

Beeldvorming van de psychiatrie Destigmatisering en preventie

Andrea Stehouwer-Tuenter en Onno Kastelein, SPV en redactieleden

Inleiding

Vijfentwintig jaar NVSPV en zeven regionale studiemiddagen onder het motto 'Brede aanpak' in 2004. Alle Hogescholen in Nederland met een MGZ/GGZ-opleiding organiseren een regionale studiemiddag, laagdrempelig, goedkoop en gericht op verpleegkundige trends uit de sociale psychiatrie. Vandaag, woensdagmiddag 27 oktober 2004, is Enschede aan de beurt. De hal van de Saxion Hogeschool, locatie Enschede is de verzamelplek voor de deelnemers van de zesde studiemiddag ter gelegenheid van het jubileum. Het is overigens een prachtig gebouw, transparant, zowel intern als extern. Het blijkt op het terrein te staan van het voormalige ziekenhuis "Ziekenzorg" en als utiliteitsgebouw in 2001 de Architectuurprijs Twente in de wacht te hebben gesleept. De architect heeft geprobeerd de metafoor van een kleine stad uit te werken met in het gebouw een uitgekiende balans tussen grote openbare ruimten en prettige menselijke werkruimten en is daar zeker in geslaagd.

De aankondiging van de studiemiddag is prikkelend. In de geïndividualiseerde maatschappij is succes, een leuke baan, vitaliteit en leuke vrienden een groot goed. "Eigen verantwoordelijkheid voor het realiseren van zo'n levensstijl is de normaalste zaak. Mensen die dit niet lukt zijn de 'losers', de 'watjes' en de 'gestoorde gekken'. Vooral mensen met een psychiatrische handicap hebben we liever niet als buur. De beeldvorming wordt beïnvloed door de media en bijvoorbeeld soaps op de televisie waarin mensen met een psychische aandoening worden afgeschilderd als gevaarlijk en een bedreiging voor je eigen leefomgeving".

In contacten met cliënten blijkt maar al te vaak welke negatieve rol beeldvorming speelt. Zowel in de familie, werkomgeving als in de eigen buurt geeft dat een reactie: niets zeggen over klachten, net doen of alles goed gaat, of je terug trekken. Schuld en schaamte zijn thema's die een belangrijke en rol gaan spelen en tot belemmeringen leiden. Marginalisatie kan een gevolg zijn. Terecht dat deze problematiek het leidende thema is van een studiemiddag voor SPV-en. De beeldvorming over mensen met een psychische handicap is mede bepalend voor het welslagen van een maatschappelijk bestaan. De organisatoren van deze middag stellen de volgende vragen: "Hoe is beeldvorming te beïnvloeden?" en "Welk beeld hebben wij als hulpverleners van onze cliënten?" en "Ligt er een braakliggend terrein voor SPV-en in de preventie?"

Bij de zaal is een strenge toegangscontrole. Opnieuw inschrijven is het devies als je de gele toegangkaart kaart bent vergeten, ... vooruit dan maar. Bij binnenkomst dien je ook de workshop die je later op de middag wilt volgen op te geven. Vanwege de enigszins tegenvallende belangstelling is er één workshop afgefallen. Ben Venneman mag zijn verhaal over marginalisering en uitstoting bewaren voor een andere keer, dat is jammer. De zaal loopt langzaam vol. Mees Mijnen, plaatsvervangend directeur en manager innovatie van de Academie Gezondheidszorg van de Saxion Hogescholen, opent de studiemiddag met een welkomstwoord. Hij feliciteert de NVSPV met haar jubileum en deze 6e studiemiddag op rij.

Uiteraard zegt hij iets over de veranderende opleidingsstructuur en op hoeveel verschillende manieren hierop wordt geanticipeerd. De microfoon stopt ermee, blijkbaar ligt het onderwerp gevoelig. Hij noemt het interessante ontwikkelingen die vanuit Enschede met argusogen bekeken worden.

Jan Medendorp, journalist van onder meer RTV Oost, is voorzitter en deze middag is hij in vorm. Hij heeft een levendige presentatie, daagt uit en stelt prikkelende vragen.

Stigmatiseren wij?

Herro Kraan, de hoofdspreker van deze middag, start als eerste. Kraan is psychiater en opleider bij Mediant GGZ te Enschede, waar hij tevens leiding geeft aan het crisis- en aanmeldteam. Daarnaast is hij bijzonder hoogleraar aan de Universiteit Twente met als leerstoel 'sociale en communicatieve aspecten van de psychiatrie'.

Hij vindt het moedig dat het onderwerp stigmatisering op de agenda is gezet voor deze studiemiddag. Volgens hem is het onderwerp zelf namelijk gestigmatiseerd. In studieboeken en lezingen over de psychiatrie wordt nauwelijks of geen aandacht aan het thema besteed. Door middel van stemkastjes laat hij het aanwezige publiek eerst aan zelfonderzoek doen. In welke mate stigmatiseren wijzelf eigenlijk?

Een aantal stellingen wordt geprojecteerd op een scherm. Na wat geoefend te hebben met de stemkastjes, kan er serieus gestemd worden vóór of tegen de volgende stellingen:

- Wij, sociaal psychiatrische verpleegkundigen, stigmatiseren nauwelijks.
- Mannelijke sociaal psychiatrisch verpleegkundigen stigmatiseren meer dan hun vrouwelijke collega's.
- Ik heb er geen bezwaar tegen dat er een psychiatrische patiënt naast me komt wonen.
- Ik heb geen bezwaar tegen vriendschap met een psychiatrische patiënt.
- Ik heb er geen bezwaar tegen dat een psychiatrische patiënt op mijn kinderen past.
- Ik heb geen bezwaar tegen een psychiatrische patiënt als mijn collega.
- Ik heb er geen bezwaar tegen dat mijn kind trouwt met een psychiatrische patiënt.

De laatste vijf stellingen vallen onder de zogenaamde 'sociale afstandsschaal', waarmee je stigmatisering kunt meten.

Opvallend is dat bij het aanwezige publiek weinig bezwaren zijn tegen vriendschap of samenwerking met een psychiatrische patiënt. Als het gaat om een patiënt als buurman of buurvrouw wordt de zaal al iets minder tolerant. Bij oppassen op kinderen of een psychiatrische patiënt als schoondochter of schoonzoon worden we duidelijk wat minder gemakkelijk. Maar uiteindelijk blijven we redelijk tolerant. Kraan noemt het bijvoorbeeld dat in Japan een psychiatrische patiënt geen huwelijkskeuze is, men is daar veel stiller dan wij hier zijn. Hij vraagt zich wel hardop af in welke mate wij vanmiddag sociaal gewenste antwoorden geven.

In de jaren 80 beschreef Erving Goffman het proces van stigmatisering. Hij benoemde het als een sociologisch fenomeen. Hij stelt dat stigma niet zozeer een persoonlijk, maar een situationeel fenomeen is. Een stigma hebben personen niet aan zichzelf te danken, maar ontstaat door de manier waarop de omgeving met hen omgaat. Stigmatiserende tekenen in de psychiatrie zijn onder meer het bizarre of problematische gedrag van de patiënt, dat vaak tot uiting komt in de communicatie en de fysieke onaantrekkelijkheid door extrapiramidale verschijnselen.

Oorzaken van stigmatisering

Herro Kraan stelt dat het gemakkelijk is om in stereotypen te denken, het gaat vanzelf. Wij leren al vroeg om in typische beelden te denken: het maakt de verschillen binnen een sociale groep kleiner en het vergroot de verschillen buiten de groep. Stereotypering geeft een efficiënte sociale categorisering en het activeert denkschema's. Stereotyperingen over psychiatrische patiënten zijn: patiënten zijn gevaarlijk, gewelddadig en angstaanjagend, ze hebben geen controle en zijn dus onberekenbaar, daarnaast zijn ze meelijwekkend en zwak. De filmindustrie maakt dankbaar gebruik van deze stereotyperingen (films over seriemoordenaars en traumatische gebeurtenissen). Verhalen over de psychiatrie zijn vaak spraakmakend, spectaculair en hebben grote nieuwsaarde. Denk aan onze voormalige depressieve prins, kindermishandeling en dwangbehandelingen. Vaak roepen stereotyperingen over psychiatrische patiënten emotionele of morele reacties op. Opsluiting, tucht en bescherming zijn termen die al gauw worden genoemd. Een andere oorzaak van stigmatisering ontstaat als de verantwoordelijkheid en beheersbaarheid van afwijkend gedrag bij de patiënt worden gelegd: oorzakelijke toeschrijving wordt dit genoemd. Hierin ligt volgens Kraan de intentie voor discriminerend gedrag.

Gevolgen

De gevolgen van stigmatisering zijn talrijk. Bijvoorbeeld de symptomen van een bepaald ziektebeeld kunnen worden ontkend, bijvoorbeeld somatische klachten, waardoor er tekortgeschoten wordt in de verwijzing naar een goede behandeling. Er is minder kans bij een sollicitatie of woningtoewijzing. Zo kunnen nog talloze voorbeelden genoemd worden.

Schrijnend is het wanneer de psychiatrische patiënt zichzelf door stigmatisering terugtrekt. Er kan heel veel schaamte zijn en de vraag 'wat moet ik wel of niet zeggen over mijn ziekte' speelt vaak een grote rol. De patiënt kan er voor kiezen te wijgen en zich verder te isoleren. Bovendien wordt hierdoor de kans op stress verhoogd, waardoor er ook weer eerder een terugval kan zijn. Kraan gaat nog een tijdje door met het opsommen van de gevolgen van stigmatisering. Interessant is wanneer hij naar onze beroepsgroep gaat kijken, wat betekent het voor SPV-en? In de gezondheidszorg gaat er aanzienlijk minder geld naar de GGZ en subsidies lopen vaak achter. De status van ons beroep kan hierdoor lager zijn. Hij spreekt hier over een verborgen stigma.

Destigmatisering en preventie

Volgens Kraan zijn er een aantal mechanismen noodzakelijk om te destigmatiseren. Goede voorlichting, uitleg en contact aangaan met degenen die gestigmatiseerd worden zijn het meest voor de hand liggend. Maar soms is protest, verzet en zelfs aanpassing van de wetgeving nodig. Hij heeft een speciale slotboodschap voor SPV-en. Wij zijn degenen die bruggen kunnen en moeten bouwen. We kunnen helpen door goede voorlichtingen te geven aan zowel de omgeving als aan de patiënt zelf. Te denken valt ook aan bemiddelen bij bijvoorbeeld arbeid. Het is belangrijk om de dynamiek rondom stigmatisering te herkennen, ook bij jezelf. Hoeveel emotionele distantie heb jij bij bepaalde typen patiënten? Met deze vraag besluit hij zijn betoog.

Een persoonlijk relaas

De vice-voorzitter van cliëntenraad van Mediant, bespreekt het thema beeldvorming vanuit het cliëntenperspectief en doet dit op persoonlijke wijze. Nadat ze jarenlang had gewerkt raakte ze ontregeld door een dissociatieve identiteitsstoornis en moest opgenomen worden. Daarna werkte ze een tijdlang met behoud van uitkering. Ze heeft last van het gat in haar CV en de uitgesproken uitlatingen van collega's over mensen met een psychische handicap. Ze raakt langdurig in de ziektewet. Na jarenlang therapie vraagt ze af en toe om een weekje opname, 'even de touwtjes kunnen laten vieren'.

Maar op de betreffende afdeling wordt ze niet serieus genomen, ze moet vooral haar eigen verantwoordelijkheid nemen en op deze manier streefde het middel zijn doel voorbij. Ook de aanvraag voor een casemanager liep uit op een teleurstellende ervaring, de aanvraag liep een jaar vertraging op, anderen gingen haar voor. Volgens haar vooral door de negatieve aandacht die werd opgeroepen door automutilatie en acting out gedrag om te laten zien dat de nood hoog was. Zij blijft achter met het idee dat ze gestraft wordt voor aangepast gedrag.

Ze wil vervolgens graag reïntegreren en ondergaat een keuring, inclusief vragenlijsten invullen en dergelijke. Ze moet zich verdedigen omdat ze niet past binnen het profiel van een iemand met Dis, haar beperkingen vallen nu eenmaal niet van de buitenkant af te lezen. Op sociaal gebied lukt het niet om nieuwe contacten te leggen. Door allerlei negatieve ervaringen in hulpverlenerland heeft ze geen moed en vertrouwen meer om relaties aan te gaan en voelt ze zich eenzaam op het gebied van haar stoornis. Het is een aangrijpend betoog. Ze sluit af met een vraag aan de toehoorders: "Ik hoop dat u nagaat hoe u hiermee om gaat en er eens over nadenkt. Er zijn namelijk meer patiënten buiten de instelling dan binnen en ze zien er heus niet allemaal uit als een klassieke patiënt".

Workshops

De pauze is geïntegreerd in de drie workshops en in de verschillende lokalen staat koffie klaar. Er is een workshop over afstemming en samenwerking met justitie, arbeid contra stigma en preventie met kansen vòòr behandeling. Deze laatste wordt begeleid door Jaap te Velde en Martin Morsman. Er zijn 18 personen op af gekomen met achtergrond van SPV, student en docent.

Jaap trapt af en legt aan de hand van een PowerPoint presentatie uit dat SPV-en steeds minder aan preventie doen terwijl het juist van groot belang is om vroegtijdig aan te sluiten om zo min mogelijk ziektelast te krijgen. We worden onderwezen over preventie en de samenhang tussen gezondheidsstatus en gezondheidszorg en het spectrum van preventie. De onderverdeling in preventie is vernieuwd, er wordt nu gesproken van Universele preventie (vanuit de gemeente, voorlichting), Selectieve preventie (gericht op één thema of doelgroep, bijvoorbeeld eenzaamheid) en Geïndiceerde preventie (bijvoorbeeld de 'In de put, uit de put'-cursus). Jaap spitst zijn betoog toe op preventieve activiteiten bij ouderen en community-interventies. De activiteiten bij ouderen waarbij de SPV een rol kan spelen zijn cursorische onderdelen zoals de In de put, uit de put'-cursus voor 55+, maar ook, vroegsignalering en psycho-educatie. De community-interventie is interessant. Wat kun je doen in de wijk, hoe kun je als SPV samenhang bereiken en waar liggen de kansen. Hoe sluit je aan bij lokale situaties, de huisarts, woningbouwvereniging, maatschappelijk werk en andere organisaties?

Martin Morsman gaat in zijn deel van de duo-presentatie in op vroegdetectie. De prodromale fase, de periode voor de komst van floride psychotische symptomen en de periode van de niet gediagnosticeerde en behandelde psychose. Vervolgens vertelt hij over de periode om in contact te komen met de specialist (delay). In Nederland duurt deze keten zes maanden en in Australië 2½ jaar. Via de gevolgen van uitstel van behandeling en de voordelen en strategieën van vroeg detectie, komen we terecht bij een casus die, hoe kan het ook anders, het belang van vroegdetectie onderstreept.

De groep wordt opgesplitst en we proberen aan de hand een geschetste situatie kritisch te zijn naar de bril waardoor we kijken en de vinger aan onze pols te leggen met de vraag hoe 'open-minded' we zijn. Aan den lijve voel ik hoe lastig het is om van mijn eerste indruk af te komen.

Herro Kraan verzorgt samen met Job van 't Veer de workshop: Arbeid contra stigma. Van 't Veer, docent psychologie aan de Hogeschool in Leeuwarden, is bezig met een promotieonderzoek rond dit thema en wordt daarin begeleid door Kraan. Na een korte inleiding die goed aansluit bij de inleiding van Kraan, kijken we naar een video opname van een gesprek tussen een reïntegratiedeskundige en een vrouw met persoonlijkheidsproblematiek die onlangs startte met een nieuwe baan. De destigmatiserende factor in dit gesprek op de band moet vooral liggen in het contact tussen de twee, maar er gaat nogal wat mis in het gesprek. Wij moeten ons verdiepen in het gesprek en benoemen wat goed loopt en waar het mis gaat. Kraan en Van 't Veer benadrukken de destigmatiserende factoren in een gesprek: gelijkwaardigheid, vrijwilligheid, direct persoonlijk zijn en een gezamenlijk doel dienen. We houden weinig tijd over, voor de specifieke rol van een SPV bij arbeidsreïntegratie is helaas geen gelegenheid meer.

Tot slot

Na de workshops volgt voor half leeggelopen zaal nog een korte terugkoppeling van de workshops. Jaap te Velde kijkt terug op een geweldige studiemiddag. De slotconclusies na deze dag is dat preventieactiviteiten belangrijk zijn voor de beïnvloeding van beeldvorming. Vroegtijdige signalering, ontwikkeling van 'terugval' preventieprogramma's en een kritische zelfreflectie dragen bij aan positieve beïnvloeding van de beeldvorming. Het terrein dat bij aanvang van de middag voor SPV-en braak lag heeft in ieder geval enige vorm en inhoud gekregen.
