

Geestelijke gezondheid en stigmatisering

een korte inleiding op basis van de literatuur



Yvette Schoenmakers
Monique van Biezen

1. Stigmatisering

“Stigma” of “stigmatisering” kan letterlijk worden vertaald als ‘een slechte reputatie’, als ‘brandmerk’, een ‘stempel’, of “*mark of disgrace or discredit*”. Uit deze betekenissen en definitie kunnen twee kenmerken worden afgeleid. *Ten eerste* krijgt iemand van anderen een ‘stempel’ of ‘label’ opgelegd. *Ten tweede* heeft dit label een negatieve lading. Bezien vanuit de medische wereld laat stigma zich vertalen als een symptoom dat voortdurend als het teken van een ziekte of van een ziekelijke aanleg te vinden is, zonder dat andere verschijnselen van die ziekte manifest behoeven te zijn. Dit hangt samen met een *derde kenmerk* van stigmatisering. Naast het toekennen van een ‘label’ met negatieve lading, maakt een stigma een persoon minderwaardig op basis van ongefundeerde oordelen. De buitenwereld oordeelt negatief over een persoon of groep van personen met een gezondheidsprobleem. Dit oordeel is gebaseerd op een hardnekkig negatief beeld dat gekoppeld is aan het gezondheidsprobleem op basis van gronden die medisch gezien niet te rechtvaardigen zijn (Weiss en Ramakrishna, 2001). Stigma komen onder meer voor bij lichamelijke afwijkingen, sociale kenmerken zoals etniciteit, godsdienst en nationaliteit, alsook bij personen die lijden aan een psychische aandoening of een psychiatrische ziekte.¹

Definitie

Bezien vanuit de sociologie is een stigma *een merkteken dat een persoon onderscheidt van anderen (op basis van een eigenschap, zoals het volgen van een psychiatrische behandeling) en dat de persoon aan onwenselijke eigenschappen koppelt (zoals ‘gevaarlijk’, ‘onberekenbaar’, ‘incompetent’), waarna de persoon door anderen wordt afgewezen of genegeerd* (Van Weeghel en Bongers, 2012).

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat de volgende stereotype beelden bestaan over mensen met psychische aandoeningen. Psychiatrische patiënten zijn onvoorspelbaar, potentieel agressief en/of onbetrouwbaar (Kwekkeboom, 2000; Boon et al., 2004; Van Weeghel & Bongers, 2012).² In het verklaren waarom psychiatrische patiënten gestigmatiseerd worden, wijzen Boon, Nugter en Dijker (2004) op de rol van toegeschreven verantwoordelijkheid aan psychiatrisch patiënten en daarmee geassocieerde boosheid en medelijden. Naarmate de toegeschreven verantwoordelijkheid toeneemt, neemt de boosheid toe en het medelijden af. Vervolgens leidt boosheid tot meer sociale afwijzing en medelijden tot minder. De mate waarin deze patiënten als gevaarlijk of onvoorspelbaar worden gezien, draagt bij aan angst en sociale afwijzing.

¹ Stigmatisering vertoont verwantschap met *discriminatie* (verwerpende onderscheiding, achterstelling, negatieve beoordeling en behandeling van iets, iemand of een groep op grond van ras, huidskleur, sekse, geaardheid e.d.), *stereotypering* (karakterisering op grond van generalisering van al of niet reële waarnemingen) en etikettering of *labeling* (in een bepaalde hoedanigheid kenschetsen, kwalificeren).

² Een belangrijke beperking van de studies is dat zij zijn gebaseerd op self-reports van mensen over hypothetische situaties met psychiatrische patiënten en niet op concreet gedrag van mensen ten opzichte van psychiatrische patiënten.

Overigens blijkt uit onderzoek dat Nederlandse burgers positiever staan ten opzichte van psychiatrische patiënten, dan de bevindingen over stigmatisering in Engels en Amerikaans onderzoek. In Nederland worden psychiatrische patiënten niet zozeer als gevaarlijk gezien; meer als onvoorspelbaar (Boon et al., 2004). Boon en collega's gingen na met welke cognities en emoties psychiatrische patiënten in Nederland geassocieerd worden en op welke wijze en in welke mate deze bijdragen aan sociale afwijzing (zij hanteren het begrip 'sociale afwijzing' in plaats van stigmatisering). Uit het onderzoek blijkt dat de gevoelens over psychiatrische patiënten wisselen. De acceptatie wordt minder, naarmate het contact met een psychiatrische patiënt dichterbij het persoonlijke leven dreigt te komen; een psychiatrische patiënt wordt minder geaccepteerd als onderwijzer dan als buur en nog minder als oppas voor de kinderen. Interessant is dat in een wijk zonder psychiatrische voorziening, meer gevoelens van angst en onzekerheid heersen, dan in een wijk mét dergelijke voorzieningen. Daar denken mensen ook positiever over psychiatrische patiënten.³

In de hiervoor gegeven definitie zien we nog een *vierde kenmerk* terug van stigma, namelijk dat de persoon als gevolg van het stigma door anderen wordt afgewezen of genegeerd. De maatschappij stelt geschreven en ongeschreven regels aan haar leden betreffende hun gedrag, gezondheid en uiterlijk. Wie aan die regels voldoet is een waardevol lid van de maatschappij, de anderen niet (Saylor en Yoder, 1998). Van Weeghel en Bongers (2012) halen aan dat de psychiatrische aandoening een dubbel lijden genereert: de persoon moet zich niet alleen wapenen tegen de psychiatrische aandoening, maar tevens tegen het psychiatrisch stigma. Het psychiatrisch stigma wordt dan ook wel 'de tweede aandoening' genoemd.

Samenvattend zijn in voorgaande dus vier kenmerken van stigma uit de literatuur gedestilleerd: (1) iemand krijgt van anderen een 'stempel' of 'label' opgelegd; (2) dit label heeft een negatieve lading; (3) het stigma maakt de persoon minderwaardig op basis van ongefundeerde oordelen; en (4) de persoon wordt als gevolg van het stigma door anderen afgewezen of genegeerd.

2. 'Gelaagdheid' van stigmatisering

In onderzoek naar en publicaties over stigma bij psychiatrische patiënten kan de focus op verschillende aspecten liggen. Van Brakel (2006) noemt vijf aspecten of categorieën betreffende stigma: (1) het ervaren van feitelijke discriminatie en/of vormen van uitsluiting door de betreffende persoon; (2) de houdingen en attitudes jegens de betreffende personen; (3) stigma zoals de betreffende persoon deze ervaart; (4) zelfstigma of geïnternaliseerde stigma; en (5) discriminerende en stigmatiserende praktijken in de (gezondheids)zorg, wetgeving, media en onderwijsmaterialen. Dit laat zien dat er verschillende kanten aan het onderwerp stigma zitten en dat feitelijke (discriminerende) uitingen jegens psychiatrische patiënten niet gelijk hoeven zijn aan attitudes over psychiatrische patiënten, door de persoon ervaren stigma en/of geïnternaliseerde stigma (zelfstigma).

3. Gevolgen van stigmatisering voor het individu

De gevolgen van een stigma als 'geestelijk ziek' kunnen zowel intern (binnen de persoon) als extern (van buitenaf) tot uiting komen. Intern, bijvoorbeeld door het geheim houden van de psychische aandoening, door verminderd zelfvertrouwen en door schaamte; extern, bijvoorbeeld door sociale uitsluiting, vooroordelen en discriminatie (Byrne, 2001).

Een stigma kan dan ook sociaal isolerend, devaluerend en angstaanjagend werken. Mensen met (ernstige) psychische aandoeningen ervaren stigmatisering als belangrijkste barrière voor hun deelname aan het maatschappelijk leven en als een dagelijkse bron van zorg. Mensen die worden gestigmatiseerd lopen een groot risico om in een sociaal isolement te raken (Boon, Nugter en Dijker, 2004). Naast een sociaal isolement kan

³ Het onderzoek kende een aantal beperkingen, waaronder een lage respons (30%) en een matige betrouwbaarheid van de gebruikte vragenlijst. De vragenlijsten zijn anoniem afgenomen, maar het is onduidelijk in hoeverre sociaal wenselijk is geantwoord.

stigmatisering leiden tot werkeloosheid, inkomensverlies, geringe kwaliteit van leven, (symptomen van) depressie, vermijden van professionele hulp, een laag zelfbeeld, psychologische stress, angst, en een (verhoogde kans op) een voortschrijdend ziektebeeld (Byrne, 2001; Van Brakel, 2006; Van Weeghel en Bongers, 2012).

Goffman (1963) illustreert vanuit sociologisch perspectief dat iemand die gestigmatiseerd is, zichzelf als minderwaardig beschouwt en ook zo door de buitenwereld wordt gezien. Vanwege het stigma, het 'anders zijn', wordt de persoon gediskwalificeerd. Wat betreft dit laatste laten Weiss en Ramakrishna (2001) zien dat de stigmatiserende partij er bij voorbaat al vanuit gaat dat de gestigmatiseerde iets niet zou kunnen of weten, ongeacht of dit ook daadwerkelijk zo is. Bovendien gaat degene die het 'label' opgelegd heeft gekregen zichzelf eveneens als incompetent beschouwen, waardoor het label een deel van zijn persoonlijkheid wordt. In die zin spreekt Goffman (1963) over een 'geschonden sociale identiteit'.

De angst om iets te krijgen waar een stigma aan kleeft is vaak zo groot dat men liever in stilte lijdt dan hulp te zoeken (Goffman, 1963). Dit heeft als gevolg dat niet iedereen met een psychische aandoening de hulp krijgt waar hij of zij behoefte aan heeft. *"Tussen volledige afwijzing, verborgen aanwezigheid en halve acceptatie: in die gevarendriehoek bouwen mensen met psychische beperkingen in onze samenleving hun bestaan en zelfbeeld op"* (Van Weeghel & Bongers, 2012, p.57).

Tegenwoordig wordt meer erkend dat problemen van mensen met psychiatrische aandoeningen niet eenzijdig zijn toe te schrijven aan reacties uit de omgeving. Naast stigmatisering en discriminatie geven Van Weeghel en Bongers (2012) een aantal andere redenen waarom mensen met psychiatrische aandoeningen in een sociaal isolement kunnen verkeren. Zo kunnen bepaalde symptomen (bijvoorbeeld vijandigheid, achterdocht, sociale angst) de verwachtingen en wederkerigheid in het sociale verkeer verstoren; er kan sprake zijn van beperkingen in sociaal-cognitieve vaardigheden; gemiste mogelijkheden in het opbouwen van een sociaal leven wegens ziekte en/of opnamen; financiële belemmeringen; en tot slot het gemis aan moedgevende contacten met cliënten die al verder zijn in hun herstel.

4. Zelfbeeld en zelfstigmatisering

Het diskwalificeren door derden vanwege een stigma kan feitelijk gebeuren, of in potentie aanwezig zijn. Goffman (1963) beschrijft dat de angst om gestigmatiseerd te worden, maakt dat iemand de aandoening om die reden zo lang mogelijk geheim houdt. Iemand stigmatiseert zichzelf, al voordat de omgeving dat doet. Van Weeghel en Bongers (2012) lichten toe dat mensen negatieve maatschappelijke beelden over psychiatrische patiënten al vroeg in hun leven hebben geïnternaliseerd; dus ook al voordat zij eventueel zelf psychiatrisch patiënt zullen worden. Dit mondt uit in de verwachting dat hij/zij zelf afgewezen zal worden. Vanuit deze angst kan de persoon zich bijvoorbeeld gaan terugtrekken uit het sociale verkeer, wat zijn functioneren nog verder beperkt. Onderscheid kan dan ook worden gemaakt tussen *enacted* (zichtbare) en *perceived* (ervaren) stigmatisering. In het laatste geval gaat het om de verwachting van de persoon zelf, hoe anderen hem (zullen) bejegenen. In de literatuur worden de termen 'zelfstigma', 'geïnternaliseerde stigma', 'perceived stigma' en 'enacted stigma' vaak door elkaar heen gebruikt, wat duidelijk maakt dat er nog geen overeenstemming is over de definities en conceptualisering van het onderwerp (Mittal et al., 2012). Dit maakt het lastiger om onderzoeken over zelfstigma met elkaar te vergelijken en hierop voort te bouwen. De toenemende aandacht voor zelfstigma en interventiestrategieën is echter veelbelovend (zie verder paragraaf 6). Betreffende de toenemende aandacht voor zelfstigmatisering (zelfafwijzing), waarschuwt Boevink (2006) wel voor het individualiseren van een maatschappelijk probleem. Volgens haar bestaat het gevaar dat het accent verschuift naar de door de cliënt ervaren discriminatie, het ter discussie stellen van de waarneming van de psychiatrische patiënt.

5. Het meten van stigma en zelfstigma

Ondanks de groeiende kennis over de gevolgen van stigma en discriminatie, is er binnen de gezondheidszorg relatief weinig vooruitgang geweest in het systematisch aanpakken ervan. Er zijn internationaal veel stigma reducerende interventies uitgevoerd, maar de effectiviteit daarvan is moeilijk vast te stellen. Om een beter begrip van stigma op te bouwen, zijn goede meetinstrumenten essentieel (Van Brakel, 2006). Het is helaas niet eenvoudig om stigma en de angst of negatieve gevolgen die eraan kleven voor de gestigmatiseerde te meten. Mensen willen er niet graag over praten en ontkennen het vaak. Ook het meten van stigmatisering bij de 'stigmatiseerders' is problematisch; wanneer zij bevestigd worden hebben bevooroordeelde mensen de neiging om hun attitudes te verzachten en het is moeilijker om gedrag van mensen te bestuderen in 'real life' setting (Byrne, 2001).

5.1 Meten van ervaren stigma en zelfstigma

Er is geen algemeen geaccepteerd instrument om stigma bij de cliënt te meten. Van Brakel (2006) geeft een overzicht van instrumenten om gezondheidsgerelateerde stigma en discriminatie te meten, waaronder in het veld van geestelijke gezondheid. Daarbij maakt hij onderscheid tussen de eerder genoemde categorieën (zie 'gelaagdheid van stigmatisering') en naar soorten meetinstrumenten (vragenlijsten, kwalitatieve methoden, indicatoren en kwantitatieve meetschalen). Assessment (meten) van stigma betreffende psychiatrische aandoeningen heeft zich geconcentreerd op de publieksattitudes die er heersen en op de ervaren stigma van de betroffenen personen.

Een voorbeeld van meetinstrumenten voor ervaren stigma is de 29-item *Perceived Stigma Questionnaire (PSQ)* van Link. Een studie van Lawrence en collega's (2010) onderbouwt de begripsvaliditeit van de ervaren stigmatisering en wijst op de potentiële waarde van de Perceived Stigma Questionnaire bij het onderzoeken van de sociale ervaringen van mensen die zichtbaar 'anders' zijn.⁴

Een ander meetinstrument is de *Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD)*. In een review van de literatuur over zelfstigma reductiestrategieën (Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee & Corrigan, 2012), bleek de PDD de meest gebruikte schaal om zelfstigma te meten; echter, met gebruik van dit instrument worden niet vaak verbeteringen gemeten in de zelfstigma. Dit kan komen door de focus van het instrument op één van de bouwstenen van zelfstigma. De PDD meet de ervaring en bewustwording van het individu betreffende de publieke attitudes, overtuigingen en percepties over de gestigmatiseerde groep. Net als bij de hierboven genoemde PSQ is het nadeel dat er dus alleen gekeken wordt naar 'perceived stigma'. Daarnaast zijn ook het accepteren en toepassen van deze stereotypen onderdeel van zelfstigmatisering. Daarom is alleen het verminderen van 'perceived stigma' waarschijnlijk geen effectieve strategie om zelfstigma te reduceren.

In dezelfde review van Mittal en collega's (2012) bleken studies die zelfstigma meten met de *Internalised Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)* of de *Depression Stigma Scale* vaker significante verbeteringen te rapporteren in de zelfstigma. De uit 29 items bestaande *Internalised Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)* van Ritsher en collega's, meet ervaren (perceived) stigma bij mensen met een psychiatrische aandoening. De subschalen zijn 'vervreemding', 'stereotype endorsement', 'ervaren discriminatie', 'sociale terugtrekking', en 'stigma resistance' (Van Brakel, 2006). Het is goed mogelijk dat schalen zoals de ISMI en de *Depression Stigma Scale* veranderingen in zelfstigma beter kunnen detecteren, vanwege hun meeromvattende benadering (Mittal et al., 2012).

⁴ De studie werd uitgevoerd onder kinderen en volwassenen met brandwonden.

5.2 Meten van publieke beeldvorming

Meer aandacht is besteed aan het meten van de publieke opinie betreffende psychiatrische aandoeningen, om stigmatisering tegen te gaan. Ook bij deze instrumenten zijn problemen betreffende betrouwbaarheid en validiteit. Een voorbeeld van een betrouwbaar en valide geacht instrument is de *Community Attitudes to Mental Illness* (CAMI), bestaande uit 40 items binnen vier subschalen. Interessant is de bevinding van Hayward & Bright (1997), dat medisch onderzoekers ertoe geneigd zijn om gesloten vragen te stellen en daarmee positieve antwoorden te verkrijgen, terwijl sociologen open vragen stellen en daarmee negatieve antwoorden aan het licht brengen. Op instrumenten die de publieke opinie en stigmatisering vanuit de buitenwereld meten, wordt in dit literatuuroverzicht verder niet dieper ingegaan.⁵ In de volgende paragraaf wordt wel ingegaan op antistigma-strategieën gericht op zowel het publiek als het individu.

6. Wat kunnen we eraan doen?

Gekeken naar het tegengaan van stigma, kan onderscheid gemaakt worden tussen het bestrijden van stigma vanuit de buitenwereld en het bestrijden van het zelf ontwikkelen van stigma (zelfstigmatisering). Er zijn meerdere manieren om sociale uitsluiting tegen te gaan of op te heffen, zoals een goede behandeling, effectieve rehabilitatie, praktische hulp, sociale steun en peer support (Van Weeghel & Bongers, 2012).

6.1 Antistigma / stigmabestrijding

De meeste antistigma-programma's richten zich op het beïnvloeden van negatieve denkbeelden, emoties en discriminerend gedrag vanuit het publiek (Van Weeghel en Bongers, 2012). Meer bekendheid met mensen met psychiatrische aandoeningen gaat samen met positievere cognities en emoties bij het algemene publiek (Boon et al., 2004; Kwekkeboom, 2000). Een voorbeeld zijn voorlichtingscampagnes die zich met name richten op het ontkrachten van bestaande mythen rond psychische aandoeningen. Een ander voorbeeld is het bevorderen van contact tussen mensen met een psychiatrische aandoening en andere burgers. Het bevorderen van interactie tussen mensen met en zonder psychische aandoening blijkt de meest effectieve antistigma-strategie (Van Weeghel en Bongers, 2012). Interessant genoeg blijkt er een verschil te zijn tussen het effect van de strategieën wanneer wordt gekeken naar volwassenen en adolescenten. Uit een meta-analyse van 72 effectstudies bleek dat zowel *educatie* (voorlichtingsprogramma's gericht op het reduceren van mythes en het presenteren van feiten over psychiatrische aandoeningen) als *contact* een positief effect hadden op het reduceren van stigma. Onder volwassenen bleek contact echter een groter effect te bewerkstelligen dan educatie, en daarbij bleek face-to-face contact het grootste effect te hebben (in tegenstelling tot bijvoorbeeld een videoboodschap, waarmee een groter publiek bereikt kan worden). Opvallend genoeg bleek onder adolescenten educatie juist een groter effect te hebben dan direct contact. Mogelijk komt dit doordat de overtuigingen en attitudes van adolescenten op die leeftijd nog niet zo diep verankerd zijn en daardoor beter te beïnvloeden zijn door middel van voorlichting (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rüschi, 2012). Vooruitlopend op de bevindingen van Corrigan en collega's, concludeerden Boon en collega's (2004) op basis van hun onderzoek eerder al voorzichtig dat een regelmatige ontmoeting tussen mensen met psychiatrische aandoeningen en andere burgers normaliserend kan werken. Zij pleiten voor het creëren van situaties waarin dergelijke ontmoeting wordt gefaciliteerd.

⁵ Dit literatuuronderzoek vindt namelijk plaats in het kader van een onderzoek naar zelfstigma en het tegengaan c.q. verminderen van zelfstigma.

Byrne (2001) pleit ervoor om ook naar de media te kijken om de aard van stigmatisering te begrijpen. In een antistigma-programma zou aandacht uit moeten gaan naar negatieve media-uitingen en een gebalanceerd beeld van psychische aandoeningen in de media moeten worden bevorderd.

6.2 Het tegengaan van zelfstigma

Daarnaast zijn er strategieën die zich richten op het tegengaan van zelfstigmatisering, door bijvoorbeeld het bevorderen van *empowerment* bij de individuele cliënt (De Goei, Plooy & Van Weeghel, 2006; Van Weeghel & Bongers, 2012). Er zijn eigenlijk twee verschillende benaderingen te onderscheiden in het reduceren van zelfstigma. Ten eerste: interventies die stigmatiserende overtuigingen en attitudes proberen te veranderen. Ten tweede: interventies die de participanten stimuleren om het bestaan van stigmatiserende stereotypen juist te accepteren en zich vervolgens richten op het verbeteren van stigma 'coping skills', door het bevorderen van zelfvertrouwen, empowerment en hulpzoekend gedrag. Vooral de tweede benadering krijgt veel aandacht van stigma experts. De resultaten uit studies wijzen erop dat interventies gericht op zowel zelfvertrouwen als empowerment (los of in combinatie met elkaar) zelfstigma kunnen reduceren (Mittal et al., 2012).

De concrete interventies voor het tegengaan dan wel verminderen van zelfstigma gerelateerd aan psychische aandoeningen variëren van psycho-educatie, psycho-educatie in combinatie met cognitieve herstructurering, oplossingsgerichte therapieën, tot meer complexe, multimodale interventies. Een kanttekening is dat de meeste interventies in studies zijn toegepast bij mensen met schizofrenie en andere psychotische stoornissen en er kleven nogal wat andere (te verwachten) beperkingen aan de onderzochte interventiestudies.⁶ Hoe dan ook hebben de auteurs op basis van hun review hoopvolle verwachtingen betreffende interventiestrategieën voor het tegengaan van zelfstigma (Mittal et al., 2012).

Vervolgens kan worden gekeken naar wie de interventies voor zelfstigma ontwikkelt en uitvoert. In de bestrijding van zelfstigmatisering worden er programma's en activiteiten ontwikkeld door zorginstellingen en door mensen met psychische problematiek zelf.

Ervaringsdeskundigen

"The first and last words on stigma belong to people with mental disorders" (Byrne, 2001, p.281). Mensen met psychische aandoeningen nemen het tegengaan van zelfstigmatisering steeds meer in eigen hand. Programma's ontwikkeld door GGZ-cliënten ontstaan vanuit het in de vorige paragraaf beschreven idee dat zelfstigmatisering het beste bestreden kan worden door te bouwen op de eigen kracht van personen met een psychiatrische aandoening. Een gemis aan moedgevende contacten met cliënten die al verder zijn in hun herstel, kan ertoe leiden dat iemand verder in een isolement raakt. Door mensen met een psychiatrische aandoening in contact te brengen met lotgenoten, die al verder zijn in hun positieve weg naar herstel⁷, kan dit worden tegen gegaan en kunnen cliënten ondersteuning ervaren in het vormgeven van hun sociale en maatschappelijke leven en zelfbeeld. Ondersteuning door lotgenoten kan overtuigender zijn dan gesprekken met hulpverleners (Van Weeghel & Bongers, 2012). Het naast elkaar bestaan van peer-support en reguliere hulpverlening is van grote toegevoegde waarde.

Daarnaast vestigt Dijkens (2002) aandacht op de eigen rol en invloed van mensen met psychiatrische aandoeningen in het contact met buurtgenoten/andere burgers, zoals in de vorige paragraaf beschreven.

⁶ De meeste studies waren verkennend of 'pilot'-studies met kleine steekproefomvang, gebrek aan randomisering en/of geen controlegroep. Ook werden geen follow-up resultaten gemeten om de duurzaamheid van de bereikte effecten te meten en er werd geen rekening gehouden met intermediërende variabelen. Daarnaast werden in de verschillende studies steeds andere definities van (zelf)stigma gehanteerd, of ontbrak een theoretische basis (Mittal et al., 2012).

⁷ Herstel verwijst naar het persoonlijke proces waarin mensen met psychische aandoeningen hun eigen leven oppakken, hun eigen kracht ontdekken, nieuwe doelen durven te stellen en zich ontworstelen aan de identiteit van 'psychiatrisch patiënt' (Van Weeghel & Bongers, 2012).

Door duidelijk een eigen rol op zich te nemen, laten zij hun sterke kanten zien en manifesteren zij 'zich niet uitsluitend als zieke', wat kan helpen om het beeld van psychiatrische patiënten te normaliseren (Boon et al., 2004, p.1013).

Hulpverlening

Zorgorganisaties kunnen zelfstigmatisering tegengaan door stigmabestrijding op te nemen in het rehabilitatieprogramma of door middel van behandelinterventies (zoals cognitieve gedragstherapie of psycho-educatie). Binnen de herstelgeoriënteerde programma's in de zorg wordt gewerkt aan psychiatrische rehabilitatie middels rehabilitatietrainingen zoals Herstelwerk, HEE-werkgroepen en Illness Management. And Recovery. Cliënten worden in hun arbeidsparticipatie verder ondersteund door methodes als Individuele Plaatsing en Steun. Daarnaast is het van belang dat hulpverleners zich realiseren dat hun eigen houding en gedrag richting de cliënt van grote invloed kunnen zijn op diens omgang met en beeld van de aandoening (Van Weeghel en Bongers).⁸

7. Tot slot

Een antistigma-aanpak zal het meeste effect hebben als deze veelzijdig is (een combinatie van verschillende interventies), langdurig wordt ingezet en goed wordt ingebed in andere activiteiten gericht op maatschappelijke participatie van de doelgroep (Van Weeghel & Bongers, 2012). Elke schakel binnen zorg- en nazorgprogramma's is hierin belangrijk maar kan een andere nadruk hebben en hoeft niet even lang te duren. Binnen herstelgeoriënteerde zorgprogramma's wordt zoals gezegd aandacht besteed aan het bekrachtigen van kwaliteiten en het inzetten van ervaringskennis. Verderop in de keten wordt de begeleiding van cliënten en ex-clieënten steeds vaker gestructureerd opgepakt door onafhankelijke steunpunten en belangenorganisaties. Deze empowerment wordt bewerkstelligd door mensen die zelf ervaring hebben met leven met psychische aandoeningen en sociale en maatschappelijke achterstand.

Stichting ZON wil het thema zelfstigmatisering middels een onderzoek verder uitdiepen. Het onderzoek wordt uitgevoerd door mensen met ervaringskennis rond het thema. Het doel van het onderzoek is om te komen tot een nadere nuancering van verschillende facetten van zelfstigmatisering, het onderwerp bespreekbaar te maken en mensen die ermee leven gereedschappen aan te reiken om zelfstigmatisering te doorbreken.

Leiden, september 2013

Auteurs

Yvette M.M. Schoenmakers is criminoloog/onderzoeker en eigenaar van bureau Yvette Schoenmakers Onderzoek & advies. Contact: info@yvetteschoenmakers.nl

Monique H. van Biezen is projectcoördinator/onderzoeker bij Stichting ZON.
Contact: mvanbiezen@zonzh.nl

Deze literatuurstudie heeft plaatsgevonden in het kader van onderzoek naar Stigmabeleving. Een client centered actie-onderzoek dat uitgevoerd wordt door Stichting ZON.

⁸ Hiervoor zijn ook trainingen ontwikkeld door ervaringsdeskundigen, zoals de cursus 'Cliënten trainen hulpverleners'.

Literatuur

Bartelink, C. (2011). *Oplossingsgerichte therapie*. Nederlands Jeugd instituut.

Boevink, W. (2006). De samenleving, dat zijn wij! Persoonlijke ervaringen met stigmatisering. In W. Boevink, A. Plooy en R. S. van (Eds.), *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid, van mensen met een psychische aandoening* (pp. 169-173). Amsterdam: Uitgeverij SWP

Boon, S., Nugter, A., en Dijker, A. (2004). Stigmatisering in de wijk. Cognitieve en emotionele determinanten van stigmatisering van psychiatrische patiënten. *Maandblad van Geestelijke Volksgezondheid*, 59(12), 1006-1017.

Brakel, W. van (2006). Measuring health-related stigma – A literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 307-334.

Byrne, P. (2001). Psychiatric Stigma. *British Journal of Psychiatry*, 178, 281-284.

Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D. en Rüsck, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.

Dijkens, M.E.(2002). *Beeldvorming en stigmatisering: een onderzoek naar het omgaan met de gevolgen van beeldvorming en stigmatisering gezien vanuit het perspectief van mensen die een opname in de psychiatrie hebben meegemaakt*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Doctoraalscriptie.

Goei, L. de, Plooy, A.D. & Weeghel, J. van (2006). *Ben ik goed in beeld? Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hayward, P. en Bright, J. (1997). Stigma and mental illness: a review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345-354.

Kwekkeboom, M. H. (2000). Sociaal draagvlak voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Ontwikkelingen tussen 1987 en 1997. *Tijdschrift voor Gezondheidwetenschappen*, 78(3), 165-171.

Lawrence, J. W., Rosenberg, L., Rimmer, R. B., Thombs, B. D. en Fauerbach, J. A. (2010). Perceived stigmatization and social comfort: validating the constructs and their measurement among pediatric burn survivors. *Rehabilitation Psychology*, 55(4), 360-371.

Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E. & Corrigan, P.W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981.

Sayler, C. & Yoder, M. (1998). Stigma, Chapter 5. In: I. Morof Lubkin, P.D. Larsen (eds): *Chronic Illness, Impact and Interventions*, fourth edition, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts, USA.

Weeghel, J. van, & Bongers, I. M. B. (2012). Mensen met ernstige psychische aandoeningen: Mensbeeld, zelfbeeld en burgerschap. In A. M. v. Kalmthout, T. Kooijmans & J. A. Moors (Eds.), *Mensbeeld, beeldvorming en mensenrechten* (pp. 57-74). Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

Weiss, M.G. & Ramakrishna, J. (2001). *Interventions: Research on Reducing Stigma*: Department of Tropical Health and Epidemiology, Swiss Tropical Institute, Basel, Switzerland.