stellen (art. 30, § 2, eerste lid WBP). Anders dan in het gemeen recht heeft hij daar de

toestemming van zijn cliënt niet voor nodig. Dit geldt wel enkel voor de advocaat van de geesteszieke, niet voor die van de andere partijen. De advocaat wordt hierdoor geen partij in het geding. De patiënt kan ook zelf hoger beroep instellen, zelfs al is hij minderjarig.

Indien hij dat nodig acht, kan de advocaat om de aanstelling van een *voorlopig bewindvoerder* verzoeken.





*Uiteraard is de advocaat die de geesteszieke vertegenwoordigt, onderworpen aan alle geldende deontologische regels van de advocatuur. Hieronder worden enkele topics aangestipt. Bij twijfel wordt best contact opgenomen met de stafhouder.*

## A. Onafhankelijkheid

De onafhankelijkheid van de advocaat betekent enerzijds dat hij advies verleent aan zijn cliënt of deze in rechte bijstaat zonder inmenging van de andere actoren binnen de rechtsbedeling.

Anderzijds wil dit zeggen dat de advocaat bij zijn adviesverlenings- of bijstandsovername enkel handelt in het belang van zijn cliënt, zonder dat hij zich door enig ander belang mag laten leiden.

Bovendien mag de advocaat geen zaak verdedigen waarvan hij niet in eer en geweten gelooft dat zij rechtvaardig is (art. 429 Ger.W.).

## B. Informatieplicht

De advocaat heeft ten aanzien van zijn cliënt een belangrijke informatieplicht. Hij moet hem de nodige informatie verschaffen over het verloop van de procedure, de inhoud van het vonnis, de beroepsmogelijkheden tegen de rechterlijke beslissing,...

## C. Beroepsgeheim

Met de uitwisseling van de medische informatie over de patiënt moet voorzichtig worden omgesprongen. De advocaat is gebonden door het beroepsgeheim (art. 458 Sw.), zodat hij de geheimen die hem zijn toevertrouwd in het kader van zijn beroepsuitoefening in principe niet bekend mag maken. De wet geeft de advocaat in een aantal specifieke gevallen wel een spreekrecht, geen spreekplicht (art. 458bis Sw.).

Bij de samenwerking tussen de advocaat en de arts of andere derden is de leer van het gedeeld beroepsgeheim van belang. Daartoe moet de advocaat nagaan in welke mate de arts en de hulpverleners een spreekrecht dan wel spreekplicht hebben.

# Wat is psychisch ziek zijn?

## Met betrekking tot psychische ziekten

Psychisch ziek zijn brengt een aantal beperkingen met zich mee op het vlak van de communicatieve, emotionele en gedragsmatige mogelijkheden van een persoon. Mensen met een psychische aandoening zijn niet gestoord, maar hebben een stoornis. Ze zijn ziek, niet abnormaal. Heel wat mensen die lijden aan een psychische stoornis hebben een vrij normaal leven. Het is niet omdat iemand een psychiatrische diagnose kreeg, dat hij permanent symptomen vertoont. Acute psychotisch episodes kunnen mits goede therapie, adequate medicatie en een goede sociale ondersteuning tot een minimum beperkt blijven of zelfs helemaal uitblijven.

Toch kan een psychische ziekte vrij ernstig zijn en het leven diepgaand veranderen. Blijft de behandeling uit of wordt deze vroegtijdig stop gezet, dan kunnen de gevolgen ernstig zijn.

Veel psychische aandoeningen worden nooit gediagnosticeerd. Het ontbreekt mensen vaak aan inzicht dat er met hen iets aan de hand is. Ze weigeren een deskundige te raadplegen en gaan door het leven als mensen met een moeilijk karakter of als bizarre individuen. Vaak wordt het probleem door niemand opgemerkt (bij een gemaskeerde depressie slagen sommigen erin om, bewust of onbewust, hun sombere gevoelens te verbergen).

Het onbegrip vanuit de omgeving en het taboe dat rond psychische problemen hangt, maken de situatie voor deze mensen nog moeilijker. Negatieve berichtgeving versterkt hun stigmatisatie. Deze factoren kunnen ertoe leiden dat mensen niet op tijd om hulp vragen en veel te laat behandeld worden, waardoor hun ziekte nog kan verergeren. Toch zijn ook bij psychische aandoeningen, net als bij elke andere ziekte, adequate hulpverlening en zorg-op-maat vereist. Psychische ziekten zijn moeilijk om mee om te gaan, zowel voor de patiënt als zijn omgeving. Daarom is er ook voldoende tijd nodig voor de behandeling en om te herstellen. Een groot aantal patiënten kan na behandeling en met gepaste ondersteuning de draad van het gewone leven weer opnemen.



## 13

### Schizofrene stoornis

*Bij het grote publiek leeft soms het idee dat mensen met schizofrenie last hebben van een gespleten persoonlijkheid. Dat zij een soort Dr. Jekyll en Mr. Hyde zijn. Dit is echter een misverstand, dat vermoedelijk voortvloeit uit de etymologische oorsprong van het woord “schizofrenie”. Dit komt immers van de Griekse woorden “gespleten” en “geest”.*

#### Wat is schizofrenie?

Schizofrenie is een stoornis in het denken en waarnemen en wordt gekenmerkt door allerlei verschillende symptomen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen positieve (gewaarwordingen, nieuwe vaardigheden) en negatieve (vaardigheden die wegvallen) symptomen van schizofrenie.

- De *positieve symptomen* zijn het meest opvallend. Men spreekt in dat geval van een ‘psychose’. Dit is een toestand waarbij het denken, de waarneming en dikwijls ook de zelfcontrole en de omgang met eigen gevoelens diepgaand verstoord zijn. Er kan sprake zijn van wanen, maar ook van hallucinaties. Bij een hallucinatie hoort, ziet of voelt men dingen die er niet zijn. Men kan stemmen horen in het hoofd, ervan overtuigd zijn dat er overal bewakingscamera’s hangen of overleden familieleden zien. Voor de persoon zelf zijn deze gewaarwordingen echt en realistisch. Wie daarnaast last heeft van wanen gelooft voor 100% in bepaalde overtuigingen, hoewel die totaal niet overeenstemmen met de werkelijkheid. Zo kan men paranoïde wanen hebben of grootheidswanen. Bij paranoïde wanen voelt de patiënt zich dikwijls bedreigd en gaat hij ten onder aan angst en achterdocht.

Een psychose begint doorgaans met lichte verschijnselen zoals concentratieproblemen, angstig en schuw gedrag, minder goede samenhang in de gedachtegang, interesse voor ongewone dingen (bovennatuurlijke, specifieke soms bizarre ideologieën), de neiging zich te isoleren, slaapproblemen, weinig energie, moeite om regels en afspraken na te leven, treurig gevoel zonder dat daar echt aanleiding voor is, falen in het dagelijkse functioneren.

- De *negatieve symptomen* van schizofrenie wijzen erop dat er een aantal beperkingen voorkomen in het functioneren van de persoon. Vaak volgen deze negatieve symptomen op een psychose. Zij kunnen afhankelijk van de persoon minder of meer uitgesproken zijn. Het betreft een verminderde emotioneerbaarheid en energie, een verwaarlozing van zichzelf, het vermijden van sociale contacten, lusteloosheid, aandachtsstoornissen, afwezigheid van het kunnen ervaren van plezier. Bij sommige mensen nemen de beperkingen progressief toe.

Personen die te kampen hebben met schizofrenie zijn niet voortdurend psychotisch. Bovendien komen de hierboven beschreven symptomen nooit allemaal gelijktijdig voor. De meeste mensen kunnen een vrij normaal leven leiden, zijn open en zeer aanspreekbaar. Sommigen kunnen hun ziektebeleving goed toelichten en ons op die manier voeling doen krijgen met hun beleving. Anderen daarentegen ondervinden blijvende beperkingen in hun functioneren.

Meestal komt schizofrenie het eerst tot uiting tussen het 16de en het 30ste levensjaar. De verschijningsvorm verschilt sterk van persoon tot persoon. Schizofrenie komt evenveel voor bij mannen als bij vrouwen.

### Orzaken & behandeling

De exacte oorzaak van schizofrenie is nog niet gekend. De meest voor de hand liggende verklaring voor de ziekte is een aanleg of kwetsbaarheid om deze aandoening te ontwikkelen. Die aanleg wordt gedeeltelijk bepaald door erfelijke factoren. Ook van belang zijn factoren die voor of rond de geboorte de hersenontwikkeling negatief hebben beïnvloed. Vaak is een ingrijpende levenservaring een uitlokker voor de aandoening (bijvoorbeeld verlies van een geliefd persoon, belasting in het kader van de opleiding of professionele inschakeling, ...). De stress van zo'n gebeurtenis kan door de bestaande kwetsbaarheid niet goed verwerkt worden en de aandoening kan zich dan manifesteren.

Schizofrenie is niet te genezen in die zin dat de kwetsbaarheid steeds blijft bestaan. Men kan wel de symptomen bestrijden en de patiënt en zijn omgeving leren omgaan met de ziekte. Een goede behandeling stoelt op drie pijlers: psychotherapie door een professionele hulpverlener (psycholoog, psychiater of psychotherapeut), aangepaste medicatie (antipsychotica), een goede sociale opvang van de patiënt en zijn familieleden met aandacht voor psycho-educatie, eventueel gekoppeld aan contact met lotgenoten.

### Enkele cijfers

Schizofrenie treft ongeveer één op de honderd mensen. Met de huidige behandelingsmethodes kan één op de drie personen met schizofrenie in een gestabiliseerde toestand terugkeren in de maatschappij. Helaas gaat ongeveer tien procent van alle personen met schizofrenie uiteindelijk over tot zelfdoding.



# 13 Stemmingsstoornissen

## 2 A. Depressie

### Wat is depressie?

Depressie is een begrip dat iedereen wel eens in de mond neemt als hij zich wat down, gedeprimeerd of somber voelt. Er is pas sprake van een matige tot zware depressie wanneer het functioneren van de persoon ingrijpend verstoord is en de persoon er zelf last van heeft. Door de extreme stemmingsverandering kan de depressieve persoon niet meer goed functioneren. Een depressief iemand heeft dus geen zwakke wil of zwakke persoonlijkheid. De depressie is een aandoening en moet behandeld worden.

Er is pas sprake van een depressieve episode wanneer iemand zich gedurende twee achtereenvolgende weken somber en neerslachtig voelt en wanneer de intensiteit van de sombere stemming niet strookt met de feitelijke situatie waarin de betrokkene zich bevindt. Als er daarnaast ook nog minstens vijf andere symptomen aanwezig zijn (meestal heeft de zieke last van bijna alle hieronder beschreven verschijnselen). Deze zijn vaak lichamelijk van aard (droge mond, hoofdpijn, trillende handen, hartkloppingen, onverklaarbare pijn). Ook verlies aan eetlust of integendeel te veel eten komen voor. Vaak heeft de patiënt last van slaapproblemen: moeilijk inslapen en doorslapen of net te veel slapen. Er komen ook concentratieproblemen voor.

Personen in een depressieve periode hebben nergens meer zin in of interesse voor. Ze voelen zich voortdurend vermoeid en hebben geen energie om iets te ondernemen. Ze worden volledig opgeslorpt door gevoelens van schuld, waardeloosheid, angst en wanhoop (bv. Wat kan ik nog?, Wie ben ik nog?, Ik kan niets meer, Ik ben niets waard,...).

Mensen in een depressie hebben ook vaak problemen om beslissingen te nemen. De kleine alledaagse dingen worden onoverkomelijke opdrachten.

Verder kan er sprake zijn van een sterke neiging tot piekeren, prikkelbaarheid in contacten met anderen, huilen zonder dat dit gepaard gaat met opluchting of willen maar niet kunnen huilen, doffe ogen, langzamer spreken en handelen, gevoelens van neerslachtigheid of innerlijke leegte.

De betrokkene ziet vaak geen uitweg meer voor zijn situatie, het leven wordt als doelloos, zinloos ervaren en is een kwelling, overall is er leegte en duisternis. Suïcidale gedachten zijn dan ook niet zeldzaam. 15 procent van de mensen die lijden aan een depressie onderneemt vroeg of laat een zelfmoordpoging.

## Oorzaken & behandeling

De oorzaken of bevorderende factoren kunnen zowel biologisch zijn (kwetsbaarheid, genetische voorgeschiedtheid, chemische disfuncties in hersenregio's of verbindingen,...), als psycho-sociaal (verwerken van trauma's en stress, opvoedingsproblemen, intermenselijke interacties, exogene factoren, persoonlijkheidsfactoren,...).

Een depressie wordt behandeld met antidepressiva en psychotherapie. Ook de omgeving van de patiënt moet betrokken worden bij de behandeling. Dit kan gebeuren via psycho-educatie. Kalmeer- of slaappillen kunnen worden voorgeschreven omdat deze, in tegenstelling tot antidepressiva, onmiddellijk werken en helpen bij slapeloosheid, spanning, onrust en angstgevoelens. Het effect van antidepressiva is voelbaar vanaf vier tot zes weken na het begin van het gebruik.

## Enkele cijfers

- Ongeveer 15% van de bevolking zou aan depressieve symptomen lijden en ongeveer 5 tot 10 % heeft een echte depressieve stoornis. Bovendien komt de stoornis tweemaal vaker voor bij vrouwen (20%) dan bij mannen (10%).
- Bij 7 op 10 mensen die behandeld worden met antidepressiva, leidt dit tot een vermindering van de depressieve symptomen.
- Bijna de helft van de personen die een depressie hebben doorgemaakt, hervalt. Dit is vooral te wijten aan het vroegtijdig stopzetten van de medicatie. Een goede behandeling kan de kans op terugkeer van de depressie verkleinen. Het is immers aangewezen antidepressiva nog zes maanden na het verdwijnen van de symptomen te blijven innemen om herval te vermijden.

16

## B. De manisch-depressieve of bipolaire stoornis

### Wat is de manisch-depressieve stoornis?

Mensen met deze stemmingsstoornis kampen met extreme stemmingsschommelingen die buiten de normale grenzen vallen. Iedereen heeft wel eens een uitgelaten stemming of komt in een sombere bui terecht, maar bij mensen met de manisch-depressieve stoornis zijn de pieken extreem hoog en de dalen zeer diep. De manisch-depressieve stoornis komt voor in verschillende vormen en gradaties, maar wordt altijd gekenmerkt door een afwisseling van periodes met extreem verhoogde stemming (manie of hypomanie) en momenten met extreem verlaagde stemming (depressie). Vanwege deze afwisseling tussen twee uiterste polen wordt de aandoening ook 'bipolaire stoornis' genoemd. Tussen deze opstoten van manie of depressie komen doorgaans periodes van normale stemming voor.





Deze stoornis begint gewoonlijk in de adolescentie of vroege volwassenheid. De eerste opstoten van extreme stemmingen worden vaak uitgelokt door ingrijpende gebeurtenissen.

*Kenmerken van een manische periode:* deze periode begint vaak met een aangenaam gevoel van verhoogde energie, creativiteit en sociale ongedwongenheid. Die licht verhoogde stemming, waarbij de persoon in kwestie nog goed functioneert en geen opvallend gedrag vertoont, noemt men hypomanie. Deze stemming escaleert veelal tot een manie. Iemand is manisch wanneer de volgende kenmerken voorkomen:

- Buitengewoon veel energie hebben, heel druk zijn. Nauwelijks behoefte aan slaap hebben. Snel en chaotisch praten en onbegrijpelijke gedachtesprongen maken. Ontelbare plannen maken, veel presteren en heel creatief zijn. Veel zelfvertrouwen hebben en gemakkelijk contacten leggen. Opgewonden en vrolijk zijn, maar veeleisend en bij tegenwerking snel geprikkeld en boos.
- Er is een ontremming op alle vlakken. Een manisch iemand gaat roekeloze dingen doen zonder bekommerd te zijn om de negatieve gevolgen ervan, zoals te veel geld uitgeven, ongepaste seksuele activiteiten ontplooien, ondoordachte financiële en zakelijke initiatieven nemen,...
- Bij meer dan de helft van de patiënten met een manisch-depressieve stoornis escaleert de manie zodanig dat ook hun denken gestoord geraakt en ze in een manische psychose terecht komen (zie de beschrijving van psychose bij "schizofrenie"). In deze toestand hebben de patiënten vaak geen ziekte-inzicht en ontkennen ze dat er iets mis is met hen. Dit is vaak een heel moeilijk moment voor de familie en de omgeving van de patiënt. Tijdens de manische periode verliezen mensen het zicht op de realiteit.
- Aan het einde van deze extreme stemming zijn manische patiënten vaak lichamelijk en emotioneel uitgeput en worden ze ook gekweld door schuldgevoelens en schaamte om al de vreemde dingen die ze gedaan én gedacht hebben.

*De kenmerken van een depressieve periode* werden reeds vermeld bij het luik over de depressie. Tijdens een depressieve periode komen mensen met een manisch-depressieve stoornis in een grote besluiteloosheid en vermoeidheid terecht en maken ze alle symptomen van een depressie door. Ze hebben absoluut geen belangstelling meer in hun gebruikelijke activiteiten, hobby's of in de gewone dingen des levens.

### **Oorzaken & behandeling**

Algemeen wordt aanvaard dat er een genetische kwetsbaarheid bestaat om deze aandoening te ontwikkelen. Psychische en sociale factoren bepalen of de manisch-depressieve stoornis zich daadwerkelijk manifesteert. Zo zijn ingrijpende levensgebeurtenissen uitlok-

kers voor het 'uitbreken' van de ziekte. Dit kunnen zeer stresserende negatieve gebeurtenissen zijn zoals het verlies van een dierbaar persoon, problemen op het werk of een echtscheiding, maar ook heel positieve gebeurtenissen zoals een bevalling of een hevige verliefdheid.

De manisch-depressieve of bipolaire stoornis is niet te genezen, maar wel goed te behandelen. Een behandeling bestaat uit een combinatie van medicatie, psycho-educatie en gesprekstherapie. Naast specifieke medicijnen (antipsychotica en antidepressiva) voor de acute fasen van manie en depressie moeten deze patiënten levenslang stemmingsstabilisatoren, zoals Lithium, nemen. Met behandeling kunnen mensen met een manisch-depressieve stoornis over het algemeen een tamelijk normaal leven leiden. Ze moeten wel hun levensstijl aanpassen aan de risico's van hun aandoening. Structuur, regelmaat en een goed slaapritme zijn hierbij belangrijk. Lotgenotencontact en zelfzorg kunnen patiënten helpen om hun ziekte te aanvaarden.

## Enkele cijfers

Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt dat 5 tot 8 procent van onze bevolking een zekere kwetsbaarheid heeft voor het ontwikkelen van de manisch-depressieve of bipolaire stoornis. Ze treft evenveel mannen als vrouwen. Het kan jaren duren vooraleer de ziekte wordt herkend omdat het gaat om een procesdiagnose, waarbij de behandelaar meerdere perioden van stemmingswisselingen na elkaar moet kunnen volgen. Ongeveer 15 tot 20% van de patiënten maakt een einde aan zijn leven door zelfdoding. Een meerderheid van de patiënten bij wie de diagnose tijdig gesteld werd en die op een goede manier behandeld werden, kunnen een quasi normaal leven hervatten

18

## **13** Persoonlijkheidsstoornissen

### Wat is een persoonlijkheidsstoornis?

Bij een persoonlijkheidsstoornis is er sprake van een duurzaam en star patroon van disfunctionele denk-, belevings- en gedragspatronen die duidelijk afwijken van de verwachtingen binnen de maatschappij. Dit leidt tot omvangrijke beperkingen in het persoonlijke en sociale functioneren.

De persoon in kwestie voelt vaak niet meer de vrijheid om flexibel te reageren op de dagelijkse verwachtingen. Het denken en waarnemen kunnen daarbij sterk gekleurd zijn. Zo kunnen vervormingen ontstaan in de wijze waarop iemand kijkt naar zichzelf en zijn omgeving. De beleving en uiting van gevoelens kunnen eveneens verstoord zijn, zoals bij sterk wisselende of te intense emoties. Vaak gaan zulke verstoringen samen met terugke-



rende moeilijkheden in de beheersing van de eigen impulsen. Alle mensen met persoonlijkheidsstoornissen ervaren moeilijkheden in contact met anderen en lopen vaak vast op verschillende terreinen van hun leven.

Er zijn drie groepen persoonlijkheidsstoornissen:

- *De paranoïde, schizoïde of schizotypische persoonlijkheidsstoornis*  
Wantrouwen en achterdocht ten opzichte van de medemens staat bij het paranoïde type zo sterk op de voorgrond dat een normaal contact met de buitenwereld moeilijk is. Dit komt vooral omdat de persoon in kwestie niet in staat is tot of geen behoefte lijkt te hebben aan normale menselijke communicatie. Soms is er sprake van vreemde gedachtecronkels, zonderling gedrag of buitensporige angst in op het eerste zicht ongevaarlijke sociale situaties. Vaak is het moeilijk om uit te maken of er geen ander psychiatrisch ziektebeeld aanwezig is: een paranoïde psychose of een vorm van schizofrenie.
- *De antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis*  
Hier treden geen verkeerde (psychotische) waarnemingen en interpretaties van de werkelijkheid op zoals bij de eerste groep. Toch is de communicatie met anderen ernstig verstoord. De antisociale persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een uitgesproken gebrek aan respect voor anderen en sterk onverantwoordelijk gedrag. Mensen met deze stoornis zijn vaak lichtgeraakt en agressief. Ze voelen zich in het leven tekort gedaan en uiten dit door vandalisme, bedrog en diefstal. De borderline persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een steeds wisselend zelfbeeld en heftige, instabiele relaties. Mensen met deze stoornis hebben vaak eet- of drankproblemen omdat ze impulsief zijn en zich slecht in de hand kunnen houden. Deze stoornis komt vooral voor bij jonge volwassenen.
- *De ontwijkende, afhankelijke en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis*  
Mensen die aan deze stoornissen lijden, maken het zichzelf nodeloos moeilijk. Angst is de centrale drijfveer: angst om tekort te schieten, om in de steek gelaten te worden of ondermaats te presteren. Als 'oplossing' kiest de persoon ervoor om dergelijke situaties uit de weg te gaan. Hij zal bijvoorbeeld overdreven aanklampen bij anderen van wie redding wordt verwacht of alles overdreven en strikt volgens de regels willen doen.

### **Wat is borderline?**

In het begin van de 20e eeuw werden psychische stoornissen onderverdeeld in neurosen en psychosen. Patiënten die symptomen van beide stoornissen vertoonden en dus niet konden worden ingedeeld in de vigerende tweedeling, kregen de diagnose "borderline". Inmiddels vormt deze aandoening een op zichzelf staande persoonlijkheidsstoornis.

Borderline gaat vaak gepaard met verschillende verschijnselen. Er kan sprake zijn van angst- en eetstoornissen, depressies, psychotische verschijnselen (zoals verwardheid of achterdocht), zelfverwonding, verslaving,... Het is dan ook zeer moeilijk om deze diagnose te stellen.

Typend voor de borderline persoonlijkheidsstoornis is de instabiliteit in sociale relaties, zelfbeeld, gedrag en gevoelens. Deze labiliteit komt duidelijk tot uiting op drie vlakken:

- De handelingen van de betrokkene verlopen impulsief en wispelturig. Soms is er zelfs sprake van zelfdestructief gedrag (roekeloos rijden, seksuele uitspattingen).
- De betrokkene heeft last van stemmingswisselingen (emotionele labiliteit) en heftige emoties: woede- en driftaanvallen, vervingeling, verlatingsangst, gevoelens van verwaarlozing en leegte,...
- Het denken wordt beheerst door uitersten: zwart-wit, goed-slecht, mooi-lelijk,...

Mensen met borderline hebben weinig zelfvertrouwen. Ze zijn enorm gevoelig voor opmerkingen, die ze als kritiek ervaren en ze beginnen vaak zeer enthousiast aan nieuwe uitdagingen, maar geven die snel op. Meestal uit de ziekte zich tussen het 17de en het 24ste levensjaar.

## Wat is psychopathie?

Weinig diagnostische termen in de psychiatrie zijn in de loop der jaren onderhevig geweest aan zoveel verschillende betekenissen als de term psychopathie. Psychopathie en antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn geen synoniemen, maar er bestaat wel een grote overlapping. De term "psychopathie" wordt trouwens in geen enkel wetenschappelijk classificatiesysteem nog teruggevonden wegens het stigmatiserende effect dat ervan uit gaat. Toch bestaat er een recente neiging om psychopathie als diagnostische entiteit opnieuw aan te wenden, zij het onder strikte voorwaarden.

Psychopathie gaat gepaard met onder andere volgende kenmerken:

- *Gladder prater/oppervlakkige charme.* Mensen die lijden aan psychopathie vertellen vaak sterke verhalen, schatten hun talenten en vaardigheden te positief in en proberen zich beter voor te doen dan ze zijn. Vaak komen zij daardoor heel charmant over.
- *Gebrekk aan verantwoordelijkheidszin, berouw of schuldgevoel.* De schuld ligt steeds bij anderen en anders is er wel een alternatief excuus te vinden.
- *List en bedrog/manipulerend gedrag* waarbij geen aandacht wordt besteed aan de gevolgen voor anderen. Dit kan gaan van crimineel gedrag, zoals fraude en verduistering tot niet-crimineel gedrag, zoals overspel, geld aftroggelen van familieleden,...
- *Ontbreken aan emotionele diepgang.* Koud en ongevoelig, 'emoties' lijken vaak dramatisch, kortstondig en onecht. Gedragingen met weinig respect voor de rechten,



de gevoelens en het welzijn van anderen. Andere mensen worden beschouwd als potentieel te manipuleren slachtoffers.

- *Prikkelhonger/neiging tot verveling.* Zeer sterke behoefte aan stimulatie en een ongebruikelijk sterke afkeer van verveling. Snel leven met veel risicogedrag en experimenten met drugs. School, werk en langdurende relaties komen als saai en vervelend voor.
- *Gebrekkige beheersing van gedrag, impulsiviteit.* Vaak een opvliegend en onbeheerst karakter. Op mislukkingen, kritiek en frustraties wordt gereageerd met geweld, scheldpartijen of bedreigingen. Dit kan plots opkomen, maar even plots verdwijnen. Er wordt zelden stilgestaan bij de pro's en contra's van een bepaald gedrag: relaties worden beëindigd, banen worden opgezegd, men verhuist zonder anderen daarover te informeren, beslissingen zijn vaak ondoordacht,...

### Oorzaken & behandeling

Zowel biologische, psychologische, als sociale factoren liggen aan de basis van deze persoonlijkheidsstoornis. Er is bewijs voor een erfelijke basis voor stoornissen in het gevoelsleven (emotionele instabiliteit) en het gedrag (impulsiviteit). Dit heeft te maken met de verwerking van prikkels in de hersenen. Psychische en sociale factoren spelen eveneens een grote rol, in het bijzonder bij ingrijpende ervaringen en gevoelens van grote onveiligheid in de kindertijd.

Bij de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis vormt medicatie een belangrijk hulpmiddel, bovenop de therapie die de betrokkene volgt. Kalmerende medicijnen worden het vaakst voorgeschreven. Ook antidepressiva, antipsychotica en medicatie om de stemmingswisselingen te verminderen, worden gebruikt.

Medicijnen nemen echter niet de aangeleerde reacties op bepaalde situaties weg. Vaak wordt ten onrechte door de patiënt geconcludeerd dat de medicatie niet werkt omdat hij in bepaalde omstandigheden nog steeds op dezelfde manier reageert. Het vraagt een zeer intensieve gedragstherapie om dergelijke reacties te veranderen. De patiënt moet hiertoe bereid zijn, aangezien dit een ijzeren discipline en een enorme vechtlust vraagt en zelfs dan kan het resultaat niet gegarandeerd worden. Gedrag dat gedurende vele jaren werd aangeleerd, is niet binnen een jaar te veranderen.

### Enkele cijfers

- Ongeveer 60 000 tot 80 000 Vlamingen hebben een borderline persoonlijkheidsstoornis.
- Van deze personen maakt ongeveer 10% een einde aan het leven.
- De frequentie van borderline ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen. De diagnose wordt er drie tot vier keer vaker gesteld.

# Trefwoordenlijst

a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z

**ADHD** Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Gekenmerkt door concentratieproblemen en buitensporige activiteit.

**Anorexia nervosa** Magerzucht. Vermageren is voor de betrokkene een verslaving. Het gewicht is abnormaal laag voor leeftijd en lengte.

**Antidepressiva** Groep van medicijnen tegen depressie.

**Antipsychotica** Groep van medicijnen tegen psychotische verschijnselen zoals verwardheid, hallucinaties en angst.

**Antisociale persoonlijkheidsstoornis (psychopathie)** Dit type persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een groot verschil tussen het gedrag van de betrokkene en de heersende sociale normen. Er is sprake van een ernstig gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef en veronachtzaming van sociale normen. Men heeft een zeer geringe frustratietolerantie en een lage drempel voor agressieve ontlading. Een voortdurende prikkelbaarheid wordt vaak als een bijkomend kenmerk beschouwd.

**Automutilatie** Opzettelijke zelfverwonding

**Bipolaire stoornis** Letterlijk: tweezijdig. Synoniem voor manisch-depressieve stoornis.

**Borderline persoonlijkheidsstoornis** Deze persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en gevoelswereld en door een duidelijke impulsiviteit. De stoornis begint in de vroege volwassenheid en kan tot uiting komen in diverse situaties:

- krampachtig proberen te voorkomen om effectief of vermeend in de steek gelaten te worden
- een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties, gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren
- impulsiviteit op een aantal gebieden, bijvoorbeeld middelenmisbruik, eetbuien,...

- affectabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst)

- chronisch gevoel van leegte

**Boulimia nervosa** Regelmatige, heftige eetbuien gevolgd door braken en innemen van laxeerpillen. De betrokkene heeft een normaal gewicht.

**Denkstoornissen** Het logisch denken is ernstig afgenomen. Dit kan afgeleid worden uit het incoherente taalgebruik (neologismen, onlogische associaties tussen woorden of gedachten, verwardheid).

**Depressie** Ziektebeeld gekenmerkt door somberheid, passiviteit en wanhoop. De betrokkene heeft een sterke neiging tot piekeren en een gebrek aan interesse en plezier. In ernstige vorm komen ook suïcidale neigingen voor.

**Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis**

Dit type persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door gevoelens van overmatige twijfel en voorzichtigheid, buitensporige plichtsbetrachting en overmatig bezig zijn met bepaalde repetitieve activiteiten. Bijvoorbeeld de dwang om te poetsen, om telkens de handen te wassen, om bepaalde rituelen uit te voeren, zoals honderd keer controleren of de deuren gesloten zijn vooraleer men het huis kan verlaten. Dit alles gaat ten koste van het eigen plezier en de interpersoonlijke relaties. Er is vaak sprake van het opdringen van hardnekkige en ongewenste gedachten of impulsen. Men is bang voor kritiek, afkeuring of afwijzing.

**Dwangstoornis of -neurose** Obsessief-compulsieve stoornis waarbij de betrokkene bijvoorbeeld zodanig obsessief het eigen huis poetst of telkens weer de handen wast, waardoor het normaal functioneren in het gedrag komt.



## a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z

**Hallucinatie** Een waarneming zonder voorafgaande zintuiglijke prikkel die door de persoon als echt wordt ervaren, maar die in werkelijkheid niet aanwezig is.

**Manie** Een stemming gekarakteriseerd door een intens gevoel van euforie, overmaat aan energie en een verminderde slaapbehoefte. De betrokkene is erg spraakzaam en actief, komt extravert en zelfverzekerd over maar is ook labiel, prikkelbaar en snel geïrriteerd. Er is ook bijna altijd sprake van een verhoogde drang naar socialisatie en seks.

### **Manisch-depressieve of bipolaire stoornis**

Een stemmingsstoornis gekenmerkt door een afwisselend patroon van manische en depressieve episoden, met daartussen symptoomvrije fases.

### **Meervoudige persoonlijkheidsstoornis**

Het essentiële kenmerk van deze stoornis is het schijnbaar bestaan van twee of meer persoonlijkheden binnen een persoon, terwijl slechts een van hen tegelijkertijd zichtbaar is. Elke persoonlijkheid is compleet, met eigen herinneringen, gedragingen en voorkeuren.

**Paranoïde persoonlijkheidsstoornis** Deze persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een diepgaand wantrouwen en achterdocht ten opzichte van anderen, waardoor hun beweegredenen worden geïnterpreteerd als kwaadwillig. Deze stoornis begint in de vroege volwassenheid en komt tot uiting in diverse situaties.

**Psychisch ziek zijn** Een verstoring van de psychische functies (perceptie, denken, verwerken) die de communicatieve, emotionele en gedragsmatige mogelijkheden van een persoon beïnvloeden.

### **Psychopathie (antisociale persoonlijkheidsstoornis)**

Bij psychopathie onderscheidt men tal van kenmerken die bij een persoon in meerdere of mindere mate aanwezig kunnen zijn. Kenmerken: Gladde prater/oppervlakkige charme, sterk opgeblazen gevoel van eigenwaarde, pathologisch liegen, gebrek aan berouw of schuldgevoel, geen verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag, list en bedrog/manipulerend gedrag, gebrek aan emotionele diepgang, gebrek aan empathie, prikkelhongerig/neiging tot verveling, parasitaire levensstijl, gebrekkige beheersing van gedrag, impulsiviteit, onverantwoordelijk gedrag, gebrek aan realistische doelstellingen op lange termijn, seksuele losbandigheid,...

**Psychose** Ziektebeeld gekenmerkt door verstoorde realiteitsbeleving waarbij hallucinaties, wanen en denkstoornissen voorkomen.

**Schizofrenie** Ziektebeeld gekarakteriseerd door opeenvolgende psychoses, waarbij de betrokkene in de tussenliggende periodes niet goed functioneert. De bij de psychose horende verschijnselen zijn positieve symptomen van schizofrenie, de verschijnselen van verminderd functioneren zijn negatieve symptomen van schizofrenie.

**Stemmingswisseling** Emotionele instabiliteit.

**Wanen** Gedachten die niet in overeenstemming zijn met de werkelijkheid en die, ondanks duidelijke tegensprekelijke bewijzen, door de betrokkene worden geloofd. Hardnekkige overtuiging. Bijvoorbeeld: paranoïde wanen, groothedswanen, almachtswanen, religieuze wanen,... De persoon zelf vormt het middelpunt van de waandenkbeelden. Zo kan men bijvoorbeeld denken dat men een speciale missie heeft om de wereld te redden.



## Nuttige websites

### Noodlijnen

[www.preventiezelfdoding.be](http://www.preventiezelfdoding.be)  
[www.tele-onthaal.be](http://www.tele-onthaal.be)

De site van het Centrum ter preventie van zelfdoding vzw Tele-Onthaal. Je kan je verhaal altijd kwijt via de site of bellen naar het nummer 106.

### Zelfhulp

[www.zelfhulp.be](http://www.zelfhulp.be)  
[www.similes.org](http://www.similes.org)  
  
[www.hulporganisaties.be](http://www.hulporganisaties.be)  
  
[www.upsendowns.be](http://www.upsendowns.be)  
  
[www.aavlaanderen.org](http://www.aavlaanderen.org)  
[www.al-anonvl.be](http://www.al-anonvl.be)  
[www.buddyproject.be](http://www.buddyproject.be)

Trefpunt zelfhulp. Overzichtssite van alle zelfhulporganisaties.  
Vereniging voor gezinsleden en naasten van personen met psychiatrische problemen  
Website over gezondheid, preventie, hulpverlening en vrijwilligerswerking  
Vereniging voor personen met een bipolaire stoornis of chronische depressie en hun omgeving  
Vereniging voor alcoholverslaafden  
Vereniging voor familieleden van alcoholverslaafden  
Buddy-project Vlaanderen

### Hulpverlening

[www.psychiatrie.be](http://www.psychiatrie.be)  
[www.bfp-fbp.be](http://www.bfp-fbp.be)  
[www.vvgt.be](http://www.vvgt.be)  
[www.vvcepc.be](http://www.vvcepc.be)  
  
[www.bvrgs.be](http://www.bvrgs.be)  
  
[www.vvpt.be](http://www.vvpt.be)  
[www.hospitals.be](http://www.hospitals.be)  
[www.ombudsfunctieggz.be](http://www.ombudsfunctieggz.be)

Portaalsite voor psychiatrie in België  
Portaalsite voor psychologen in België  
Vlaamse Vereniging voor gedragstherapie  
Vlaamse Vereniging voor Cliëntgericht-Experiëntiële Psychotherapie en Counseling  
Belgische Vereniging voor Relatietherapie, Gezinstherapie en Systeeminterventie  
Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie  
Overzicht van alle verzorgingsinstellingen van België  
Onafhankelijke klachtenbemiddelaars

### Overleg

[www.vvvgg.be](http://www.vvvgg.be)  
  
[www.overlegplatformsggz.be](http://www.overlegplatformsggz.be)

Onafhankelijke, representatieve vereniging voor een betere geestelijke gezondheid.  
Vlaamse overlegplatforms geestelijke gezondheid

### Onderzoek

[www.kuleuven.be/lucas](http://www.kuleuven.be/lucas)  
  
[www.ua.ac.be/CAPRI](http://www.ua.ac.be/CAPRI)

Lucas is een centrum voor onderzoek en consultancy in de geestelijke gezondheidszorg.  
Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI)

### E-mental health tools

[blog.seniorennet.be/jekananders](http://blog.seniorennet.be/jekananders)  
  
[www.kleurjeleven.be](http://www.kleurjeleven.be)  
  
[www.plukjegeluk.be](http://www.plukjegeluk.be)  
[www.stressbuster.be](http://www.stressbuster.be)

Werken aan depressieve klachten met technieken uit de cognitieve gedragstherapie  
Een online cursus om zelfstandig depressieve klachten aan te pakken  
De nieuwe online gelukscoach (gratis voor CM-leden)  
Gratis online stresscoach

### Andere

[www.advocaat.be](http://www.advocaat.be)  
  
[www.vad.be](http://www.vad.be)  
[www.gelukkigerleven.be](http://www.gelukkigerleven.be)  
[www.sad.be/tegek](http://www.sad.be/tegek)

Onder "ik zoek een advocaat" vindt u een advocaat uit uw regio die zich specialiseert met gedwongen opnames: voorkeurmaterie "personenrecht"  
Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen  
Academie voor levenskunst vzw  
Te Gek!?





## Nuttige organisaties

### AA VLAANDEREN

Zelfzorgorganisatie voor mensen met een alcoholverslaving

Voor inlichtingen, contactgegevens van een groep in uw regio, gratis documentatie,...  
Grote Steenweg 149, 2600 Berchem  
Tel. 03/239.14.15 (24u op 24u)  
info@aavlaanderen.org

### AL-ANON EN ALATEEN VLAANDEREN

Zelfzorgorganisatie voor partners, kinderen en familieleden van alcoholisten

Voor contactgegevens van een groep in uw regio.  
Helenalei 24, 2018 Antwerpen  
Tel. 03/218.50.56  
www.al-anonvl.be

### ALTIS

Zelfhulpgroep voor mensen met een depressie in de regio Dendermonde

info@altis-depressie.org  
www.altis-depressie.org

### BELGISCHE SCHIZOFRENIELIGA

Vereniging die informatie over Schizofrenie en de behandeling ervan wil verspreiden om stigmatisering te bestrijden. In deze vereniging zitten zowel patiënten- en familievertegenwoordigers, als universiteiten en overlesplatformen samen.

UPC Sint Jozef, Leuvensesteenweg 517,  
3070 Kortenberg  
www.ligschizibel.be

### SIMILES

Vereniging van gezinsleden en vrienden van personen met psychiatrische problemen

Groeneweg 151, 3001 Heverlee  
Tel. 016/23.23.82  
similes@pi.be  
www.similes.org

### TELE-ONTHAAL

Een telefonische hulpdienst die je bijstaat op een moeilijk moment in je leven. Je kan er anoniem en in vertrouwen praten met een deskundige vrijwilliger.

Tel. 106  
www.tele-onthaal.be

### TREFPUNT ZELFHULP

Het informatie- en ondersteuningscentrum voor zelfhulpgroepen in Vlaanderen

E. Van Evenstraat 2c, 3000 Leuven  
Tel. 016/23.65.07, Fax 016/32.30.52  
trefpuntzelfhulp@soc.kuleuven.ac.be  
www.zelfhulp.be

### UILENSPIEGEL

Patiëntenvertegenwoordiging geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen

Hovenierstraat 47, 1080 Brussel  
Tel. 02/410.19.99  
www.uilenspiegel.net

### UPS & DOWNS

Vereniging voor personen met een bipolaire stoornis of chronische depressie en hun omgeving

Tenderstraat 14, 9000 Gent  
contact@upsendowns.be  
www.upsendowns.be

Via Teleonhaal verneem je het telefoonnummer van de dichtstbijzijnde contactpersoon in jouw regio.

### VERENIGING ANOREXIA NERVOSA BOULIMIA NERVOSA

Voor informatie en verwijzing naar therapie. Een gesprek met een regionale contactpersoon is mogelijk.

F. Schoevaersstraat 24, 1910 Kampenhout  
Tel. 016/89.89.89  
info@anbn.be  
www.anbn.be

### VLAAMSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

Beroepsvereniging van de Vlaamse Psychiaters

Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg  
Tel. 02/758.08.14  
info@vvp-online.be  
www.vvp-online.be

### VVGG

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid

Tenderstraat 14, 9000 Gent  
Tel. 09/221.44.34, Fax 09/221.77.25  
info@vvgg.be  
www.vvgg.be

### ZELFMOORDLIJN

Telefoonlijn van het Centrum Ter Preventie van Zelfdoding

Centrum Ter Preventie van Zelfdoding  
F. Lenoirstraat 27-31, 1090 Brussel (Jette)  
Tel. 02/649.62.05, Fax: 02/649.88.18  
www.zelfmoordlijn.be

Tel. Zelfmoordlijn: 02/ 649.95.55  
Personen, die aan zelfmoord denken, kunnen dag en nacht naar deze lijn bellen en worden te woord gestaan door deskundige vrijwilligers.

- ALEXANDER, C., "Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Rechtspraakoverzicht (1990-1997)", *T.Gez.* 1999-2000, 21-36.
- BAETEMAN, G. (ed.), *Het nieuwe statuut van de (geestes)zieken. Wetten van 1990-1991*, Deurne, Kluwer Rechtswetenschappen, 1992, 287 p.
- BENOIT, G. (e.a.), *De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven*, Brugge, die Keure, 2010, 258 p.
- BOXHO, P., "La loi de protection du malade mental du 26 juin 1990, présentation et jurisprudence", *T.Vred.* 1999, 432-435.
- HEPS, R., "Dwangopname van geesteszieken via de spoedprocedure tijdens het weekend" (noot onder Cass. 7 mei 2007), *RW* 2007-08, 579-581.
- HEPS, R., "De gedwongen opname van geesteszieken: inzichten vanuit de praktijk", *Ad Rem* 2012, afl. 3, 8-12.
- PUT, J., ROM, M. en VAN DER STRAETE, I., *Geesteszieke minderjarigen en dwang*, Gent, Larcier, 2007, 84 p.
- ROTTHIER, K., *Gedwongen opname. De rechtsbescherming van de psychiatrische patiënt*, Brugge, die Keure, 2012, 447 p.
- SENAEVE, P. (ed.), *Het statuut van de geestesgestoorden*, Antwerpen, Maklu, 1999, 305 p.
- SWENNEN, F., "Kan alcoholisme een geestesziekte zijn die tot dwangopname leidt?" (noot onder 22 oktober 1998), *RW* 1998-99, 1386-1388.
- SWENNEN, F., *Geestesgestoorden in het burgerlijk recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000, 879 p.
- VANDEMEULEBROECKE, O., "La loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux. Réflexions et suggestions près de 20 ans après sa mise en oeuvre", *T.Vred.* 2008, 379-392.
- VERRYCKEN, M., "De vrederechter en de geesteszieke" in BAETEMAN, G. (ed.), *De vrederechter en het gerechtelijk recht*, Brussel, Story-Scientia, 1992, 105-169.
- VEYS, M., "Het omstandig geneeskundig verslag met het oog op een gedwongen opname" (noot onder Rb. Turnhout 22 november 2004), *RW* 2006-07, 1248-1252.
- VEYS, M., "Kennisgeving aan de vrederechter en de neerlegging bij de spoedprocedure tot dwangopneming" (noot onder Rb. Antwerpen 14 februari 2008), *RW* 2008-09, 625-627.





Ups & Downs

LOGO

Belgische Schizofrenieliga

LOGO

Orde van Vlaamse Balies

