



"EEN DIAGNOSE MAG GEEN LABEL ZIJN"

Dr. Marc Calmeyn: "De existentiële dimensie wordt nog te vaak over het hoofd gezien, terwijl die ontzettend belangrijk is. Dat heeft de coronacrisis nog maar eens aangetoond. Het probleem van verbondenheid, de eenzaamheid..."



Depressie is niet louter een lichamelijke ziekte. Het is ook geen hersenaandoening 'pur sang'. Het is een specifiek menselijke aandoening die de levenskracht en vitaliteit aantast. Dr. Marc Calmeyn van PZ Onzelievevrouw schreef er een boek over: 'Depressie is menselijk. Onze donkere kant anders belicht'. Stof genoeg voor een gesprek.

Dr. Marc Calmeyn: "Depressie heeft me altijd al geboeid, zowel klinisch als theoretisch. Ik publiceer geregeld artikelen over het thema, al heeft het dus tot na mijn zestigste geduurd om te debuten met een boek." (lacht)

Wat is de centrale boodschap van uw boek?

Ik introduceer een andere manier van denken dan de klassieke handboeken over depressie. Wat is een depressie in wezen? Er zijn drie basiskenmerken die in min of meerdere mate aanwezig zijn bij elke depressie. Het is belangrijk om die basiskenmerken te hanteren, want veel aandoeningen leunen dicht bij een depressie aan, maar zijn het niet. Een duidelijk onderscheid is nodig om de juiste behandeling te bieden. Is de diagnose niet correct, dan halen antidepressiva niets uit. Er worden in ons land erg veel antidepressiva voorgeschreven. Dat wijst op een overdiagnose. Tegelijk moeten we onderdiagnose vermijden. Dat kan alleen door ons strikt aan de basiskenmerken van een depressie te houden.

Wat zijn die basiskenmerken?

Drie begrippen uit de antropopsychiatrie helpen om een depressie te herkennen. Anhormie is het wegvallen van de levenskracht, het ontbreken van levenslust. Anhedonie is het verliezen van de 'smaak' in het leven en het ontbreken van plezier in de dingen. Dat kan heel tragisch zijn: niet meer kunnen genieten van de mensen die je kent, van je partner, je kinderen... Het derde kenmerk noemen we arrhythmie of de verstoring van de levensritmes. Bij depressieve mensen is er een verschuiving van dag- en nachtritme. Ze geraken 's morgens moeilijk uit bed terwijl ze 's avonds wel energie hebben. Ook seizoensgebonden elementen spelen mee. Bij het vallen en het springen van het blad komen meer depressies voor, zegt de volksmond. Dat toont hoe diep een depressie gaat en hoe verbonden ze is met de natuur. Deze drie basiskenmerken – anhormie, anhedonie en arrhythmie – komen bij elke depressie voor, al kan het ene kenmerk veel sterker aanwezig zijn dan het andere.

Dat u hierop de nadruk legt, doet vermoeden dat er vele misverstanden bestaan over wat een depressie is?

Er is zowel een onder- als een overdiagnose. De DSM-classificatie – de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders van de American Psychiatric Association – beschrijft heel veel vormen van depressie. Dat brengt alleen maar verwarring teweeg. De DSM is dan ook geen goede maatstaf om een aandoening al dan niet een depressie te noemen. Ik ga uit van een antropopsychiatrische benadering, waarin psychiatrie, psychoanalyse en filosofie samenkomen. De antropopsychiatrie focust op de typisch menselijke aandoeningen. Aandoeningen die specifiek voor de mens zijn. Dementie bijvoorbeeld hoort daar niet bij, want

dementie vind je ook bij dieren. Uiteindelijk zijn er maar vier antropopsychiatrische aandoeningen.

Om welke vier gaat het? En wat is het belang hiervan?

Het belang schuilt in de eerste plaats in de klinische toepassing. Deze opdeling in vier aandoeningen geeft een helderheid die ingaat tegen de wildgroei in de DSM. Het gaat om deze vier aandoeningen: de cluster stemmingsstoornissen (depressie en manie) verslaving en psychopathie, perversie, neurose en psychose. Als je met de DSM in de hand een diagnose wil stellen, dan word je alle richtingen tegelijk uitgestuurd. Tientallen uiteenlopende symptomen leiden volgens de DSM allemaal tot één en dezelfde diagnose. Dat is gewoon onmogelijk. De DSM zorgt voor een inflatie aan labels. Bijvoorbeeld het label ADHD – zodra iemand dat label gekregen heeft, hoeft men niet meer verder te kijken wat er dieperliggend eigenlijk aan de hand is. Terwijl er onderliggend sprake kan zijn van bijvoorbeeld een psychose. De symptomen zijn op zichzelf geen ziekte, ze verwijzen naar een onderliggende aandoening. Vertrek je vanuit de antropopsychiatrie, dan kijk je welk van de vier basisaandoeningen overweegt. De praktijk toont dat mensen zich vanuit dat perspectief sneller en beter begrepen voelen.

Voor wie hebt u dit boek geschreven?

Het is bedoeld voor professionals en andere geïnteresseerden die openstaan voor een andere benadering van depressie. Het denkraam dat ik voorstel, krijgt voorlopig nog geen plaats in de mainstream psychiatrie, die zeer biomedisch gericht is. We moeten dat model verruimen tot een biopsychosociaal model, met aandacht voor de existentiële dimensie. Zoals Dirk De Wachter zegt, is die niet de kers op de taart, maar de bodem van de taart. Die existentiële dimensie wordt nog te vaak over het hoofd gezien, terwijl die ontzettend belangrijk is. Dat heeft de coronacrisis nog maar eens aangetoond. Het probleem van verbondenheid, de eenzaamheid... Corona heeft de dingen op scherp gesteld.

U bent expert bij de Hoge Gezondheidsraad die de federale overheid adviseert. Is deze nieuwe benadering ook daar een thema?

Jazeker! In 2019 pleitte de Hoge Gezondheidsraad ervoor om omzichtiger om te springen met diagnoses. Ik was voorzitter van de commissie van dat advies. Een diagnose mag geen label zijn. De overdreven focus op de diagnose komt door het DSM-denken dat een classificatie van stoornissen geeft op basis van symptomen. Maar een psychische stoornis is geen hersenziekte in de klassieke zin van het woord. Het is niet zoals bij een infectieziekte, waar de diagnose de symptomen verklaart. Je kan het gedrag van de patiënt niet terugbrengen tot alleen maar een fysieke verklaring in het brein. Ook de Hoge Gezondheidsraad pleit ervoor om



naast het biomedische aspect de psychologische, sociologische en existentiële dimensie te bekijken en tot een diagnose te komen uitgaand van de persoon en de context.

Houdt dat ook een evolutie naar nog meer multidisciplinariteit in?

Absoluut. We moeten kijken wat nodig is vanuit verschillende perspectieven. En meer in het algemeen: de geestelijke gezondheidszorg moet meer aandacht, erkenning en middelen krijgen om mensen echt te helpen. Corona heeft getoond hoe kwetsbaar we allemaal zijn. Deze crisis heeft veel aandoeningen versterkt en veroorzaakt. Het medisch-biologische aspect speelde uiteraard een grote rol, maar even belangrijk is de psychologische, de sociologische en de existentiële dimensie.

U legde daarnet de link tussen psychiatrie en filosofie. Kan u die link nader verklaren?

Plato zag de oorsprong van de filosofie in de verwondering over de mens. De oorsprong van de psychiatrie is de verwondering over de gekwetste mens. We zijn doeners en denkers. We moeten voortdurend kritisch in vraag stellen waarmee we bezig zijn. Blijven reflecteren.

Als arts in PZ Onzelvevrouw behandelt u patiënten met een psychotische kwetsbaarheid. U werkt ook op de afdeling 'crustatieve zorg' of 'schelpzorg'.

Crustatieve zorg is vrij recent en is mee ontwikkeld en vormgegeven door dr. Françoise Verfaillie in PZ Onzelvevrouw. Crustatieve zorg begint waar gewone behandelingen niet meer aanslaan. Dat is voor de schelpzorg geen eindpunt, maar het vertrekpunt om het leven van elke patiënt zo waardevol mogelijk te maken. Als een schelp bieden we die mensen ondersteuning en veiligheid. Ik geloof sterk in dit concept. Euthanasie bij psychisch lijden schiet voor mij tekort. Een psychische ziekte is nooit statisch en kan altijd veranderen. Zelfs na jaren kunnen mensen zich soms herpakken en een nieuw leven beginnen. Je kan van niemand beweren dat hij psychisch ongeneeslijk ziek is. Bij kanker of ALS kan je dat wel. We moeten het psychisch lijden wel erkennen, maar dat kan op zich geen reden zijn voor euthanasie. We moeten blijven zoeken naar oplossingen in het leven. Schelpzorg toont hoe het anders kan.

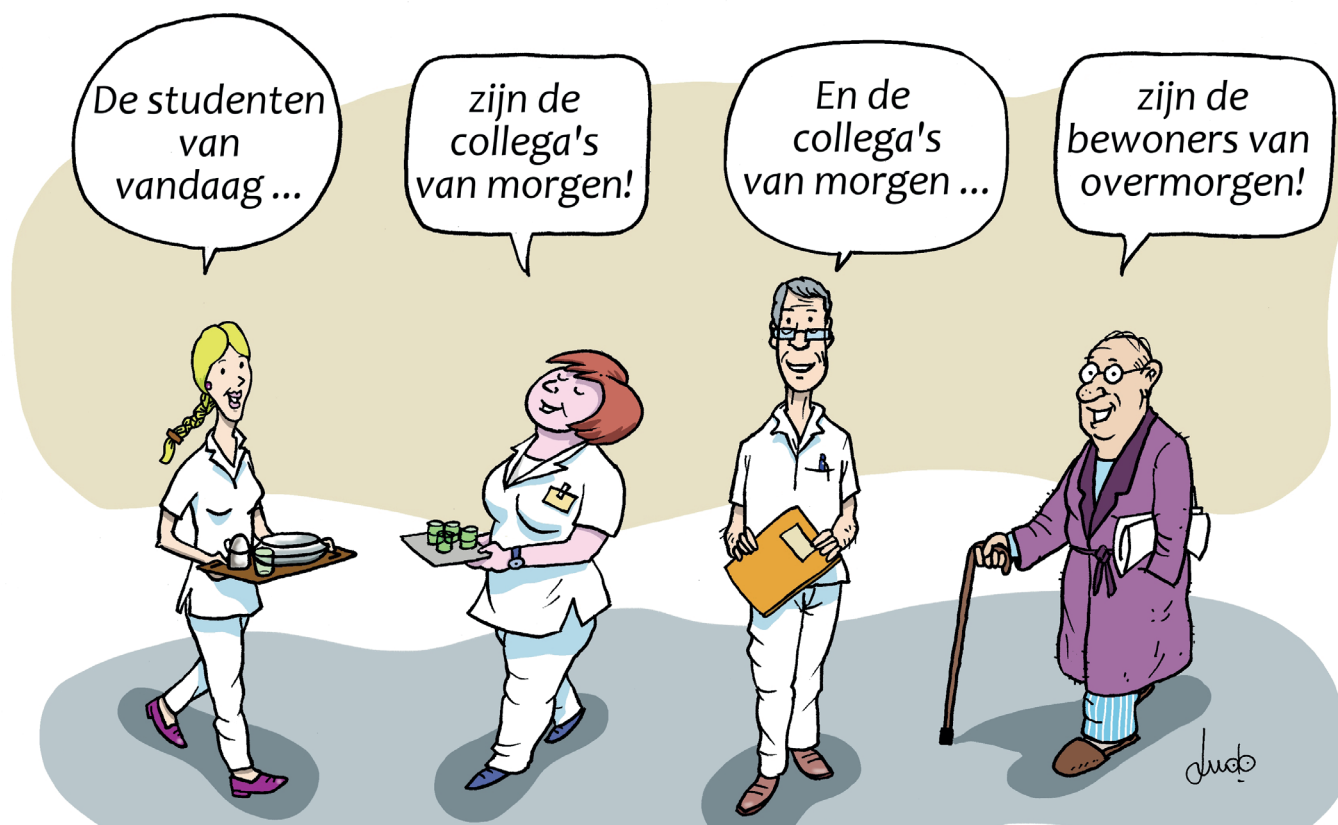
Maar voelen die patiënten zich daar goed bij? Zijn ze gelukkig?

Ze zullen niet allemaal gelukkig zijn, maar we maken het leven meer draaglijk. Sommigen krijgen weer zin het leven. Door kleine dingen soms. Hippotherapie bijvoorbeeld, kan mensen doen heropleven. Het probleem van deze tijd is dat alles efficiënt en nuttig moet zijn. 'Alles van waarde is weerloos,' dichtte Lucebert. Ik vind dat een hele mooie zin. Het gaat altijd om medemensen, niet over 'aandoeningen'. Zoals men denkt over de mens, zo gaat men ermee om. Samen zoeken, samen op weg gaan. Het aspect hoop is zo belangrijk, zeker bij ondraaglijk lijden. Hoop doet leven. Hoe moeilijk ook, we moeten altijd oplossingen zoeken in het leven, niet naar de dood. Een vraag naar euthanasie moet ons aan het denken zetten. Wat is er mis? De autonomie van mensen is belangrijk, maar heeft corona niet nog eens aangetoond dat verbondenheid nog veel belangrijker is?

Een andere ontwikkeling die meer en meer veld wint, is de methodiek van de Open Dialogue. Ook voor u als arts is dit een omwenteling?

Ik sta helemaal achter de visie van Open Dialogue. Als artsen, zorgverleners, patiënten en familie hebben we er allemaal belang bij om in dialoog te gaan met elkaar. Dialoog is essentieel. Voor mij als psychoanalist is het open gesprek zonder vooraf bepaalde agenda cruciaal. Alles moet ter sprake kunnen komen. Dat is nodig om naar de kern van de zaak te gaan. Open Dialogue biedt die vrijheid van spreken. De ervaringen met Open Dialogue zijn ronduit positief. Hoe dikwijls worden dingen tussen familieleden en patiënt voor het eerst echt uitgesproken tijdens zo'n sessie. Zowel voor de patiënt en de familie als voor de professionele zorgverleners maakt Open Dialogue het verschil. Het is geen wondermiddel, maar het opent nieuwe perspectieven om naar de kern te gaan. Van de accreditatie daarentegen ben ik een koele minnaar. Het neigt te veel naar een profitmodel toegepast op mensen. Voor mij staat dat haaks op goede zorg. Het mag nooit de dominante werkwijze zijn. Neen, dan liever het motto 'Mensen Anders Bekeken' van PZ Onzelvevrouw. Daar voel ik me beter in thuis.

**Marc Calmeyn, Depressie is menselijk.
Onze donkere kant anders belicht,
Pelckmans Uitgevers.**



PERSONALIA

IN DIENST

01/07 Desmet Joey, verpleegkundige Afdeling 42
 Louage Laure, verpleegkundige Afdeling 21
 Soulliaert Levi, verpleegkundige Afdeling 32
 Vandewalle Bryan, verpleegkundige Afdeling 51
 Hary Brian, verpleegkundige Afdeling 11
 Bossée Shirley, verpleegkundige MCT Brugge
 Lievens Stefanie, verpleegkundige PVT 1&2
 30/06 Strijbol Marlies, psycholoog Afdeling 32
 27/06 Vercauteren Nancy, logistiek assistent Afdeling 32
 21/06 Mukeshumeremyi Chloë, Covias Noord
 14/06 Verleye Tatiana, medewerker schoonmaak
 07/06 Vlaeminck Jennifer,
 maatschappelijk werker Afdeling 52
 01/06 Carette Kyana, Zorgkundige PVT 3-4
 Vercruysse Cindy, begeleider MCT Brugge
 27/05 Bulckaen Kimberly, activiteitenbegeleider
 in de Variant
 26/05 Jans Esther, administratie
 19/05 Hindryckx Delphine, medewerker economaat
 03/05 Van Kerckhove Kim, zorgkundige Afdeling 32

01/05 Casteleyn lisa, Covias, De Gempersteeg
 12/04 Closset Melissa, verpleegkundige Afdeling 21

UIT DIENST

30/06 Finet Benoît, preventieadviseur
 Claeys Mia, verpleegkundige
 13/06 Vannieuwenhuyse Diederik,
 activiteitenbegeleider in de Variant
 09/06 Nuytten Hannah,
 maatschappelijk werker Afdeling 11
 03/06 Herman Andy, Financieel-Facilitair directeur
 31/05 Durnez Ruth, groepsbegeleider Afdeling 42
 16/05 Van De Weghe Sieglinde,
 creatief therapeut Afdeling 52
 09/05 De Meyer Astrid, covias Noord
 30/04 Inghelbrecht Annie, Zorgkundige Afdeling 31
 Schaballie Els, pensioen
 Timmerman Dany, schilder op pensioen
 Maenhout Anne-Marie, op pensioen
 Cortvriendt Xena, schoonmaak
 18/04 Icket Birgit, Maatschappelijk werker Afdeling 51