

*Stigmatisering van mensen met een  
psychische aandoening in Nederland*



**OPDRACHTGEVER**

Kenniscentrum Phrenos

**PROJECTGROEP**

Suzan Oudejans<sup>1,2</sup>, Masha Spits<sup>1</sup>, Jaap van Weeghel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mark Bench, <sup>2</sup> Kenniscentrum Phrenos,

**AUTEURS**

Suzan Oudejans en Masha Spits

**DATAVERZAMELING**

CentERdata - instituut voor dataverzameling en onderzoek

**MET DANK AAN**

Leonieke van Boekel en Evelien Brouwers (beiden Tranzo - Tilburg University)

Marije Oudejans (CentERdata)

**INLICHTINGEN**

Suzan Oudejans ([suzan.oudejans@markbench.nl](mailto:suzan.oudejans@markbench.nl))

Jaap van Weeghel ([jweeghel@kcphrenos.nl](mailto:jweeghel@kcphrenos.nl))

**NAAR DIT RAPPORT KAN ALS VOLGT WORDEN VERWEZEN:**

Oudejans, S., & Spits, M., (2018). Stigmatisering van mensen met een psychische aandoening in Nederland. Amsterdam/Utrecht: Mark Bench/Kenniscentrum Phrenos.

© oktober 2018

Dit onderzoek is door Mark Bench uitgevoerd in opdracht van kenniscentrum Phrenos. Alles uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie of andere wijze met verwijzing naar onderhavig rapport.

## 1. INLEIDING

Mensen met een psychische aandoening kennen vaak een maatschappelijke achterstand ten opzichte van mensen zonder een psychische aandoening: ze wonen vaker alleen, hebben minder vaak een vaste partner, betaald werk, of een structurele dagbesteding en er is vaker sprake van een sociaal isolement (NKO, 2017; Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer, & Kienhorst, 2015). Een van de oorzaken van deze achterstand is stigmatisering, de term voor de samenhangende problematiek van negatieve stereotypering, sociale afwijzing en uitsluiting (NKO, 2017). De mate van stigmatisering verschilt per type psychische aandoening. In een Nederlands onderzoek beschouwde meer dan 50% van de respondenten mensen met een drugs- of alcoholverslaving zelf verantwoordelijk voor hun aandoening, terwijl dit in het geval van een depressie voor 13% van de respondenten gold (Oudejans & Spits, 2011). Amerikaans onderzoek geeft vergelijkbare uitkomsten (Silton, Flannely, Milstein, & Vaaler, 2011).

Uit overwegend buitenlands onderzoek blijkt dat voorlichting en scholing over psychische aandoeningen gunstig kunnen werken om stigmatisering te verminderen (Boyd, Katz, Link, & Phelan, 2010; Corrigan et al., 2001; Gronholm, Henderson, Deb, & Thornicroft, 2017). Dit betreft bijvoorbeeld het aanbieden van correcte informatie over psychische gezondheid, ter ondersteuning van psychische gezondheidsvaardigheden. Hierbij valt te denken aan kennis over het voorkomen van psychische aandoeningen, herkenning als een aandoening zich ontwikkelt, kennis over hulpverlenings- en behandel mogelijkheden, van effectieve zelfhulpstrategieën en vaardigheden om anderen die een psychische aandoening ontwikkelen of in een psychische crisis verkeren een vorm van 'eerste hulp' te bieden (Jorm, 2012). Meer psychische gezondheidsvaardigheden gaan vaak samen met een positievere houding ten opzichte van mensen met een psychische aandoening (Gronholm et al., 2017; Hansson, Stjernsward, & Svensson, 2016). Ook bekendheid met psychische aandoeningen (in de zin van persoonlijke ervaringen) hangt samen met minder gewenste sociale afstand tot mensen met een psychische aandoening, maar evidentie daarvoor is voornamelijk van buitenlandse bodem (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rusch, 2012; Gronholm et al., 2017).

Nederlands onderzoek naar psychische gezondheidsvaardigheden en bekendheid met psychische aandoeningen is schaars. Wel toont onderzoek aan dat er een bescheiden samenhang is tussen bekendheid met een persoon met een verslaving en sociale afwijzing (Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel, & Garretsen, 2013), waarbij mensen minder afwijzen als zij iemand kennen. Ander onderzoek heeft overtuigingen over een vijftal psychische aandoeningen (waaronder alcohol- en drugsverslaving) vergeleken (Oudejans & Spits, 2011, 2014).

Naast kennis over de personen die stigmatiseren, is het ook van belang om te weten welke kenmerken van de persoon die gestigmatiseerd wordt een rol kunnen spelen, omdat we zo weten wat het risico op stigmatisering vergroot. Er zijn aanwijzingen dat het hebben van werk een positieve rol heeft: uit een Amerikaans onderzoek (Perkins, Raines, Tschopp, & Warner, 2009) bleek dat respondenten minder sociale afstand wensten tot een persoon met een psychotische kwetsbaarheid mét werk, dan tot dezelfde persoon zonder werk. De vraag is of dit ook voor de Nederlandse situatie

geldt, en of er andere kenmerken zijn die het risico op stigmatisering gunstig of ongunstig beïnvloeden. Daarvoor zijn de thema's uit de werkgroepen van het onlangs opgerichte Kennisconsortium Destigmatisering en sociale inclusie als leidraad genomen: werk, leefomgeving en jeugd ("Kennisconsortium Destigmatisering en sociale inclusie opgericht," 2018; Van Zelst & Van Weeghel, 2016).

Onderhavig onderzoek richt zich op psychische gezondheidsvaardigheden, bekendheid met psychische aandoeningen en de relatie daarvan met stigmatisering, en de invloed van werk, overlast en leeftijd op het risico op stigmatisering. Daartoe werd een peiling opgezet onder de Nederlandse bevolking met de volgende vraagstellingen:

1. Wat is het niveau van psychische gezondheidsvaardigheden onder de Nederlandse bevolking, en wat is de samenhang met biografische en demografische kenmerken?
2. Welke rol spelen de kenmerken leeftijd, werk en overlast bij stigmatisering van individuen met een psychische aandoening?
3. Is er een verschil in sterkte van de rol van deze kenmerken voor verschillende psychische aandoeningen (depressie en een psychotische kwetsbaarheid)?
4. Wat is de samenhang tussen psychische gezondheidsvaardigheden en bekendheid met psychische aandoeningen enerzijds, en stigmatisering anderzijds?

## 2. METHODE

### 2.1 Steekproef

Respondenten waren leden van het CentERpanel van CentERdata, een onderzoeksinstituut gevestigd op de campus van Tilburg University. Het CentERpanel is representatief voor de Nederlandse bevolking. In de eerste twee weken van 2018 (1 t/m 16 januari) hebben 3209 huishoudleden<sup>1</sup> de vragenlijst ontvangen. De respons was 74% en betrof 2376 panelleden, waarvan 52% mannen. De gemiddelde leeftijd was 54.6 jaar (SD=16.6) en 36% had een hbo- of wo-opleiding afgerond.

### 2.2 Vragenlijst

De vragenlijst bevatte vragen over gezondheidsvaardigheden, een situatieschets (vignette) met een bijbehorende sociale afstandsschaal en een schaal waarmee het niveau van contact met mensen met een psychische stoornis<sup>2</sup> werd vastgesteld.

Psychische gezondheidsvaardigheden werden vastgesteld aan de hand van de Nederlandse vertaling van de *Mental Health Knowledge Schedule* (MAKS) (Evans-Lacko et al., 2010) die bestaat uit twaalf stellingen. Zes daarvan gaan over hulp zoeken, herkenning, ondersteuning, werk, behandeling en herstel bij psychische problemen. De andere zes stellingen betreffen kennis over psychische stoornissen, namelijk in hoeverre de respondent denkt dat er sprake is van een psychische stoornis bij

<sup>1</sup> Het CentERpanel is een huishoudpanel, dat wil zeggen dat iedereen in het huishouden van 16 jaar of ouder wordt gevraagd om mee te doen in het panel. De vragenlijst is verstuurd naar 3529 huishoudens. Daarvan bleken 320 leden slapend (d.w.z. 6 weken inactief). Daarmee komt de netto steekproef op 3209.

<sup>2</sup> In de vragenlijst wordt gesproken over 'psychische stoornis' en daarbij wordt aangegeven dat een 'psychische stoornis' ook wel 'psychische aandoening' of 'psychische ziekte' wordt genoemd'. Om aan te geven wat de respondenten exact is gevraagd, spreken we in de methode en resultaten sectie over 'stoornis', maar in de andere delen van dit rapport over aandoening (of psychotische kwetsbaarheid).

een zestal situaties (te weten depressie, stress, psychose, manische depressiviteit, drugsverslaving en rouw). Respondenten konden aangeven in hoeverre zij het met de stellingen eens waren aan de hand van een vijfpuntsschaal, lopend van (1) 'helemaal mee oneens' tot (5) 'helemaal mee eens'. Totaalscores van de MAKS kunnen variëren van 12 tot 60, waarbij een hogere score staat voor meer gezondheidsvaardigheden.

Gewenste sociale afstand (een veel gebruikte maat om stigmatisering te meten) werd vastgesteld aan de hand van een situatieschets over Jeroen, een man met een psychische stoornis. Deze zogenoemde 'vignette' varieerde op een viertal variabelen, te weten: 1) psychische stoornis (depressie/psychotische stoornis), 2) leeftijd (19 jaar oud/40 jaar oud), 3) overlast (wel of geen klachten van de burens over geluidsoverlast en 4) werk (een baan/werkloos). De combinatie van deze vier variabelen met elk twee niveaus resulteerde in zestien verschillende vignetten. Respondenten kregen elk, at random, één vignette aangeboden. Daarna kregen respondenten vragen die de gewenste sociale afstand tot Jeroen aangeven aan de hand van de *Social Distance Scale* (SDS) (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999; Ten Have, Van Weeghel, Van Dorsseleer, Tuithof, & De Graaf, 2015). Het betrof de volgende vijf vragen: "Zou u willen dat Jeroen (1) ... naast u zou komen wonen? (2) ... een avond met u doorbrengt voor de gezelligheid? (3) ... met u bevriend zou worden? (4) ... bij u zou komen werken als collega? (5) ... zou trouwen met één van uw kinderen, of met een ander naast familielid? De antwoordcategorieën varieerden van 1 'beslist niet' tot en met 5 'beslist wel' en de middencategorie (een score van 3) kende de betekenis 'misschien'. De vijf vragen werden –na omschrijving- gecombineerd tot een totaalscore, met de scores 5 (weinig sociale afstand) tot en met 25 (veel sociale afstand).

Om van respondenten de bekendheid met- en het niveau van contact met mensen met een psychische stoornis vast te stellen, werd een aangepaste versie van het zogenaamde *Level of Contact Report* (LCR) gebruikt (Holmes, Corrigan, Williams, Canar, & Kubiak, 1999; Van Boekel, 2014). Deze bestaat uit zeven items, en vraagt of respondenten iemand kennen met een psychische stoornis op verschillende niveaus van nabijheid, zoals in hun kennissenkring, in hun familie, binnen het huishouden, of dat het henzelf betreft.

### 3. RESULTATEN

#### 3.1 Psychische gezondheidsvaardigheden

Tabel 1 laat de resultaten van de MAKS zien. De antwoorden van de respondenten resulteren in een gemiddelde score op de MAKS van 44.5 ( $SD = 5.0$ ; minimum: 23.0, maximum: 58.0).

Tabel 1: Scores op de MAKS (gezondheidsvaardigheden)

Item	Helemaal mee oneens	Beetje mee oneens	Noch mee eens, noch mee oneens	Beetje mee eens	Helemaal mee eens	Ik weet het niet
<b>Geef voor elk van de onderstaande zes stellingen aan in hoeverre u het hiermee oneens of eens bent</b>						
1. De meeste mensen met psychische problemen willen een betaalde baan.	5.5%	5.6%	21.7%	19.4%	19.8%	28.0%
2. Als een vriend psychische problemen zou hebben, weet ik welk advies ik moet geven bij het zoeken naar professionele hulp.	7.5%	13.9%	18.0%	34.4%	17.2%	9.0%
3. Medicijnen kunnen effectief zijn bij het behandelen van psychische problemen.	1.2%	3.3%	13.7%	38.3%	35.0%	8.5%
4. Psychotherapie (zoals gesprekstherapie of counseling) kan effectief zijn bij het behandelen van mensen met psychische problemen.	0.6%	2.0%	9.2%	33.4%	47.3%	7.5%
5. Mensen met ernstige psychische problemen kunnen volledig herstellen.	4.5%	13.3%	24.7%	22.5%	14.6%	20.4%
6. De meeste mensen met psychische problemen gaan naar een professionele hulpverlener.	4.0%	19.9%	24.2%	21.5%	8.1%	22.3%
<b>Geef van onderstaande situaties aan in hoeverre u denkt dat er sprake is van een psychische stoornis</b>						
7. Depressie	4.6%	6.3%	10.8%	28.1%	44.2%	6.0%
8. Stress	22.8%	24.4%	22.8%	18.5%	6.3%	5.2%
9. Psychose	1.4%	0.7%	4.7%	10.4%	76.0%	6.8%
10. Manische depressiviteit (bipolair)	1.3%	0.6%	4.3%	10.2%	75.8%	7.8%
11. Drugsverslaving	16.2%	16.2%	21.0%	21.5%	17.1%	8.0%
12. Rouw	33.4%	20.5%	18.1%	15.8%	6.4%	5.8%

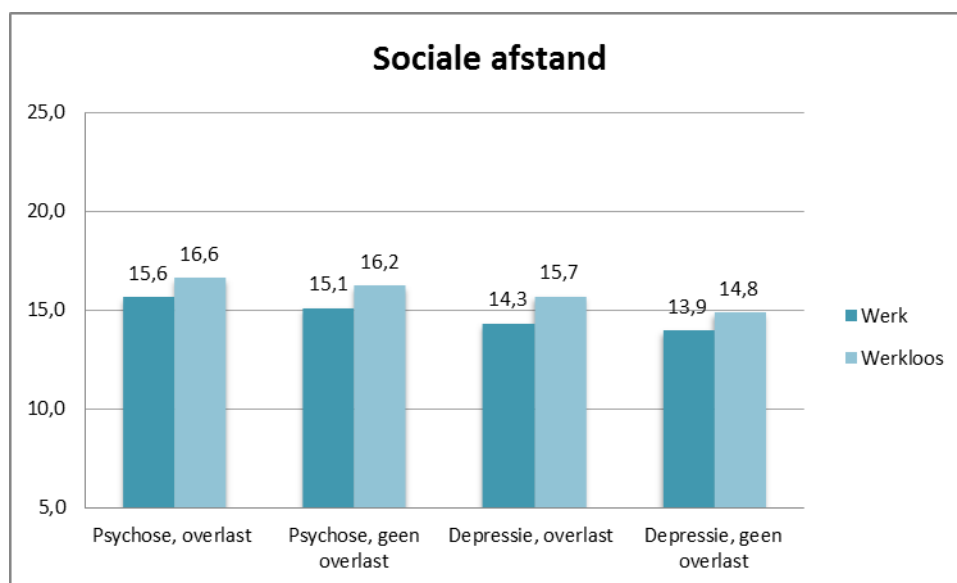
Worden de antwoorden omgezet in 'goed' (te weten de antwoorden 'beetje mee eens' en 'helemaal mee eens', óf 'beetje mee oneens' en 'helemaal mee oneens' bij de omgescoorde items) of 'fout' (andere scores), dan hebben respondenten gemiddeld 57.5% ( $SD = 20.9$ ) van de antwoorden goed. Items 9 en 10 (over psychose en manische depressiviteit) worden door de meeste respondenten 'goed' beantwoord (respectievelijk 86.3% en 86.0%), en item 6 (over het gaan naar een hulpverlener) het minst vaak (23.9%), gevolgd door item 5 (over de mogelijkheid tot volledig herstel van psychische problemen, 37.1% 'goed').

### 3.2 Vignetten en sociale afstand (SDS)

Ongeveer één derde van de respondenten geeft aan – onafhankelijk van welk van de 16 vignetten ze voorgelegd hebben gekregen – Jeroen best als buurman te willen hebben en een nagenoeg even groot percentage geeft aan een avond met hem te willen doorbrengen. De bereidheid hem te accepteren als vriend of schoonzoon is minder groot: hiervan geeft respectievelijk 23.1% en 10.8% aan dit te willen.

De vignetten waarin Jeroen werkt roepen minder sociale afstand op dan waarin Jeroen geen werk heeft ( $F(1, 2360) = 47.65, p < .01, \eta^2 = .020$ ), net zoals dat geldt voor de vignetten waarin Jeroen geen overlast veroorzaakt ( $F(1, 2360) = 11.97, p < .01, \eta^2 = .005$ ). De leeftijd die Jeroen in de vignette heeft, maakte niet uit voor de gewenste sociale afstand. Dat gold wél voor de stoornis die Jeroen heeft: de gewenste sociale afstand tot Jeroen met een depressie is lager dan tot Jeroen met een psychotische stoornis ( $F(1, 2360) = 56.75, p < .01, \eta^2 = .023$ ). Er zijn geen interactie-effecten, wat betekent dat de effecten van werk en overlast voor beide stoornissen even sterk zijn.

In figuur 1 is de gemiddelde gewenste sociale afstand in een grafiek weergegeven. Te zien is dat de vignette waarin Jeroen een psychotische stoornis heeft, werkloos is en geluidsoverlast veroorzaakt, de hoogste score op de sociale afstandsschaal oproept ( $M = 16.6, SD = 3.54$ ). Jeroen die een depressie heeft, wel werk heeft en geen overlast veroorzaakt, roept de minste sociale afstand op ( $M = 13.9, SD = 4.03$ ).



Figuur 1: sociale afstand tot Jeroen met verschillende kenmerken

### 3.3 Resultaten niveau van contact (LCR)

Van de 2376 respondenten kent of kende 69.3% één of meerdere personen met een psychische stoornis. In tabel 2 is te zien dat voor bijna de 45% van de respondenten geldt dat het meest nabije contact niet dichterbij dan een kennis ligt. Bijna 10% van de respondenten heeft zelf een psychische stoornis (gehad) en voor 6.3% is of was een persoon in het huishouden het meest nabije contact.

Tabel 2: Niveau van contact (LCR: Level of contact report)

Meest nabije contact (LCR)	Aantal (%) meest nabije contact	% contact met desbetreffende persoon
Geen contact	729 (30.7%)	-
Collega	82 (3.5%)	30.1%
Werkt met	60 (2.5%)	19.5%
Kennis	195 (8.2%)	43.2%
Vrienden	237 (10.0%)	31.4%
Familie	693 (29.2%)	41.3%
Huishouden	150 (6.3%)	10.0%
Zelf psychische stoornis	230 (9.7%)	9.7%

### 3.4 Wat voorspelt psychische gezondheidsvaardigheden?

Psychische gezondheidsvaardigheden kunnen worden voorspeld uit biografische en demografische kenmerken, blijkt uit een lineaire regressie-analyse (zie tabel 3).

Tabel 3: Regressiegewichten en significantie van de predictoren gezondheidsvaardigheden

	ongestandaardiseerd		gestandaardiseerd	t	sig.	95% betrouwbaarheidsinterval voor B	
	B	std. fout	bèta			ondergrens	bovengrens
<b>Constante</b>	43.882	.141		43.606	.000	43.606	44.158
<b>Referentiecategorie: mannen</b>							
Vrouwen	1.079	.187	.108	5.772	.000	.713	1.446
<b>Referentiecategorie: lage opleiding</b>							
Middelbare opleiding	.856	.242	.083	3.535	.000	.381	1.332
Hoge opleiding	2.580	.243	.248	10.617	.000	2.103	3.056
<b>Leeftijd</b>	-.028	.006	-.092	-4.706	.000	-.039	-.016
<b>Referentiecategorie: geen contact</b>							
Collega	1.627	.523	.059	3.108	.002	.600	2.653
Werk met	3.251	.601	.102	5.405	.000	2.071	4.430
Kennis	2.205	.362	.121	6.092	.000	1.496	2.915
Vriend	2.710	.337	.163	8.048	.000	2.050	3.371
Familie	3.333	.240	.303	13.900	.000	2.862	3.803
In huishouden	3.807	.406	.185	9.371	.000	3.011	4.604
Zelf	4.359	.345	.258	12.639	.000	3.683	5.035

Vrouwen hebben gemiddeld meer psychische gezondheidsvaardigheden, en voor leeftijd geldt dat hoe jonger iemand is, hoe meer gezondheidsvaardigheden deze gemiddeld heeft.



Alle niveaus van contact voorspellen gezondheidsvaardigheden, waarbij het hebben van een familielid met een psychische stoornis of zelf een psychische stoornis hebben (gehad) het sterkst voorspelt (bèta-gewichten van respectievelijk 0.30 en 0.26). Ook opleidingsniveau voorspelt, waarbij met name een hoge opleiding bijdraagt aan gezondheidsvaardigheden (bèta = .25,  $p < .01$ ).

### 3.1 Voorspellende kenmerken van sociale afstand

In hoeverre is de gemiddelde SDS-score (sociale afstand) nu te voorspellen vanuit gezondheidsvaardigheden-totaalscore en het niveau van contact? Daarvoor is een lineaire regressie-analyse uitgevoerd, waarbij gecorrigeerd is voor de invloed van de situatieschets, geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Het bleek dat zowel gezondheidsvaardigheden en het contactniveau beide een onafhankelijke en significante rol spelen bij het voorspellen van de gewenste sociale afstand tot een persoon met een psychische aandoening.

Tabel 4: Regressiegewichten en significantie van de predictoren voor gewenste sociale afstand (SDS)\*

	ongestandaardiseerd		gestandaardiseerd			95% betrouwbaarheidsinterval voor B	
	B	std. fout	bèta	t	sig.	ondergrens	bovengrens
<b>Gezondheidsvaardigheden (MAKS)</b>	-0.125	0.017	-0.160	-7.389	0.000	-0.158	-0.092
<b>Referentiecategorie: geen contact</b>							
Collega	0.412	0.430	0.019	0.957	0.338	-0.432	1.256
Werk met	-0.559	0.496	-0.023	-1.126	0.260	-1.532	0.414
Kennis	-0.309	0.299	-0.022	-1.035	0.301	-0.896	0.277
Vriend	-1.195	0.280	-0.092	-4.261	0.000	-1.744	-0.645
Familie	-0.977	0.205	-0.114	-4.768	0.000	-1.379	-0.575
In huishouden	-1.215	0.340	-0.076	-3.573	0.000	-1.882	-0.548
Zelf	-2.193	0.293	-0.167	-7.483	0.000	-2.768	-1.618

\*gedeeltelijke tabel: variabelen waarvoor gecorrigeerd is, zijn weggelaten

Meer gezondheidsvaardigheden leiden tot minder gewenste sociale afstand, en meer nabije niveaus van contact leiden tevens tot minder gewenste sociale afstand. Opvallend is echter dat pas voor een bepaald niveau van intimiteit geldt: ten opzichte van 'geen contact', zijn de bèta-gewichten (in tabel 4) voor 'collega', 'werken met' en 'kennis' niet significant. De andere niveaus kennen wel significante bèta-gewichten, waarbij geldt dat zelf een psychische stoornis hebben (gehad) de grootste voorspeller is (voor minder sociale afstand).

## 4. CONCLUSIE

De eerste vraag in dit onderzoek ging over de psychische gezondheidsvaardigheden van de Nederlandse burger: hoe is het daarmee gesteld? Het blijkt dat ongeveer driekwart van de burgers weet dat medicijnen en psychotherapie effectief kunnen zijn bij de behandeling van psychische aandoeningen. Eenzelfde percentage geeft (terecht) aan dat een depressie, een psychose en manische depressiviteit psychische aandoeningen zijn. Minder kennis is er over herstel van mensen met psychische problemen, over hun wens om te werken en over het deel van de mensen die professionele hulp krijgt voor psychische problemen. Tevens denkt bijna één derde van de burgers (onterecht) dat een drugsverslaving geen psychische aandoening is, en ongeveer de helft denkt (ook onterecht) dat stress en rouw wél psychische aandoeningen zijn. Dit patroon is vergelijkbaar met de (psychische) gezondheidsvaardigheden van burgers in een onderzoek in het Verenigd Koninkrijk in 2013 (Evans-Lacko, Henderson, & Thornicroft, 2013).

We vroegen ons af in hoeverre psychische gezondheidsvaardigheden voorspeld kunnen worden vanuit biografische en demografische kenmerken. Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau en niveau van contact bleken voorspellers voor gezondheidsvaardigheden. Vrouwen hebben meer gezondheidsvaardigheden dan mannen, middelbaar en hoger opgeleiden meer dan lager opgeleiden en de mate van nabijheid van contact met iemand met een psychische aandoening voorspelt meer psychische gezondheidsvaardigheden. Afgezien van opleidingsniveau, werd in een Zweeds onderzoek (waarbij ook de MAKS gebruikt werd) hetzelfde patroon van voorspellers gevonden in een onderzoek onder de algemene bevolking (Hansson et al., 2016).

Een andere vraag in dit onderzoek was welke rol de kenmerken leeftijd, het al dan niet hebben van werk en het al dan niet veroorzaken van geluidsoverlast, hebben bij stigmatisering van individuen met een psychische aandoening. Stigmatisering werd in dit onderzoek gemeten door gebruik te maken van de gewenste sociale afstand. Daartoe zijn vignetten at random voorgelegd aan respondenten waarin deze kenmerken variëren en is hen gevraagd naar de gewenste sociale afstand tot de persoon die in de vignette werd beschreven. Voor het kenmerk 'werk' werd een hoofdeffect gevonden, wat betekent dat het niet hebben van werk meer stigmatisering oproept. Datzelfde geldt voor het veroorzaken van geluidsoverlast: ook dit roept meer stigmatisering op. Voor leeftijd werd, tegen de verwachting in, geen effect gevonden: jonger of ouder zijn lijkt geen rol te spelen bij de mate van stigmatisering. Een andere vraag was of er verschillen zijn in de rol van bovengenoemde kenmerken bij verschillende psychische aandoeningen. Daarvoor werden in dit onderzoek geen aanwijzingen gevonden: de sterkte van de kenmerken was voor een psychotische aandoening even groot als voor een depressie. Wél is het zo dat een psychotische aandoening meer stigmatisering oproept dan een depressie.

Gecorrigeerd voor de vignetten, geslacht en opleiding bleken zowel niveau van contact en gezondheidsvaardigheden significante voorspellers voor stigmatisering te zijn. Opvallend daarbij is dat dit niet voor elk niveau van contact geldt: oplopend in intimiteit wordt er pas minder gestigmatiseerd vanaf het vriendschapsniveau. Dit lijkt overeen te komen met ander onderzoek, maar meestal worden er minder contactniveaus met elkaar vergeleken. Zo blijkt uit Duits onderzoek dat hoe nabij het

contact, hoe minder stigmatisering, maar de eerste categorie na 'geen contact' wordt gedefinieerd als 'vrienden of collega's' (Angermeyer, Matschinger, & Corrigan, 2004). In Nederlands onderzoek waarin ook gebruik wordt gemaakt van het Level of Contact Report, wordt het onderscheid tussen deze categorieën niet aangegeven. Wel is duidelijk dat naarmate het contact met een persoon met een psychische aandoening nabijer is, er minder stigmatisering optreedt (Van Boekel et al., 2013).

#### 4.1 Kanttekeningen

Dit onderzoek is uitgevoerd onder een representatieve steekproef van Nederlandse burgers, en kende een hoge respons. Daarmee kunnen betrouwbare uitspraken gedaan worden over de stand van zaken van de relevante aspecten rondom stigmatisering in Nederland. Sterk is tevens dat het panel dat deze steekproef vormt (het CentERpanel) wordt onderhouden en aangevuld, wat herhaling van een vergelijkbare peiling in de komende jaren mogelijk maakt. Doordat er gebruikgemaakt is van bestaande meetinstrumenten waarvan de psychometrische kwaliteit bekend is, zijn vergelijkingen over de tijd en met andere onderzoeken mogelijk.

Er is ook een aantal kanttekeningen te maken bij dit onderzoek, zowel wat betreft meetinstrumenten als de opzet van het onderzoek. In dit onderzoek gaf een kleine 10% aan zelf een psychische aandoening te hebben (gehad). Dit is vergelijkbaar met de bevindingen uit het eerder genoemde Zweedse onderzoek (waar het percentage over de jaren 2009-2014 varieerde tussen 11.6% en 16.3%; (Hansson et al., 2016) maar fors minder dan de 43% van de bevolking die in de inleiding van dit rapport werd benoemd, afkomstig uit het NEMESIS-onderzoek. Dat komt doordat de manier waarop het voorkomen van een aandoening is vastgesteld in beide peilingen erg van elkaar verschilt. In onderhavig onderzoek konden respondenten zelf aangeven of zij een psychische aandoening hebben (gehad). Dit kan onderrapportage tot gevolg hebben, doordat mensen dit niet willen aangeven, of niet weten dat de eventuele problemen of klachten die ze hebben kunnen worden geclassificeerd als psychische aandoening. Zo gaf bijvoorbeeld één derde aan dat drugsverslaving geen psychische aandoening is. Dit deel van de respondenten zal dus iemand die verslaafd is, of zichzelf, niet als persoon met een aandoening herkennen, en diegene niet meerekenen bij de vragen naar contact. In het NEMESIS-onderzoek worden mensen in persoon geïnterviewd aan de hand van de SCID (een diagnostisch instrument). Dit onderstreept het belang van psychische gezondheidsvaardigheden voor de herkenning van psychische aandoeningen. Het verdient dan ook aanbeveling dit verder te onderzoeken, om zo beter inzicht te krijgen in hoeverre dit voor artefacten in het onderzoek zorgt.

In dit onderzoek hebben we gebruikgemaakt van bekende vragenlijsten en instrumenten om de vergelijkingen met andere onderzoeken te kunnen maken. Voor een rechtstreekse vergelijking met scores uit andere onderzoeken moet echter opgemerkt worden dat de Social Distance Scale wordt gebruikt in meerdere varianten: soms wordt respondenten gevraagd of zij 'bezwaar hebben' tegen het toelaten van een persoon in een bepaalde situatie (Ten Have et al., 2015), soms wordt hen gevraagd of zij 'dit zouden willen' (Link et al., 1999; Perkins et al., 2009). Onze opzet komt sterk overeen met die van Link, uit 1999: positief geformuleerd ('zou u willen') en dezelfde hypothetische contactsituaties zijn voorgelegd. Het enige verschil is de scoring: wij hebben voor een vijfpuntsschaal gekozen om enige

vergelijking met het Nederlandse onderzoek uit 2015 (Ten Have et al., 2015) te kunnen maken. Er zijn wél vergelijkbare patronen te zien; in beide onderzoeken is de bereidheid om de betreffende persoon als collega, vriend of buurman te accepteren even groot. Tot slot is enig voorbehoud noodzakelijk voor het spreken over het gebruik van de termen mental health literacy en psychische gezondheidsvaardigheden bij het gebruik van de MAKS. Om aan te sluiten bij bestaande literatuur en begrippen hebben wij deze terminologie overgenomen, maar de MAKS stelt geen vaardigheden vast. ‘Zelfgerapporteerde kennis’ zou passender zijn.

## 4.2 Aanbevelingen

De aanbevelingen voor de praktijk uit dit onderzoek betreft het verder inzetten op interventies en onderzoek die het verkrijgen of behouden van werk ondersteunen. Mensen aan werk helpen, en mensen ondersteunen hun werk te behouden loont op vele gebieden en dit onderzoek resulteert in aanwijzingen dat die inzet tevens gunstige gevolgen voor destigmatisering kan hebben. Op het gebied van werk zijn succesvolle interventies voorhanden, zoals het arbeidsre-integratiemodel Individuele Plaatsing en Steun (IPS) (Van Busschbach, Michon, Van Vugt, & Stant, 2011). Ook overlastbestrijding blijkt belangrijk: een prettige woonomgeving is voor iedereen zwaarwegend en het inzetten op voorkoming van (geluids)overlast is haalbaar, voor alle partijen prettig en kan destigmatisering als bij-effect tot gevolg hebben.

De verschillen in mate van stigmatiseren bij verschillende psychische aandoeningen, zoals ook in dit onderzoek is gevonden, wijzen erop dat destigmatiserende activiteiten of interventies zich misschien niet alleen moeten richten op psychische klachten in het algemeen, maar ook onderscheid moeten maken tussen verschillende aandoeningen. Zo is er op dit moment veel aandacht voor destigmatisering bij depressie. Er is een jaarlijks depressiegala en is er momenteel een campagne gaande om depressie bespreekbaar te maken. Dit zijn positieve bewegingen, maar gezien de bevindingen is aandacht voor andere aandoeningen, zoals een psychotische kwetsbaarheid en verslaving ook (of meer) nodig.

Uit dit onderzoek komt ook de invloed van bekendheid met mensen met een psychische aandoening bij destigmatisering naar voren; echter wel pas vanaf een bepaald nabijheidsniveau. Dit kan gevolgen hebben voor de inzet van interventies: oppervlakkig contact is mogelijk niet voldoende om een verandering te bewerkstelligen. Interventies zouden dan meer gericht kunnen zijn op (het vergroten van) psychische gezondheidsvaardigheden, zodat mensen sneller iemand uit hun nabije kring herkennen als een persoon met een psychische aandoening. Er zijn reeds interventies op dit gebied beschikbaar op scholen en in de wijk, zoals Mental Health First Aid, maar het blijft een punt van aandacht.

Tot slot is het van belang om vooral gezamenlijk verder te werken aan destigmatisering. De recent ontwikkelde generieke module Destigmatisering en het *Handboek destigmatisering* (NKO, 2017; Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer, & Kienhorst, 2015) geeft daartoe verdere handvatten. Ook door organisaties en initiatieven als Samen Sterk zonder Stigma wordt dit thema actief onder de aandacht gebracht.

Met de beantwoording van onderhavige vraagstellingen levert dit onderzoek een belangrijke bijdrage aan kennis over stigmatisering en psychische gezondheidsvaardigheden in Nederland. De laatste jaren is er een toename in aandacht en initiatieven die destigmatisering en sociale inclusie van mensen met een psychische aandoening dienen te ondersteunen. De oprichting van het Kennisconsortium Destigmatisering en sociale inclusie is daar een belangrijke mijlpaal in, en beoogt een infrastructuur te bieden voor de verzameling en verspreiding van al deze initiatieven ("Kennisconsortium Destigmatisering en sociale inclusie opgericht," 2018). De kennis uit dit onderzoek kan daaraan bijdragen en kan beschouwd worden als een nulmeting over de stand van zaken van dit moment. Zo geeft dit onderzoek aanwijzingen dat vermeerdering van kennis bij burgers over psychische aandoeningen via gezondheidsvaardigheden, aandacht voor initiatieven en interventies op het gebied van werk en mogelijke overlast van belang kunnen zijn voor destigmatisering. Het is aan te raden om dit onderzoek over een aantal jaar te herhalen, zoals ook in Engeland is gedaan na een landelijke interventie (Henderson et al., 2016). Daarmee kan inzicht verkregen worden in de ontwikkeling van psychische gezondheidsvaardigheden en destigmatisering onder het algemene publiek in Nederland.

## 5. LITERATUUR

- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res*, 69(2), 175-182.
- Boyd, J. E., Katz, E. P., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2010). The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(11), 1063-1070. doi:10.1007/s00127-009-0147-9
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*, 63(10), 963-973. doi:10.1176/appi.ps.201100529
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., . . . Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull*, 27(2), 187-195.
- Evans-Lacko, S., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *Br J Psychiatry Suppl*, 55, s51-57. doi:10.1192/bjp.bp.112.112979
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry*, 55(7), 440-448. doi:10.1177/070674371005500707
- Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(3), 249-258. doi:10.1007/s00127-017-1341-9
- Hansson, L., Stjernsward, S., & Svensson, B. (2016). Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009-2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatr Scand*, 134 Suppl 446, 71-79. doi:10.1111/acps.12609
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophr Bull*, 25(3), 447-456.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*, 2011/11/02, 231-243.
- Kennisconsortium Destigmatisering en sociale inclusie opgericht. (2018). [Press release]
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*, 1999/09/04, 1328-1333.
- Mental Health First Aid. De cursus voor eerste hulp bij psychische problemen. (2018). Retrieved from <http://mhfa.develop.jbwd.nl/>
- NKO. (2017). Generieke module Destigmatisering. In: Utrecht: Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ
- Oudejans, S., & Spits, M. (2011). *Rapportage Telepanel 2011. Wat vindt de Nederlandse burger van de geestelijke gezondheidszorg en de versavingszorg?* Retrieved from
- Oudejans, S., & Spits, M. (2014). *GGZ Burgermonitor 2014; rapportage Solutions*. Retrieved from Amsterdam:
- Perkins, D. V., Raines, J. A., Tschopp, M. K., & Warner, T. C. (2009). Gainful employment reduces stigma toward people recovering from schizophrenia. *Community Ment Health J*, 45(3), 158-162. doi:10.1007/s10597-008-9158-3
- Silton, N. R., Flannelly, K. J., Milstein, G., & Vaaler, M. L. (2011). Stigma in America: has anything changed? Impact of perceptions of mental illness and dangerousness on the desire for social distance: 1996 and 2006. *J Nerv Ment Dis*, 199(6), 361-366. doi:10.1097/NMD.0b013e31821cd112
- Ten Have, M., Van Weeghel, J., Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., & De Graaf, R. (2015). [The attitude of the general public towards (discharged) psychiatric patients: results from NEMESIS-2]. *Tijdschr Psychiatr*, 57(11), 785-794.
- Van Boekel, L. C. (2014). *Stigmatization of people with substance use disorders: Attitudes and perceptions of clients, healthcare professionals and the general public*. (Phd), Tilburg University, Tilburg.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Public opinion on imposing restrictions to people with an alcohol- or drug addiction: a cross-sectional survey. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 48(12), 2007-2016.
- Van Busschbach, J. T., Michon, H., Van Vugt, M., & Stant, A. D. (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Eindverslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie. Deel 2: Bevindingen na 30 maanden follow-up*. Retrieved from Groningen:
- Van Weeghel, J., Pijnenborg, M., Van 't Veer, J., & Kienhorst, G. (2015). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van Zelst, C., & Van Weeghel, J. (2016). *Kennisconsortium Destigmatisering en sociale inclusie: naar een kennisagenda*. kenniscentrum Phrenos. Utrecht.