

Doorbreek de preventieparadox!¹

Gee de Wilde, 14 augustus 2022

Preventie is het toverwoord bij de strijd tegen de toenemende vraag naar professionele psychische hulp. Zorgverzekeraars, overheden, ggz-instellingen en patiëntenverenigingen pleiten voor het aanpakken van psychische problemen bij de kern: de samenleving. Die is verhard en geïndividualiseerd. Als daar eerder wordt gesproken over negatieve mentale zaken, zou dat erg helpen.

Maar is dat wel zo? Zou de druk op de ggz verminderen als er eerder en meer over psychische problemen zou worden gepraat? Ja en nee. Ja, omdat een goed gesprek in vertrouwde kring het welbevinden en de veerkracht kan verbeteren bij hen die het niet zien zitten. Nee, omdat die vroege gesprekken de weg naar de gezondheidszorg juist verkorten. En zelfs uitsluiting en stigmatisering dichterbij kunnen brengen.

Overheden en patiëntenorganisaties beijveren zich om in alle sectoren van de samenleving gesprekken op gang te brengen over problemen waar jeugdigen, werkenden, ouderen tegenaan lopen. Over pesten op school, studiestress op de universiteit, druk op het werk, eenzaamheid en vergeetachtigheid bij ouderen, seksuele intimidaties, (v)chtscheidingen, rouw, neerslachtigheid, angst. In Amsterdam is Thrive actief, zoals tijdens de Samen020-week in oktober. Landelijk timmert MIND aan de weg met voorlichtingscampagnes, rolmodellen als ambassadeurs voor acceptatie van psychische ongemakken, en speelse acties.

Jarenlang was preventie het stiefkind van de ggz. En nog steeds behelst het activiteiten die moeilijk te financieren zijn. Daar komt langzaam verandering in. Tertiaire preventie is vooral dankzij de herstel-beweging sterk geworden: zorgen dat je met psychische beperkingen een waardig leven leidt op jouw eigen voorwaarden. Secundaire preventie gebeurt nu vooral in de spreekkamer van de therapeut, door sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen en praktijkondersteuners van de huisarts. Zij zorgen dat problemen niet verergeren. De preventie waar Thrive en MIND zich op richten is de primaire preventie: zorgen dat problemen niet uitgroeien tot aandoeningen en stoornissen. Die doelstelling gaat ervan uit dat er een lineair verband is tussen problemen in de samenleving en psychiatrische problemen. Het begint met pesten op school en als je niks doet

eindigt het op een opnameafdeling, zo is de veronderstelling. Het voert hier te ver om de onjuistheid hiervan te bespreken. Belangrijker is te constateren dat bewustwording van problemen in het dagelijks leven, thuis, op school, op het werk, kan leiden tot onnodige psychiatrisering. Als je neerslachtig of verdrietig bent door onzekerheid, afwijzing of rouw, heb je geen depressie. Als je te veel geld vergokt ben je niet ziek. Als je bang bent in gezelschap of in de lift heb je geen angststoornis. Als je druk bent of je niet goed kan concentreren heb je geen ADHD of ADD.

Met al die problemen waar een mens vroeg of laat mee te maken krijgt, is goed te leven als je er in een vertrouwde omgeving aandacht voor durft vragen. Het gaat fout als je het gaat labelen en mensen aanraadt de huisarts te bezoeken. De huisarts is de poortwachter van het gezondheidszorgsysteem. Dat systeem draait om diagnoses en behandelplannen. Primaire preventie bergt daardoor het gevaar in zich dat levensproblemen waar men met hulp van vertrouwelingen z'n eigen coping-strategieën voor kan vinden, gemedicaliseerd worden. Dat levert onnodige druk op de gespecialiseerde ggz op.

Het is precies dat wat we de afgelopen decennia hebben zien gebeuren. Voorlichting over psychische ziekten in alle uithoeken van de samenleving, en het advies zo vroeg mogelijk professionals in te schakelen.

¹ Deze 'column' is een vervolg op 'Medicalisering en markt zijn de oorzaken van het lange wachten', Gee de Wilde, 30 mei 2022.

‘Nederland wordt psychisch niet zieker’, concludeerde de landelijke Commissie Geestelijke volksgezondheid al in 2002². Zij wilde weten waarom steeds meer mensen zich aanmelden voor psychische hulp. Ook toen al. De commissie schreef dat ‘de vraag van patiëntengroepen niet altijd op echte geestesziekten slaat en juist maatschappelijk gerelateerd is’, en dus ‘moet de zorg ook meer van die situatie uitgaan’. ‘Nu wordt deze altijd naar de GGZ doorgeschoven en daardoor onterecht uit zijn verband gerukt’.

Dit was aan dovemansoren gezegd. Als een rupsje nooitgenoeg ontpopte de GGZ zich tot een alleseter, die elk psychisch ongemak medicaliseerde tot een gezondheidsprobleem dat om genezing vroeg. Daarbij zag zij zich gesteund door onderzoekers van universiteiten en het Trimbos-instituut (Nemesis), en door MIND, dat bij voortduring benadrukt dat je niet met psychische aandoeningen moet blijven rondlopen. Zeker, er verschenen en verschijnen praktische levensstips voor elke aandoening die vooral jongeren kunnen treffen. Maar bij verergering komt de huisarts en wellicht behandeling in zicht. Want ‘we hebben hier met hersenaandoeningen te maken’. De getallen die daarbij verschijnen zijn niet misselijk: afhankelijk van de publicist krijgt 25-40-50-60% van de Nederlanders met psychische aandoeningen te maken.

Naast de oplopende wachttijden voor zorg heeft voorlichting over psychische problemen ook nog een andere paradox opgeleverd. In alle pogingen psychische aandoeningen te ‘normaliseren’ en dus te destigmatiseren, is het tegenovergestelde gebeurd. Zeker; rouw, depressie en ADHD zijn enigszins *salonfähig* geworden, maar wat zijn we blij dat we niet borderline, schizofreen of bipolair zijn. Met die gekken willen we niks te maken hebben.

Het belang van vroegsignalering kan niet onderschat worden. Primaire preventie en vroegsignalering worden vaak in één adem genoemd. Dat is niet terecht. Waar we bij

preventie onnodige medicalisering achter ons moeten laten, is vroegsignalering erop gericht om tijdig hulp te bieden aan (vaak) jongeren die om welke reden dan ook een psychiatrisch probleem ontwikkelen. We hebben afgelopen decennia veel geleerd bij het opsporen van problemen in het ‘autisme-spectrum’, zoals dat in de DSM-V in al zijn vaagheid heet. Daardoor vinden veel jongeren al op jonge leeftijd een plek waar ze zich kunnen ontwikkelen. Ook jongeren met psychosegevoeligheid hebben meer kansen op een goed leven. Zo ook jongeren die stemmen horen. Het lukt ook steeds beter om ‘gepast’ met psychofarmaca om te gaan, zodat een ‘normaal’ leven mogelijk blijft.

Woorden doen ertoe

Laten we bij toekomstige acties in de samenleving onze taal veranderen, om ons te behoeden voor de valkuil van medicalisering. We hebben bij alle *woke*-acties gezien dat taal ertoe doet. Dat kan doorslaan als het bestraffende vingertje keer op keer verschijnt, maar bewust omgaan met de woorden die je gebruikt helpt bij bewustwording. Dat geldt ook voor woorden die in preventie en voorlichting over mentaal welbevinden worden gebruikt. Woorden als ziekte, aandoening en stoornis zijn uiteraard niet gewenst in een klaggesprek over pesten en andere ongemakkelijkheden. Maar ook woorden als depressie, angst, adhd, autist, burn-out, trauma en – nieuwe loot aan de taalstam – micro-trauma zijn te vermijden. Die woorden bewaren we voor situaties waarin er van ontwrichting en langdurig psychisch lijden sprake is. We hebben gewone woorden als ‘bang’, neerslachtig, verdrietig, afwezig, druk, overspannen of stress. Aan de positieve kant hebben we het lekker ouderwetse woord ‘senang’, of vitaal, veerkrachtig, vertrouwd, open, aandachtig.

Zelfs woorden als ‘gezond’ en ‘ongezond’ zijn voorlopig niet erg geschikt, zolang we de directe lijn met de gezondheidszorg nog zo openligt.

² ‘Zorg van velen’, Eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, februari 2002