

SCHIZOFRENIE EN ARBEID

Over symptomen, stoornissen en handicaps

Als iemand een lichamelijk gebrek heeft opgelopen dan kan de keuringsarts daar direct uit afleiden voor hoeveel procent die persoon arbeidsongeschikt is.

De arbeidsdeskundige kan banen aanwijzen die nog wel en net niet meer haalbaar zijn.

En het revalidatiecentrum kan gericht bepaalde functies trainen en voor andere prothesen zoeken.

Maar heeft iemand Schizofrenie dan staan keuringsarts, arbeidsdeskundige en revalidatiecentrum met de handen in het haar. Want hoewel we in de psychiatrie al tijden tegen elkaar roepen dat er naast het "ziekte-model" toch vooral ook een "handicap-model" gehanteerd moet worden weten we eigenlijk helemaal niet wat een psychiatrische handicap voor een ding is.

In dit artikel probeer ik aan de hand van de patiënten die ik begeleid een aantal theoretische modellen te toetsen met betrekking tot de arbeidshandicap die het gevolg zou kunnen zijn van de aandoening Schizofrenie.

De patiënten waar ik hier over spreek, hebben met elkaar gemeen dat ze allemaal de afgelopen vijf jaar minstens één keer zijn opgenomen geweest in het Sociaal Psychiatrische Dienstencentrum in Amsterdam (SPDC), regio centrum/oud west.

Verder hadden ze bij opname nog geen goed contact met een andere begeleider (van de Riagg bijvoorbeeld). Anders waren ze niet bij mij op de polikliniek gebleven.

Van de veertig patiënten die ik begeleid hebben er eenentwintig een of meer psychosen achter de rug die wij als schizofreen gekwalificeerd hebben met

de criteria van DSM.

Allen wonen zelfstandig, maar sommigen hebben vaker de kliniek nodig dan anderen. Onze kliniek verschaft ruime gebruiksmogelijkheden: je kan er slapen voor kortere of langere tijd, je kan er programma-onderdelen volgen, je kan er eten, douchen of af en toe een kopje koffie komen drinken tussen (half)bekende gezichten. Het soort gebruik dien je wel eerst afgesproken te hebben met je "case

Frank van den Berg

Frank is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkt als casemanager bij het Sociaal Psychiatrisch Dienstencentrum te Amsterdam Oud West.

manager", zoals mijn functie heet (1)). Tot mijn groep horen ook enkele mensen die niets met het SPDC te maken willen hebben, bijvoorbeeld omdat ze van mening zijn niets te mankeren.

Een Handicap ?

- Hebben mensen met Schizofrenie een arbeidshandicap ?
 - Wat is een arbeidshandicap !
- Dat is heel wat minder eenvoudig te zeggen dan het lijkt, maar laten we beginnen met een voorlopige werkdefinitie. Een arbeidshandicap is "de nadelige positie van een persoon welke de normale vervulling van de arbeidsrol begrenst of verhindert" (2). De vraag laat zich dus herformuleren

als: Heeft iemand met de diagnose Schizofrenie een nadelige positie op de arbeidsmarkt ten opzichte van iemand met dezelfde arbeidsmarkt-kenmerken (zoals opleiding, leeftijd, geslacht, sociaal-culturele achtergrond).

Nogal simpel, lijkt dat op het eerste gezicht. Wat Schizofrenie ook is, het is een zware diagnose en dat is een nadeel op de arbeidsmarkt. Maar dat is veel te simpel. Dat blijkt uit de twee volgende parallelle vragen:

- A. Heeft iemand met de diagnose Schizofrenie een nadelige positie op de arbeidsmarkt ten opzichte van iemand met dezelfde arbeidsmarkt-kenmerken, waaronder een zware medische diagnose van welke aard ook.
- B. Hebben Harry of Marianne (3) uit mijn patiëntengroep een nadelige positie op de arbeidsmarkt omdat zij Schizofrenie hebben? Harry en Marianne hebben toevallig (?) beiden een goede betaalde baan.

Op vraag A. is het antwoord van de internationale literatuur duidelijk, zo schrijft Jaap van Weeghel van het NcGv in zijn vorig jaar verschenen proefschrift over deze materie (4):

"Resumerend laten de bevindingen van vele recente empirische studies weinig heel van de suggestie (...) als zou de psychiatrische diagnose er nauwelijks toe doen als het gaat om arbeidsparticipatie. Vooral de diagnose Schizofrenie gaat in het algemeen gepaard met een grotere kans op werkloosheid".

De studies die hij hier resumeert zijn grootschalige, langdurige epidemiologische studies uit onder meer Amerika en Canada "waarin personen met schizofrenie ook beduidend vaker geen werk hebben dan personen met affectieve psychosen, neurotische stoornissen of depressies." Maar dan komt er weer zo'n

verwarrende toevoeging: "In deze studies delen personen met schizofrenie hun slechte positie op de arbeidsmarkt overigens wel met anderen: personen met verslavingsstoornissen, met antisociale persoonlijkheidsstoornissen of met anorexie" (Van Weeghel p. 98)

Het zijn steeds dit soort toevoegingen die Van Weeghel doet vermoeden dat "andere factoren het arbeidsfunctioneren van (ex)psychiatrische patiënten beter kunnen voorspellen" dan de diagnose. Daar gaat het boek dus verder over en dat zullen Harry en Marianne uit mijn vraag B. geheel kunnen bevestigen. En als begeleider heb ik met hen te maken en niet met grootschalige studies.

Van Weeghel vat de resultaten van veel lange termijn onderzoek naar de levenswandel van mensen met schizofrenie als volgt samen: *"Deze studies laten zien dat mensen met schizofrenie (...) een heterogene groep vormen en de meest uiteenlopende levens- en ziektegeschiedenissen hebben. (...) Ongeveer een kwart van de onderzochte personen herstelt volledig, terwijl ongeveer 40 procent gedeeltelijk van hun stoornis herstelt, waarbij sommige nog veel en anderen nauwelijks meer last hebben van primaire symptomen. Verder bleek dat de lange termijn uitkomsten van individuele gevallen niet te voorspellen waren"* (p.204).

En als je terugkijkend al geen factoren kunt vinden die een slechte uitkomst voorspellen, dan kan je dat vooruitkijkend al helemaal niet.

Maar ik hoef met mijn patiënten natuurlijk niet zo'n lange periode vooruit te kijken als waarover deze studies gaan (20 'a 30 jaar). Bij het stellen van rehabilitatie-doelen vraag ik mij

gewoonlijk met hen af : Wat wil je de komende twee maanden bereikt hebben en wat zou je over één 'a twee jaar willen bereiken.

Arbeidsrehabilitatieprojecten als Stichting Nieuwe Werkvormen in Amsterdam en De Schalm in Haarlem stellen ook vaak doelen op een termijn van twee jaar.

Functiestoornissen

Laten we de kwestie eens van een hele andere kant bekijken. Wat zouden mijn patiënten eigenlijk mankeren ? Het begrip Schizofrenie op zich zegt niet zoveel anders dan dat ze een bepaalde periode psychotisch zijn geweest. Maar welke stoornissen hebben ze die relevant zijn voor hun functioneren op de arbeidsmarkt.

Er is intussen veel onderzoek gedaan naar stoornissen in psychologische functies van mensen met schizofrenie. Neuropsychologen zijn in toenemende mate bezig hun testapparaat, dat geijkt is in de neurologie, op mensen met schizofrenie los te laten. Steeds vaker ook leggen ze patiënten terwijl die zo'n psychologische test maken, onder apparaten die hun hersenactiviteit kunnen meten. En psychiaters gaan in toenemende mate patiënten te lijf met lijsten waarmee allerlei symptomen van schizofrenie en aspecten van dagelijks functioneren gescoord kunnen worden om ze vervolgens met elkaar in verband te brengen.

De gegevens die hieruit naar voren komen zijn vooralsnog erg onoverzichtelijk en divers en spreken elkaar vaak tegen. Maar een aantal patronen tekent zich af:

1. Mensen met schizofrenie scoren op veel psychologische tests minder dan gezonde mensen of mensen met bijvoorbeeld depressies. Maar de verschillen tussen mensen

met schizofrenie onderling zijn ook weer gigantisch, van geen stoornis, tot ernstige stoornissen.

2. Samenhangen in stoornissen en symptomen lijken erop te wijzen dat de "ziekte" schizofrenie in drie syndromen uiteen valt 5):
 - 2a. De groep met vooral symptomen van "realiteitsvervorming", welke veelal de positieve symptomen worden genoemd: hallucinaties, achtervolgings- en betrekkingswanen. Deze groep blijkt eigenlijk geen stoornissen te vertonen als je ze psychologische testen afneemt, behalve uiteraard waar het de inhoud van de wanen of hallucinaties betreft.
 - 2b. De groep met vooral symptomen van "desorganisatie": inadequaat affect, armoede van taal-inhoud, incoherente, wijdlopende taal. Verhoogde afleidbaarheid, bizar gedrag, onlogisch denken. Deze symptomen lijken samen te hangen met de stoornissen in concentratievermogen, oriëntatie, inprenting en misperceptie van eigen en andermans gedrag.
 - 2c. De groep met vooral "psychomotorische armoede". Stoornissen zijn dan: stoornissen in doelgericht handelen en de automatisering daarvan na training en stoornis van conceptueel denken en van het lange termijn geheugen.

Ik heb geprobeerd mijn patiënten vanuit mijn observaties in deze groepen in te delen, maar dat lukt me niet. Er zijn er toch heel wat met een combinatie van symptomen uit alle drie de groepen. Over het algemeen heb ik wel het idee dat mensen met alleen wanen en hallucinaties en verder geen van de overige genoemde symptomen het beter doen in de rehabilitatie.

Bekend is natuurlijk ook het gegeven dat hallucinaties goed reageren op anti-psychotica, wanen minder en de andere genoemde symptomen nog minder. Sterker: symptomen als concentratie verlies en slechte inprenting kunnen door anti-psychotica aanzienlijk verslechteren.

Met name het symptoom: misperceptie van eigen en andermands gedrag, zeg maar "oordeels- en kritiekstoornissen", kunnen volgens mijn observatie bij alle drie de groepen voorkomen en zijn een belangrijke factor bij het veroorzaken van een arbeidshandicap.

Neem nou Harry. Hij is achterin de twintig en heeft met de hoogste cijfers een vakdiploma gehaald in de bouw. Hij verdient al goed en de banen worden hem aangeboden. Hij wordt zeer heftig gestoord door hallucinaties. Het zijn stemmen die hem uitschelden, bedreigen en beledigen. Hij is ervan overtuigd dat het stemmen zijn van leden van een bende die erop uit is om mensen die zwak staan in de samenleving, nog verder te laten ontsporen. Mensen die bijvoorbeeld hasj gebruiken of psychiatrisch patiënt zijn. De bende is achter het geheim gekomen van oosterse kennis waardoor ze in staat zijn hun materiële lichaam te verlaten en los te komen van tijd en plaats. Hij is een jaar of twee heel angstig geweest voor deze stemmen, maar is nu vast van plan het complot ooit onschadelijk te maken door ook deze oosterse kennis te achterhalen. Hoe kon hij ondanks deze verstoring van zijn geest toch zo goed studeren en werken? Door volstreekte concentratie, met uiterste wilsinspanning, op zijn studie. *"Je moet je eens voorstellen hoe het is om een boek te lezen als steeds 40 procent van je aandacht uit je hoofd getrokken wordt door andere krachten", zegt hij. En: "Ik heb nu alles op mijn*

werk gezet, ik heb geen tijd meer voor sociale contacten. Dat komt later wel." Wat ik aan hem zie is een dwangmatige precisie in werken, hij kan nergens echt van genieten, maar is niet affect-vlak en evenmin depressief. Hij heeft een geweldig sterke wil die op een dwangmatige manier wordt gestuurd, ook bijvoorbeeld in zijn manier van piano-studeren. Dagenlang toonladders en vingeroefeningen, zelden een melodie. Hij is ermee gestopt omdat hij vindt dat muziek ook iets met genieten en muzikale improvisatie te maken moet hebben en dat kan hij niet. Hij heeft een paar keer een pilletje anti-psychotica geprobeerd, maar voelde meteen dat dat niet goed voor hem was. Dat zou juist die wilskracht teniet doen. En vertrouwen dat het helpt tegen de stemmen heeft hij niet. Hij rookt niet, drinkt nauwelijks en is erg van zijn eigen uitverkorenheid overtuigd, maar is toch heel vriendelijk, zelfs lief in het contact.

Zet daarnaast Henriette. Bijna veertig. Gestudeerd, talen, zeer intelligent, maar net niet afgestudeerd omdat ze kort daarvoor psychotisch werd. Hoorde stemmen, was zeer achterdochtig. Dacht dat de professor bij wie ze af moest studeren het sexueel op haar gemunt had. Deze waan heeft ze in vijftien jaar thuis zitten uitgebouwd via allerlei connecties met het Zweedse koningshuis enerzijds en tantrischistische inzichten anderzijds. Ze functioneerde alleen nog maar op hasj en is wegens burenruzies en zelfverwaarlozing met een i.b.s. opgenomen. De opname duurde relatief kort. Ze reageerde goed op medicatie, accepteert het schizofrenie-concept, kan opkomende psychosen herkennen en zelf behandelen met medicatie, stress-reductie en overleg met behandelaren.

Maar ze vindt geen werk. En niet vanwege de arbeidsmarkt. Want met haar type-diploma, intelligentie en taalgevoel zou ze heel goed in de arbeidsrehabilitatieprojecten terecht kunnen, met reële kans op doorstroming naar betaald werk. Maar...ze is wat je noemt "krenkbaar". Als ze "beneden mijn niveau" moet werken dan verzet iets binnenin zich zo heftig dat ze er achterdochtig van wordt (of is het andersom?). We hebben het geprobeerd via de omweg van vrijwilligerswerk op hoog niveau (vertalingen), maar ook daar was er wel eens kritiek en die werd meteen achterdochtig verwerkt. We hebben het geprobeerd via de omweg: heel ander werk dan je eigen vak. Dat heeft als voordeel dat je het niet hoeft te vergelijken met het niveau dat je voor jezelf had klaargelegd. Maar daar liet ze het steeds met ingewikkelde filosofische redeneringen afweten. Toch zegt haar geweten dat ze absoluut moet werken, want een uitkering is nog het ergste wat je kan overkomen. Mijn begeleiding richt zich nu op het uitbreiden van sociale contacten. Want ze heeft erg de neiging om zich weer met haar fantasieën volledig terug te trekken in huis. We denken allebei dat dat psychose-bevorderend is. En laat werk maar zitten, dat komt over tien jaar wel, hoop ik met de hand op Van Weeghels lange termijn onderzoeken.

Overigens: ook Henriette is dwangmatig precies in wat ze doet, net als Harry. Beide zijn achterdochtig, stemmen, wanen, narcistisch, maar toch aardig. Het verschil zit vooral in de sociale presentatie. Zij ziet er echt achterdochtig en als "loner" uit. Met hem zou je zo een potje gaan biljarten en je zou na afloop niets weten over wat er zich ondertussen aan angstige

gedachten en geluiden in zijn hoofd had afgespeeld.

Zij vertelt dat haar concentratievermogen wordt aangetast door anti-psychotica in een hogere dosis dan de onderhoudsdosering. "In mijn psychotische jaren was mijn concentratie juist heel sterk gericht op één punt. Vorige maand (onder de onderhoudsdosering) kon ik nog gewoon lezen en vertalen. Maar nu (met een verhoogde dosering) kan ik geen zin meer als geheel begrijpen en opnemen. Ik lees alleen aparte woorden."

Deze voorbeelden maken duidelijk dat de schizofrenie-driedeling mij niet verder kan brengen bij het beoordelen van de arbeidshandicap van deze twee patiënten. Beiden zou ik in de eerste groep plaatsen. Beiden hebben een narcistische krenkbaarheid. Maar de ene kan die tot wilskracht omsmeden, bij de ander blijft het een krenkbaarheid die tot psychose neigt. Henriette heeft bovendien een moeilijk beschrijfbaar contactstoornis, gevoerd door zichtbare achterdocht. "Misperceptie van ander-mans gedrag", zou je het kunnen noemen, maar dat was groep 2, de desorganisatie. En verward is ze niet. Beiden zijn dwangmatig precies, zou dat overigens geen "coping" kunnen zijn van dreigende desorganisatie? En wat te zeggen van de uitkomsten van dit alles: Henriette heeft geen werk, maar lijkt wel meer te genieten van het leven. Harry jaagt werk en hoge levensdoelen na, maar bekoopt dat met gebrek aan rust. Wie is er eigenlijk beter af?

Beperkingen

Kunnen we wel een weg uitzetten van logische verbanden beginnend bij symptomen, via psychologische Functiestoornissen naar

arbeidshandicap ?

En welke tussenstations zouden er op die weg nog meer zijn ?

Slooff en Appelo (6) die in Assen een cognitief trainingsprogramma hebben opgezet voor schizofrenen, maken melding van een model met veel meer tussenstations. Het "impairment model" van Wing. Impairment is het beste te vertalen met "beperking". Wing onderscheidt vier soorten "beperkingen" die met elkaar ingewikkelde verbanden onderhouden. Wat natuurlijk al aardig zou kunnen verklaren waarom je niet zomaar een beperking aan iemand afziet.

De vier nivo's van impairment van Wing zijn de volgende:

1. Fundamentele stoornissen in psychologische functies, dus de Functiestoornissen zoals Neuropsychologen die meten, maar ook de duidelijk zichtbare symptomen als stoornis in waarneming, bewustzijn, angstregulatie etc. Wing noemt dit "**primaire beperkingen**". Bij Harry en Henriette zijn dit: stoornis in waarneming (stemmen). Mogelijk is bij Henriette de achterdocht een primaire stoornis, terwijl het bij Harry een secundaire is.
2. **Secundaire beperkingen** vormen de storende reacties van de patiënt op zijn eigen symptomen. De waan van de onderwereld-bende die met oosterse technieken in zijn brein kan inbreken is typisch zo'n verklarende waan. Angst, ageren, krenking, ontkenning etc. zijn secundaire beperkingen. Ik heb twee patiënten die nauwelijks meer normaal konden functioneren van angst toen ze net last kregen van hun stemmen. Maar intussen zijn ze eraan gewend, hebben ze er een verklaring voor en kunnen er heel aardig mee leven.

"Waanrust", heette dat altijd.

3. Er is een relatie tussen deze reactie op de symptomen en de persoonlijkheidskenmerken van de patiënt. Als die persoonlijkheid altijd al krenkbaar was of neigend tot regressie of agressie, dan noemt Wing dat "**pre-morbide beperkingen**". Beperkingen die er al waren voor de psychose kwam. Harry's geweldige wilskracht is zo'n premorbide karaktertrek die nu pas goed naar boven komt en deels zijn grote kracht is, maar deel ook zijn zwakke stee: het jaagt hem ook vreselijk op en het neigt naar depressie als er een knik komt in de carrière die nu nog zo snel opwaarts gaat.
4. De "**tertiaire impairment**" is de reactie van de patiënt op de reactie van de omgeving op zijn symptomen. Henriette's ouders bijvoorbeeld hebben zeer bemoeierig gereageerd op haar symptomen. Vader vindt dat ze pers'e werk moet zoeken want dat is goed voor haar. Henriette heeft enerzijds de neiging te doen wat vader zegt, anderzijds om dat juist niet te doen. Daardoor is een rustig en overwogen uitzetten van een stappenplan op dit gebied niet mogelijk. Soms stort ze zich op een sollicitatie, dan wil ze weer helemaal niets of komt ze met redeneringen die niet logisch te volgen zijn, een soort smoesjes. Als die met vaders bemoeienis te maken hebben, zou het hier om een tertiaire beperking gaan. Maar het kan ook dat ze eigenlijk te achterdochtig is om te gaan werken, vandaar de smoesjes. Dan zou de smoesjes-beperking naar een primaire handicap verwijzen.

Dit model van Wing heeft het grote voordeel dat er meteen therapeutische noties uit af te leiden zijn. Primaire beperkingen zijn vrijwel alleen met medicatie te beïnvloeden (7). De andere op andere manieren, met systeem-interventies of met psycho-educatie of met handiger gebruik leren maken van karaktereigenschappen etc. Het nadeel moge duidelijk zijn: kom er maar eens achter wat wat is.

Intussen hebben we hier het begrip "impairment", "beperking" ingevoerd naast het begrip handicap. Een "handicap" zoals we die hierboven gedefinieerd hebben is eigenlijk het effect op de arbeidsmarkt van alle beperkingen bij elkaar.

Onze handicap-diagnostiek bij schizofrenie staat nog maar in de kinderschoenen, zoveel is wel duidelijk.

Naar de vloer

Nog een hele andere invalshoek. We gaan eens op de arbeidsvloer kijken wat we daar aan "impairments" tegenkomen.

In het onderzoek waarmee arbeidsrehabilitatieproject De Schalm (7) in Haarlem is geëvalueerd, is uitgebreid gekeken naar de arbeidsvaardigheden van de (ex-)psychiatrische patiënten die daar werkten. De tekorten die daarin gesignaleerd worden zullen we maar "algemene arbeidsbeperkingen" noemen. Waarmee we weer een categorie aan ons handicap-model hebben toegevoegd. Het meetinstrument is een internationaal erkende en valide bevonden vragenlijst. In De Schalm is de vragenlijst voorgelegd aan de werknemers en aan de werkbegeleiders. Met de laatsten zijn nog uitgebreide interviews gehouden over de antwoorden die ze hadden ingevuld. De lijst telt zes items die ik

hier zal noemen, omdat ze nuttig zijn als checklist als je iemand begeleidt in zijn werk.

De hoofditens zijn:

1. Taakcompetentie. (uitgesplitst in o.a. instructie begrijpen, handigheid)
2. Werkhouding. (o.a. werktijden aanhouden, werk afmaken)
3. Sociaal functioneren (o.a. met autoriteit kunnen omgaan en tegen kritiek kunnen).
4. Zelfvertrouwen/initiatief. (o.a. zelf werk zien en aanpakken)
5. Inzicht. (o.a. eigen capaciteiten kunnen inschatten)
6. Algemeen (begeleiding nodig hebben; een werkgever zou de deelnemer in dienst willen)

Heel veel Schalm-deelnemers bleken op deze items tekort te schieten. De top drie van meest genoemde beperkingen is:

1. Initiatief/zelfvertrouwen. Volgens de begeleiders mankeerde daar bij 79 procent van de deelnemers iets aan. In de interviews zegt men: heel veel deelnemers doen pas iets als je het ze opdraagt, ze zien zelf geen werk liggen.
2. Sociaal functioneren. Wordt genoemd bij 76 procent van de deelnemers. Velen nemen kritiek van begeleiders of opmerkingen van klanten persoonlijk op. Ze lijken moeilijk een scheiding aan te kunnen brengen tussen hun rol als werknemer en als privé-persoon.
3. Werkhouding, 71 procent. De meest genoemde beperkingen zijn: niet continu doorwerken, vaak pauzeren, taken niet afmaken, snel moe zijn, eerder weggaan.
Helaas is er, voor zover mij bekend, met deze vaardighedenlijst nog geen schizofrenie-onderzoek gedaan. De Schalm weigert bijvoorbeeld principieel om een diagnose van de

deelnemers te noteren. Maar als ik naar mijn 21 schizofreniepatiënten kijk kan ik bovenstaande alleen maar bevestigen. Ik zie ze natuurlijk niet werken, maar als ik ze op deze items scoor, kom ik ook steeds uit op ongeveer 75 %. De twee patiënten met betaald werk hebben op deze items geen beperkingen.

Maar wijzen deze arbeidsbeperkingen direct terug naar symptomen van schizofrenie? En zo ja, is daar iets aan te doen?

Daar zijn geen onderzoeksgegevens over te vinden. Maar het lijkt me toe dat er dan weinig te trainen valt bij patiënten waarbij het sociaal vermogen "primair" of "premorbid" beperkt is. Ik denk dat het belangrijker is om in die gevallen te streven naar aanpassing van de werkplek, door werk goed af te bakenen en werkbegeleiders veel tolerantie bij te brengen.

Geduld

En dan zijn er tot slot nog de factoren die Van Weeghel vond in zijn onderzoek naar het arbeidssucces van 600 patiënten uit Nederlandse "zorgvernieuwingsprojecten". Dat zijn ook weer hele andere indicatoren. Van Weeghel onderscheidt vier groepen: mensen zonder dagbesteding, mensen met vaste dagbesteding, deelnemers aan arbeidsrehabilitatieprojecten en mensen met echt betaald werk. Een opmerkelijke vondst is dat de schizofrenie-score netjes afneemt naarmate men dichterbij betaald werk zit. In de groep zonder dagbesteding meer schi-

zofrenie dan in die met vaste dagbesteding en daar weer meer dan de rehabilitatieprojecten en daar weer meer dan de groep met betaald werk. Maar daar staat tegenover dat de diagnose schizofrenie niet de sterkste

factor is die verklaart (in statistische zin) of iemand uit de totale onderzoeksgroep betaald werk zal hebben of niet.

Van alle gescoorde psychiatrische symptomen blijken hallucinaties, zelfverwaarlozing en afleidbaarheid de sterkste voorspellers te zijn voor werkloosheid. Van deze is afleidbaarheid uiteindelijk de allersterkste.

Maar temidden van alle andere gemeten factoren vallen de symptoomfactoren uiteindelijk toch weg.

De factoren die het sterkste voorspellen of iemand uit de onderzoeksgroep betaald werk zal hebben zijn:

Sociale competentie

Het hebben van goede vaste vrienden, en het niet hebben van ruzies met burens en familie is de voornaamste indicator voor het kunnen behalen van betaald werk. Dat komt natuurlijk prachtig overeen met de bevindingen bij De Schalm waar het sociale onvermogen de voornaamste arbeidshandicap bleek.

Zelfredzaamheid op andere gebieden dan arbeid. Arbeid is geen apart competentie-gebied, zoals wel eens gedacht werd.

Gebruik van psychofarmaca.

Mensen zonder pillen hebben een veel grotere kans op werk dan die met. Dit is natuurlijk wel degelijk een factor die verwijst naar de "zwaarte" van de diagnose.

Een opname in een psychiatrische kliniek minder dan een jaar geleden.

Dat geeft steun aan mijn ervaring dat het onjuist is mensen snel na een psychose weer aan het werk te helpen. Geduld is een schone zaak.

Tot slot

Uit bovenstaande blijkt dat er geen directe relatie is tussen de diagnose schizofrenie en het hebben van succes bij Arbeidsrehabilitatie. Er spelen een heleboel factoren een rol waarvan de onderlinge samenhang onduidelijk is. Wel begint het langzamerhand iets duidelijker te worden om welke factoren het zou kunnen gaan. In bovenstaand artikel hebben we er een reeks opgenoemd.

Het lijkt zelfs al enigszins mogelijk om met al deze factoren een redelijk "arbeidsgeschiktheidsprofiel" te maken van een individuele patiënt met schizofrenie. Zowel in het onderzoek van Van Weeghel als op de werkvloer van De Schalm springen de sociale

vermogens eruit als de factoren met het sterkste effect. De stoornissen daarin zouden, volgens de "driedeling" van schizofrenie, vooral horen bij het syndroom "desorganisatie". Maar ik meen bij mijn patiënten te zien dat ze bij alle drie de groepen voorkomen. Het impairment-model van Wing lijkt nuttig om verder uit te zoeken hoe diep deze "sociale beperkingen" in de persoon verankerd liggen, wat een indicatie geeft voor de mate waarin dit door begeleidingsinterventies te beïnvloeden is. Maar al met al lijken we alleen maar verder afgeraakt van de rechtlijnige causale verbanden tussen aandoening, beperking, handicap en training waar we eigenlijk naar op zoek waren.

noten

1. Case manager op het SPDC centrum/oud west in Amsterdam is een verpleegkundige functie. De functie is bedoeld om continuïteit van zorg te garanderen gedurende de hele periode dat een patiënt met het SPDC te maken heeft. Vanaf de gesloten afdeling tot, zo nodig, jaren later op de polikliniek blijft de case manager de vaste begeleider.
2. Definitie zoals die gehanteerd wordt door de overkoepelende vereniging van arbeidsrehabilitatie-projecten in Nederland, PINEL.
3. Namen uiteraard gefingeerd, details van de casussen gewijzigd om herkenning te voorkomen.
4. Weeghel, Jaap van, Herstelwerkzaamheden, arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Utrecht 1995. De studie van Van Weeghel omvat een viertal deel-onderzoeken:
 - a Literatuuronderzoek naar lange termijn beloop van schizofrenie en de kansen op rehabilitatie daarbij.
 - b Een eigen onderzoek naar de arbeidspositie van ruim 600 psychiatrisch patiënten uit 13 "zorgvernieuwingsprojecten" in Nederland.
 - c Een evaluatie-onderzoek naar het functioneren van arbeidsrehabilitatieproject De Schalm in Haarlem, eerder in boek uitgegeven.
 - d Diepte interviews met dertig psychiatrisch patiënten met verschillende arbeidsmarktposities.
5. Dalebout J.A. en J.G. Goekoop, De driedimensionele structuur van positieve en negatieve symptomen; een literatuurbespreking, in: Tijdschrift voor psychiatrie 1993/6
6. Slooff,.. en ..Appelo, Trainingsmodulen voor revalidatie en rehabilitatie van mensen met een schizofrenie. Assen 1994.
7. Op veel plaatsen in Nederland worden momenteel "cognitieve trainingen" georganiseerd voor mensen met schizofrenie. Maar de eerste onderzoeken naar de effecten stemmen niet erg hoopvol, aldus één van de onderzoekers, de psycholoog Van der Gaag vorig jaar op een lezing in het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam.
8. Michon, Harry en Jaap van Weeghel, De Schalm werkt, evaluatie van een arbeidsrehabilitatieprogramma voor mensen met psychosociale en psychiatrische problemen. Utrecht, 1993.