

# Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuuronderzoek

K. ADRIAENSEN, G. PIETERS, J. DE LEPELEIRE

**ACHTERGROND** In de klinische praktijk zien wij stigmatisering door artsen en maatschappij van patiënten met psychiatrische problemen.

**DOEL** In kaart brengen van stigmatisering van patiënten met psychiatrische problemen door huisartsen en studenten geneeskunde.

**METHODE** We zochten in PubMed met de MeSH-termen 'family practice', 'physicians', 'family', 'mental disorder', 'attitude' en 'psychiatry' en de term 'stigma'. Daarnaast werd literatuur aangereikt door experts en werden artikelen gevonden via de sneeuwbalmethode.

**RESULTATEN** Stigmatisering vormt in de geestelijke en somatische hulpverlening door huisartsen een belangrijk obstakel voor patiënten met een psychiatrische aandoening. Hoewel deze patiënten een hogere somatische kwetsbaarheid hebben ten gevolge van hun psychiatrische aandoening, worden minder frequent technische onderzoeken aangewend ter exploratie. Ook studenten geneeskunde hebben een negatieve attitude tegenover psychiatrische patiënten. Meer opleiding zou kunnen leiden tot minder stigmatisering, maar het effect van opleiding blijkt voorbijgaand. Voornamelijk persoonlijke ervaring leidt tot een groter empathisch vermogen.

**CONCLUSIES** Literatuur toont aan dat psychiatrische patiënten slachtoffer zijn van zelfstigmatisering en van stigmatisering door maatschappij en artsen, wat leidt tot sociale exclusie en een slechtere gezondheidszorg. Aanpak van deze stigmatisering zou de levenskwaliteit van en de gezondheidszorg voor deze groep patiënten aanzienlijk kunnen verbeteren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)12, 885-894]

**TREFWOORDEN** attitude, huisarts, psychiatrie, psychiatrische aandoeningen, stigma

In de klinische praktijk stuiten wij op belangrijke vooroordelen over geestelijke gezondheidszorg (ggz), psychofarmaca en psychiatrie, bij zowel patiënten als bij artsen. Deze vooroordelen en stigmatisering creëren vele problemen binnen de gezondheidszorg. Zo kan maatschappelijke stigmatisering verhinderen dat een patiënt met een psychisch probleem een arts raadpleegt. Van de psychiatrische patiënten krijgt tot 70% wereldwijd

en tot 30% in Vlaanderen geen psychiatrische behandeling (Bruffaerts e.a. 2004; Thornicroft 2008). Daarnaast kan een arts die psychiatrische patiënten stigmatiseert, mogelijk bepaalde somatische en psychiatrische ziektebeelden niet herkennen, geen of te laat een behandeling instellen en niet of te laat doorverwijzen (Corrigan 2008). Als de patiënt dan een behandeling voorgeschreven krijgt of verwezen wordt, kan stigmatisering een

effect hebben op de therapietrouw bij het innemen van de medicatie of het consulteren van de gespecialiseerde zorgverlener (Helbling e.a. 2006).

Hoewel sommige artsen het probleem van stigmatisering lijken te erkennen, blijkt de kennis erover beperkt. In deze bijdrage geven wij een overzicht van de tot nu toe verschenen literatuur over de stigmatisering van psychiatrische patiënten door artsen. Daarbij ligt de focus op huisartsen en studenten geneeskunde.

## METHODE

Wij startten vanuit een PubMed-zoekactie met MESH-termen 'family practice', 'physicians, family', 'mental disorder', 'attitude' en 'psychiatry' en het woord 'stigma'. Artikelen werden geselecteerd op basis van titel, abstract en taal (Nederlands, Engels, Frans en Spaans).

Daarnaast werd literatuur aangereikt door experts en werden de referenties van de aange-reikte artikelen nagegaan (Dixon e.a. 2008). Dit leverde in totaal 40 artikelen op. Tevens werd een boek van Thornicroft (2006) aan de literatuurlijst toegevoegd.

## RESULTATEN

De thema's in de geselecteerde artikelen konden geclusterd worden in vier groepen:

- Begripsbepaling: hoe definiëren we stigmatisering van psychiatrische patiënten?
- Welke rol spelen huisartsen in de ggz?
- Hoe zijn de attitudes van artsen ten opzichte van psychiatrische patiënten?
- Hoe zijn de attitudes van studenten geneeskunde ten opzichte van psychiatrische patiënten?

Stigmatisering van psychiatrische patiënten; definiëring

Verschillende modellen voor het definiëren van 'stigma' worden in de literatuur naar voren geschoven.

Goffman (1963) definieerde stigma al vroeg als een proces van diskwalificatie waarbij een normaal persoon gereduceerd wordt tot iemand 'met wie iets mis is'. Thornicroft (Milders 2009; Thornicroft 2006; Thornicroft & Kassam 2008) omschrijft de term 'stigma' aan de hand van vier aspecten: (1) het etiketteren van mensen waarbij men benadrukt dat bepaalde karakteristieke persoonlijke eigenschappen afwijkend zijn; (2) het creëren van stereotypen die deze afwijkende eigenschappen als onwenselijk tonen; (3) het maken van een categorisch onderscheid tussen 'normale' mensen en de geëtiketteerde groep die in sommige aspecten als fundamenteel verschillend wordt gezien; (4) het deva-lueren, verwerpen en uitsluiten van de geëtiketteerde groep. Zo ontstaat discriminatie op verschillende levensgebieden, met als mogelijke gevolgen onder andere een beperkt effect van behandeling of hogere kans op recidief (Corrigan & Watson 2002; Oud e.a. 2009; Sartorius 2007).

Corrigan (Corrigan 2008; Corrigan & Wassell 2008; Rusch e.a. 2010) spreekt in zijn definitie over drie soorten stigma: (1) het publieke stigma; (2) het zelfstigma; en (3) het vermijden van labels. Met 'publiek stigma' duidt men het stigma aan dat rust op een patiënt met een psychiatrische aandoening vanuit de maatschappij. Dit leidt tot verlies van kansen die voor anderen vanzelfsprekend zijn, zoals recht op werk, woning en goede gezondheidszorg. Met 'zelfstigma' duidt men het stigma aan dat psychiatrische patiënten zichzelf opleggen. Ze zijn zich bewust van stereotypering - 'alle psychiatrische patiënten zijn zelf verantwoordelijk voor hun aandoening' - en passen die op zichzelf toe - 'ook ik ben verantwoordelijk voor mijn eigen aandoening en heb daarom geen recht op hulpverlening' (Thornicroft e.a. 2007). Ze formuleren zelfs geen hulpvraag meer (Thornicroft 2006). Ten slotte bedoelt men met vermijden van labels dat patiënten zich verzetten tegen een etiket, waardoor ze minder snel gepaste zorg vinden: 'Ik wil niet gelabeld worden als psychisch ziek, dus ik ga niet naar een arts/psycholoog/psychiater'.

Hoewel deze definities zeker nuttig zijn, blijkt de functionaliteit ervan tamelijk beperkt.

Thornicroft geeft daarom aan dat het veel nuttiger lijkt stigma op te vatten als de overkoepelende term voor 3 zeer belangrijke elementen: (1) problemen van kennis (ontkenning); (2) problemen van attitude (vooroordeelen) en (3) problemen van gedrag (discriminatie). In termen van de sociale psychologie zijn dit de cognitieve, affectieve en gedragsmatige domeinen (Thornicroft 2006). Deze drie domeinen kunnen belangrijke uitgangspunten vormen in de aanpak van stigmatisering van psychiatrische patiënten.

### Rol van de huisarts binnen de ggz

Ggz is de beroepsmatige zorg die verleend wordt aan mensen met een psychische stoornis, met als doel het herstellen van het psychische evenwicht en het zo draaglijk mogelijk maken van de psychiatrische aandoening voor de patiënt en zijn of haar naasten (Oud 2009). De huisarts speelt hierin een belangrijke rol, ten eerste omdat de lifetimeprevalentie van psychiatrische aandoeningen hoog is: 27,6%, met als frequentste stoornissen: de angststoornissen (6%), de stemmingsstoornissen (5%) en de alcoholafhankelijkheid (1,8%) (Bruffaerts e.a. 2004). Ten tweede consulteert 90 tot 95% van de patiënten met psychische problemen alleen hun huisarts (Buszewicz e.a. 2006; MaGPIE Research Group 2005; Van Deurzen 2010; Wilmink e.a. 1989).

Huisartsen nemen in de zorg voor patiënten met psychische problemen vier kerntaken op zich: ze vormen een belangrijke toegangspoort tot de gespecialiseerde ggz, ze trachten initiële zorgverlening op zich te nemen onder andere vanwege lange wachttijden, ze verzekeren continuïteit van opvolging na afronding van de psychotherapie en ze blijven de belangrijkste bewaker van de fysieke gezondheid van de patiënt (Buszewicz e.a. 2006; Goldberg 2003; Kendrick e.a. 1994; Kovess-Masfety e.a. 2007; Laenen e.a. 2006; Oud e.a. 2009; Van Deurzen 2010; Zweens-Wiersema 1968).

Naast de beschreven kerntaken blijkt de verdere concrete rol van de huisarts in de ggz minder duidelijk en verschilt naargelang de symptomen (Braams e.a. 1988; Burns & Kendrick 1997; Kendrick

2007; Kendrick e.a. 2005; Lawrie e.a. 1998; Oud e.a. 2007; Oud e.a. 2009; Reid & Cameron 2009).

Wat betreft de opvang van patiënten met een depressie geven Vlaamse richtlijnen aan dat de huisarts de opvang van lichte en matige depressies zelf kan doen, hoewel het resultaat tamelijk teleurstellend blijkt. Dit zou voornamelijk het gevolg zijn van het te kort behandelen met antidepressiva, het te laag doseren ervan en een niet-aangepaste follow-up. Daarnaast blijkt slechte therapietrouw een belangrijk probleem (Heyrman e.a. 2008; Seelig & Katon 2008; Vergouwen e.a. 2007).

Wanneer een patiënt met een psychotische stoornis alarmerende symptomen vertoont, zal de familie vaak eerst de huisarts consulteren (Oud e.a. 2007). Huisartsen beschouwen dan ook de opvang van acute psychose, monitoring van de fysieke gezondheid in de chronische fase van allerlei psychische aandoeningen en het verlenen van bijstand aan familie van patiënten met psychose tot hun kerntaken (Burns & Kendrick 1997; Oud e.a. 2009).

### Attitudes van artsen jegens psychiatrische problemen

In 1998 lanceerde het Royal College of Psychiatrists een vijfjaar durende campagne om de algemene bevolking te sensibiliseren over de stigmatisering van psychiatrische patiënten. Na deze campagne werd een rapport geschreven over de stigmatisering van deze patiëntengroep door artsen (Royal College of Psychiatrists 2001).

Medisch geschoolden stigmatiseren psychiatrische patiënten net zoals mensen uit de algemene bevolking dat doen. Psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen vormen hierin geen uitzondering (Corrigan & Wassel 2008; Corrigan & Watson 2002; Gray 2002; Nordt e.a. 2006; Oud e.a. 2009; Sartorius 2007; Thornicroft & Kassam 2008). Dat stigmatisering leidt tot een slechtere gezondheidszorg, lijkt aannemelijk. Patiënten worden zelf verantwoordelijk geacht voor hun aandoening en eventuele comorbiditeit en 'verdienen daarom geen zorgverlening'. Dit geldt het meest voor eetstoornissen en verslavingsproblemen en min-

der voor schizofrenie (Royal College of Psychiatrists 2001). Het stigma dat rust op een patiënt met schizofrenie is groter dan het stigma dat rust op een patiënt met een ernstige depressie (Nordt e.a. 2006).

**Gevolgen stigmatisering** Omdat men symptomen vaak te snel toeschrijft aan de psychiatrische aandoening, worden bij psychiatrische patiënten minder snel allerlei diagnostische middelen aangewend. Dit wordt *diagnostic overshadowing* genoemd: het te snel toeschrijven van allerlei symptomen aan een psychiatrische aandoening, wat leidt tot onderdiagnosticering en onder- of overbehandeling van somatische aandoeningen (Corrigan & Wassel 2008; Jones e.a. 2008; Thornicroft 2006; Thornicroft & Kassam 2008; Thornicroft e.a. 2007).

Daar komt bij dat psychiatrische patiënten behoren tot een somatisch zeer kwetsbare groep. Wegens frequentere nicotinafhankelijkheid en obesitas lopen zij een groter risico dan de algemene bevolking op het ontstaan van chronische bronchitis, hypertensie en angina. Mortaliteit ten gevolge van cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen is bij patiënten met schizofrenie tweemaal zo hoog als bij de algemene bevolking, hoewel het aantal consultaties vaak veel hoger is dan bij de gemiddelde patiënt. Ook de incidentie van diabetes is significant hoger (Burns & Kendrick 1997; Kendrick 2007). Toch blijkt dat juist bij deze patiënten met belangrijke comorbiditeit, de normale controles zoals voetinspectie en HbA<sub>1c</sub>-bepaling minder frequent verricht worden dan bij patiënten met diabetes zonder comorbide psychiatrische aandoeningen (Desai e.a. 2002).

**Toewijding huisartsen** Niet alle artsen stigmatiseren psychiatrische patiënten en voornamelijk in de eerste lijn ervaren patiënten grote toewijding (Royal College of Psychiatrists 2001; MaGPIe Research Group 2005; Thompson e.a. 2010). Huisartsen besteden gemiddeld 30% van hun tijd aan psychische gezondheidsproblemen; 42% van hen is hiermee tevreden, 34% wil

er meer tijd voor uittrekken en 24% minder. Van de consulttijd gaat 15% naar angststoornissen en depressie, 5% naar psychosomatiek en 3% naar de psychische gezondheidszorg voor ouderen. Drugs- en alcoholproblemen zijn frequenter in stedelijke praktijken, terwijl psychosomatiek en mentale gezondheid van ouderen belangrijker is in rurale gebieden (Lawrie e.a. 1998; Mental Health Foundation 2000).

Voor een optimale controle van de fysieke gezondheid van psychiatrische patiënten moeten huisartsen zich bewust zijn van het feit dat deze patiënten hen consulteren voor herhaalrecepten voor hun psychotrope medicatie zonder dat ze hun fysieke klachten spontaan zullen bespreken (Burns & Kendrick 1997; Kendrick 2007). Via gestructureerde consultaties zouden huisartsen veel tijd moeten investeren in deze groep patiënten om zowel de fysieke als de psychische gezondheid optimaal te volgen en dit in samenwerking met psychiaters/psychologen (Kendrick 2007).

**Discriminatie door huisartsen** Toch blijkt dat 30-50% van de psychiatrische patiënten zich gediscrimineerd voelt door hun huisarts (Lawrie e.a. 1998; Mental Health Foundation 2000). Patiënten zeggen het gevoel te krijgen dat de huisarts niet echt luistert en hen graag doorverwijst naar een collega. Lawrie toonde in haar onderzoek met casusvignetten aan dat artsen minder graag patiënten met schizofrenie aan hun patiëntenlijst toevoegen, dat ze hen sneller doorverwijzen naar een collega en dat ze denken dat deze patiënten agressief zijn (Lawrie e.a. 1996).

Mogelijk kan deze stigmatiserende houding van huisartsen verklaard worden door een tekort aan opleiding. Een Australische studie toonde aan dat 65% van de huisartsen graag meer training had gekregen over de behandeling en follow-up van patiënten met psychische problemen (Sahhar & O'Connor 2004).

Niet alleen stigmatiseren huisartsen patiënten met psychiatrische aandoeningen, ze lijken ook voor zichzelf niet open te staan voor ggz. Ze erkennen vaak hun eigen psychische problemen

niet. Tevens spreken zij niet over de psychische problemen van collega's, vrienden of familieleden (Anonymous 1997; Royal College of Psychiatrists 2001).

*Educatie* Slechts in enkele studies bespreekt men antistigma-educatie van artsen. In één studie stuurde men een informatieve e-mail over stigma naar een groep psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater gevolgd door een interview via internet. Een controlegroep kreeg enkel het internetinterview. De resultaten toonden aan dat de experimentele groep een minder stigmatiserende houding aannam jegens psychiatrische patiënten dan de controlegroep (Bayar e.a. 2009).

In een tweede studie beoordeelde men het verband tussen antistigma-educatie van huisartsen en het effect op hun attitude tegenover patiënten met schizofrenie (Ücok e.a. 2006). Deze auteurs toonden een positievere attitude na educatie van de artsen aan, voornamelijk wat betreft de behandelingsmogelijkheden en de bereidheidwilligheid tot therapie en medewerking van patiënten met schizofrenie. Toch moet aangegeven worden dat het effect gemeten werd na een periode van drie maanden en dat niet duidelijk is in hoeverre dit effect blijvend is.

#### *Attitudes van studenten geneeskunde tegenover psychiatrische problemen*

*Stigmatisering van patiënten* In een recente studie in het Verenigd Koninkrijk liet men bachelorstudenten een casus beoordelen over een 35-jarige getrouwde vrouw met een kind van 5 jaar die klaagt over symptomen van moeheid, misselijkheid en slapeloosheid. Telkens verschilde de primaire diagnose: patiënte was gezond; had een voorgeschiedenis van depressie, die sinds 2 jaar goed onder controle was met antidepressiva; had een voorgeschiedenis van diabetes, sinds 2 jaar goed onder controle met antidiabetica of had een voorgeschiedenis van schizofrenie, sinds 2 jaar goed onder controle met antipsychotica

(Dixon e.a. 2008). Uit de resultaten bleek dat de attitude van de studenten tegenover de casussen met een primaire psychiatrische diagnose minder positief was.

Vergelijkbare studies bevestigden deze stigmatisering van psychiatrische patiënten door studenten geneeskunde (Chung 2005; Mukherjee e.a. 2002; Ogunsemi e.a. 2008). Ook een ongepubliceerde studie naar de attitude van studenten geneeskunde ten opzichte van psychische aandoeningen in Vlaanderen geeft vergelijkbare resultaten weer (Deglein L, Scheerder G, Van Audenhove C. Attitudes van studenten geneeskunde ten aanzien van psychische aandoeningen: Verkenning van het gebruik van de Mental Illness Clinicians' Attitudes (MICA) Schaal (scriptie), 2010).

*Stigmatisering van vakgebied* Roberts geeft aan dat studenten die een bijzondere interesse vertonen in psychiatrie het risico lopen door andere studenten te worden gezien als vreemd, excentriek of neurotisch. Het aanvatten van een opleiding psychiatrie blijkt ontmoedigd te worden door familie, vrienden en collega's van de studenten in kwestie. Zelfs de eigen geneeskunde-faculteit zou deze keuze niet aanmoedigen. Assistenten psychiatrie worden gezien als academisch zwak. Zo zou men slechts, indien men niet voor een andere specialiteit werd aanvaard, uiteindelijk kiezen voor psychiatrie. Bovendien evalueerde men psychiaters zelden als helder en logisch denkend. Studenten stigmatiseren dus niet enkel psychiatrische patiënten, maar ook psychiatrie in het algemeen (Malhi e.a. 2003).

Zou deze negatieve houding verklaard kunnen worden door een gebrek aan kennis? Sommige auteurs geven aan dat er qua stigma geen verschil bestaat tussen studenten die nog geen opleiding en stage psychiatrie kregen en laatstejaars studenten geneeskunde (Muga & Hagali 2006). Zalar e.a. (2007) toonden aan dat studenten psychiatrische patiënten als minder gevaarlijk beschouwen na een opleiding psychiatrie en dat hun gevoel van angst, aversie en vervreemding afnam. Ook Holm-Petersen e.a. (2007) toonden in hun studie een sig-

nificante verbetering van de houding ten opzichte van psychiatrische patiënten aan na het doorlopen van een stage van 1 maand op een psychiatrische afdeling.

*Belang persoonlijke ervaring* Hoewel resultaten elkaar tegenspreken, wordt steeds één constante teruggevonden, namelijk dat vooral persoonlijke ervaring, bijvoorbeeld contact met een psychiatrische patiënt in de eigen familie of het lopen van stage op een psychiatrische afdeling, leidt tot meer empathisch vermogen (Aker e.a. 2007; Aslam e.a. 2009; Muga & Hagali 2006; Rosenstock 2003). Dit wordt tevens bevestigd door Walters e.a. (2007), die onderzoek deden naar educatie van studenten geneeskunde over psychiatrie vanuit een eerstelijnssetting. Zij toonden een 'normalisatie' van psychiatrische aandoeningen en een verhoogde empathie aan.

*Belang educatie* Er zijn in de literatuur aanwijzingen dat educatie, zowel hoorcolleges als stages, een positieve verandering kan brengen in de attitude van studenten en artsen tegenover psychiatrie in het algemeen (Holm-Petersen e.a. 2007; Mino e.a. 2000; Muga & Hagali 2006; Walters e.a. 2007; Zalar e.a. 2007). Het is echter weinig duidelijk of deze positieve verandering persisteert of afneemt in de loop der jaren. Baxter e.a. (2001) tonen in hun studie aan dat een positieve attitude niet persisteert en snel afneemt, waardoor zij frequente en langdurige educatie suggereren. Volgens Chung (2005) wordt de houding van studenten geneeskunde voornamelijk bepaald door de stereotypering dat psychiatrische patiënten gevaarlijk zouden zijn.

## DISCUSSIE

Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde bestaat en heeft negatieve gevolgen.

## Stigma en (huis)artsen

Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen in de ggz (Van Deurzen 2010). Echter, behalve stigma lijkt veel hen hierbij in de weg te staan. Allereerst is er een tekort aan opleiding (Sahhar & O'Connor 2004). Aan de Katholieke universiteit Leuven worden slechts 6 van de 240 studiepunten (2,5%) van de gemeenschappelijke opleidingsonderdelen (*truncus communis*) van de masterjaren, inclusief stage, besteed aan psychiatrie. Dit is zeer weinig wanneer we dit vergelijken met de prevalentie van psychiatrische problemen in de huisartsenpraktijk. Misschien voelen artsen zich onvoldoende opgeleid in de begeleiding van deze patiënten.

Daarnaast is het verstrekken van een optimale begeleiding aan chronisch psychiatrische patiënten tijdrovend, waardoor het binnen de huisartsgeneeskunde organisatorisch moeilijk verloopt. Vooral de tijd van de consultatie vormt de grootste barrière (MaGPIe Research Group 2005).

Verder concentreren huisartsen zich vaak op de psychiatrische problematiek, waardoor geen tijd overschiet om de belangrijke fysieke kwetsbaarheid te evalueren. Gestructureerde consultaties zouden hier een oplossing kunnen bieden (Kendrick 2007).

Ten slotte verloopt contact met de gespecialiseerde ggz moeilijk. Er zijn slechts beperkte mogelijkheden tot snelle doorverwijzing of tot overleg of het snel inwinnen van informatie (Laenen e.a. 2006). De bijdrage van de huisarts wordt op deze manier gecompromitteerd.

Naast deze problemen in de huisartsenzorg voor psychiatrische patiënten ervaren huisartsen, net als de algemene bevolking, ook stigmatisering van deze patiënten (Gray 2002; Nordt e.a. 2006). Hun eigen vooroordelen zijn mogelijk nog de meest belemmerende factor in een goede fysieke en psychische gezondheidszorg. Toch krijgen huisartsen van de patiënten zelf veel vertrouwen wat betreft de behandeling van hun psychische problemen. Onderzoek toont aan dat patiënten

vooral een goede arts-patiëntrelatie, het geven van een verklaring voor hun klachten en het samen opstellen van een therapeutisch plan als positief ervaren (Buszewicz e.a. 2006). De huisarts geniet dus veel vertrouwen en krijgt daardoor de kans om patiënten met psychiatrische problemen op te vangen. Het grijpen van deze kans, in plaats van zich te laten hinderen door stigma, onervarenheid of organisatorische moeilijkheden, zou mogelijk een belangrijke kwaliteitsverbetering kunnen meebrengen (Buszewicz e.a. 2006; Lester e.a. 2005).

Ook de attitude van de studenten geneeskunde tegenover patiënten met een psychiatrische diagnose blijkt nogal negatief. Meer kennis zou kunnen leiden tot minder stigmatisering (Goldberg 2003; Gray 2002; Sahhar & O'Connor 2004). Extra opleiding lijkt een goede eerste stap te zijn in de richting van minder stigmatisering (Baxter e.a. 2001).

#### Definitie en gevolgen van stigmatisering

Als zelfs artsen, die een afspiegeling blijken te zijn van de algemene bevolking, een stigmatiserende houding aannemen, wordt maatschappelijke acceptatie moeilijk. Zonder deze stigmatiserende houding zouden ze een rolmodel kunnen zijn voor collega's, studenten geneeskunde en de algemene bevolking (Thompson e.a. 2010).

Hoewel er de laatste jaren een toenemende interesse in de stigmatisering van psychiatrische patiënten bestaat, blijven er in de literatuur veel tegenstrijdigheden bestaan. Allereerst blijkt het vinden van een duidelijke en algemeen gehanteerde definitie voor stigma niet eenvoudig. Verschillende auteurs gebruiken verschillende invalshoeken (Corrigan 2008; Corrigan & Wassel 2008; Goffman 1963; Rusch e.a. 2010; Thornicroft 2006; Thornicroft & Kassam 2008).

Daarnaast lijkt zowel de fysieke als de psychische gezondheid van de psychiatrische patiënt niet goed te worden gevolgd. Vaak verliest de patiënt na een tijd het contact met de psychiater, waardoor de huisarts zowel de fysieke als de psychische gezondheid van de patiënt dient te volgen.

De fysieke gezondheid lijkt de huisarts niet goed te volgen wegens het proces van *diagnostic overshadowing* en mogelijk worstelt hij of zij ook met het volgen van de psychische gezondheid gezien een tekort aan opleiding en de eigen stigmatiserende houding. Ten slotte bestaan er vele tegenstrijdigheden omtrent antistigma-educatie voor artsen en voor studenten geneeskunde. Door deze tegenstrijdigheden is een algemeen geldende conclusie over het nut van educatie moeilijk.

#### BESLUIT

Stigmatisering van psychiatrische patiënten door artsen en studenten geneeskunde bestaat. Wegens de belangrijke consequenties voor een kwalitatief goede gezondheidszorg voor psychiatrische patiënten, is onderzoek nodig naar het erkennen van het probleem, naar zorgvuldige controle en follow-up van mensen met een psychiatrisch probleem en naar de effecten van opleiding voor artsen zowel als voor studenten.

#### LITERATUUR

- Aker S, Aker AA, Boke O, Dundar C, Sahin AR, Peksen Y. The attitude of medical students to psychiatric patients and their disorders and the influence of psychiatric study placements in bringing about changes in attitude. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007; 44: 204-12.
- Anonymous. 'Personal view'. *BMJ* 1997; 314: 1559-60.
- Aslam M, Taj T, Ali A, Badar N, Saeed F, Abbas M, e.a. Psychiatry as a career: A survey of factors affecting students' interest in Psychiatry as a career. *Mcgill J Med* 2009; 12: 7-12.
- Baxter H, Singh SP, Standen P, Duggan C. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. *Med Educ* 2001; 35: 381-3.
- Bayar MR, Poyraz BC, Aksoy-Poyraz C, Arikian MK. Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009; 46: 226-30.
- Braams FM, Duivenvoorden H, Dokter H, Trijsburg R, Verhage F. Relationship between general practitioners' attitudes and methods of dealing with psychosocial problems. *Fam Pract* 1988; 5: 5-11.

- Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. *Tijdschr Geneesk* 2004; 60: 75-85.
- Burns T, Kendrick T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 515-20.
- Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 496-503.
- Chung KF. Changing the attitudes of Hong Kong medical students towards people with mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 766-8.
- Corrigan PW. Stigma reduction! What and where is the evidence? Sacramento: Stigma and Discrimination Reduction Advisory Committee: 2008. <http://www.dmh.ca.gov/PEIStatewideProjects/docs/CorriganPresentationNov12Internet.pdf>
- Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008; 46: 42-8.
- Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1: 16-20.
- Desai M, Rosenheck R, Druss B, Perlin J. Mental disorders and quality of diabetes care in the veterans health administration. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1584-90.
- Deurzen J Van. Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen. Brussel: Kabinet Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2010.
- Dixon RP, Roberts LM, Lawrie S, Jones LA, Humphreys MS. Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. *Med Educ* 2008; 42: 1080-7.
- Goffman GE. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1963.
- Goldberg D. Psychiatry and primary care. *World Psychiatry* 2003; 2: 153-7.
- Gray AJ. Stigma in psychiatry. *J R Soc Med* 2002; 95: 72-5.
- Helbling J, Ajdacic-Gross V, Lauber C, Weyerhann R, Burns T, Rossler W. Attitudes to antipsychotic drugs and their side effects: a comparison between general practitioners and the general population. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 42-6.
- Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, Michels J, Goetinck M, e.a. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu* 2008; 37: 284-317.
- Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J, Gyrd-Hansen D. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 308-11.
- Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 169-71.
- Kendrick T. The role of the general practitioner in severe mental illness. *Psychiatry* 2007; 6: 343-6.
- Kendrick T, Burns T, Freeling P. Provision of care to general practice patients with disabling long-term mental illnesses: a survey in 16 practices. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 301-5.
- Kendrick T, King F, Albertella L, Smith PW. GP treatment decisions for patients with depression: an observational study. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 280-6.
- Kovess-Masfety V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, e.a. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health* 2007; 7: 188.
- Laenen A, Bruckers A, Coune L, Goossens Y, Houben M, Molenberghs L. Wachttijden in de centra geestelijke gezondheidszorg onderzocht. *Acta Hospitalia* 2006; 46: 25-32.
- Lawrie S, Parsons C, Masson S, Sussmann J, Cumming D, Lewin J, e.a. A controlled trial of general practitioners' attitudes to patients with schizophrenia. *Health Bull (Edinb)* 1996; 54: 201-3.
- Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, e.a. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol Med* 1998; 28: 1463-7.
- Lester HE, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005; 330: 1122.
- MaGPIe Research Group. General practitioners' perceptions of barriers to their provision of mental healthcare: a report on Mental Health and General Practice Investigation (maGPIe). *N Z Med J* 2005; 118: U1654.
- Malhi GS, Parker GB, Parker K, Carr VJ, Kirkby KC, Yellowlees P, e.a. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 424-9.
- Mental Health Foundation. Pull yourself together! A survey of the stigma and discrimination faced by people who experience mental distress. Londen: Mental Health Foundation; 2000.
- Milders CFA. Psychiatrische stoornis en stigma. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 135-7.
- Mino Y, Yasuda N, Kanazawa S, Inoue S. Effects of medical education on attitudes towards mental illness among medical students: a five-year follow-up study. *Acta Med Okayama* 2000; 54: 127-32.
- Muga F, Hagali M. What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry? *P N G Med J* 2006; 49: 126-36.



- Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatr Bull* 2002; 26: 178-81.
- Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophr Bull* 2006; 32: 709-14.
- Ogunsemi OO, Odusan O, Olatawura MO. Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 7: 15.
- Oud MJ. Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen (proefschrift). Rijksuniversiteit Groningen; 2009.
- Oud MJ, Schuling J, Slooff C, Meyboom-de Jong B. How do general practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract* 2007; 8.
- Oud MJ, Schuling J, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-de Jong B. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 29.
- Reid I, Cameron I. Depression: current approaches to management in primary care. *Prescriber* 2009; 20: 18-40.
- Rosenstock J. Beyond a beautiful mind: film choices for teaching schizophrenia. *Acad Psychiatry* 2003; 27: 117-22.
- Royal College of Psychiatrists. Mental illness: stigmatisation and discrimination within the medical profession. London: RCP; 2001.
- Rusch N, Corrigan PW, Todd AR, Bodenhausen GV. Implicit self-stigma in people with mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2010; 198: 150-3.
- Sahhar D, O'Connor D. How well do Australian medical schools prepare general practitioners to care for patients with mental disorders? *Australas Psychiatry* 2004; 12: 26-30.
- Sartorius N. Stigma en mental health. *Lancet* 2007; 370: 810-1.
- Seelig MD, Katon W. Gaps in depression care: why primary care physicians should hone their depression screening, diagnosis and management skills. *J Occup Environ Med* 2008; 50: 451-8.
- Thompson C, Dogra N, McKinley R. Survey of general practitioners' attitudes towards psychiatry. *The Psychiatrist*; 2010; 34: 525-8.
- Thornicroft G. Shunned: discrimination against people with mental illness. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008; 17: 14-9.
- Thornicroft G, Kassam A. Public attitudes, stigma and discrimination against people with mental illness. In: Morgan C, McKenzie K, Fearon P, red. *Society and psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19: 113-22.
- Ücök A, Soygür H, Atakli C, Kemal K, Sartorius N, Duman Z, e.a. The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 439-43.
- Vergouwen ACM, Burger H, Verheij TJM, Koerselman GF. Hoe kunnen de resultaten van de eerstelijnsbehandeling van depressie worden verbeterd? *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 559-67.
- Walters K, Raven P, Rosenthal J, Russell J, Humphrey C, Buszewicz M. Teaching undergraduate psychiatry in primary care: the impact on student learning and attitudes. *Med Educ* 2007; 41: 100-8.
- Wilmink FW, Ormel J, Giel R, Krol B, Lindeboom EG, van der Meer K, e.a. General practitioners' characteristics and the assessment of psychiatric illness. *J Psychiatr Res* 1989; 23: 135-49.
- Zalar B, Strbad M, Svab V. Psychiatric education: does it affect stigma? *Acad Psychiatry* 2007; 31: 245-6.
- Zweens-Wiersema AC. Huisarts en Geestelijke gezondheid. *Tijdschr Psychiatr* 1968; 10: 144-51.

## AUTEURS

KATRIEN ADRIAENSEN is arts in opleiding tot huisarts, KU Leuven.

GUIDO PIETERS is psychiater en diensthoofd gedragstherapie, deeltijdhoofddocent aan de KU Leuven.

JAN DE LEPELEIRE is huisarts en deeltijdhoogleraar Huisartsgeneeskunde, Academisch centrum huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Correspondentieadres: Katrien Adriaensen, Kerkplein 4, 2547 Lint, België.

E-mail: katrien.adriaensen@hotmail.com.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-3-2011.

## SUMMARY

Stigmatisation of psychiatric patients by general practitioners and medical students: a review of the literature – K. Adriaensen, G. Pieters, J. De Lepeleire –

**BACKGROUND** In clinical practice general practitioners (GPs) and society tend to stigmatise patients with psychiatric problems.

**AIM** To attempt to describe this stigmatisation by GPs and medical students on the basis of information given in the literature.

**METHOD** We searched the literature via PubMed using MeSH terms: 'family practice', 'physicians', 'family', 'mental disorder', 'attitude' and 'psychiatry' and the word 'stigma'. In addition, literature was supplied by experts and articles were located by the snowball method.

**RESULTS** Stigmatisation constitutes a major obstacle in the psychiatric and somatic care that GPs provide for patients with a psychiatric disorder. Although such patients have a higher somatic vulnerability as a result of their psychiatric problems, they receive fewer technical and exploratory investigations than other categories of patients. Medical students too have a negative attitude towards patients with a psychiatric disorder. More education and training could lead to less stigmatisation but the effect would probably be only temporary. Personal experience is the main factor that leads to greater empathy.

**CONCLUSION** The literature suggests that psychiatric patients are victims of self-inflicted stigmatisation and stigmatisation by society and doctors. This leads to social exclusion and poorer healthcare. By tackling the problem of stigmatisation we could greatly improve the quality of life and healthcare for this group of patients.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)9, 885-894]

**KEY WORDS** attitude, family doctors, family practice, GPs, mental disorders, psychiatry, stigma