



Tips

voor journalisten in
verband met de berichtgeving
over psychisch ziek zijn





Deze publicatie kwam tot stand als gezamenlijk project van de VVGG en Similes. Paul Arteel, Rebecca Müller en Mieke Craeymeersch stonden in voor de algemene coördinatie. Kim Bruynooghe assisteerde. René Adams, Pol Deltour en Flip Voets zorgden voor een eigen bijdrage en waren kritische lezers van de aangeleverde teksten. Dank aan de professoren J. Peuskens, D. Lecompte, M. Dierick, J. Casselman en B. Sabbe voor hun advies.

Dank ook aan Prof. A. Crisp van de Royal College of Psychiatrists (London) en Mental Health Ireland die ons toestemming gaven om het Ierse voorbeeld als model te gebruiken.

Eddy Renier van Lilly maakte de materiële realisatie mogelijk.

De illustraties werden overgenomen uit:

Marc De Hert, Geerdit Masiels en Erik Thys. 'Het geheim van de hersenchip. Zelfgids voor mensen met een psychose', uitgeverij EPO. 2000. ISBN 90-6445-175-3. Paperback 16 x 25 cm, 64 p., 9,50 euro. Info: www.epo.be.



Deze brochure heeft te maken met hoe geschreven en gesproken wordt over mensen met een psychische ziekte.

Zij is niet de zoveelste goedbedoelde boodschap om journalisten en andere nieuwsverstrekkers voor te schrijven wat zij moeten en vooral wat zij niet moeten doen. Geen enkele beroepsgroep is gesteld op betutteling en is gebaat met een zedenpreek.

Wij willen met deze brochure een hulpmiddel aanreiken bij de behandeling van delicate en complexe informatie omtrent mensen met een psychische ziekte, hun familieleden en hun vriendenkring. Medische en sociale organisaties enerzijds, vertegenwoordigers van de beroepsjournalisten anderzijds, hebben samen deze teksten opgesteld. Zij worden onderaan op deze pagina vermeld.

De brochure verschaft op de eerste plaats beter inzicht in psychische ziektebeelden en hun symptomen. Ze is een handleiding die een nauwkeuriger en meer begripvol taalgebruik mogelijk maakt. Een wetenschappelijk en maatschappelijk gegronde woordkeuze verhoogt de kwaliteit van de informatie. Zij is ook een objectief middel om zich tegen vele vooroordelen teweer te stellen.

Vooroordeel en discriminatie zijn inderdaad schering en inslag zodra het over mensen met psychische ziekten gaat. Het kan niet zijn dat informatieverstrekkers dit fenomeen in de hand werken. Meer dan eens ervaren patiënten en hun omgeving hoe smalend en spottend over hen wordt gesproken, hoe over hen wordt geschreven zonder eerbied voor hun recht op privacy.

De manier waarop de taal gebruikt wordt heeft grote invloed op het begrip, of het onbegrip, dat in de samenleving met betrekking tot psychisch zieken heerst. Deze overweging heeft de opstellers van deze brochure gemotiveerd. Zij hopen dat velen hun bekommernis bijtreden.

Raad voor de Journalistiek, Algemene Vereniging van Beroepsjournalisten in België (AVBB) en Vlaamse Vereniging van Beroepsjournalisten (VVJ), Forum Psychiatrie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, Belgische Liga van de Depressie, Belgische Schizofrenieliga, Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VGG), Similes, Vlaamse Vereniging voor Manisch Depressieven (VVMD)

Deze publicatie kwam tot stand dankzij een educatieve toelage van ELI LILLY BENELUX N.V.

Uit de Code van journalistieke beginselen

(1982)

(Aangenomen door de Algemene Vereniging van Beroepsjournalisten in België (AVBB), de Belgische Vereniging van Dagbladuitgevers (BVDU) en de Nationale Federatie van Informatieweekbladen (NFIW) – sinds 1999 FEBELMA)

4. Respect voor verscheidenheid van opinie

De pers erkent en respecteert de verscheidenheid van opinie, zij verdedigt de vrijheid van publicatie van verschillende standpunten. Zij kant zich tegen elke vorm van discriminatie op grond van geslacht, ras, nationaliteit, taal, godsdienst, ideologie, volk, cultuur, klasse of overtuiging in de mate dat de alzo beleden overtuigingen niet in conflict komen met het respect voor de fundamentele rechten van de menselijke persoon.

5. Respect voor de menselijke waardigheid

De uitgevers, de hoofdredacteurs en journalisten moeten de individuele waardigheid en privacy respecteren; zij moeten iedere ongeoorloofde inmenging in persoonlijke pijn en smart vermijden, tenzij overwegingen i.v.m. de persvrijheid zoals onder artikel 1 bepaald, dit noodzakelijk maken.

4

7. Rechtzetting van foutieve informatie

Feiten en informatie die na publicatie ervan foutief blijken te zijn, moeten rechtgezet worden en dit zonder beperking, onverminderd de wettelijke beschikkingen inzake het recht op antwoord.



Psychisch ziek zijn brengt een aantal beperkingen met zich mee op 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, hij/zij permanent, 24 uur op 24, 7 dagen op 7 symptomen vertoont. Acute episodes kunnen mits goede therapie, een adequate medicatie en een goede sociale ondersteuning tot een minimum beperkt blijven, of zelfs helemaal uitblijven.

Een psychische ziekte kan vrij ernstig zijn en het leven diepgaand veranderen. Een aantal van de mensen met een psychische ziekte, waarbij de behandeling uitblijft of afgebroken wordt, gaat over tot zelfdoding.¹

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 hen nog moeilijker. Negatieve berichtgeving versterkt hun stigmatisatie. Deze factoren kunnen ertoe leiden dat mensen niet op tijd om hulp gaan 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 zorgopmaat een vereiste. Psychische ziekten zijn moeilijk om dragen, zowel voor de patiënt als zijn omgeving. Daarom is er ook voldoende tijd nodig om te herstellen. Een groot aantal patiënten kan na behandeling en met gepaste ondersteuning de draad van het gewone leven weer opnemen.

¹ Inzake berichtgeving over zelfdoding: "Zelfdoding en de pers – Aanbevelingen voor journalisten", uitgegeven en verspreid door de Vlaamse Gemeenschap i.s.m. de Vlaamse Vereniging van Beroepsjournalisten VVJ en de Raad voor de Journalistiek; "Zelfdoding: signalen en antwoorden" Belgische Liga van de Depressie

Met betrekking tot psychische ziekten

Cruciaal voor een correcte verslaggeving is een wetenschappelijk aanvaard taalgebruik. Dat voorkomt dat men (ook ongewild) gevoelens van angst opwekt, de intolerantie aanwakkert, het vooroordeel bevestigt. Een juiste omschrijving is de grondslag van een eerlijke berichtgeving, vooral wanneer zich dramatische ontwikkelingen hebben voorgedaan.

De beste manier om te schrijven over b.v. iemand met schizofrenie luidt: “een man, een vrouw, een leraar, een directeur met schizofrenie”. Dat is niet altijd haalbaar. Maar evenzeer is het niet altijd noodzakelijk of relevant melding te maken van een psychische ziekte, evenmin als van een andere ziekte. Iemand omschrijven als “schizofreen” wordt soms best vermeden, omdat het woord een kwalijke, negatieve bijklank heeft verkregen in de samenleving, en als afwijzend en geringschattend moet beschouwd worden.

Mensen die psychisch ziek zijn hebben nood aan begrip, niet aan medelijden. Daarom is een onschuldige uitdrukking als “slachtoffer van een geestesziekte” voor hen zeer negatief, het helpt hen geenszins om met hun aandoening verder te leven. Schizofrenie, depressie, manische depressiviteit zijn geen banale ziekten. Patiënten met psychische ziekten gaan niet op zoek naar hulp, maar laten het hoofd zakken wanneer zij lezen of horen over “mensen die doorslaan, die getikt zijn, die een slag van de molen hebben gekregen”.

Gelukkig zijn termen als “gek, maniak, psychopaat, zot” in onbruik geraakt, het zijn ook niet meer dan beledigingen. Termen als “schizo” en “psychoot” hebben het nadeel dat zij de vooroordelen en de discriminatie aanwakkeren.

Over Dr. Jekyll en Mr. Hyde

Bij het grote publiek leeft soms nog het idee dat mensen met schizofrenie last hebben van een gespleten persoonlijkheid. Dat zij een soort Dr. Jekyll en Mr. Hyde zijn. Dit misverstand willen we bij deze uit de wereld helpen. Schizofrenie heeft helemaal niets te maken met een gespleten persoonlijkheid. De term schizofrenie is afgeleid van de Griekse woorden “gespleten” en “geest”. Dit heeft helaas geleid tot de foutieve veronderstelling dat mensen met deze aandoening last hebben van een gespleten persoonlijkheid.

Dit ziektebeeld wordt uitvoerig besproken verder in deze brochure.

John Nash



Syd Barret



Vaslav Nijinski



William Chester Minor



Antonin Artaud



Wist u dat Winston Churchill leed aan de manisch-depressieve stoornis?

Hij noemde zijn wekerende depressies, black dogs.

Vindt u de schilderijen van Vincent Van Gogh mooi?

Hij had last van psychosen, maar bleef doorschilderen, zelfs wanneer hij opgenomen was.

Luistert u naar muziek van Kurt Cobain?

Ook hij bleek last te hebben van de manisch-depressieve stoornis.

Bekende mensen met de manisch-depressieve stoornis:

Virginia Woolf

Charles Dickens

Thomas Jefferson (Amerikaans president)

Lord George Gordon Byron

Carrie Fisher (actrice uit Star Wars)

Bekende mensen met schizofrenie:

John Nash (Wiskundige, Nobelprijs economie in 1994)

Syd Barret (gitarist Pink Floyd)

Vaslav Nijinski (legendarische balletdanser)

Antonin Artaud (dichter en toneelmaker)

Bekende mensen met depressie:

Paul Gauguin

George Frederic Händel

Gustav Mahler

Sergei Rachmaninoff

Robert Schumann

Peter Tsjajkowski

Al deze mensen leden aan een psychische ziekte, kenden soms meerdere psychiatrische stoornissen.

Hun bijdragen tot onze geschiedenis, cultuur en politiek is niet meer weg te denken.

Laten wij hen ook niet zomaar “weg” denken met termen als schizo, deprimó, psychoot of zot.

13

Schizofrene stoornis

Wat is schizofrenie?

- Schizofrenie is een stoornis in het denken en waarnemen en wordt gekenmerkt door allerlei symptomen. Deze zijn vooral afwijkingen in waarneming en beleving.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen positieve (gewaarwordingen, dingen die erbij komen) en negatieve (vaardigheden die wegvallen) symptomen van schizofrenie.

- **Positieve symptomen** zijn het meest opvallend. Men spreekt 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 kan men dingen horen, zien en voelen die er niet zijn. Stemmen horen in zijn hoofd, ervan overtuigd zijn dat er overal bewakingscamera's zijn of overleden familieleden zien. Voor de persoon zelf zijn deze gewaarwordingen echt en realistisch.

Wie 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 gewoonlijk 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 dagelijks functioneren.

- **Negatieve symptomen** van schizofrenie komen neer op een aantal beperkingen in het functioneren. Vaak volgen deze negatieve symptomen op een psychose. De negatieve symptomen kunnen afhankelijk van de persoon min of meer uitgesproken zijn.

Het betreft een verminderde emotioneerbaarheid en energie, een verwaarlozing van zichzelf en 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 constant psychotisch. Bovendien komen alle hierboven beschreven symptomen nooit allemaal gelijktijdig voor. De meesten onder hen kunnen een vrij normaal leven leiden, zijn open en zeer aanspreekbaar. Sommigen kunnen heel goed hun ziektebeleving toelichten en ons via hun verhaal voeling doen krijgen met hun beleving, terwijl anderen blijvende beperkingen in hun functioneren kennen.



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

Oorzaken & 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.
- De 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 (bvb. verlies van geliefd persoon, belasting in het kader van de opleiding of professionele inschakeling, ...). De stress van zo'n gebeurtenis kan gezien de bestaande kwetsbaarheid niet goed verwerkt worden en de aandoening zal zich dan manifesteren. Omgang met verandering en stress is vaak moeilijk voor personen die te kampen hebben met schizofrene stoornissen.
- Schizofrenie is niet te genezen in die zin dat de kwetsbaarheid steeds blijft bestaan, maar ze kan wel behandeld worden. Men kan immers de symptomen bestrijden en de patiënt en zijn omgeving leren omgaan met de ziekte.

Een goede behandeling stoelt op drie peilers: psychotherapie door een professionele hulpverlener (psycholoog, psychiater, psychotherapeut); een aangepaste medicatie (antipsychotica); een goede sociale opvang van de patiënt en zijn familieleden met aandacht voor psycho-educatie, eventueel gekoppeld aan lotgenotencontact.

Enkele cijfers

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

13 2

Stemmingsstoornissen

A. Depressie

Wat is depressie?

- Depressie is een begrip dat we allemaal wel eens in de mond nemen als we ons wat down, wat gedeprimeerd of somber voelen. Er is pas sprake van een matige tot zware depressie als het functioneren van de persoon ingrijpend verstoord is en de persoon er zelf last van heeft. Door de extreme stemmingsverandering kan de depressieve persoon

dan 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 en wanneer er naast de somberheid nog minstens vijf andere symptomen aanwezig zijn (meestal heeft de zieke last van bijna alle hieronder beschreven verschijnselen).
- Naast een treurig gevoel krijgt de zieke ook te kampen met een aantal bijkomende klachten. Deze zijn vaak lichamelijk van aard (droge mond, hoofdpijn, trillende handen, hartkloppingen, onverklaarbare pijn). Ook verlies aan eetlust of integendeel juist te veel eten komen voor. Vaak heeft de patiënt last van slaapproblemen: moeilijk inslapen en doorslapen of te veel slapen. Er komen ook concentratieproblemen voor. Heel vaak kan men zich niet meer concentreren op een boek of op een televisieprogramma.
- 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. (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, alles is al vlug te veel, te zwaar, te moeilijk.
- 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 doel-loos, zinloos ervaren en is een kwelling, overall is leegte en duisternis. Suïcidale gedachten zijn dan ook niet zeldzaam. 15 procent van de mensen die lijden aan depressie doet vrog of laat een zelfmoordpoging. Depressie is dus een potentieel dodelijke ziekte.

Oorzaken & behandeling

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

Enkele cijfers

- Zo'n 15% van de bevolking zou aan depressieve symptomen lijden en ongeveer 5 à 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 depressief geweest zijn, 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 hervallen te vermijden.

B. De manisch-depressieve stoornis (bipolaire stoornis)

11

Wat is de manisch-depressieve stoornis (mds)?

- Deze aandoening is een stemmingsstoornis waarbij mensen te kampen hebben met extreme stemmingschommelingen die buiten de normale grenzen vallen. Iedereen heeft wel eens een uitgelaten stemming en komt ook eens in een sombere bui terecht. Bij mensen met de manisch-depressieve stoornis zijn deze pieken echter extreem hoog en de dalen donker en diep. Mds 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 deze aandoening ook bipolaire stoornis genoemd. Tussen deze opstoten van manie of depressie komen doorgaans perioden van normale stemming voor.
- Deze stoornis begint gewoonlijk in de adolescentie en vroege volwassenheid. De eerste opstoten van extreme stemmingen worden vaak uitgelokt door ingrijpende levenservaringen.
- **Kenmerken van een manische periode.** Deze periode begint vaak met een aangenaam gevoel van verhoogde energie, creativiteit en sociale ongedwongenheid. Deze 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 makkelijk 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 mds 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 dus 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 "gekke" dingen die ze gedaan én gedacht hebben in hun manie.
- **Kenmerken van een depressieve periode** werden reeds vermeld bij het luik over depressie. Tijdens een depressieve periode komen mensen met mds in een grote besluiteloosheid en vermoeidheid terecht en maken ze alle symptomen van depressie door. Ze hebben absoluut geen belangstelling meer voor 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 uitlokkers 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 stoornis is niet te genezen, maar wel goed te behandelen. Een behandeling bestaat uit een combinatie van medicatie, psycho-educatie en gesprekstherapie. Naast specifieke medicamenten (antipsychotica en antidepressiva)

voor de acute fasen van manie en depressie moeten deze patiënten levenslang stemmingsstabilisatoren (bvb. Lithium) nemen. Met behandeling kunnen mensen met mds 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 en ermee te leren leven.

Enkele cijfers?

Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt dat 5 à 8 procent van onze bevolking een zekere "kwetsbaarheid" heeft voor het ontwikkelen van de manisch-depressieve 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 of haar leven door zelfdoding.

13 Persoonlijkheidsstoornissen

Wat is een persoonlijkheidsstoornis?

- We gebruiken de term "persoonlijkheidsstoornis" wanneer bij een persoon sprake is van een duurzaam en star patroon van disfunctioneel 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 eisen van alledag. 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 bijvoorbeeld bij sterk wisselende of te intense emoties. Vaak gaan zulke verstoringen samen met terugkerende 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

- Paranoïde, schizoïde of schizotypische groep
Wantrouwen en achterdocht jegens de medemens staat bij het paranoïde type stoornis zo sterk op de voorgrond dat een normaal contact met de buitenwereld niet goed meer mogelijk is. Omdat de persoon in kwestie niet in staat is tot of geen behoefte lijkt te hebben aan normale menselijke communicatie, vooral op emotioneel gebied. Soms is er sprake van eigenaardige gedachtenkronkels, zonderling gedrag of buitensporige

angst en zulks 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.

- Antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis
Deze stoornissen hebben met elkaar gemeen dat er in de regel niet zulke verkeerde (psychotische) waarnemingen en interpretaties van de werkelijkheid optreden zoals bij de eerste groep. Toch zijn er ernstige verstoringen in de communicatie met anderen. De anti-sociale 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-stoornis 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, de afhankelijke en de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

Deze mensen maken het zichzelf nodeloos moeilijk. Angst is de centrale drijfveer. Angst om tekort te schieten, om in de steek gelaten te worden of beneden de maat 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.

14

Wat is Borderline?

- In het begin van de 20^e 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'. Ze werden m.a.w. beschouwd als 'grensgevallen'. Inmiddels is de aandoe-ning ondergebracht bij de persoonlijkheidsstoornissen en vormt ze een op zichzelf staande persoonlijkheidsstoornis.
- Borderline gaat vaak gepaard met heel wat verschijnselen. Er kan sprake zijn van angst- en eetstoornissen, depressies, psychotische verschijnselen (verwardheid, achterdocht), zelfverwonding, verslaving etc. Vandaar dat het heel moeilijk is om de diagnose te stellen.
- Typierend voor de Borderline persoonlijkheidsstoornis is de instabiliteit in sociale relaties, zelfbeeld, gedrag en gevoelens. Deze labiliteit komt duidelijk tot uiting op een drietal vlakken:
 - a) het handelen verloopt impulsief en wispelturig. Soms is er zelfs sprake van zelfde-structief gedrag (roekeloos rijden, seksuele uitspattingen).



- b) de gemoedstoestand wordt gekenmerkt door stemmingswisselingen (emotionele labiliteit). Bovendien zijn de emoties vaak heel heftig. Woede- en driftaanvallen, verveling, verlatingsangst, gevoelens van verwaarlozing en leegte horen hier ook thuis.
- c) het denken wordt beheerst door uitersten: zwart-wit, goed en slecht, lelijk en mooi.
- Borderlinepatiënten hebben weinig zelfvertrouwen. Ze zijn enorm gevoelig voor opmerkingen die ze als kritiek ervaren. Borderlinepatiënten beginnen vaak zeer enthousiast aan nieuwe uitdagingen maar geven snel op. Meestal uit de ziekte zich tussen het 17^{de} en 24^{ste} levensjaar.

Wat is een antisociale persoonlijkheidsstoornis en 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 (sociopathie, asociale of antisociale persoonlijkheidsstoornis). Psychopathie en antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn geen synoniemen, maar er bestaat een grote overlapping. Psychopathie wordt trouwens in geen enkel wetenschappelijk classificatiesysteem nog teruggevonden wegens het stigmatiserend effect dat er van uitgaat. Recent bestaat toch de neiging om psychopathie als diagnostische entiteit opnieuw aan te wenden, weliswaar onder strikte voorwaarden. Hoewel 'psychopathie' niet in een simplistische indeling past, is de term 'psychopaat' in het algemeen taalgebruik terechtgekomen. Veelal als scheldwoord en diskwalificatie, wanneer men het heeft over onaangepast, onacceptabel, egoïstisch en sociaal schadelijk gedrag. Ook binnen (misdaad)verslaggeving valt de term regelmatig. Vooral in zaken waar iemand wordt verdacht van een moord of zedendelict waarbij veel geweld is gebruikt, betitelt men de dader al snel met overtuiging als psychopaat.
Psychopatie gaat gepaard met o.a. volgende kenmerken:
- **Gladde prater/oppervlakkige charme.** Oppervlakkigheid in het contact met anderen: vertellen vaak sterke verhalen, opscheppers die een veel te positieve inschatting hebben van hun talenten en vaardigheden. Proberen zich beter voor te doen dan ze zijn, waarbij ze vaak wel charmant overkomen.
- **Gebrek aan verantwoordelijkheidszin, berouw of schuldgevoel.** Het zijn altijd anderen die de schuld krijgen en anders is er wel een alternatief excuus te vinden.
- **List en bedrog/manipulerend gedrag** waarbij geen aandacht besteed wordt aan wat de gevolgen voor anderen zijn. Dit houdt nogal eens crimineel gedrag in onder de vorm van fraude en verduistering en niet-crimineel gedrag in de vorm van overspel en aftroggelen van geld van familieleden.
- **Ontbreken aan emotionele diepgang.** Koud en ongevoelig, 'emoties' lijken vaak dramatisch, kortstondig en onecht. Gedragingen met weinig respect voor rechten, gevoelens en welzijn van anderen. Andere mensen zijn potentiële slachtoffers die te

manipuleren zijn. Voorkeur voor het teren op de zak van de familie, partner of vrienden, zelden een vaste baan.

- **Prikkelhongerig/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 zijn saai en vervelend.
- **Gebrekkige beheersing van gedrag, impulsiviteit.** Vaak opvliegend, onbeheerst. Op mislukkingen, kritiek en frustraties wordt gereageerd met geweld, scheldpartijen of bedreigingen. Dit kan even snel ophouden als het is begonnen. Er wordt zelden stilge staan bij de voors en tegens van gedrag: relaties worden nogal eens beëindigd, banen worden opgezegd en ze verhuizen zonder anderen daarover te informeren en zonder dat de beslissing goed is overdacht.

Oorzaken & behandeling

- De oorzaak van een persoonlijkheidsstoornis is zowel te vinden in biologische, psychologische, als sociale factoren. Zo bestaat er evidentie voor een erfelijke basis voor stoornissen in het gevoelsleven (emotionele instabiliteit) en gedrag (impulsiviteit). Dit heeft te maken met de verwerking van prikkels in de hersenen. Psychische en sociale factoren spelen eveneens een grote rol, met name 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 van antidepressiva, antipsychotica en medicatie om de stemmingswisselingen te verminderen wordt gebruik gemaakt.
- Medicijnen nemen echter niet de aangeleerde reacties op bepaalde situaties weg. Vaak wordt ten onrechte door de patiënt snel geconcludeerd dat de medicatie niet werkt omdat hij of zij nog hetzelfde reageert op bepaalde momenten. Om de reacties op gebeurtenissen te veranderen is er zeer intensieve gedragstherapie nodig, waarvoor de patiënt open moet staan. Dit vereist een ijzeren discipline en een enorme vechtlust bij de patiënt en zelfs dan is resultaat niet te garanderen. Gedrag dat je in je hele leven hebt aangeleerd is niet even binnen een jaar te veranderen.

Enkele cijfers

- Ongeveer 60 000 tot 80 000 Vlamingen hebben de Borderline persoonlijkheidsstoornis.
- Van de personen met Borderline maakt ongeveer 10 procent een einde aan het leven.
- De frequentie van Borderline ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen. De diagnose wordt er drie tot vier maal 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. Gekeken 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.

Automutilatie Opzettelijke zelfverwonding.

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

Boulimia nervosa Regelmatige, heftige eetbuien gevolgd door braken en innemen van laxeerpillen. Betrokkene heeft normaal gewicht.

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

Denkstoornissen Het logische denken is ernstig afgenomen. Kan afgeleid worden uit het incoherent taalgebruik (neologismen, onlogische associaties tussen woorden of gedachten, verwardheid).

Dwangstoornis Obsessief-compulsieve stoornis waarbij de betrokkenen bijvoorbeeld zodanig obsessief het eigen huis schoonmaken of telkens weer de handen wassen dat het normaal functioneren in het gedrag komt.

Hallucinatie Een waarneming zonder voorafgaande zintuiglijke prikkel die door de persoon als echt wordt ervaren, maar die in werkelijkheid niet aanwezig is. Dingen zien, horen, ruiken of voelen die er in werkelijkheid niet zijn.

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

Affectieve persoonlijkheidsstoornis Een affectieve persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door fluctuerende afwijkingen van de stemming waarbij de afzonderlijke episoden zelden of nooit ernstig genoeg zijn om in de categorie hypomanie of depressie te vallen. Omdat zij jaren, en soms het grootste deel van het volwassen leven van de betrokkene duren, brengen zij aanzienlijk leed en invaliditeit met zich mee.

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

Borderline persoonlijkheidsstoornis Persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en emoties en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties:

- krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden;
- een patroon van instabiele en intense inter-

menselijke relaties, gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren;

- impulsiviteit op een aantal gebieden, bijvoorbeeld misbruik van middelen, eetbuien;
- overgevoeligheid als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst);
- chronisch gevoel van leegte.

Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis

Dit type persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door gevoelens van overmatige twijfel en voorzichtigheid, buitensporige plichtsbetrachting en overmatige preoccupatie met productiviteit ten koste van plezier en interpersoonlijke relaties. Er is vaak sprake van het opdringen van hardnekkige en ongewenste gedachten of impulsen. Men is bang voor kritiek, afkeuring of afwijzing.

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

Persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door een diepgaand wantrouwen en achterdocht ten opzichte van anderen, waardoor hun beweegredenen worden geïnterpreteerd als kwaadwillig, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties.

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

Psychopathie (antisociale persoonlijkheidsstoornis) Bij psychopathie onderscheidt men tal van kenmerken die bij een persoon in meerdere of mindere mate aanwezig kunnen zijn. 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. Ontbreken aan emotionele diepgang. Kil/gebrek aan empathie. Prikkelhongerig/neiging tot verveling. Parasitaire levensstijl. Gebrekkige beheersing van gedrag. Impulsiviteit. Onverantwoordelijk gedrag. Ontbreken van realistische doelen op de lange termijn. Seksuele losbandigheid.

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

Schizofrenie Ziektebeeld gekarakteriseerd door het hebben van 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 Hardnekkige overtuiging. Gedachten die niet in overeenstemming zijn met de werkelijkheid en die, ondanks alle tegensprekelijke evindentie, door de betrokkene worden geloofd.

Bijvoorbeeld: paranoïde wanen, groothedswanen, almachtswanen, religieuze wanen. De persoon zelf vormt het middelpunt van de waandenkbeelden (denken dat men een speciale missie heeft om de wereld te redden).

Nuttige websites

Geestelijke Gezondheid

www.vvvg.be
www.geestelijke-gezondheid.be
www.trimbos.nl

Patiëntenverenigingen

www.vvvg.be/vvmd
www.zelfhulp.be

Familieverenigingen

www.similes.org

Persoonlijkheidsstoornissen

www.borderline.pagina.nl
www.grenzen.be
www.stichting.borderline.nl
www.mishandeling.nl/docu/checklist.php

Depressie

www.liga-depressie.org
www.depressiestichting.nl

Eetstoornissen

www.eetstoornis.be
www.sabn.nl

Manisch-depressieve stoornis

www.vvvg.be/vvmd
www.nsmd.nl

Schizofrenie

www.ligschizbel.be
www.schizofrenieplein.nl
www.schizofrenie-platform.nl

Nuttige organisaties

Altis

Zelfhulpgroep voor mensen met een depressie
Tel. 052 33 36 50

Belgische Liga van de Depressie

Hulp, sensibilisatie en informatie
Tel. 070 23 33 24 (vrijdag en maandag van 10.00 tot 13.30 uur)
Fax: 070 22 21 46
Mail: lig.depr@tiscali.be

Belgische Schizofrenieliga

Nederlandstalig Secretariaat
p/a VVGG Tenderstraat 14, 9000 Gent
Tel. 09 221 44 34
www.ligschizbel.be

Ischia

Zelfhulpgroep voor mensen met eetstoornissen of overgewicht
Tel. 03 766 58 27 of 0475 67 62 81

Schizofrenie vereniging verbonden aan het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia

Ankerstraat 91, 9100 Sint-Niklaas
Tel. 03 760 07 00

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

Trefpunt Zelfhulp

E. Van Evenstraat 2c, 3000 Leuven
Tel. 016 23 65 07, Fax 016 32 30 52
trefpuntzelfhulp@soc.kuleuven.ac.be

UilenSpiegel

Hovenierstraat 47, 1080 Brussel
Tel. 02 410 19 99

Vereniging Anorexia Nervosa

Voor informatie en verwijzing naar therapie. Een gesprek met een regionaal contactpersoon is mogelijk.
Tel. 0486 18 80 56

VVGG

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid
Tenderstraat 14, 9000 Gent
Tel. 09 221 44 34
Fax 09 221 77 25
info@vvvg.be
www.vvvg.be

VVMD

Vlaamse Vereniging voor Manisch Depressieven
Zelfzorgorganisatie die ondersteuning biedt aan mensen die te kampen hebben de manisch-depressieve stoornis.

Secretariaat: Bredestraat 55, 9300 Aalst

Tel. 0474 60 87 24

vvmd.vzw@belgacom.net

Ups & Downs, regionale zelfhulpgroepen van de VVMD: Via Teleonthaal (tel. 106) verneem je het telefoonnummer van de dichtstbijzijnde contactpersoon in jouw regio

Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

E. De Waelelaan 3/4
2100 Deurne



Algemene Vereniging van Beroepsjournalisten in België (AVBB)

Forum Psychiatrie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie
Belgische Schizofrenieliga

