

# **Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde**

Katrien Adriaensen

Promotor: Prof. Dr. J. De Lepeleire

Praktijkopleider: Dr. K. Hillemans

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

**“Dokter, ik vind het zo zwak van mezelf dat ik die medicatie (psychofarmaca) moet nemen”**

**“Ik heb een patiënt naar u verwezen maar het is geen cadeautje” (patiënt lijdt aan borderline depressie, borderline...)**

**“Dokter, niemand in mijn familie of omgeving weet het”**

Stigmatisering van psychiatrie en psychiatrische patiënten is in de dagelijkse praktijk alom tegenwoordig, zowel op het niveau van de arts, van de patiënt, als van de maatschappij. Dat dit de therapeutische mogelijkheden en eigen idealisme beperkt lijkt een feit. Men moet tijd maken naar de patiënt te luisteren. Men dient de patiënt te overtuigen toch psychofarmaca in te nemen. Men botst op de moeilijke verwijzing van patiënten naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, hetzij door afkeer van de patiënt, hetzij door lange wachttijden. Hoewel stigma in de dagelijkse praktijk dus een belangrijk probleem vormt, wordt er tijdens de opleiding tot basisarts geen aandacht aan besteed. Vanuit de verwondering over het zo aanwezig zijn van dit stigma van psychiatrische patiënten in de eigen opleidingspraktijk, werd besloten er een masterthesis over te schrijven. Om mezelf wat in te werken in deze thematiek, ben ik gestart met een literatuurstudie, waarbij ik al gauw merkte dat literatuur eerder beperkt is, zeker wat betreft Belgische of Vlaamse gegevens

## **Stigmatisering van psychiatrische patiënten**

Verschillende modellen voor het vatten van „stigma“ worden in de literatuur naar voor geschoven. Goffman definieerde stigma reeds in 1963 als een proces van diskwalificatie waarbij een normaal persoon gereduceerd wordt tot iemand waarmee iets mis is (Goffman 1963). Thornicroft (Milders 2009; Thornicroft 2006; Thornicroft & Kassam 2008) omschrijft de term „stigma“ aan de hand van vier aspecten: (1) het etiketteren van mensen waarbij men benadrukt dat bepaalde karakteristieke persoonlijke eigenschappen afwijkend zijn; (2) het creëren van stereotypen die deze afwijkende eigenschappen als onwenselijk tonen (3) het maken van een categorisch onderscheid tussen normale mensen en de geëtiketteerde groep die in sommige aspecten als fundamenteel verschillend wordt gezien; (4) het devalueren, verwerpen en uitsluiten van de geëtiketteerde groep. Zo ontstaat discriminatie op verschillende levensgebieden, met als mogelijke gevolgen onder andere een beperkt effect van behandeling of hogere kans op herval (Corrigan & Watson 2002; Oud e.a. 2009; Sartorius 2007). Corrigan (Corrigan 2008; Corrigan & Wassel 2008; Rusch e.a. 2010) spreekt

in zijn definitie over drie soorten stigma: 1) het publiek-stigma; 2) het zelf-stigma; en 3) het vermijden van labels. Met publiek stigma duidt men het stigma dat rust op een patiënt met een psychiatrische aandoening vanuit de maatschappij. Dit leidt tot verlies van kansen die voor anderen vanzelfsprekend zijn, zoals bijvoorbeeld recht op werk, woonst en goede gezondheidszorg. Met zelf-stigma duidt men het stigma aan dat psychiatrische patiënten zichzelf opleggen. Ze zijn zich bewust van stereotypering – „alle psychiatrische patiënten zijn zelf verantwoordelijk voor hun aandoening“ – en passen dit op zichzelf toe– „ook ik ben verantwoordelijk voor mijn eigen aandoening en heb daarom geen recht op hulpverlening“ (Thornicroft e.a. 2007). Ze formuleren zelfs geen hulpvraag meer (Thornicroft 2006). Tenslotte bedoelt men met vermijden van labels dat patiënten zich verzetten tegen een etiket, waardoor ze minder snel gepaste zorg vinden: „Ik wil niet gelabeld worden als psychisch ziek, dus ik ga niet naar een arts/psycholoog/psychiater“. Hoewel deze definities zeker nuttig zijn, blijkt de functionaliteit ervan eerder beperkt. Thornicroft geeft daarom aan dat het veel nuttiger lijkt stigma op te vatten als de overkoepelende term voor 3 zeer belangrijke elementen: 1) problemen van kennis (ontkenning); 2) problemen van attitude (vooroordelen) 3) problemen van gedrag (discriminatie). In termen van de sociale psychologie zijn dit de cognitieve, affectieve en gedragsmatige domeinen (Thornicroft 2006). Deze drie domeinen kunnen belangrijke vertrekpunten vormen in de aanpak van stigmatisering van psychiatrische patiënten.

### **Stigmatisering van psychiatrische patiënten binnen een breder kader**

Zoals hoger beschreven, vormt stigmatisering van psychiatrische patiënten een belangrijk obstakel in een goede fysieke en psychische gezondheidszorg. In bovenstaande hoofdstukken werd getracht deze stigmatisering in kaart te brengen vanuit de literatuur en de eigen dagelijkse huisartsenpraktijk. Doch rest de vraag hoe stigma zich manifesteert in een bredere sociale context, de maatschappij. Volgens Thornicroft (2006) ontstaat discriminatie en exclusie van psychiatrische patiënten in de maatschappij op verschillende vlakken: het thuis leven, het werk leven, het sociale leven, in de media en in de fysieke gezondheidszorg (Zie hoger). Allereerst ondervinden psychiatrische patiënten belangrijke discriminatie in hun thuisleven. Wanneer zich een psychisch probleem manifesteert bij een persoon binnen een gezin, zal dit een reactie uitlokken bij de gezinsleden. In eerste instantie reageert men meestal met „common sense“ advies. Indien het psychische probleem persisteert, gaat men het gedrag van het familielid zien als „raar“ of „fout“ en wordt de schuld vaak bij deze persoon zelf gelegd. Dergelijk gedrag ontstaat omdat ook de familieleden worstelen met het begrijpen van de aandoening van hun naaste. Uit angst „om het nog erger te maken“ wordt niet tegen de psychiatrische patiënt over het psychisch probleem gesproken. Deze houding blijkt veelal samen te gaan met de eigen opvattingen over psychiatrische aandoeningen, bijvoorbeeld controle over het gedrag of het geloof in herstel, en wordt beïnvloed door de kennis en beeldvorming in de media. Ook familieleden zelf ervaren een vorm van stigmatisering omwille van de psychiatrische aandoening van een naaste. Zo blijkt de eigen reputatie in de maatschappij te dalen. Dit wordt „stigma door associatie“ genoemd. Vele naaste familieleden kampen met slaapproblemen, angst en depressie en maken zich zorgen over „wat later“. Hierdoor wordt een onderscheid gemaakt tussen diegene van wie men houdt en „de zieke“. Zo wordt de naaste minder verantwoordelijk voor de eigen aandoening. Onderzoek toont aan dat patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen kleinere sociale netwerken hebben dan anderen en dat dit vaker familieleden zijn. Vele sociale contacten van patiënten die langdurig werden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen, zijn zelf ook psychiatrisch patiënten. (Thornicroft, 2006)

Ten tweede ondervinden psychiatrische patiënten belangrijke discriminatie in het werkleven. Er bestaat evidentie dat het hebben van een job stabiliteit en betekenis brengt in het leven van mensen en dat werkloosheid de kans op of de duur van psychiatrische aandoeningen kan doen toenemen. (Grove, 1999) Een groot onderzoek in UK toont aan dat in de algemene populatie 75%, in de populatie met fysieke gezondheidsproblemen 65% en in de populatie met psychische gezondheidsproblemen slechts 20% een job heeft. (Social Exclusion Unit, 2004) Hoewel tot op heden weinig wetenschappelijk onderzoek gebeurde naar discriminatie van psychiatrische patiënten op het werk, gebeurde in de UK wel een groot onderzoek naar werkgerelateerde ervaring van patiënten met een psychiatrische aandoening. Hieruit blijkt o.a. dat patiënten met psychiatrische aandoeningen minder makkelijk werk vinden, sneller 38 promotie mislopen en dat een psychiatrische voorgeschiedenis slechts door 1/3e wordt vermeld bij een sollicitatie. (The Mental Health Foundation, 2002)

Tenslotte blijkt discriminatie te bestaan met betrekking tot het maatschappelijk leven. Zo is het hebben van een rijbewijs voor veel volwassenen vanzelfsprekend. Toch lijkt dit voor patiënten met psychiatrische aandoeningen helemaal niet zo. Een tijdelijke, belangrijke of regelmatig depressieve patiënt is bijvoorbeeld niet rijgeschikt. Indien de patiënt onder regelmatig geneeskundig toezicht staat, een volledig inzicht heeft in zijn aandoening en minimum 6 maanden klachtenvrij is, kan hij terug rijgeschikt worden bevonden voor een periode van maximaal 3 jaar. (www.bivv.be) (De Wolf, 2010) Tevens geven psychiatrische patiënten ook aan discriminatie te ondervinden bij het zoeken naar huisvesting en verklaart een één op vier ooit dakloos te zijn geweest. (Cathoor e.a., 2003; Corrigan e.a., 2003) Zou deze discriminatie een gevolg kunnen zijn van de portrettering van psychiatrische aandoeningen in de media? De meeste mensen lijken hun kennis over psychiatrische aandoeningen te halen uit persoonlijk contact met psychiatrische patiënten of uit de media. De media lijkt alzo een belangrijke rol te spelen in de educatie van de algemene bevolking over psychiatrische aandoeningen. (Salter & Byrne, 2000) Onderzoek toonde aan dat Vlaamse kranten psychiatrie veelal op een negatieve manier belichten. Autisme komt eerder positief in de media en schizofrenie/psychose eerder negatief. (Callewaert e.a. 2004; Thys, 2011) (Zie bijlage 5 en 6) De literatuur toont aan dat psychiatrische patiënten op televisie vaak negatief worden geportretteerd, als zijnde gevaarlijk, gewelddadig, onvoorspelbaar en onaantrekkelijk. (Angelini e.a., 2006)

De vraag naar efficiënte antistigma campagnes in de maatschappij dringt zich dan ook op. Begin 2009 ging in de UK een zeer grootschalige campagne tegen stigma en discriminering van psychiatrische patiënten van start, genaamd „Time To Change“. (<http://www.time-to-change.org.uk/>) Na 1 jaar worden matig tot positieve trends met betrekking tot kennis, attitude en gedrag teruggevonden. De belangrijkste boodschappen in deze campagne zijn: 1. psychiatrische aandoeningen zijn frequent en patiënten die eraan lijden kunnen een betekenisvol leven leiden; 2. psychiatrische aandoeningen zijn een taboe en vele patiënten ervaren de bijhorende discriminatie en exclusie als erger dan de ziekte zelf; 3. iedereen kan iets doen om patiënten met psychiatrische aandoeningen te helpen. (Henderson & Thornicroft, 2009)

## **Maatschappij**

Hoewel stigma in de maatschappij een rol speelt in het verhaal over stigmatisering van psychiatrische patiënten in de gezondheidszorg, viel dit thema voor een stuk buiten het bestek van deze thesis. Toch werd getracht dit kort te belichten. Psychiatrische patiënten worstelen, naast hun zelf-stigma, ook met een publiek-stigma. (Corrigan, 2008; Corrigan & Wassel, 2008; Rusch e.a., 2010) Of zoals Thornicroft (2006) het beschrijft met discriminatie in het thuisleven, in het werkleven en in het

maatschappelijk leven. Vermoedelijk speelt de media hierin een belangrijke rol. Deze zou een belangrijke sensibiliserende en destigmatiserende rol kunnen spelen, zodat psychiatrische patiënten bijvoorbeeld makkelijker werk vinden en minder sociaal geïsoleerd zijn. (Salter & Byrne, 2000) Tevens lijken grote nationale campagnes het stigma rond psychiatrie en zijn patiënten in het algemeen te kunnen aanpakken. Dit zou kunnen leiden tot een grotere maatschappelijke acceptatie zodat patiënten die kampen met psychische problemen gestimuleerd worden een arts te raadplegen. Heden lijkt men te moeten „aplaudiseren“ voor mensen die wel voldoende zelfvertrouwen hebben om openlijk over hun psychische problemen te spreken.