Deconcentratie: oplossing van het stigma?

door L.H.W.M. Kaiser

Samenvatting

Deconcentratie van de APZ'en zou stigmatisering van patiënten verminderen en hen beter maatschappelijk integreren. In dit artikel wordt een pilot-studie gedaan naar de verschillen in stigmatiseringsverwachting en sociale integratie tussen 24 patiënten die gedeconcentreerd verblijven en 184 patiënten die op de hoofdlocatie langdurig opgenomen zijn. Er was geen verschil tussen beide groepen in hun verwachting van afwijzing door de familie of anderen buiten het ziekenhuis. Ook is de sociale integratie in de omgeving niet groter bij de gedeconcentreerde vorm. De patiënten in de gedeconcentreerde verblijfsvorm lieten hetzelfde beeld zien als de patiënten op de hoofdlocatie van het APZ.

Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg in Nederland is erop gericht om APZ'en te deconcentreren door een geografische spreiding van (onderdelen) van het APZ buiten de hoofdlocatie. Deze deconcentratie heeft deels een ideologische onderbouwing en deels een politiek motief. Roosenschoon (1986) deed onderzoek bij zeven psychiatrische instellingen naar motieven om te deconcentreren. Een belangrijk motief had betrekking op het nastreven van een optimale maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt en de hulpverlening in de woonomgeving. Men uitte de verwachting dat verplaatsing van delen van het ziekenhuis naar woonwijken veelal van grote steden antistigmatiserend zou werken, en dat daarmee de revalidatie van de psychiatrische patiënten buiten het ziekenhuis bevorderd zou worden. Ook zou de band met het thuismilieu erdoor verbeteren en zouden de patiënten minder vervreemden van het maatschappelijke gebeuren. Men wilde een zoveel mogelijk genormaliseerde, kleinschalige behandelsituatie creëren. Vanuit politieke overwegingen kan voor de APZ'en deconcentratie ingegeven zijn vanuit moeilijk te realiseren nieuwbouwplannen. Bij het beoordelen van initiatieven tot nieuwbouw wordt door de overheid

niet alleen betrokken of daarmee de beddencapaciteit gereduceerd wordt, maar ook of ze tot deconcentratie leiden. Daarnaast kan het APZ via deconcentratie trachten het marktaandeel in diverse gebieden te vergroten.

Door de overheid wordt deconcentratie vanuit ideologisch oogpunt gestimuleerd om een goed bereikbare, maatschappelijk geïntegreerde hulpverlening te waarborgen. Vanuit politieke motieven heeft de overheid enerzijds voor ogen dat deconcentratie op den duur goedkoper zou zijn, omdat er meer patiënten naar een RIBW zouden kunnen. Tevens zou regionalisatie van voorzieningen meer mogelijk zijn door onderdelen van het APZ te spreiden over de regio.

De ideologische motieven zowel van de overheid als van de APZ'en zijn ingegeven vanuit het denken over de patiënten. Men gaat ervan uit dat stigmatisering door het opgenomen zijn in een APZ voor de patiënten een belemmering is voor contacten buiten het ziekenhuis. Bovendien vooronderstelt de uitspraak dat deconcentratie de sociale integratie bevordert dat patiënten maatschappelijk willen integreren. Tevens gaat men ervan uit dat stigmatisering zou verminderen in een gedeconcentreerd ziekenhuis en dat de patiënten zich daar beter sociaal zullen inpassen. Het is evenwel de vraag in hoeverre de opvattingen van de patiënten zelf over stigmatisering een rol spelen bij hun contacten. Vervolgens is het de vraag of deconcentratie de verwachting van stigmatisering bij de patiënt vermindert en of zij invloed heeft op zijn sociale integratie. Zijn de opvattingen van de patiënt over stigmatisering en sociale integratie voor de patiënt belemmeringen om zich buiten het APZ te begeven?

Om antwoord te krijgen op deze vragen wordt de literatuur over de opvattingen van patiënten over stigmatisering beschreven. Vervolgens worden de resultaten van een onderzoek naar de verwachting van stigmatisering van de patiënt en zijn sociale integratie en de invloed van de deconcentratie daarop weergegeven.

De houding van de patiënt tegenover stigmatisering

In 1965 stelden Cumming en Cumming voor het eerst de houding van de patiënt tegenover het stigma 'patiënt' centraal. Zij veronderstelden dat het stigma, onafhankelijk of het 'teken' zichtbaar of onzichtbaar is, zijn betekenis krijgt door de emotie die het bij de persoon oproept en de bevestiging daarvan door de omgeving. Uit interviews bij 22 patiënten na ontslag bleek dat 22% zich gestigmatiseerd voelde, wat zich uitte in de verwachting dat zij door anderen minderwaardig behandeld zouden worden, en in schaamte- of insufficiëntiegevoelens vanwege het opgenomen zijn. Hiervoor zijn twee verklaringen mogelijk. De patiënten kunnen zich insufficiënt gevoeld hebben omdat zij opgenomen werden. Vanuit dat gevoel kunnen zij zich zo gedragen hebben dat anderen hen

inderdaad afwezen en versterkten in hun schaamtegevoel. Anderzijds kan de omgeving de patiënten gestigmatiseerd hebben. De patiënten hebben dat negatieve oordeel over hen geïnternaliseerd en zijn zich insufficiënt gaan voelen. Of de omgeving de patiënten stigmatiseert is mede afhankelijk van de gedragingen, voortkomend uit het psychiatrische beeld en de mate waarin de patiënten ook niet-deviante rollen vervullen (Nieradzik e.a. 1985).

Dat de patiëntenrol niet zonder meer schadelijk is en zelfs voordelen kan opleveren, concludeerde Weinstein (1983) uit empirische gegevens van 23 studies naar de houding van opgenomen patiënten tegenover het etiket 'geestesziekte'. In 12 studies hadden patiënten een positieve houding tegenover het 'psychiatrisch patiënt zijn' en in 11 studies een negatieve houding. Als er abstracte vragen gesteld werden over 'de psychiatrische patiënt' in het algemeen, waren er vooral negatieve antwoorden. Dat deed zich voor bij vragen zoals: 'een psychiatrische patiënt is ...'; 'patiënten zijn altijd ...'; 'mensen worden in psychiatrische ziekenhuizen gedaan omdat ...'. Vragen over de eigen ervaringen van de persoon als patiënt ontlokten positieve beweringen over het psychisch ziek zijn of opgenomen zijn: 'door de opname voelde ik mij ...'; 'ik verwacht door de opname niet afgewezen te worden door anderen of in het werk'. In 14 vergelijkende studies met niet-patiënten was er eveneens geen duidelijke tendens naar een positieve of negatieve houding. Het oordeel van patiënten bleek bij 4 van de 14 studies gunstiger, bij 5 studies was het gelijk en bij 5 ongunstiger. Weinstein concludeerde dat de resultaten erop wezen dat de houding van de patiënten tegenover het label van 'psychiatrische patiënt' en het stigma van 'opname' eerder positief dan negatief was. Die conclusie rechtvaardigde hij onvoldoende omdat ongeveer evenveel studies zowel een positieve als negatieve houding lieten zien. Bovendien werden er in de studies zeer verschillende maten gehanteerd voor de houding van de patiënten. Uit de studies bleek wel dat de houding van patiënten niet zo eenduidig is als de labelingtheorie zou doen geloven. Volgens de labelingtheorie zou de houding van de patiënt tegenover het 'patiënt zijn' gedurende de ziekenhuisopname verslechteren en zou ze ongunstiger zijn dan bij niet-patiënten. In vijf studies door Weinstein gerefereerd, werd de houding van de patiënt tegenover het 'patiënt zijn' meerdere malen in het beloop van een ziekenhuisopname gemeten. Daarbij bleek dat de attitudes tegenover het ziekenhuis, zichzelf en het psychiatrisch patiënt zijn hetzelfde bleven of juist beter werden naarmate men langer opgenomen was.

In de door Weinstein gerefereerde studies werd geen onderscheid gemaakt tussen etikettering en stigmatisering. Dat onderscheid is van belang omdat etikettering niet altijd leidt tot stigmatisering. Van den Hout (1985) beschreef etikettering als alle manieren waarop (ex-)patiënten voelen dat ze niet als volwaardig lid van de samenleving worden beschouwd, omdat ze in een 'gekkenhuis' waren opgenomen. Het gevolg

ervan kan stigmatisering zijn: de patiënten worden op grond van etikettering anders benaderd en hun relaties verslechteren. In het onderzoek van Van den Hout bij een cohort van 320 patiënten, die geïnterviewd werden bij ontslag uit het APZ en drie maanden later, verwachtte 38% etikettering, maar tweederde van hen was er niet bang voor. Drie maanden na ontslag uit het APZ had 32% etikettering ervaren. Stigmatisering als combinatie van ervaren etikettering samen met verslechtering in de relatie met de familie had 12% in sterke mate gevoeld in de eerste drie maanden na ontslag. Juist die verslechtering van de relatie met de familie verhoogde de kans op heropname, terwijl de ervaren etikettering er geen invloed op had. De verslechtering in de relaties door het verblijf in het ziekenhuis kan evenwel met andere factoren dan etikettering samenhangen. Rabkin (1984) noemde dat het misleidend negatieve effect van de termen stigma of verwerping. De houding van mensen tegenover anderen die zich vreemd gedragen, zou meer gericht zijn op het houden van sociale afstand van hen dan op het verwerpen van hen op basis van een stigma. Mensen reageren vooral op chronische patiënten die opvallen door hun gedrag of uiterlijk. Afwijzing door de omgeving lijkt dus meer een gevolg van de psychiatrische toestand van de persoon en niet van het opgenomen zijn op zich. De omgeving houdt sociale afstand, niet vanwege het verleden van psychiatrische ziekte of behandeling, maar vanwege het afwijkende gedrag van de patiënt.

Mogelijk zijn de relatieproblemen mede afhankelijk van de manier waarop de patiënt met zijn verwachting van etikettering omgaat. Het onderzoek van Link (1987) bij 164 patiënten gaf daar een aanwijzing voor. Als de patiënten van andere mensen een negatieve houding tegenover psychiatrische patiënten in het algemeen verwachtten, hadden zij een laag gevoel van eigenwaarde en gingen zij zich isoleren van anderen. Een verklaring daarvoor is dat de patiënten zich al voor de opname een beeld gevormd hebben van de negatieve oordelen van anderen over het 'psychiatrisch patiënt zijn'. Als zij dan zelf patiënt worden, behoren zij tot de groep waar zij vroeger grappen en negatieve uitspraken over gehoord hebben. Dat zou insufficiëntiegevoelens geven en angst voor afwijzing door anderen. Daarom gingen juist degenen die verwachtten dat andere mensen negatief denken over psychiatrische patiënten, zichzelf isoleren.

Lally (1989) bestudeerde de invloed van het verblijf in het APZ op het zelfwaardegevoel van de patiënt vanuit gestructureerde interviews met 60 psychiatrische patiënten. Daaruit bleek dat de patiënten probeerden hun gevoel van zelfwaarde te herstellen door hun opname-ervaring op hun eigen manier te labelen, zoals: 'ik ben hier omdat ik geen vrienden in de maatschappij heb' of 'ik ben niet zo echt gek als de anderen'. Lally kwam dan ook tot de conclusie dat het proces van opgaan in de identiteit van patiënt geen passief proces was, waarbij de sociale krachten de patiënt een stereotiepe rol en identiteit opdrongen, maar een actief proces.

De patiënt zou een positief zelfbeeld proberen te handhaven, waarbij hij zijn psychische stoornis en de noodzaak van een opname in het ziekenhuis betrekt. Lally haalde Clausen (1981) aan die stelde dat de angst van de patiënt om afgewezen te worden en onzekerheid over het functioneren in dagelijkse taken voor hem meer een barrière waren om aan sociale activiteiten mee te doen dan de verwachting van 'het stigma'. Sociaal wordt hij veel meer belemmerd door zijn eigen angst voor controleverlies en zijn onzekerheid in contacten.

Angst van de patiënt om afgewezen te worden hoeft niet impliciet gebaseerd te zijn op stigmatisering en de gevolgen daarvan. Een voorbeeld dat de relatie tussen het hebben van een psychose, het verwachten van afwijzing en het zich sociaal terugtrekken op een andere factor kunnen berusten dan op stigmatiseringsverwachting, beschreef Yassa (1989). Tardieve dyskinesie ten gevolge van antipsychoticagebruik was enerzijds een handicap bij het werken, spreken en lopen. Anderzijds meldden 12 van de 22 patiënten met tardieve dyskinesie dat ze hinder hadden van hun bewegingen in sociale contacten. Zij voelden zich bekeken in openbare gelegenheden en meden die. Zij werden niet méér afgewezen, maar doordat zij zich bekeken voelden vanwege hun vreemde bewegingen, trokken zij zichzelf terug van contacten. Zij verwachtten aangekeken te worden op hun vreemde bewegingen maar niet op het stigma 'patiënt'.

Rabkin (1984) waarschuwde dat de hypothese dat psychiatrische patiënten gestigmatiseerd worden, zelf het vooroordeel van 'stigma' in stand houdt. De term 'stigma' is dus niet geschikt en kan beter vervangen worden door 'sociale afwijzing'.

Vraagstelling onderzoek

Vanuit deze beschouwing komen drie vraagstellingen naar voren:

- Verwachten patiënten afwijzing door familie of anderen buiten het APZ?
- In hoeverre beïnvloeden kenmerken, sociale activiteiten en hulpwens van de patiënt de verwachting van afwijzing?
- Heeft het verblijf in de gedeconcentreerde eenheden van het APZ invloed op de verwachting van de patiënten sociaal afgewezen te worden? Heeft die verwachting van afwijzing invloed op de ontslagwens van de patiënten die geconcentreerd in het APZ verblijven?
- Heeft deconcentratie invloed op de sociale integratie van de patiënten?

Vanuit deze vier vraagstellingen werd er in een APZ onderzoek gedaan naar de afwijzingsattitude en de sociale integratie van langdurig opgenomen patiënten.

Populatie

De onderzoeksgroep bestond uit 208 patiënten, van wie 184 patiënten van het sociotherapeutisch centrum op het terrein van een APZ, en 24 patiënten van gedeconcentreerde woningen op 15 kilometer afstand van de hoofdlocatie. Het sociotherapeutische centrum bestaat reeds dertig jaar en de gedeconcentreerde woningen bijna tien jaar. Er was een response van 93%. Iets meer vrouwen (112) dan mannen (96) deden mee. De grootste groep was 40-69 jaar oud. Veruit de meesten (86%) zijn langer dan twee jaar opgenomen, waarbij 67% langer dan vijf jaar opgenomen is. Als hoofddiagnose had 45% schizofrenie, 18% affectieve stoornis en 10% een persoonlijkheidsstoornis (DSM-III). In hun psychische functioneren, gemeten met de CIPS (Classificatie van Intellectuele en Psychologische Stoornissen, Hoek 1987), zijn zij vergelijkbaar met de patiënten uit sociowoningen van het APZ in het ICIDH-onderzoek (Hoek 1987). Alléén in wilsleven zijn de patiënten uit de onderzoekspopulatie meer gestoord en lijken op de patiënten uit paviljoens. Tussen beide groepen (geconcentreerd op het APZ-terrein en gedeconcentreerd) was geen verschil in geslacht, leeftijd, duur van opname en diagnose. Wel verschilden zij in psychisch functioneren ($p = .01$): overeenkomstig de verwachting hadden degenen die gedeconcentreerd verbleven minder functiestoornissen.

Methode

Er werd gebruik gemaakt van twee voorgestructureerde vragenlijsten. In de eerste lijst werd aan de verpleging gevraagd naar de mate van sociale integratie van de patiënten. Een tweede vragenlijst was bestemd voor de patiënten en betrof hun motivatie tot revalideren. Voor gegevens over de validiteit en betrouwbaarheid van beide lijsten wordt verwezen naar Kaiser (1991, 1992). Sociale integratie, afwijzingsattitude, hulpwens, toekomstverwachting en ontslagwens zijn deellijsten van de vragenlijst naar de motivatie van de patiënten. Voor het ontwikkelen van de deellijst 'afwijzingsattitude' was het noodzakelijk een indruk te krijgen over de manier waarop patiënten zelf het begrip 'stigmatisering' verwoordden, of zij zich hierbij een voorstelling konden maken en welke termen zij bij dit onderwerp gebruikten. Uit de reacties bleek dat de verwachting van de patiënten van afwijzing of hulp door anderen niet hoefde te berusten op stigmatisering. Daarom werd er in de vragenlijst gevraagd naar de verwachting van de patiënt dat hij door familie of anderen anders of minderwaardig gevonden zou worden of juist geholpen, 'als ze weten dat u opgenomen bent' als teken van sociale afwijzing. Er werd gevraagd naar de houding van de familie en naar die van anderen in bus, trein, winkel of op straat.

Met factoranalyses werden de empirische aspecten van de validiteit

Tabel 1: Structuurmatrix 'Afwijzingsattitude'

	Factor 1	*Factor 2*	*Communaliteit*
Anderen doen anders	.22	.89	.80
Anderen vinden me minderw.	.32	.76	.58
Familie vindt me minderw.	.27	.61	.38
Familie doet anders	.15	.59	.36
Familie helpt	.40	.23	.16
Ik kan met afw. omgaan	.99	.16	1.00
Ik kan tegen afwijzing	.77	.28	.59

onderzocht. Met Maximum Likelihood factoranalyses worden de beste lineaire combinaties van variabelen gezocht, de factoren waarmee de oorspronkelijke correlatiematrix het best kan worden gereproduceerd. Factoranalyse met oblimin rotatie is een geëigende methode daarvoor (Mulaik 1972). Uit de factoranalyse (tabel 1) blijkt dat er twee groepen vragen zijn die onderling een tamelijk hoge samenhang vertonen: de ene deellijst meet 'de verwachting afgewezen te worden door mensen uit de omgeving (familie en anderen) als die weten dat de persoon in een APZ opgenomen is' en de andere lijst meet 'met afwijzing om kunnen gaan'. De correlatie tussen de factoren is 0.32.

Met univariate variantieanalyses (SPSS+ V2.0 Oneway) wordt beoordeeld of er een invloed is van de onafhankelijke variabele op de afhankelijke variabele. Met de variantieanalyse kan de vraag beantwoord worden of de verschillen in de steekproefgemiddelden van de afhankelijke variabelen, toevalsverschillen zijn of berusten op werkelijke onderlinge verschillen onder invloed van de onafhankelijke variabele.

Resultaten

Verwacht de patiënt afwijzing door anderen of familie? – Een kleine meerderheid van de patiënten (61%) verwacht dat zowel de familie als anderen hen niet minderwaardig vinden. De overige 39% verwacht door één van beide of beide minderwaardig gevonden te worden: 9% verwacht alleen door zijn familie minderwaardig gevonden te worden, 12% door familie en anderen en 18% alleen door anderen. De verwachting van de patiënten ten aanzien van de familie is overwegend positief: 76% verwacht dat de familie zal helpen.

Het verwachten van afwijzing wil niet zeggen dat de patiënt er niet mee om kan gaan en dat het hem ervan weerhoudt om contacten te leggen. Alhoewel 39% van de patiënten enige vorm van afwijzing verwacht omdat ze opgenomen zijn, blijkt van het totaal aantal mensen slechts 15% (n = 31) zowel afwijzing te verwachten door mensen buiten het ziekenhuis als er slecht mee om te kunnen gaan. Van deze groep kan ver-

wacht worden dat zij het minst graag weg willen uit het APZ. Bijna een kwart verwacht wel afwijzing, maar kan er goed mee omgaan. Zij voelen zich blijkbaar weerbaar genoeg in een dergelijke situatie. Dat bleek ook uit de persoonlijke reacties van de patiënten: 'ze kunnen niet aan mij zien dat ik patiënt ben'; 'ik zeg gewoon niet dat ik in ... verblijf'; 'ik heb soms last van een psychiatrische ziekte en daar kan ik niets aan doen'; 'je moet in het APZ even wennen dat je veel kwijt bent, maar daarna vind je het hier gewoon'; 'laat ze maar denken, ik weet wel beter'.

Met welke factoren hangt de verwachting van afwijzing samen? – Als patiënten afwijzing verwachten (39%) is het de vraag met welke variabelen dat samenhangt. De afwijzingsverwachting is daarbij als afhankelijke variabele genomen bij de variantieanalyses (SPSS+ V2.0 Oneway). Er blijkt geen verband te bestaan tussen de afwijzingsverwachting en de variabelen leeftijd, duur van opname, aantal opnames, geslacht, psychische toestand of diagnose.

Een hulpbehoeftige houding van de patiënt bij contacten kan een rol spelen bij zijn verwachting van afwijzing. Die hulpbehoeftige houding werd gemeten door de hoeveelheid hulp die de patiënt wil bij verschillende levenstaken. Inderdaad is er enige samenhang tussen de hulpwens en de afwijzingsverwachting. De correlaties zijn evenwel laag. Naarmate patiënten meer hulp vragen, verwachten zij meer afwijzing en willen liever in het APZ blijven. Het verblijf in een al dan niet gedeconcentreerde situatie heeft op deze hulpwens geen invloed.

Bij onze populatie is de sociale integratie slecht. De sociale passiviteit houdt geen verband met de verwachting van de patiënt dat hij afgewezen wordt.

Heeft deconcentratie invloed op de verwachting van afwijzing? – De angst voor afwijzing speelt nauwelijks een rol voor de patiënt. De locatie van de sociowoning (gedeconcentreerd of centraal op het terrein van het APZ) heeft geen invloed op de verwachting afgewezen te zullen worden door familie of mensen uit de omgeving. Volgens de labelingtheorie zou het wonen in de gedeconcentreerde woningen in een gewone woonwijk de deviante rol van de patiënten ten gunste kunnen veranderen, waardoor zij minder afwijzing verwachten en beleven. Uit ons onderzoek blijkt echter dat de patiënten van de dependancewoningen in de stad in dezelfde mate verwachten aangekeken te worden op het 'patiënt zijn' als de patiënten van het APZ. Ook in de verwachting van de patiënt dat hij om kan gaan met afwijzing is er geen verschil. Deconcentratie van het APZ geeft bij deze onderzoekspopulatie dus geen vermindering van hun verwachting afgewezen te worden door familie of anderen. De verwachting wordt ook niet sterker, hoewel de patiënt daar mogelijk meer in contact is met mensen buiten het APZ.

Remt de verwachting van afwijzing de ontslagwens van de patiënt? – Men kan veronderstellen dat de afwijzingsattitude, als combinatie van de verwachting van de patiënt dat hij afgewezen wordt en dat hij er niet mee om kan gaan, zijn ontslagwens uit het geconcentreerde APZ belemmert. Dat kon niet bevestigd worden: de verwachting van afwijzing heeft geen verband met de wens van de patiënt om met ontslag uit het ziekenhuis te gaan. Ook de 15% van de patiënten die zowel afwijzing verwacht als er niet mee om kan gaan, kiest niet méér voor het willen blijven dan de andere patiënten (p F>f 0.32). Dat is te begrijpen omdat de verwachting van afwijzing ook geen invloed heeft op het aantal contacten dat de patiënt in of buiten het APZ heeft.

Beïnvloedt de deconcentratie de sociale integratie? – Slechts 22% van de patiënten heeft veel contacten binnen het APZ, terwijl 52% vindt er weinig tot geen te hebben. Het aantal contacten met mensen buiten het ziekenhuis is volgens de verpleging nog minder: slechts 13% van de patiënten heeft geregeld extern contact en bij 47% is er nauwelijks contact. Uit tabel 2 blijkt dat de deconcentratie de sociale integratie niet beïnvloedt.

Tabel 2: Relatie van diverse afhankelijke variabelen met de locatie als onafhankelijke. Weergegeven zijn de gemiddelde scores van de afhankelijke variabelen

Locatie	*geconc*	*gedeconc.*	*p F>f*
Afwijzingsverwachting	2.19	1.98	0.35
Afwijzing omgaan	3.22	2.19	0.90
Oordeel verpleging			
Soc. integratie extern	2.18	2.33	0.26
Soc. integratie intern	2.88	2.78	0.66
Totale sociale integratie	2.43	2.62	0.15
Oordeel patiënt			
Totale soc. integratie	2.42	2.82	0.93
Wens van soc. integr.	2.89	2.72	0.30
In de toekomst soc. integr.	3.09	3.04	0.81

Score 1 = nauwelijks tot geen
Score 4 = veel

De mate waarin de verpleging vindt dat de patiënt intern (in de woning of op het terrein van het APZ) of extern contacten heeft, verschilt niet tussen beide verblijfssituaties. Ook heeft de deconcentratie geen invloed op de mate waarin de patiënt zelf vindt vrienden te hebben, of verwacht in de toekomst sociaal geïntegreerd te zijn.

Beschouwing

De resultaten van het onderzoek moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Er kan geen uitspraak gedaan worden over de invloed van deconcentreren op één zelfde groep patiënten, want in het onderzoek worden twee verschillende groepen patiënten met elkaar vergeleken: de groep op de hoofdlocatie en de daaruit geselecteerde patiënten op de gedeconcentreerde verblijfsvorm. Hoewel het onderzoek in die richting evidentie aandraagt, kan uit de resultaten niet geconcludeerd worden dat er geen causaal verband is tussen deconcentratie en de afhankelijke variabelen. Daarvoor zouden vragen nodig geweest zijn aan patiënten en verpleging of zij veranderingen ervaren hebben door de veranderde verblijfssituatie.

Een tweede beperking betreft de populatie. De patiënten zijn allen gedurende lange tijd opgenomen geweest op de hoofdlocatie van het APZ. De vraag wat de effecten zijn van deconcentratie als patiënten rechtstreeks daar opgenomen worden in vergelijking met patiënten die eerst op de hoofdlocatie geweest zijn, wordt in dit onderzoek niet beantwoord.

In ons onderzoek was er geen verschil in de verwachting van de patiënten van stigmatisering en hun sociale integratie tussen de gedeconcentreerde patiënten en de patiënten op de hoofdlocatie van het APZ. In de gedeconcentreerde verblijfsvorm is de stigmatiseringsverwachting niet minder. Van de totale populatie verwacht 39% afwijzing, maar kan slechts 15% er niet mee omgaan. Die percentages zijn vrijwel gelijk aan de bevindingen van Van den Hout (1985). Voor de patiënten op de hoofdlocatie spelen hun opvattingen over stigmatisering nauwelijks een rol bij hun sociale integratie buiten het APZ en hun ontslagwens. Volgens Link (1987) zouden de patiënten zich terugtrekken als zij stigmatisering verwachten. Mogelijk komt het verschil door een andere vraagstelling (verg. Weinstein 1983). Link vroeg naar de opvattingen over stigmatisering in het algemeen, terwijl in ons onderzoek naar persoonlijke belevingen werd gevraagd. Voorzichtig gesteld blijkt uit ons onderzoek dat het belang dat aan het stigma gehecht wordt met betrekking tot de sociale integratie, meer een probleem is dat door de behandelaren en beleidmakers verondersteld wordt dan dat het voor de patiënten een probleem is.

De gedeconcentreerde verblijfsvorm heeft evenmin invloed op de sociale integratie van de patiënten intern of extern. Door de geringe sociale integratie van de patiënten in de gedeconcentreerde woningen blijven zij zich tegenover de buurt mogelijk voelen als de patiënten die in de sociowoningen in het APZ verblijven (Kaiser en Van Eynde 1989). Bij de hele populatie is de sociale integratie slecht te noemen. Ook Haveman (1988) vond dat betrekkelijk veel patiënten binnen de door hem onderzochte APZ'en in een sociaal isolement verkeerden. Het zou kun-

nen dat de patiënten zich van contacten terugtrekken omdat zij verwachten gestigmatiseerd te worden. Bij onze onderzoekspopulatie heeft die verwachting geen invloed op de sociale integratie. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn, volgens de observatie van Lally (1989), dat de patiënten meer bezig zijn met hun eigen zorgen over de dagelijkse behoeften en hulpwens daarbij dan dat zij proberen de verwachting van afwijzing ongedaan te maken door zoveel mogelijk sociale contacten te onderhouden of zich er juist van terug te trekken. Wel verwachten patiënten meer afwijzing naarmate ze zelf meer hulp willen. Dat komt overeen met de beschrijving van Link en Lally dat een zelfbeeld van de patiënt als hulpeloos samenhangt met een angst voor afwijzing.

Om een in een APZ opgenomen patiënt een redelijke kans te geven zich in de maatschappij te handhaven moet weer een netwerk van betekenisvolle relaties worden opgebouwd (Watts e.a. 1983). Dat hoeft niet alleen bij familie of kennissen te zijn, maar kan ook tot stand komen bij mensen in de bus, de winkel of andere gelegenheid. Uit dit onderzoek blijkt echter dat het te verwachten is dat het verplaatsen van het APZ naar 'de stad' voor een groep patiënten niet zonder meer zal leiden tot een betere sociale integratie.

Met dank aan dr. H.H.F.M. Verstralen, methodoloog.

Literatuur

Clausen, J. (1981), Stigma and mental disorder: phenomena and terminology. *Psychiatry 44*, 287-296.

Cumming, J., en E. Cumming (1965), On the stigma of mental illness. *Community Mental Health Journal 1*, 135-143.

Haveman, M.J. (1988), Vaardigheden van lang opgenomen patiënten in relatie tot besluitvorming over vervangende zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie 7*, 417-430.

Hoek, H.W. (1987), *Psychiatrisch onderzoek met de CIPS*. Groningen, proefschrift.

Hout, A.C. van den (1985), *Ontslagen psychiatrische patiënten*. Nijmegen, proefschrift.

Kaiser, L.H.W.M. (1991), Over revalidatie en differentiatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie 9*, 617-628.

Kaiser, L.H.W.M. (1992), *Bevorderen van de motivatie tot revalidatie van langdurig opgenomen psychiatrische patiënten*. Utrecht, proefschrift.

Kaiser, L.H.W.M., en I.E.I.M. van Eynde (1989), Een revalidatieproject voor langdurig in het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen patiënten. Wolfheze, *intern rapport* in samenwerking met H. van Andel.

Lally, S.J. (1989), 'Does being in here mean there is something wrong with me?' *Schizophrenia Bulletin 15*, 253-265.

Link, B.G. (1987), Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectation of rejection. *American Sociological Review 52*, 96-112.

Mulaik, S.A. (1972), *The foundations of factor analysis*. McGraw Hill Book Company.

Nieradzik, K., en R. Cochrane (1985), Public attitudes towards mental illness – The effects of behaviour, roles and psychiatric labels. *International Journal of Social Psychiatry 31*, 23-33.

Rabkin, J.R. (1984), Community attitudes and local psychiatric facilities. In: J. Talbott, *The chronic mental patient, five years later*. Grune & Stratton, Orlando.

Roosenschoon, B.J. (1986), *Bestuurbare deconcentratie*. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht.

Watts, F.N., en D.H. Bennett (1983), *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. John Wiley & Sons, Chichester.

Weinstein, R.M. (1983), Labeling theory and the attitudes of mental patients: a review. *Journal of Health and Social Behavior 24*, 70-84.

Yassa, R. (1989), Functional impairment in tardive dyskinesia: medical and psychosocial dimensions. *Acta Psychiatrica Scandinavica 80*, 64-67.

Summary: Deconcentration: the solution for stigmatization?

The proponents of deconcentration of the GPH expect it to prevent or diminish stigmatization of patients and to promote their integration in society. This article presents the results of a study of the differences social integration and expectations of stigmatization between 24 deconcentrated and 184 long stay patients living inside the central hospital. The study revealed no differences between these two groups in the patients expectation of stigmatization by the family or others outside the hospital. Nor was there any difference in their social integration. The patients in the deconcentrated department did not differ from the patients in the central GPH.

De auteur is psychiater, opleider inrichtingspsychiatrie, verbonden aan het APZ Wolfheze, 6874 BE Wolfheze.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 9-9-1992.