

“Hulpverleners moeten

Marc Calmeyn debuteerde een maand geleden met het essay *Depressie is menselijk*. Die titel lijkt een open deur in te trappen, maar de invulling die de psychiater geeft aan “menselijk”, is niet voor al zijn vakgenoten de meest gangbare. Ook met zijn voorbehoud tegenover een al te biomedische benadering van psychiatrie laat hij een kritisch geluid horen.

1

Frederique Vanneuville

literatuur over psychiatrie trok Marc Calmeyn al als middelbare scholier sterk aan. “Ik las bestsellers zoals *Metaletica of leer der veranderingen* van de Nederlandse psychiater Jan Hendrik van den Berg (1914-2021, *mvd*) en *Wie is van hout?* van Jan Foudraïne (1929-2016, *mvd*), een exponent van de antipsychiatrie in Nederland. Toen ik vervolgens geneeskunde ging studeren, was dat met de bedoeling psychiater te worden. Dat was vanaf het begin een roeping. Ik heb nood aan denkwerk en aan niet-technisch bezig zijn met de patiënten. Daarom heb ik in mijn laatste jaar geneeskunde ook het baccalaureaat filosofie gevolgd.”

In uw boek breekt u een lans voor filosofie. Ze is voor u onmisbaar in de psychiatrie. In welk opzicht?

“Na 7 jaar studie volgens het klassieke schema van ‘symptomen, diagnose, oorzaken, behandeling’ ging er door de filosofie een heel andere wereld voor me open.

Dat was echt een openbaring. Filosofische kennis gaat recht naar de etymologische betekenis van ‘diagnose’: door en door kennen, doorzien, onderscheiden. Ze leert je ook na-denken. Filosofie is geen tierlantijntje bij de psychiatrie, ze is wezenlijk om haar te begrijpen en te beoefenen. Het was Plato die zei dat filosofie begint bij de verwondering. Welnu, psychiatrie begint bij de verwondering over de gekwetste mens.”

Bent u met die filosofische interesse een uitzondering onder psychiaters?

“Steeds minder, gelukkig. De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie heeft sinds 2008 een sectie Psychiatrie en Filosofie, en ik stel vast dat naast de oude krokodillen zoals ik, veel jonge collega’s daarvoor interesse hebben. Die evolutie maakt me blij. Ze werkt als een soort tegengif voor de vertechnisering en het reductionisme in de psychiatrie. Het is ongelooflijk hoe sterk het biomedische denken domineert. De 19de-eeuwse stelling

dat psychiatrische aandoeningen hersenaandoeningen zijn, blijft tot op vandaag nazinderen, terwijl het in de psychiatrie juist zo belangrijk is een ruime kijk te hebben op mens en wereld. ‘Zoals je over de mens denkt, zo ga je met hem om’, is mijn motto. Als je iemand louter bekijkt als een zak vol neurotransmitters en hersencircuits, dan ga je die persoon ook als een object behandelen, als iemand met symptomen waarvoor een modeltherapie bestaat, medicatie voorop. Dat puur biomedische denken, daar kan ik niet bij, dat is onmenselijk. We moeten die oogkleppen afzetten en ons laten inspireren door filosofen en schrijvers die ons dieper doen nadenken. Er zijn ook tv-series die je meer over de mens leren dan handboeken.”

“Met *Depressie is menselijk* breng ik niet het klassieke handboekverhaal. Het is het resultaat van jarenlang klinisch en theoretisch werk en van een lang schrijffproces. Ik heb niet de ambitie de loop van de rivier te verande-



“In de psychiatrie kan je nooit zeggen dat er een eindpunt is bereikt.”

BIO

Marc Calmeyn (1958) is psychiater en psychoanalyticus. Hij studeerde geneeskunde aan de KU Leuven. Hij behaalde aan dezelfde universiteit tevens een baccalaureaat in de filosofie en een certificaat in de medische seksuologie. Hij is werkzaam in het PZ Onze-Lieve-Vrouw in Brugge en heeft een privépraktijk. Calmeyn is expert bij de Hoge Gezondheidsraad. Hij is auteur van *Depressie is menselijk*. “Er is een cruciaal verschil tussen mens en dier, en dat kan je met een boutade samenvatten: een dier kan niet filosoferen en het kan geen taal ontwikkelen zoals de mens dat doet – wat niet betekent dat we de dieren niet moeten respecteren. De antropopsychiatrie houdt zich alleen bezig met typisch menselijke aandoeningen die allemaal cirkelen rond menselijke problemen waar we in het gewone leven mee omgaan en antwoorden op proberen te vinden, maar die in de pathologie des te duidelijker tot uiting komen.”

“De 19de-eeuwse stelling dat psychiatrische aandoeningen hersenaandoeningen zijn, blijft tot op vandaag nazinderen, terwijl het in de psychiatrie juist zo belangrijk is een ruime kijk te hebben op mens en wereld”, beklemtont psychiater Marc Calmeyn. © Daniëlle Vandecasteele

de hoop staande houden”

ren; hier en daar een steentje verleggen is al mooi. Hopelijk zal mijn essay mensen inspireren in het zoeken naar meer waarheid in wat we denken en doen, onder meer door aandacht te hebben voor het existentiële. Er staat daarover een prachtige zin in paus Franciscus' apostolische brief *Patris Cordae*: 'De werkelijkheid, in al haar mysterieuze en onherleidbare complexiteit, is de drager van existentiële betekenis, met alle licht en schaduw van dien'. Middenin die complexiteit bevindt zich de psychiatrie. En daarin probeer ik vanuit de wetenschap verheldering te brengen. Daarbij hanteer ik het principe van Willem van Okkams scheermes, dat er simpel gesteld op neerkomt dat ter verklaring van eenzelfde verschijnsel een eenvoudige theorie de voorkeur geniet boven een complexere uitleg. Op dat principe is ook de antropopsychiatrie gebaseerd. Die theorie kan psychiatrische aandoeningen verklaren vanuit slechts vier basisdynamieken in de mens. Het contrast met de honderden diagnoses in de DSM-V (de 5de editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* van de *American Psychiatric Association*, die internationaal als standaard geldt in de psychiatrische diagnostiek, mvd) is groot. De DSM is een classificatie zonder onderlinge samenhang. Het aantal diagnoses is sinds de jaren 1950 bovendien verdrievoudigd. Stel je voor dat er in diezelfde periode drie keer meer somatische ziektes waren opgedoken, of dat er zoals in de classificatie van de DSM in de loop der jaren diagnoses voor fysieke aandoeningen waren binnengebracht en opnieuw geschrapt. Je voelt spontaan aan dat dat wetenschappelijk niet klopt. De constructie van de DSM lijkt op een krakkenklok huis dat op los zand is gebouwd en dat met voorlopige steunbalken wordt gestut. Maar een theorie moet toch iets van waarheid tonen en een innerlijke logica en bewijskracht bezitten?"

"In de antropopsychiatrie is dat het geval. Er zijn vier basisdynamieken die de mens richten in relaties, werk, gezondheid en ziekte, en daaraan beantwoorden vier basispathologieën: perversie, neurose, psychose en de cluster van stemmingsstoornissen, verslaving en psychopathie. Die zijn in de mens sowieso aanwezig, soms ook in hun pathologische vorm. Dat is het 'schandaal' van de psychoanalyse: ieder van ons heeft in mindere of meerdere mate kwetsbaarheden en we kunnen allemaal verstrikt geraken in psychische problemen. Er is geen scherpe lijn te trekken tussen wie 'gezond' en 'ziek' is. Tevens is een psychiatrische aandoening niet iets wat je per definitie voor de rest van je leven hebt."

Hoe kijkt u dan naar de bepalingen "uitzichtloos" en "ongeneeslijk" in de wetgeving over euthanasie bij psychisch lijden?

"Ik behoor tot de psychiaters die veel vragen hebben bij de wetgeving rond euthanasie bij psychisch lijden. Een van de voorwaarden is dat de patiënt uitbehandeld is. Het criterium voor uitbehandeld is de *evidence based medicine* (EBM) – geneeskunde op basis van wetenschappelijk bewijs –, maar de mens is een complex wezen dat je niet kan samenvatten in *evidence based* richtlijnen. Bij lichamelijke aandoeningen gebeurt het dat er met zekerheid kan worden gesteld dat geen enkele *evidence based* behandeling nog soelaas kan bieden. In de psychiatrie is dat niet zo. Voor mensen die zeer sterk verstrikt zitten in hun pathologie, is er bijvoorbeeld de mogelijkheid van crustatieve zorg of 'schelpzorg'. Als de gewone behandelingen niet werken, moet je out of de box denken, handelen en behandelen. Daar zie ik echt mooie dingen gebeuren: mensen die zich herpakken op een manier die je niet voor mogelijk hield. Daarom vind ik het echt een brug te ver om EBM als een criterium te hanteren om de stap te zetten naar euthanasie. Nog een ernstig bezwaar tegen euthanasie bij psychisch lijden is dat psychische aandoeningen uit zichzelf dynamisch van

aard zijn. Bij personen met psychiatrische problemen kan het ziektebeeld nog veranderen. Je kan nooit zeggen dat er een eindpunt is bereikt en dat de pathologie rechtstreeks naar de dood leidt. De klinische ervaring leert me dat. Met meerdere patiënten heb ik meegemaakt hoe ze door een andere aanpak toch een nieuwe toekomst konden waarmaken, hoewel ze op het eerste gezicht gedoemd waren om levenslang in de psychiatrie te blijven. Dat zijn de contrastervaringen waar theoloog Edward Schillebeeckx het over heeft. Soms gaat dat gepaard met jarenlang zwaar lijden. Dat lijden is ernstig te nemen, maar het is belangrijk dat we als hulpverlener vasthouden aan de realistische hoop dat verandering mogelijk is. Want als de hoop bij de hulpverlener weg is, gaat hij ook bij de patiënt verdwijnen, en dan zit je in het straatje van de euthanasie. Het is aan ons om de hoop staande te houden. Hoop geeft aan de behandeling richting en zin – zo mooi vervat in het Franse woord '*sens*' – en overstijgt de grenzen die eigen zijn aan elke behandeloptie. Wij kunnen nooit zeggen: 'Dit is het einde'."

U benadrukt de kwetsbaarheid van ieder mens. Tegelijk hebt u in uw boek kritiek op het "pamperen" van patiënten en op de nadruk die vandaag wordt gelegd op "zorg" en de "zorgmaatschappij". Is dat geen contradictie?

"De mens is kwetsbaar en ons bestaan is onvermijdelijk problematisch. Maar het volstaat niet als we alleen zorg dragen en niet meer behandelen in de betekenis van 'tot diepgaande verandering brengen'. Daarom slaat bijvoorbeeld het idee dat psychotherapie altijd zo kort mogelijk moet zijn, nergens op. Dat kan je niet als algemene regel hanteren en het is alleszins niet mijn manier van werken. Het principe moet zijn dat je voldoende tijd neemt om samen op weg te gaan. Als je dan toch geen voorkeuren maakt of als blijkt dat de therapie de patiënt niet ligt, kan je samen zoeken naar andere mogelijkheden. In de wetenschappelijke literatuur staat beschreven dat de eerste acht gesprekken eigenlijk de wittebroodsweken zijn. Mensen zijn blij dat ze hun verhaal kunnen doen en voelen zich daardoor al beter, maar die verandering is niet voor iedereen voldoende diepgaand. Een van mijn leermeesters zei over personen die psychotherapie nodig hebben, dat een derde er nooit aan begint, een derde vroegtijdig stopt en een derde ermee doorgaat. (lacht) Ik weet niet of de cijfers kloppen. Ze zeggen wel iets over de tendens. In het begin had ik het er moeilijk mee als mensen zelf de therapie te vroeg stopten. Nu denk ik: ze hebben misschien meer tijd nodig of ze zullen hun weg wel vinden op een andere manier."

"Als zorgverleners moeten we trouwens niet denken dat wij zelf geen zorg nodig hebben. De tegenstelling tussen zieke patiënten en gezonde zorgverleners klopt helemaal niet. Het is geen geheim dat veel zorgverleners zelf problemen hebben. Er is iets aan de hand in de maatschappij. We kunnen er niet meer naast kijken. Er is echt een serieus probleem. (met klem) Ik ben lid van een werkgroep van de Hoge Gezondheidsraad waar we nadenken over wat we inzake mentale gezondheid kunnen doen tijdens en na de coronacrisis. De eerste adviezen zijn online te vinden, met voorstellen. Uiteindelijk moet de hele sector van de geestelijke gezondheidszorg herdacht worden, maar dat proces is nu nog embryonaal."

Uw essay bespreekt behalve depressie ook burn-out: hoe verhouden die twee zich tot elkaar?

"Dat is een veelgestelde vraag en het laatste woord is er nog niet over gezegd. In burn-out is ontegensprekelijk een depressieve laag aanwezig. Die uit zich vooral in de ervaring geen energie meer te hebben: 'de batterij is leeg'. Het verschil is dat depressie het hele leven door-

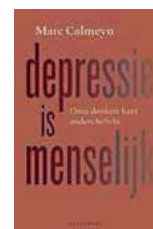
trekt, terwijl de trigger voor burn-out altijd iets op het werk blijkt te zijn: een moeilijke baas, geïnfantiliseerd worden, niet de mogelijkheid hebben zich te ontwikkelen, als een object behandeld worden... Als je hoort hoe het er op het werk soms aan toegaat, dan is het niet verwonderlijk dat mensen er onderdoor gaan. Tegelijk zijn er vaak andere factoren – de eigen levensgeschiedenis en facetten van de persoonlijkheid – die mee een rol spelen. In de begeleiding van mensen met een burn-out is het belangrijk het onderscheid te maken tussen die persoonlijke gevoelige snaren en de externe factoren."

"Burn-out is een beschrijvende diagnose, een verzameling van klachten en symptomen zonder naar een specifieke oorzaak te verwijzen. Als we alleen de symptomen bestrijden en mensen gewoon 'herprogrammeren' om weer te kunnen meedraaien in de economie, slaan we de bal mis. Voor een longontsteking volstaat een hoestsiroop ook niet. Burn-out is als een seismograaf die de werkelijke aardverschuivingen detecteert. Het fenomeen toont hoe de neoliberale waanzin het individu en de gemeenschap uit evenwicht brengt: werknemers die psychisch worden uitgewrongen, de menselijkheid die verdwijnt in de omgang met elkaar. Wanneer mijn vrouw en ik gaan wandelen, negeren sommige voorbijgangers straal onze groet. Dat valt echt op. Daarom vind ik Ubuntuzo zo'n grote verrijking en inspiratie. De nood aan verbinding, waarop die filosofie steunt, toont zich in deze coronatijden nog sterker: verbinding met de mensen die hebben geleefd, die nu leven, die in de toekomst zullen leven, de verbinding met de natuur en de kosmos. Dat is in het Westen zoekgeraakt. Er is een grondige mentaliteitsverandering nodig."

"Dat brengt ons opnieuw bij euthanasie bij psychisch lijden. Het is me in de praktijk duidelijk geworden dat de weg naar euthanasie openligt als er geen verbinding meer is. 'Ik wil geen last zijn voor de anderen', hoor je de patiënt dan zeggen. De wet voorziet er zowaar in dat je euthanasie kan vragen zonder dat je familie ervan weet. Bij euthanasie verbreekt ook de hulpverlener de verbinding met de patiënt. Dat is niet menselijk! Het ideaal van pure autonomie is een illusie. Herstel de verbinding tussen mensen en het aantal aanvragen voor euthanasie zal afnemen. Daar ben ik sterk van overtuigd."

In uw visie op psychiatrie bent u ook geïnspireerd door de Japanse kunst van kintsugi, waarbij gebroken keramiek wordt gerepareerd met goud- of zilverkleurige lak.

"Kintsugi is een mooi beeld om herstel te begrijpen zonder de mechanische connotatie van mensen 'oplossen' om ze weer te laten meedraaien in de maatschappij. Herstel mag niet alleen daarop gericht zijn. Het gaat erom iets te doen met die breuklijnen, ze te 'verzilveren'. Je moet ze niet verhallen, want als je streeft naar dezelfde toestand van voor het breukmoment, blijft uiteindelijk alles hetzelfde. Verandering, zowel fysiek, psychologisch, sociaal als existentieel, is en blijft de boodschap. Het zijn dezelfde vier basisdynamieken uit de antropopsychiatrie die je als mens mogelijkheden bieden om in het leven iets uit te bouwen of in een pathologie te belanden, die je eveneens helpen opnieuw uit de pathologie te geraken door een weg te vinden naar creativiteit. Daarom vind ik de non-verbale therapieën – crea, muziek, beweging – zo belangrijk voor mensen met een ernstige pathologie. De navelstreng met de kunst mag niet worden doorgesneden. Bij bezuinigingen in de zorg is men meestal zozeer gefocust op EBM en op meetbare effecten, dat juist die therapieën als eerste uit de boot vallen. 'Niet-essentieel', zogezegd. Maar de mens is geen machine waarvan je de knopjes kan bijstellen. Het komt erop aan oog te hebben voor de waardigheid van de mens, in goede en kwade dagen." III



Marc Calmeyer, **Depressie is menselijk. Onze donkere kant anders belicht**, Pelckmans, Kalmthout, 2021, 128 blz.

Bestellen kan via www.kerknet.be – Klik op shop.

De online boekvoorstelling vindt plaats op maandag 28 juni om 11 uur. Inschrijven via <https://pelckmansuitgevers.webinar.geek.com/depressie-is-menselijk>

WEDSTRIJD

Tertio verlooft drie exemplaren van dit boek. Wil u kans maken, mail dan voor 26 juni "Depressie" en uw naam en adres naar secretariaat@tertio.be

“Het ideaal van pure autonomie is een illusie.”