

Reacties? ak@roularta.be of via www.artsenkrant.com/uw-opinie

Bedenkingen bij een vliegtuigcrash

Geen enkel medisch specialisme lag ooit zo onder vuur als de psychiatrie in de aanloop naar Pasen dit jaar. Bovendien lijkt de verlossing voor psychiatrische patiënten, hun familieleden, psychiaters en andere GGZ-professionals nog mijlenver weg. Dat alles ondanks alle recente inspanningen om ons vak in een beter daglicht te stellen. En dat is voor iedereen heel erg schadelijk, vindt de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie.

Wat is er precies aan de hand?

Een copiloot van een Germanwings-airbus 'kaapt' het toestel, laat het gecontroleerd dalen tot de door hem gewenste hoogte, verhoogt vervolgens de snelheid en laat het crashen tegen een rotswand in de Alpen. Hij neemt daarbij 149 onschuldigen mee in het door hem gekozen einde. De man had een voorgeschiedenis van depressie en werd recent meermaals in het ziekenhuis onderzocht door verschillende artsen, onder wie, zo wordt gezegd, psychiaters en neurologen. Hij kreeg een attest van medische arbeidsongeschiktheid voor de week waarin het drama plaatsvond. Hij verscheurde dit briefje en negeerde het vervolgens consequent in zijn doen en laten.

De media-commentaren over dit drama aan het adres van de psychiatrie zijn snoeihard. Dat is unfair. En bovendien stigmatiserend. Stigmatiserend omdat men enkele manifeste denkfouten maakt rond psychopathologie. Maar ook, en vooral, omdat men psychiatrische patiënten in het algemeen en depressieve patiënten in het bijzonder, op die manier toekomstkansen ontnemt.

Enkele bedenkingen bij de berichtgeving. Over het 'verband' tussen de vermeende depressie, de zelfdoding en de crash: slechts een fractie van alle patiënten met een depressie pleegt suïcide, hoogst uitzonderlijk worden daar onschuldigen mee in betrokken. Een copiloot die zo depressief was dat hij alleen nog een zelfgekozen einde als oplossing zag, waarbij hij bovendien ook alle passagiers aan boord tot de dood veroordeelde, is in geen geval pathognomonisch voor een depressieve ziekte an sich. Meer nog: de extreme profileringsdrang in de tentoongespreide destructiviteit is totaal contradictorisch binnen de context van een depressie. Gevoelens van waardeloosheid en schuld, inertie, dwangmatig piekeren, angst en twijfel vallen

moeilijk te rijmen met wat de man eerder liet optekenen: dat 'de hele wereld zijn naam ooit zou kennen'. Als hij dat al ooit zei tenminste.

Vicieuze cirkel

Misschien speelden er ook andere zaken die geleid hebben tot een fundamentele existentiële twijfel waardoor hij niet meer verder wilde leven. Daarover hoorden we amper iets in de media. Voor de betrokken passagiers en het cabinepersoneel, hun familieleden en vrienden, voor de collega's van alle luchtvaartmaatschappijen ter wereld, voor de reddingswerkers, voor iedereen die van dichtbij of veraf met het drama te maken kreeg, zelfs voor de naasten van de copiloot, maakt dat natuurlijk helemaal niets uit. Voor de overledenen is het een onherroepelijk onrechtvaardig einde. Voor de achterblijvers een immens trauma waarvan je hoopt dat er in de omgeving genoeg kracht, steun en empathie zal zijn om het te helpen verwerken.

En toch misten we iets in de berichtgeving. Geen enkel medium schonk enige aandacht aan het lijden van de copiloot, aan wat zijn besluit voorafging. We kunnen niet om de vaststelling heen dat de man zich onvoldoende geholpen voelde. Over zijn voorgenomen vernietigingsplannen heeft hij zijn psychiater zeker niets verteld, anders had die laatste zeker maatregelen genomen. Zoiets kan in Duitsland, net zo goed als bij ons. Het zal gissen blijven, maar de beeldvorming, het stigma en de maatschappelijke aversie die aan psychiatrie kleven, zullen hem zeker niet geholpen hebben om al zijn innerlijke worstelingen bloot te geven. Want hij is er wel geweest, bij de psychiater, maar hij heeft het niet verteld.

Hoe gaan we, na deze afschuwelijke gebeurtenis, depressieve patiënten nog zo ver krijgen dat ze hun verhaal bij ons durven brengen? Patiënten hebben angst om gek

verklaard te worden, nog meer angst om buiten de samenleving komen te staan, nog meer angst voor innerlijk lijden en devaluatie, nóg meer aarzeling om het in de spreekkamer op tafel te leggen. Het is een vicieuze cirkel waarvan niemand weet hoe die efficiënt te doorbreken. Wat wél vaststaat: de huidige beeldvorming rond de ramp en vooroordelen helpen ons geen stap vooruit.

Deontologische farce

Het is een groot onrecht tegenover alle depressieve patiënten om dit verhaal als illustratie te misbruiken voor een zogenaamde onbetrouwbaarheid in gedrag, en daar allerlei beroepsmatige restricties aan te koppelen. Kunnen werken staat symbool voor zelfwaarde, gevoel van controle en herstel, voor iets toekomstgericht. Arbeidsintegratie is een pijler in het genezingsproces, een baken van hoop. De suggestie om ziekteattesten rechtstreeks naar de werkgever te sturen, staat lijnrecht tegenover de noodzakelijke vertrouwensrelatie binnen een behandelcontext. Een patiënt die een psychiater consulteert, moet de zekerheid hebben dat hij of zij daar alles op een veilige manier kwijt kan. Sommige dingen zijn immers zo moeilijk dat ze onbespreekbaar lijken, dat je er zelfs bij je partner of een andere intieme naaste niet mee terecht kan. Eender welk signaal naar een derde over het contact tussen een patiënt en zijn of haar psychiater, is een deontologische farce; meer nog dan bij andere medische disciplines. Een patiënt kan zich door het therapeutische contact met zijn psychiater zo gesteund voelen, dat een ziekte-attest niet meer nodig is. Dat er weer voldoende kracht ontwikkeld is om verder te gaan, en vol te houden. Dat is een overwinning op zich, en kan het genezingsproces alleen maar ten goede komen. De copiloot besloot om zijn ziektebriefje te verscheuren en het dus niet te signaleren bij

zijn werkgever – tegen alle contractuele bepalingen in. Dat is een keuze die hij, en alleen hij gemaakt heeft.

Psychiatrie wordt soms geconfronteerd met ingewikkelde dilemma's, bijvoorbeeld wanneer patiënten zaken vertellen die veiligheidsmaatregelen vereisen. Psychiaters moeten in die gevallen altijd hun verantwoordelijkheid nemen door zorgvuldig te luisteren en in te grijpen wanneer nodig, zonder te raken aan fundamentele zaken zoals de therapeutische vertrouwensrelatie. Terzelfdertijd moet de samenleving beseffen dat absolute veiligheid niet bestaat. Menselijk gedrag zal altijd een zekere onvoorspelbaarheid in zich dragen. Het zwartepietenspel van de afgelopen weken, waarbij het ene moment de psychiatrie, en het andere moment de patiënt de exclusieve verantwoordelijkheid voor de ramp werd toegeschoven, leidt m.a.w. niet alleen tot meer stigma. Het zorgt ook voor een verschraving van de complexe en genuanceerde waarheid die achter de feiten zit.

Dr. Kirsten Catthoor, namens de Raad Van Bestuur van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

Herstel

In de vorige editie van Artsenkrant danste een kern. In het artikelje 'Minder en goedkopere implantaten' (AK 2401, blz. 4) beschrijven we ACIF of Anterior Cervical Interbody Fusion als een procedure waarbij bij een hernia een stof wordt ingespoten in de nekwevels.

Gelukkig hebben we aandachtige lezers. Dokter Geert Vermeersch, orthopedisch chirurg met specialisatie wervelkolom, merkt op dat ACIF in werkelijkheid een operatie is waarbij een volledige tussenwervelschijf wordt verwijderd. "Doel is de hernia of osteofyten die tegen de zenuwen drukken en pijn/krachtsuitval/neurologische symptomen veroorzaken, te kunnen verwijderen." Dokter Vermeersch doceert verder: "Nadien wordt deze ruimte opgevuld, hetzij met botgreffes, donorbot of botvervangende materialen om een fusie te bekomen. Indien nodig kan dit al dan niet ondersteund worden met plaat/schroeven." Met onze excuses voor de lapsus.

Artsenkrant

Weekblad voorbehouden aan het medisch corps

Parait également en français sous le titre "Le Journal du Médecin"

Hoofredacteur

Geert Verrijken – geert.verrijken@roularta.be

Adjunct-hoofredacteur

Veerle Caerels – veerle.caerels@roularta.be

Eindredactie

Henk Van Nieuwenhove – henk.van.nieuwenhove@roularta.be

Redactie

Wouter Colson (wouter.colson@roularta.be), Nathalie Degand, Nicolas de Pape, Manuel Di Pietrantonio, Emily Nazionale (emily.nazionale@roularta.be), François Remy, Karolien Van de Velde (karolien.van.de.velde@roularta.be), 02-702.70.36, ak@roularta.be

Vaste medewerkers

Dr. Jean Andris, Peter Anthonissen, Katia Belloy, Claude Biéva, Erik Brusten, Michelle Cooreman, Johan Copermans, Patrick De Neve, Désirée De Poot, Tom Eelen, Stefan Eraly, Jasper Jansens, Geerd Magiels, Geneviève Ostyn, Peter Raeymaekers, Bernard Roisin, Dr. Jean-Marie Segers, Ludwig Verduyn, Dr. Guy Verhulst

Art director & hoofd van de productie

Viviane Claes – viviane.claes@roularta.be

Vormgeving

Philippe Ossemann, Helga Orinx, Antonio Zamora

Druk: Roularta Printing

Zoekertjes en personeelsadvertenties:

Guido Marit guido.marit@roularta.be, [02-702.70.29](tel:02-702.70.29)

Jaarabonnement

Prijs: 120 euro – [078-35.33.13](tel:078-35.33.13)
Adreswijzigingen: ENKEL per e-mail naar circulation.rhc@roularta.be

De artikelen, foto's, tekeningen en andere illustraties, opgenomen in het redactionele gedeelte van "Artsenkrant", bevatten geen publiciteit. Bedrijven en producten worden enkel ter inlichting vermeld. Alleen de auteurs/adverteerders zijn verantwoordelijk voor de artikelen, foto's, illustraties, ideeën en de advertenties die in "Artsenkrant" verschijnen. Alle rechten van vertaling, overname en reproductie – op welke wijze dan ook – zijn voorbehouden voor alle landen. Pagina's met een gekleurde achtergrond vallen buiten de verantwoordelijkheid van de redactie.

Commerciële afdeling

Sales manager: Michèle Veys – michele.veys@roularta.be

Account managers

Charlotte Boel – charlotte.boel@roularta.be – [0474-10.07.08](tel:0474-10.07.08)

Veerle Danneel – veerle.danneel@roularta.be – [0475-78.90.39](tel:0475-78.90.39)

Catherine Wartique – catherine.wartique@roularta.be – [0474-09.08.01](tel:0474-09.08.01)

Front Office

Marie-Berthe Wyns – frontoffice.rhc@roularta.be – [02-702.70.33](tel:02-702.70.33)

Artsenkrant is een uitgave van

Roularta HealthCare

Medisch directeur: Dr. Christian Cottriau

Directeur van de redactie: Geert Verrijken

Communication & promotion manager

Isabelle Spettante – isabelle.spettante@roularta.be – [02-702.70.25](tel:02-702.70.25)

Operations manager

Virginie Meysmans – virginie.meysmans@roularta.be – [02-702.70.30](tel:02-702.70.30)

Uitgeefdirecteur

Guido Van Hoeck – Raketstraat 50 – 1130 Brussel

Verantwoordelijke uitgever

Sophie Van Iseghem

www.artsenkrant.com

Content manager:

Jorgen Vanderdood jorgen.vanderdood@roularta.be

