

Video bij het onderwijs in de psychiatrie

door dr. J. A. C. Bleeker*

Probleem

Psychiaters hebben maar weinig mogelijkheden om hun werk aan anderen te laten zien. In de bijna vier jaar dat we nu met video werken zijn we gaan beseffen hoezeer we ons daarvoor hebben moeten behelpen. Wat vroeger kon worden gedemonstreerd, vooral aan grotere groepen, was vaak noodgedwongen stereotiep en beperkt. De demonstraties van psychiatrische patiënten in grote hoorzalen wekten begrijpelijke weerstanden bij de toeschouwers. We begonnen met het gebruiken van de video bij het demonstreren van patiënten op de colleges, maar al spoedig bleken er toepassingsmogelijkheden voor andere aspecten van ons onderwijs.

Methode

Om een voor de patiënt en de studenten minder belastende wijze van demonstreren te bereiken legden wij een beeldverbinding aan tussen de collegezaal en een onderzoekkamer. De daartoe benodigde apparatuur was al jaren, praktisch ongebruikt, in huis. De enige noodzakelijke aanschaf was een verlengkabel van f 100,-. Wij wilden eigenlijk niet meer dan het effect van een one-way screen voor een grote groep mensen, waarbij de patiënt zich meer op zijn gemak zou kunnen voelen en de interviewer in de gelegenheid zou worden gesteld de patiënt op meer persoonlijke wijze te spreken. De bedoeling van patiënten-demonstraties is altijd geweest om studenten vertrouwd te maken met ziekteverschijnselen. Deze werden voorheen onder de onnatuurlijke omstandigheden van het college aan de patiënt ontlokt. Nu zouden de studenten via de video een gewoon gesprek meemaken van een arts met een patiënt, waarin dezelfde psychiatrische symptomen op veel functioneler wijze zichtbaar zouden worden.

* Psychiater, wet. hoofdmedewerker, psychiatrische kliniek Academisch Ziekenhuis Universiteit van Amsterdam; hoofd prof. dr. P. C. Kuiper, en dr. R. M. Silbermann, lector.

Uitvoering

De eerste patiënt die wij op de bovenbeschreven wijze demonstreerden, nu drie jaar geleden, had bijna de hele ontwikkeling tegengehouden. Op het laatste moment zei ze net zo lief zelf in de collegezaal te komen. Het is niet onmogelijk dat zij op dat moment de wens van de docent verwoordde, die achteraf vertelde dat hij zich allerminst veilig voelde bij deze manier van demonstreren, die bij hem de spanning van een recent optreden voor de televisie terugriep. De demonstratie voldeed aan de verwachtingen; een bijkomend voordeel was dat de studenten vrijer hun gevoelens konden uiten. Vanaf dat ogenblik is er nooit meer een patiënt 'life' gedemonstreerd tijdens een college. Hier zou dit verslag hebben kunnen eindigen; ons probleem was bevredigend opgelost.

Verdere ontwikkeling

Wij werken nu bijna vier jaar met de video. Wat ons het meest heeft getroffen, is hoe snel de video in ons opleidingsinstituut is ingeburgerd en de vanzelfsprekendheid waarmee gevers en ontvangers van onderwijs er gebruik van zijn gaan maken. Zoals bekend is dat niet de gewone gang van zaken; veel dure video- en geluidsapparatuur, aangeschaft om problemen bij het onderwijs op te lossen, staat ongebruikt.

Het lijkt ons de moeite waard en dat is het doel van dit artikel, in onze werksituatie te zoeken naar factoren die tot de groei van de video hebben bijgedragen.

Het gaat hier uitsluitend om het zichtbaar maken van psychiatrisch onderzoek en behandeling, niet het gebruik van video bij de behandeling, dus als middel om patiënten feedback over hun gedrag te geven. Ook als instrument voor gespreks- en interactietraining is video zeer geschikt, maar dat wordt hier niet behandeld. Wij zullen de volgende factoren bespreken:

- de kwaliteit van de patiënten-demonstraties;
- de mogelijkheid om de interviewer te bekijken;
- de reacties van de geïnterviewde patiënten;
- het bewaren en terugvinden van de video-interviews;
- technische voorzieningen;
- plannen en wensen.

De kwaliteit van de patiëntendemonstraties

De verbetering van de patiëntendemonstraties is van begin af aan de belangrijkste doelstelling geweest bij het gebruik van de video. Het nadeel dat wij vreesden, een gebrek aan levendigheid van de demonstratie, als de patiënt niet in levende lijve voor de studenten verschijnt, blijkt in het geheel niet op te wegen tegen de voordelen van de directe beeldverbinding en de videoband. *Renfordt*

(1) wijst op de emotionele distantie die bij de toeschouwer optreedt. Op het college stoort o.i. de emotionele betrokkenheid bij een life-gedemonstreerde patiënt de kennisoverdracht evenzeer, want de betrokkenheid geldt dan grotendeels de onnatuurlijke ontmenselijke situatie waarin de patiënt zich bevindt.

In de eerste plaats kan aanmerkelijk op patiënten worden bespaard, want een interview kan onbeperkt worden gebruikt. Dit heeft gemaakt dat het in de kliniek tijdens het collegejaar een stuk rustiger is geworden.

Een tweede mogelijkheid van de video waar wij wel gebruik van maken is, dat banden kunnen worden *gemonteerd*. Zo is het mogelijk het verloop van een ziektebeeld te illustreren met opnamen uit verschillende fasen van het verblijf van de patiënt in de kliniek; ook kunnen heteroanamnese en gesprekken met belangrijke anderen worden toegevoegd. Erg illustratief zijn vaak de interacties in gesprekken van bij ons verblijvende patiënten met partners, ouders e.a.

Voor het onderwijs betekent een goed voorziene videotheek dat het cursusjaar veel systematischer kan worden opgezet, niet meer afhankelijk is van de toevallig in de kliniek aanwezige patiënten. Alle studenten kunnen nu ook zeldzame ziektebeelden als chorea maior en andere niet te demonstreren beelden als bijvoorbeeld opwindingsstoelstanden uit eigen aanschouwing leren kennen.

Bij alle bovengenoemde voordelen komt nog dat video de toeschouwers in de gelegenheid stelt, patiënt en interviewer van zeer dichtbij te observeren en te bestuderen. De psychomotoriek in close up tijdens een geheel interview.

De mogelijkheid om de interviewer te bekijken

Dit is gebleken een waardevolle toepassingsmogelijkheid te zijn van de video, maar ook een die nogal tegenstrijdige gevoelens opwekt. Naast de meer passieve demonstratie van patiënten, zou dit de meer actieve toepassing van de video genoemd kunnen worden. We hebben intussen ervaring met vijf soorten interviewers, stafleden-psychiaters, assistent-psychiaters in opleiding, co-assistenten, medische studenten en maatschappelijk werkers.

Het ligt voor de hand dat de stafleden, en met name de hoogleraar en de docenten die de video als vervanging van de college-demonstratie gingen gebruiken, de eersten waren, die zich op deze wijze exposeerden. De meesten waarden deze gelegenheid om elkaar aan het werk te zien; enkelen maken er zelf géén actief gebruik van, omdat zij menen dat de setting te onnatuurlijk is om een juist beeld te geven van hun werkwijze. Globaal zijn de interviews van de stafleden in de eerste plaats bedoeld als een demonstratie van een patiënt, in de tweede plaats als instructie in gesprekstechniek en praktisch niet als trainingsmogelijkheid voor de interviewer.

Bij de assistenten gaat het er in de interviews veel vaker om zichzelf met de patiënt aan het werk te laten zien en daarover feedback te krijgen van opleiders en collega's Dit is begrijpelijkerwijze soms

niet gemakkelijk; het is daarom opmerkelijk hoe vanzelfsprekend de assistenten de video voor een scala van opleidingsactiviteiten hebben leren gebruiken. In het bijzonder maken de assistenten, in samenwerking met de maatschappelijk werkenden, bijvoorbeeld interviews met belangrijke anderen van de patiënt en geven daarmee meer reliëf aan hun demonstraties. In de zes weken durende stage van de co-assistenten in de kliniek neemt de video sinds 3 jaar een uitgesproken plaats in. Het is de gewoonte dat iedere co-assistent eenmaal zijn werk met een patiënt uitgebreid aan zijn opleiders en aan zijn collega's laat zien. Vroeger maakte hij daartoe een 'modelstatus'. Tegenwoordig geeft hij een mondelinge inleiding die wordt gevolgd door een video-demonstratie. Ons bewust van de verschillen in stress tolerantie tussen co-assistenten hebben wij voor de video-demonstratie twee mogelijkheden gecreëerd. De co-assistent kan óf zelf een interview van tevoren opnemen en daar een deel uit laten zien, of hij kan zijn opleider vragen de patiënt ten tijde van de demonstratie te interviewen en zelf samen met zijn collega's via een directe beeldverbinding meekijken. Beide mogelijkheden worden wekelijks eenmaal gebruikt. Co-assistenten zien stafleden aan het werk.

Ook medisch studenten laten wij voor de video patiënten interviewen. Uiteraard na een grondige voorbereiding en onder voortdurende begeleiding. Onze bedoeling met deze opgenomen gesprekken is om ze op het college aan de jaargenoten van de student te laten zien. Onderwijskundig heeft dat de volgende voordelen: er treedt een sterke identificatie op van de studenten in de zaal met hun collega op het tv-scherf. De belangstelling voor de problematiek van de patiënt neemt hierdoor toe evenals de behoefte er iets aan te doen. De problematiek van de patiënt en het vinden van een oplossing is minder een zaak van de docent waar je als student min of meer vrijblijvend naar kunt kijken, maar via je collega die je er mee bezig ziet ook je eigen zaak. In onze ervaring is dit interview van een student met een patiënt een deel van het antwoord op de onderwijskundige vraag hoe de betrokkenheid van de studenten, gegeven het nog alom overheersende hoorcollege, kan worden bevorderd.

Voor de docenten heeft dit studenten-interview verder nog het voordeel dat zij direct geïnformeerd worden over de attitude en het niveau van kennis en vaardigheden van hun studenten, blijkend uit de werkwijze van de student-interviewer, maar ook uit de altijd levendige reacties van de zaal. Wij hebben op deze wijze geleerd dat wij geneigd zijn het niveau van de studenten te overschatten en dus het risico lopen dat de op het college behandelde stof slechts door een klein deel van de toehoorders wordt begrepen.

De reacties van de geïnterviewde patiënten

In het begin maakten we ons veel zorgen over de gevoelens van de patiënten t.a.v. de video. Wij vreesden angst-reacties, zich

uitend bij labiele patiënten in hernieuwde decompensaties, bij anderen in weigering om, eenmaal voor de camera, te praten of een onnatuurlijke houding tijdens het gesprek. Vooral waren we bang voor paranoïde reacties en verder hielden we rekening met de mogelijkheid dat patiënten achteraf juridische acties zouden kunnen ondernemen tegen het gebruik van de opgenomen gesprekken voor onderwijsdoeleinden.

Behalve de laatstgenoemde zijn al deze reacties wel voorgekomen, maar veel minder vaak dan wij hadden verwacht.

Discretie en vrijwilligheid

Om met de juridische complicaties te beginnen, iedereen heeft het recht om zich ertegen te verzetten dat wat hij doet en zegt door technische hulpmiddelen aan anderen wordt vertoond dan degenen in zijn omgeving, en dat er opnamen van worden gemaakt die een latere vertoning mogelijk maken. Bovendien gaat het bij de interviews met psychiatrische patiënten om informatie van een bijzonder persoonlijke aard. In verband hiermee houden wij ons aan de volgende regels :

- voor video-interviews wordt de patiënt tevoren om zijn medewerking gevraagd (uitzondering*) en hij is volkomen vrij om te weigeren. Er is zelfdiscipline voor nodig om deze vrijheid ook echt te laten zijn;
- wij gebruiken geen verborgen camera's;
- na het interview (meestal wordt dit nog op de band opgenomen) wordt de patiënt gevraagd of hij erin toestemt dat dit gesprek nog eens voor onderwijsdoeleinden wordt gebruikt;
- de videobanden worden als medisch geheim bewaard, kunnen alleen door artsen van de kliniek worden gebruikt;
- videobanden worden nooit uitgeleend.

Wij laten de patiënten geen verklaringen tekenen. Als de patiënt het gesprek zelf wil zien staan we dat toe.

Weigeren uit angst voor de video komt wel voor. Vaak is het dan toch wel de onbewuste wens van de interviewer die de patiënt op deze wijze uitspreekt.

Angst tijdens het opnemen verdwijnt gewoonlijk na een paar minuten. De patiënt is vrij snel vergeten dat hij door camera's wordt geobserveerd; de interviewer heeft van dit besef veel langer last. Toch komt het wel voor dat een patiënt een gesprek voortijdig wil beëindigen uit angst voor de camera's of uitspreekt dat hij zich erdoor geremd voelt, niet alles kan zeggen. Ook gebeurt het wel dat patiënten praten over de aanwezigheid van camera's en lampen als weerstand gebruiken, zodra moeilijke onderwerpen ter sprake komen.

Dat patiënten tijdens een video-opname opnieuw psychotisch werden of reageerden met een verergering van hun psychose

* Soms is een patiënt niet in staat toestemming te geven, bijv. een patiënt met een schemertoestand. We nemen hem dan wel op maar gebruiken de band pas, nadat hij in een later stadium daarmee heeft ingestemd.

hebben we niet meegemaakt, wel zagen we dit een enkele keer aansluitend aan de video-opname, als de patiënt terug op de afdeling was. Nooit was dit een ernstige of langdurige reactie.

In feite zijn dit geen specifieke reacties op de video. Meer specifieke reacties zijn er eigenlijk niet. Misschien met uitzondering van de paranoïde verwerking van de video-opname: de angst dat het interview op de televisie zal worden uitgezonden en de neiging van sommige patiënten om de opname te gebruiken om een groter publiek te kunnen bereiken, bijv. om onheilsvoorspellingen te doen of een boodschap uit te dragen.

Bewaren en terugvinden van de interviews

Op de gewone videoband kan 45 min. worden opgenomen. Verpakt in zijn doos neemt hij vrij veel plaats in. Ook is hij niet goedkoop \pm f 200,00; dit was kortgeleden nog f 400,00, dus is hoop op verdere prijsdaling gewettigd. De banden kunnen onbeperkt worden uitgewist en opnieuw gebruikt. Ook maken we al gebruik van videocassettes, die zijn wat kleiner en eenvoudiger in het gebruik.

Als je nog weinig banden hebt en zelf bij opnamen betrokken bent geweest en de banden regelmatig bij je onderwijs gebruikt, geeft het opbergen en terugvinden van de interviews geen problemen. Anders wordt het als er zo'n paar honderd banden in de videotheek staan opgeslagen, door 10 verschillende interviewers gemaakt, en als dit aantal nog maar steeds toeneemt. Dan is er inventarisatie nodig en kwaliteitscontrole. Niet elk interview is de moeite van het bewaren waard, vanwege zijn kwaliteit of omdat het onderwerp al voldoende aanwezig is. Dit probleem hebben we nog niet goed opgelost. We hebben een kaartstelsel, volgens psychiatrische syndromen, dat samen met het archief van ziektegeschiedenissen kan worden gebruikt, maar zijn over de werking nog niet tevreden. Interviewers vergeten vaak een kaart in te vullen zijn meestal niet in staat de relevantie van het interview voor alle onderwijsdoeleinden te beoordelen. Het gevoel dat je krijgt is, dat er een groot potentieel ligt dat onvoldoende te gebruiken is. We streven er naar jaarlijks een schoonmaak te houden en irrelevante banden uit te wissen.

De technische voorzieningen: minimum en optimum

Dit is een gevaarlijke kant van de video. Je wordt gemakkelijk verleid tot peperdure aanschaffingen die zelf weer verleiden tot verdere aankopen. Ieder die wel eens een geluidsinstallatie thuis heeft aangeschaft kent het probleem waar het hier om gaat. Ons criterium is dat de inhoud, dus het *interview* belangrijker is dan de verpakking en wij hebben nooit zwaar getild aan technische onvolkomenheden.

Natuurlijk is er voor de verpakking wel een minimum: het beeld moet niet te vaag zijn en het geluid verstaanbaar. De installatie

moet niet telkens defect zijn als je hem nodig hebt. Met deze minimale voorziening hebben we een vol jaar bevredigend gewerkt. Hij bestaat uit een tv-camera, een videorecorder en een videomonitor (d.i. een tv-toestel). Verder een paar lampen, videobanden, kabels en omhangmicrofoons. (Kosten \pm f 10.000,—?) Zoals gezegd was dit alles al jaren ongebruikt in huis.

Het optimum is veel moeilijker vast te stellen dan het minimum. Aan de opname-kant kun je last hebben van omhangmicrofoons, zeker als je een groep wilt opnemen; dus een gevoelige plafondmicrofoon.

De aanwezigheid van de cameraman bij het gesprek kan worden ondervangen door een of afstand bediende camera, liefst dan maar 3 tegelijk om betere beeldinstelling te krijgen. Voor de bediening is instrumentarium nodig en de beelden zijn van zo'n uitstekende kwaliteit dat het zonde is om niet over verfijningen als fading, twee beelden tegelijk weergeven etc. en een montage-tafel te beschikken. Dit alles kan dan niet zonder gespecialiseerd personeel. De optimale voorzieningen kosten \pm f 150.000,—. Het is duidelijk dat hier samenwerking met andere gebruikers (klinieken, laboratoria) zinvol is. Samenwerking niet in de zin van productie van video banden voor gemeenschappelijk gebruik (Gisolf en v. d. Lugt). Daartoe leent zich het psychiatrisch interview niet; dat kan omwille van de discretie niet buiten de kliniek zelf worden gebruikt. Wel kan een kostenverlaging worden bereikt doordat verschillende psychiatrische klinieken in een regio hun eigen interviews in een centrale studio vervaardigen, of, zoals in het Wilhelmina Gasthuis gebeurt, doordat ook andere dan psychiatrische instituten de studio gebruiken.

Bij de optimale voorzieningen hoort ook het inrichten van gemakkelijke gebruikspunten: een cassette-recorder in het verpleegkundig-leslokaal en de co-assistenten-kamer.

Plannen en wensen

- Goede registratie van de opgenomen interviews.
- Draagbare camera voor acute psychiatrie op EH, op observatie-afdeling, in de stad. Vooral deze toestandsbeelden zijn anders niet te demonstreren en juist van belang voor a.s. artsen. Veel mensen hebben een verkeerde voorstelling overgehouden van de wijze waarop films en tv psychische stoornissen uitbeelden (goede uitzonderingen daargelaten).
- Exameninterviews. We denken aan zorgvuldig geselecteerde en gemonteerde interviews waarover een aantal multiple-choice vragen worden gesteld.

Conclusie

Video is geen duur status-symbool meer; in het psychiatrie onderwijs levert het een eigen onmisbare bijdrage, zoals wij in het voorgaande geïllustreerd menen te hebben.

Noten

- 1 Renfordt E. 'Audiovisuelen Methoden in der Psychiatrie', *Nervenarzt* (45) 505-9 (1974)
- 2 Gisolf A. C. en v. d. Lugt P. J. M. 'Landelijke productie van audiovisuele programma's voor het medisch onderwijs' *N.t.v.G.* (119) 1975, 105-6.