



Psychiatrisch stigma bekeken
vanuit client, familie
en samenleving

Job van 't Veer

Wat is het psychiatrisch stigma?

Psychiatrisch stigma

Kennis (stereotypen)

Afwijkendheid

Gevaarlijk, excentriek,
onberekenbaar

Minder capabel

Zwak, labiel,
minder intelligent

Houding (vooroordelen)

Sterke *emotionele* en ook
morele component

‘Gevaar voor mijn kinderen’

‘Stoornis is eigen schuld’

Wens tot ‘sociale afstand’

Gedrag (discriminatie)

Sociale uitsluiting (vriendschappen, relaties)

Discriminatie op arbeidsmarkt

Intolerante houding van hulpverleners

Waarom bestaat psychiatrisch stigma?

Als het bestaat, dan zal het wel een functie hebben...

Etikettering

Maatschappij:

Negatieve vooronderstellingen
over 'psychiatrische patient'

Familie van client:
'associative' stigma

Persoon met stoornis:
Deze vooronderstellingen
op zelf van toepassing
Vooronderstellingen hebben
effect op gedrag en zelfbeeld

Bevestiging '**geldigheid**'
van deze negatieve
denkbeelden, houding
en gedrag

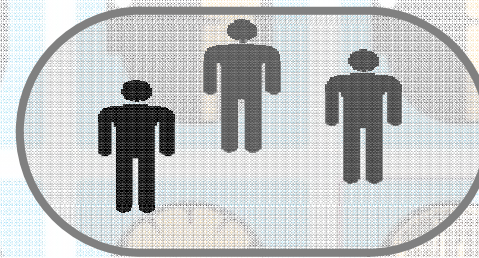
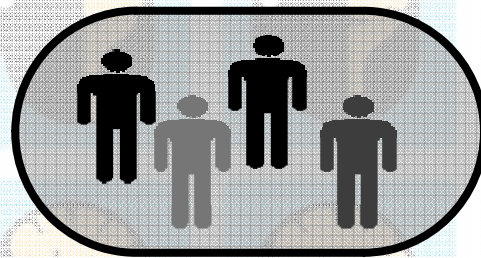
De etiketteringtheorie

Maatschappij:
Negatieve vooronderstellingen
over 'psychiatrische patient'

Dus: maatschappij zoekt (**negatieve**) afwijkende tekenen
om verschillen met patiënt te verklaren en te benadrukken

Waarom?

Omdat het handig en duidelijk is: **sociale categorisering**



We zoeken vooral bevestiging van bestaande denkbeelden
(van elkaar en/of in media)

De empirische **bewijzen**

Publieke *houding*

Maatschappij:
Negatieve vooronderstellingen
over 'psychiatrische patient'

Publieke *houding* (sociale afstand) niet sterk negatief, wel 'terughoudend'

Houding NL versus andere landen

Duidelijk onderscheid naar kortdurende en meer intieme situaties

Vergelijkbaar patroon bij Duitse bevolking (Gaebel et al. 2008)

Geen duidelijke verbetering in afgelopen decennia

In laatste 20 jaar publiek weinig meer tolerant geworden

Vergelijkbaar met V.S (Phelan e.a. 2000), Oceanie (Green e.a. 1987)

Duitsland (Gaebel e.a. 2008)

Deconcentratie van GGZ leidt niet tot vermaatschappelijking

geen verschil tussen omwonenden van GGZ-instelling en alg. publiek

De empirische bewijzen

Publieke kennis

Maatschappij:
Negatieve vooronderstellingen
over 'psychiatrische patient'

Redelijk up-to-date kennis over oorzaken psychiatrische stoornissen (bijv. multi-causaliteit)

Kennis NL versus andere landen

Wel nog duidelijk overschatten negatieve stereotypen:

Agressie, onbetrouwbaarheid

Deze stereotypen (+) en ook persoonlijke ervaringen (-) bij publiek meest verklarend voor mate van sociale afstand

Differentiatie naar ziektebeelden

Verschil beeldvorming depressie, schizofrenie, verslaving

Minder stigma door geen of genuanceerdere labels?

Afschaffen term 'psychiatrisch patiënt'

Herlabelen: schizofrenie → vertekend waarnemingssyndroom

De empirische bewijzen

Maatschappij:
Negatieve vooronderstellingen
over 'psychiatrische patient'

Mensen die onder psych. behandeling zijn...	Psych.stoornis algemeen	Verslaving	Schizofrenie	Depressie
	Gemiddelde	Gem.	Gem.	Gem.
1. ...zijn intelligent	3.05	2.61**	2.70**	3.23**
2. ...kun je vertrouwen	2.67	1.94**	3.44**	3.37**
3. ...kunnen agressief zijn	4.00	4.09*	3.57**	2.83**
4. ...zijn staat om te werken in betaalde baan	2.91	2.33**	3.21**	2.93
5. ...geven overlast	2.85	3.97**	3.11**	2.65**
6. ...verwaarlozen zichzelf	3.04	3.94**	2.77**	3.01

Differentiatie naar ziektebeelden

5= geheel eens; 1 = geheel oneens

verschil beeldvorming depressie, schizofrenie, verslaving

De etiketteringtheorie

Persoon met stoornis:
Deze vooronderstellingen
op zelf van toepassing

Iedere persoon in maatschappij
leert de negatieve denkbeelden aan

Negatieve denkbeelden bij 'ziek worden' in ineens persoonlijk
relevant (verschuiving van WIJ naar ZIJ)

De Tweede Ziekte: naast het medische probleem ook een
sociaal probleem

Gevolgen van deze 'internalisatie'

Zelf-stigmatisatie, hoge verwachting van afwijzing

Grotere kans afname sociale contacten, verkleining
netwerk, initiatief tot zoeken werk, etc.

Vermijding van hulp, slechte 'zelfbehandeling' (viciëuze cirkel)

De empirische bewijzen

Persoon met stoornis:
Deze vooronderstellingen
op zelf van toepassing

Clënten verwachten in duidelijke mate stigmatisering

Met name op het gebied van sociale contacten
(vriendschap, relaties) en het vinden van werk

Stigma heeft (logischerwijs) vaak ook emotionele impact

Clënten NIET gauw geneigd om oorzaak negatieve reacties bij zichzelf te zoeken

Meeste leggen oorzaak van stigma buiten zichzelf
Emotionele impact (frustr./teleurstelling) over soc. omgeving

Interne attributie ↔ **minder emotionele impact**

‘Zelf-verificatie?’, gewenning?

Pessimistische visie E.T. komt niet (geheel) uit

De etiketteringtheorie IV

Familie van client
'associative' stigma

Vanwege de associatie met familielid met stoornis wordt ook familie gestigmatiseerd

Vermeende gevolgen:

- Geheimhouding/schaamte

- Ontkenning diagnose => onderbehandeling familielid

- Verlies status

- Geïsoleerd en onregelmatig gezin: verminderd zelfvertrouwen bij overige kinderen

De empirische bewijzen

Familie van client
'associative' stigma

De ziekte van familielid brengt duidelijk belasting mee

Veel zorgen, neemt grote plaats in leven in

Echter, over het *eigen* stigmatisering maken de meesten zich niet heel erg druk

Weinig vermijding vanuit omgeving,

Ook niet sterk de neiging ziekte geheim te houden

Lijkt iets minder probleem als in VS, UK, DLD, Zweden

Men erkent dat de cliënt zelf wel duidelijk negatieve reacties krijgt uit omgeving door psych. achtergrond

De (niet zieke) familieleden schatten dit hoger in dan cliënten zelf (!)

Wat wordt er gedaan aan destigmatisering en werkt het? I

Educatie, voorlichting

Maatschappijbrede voorlichting (PB-51)

Familie / individu gericht benadering

Protest, verzet

(Clienten)-belangenorganisaties tegen bijv.
Vertekende berichtgeving in media

Contact (contact-hypothese)

Deconcentratie leidt tot vermaatschappelijking?

Vanuit hulpverlening en/of social work

Wat wordt er gedaan aan destigmatisering en werkt het? II

Educatie, voorlichting

Maatschappijbrede voorlichting (PB-51)

Vooroordelen, gedrag patronen te hardnekkig om met algemene campagne te bestrijden

‘Postbus-51’ campagne ‘berucht’ om gebrek aan effect

-> Meer gerichte (kleinschalige voorlichting)

-> Inhoudelijke strategie kan vaak beter:
sterker gericht op meest negatieve denkbeelden!

Familie / individu gerichte benadering

Gerichte ‘emotion management’ gericht op effect stigma volgens inzichten betekenisgeving en emotionele impact

Zie eerdere uitkomsten cliëntenonderzoek

Wat wordt er gedaan aan destigmatisering en werkt het? III

Belangrijkste probleem bij veel anti-stigmastrategieën:

Een gebrek aan 'intrinsieke' motivatie bij de stigmatiserende partij om gedrag en denken te veranderen

**In 'potentie' meest destigmatiserende strategie:
Contact (contact-hypothese)**

Deconcentratie leidt tot vermaatschappelijking?

**Vanuit hulpverlening en/of social work
(herstelprogramma's, wijkgerichte aanpak, 'kwartier
maken')**

**Client moet kwaliteiten / competentie kunnen tonen
Belang sociale en ook arbeidsintegratie!**