
VROEGE PSYCHOSE ZORG & STIGMATISERING

HANDREIKINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Vincent Meinders, SPV, Parnassia Groep, Centrum Eerste Psychose

Inleiding

Het Handboek Vroege Psychose (Veling et al, 2013) is geschreven door professionals van vroege psychose-teams in Nederland, met als doel gerichte aandacht te hebben voor de eerste fase van de psychosebehandeling. Deze aandacht ontbreekt in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (Van Alphen et al, 2012). Voordat dit boek gedrukt werd, bleek dat stigmatisering in het Handboek nauwelijks behandeld zou worden.

Voor mij was dat de aanleiding om mij te verdiepen in de mogelijkheden die vroege psychose-teams hebben om stigmatisering in hun zorgprogramma te behandelen.

Ten tijde van het schrijven van dit artikel, is het Handboek verschenen. Van Weeghel doet in het Handboek wel aanbevelingen omtrent dit onderwerp; ik heb deze in dit artikel verwerkt.

In de hulpverleningspraktijk komt stigmatisering dagelijks voor: door hulpverleners, naastbetrokkenen, patiënten zelf, werkgevers, docenten, medewerkers van organisaties et cetera wordt er volop gestigmatiseerd. De patiënt zelf wil echter vaak laten zien dat hij juist een mens met beperkingen is, en niet zozeer de beperking zelf. Voorzitter van Anoksis, mevrouw M. Lansen, bevestigt dit: "Kwetsbaarheden en ongemakken moeten worden erkend, maar zouden niet bepalend moeten zijn voor hoe een patiënt zichzelf definieert. Het is constructiever om naast erkenning van de kwetsbaarheid, ook uitdagingen aan te gaan en succesjes te vieren."

De laatste jaren zijn er, met name internationaal, meerdere onderzoeken naar stigmatisering van mensen met een vroege psychose geweest: Corrigan et al (2002; et al, 2008; 2011) en Van Weeghel et al (2005), De Goei et al (2006) hebben hier veel over geschreven. Een factsheet van aanbevelingen ontbreekt echter. Toch is het naar mijn idee wenselijk dat hulpverleners handreikingen krijgen wat zij in de dagelijkse praktijk aan stigmabestrijding kunnen doen; stigmatisering is namelijk schadelijk voor de patiënt.

Dit heeft mij gebracht tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat kan de hulpverlener in een vroege psychose-team in de behandeling doen, om op methodische en systematische wijze aandacht te hebben voor stigmatisering van mensen met een vroege psychose?

Om antwoord te geven op mijn vraagstelling, zal ik eerst kort ingaan op de doelgroep. Vervolgens noem ik de belangrijkste aspecten van stigmatisering, koppel ik beide, en beschrijf ik welke aanbevelingen ik in Pubmed en Medline van de afgelopen 10 jaar heb gevonden en combineer ik dit met de mening van mevrouw M. Lansen, voorzitter van Anoksis. Anoksis is de vereniging voor en door mensen met psychosegevoeligheid.

Aan het eind van dit artikel vindt u de samenvatting.

Vroege psychose: wat is het?

In de DSM-IV komt "vroege psychose" niet als diagnose voor. Vroege psychose duidt op iets anders; het geeft een moment aan. Het gaat volgens Veling et al (2013: p.13) om "de periode voorafgaand aan de eerste psychotische symptomen tot en met de 'kritieke periode', dat is de eerste vijf jaar van een psychotische aandoening." Het woord "vroege" duidt dus op de ontwikkelingsfase van de (aanloop naar de) psychotische stoornis.

Karakteristiek voor een psychose is het verlies van contact met de werkelijkheid; dit kan beangstigend en traumatiserend zijn voor de patiënt, maar ook voor naastbetrokkenen. Volgens Veling et al (2013) ontstaat een psychose voor het eerst in de vroege volwassenheid, een levensfase waarin belangrijke ontwikkelingen en keuzes in bijvoorbeeld werk, sociale contacten en opleiding worden doorgemaakt. Zaak is dus dat die mensen goed ondersteund worden in dit proces: per jaar krijgen naar schatting 3000 jongvolwassenen voor het eerst een psychose. Het is zaak dat iemand zo snel mogelijk goede vroege psychose zorg krijgt: hoe langer de Duur van de Onbehandelde Psychose (DOP), hoe ongunstiger het beloop van de psychose zal zijn: er is "een kleinere kans op volledig herstel, langzamere verbetering van sociaal en maatschappelijk functioneren en een hoger risico op terugval in psychose" (Veling et al, 2013: p.11).

Mensen met een vroege psychose worden net als andere mensen met psychische problemen gestigmatiseerd: "Stigmatisering van mensen met psychische beperkingen komt op grote schaal voor, zo leren bevolkingsstudies in diverse westerse landen." (Van Weeghel, 2005: p.378). Van Weeghel (2005) maakt wel onderscheid tussen ernstige psychiatrische aandoeningen als schizofrenie en lichtere, vaker voorkomende aandoeningen als depressie of angst; burgers ervaren een grotere afstand tot de eerste groep, dan tot de tweede groep. Daar schizofrenie ook gedefinieerd wordt als chronische psychose (www.anoiksis.nl), neem ik aan dat de maatschappij mensen met een psychose onder die noemer schaaft. In de literatuur wordt er echter geen samenhang gevonden tussen stigmatisering & vroege psychose enerzijds, en stigmatisering en een andere psychische ziekte anderzijds.

Na deze uiteenzetting over het begrip 'vroege psychose', wil ik in het volgende stuk licht werpen op stigmatisering.

De belangrijkste aspecten rondom stigmatisering

Stigmatisering is van alle tijden; stigma is Grieks voor 'brandmerk'. In de tijd van het Oude Griekenland werden misdadigers gebrandmerkt of getatoeëerd, zodat iedereen op voorhand gewaarschuwd was voor deze persoon (Goffman, 1963).

Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige die uitgaat van de invloed van de sociale omgeving op de ziekte, spreekt de definitie van Link en Phelan (2001:p. 382) mij het meest aan: "stigma exists when elements of labeling, stereotyping, separating, status loss, and discrimination co-occur in a power situation that allows these processes to unfold." Hieruit blijkt dat stigma een kenmerk is van een individu, maar door de sociale omgeving toegepast wordt om ongelijkheid aan te geven. Stigmatisering wordt in de literatuur onderverdeeld in zes vormen: *enacted, perceived, publiek, zelf, associatief en label vermijding*.

Er is sprake van enacted stigma, wanneer er door de omgeving openlijk gediscrimineerd wordt en perceived stigma speelt wanneer iemand zich gestigmatiseerd voelt (De Goei et al, 2006).

Bij publiek stigma is er sprake van grote groepen mensen die er stereotypen op na houden, die zich tegen een gestigmatiseerde groep keren (Ben-Zeev et al, 2010). Een andere vorm is het zelfstigma. In deze vorm houdt de persoon met de vroege psychose er dezelfde stigmatiserende gedachten en houding op na als de rest van de maatschappij. Hij gaat geloven wat er over hem gedacht wordt (Link et al, 2001 in Evans-Lacko et al, 2012). Een vijfde vorm van stigma is het associatieve stigma. Dit komt soms voor bij naastbetrokkenen van mensen met een vroege psychose. Het gaat er dan om dat, door geassocieerd te worden met de ziekte van de naaste, de naastbetrokkene ook gestigmatiseerd wordt (Wong et al, 2009). De laatste vorm van stigmatisering is label vermijding: mensen met een vroege psychose zoeken met opzet geen hulp in de GGZ, om zo geen etiket van psychisch ziek opgeplakt te kunnen krijgen (Ben-Zeev et al, 2010). De genoemde vormen zullen verderop in dit artikel behandeld worden.

Wat is de rol van de media ten aanzien van stigmatisering?

In onze maatschappij, waarbij de media aan het beeld van de samenleving op psychiatrie bijdragen, spelen zij een grote rol in het veroorzaken van stigmatisering. Zij zijn namelijk een belangrijke informatiebron over de psychiatrie (Kraan et al, 2007).

Waarom is psychiatrie in de media zo populair?

Volgens Kraan et al (2007) komt dit doordat onderwerpen als psychiatrie, kenmerken hebben die hoge kijkcijfers garanderen: gewelddadigheid (homicide), sensatie (grenzen van leven en dood bij suïcide), angstaanjagendheid (TBS-ers), ontboezeming en onthulling (een depressieve prins-gemaal), spectaculaire gebeurtenissen (genezing door electroshock) en spraakmakende menselijke drama's (dakloosheid).

Journalisten zijn geen experts op het vlak van de psychiatrie. Door een kennistekort vallen zij "ten gevolge van denkgemak snel terug op stereotypering. Bij heftige emoties gaan stereotypen snel in meer stigmatiserende verslaggeving over." (Kraan et al, 2007: p.125).

Een gevolg van stereotyperingen is dat iemand niet snel geneigd is te vertellen dat hij psychische klachten heeft, laat staan dat hij vertelt onder behandeling te zijn. SPV mevr. E.C. Bakker van Parnassia Groep, Centrum Eerste Psychose, ziet dit in de dagelijkse praktijk: "Ik merk dat het stigma (of de angst daarvoor) speelt als het gaat om familie, vrienden, school en collega's. 'Psychose' is nog wel te doen maar 'schizofrenie' lijkt soms wel een vonnis, dan ben je dus echt gek en moet je ofwel opgesloten worden, ofwel op de wachtlijst voor een beschermde woonvorm." Mensen zoeken zo te laat, of helemaal geen hulp, met psychisch lijden tot gevolg.

Een andere reden om te zwijgen over hun psychische problemen is, dat mensen met psychische problemen uitgesloten worden van deelname aan die maatschappij; men wordt in het dagelijks verkeer buitengesloten door het heersende publieke stigma aangaande de ziekte, en men wordt bijvoorbeeld niet aangenomen na sollicitatie (Evans-Lacko et al, 2012). Volgens SPV Bakker komt dit in de praktijk niet zo vaak voor: "Ik denk dat veel mensen 'het' niet zeggen. Sommige mensen zijn in staat gezond contact te maken, daar merk je als werkgever niks aan, dus dan komt dat stigma ook niet. Anderen zijn duidelijk (en niet altijd door hun ziekte) vreemd in contact en worden om die reden afgewezen."

Door publieke stigmatisering kan iemand ook het idee krijgen dat hij minder waard is; een vermindering van zelfvertrouwen ligt op de loer. Boosheid hierover is natuurlijk ook mogelijk (Corrigan et al, 2002).

Eigenlijk hebben mensen met een psychiatrische ziekte er een tweede ziekte bij; de gevolgen van stigmatisering worden dan ook wel "stille ziekte" of "de tweede aandoening" genoemd (Van Weeghel, 2005). Enerzijds hebben ze last van symptomen van hun ziekte, anderzijds van stereotypering en vooroordelen door anderen.

Waarom stigmatiseren?

De vraag die opduikt is: waarom stigmatiseren mensen?

Stigmatisering wordt toegepast om een verschil aan te geven tussen de zieke en de gezonde mens. Zo wordt er een onderscheid gemaakt tussen 'wij' en 'zij'. Dit is dan voor alle betrokkenen duidelijk: door de categorisering zijn stereotypen en dus ook verwachtingen over de zieke duidelijker. Stereotypen geven algemene indrukken en verwachtingen over individuen, horend bij de stereotype groep. Het gevolg hiervan is dat de samenleving op een stereotypering kan reageren met een gedragsmatige reactie (Kraan et al, 2007).

Zowel publiek stigma als zelfstigma zijn opgebouwd uit 3 componenten: stereotyperingen, vooroordelen en discriminatie (Corrigan et al, 2002). Bij stereotypering gaat het om een negatieve overtuiging over een groep, het vooroordeel is een mening die niet op feiten is gebaseerd, en discriminatie is de gedraging naar het vooroordeel.

Een voorbeeld: iedereen met psychische problemen is gevaarlijk (stereotypering), hij heeft een psychose, dus hij is gevaarlijk (vooordeel), dus ik wil daarom niets met hem te maken hebben (discriminatie). Volgens Link et al (2001) horen naast stereotyperingen ook nog labeling en het uitoefenen van macht. Labeling, ofwel het opplakken van een etiket, wordt door mensen gedaan om onderlinge verschillen aan te geven.

Dat patiënten met een psychose gevaarlijker dan anderen zijn, klopt volgens Taylor (2008) overigens niet: het risico om gewelddadig te worden wordt verhoogd door een psychose, maar 95% tot 99% van de gewelddadigheden in de maatschappij wordt door iets anders veroorzaakt.

Naastbetrokkenen en stigmatisering

Niet alleen patiënten, maar ook naastbetrokkenen krijgen met stigmatisering te maken.

Wanneer een familielid psychische problemen krijgt, kunnen naastbetrokkenen reageren met het advies hulp te gaan zoeken, maar ook met het stil houden van de problemen; de naastbetrokkene wil niet geassocieerd worden met het stigma dat de patiënt oproept. Hier is dan sprake van associatief stigma. Dit concept is nog weinig onderzocht. Wong et al (2009) onderzochten elf families en hieruit bleek dat familiestigma weinig voorkomt bij vroege psychose. Familieleden willen namelijk dat de patiënt zoveel mogelijk zijn natuurlijke rollen vervult. Al met al is het dus zaak dat de familie, of eerder nog, de maatschappij, goed voorgelicht wordt over de (behandelingsmogelijkheden van de) psychose; zo wordt het onthouden van zorg mogelijk voorkomen.

Werkzame stigmabestrijdingsmethoden

Volgens De Goei et al (2006: p.15) zijn er collectieve- en individuele anti-stigma-strategieën. Bij de collectieve strategieën probeert men de denkbeelden in de maatschappij aan te pakken, bij de individuele strategieën gaat het om de ideeën die de patiënt over zichzelf in die rol heeft.

Collectieve anti-stigma-strategieën:

- voorlichting en educatie;
- protesteren tegen kwetsende beelden en discriminerend gedrag;
- anti-discriminatie wetten en -maatregelen;
- bevorderen van contact tussen mensen met en zonder psychische handicap.

Individuele anti-stigma-strategieën:

- voorkomen en tegengaan van zelfstigmatisering;
- bevorderen van persoonlijk empowerment;
- omgaan met het dilemma: wel of niet vertellen?

Welke collectieve anti-stigma-strategieën zijn door vroege psychose-teams te gebruiken?

Er is nog weinig bekend wat de inhoud van de strategieën zou moeten zijn. Evans-Lacko et al (2012) schrijven dat collectieve anti-stigma-strategieën mogelijk leiden tot een versterking van negatieve feedback rondom publiek stigma, wat er weer voor zou kunnen zorgen dat zelfstigmatisering door mensen met psychische problemen vermindert. Een probleem van collectieve anti-stigma-strategieën is, dat onbekend is wat precies destigmatiserend werkt: "information about what leads to meaningful reductions in stigma is lacking" (Evans-Lacko et al, 2012: p. 1742).

Vroege psychose-teams zouden in dit geval hun zorggerichte preventie op kunnen pakken. Mevr. Lansens ziet hierin een taak van patiëntenorganisaties: "Waar het gaat om stigmatisering, gebrek aan kennis en gebrek aan sociale vaardigheden bij anderen dan de stigmadrager, heeft de GGZ geen of een heel beperkte rol. Dit wordt het beste aangepakt door open en eerlijk contact door de persoon op wie het stigma rust, en anderen met een vergelijkbaar stigma (patiëntenorganisaties), maar die mogelijk beter zijn toegerust om voorlichting te geven."

Eerder in dit artikel beschreef ik de rol van de media. Een optie die Kraan et al (2007) noemen, is dat wanneer deskundigen uit het veld worden uitgenodigd in de media iets te vertellen, zij rekening moeten houden met de doelen van de media, en moeten proberen voorlichting te geven over psychiatrie, waardoor stigmatisering kan verminderen.

Nog een mogelijkheid is het aanbieden van een lespakket aan scholen. Kondrat et al (2011: p.396) bevestigen dit ook: "Primary and secondary schools are likely profitable places to start to change the social meaning of having a mental illness. Providing mental illness anti-stigma programming in primary and secondary education (Pinfold et al, 2005) could change the negative societal stereotypes of persons with mental illness to more benign or even helpful views of persons with mental illness."

Parnassia Centrum Eerste Psychose heeft met hulp van docenten een lespakket voor scholen ontwikkeld. Uit feedback van zowel middelbare scholen als hogescholen blijkt dat zij enthousiast over het lesmateriaal zijn, omdat de scholieren en studenten op maat toegesneden informatie over psychoses krijgen.

Protest is volgens De Goei et al (2006) niet de manier om een verandering van negatieve stereotypingen te beïnvloeden; mensen die de opdracht krijgen die stereotypingen te onderdrukken, gaan zich juist negatief gekleurde herinneringen van de gestigmatiseerde groep herinneren. Voor vroege psychose-teams zie ik hier dus geen rol weggelegd.

Ook het opstellen van anti-discriminatie wetten en -maatregelen valt buiten de directe cirkel van invloed van vroege psychose-teams. Het overkoepelende Netwerk Vroege Psychose kan echter wel samen optrekken met bijvoorbeeld de Stichting Samen Sterk tegen Stigma, om zo politieke en bestuurlijke invloed uit te oefenen.

Het bevorderen van contact tussen mensen met en zonder psychische handicap, werkt destigmatiserend. Zoals Corrigan et al (2008: p.46) schrijven: "Contact can yield the most robust and positive findings toward public stigma change. Namely, public stigma is challenged when people from the stigmatised group interact with the targeted populations." Dit is ook wat M. Lansens schrijft (Veling et al, 2013: p.168): "De meest effectieve remedie tegen onwenselijke stigmatisering is 'contact' met de dragers van het stigma. Daarom gaan vrijwilligers van Anoksis op verschillende manieren het gesprek aan met het 'grote publiek'." Vroege psychose-teams kunnen hieraan bijdragen door zitting te nemen in Maatschappelijke SteunSystemen, en door gericht, samen met patiënten, voorlichting te geven aan "landlords, employers, police officers, health care providers, and legislators" (Corrigan et al, 2008: p.46). Want juist deze mensen beslissen of iemand een huis mag huren, aangenomen wordt, bieden hulp in geval van nood, verlenen zorg, en indiceren die zorg. Deze interventies worden ook aanbevolen in de MDR schizofrenie 2012 (Van Alphen et al, 2012). Het is dan zaak dat de personen die hun levensverhaal komen vertellen geloofwaardig zijn, dat wil zeggen: het publiek kan zich met die persoon identificeren, en dat de ontmoetingen steeds moeten worden herhaald; eenmalige bijeenkomsten werken onvoldoende (Corrigan, 2011).

Ook hulpverleners kunnen de hand in eigen boezem steken wanneer het gaat om stigmatisering. Volgens Ben-Zeev et al (2010) is het stellen van een diagnose onvermijdelijk voor goede zorgverlening, maar verergert het ook stigmatisering. De beroepsgroep lost dit zelf deels op door op een minder stigmatiserende toon te schrijven. Ook de American Psychiatric Association besteedt aandacht aan stigmatisering in de DSM-V: mogelijk gaat er geschreven worden in termen van dimensionele diagnostiek en niet zozeer in de aan- of afwezigheid van bepaalde symptomen.

M. Lansens zegt hierover: "Onze eerste aanbeveling betreft de aandacht die hulpverleners kunnen hebben voor hoe een jongere met een diagnostisch etiket omgaat en hoe hij of zij zichzelf definieert en presenteert. Wees eerlijk over de basis van de psychiatrische diagnostiek: het worden vaak ziektes genoemd, maar het gaat slechts om een denkmodel dat handig kan zijn voor het vinden van een passende behandeling." Volgens Corrigan et al (2008) dienen verpleegkundigen up-to-date kennis te hebben over prognoses. Vaak is hun kennis hierover verouderd, waardoor de kans op herstel lager wordt ingeschat dan mogelijk is. Daarom dient in de opleiding van hulpverleners aandacht te zijn voor hoop, herstel en empowerment.

Welke individuele anti-stigma-strategieën zijn door vroege psychose-teams te gebruiken?

Om patiënten te leren omgaan met zelfstigma, is Cognitieve GedragsTherapie een optie. Volgens Horan et al (2011) is CGT de bewezen effectieve methode om sociale cognities van patiënten met psychosen te verbeteren. Mensen die zelfstigma toepassen, denken dat zij de set van stereotyperingen zijn. Deze verkeerde gedachten leren ombuigen, kan ervoor zorgen dat men anders naar zichzelf gaat kijken.

Ook het ontwikkelen van vaardigheden en talenten, zorgt ervoor dat de patiënt zijn gevoel van eigenwaarde kan vergroten. Dit zorgt er voor dat zelfstigma vermindert (Van Weeghel, 2005). Zelfhulpgroepen of lotgenotengroepen kunnen voor het onderling contact zorgen, waardoor de patiënten van elkaar kunnen leren. Dit wordt door M. Lanssen bevestigd: "De hoofddoelstelling van Anoksis is het doorbreken van sociaal isolement door middel van lotgenotencontact. Vrijwilligers van Anoksis organiseren daartoe informatieve en recreatieve activiteiten." (Veling et al, 2013: p.168).

Binnen Parnassia Centrum Eerste Psychose wordt door leden van Anoksis een lotgenotengroep gedraaid. De hulpverleners faciliteren een ruimte en proberen patiënten zo ver te krijgen dat zij zich voor deze groep opgeven. SPV Bakker: "Mensen herkennen veel bij elkaar, waardoor een psychose genormaliseerd wordt. Het valt echter niet mee om de groep gevuld te krijgen. Mensen moeten erkennen dat ze een psychose hebben (gehad), er over willen praten, daar ook toe in staat zijn en kunnen luisteren naar anderen. Om het gesprek op gang te brengen, hebben de leden van Anoksis daar een spel voor: Kies je weg. Het is goed dat de groep niet door hulpverleners wordt gedraaid; het is voor lotgenoten makkelijker praten als zij 'onder elkaar' zijn."

Volgens Van Weeghel (Veling et al, 2013), heeft plusminus de helft van de mensen met een psychose geen last van zelfstigma. Zij leggen de nadruk op hun capaciteiten en ontwikkelen vaardigheden die het stigma compenseren. Ook vergelijken zij zich met mensen die ook een psychose doormaken, maar er slechter aan toe zijn. Daarnaast zien zij zichzelf niet alleen als patiënt. Kondrat et al (2011) schrijven dat sommige hulpverleners de kwaliteit bezitten om dat aan patiënten duidelijk te maken; zij stigmatiseren zichzelf vervolgens minder. Een instrument dat hiervoor gebruikt kan worden, is het "Ending Self-Stigma"-programma (Lucksted et al, 2011). Dit is een groepsprogramma van 9 wekelijkse sessies van 90 minuten waarin zelfstigmatisering (niet specifiek voor vroege psychose) effectief verminderd wordt, onder andere door middel van CGT en door het bespreken van mythen en feiten. Na de ESS was het gemeten zelfstigma significant afgenomen en waren de ervaren sociale steun en de gerichtheid op herstel significant toegenomen.

Een dilemma dat vaak voorkomt, is: wie vertel ik wat over de ziekte? Wat is het verstandigst? Volgens Corrigan et al (2008) heeft de patiënt 4 opties:

- volledig voor zichzelf houden;
- selectief vertellen;
- aan iedereen vertellen;
- "broadcasting"; deze mensen vinden het belangrijk om hun eigen situatie/persoon te gebruiken om te destigmatiseren.

In de behandeling kan dit onderwerp van gesprek zijn en kunnen wij per situatie en per individu kijken wat verstandig is. De keuze voor een optie ligt echter bij de patiënt. Dit is ook wat mevrouw Lanssen zegt: "Als een patiënt beperkingen ondervindt, kan het nodig zijn hier iets over te zeggen aan mensen in de omgeving (werk, school, etc). Wat vertel je? Wat is relevant voor de betreffende situatie en hoe vertel je het op een manier die de mensen begrijpen? Ook is het zaak dat de patiënt, wanneer het goed met hem of haar gaat, contacten legt in zijn/haar sociale omgeving. Mochten er dan problemen ontstaan rond psychotisch gedrag, dan is het draagvlak voor acceptatie groter en is het makkelijker uitleggen wat er gebeurt."

Ook dienen hulpverleners de patiënt en diens systeem te wijzen op het bestaan van Anoksis en Ypsilon, zodat zij een zo breed mogelijke visie op de behandel mogelijkheden en informatie krijgen.

Naast literatuuronderzoek heb ik bij het Netwerk Vroege Psychose navraag gedaan wat volgens hen de best practice vanuit het werkveld is. Er is geen best practice die uniform binnen vroege psychose-teams gehanteerd wordt.

Samenvatting

Mensen met een vroege psychose hebben een dubbele handicap; aan de ene kant hebben zij positieve symptomen als achterdocht of hallucinaties, en hebben zij geregeld negatieve symptomen als energievermindering en initiatiefverlies. Aan de andere kant hebben zij last van stereotypering en vooroordelen door anderen. Ik heb geen direct verband kunnen vinden tussen stigmatisering en vroege psychose, maar juist bij deze doelgroep is in verband met de prognose vroege interventie belangrijk.

Stigmatisering is een schadelijk concept, want het zorgt voor uitgesteld hulpzoekgedrag, uitsluiting van het sociale verkeer, en voor een vermindering van zelfvertrouwen.

Er zijn twee hoofdlijnen te onderscheiden:

- collectieve stigmatisering; hiervoor zijn 4 bestrijdingsmethoden;
- individuele/zelfstigmatisering; hiervoor zijn 3 bestrijdingsmethoden.

Het is aangetoond dat CGT een bewezen effectieve methode is om sociale cognities bij mensen met een psychose te verbeteren: dit vermindert zelfstigmatisering. Tevens dient de hulpverlener er voor te zorgen dat dit aanbod aanwezig is en patiënten te motiveren tot een behandeling.

Het ondersteunen bij het ontwikkelen van vaardigheden en talenten, zorgt ervoor dat de patiënt zijn gevoel van eigenwaarde kan vergroten, waardoor zelfstigma vermindert.

Door een juiste toonzetting en het uitzenden van de boodschap van herstel, hoop en empowerment, kunnen hulpverleners mensen laten inzien dat zij meer zijn dan patiënt alleen. Een instrument dat hierbij gebruikt kan worden, is het "Ending Self-Stigma"-programma.

De hulpverlener heeft oog (en oor) voor het dilemma van de patiënt 'wie vertel ik wat?' en kan bespreken wat in zijn geval handig is om te vertellen.

Tevens is het van groot belang dat de hulpverlener de patiënt en zijn naastbetrokkenen wijst op het bestaan van Anoïksis en Ypsilon; door hun kennis en ervaring zijn zij beide uitstekende informatiebronnen en psychosociale en emotionele ondersteuners.

Wat in gedachten gehouden kan worden, is dat vroege psychose-teams de publieke opinie kunnen beïnvloeden middels informatieverschaffing over (de behandeling van) vroege psychose; voorlichtingsbijeenkomsten samen met Anoïksis zijn daarvoor de aangewezen mogelijkheid. Ook is het verspreiden van een lespakket is een goede manier om de publieke opinie te veranderen.

Tevens is het aanstellen van een voorlichter die namens het Netwerk Vroege Psychose de media te woord kan staan, aanbevelenswaardig.

Met dank aan mevr. drs. I. van der Padt, hoofd opleiding post-hbo SPV, Hogeschool van Amsterdam, mevr. M. Lansen, voorzitter van Anoïksis, mevr. E.C. Bakker, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, Parnassia Groep, Centrum Eerste Psychose.

Literatuurlijst

- Alphen van, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Ben-Zeev, D., Young, M.A., Corrigan, P.W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*. 19 (4):318-27, Aug.

- Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. February; 1(1): 16-20.
- Corrigan, P.W., Wassel, A. (2008) Understanding and influencing the Stigma of mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. Vol. 46, no.1, pp 42-48.
- Corrigan, P.W. (2011) Best Practices: Strategic Stigma Change (SSC): Five Principles for Social Marketing Campaigns to Reduce Stigma. *Psychiatric Services* 62 (8), 824-826.
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42, p. 1741-1752.
- Goffman, E. (1963). *Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
- Horan, W.P., Kern, R.S., Tripp, C., Hellemann, G. (2011). Efficacy and specificity of social cognitive skills training for outpatients with psychotic disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 45(8), p. 1113-1122.
- Kondrat, D.C., Early, T.J. (2011). Battling in the Trenches: Case Managers' Ability to Combat the Effects of Mental Illness Stigma on Consumers' Perceived Quality of Life. *Community Mental Health Journal* 47 (4), 390-398.
- Kraan, H.F., Veer van 't, J.T.B. (2007). Psychiatrie en media : stereotypen zaaien, stigma oogsten. *Tijdschrift Klinische Psychologie* (Bel.), jrg 37, nr 2, juni, p.123-133.
- Link, B., Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 27: 363-85.
- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., (2011). Ending Self-Stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 35 (1), 51-54.
- Padt van der, I., Venneman, B. (2010). *Sociale psychiatrie. Visie, theorie en methoden van een maatschappij georiënteerde psychiatrie*. 2e druk, Den Haag: Boom Lemma.
- Taylor, P.J. (2008). Psychosis and violence: stories, fears, and reality. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*. 53(10): 647-59, Oct.
- Veling, W.A., Wal van der, M., Jansen, S., Weeghel van, J., (2013). *Handboek Vroege Psychose. Diagnostiek, behandeling, rehabilitatie en organisatie van zorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Weeghel van, J. (2005). Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. Wat zijn goede anti-stigma-strategieën? *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, nr 50, p.378-394.
- Goei de, L., Plooy, A., Weeghel van, J. (2006). *Ben ik goed in beeld? Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wong, C., Davidson, L., Anglin, D., Link, B. (2009). Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: Family stigma and early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. Vol.3(2), May, pp. 108-115.

Andere bronnen

- Lansen, M. (2012), per e-mail antwoord op de onderzoeksvraag.
- Bakker, E.C. (2012), interview.