

# Destigmatisering door deconcentratie?

## Een Nederlands bevolkingsonderzoek naar het stigma van psychiatrische patiënten

J.T.B. VAN 'T VEER, H.F. KRAAN, C.H.C. DROSSAERT, J.M. MODDE

**ACHTERGROND** In slechts weinig bevolkingsonderzoeken naar de stigmatisering van psychiatrische patiënten wordt de invloed onderzocht van de 'deconcentratie' van de ggz.

**DOEL** Het meten van de mate van stigmatisering van psychiatrische patiënten en het onderzoeken in hoeverre de deconcentratie van de ggz verband houdt met de mate waarin de bevolking stigmatiseert.

**METHODE** Een steekproef onder de algemene Nederlandse bevolking ( $n = 445$ ; respons 30%) en een steekproef onder mensen die nabij een ggz-instelling woonden ( $n = 367$ ; respons 34%) zijn met elkaar vergeleken. Uitkomstmaten voor stigmatisering waren de wens tot sociale afstand en de mate waarin men stereotiepe kenmerken (totaal 7) toekende aan patiënten.

**RESULTATEN** Wat betreft de sociale afstand blijkt de bevolking een zekere gereserveerdheid te hebben tegenover psychiatrische patiënten. Men stereotypeert de psychiatrische patiënt vooral als agressief. In de stereotypering differentieert men duidelijk naar de ziektebeelden (schizofrenie, depressie, verslavingsproblematiek, dementie). Tussen omwonenden en de algemene bevolking bestaan geen verschillen in stigmatisering. Wel neigen mensen met persoonlijke ervaring met psychiatrie in mindere mate naar stigmatisering.

**CONCLUSIE** De geografische spreiding van de ggz is niet voldoende voor een destigmatiserend effect. Het deconcentratiebeleid dient meer oog te hebben voor de randvoorwaarden die bestaan voor destigmatiserende contacten tussen patiënt en sociale omgeving.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)10, 659-669]

**TREFWOORDEN** deconcentratie, psychiatrische patiënten, sociale afstand, stereotypen, stigma

Onderzoek naar de houding en opvattingen van de algemene bevolking over psychiatrie en psychiatrische patiënten kent een gedegen traditie. Met haar onderzoek uit 1950 onder de Amerikaanse bevolking wordt Shirley Starr gezien als de belangrijkste initiator voor onderzoek op dit gebied. De afgelopen vijf decennia kreeg zij veel navolging in zowel Amerika als Europa.

Onderzoeken uit de periode 1950-1960 toonden een negatief beeld van de publieke opinie over

psychiatrische patiënten (Nunnally 1961; Starr 1955). Herhaaldelijk bleek dat de westerse samenleving een inaccurate en vooral negatieve beeldvorming heeft van de psychiatrie, wat 'de psychiatrische patiënten' tot een gestigmatiseerde groep maakt (Link 1982; Link e.a. 1987). In de jaren 60 tot 80 waren er een aantal onderzoeken met een positieve tendens, blijkend uit meer kennis en ruimdenkendheid over psychiatrie (Crocetti 1974) en een tolerantere houding (D'Arcy & Brockman 1978;

Mootz 1990). Dergelijke resultaten werden graag gezien als het effect van de op dat moment doorgevoerde 'deinstitutionalisering': de grote psychiatrische instituten, vaak gelegen in geïsoleerde gebieden, moesten wijken voor kleinere vestigingen in de reguliere woon- en leefomgeving. Het toenemende contact met de omgeving (de omwonenden) zou leiden tot een destigmatisering en een betere integratie van psychiatrische patiënten.

Recente publicaties, vanaf de jaren 80 tot aan heden, hebben dit optimisme echter weer getemperd (Angermeyer & Matschinger 1997; Kwekkeboom 2000; Nieradzik & Cochrane 1985). Phelan e.a. (2000) concludeerden zelfs dat er in de periode 1950-1996 géén verbetering in de publieke opinie had plaatsgevonden: de bevolking overschatte nog in dezelfde mate de kans op agressiviteit en gewelddadigheid bij psychiatrische patiënten.

De beschreven ontwikkelingen in de publieksopinie zijn grotendeels afkomstig uit buitenlands onderzoek. Het is wenselijk om hier ook in Nederland regelmatig onderzoek naar te doen, omdat de afgelopen drie decennia ook in Nederland het beleid sterk gericht was op 'vermaatschappelijking'. In ons onderzoek trachten we de belangrijkste aannames van deze vermaatschappelijking meetbaar te maken. We bestuderen in hoeverre de Nederlandse bevolking stigmatiserende noties en houdingen heeft ten aanzien van psychiatrische patiënten en we onderzoeken tevens in hoeverre de mate van deconcentratie van ggz-voorzieningen hiermee verband houdt.

Het stigma van psychiatrische patiënten In bevolkingsonderzoeken wordt het stigma van de psychiatrische patiënt vaak gemeten met de 'socialeafstandschaal' (Whatley 1958). Doorgaans komt hieruit een duidelijk afwijzende attitude van de bevolking naar voren (bv. Angermeyer & Matschinger 1997; Link e.a. 1999). Vooral ouderen, lager opgeleiden en mensen in minder verstedelijkte gebieden blijken eerder geneigd tot een afstandelijke houding (Kwekkeboom 2000; Martin e.a. 2000; Mootz 1990). Sociaal-demografische kenmerken verklaren de sociale afstand echter

maar beperkt, concludeerde Mootz in haar Nederlandse bevolkingsonderzoek.

Veel bepalender voor de sociale afstand is de kennis over en de bekendheid met (in de zin van persoonlijke ervaringen) psychiatrische aandoeningen. Zo duidt kennis over de oorzaken van en het onderscheid tussen verschillende ziektebeelden op een meer 'ontwikkelde kijk' op de psychiatrie, waarmee ook de sociale distantie afneemt (Martin e.a. 2000). Mensen met persoonlijke ervaring met psychiatrie blijken minder in stereotiepe beelden te denken (zoals 'de gewelddadige patiënt') en dat heeft een gunstige uitwerking op de gewenste sociale afstand (Angermeyer e.a. 2004; Corrigan e.a. 2001).

De algemene bevolking blijkt steeds beter in staat om psychiatrische stoornissen te herkennen en ook de kennis over de oorzaken ervan is toegenomen; helaas wordt desondanks het beeld nog grotendeels bepaald door negatieve stereotypen en vooroordelen, in het bijzonder over persoons- en gedragskenmerken (Link e.a. 1999; Martin e.a. 2000). Psychiatrische patiënten worden gezien als minder intelligent en minder geschikt voor werk (zie o.a. Angermeyer & Matschinger 2003; Farina & Feliner 1973). Nog belangrijker is dat er een overschatting is van de kans op deviant gedrag zoals agressiviteit, criminaliteit, onbetrouwbaarheid, zelfverwaarlozing en het veroorzaken van overlast (zie o.a. Green e.a. 1987; Patten 1992; Phelan e.a. 2000).

#### DESTIGMATISERING DOOR DECONCENTRATIE: EEN BIJDRAGE TOT VERMAATSCHAPPELIJING VAN DE PSYCHIATRISCHE PATIËNT?

De onderzoeksresultaten van Corrigan e.a. (2001) en Angermeyer e.a. (2004), lijken de veronderstelling van het beoogde effect van de deconcentratie te bevestigen. De aanname is dat toegenomen contact tussen patiënt en maatschappij leidt tot een grotere bekendheid met de psychiatrie en haar patiënten, wat stigma vermindert en sociale integratie bevordert. Toch verzet de omlig-

gende gemeenschap zich vaak tegen de vestiging van psychiatrische instellingen (zie bv. Arens 1993). Het is de vraag of een dergelijke defensieve houding van omwonenden wel ruimte laat voor de positieve effecten van het contact met psychiatrische patiënten. Tot op heden heeft bevolkingsonderzoek nog niet kunnen aantonen dat de 'gedeconcentreerde' zorg van de ggz meer tolerantie voor de psychiatrische patiënt in de maatschappij teweegbrengt. Dit is wat wij nader wilden onderzoeken.

**Onderzoeksdoelen** Onze eerste onderzoeksvraag was in hoeverre de Nederlandse bevolking geneigd is tot sociale afwijzing van psychiatrische patiënten.

Ten tweede wilden we weten in hoeverre de Nederlandse bevolking stereotiepe denkbeelden heeft over kenmerken van 'de psychiatrische patiënt'. Hierbij onderzochten we ook of men bij het toeschrijven van deze kenmerken differentieert naar een aantal verschillende ziektebeelden, te weten schizofrenie, depressie, dementie en verslavingsproblematiek.

Ten derde gingen we na of omwonenden van een ggz-instelling (met meer kans op contact met psychiatrische patiënten) in vergelijking met de algemene bevolking minder geneigd zijn tot stigmatisering.

Ten slotte onderzochten we het effect van persoonlijke ervaringen met psychiatrie: we verwachtten dat mensen met enige ervaring zich gunstiger uiten met betrekking tot stereotiepe kenmerken en sociale afstand.

## METHODE

### Steekproef

Voor dit bevolkingsonderzoek trokken we steekproeven uit (1) de algemene bevolking, en (2) uit omwonenden van een ggz-instelling.

Voor de groep 'algemene bevolking' werd eind 1997 onder 1500 mensen, getrokken uit het PTT-bestand van particuliere telefoonabonnees,

een vragenlijst verspreid. Er kwamen 445 (30%) bruikbare vragenlijsten retour.

De steekproef 'omwonenden' werd gevormd uit postcodes van mensen die binnen een straal van 1 kilometer woonden van 1 van de 25 geselecteerde psychiatrische instellingen en woongemeenschappen. Het selectie criterium voor deze instellingen was dat deze niet volledig buiten de bebouwde kom lagen. De enquête is verspreid onder 1060 adressen. Er kwamen 367 (35%) bruikbare exemplaren terug.

### Meetinstrumenten en variabelen

**Sociale afstand ten opzichte van psychiatrische patiënten** De neiging tot afwijzing van de psychiatrische patiënt is gemeten met een socialeafstandsschaal (Whatley 1958). Aan de respondent werden 5 hypothetische contactsituaties voorgelegd waarvan men een inschatting moest geven aan de hand van een 5-punts-Likert-schaal. Scores konden variëren van '1' (beslist geen contact) tot '5' (beslist wel contact). De formulering van de oorspronkelijke items, zoals in eerder Nederlands onderzoek gebruikt, is in onze vragenlijst vereenvoudigd: ervaring leert dat items die te lang of ingewikkeld zijn een negatief effect hebben op de respons. Daarnaast gebruikten we een andere aanhef bij de items. In eerder onderzoek (bv. Kwekkeboom 2000; Mootz 1990) hadden de items betrekking op: 'een bekende van u, een vroegere collega of iemand uit de buurt'. In onze vragenlijst hanteerden we: 'iemand van wie u weet dat ...'. Aangezien onze focus lag op contactsituaties met omwonenden, vonden we deze neutralere aanhef geschikter.

De 5 items (zie tabel 2) zijn gecombineerd tot een cumulatieve schaal, met de scores '5' (veel sociale distantie) tot en met '25' (weinig sociale distantie). De interne consistentie van de schaal (Cronbachs alfa) bedraagt 0,85.

**Perceptie van stereotiepe kenmerken van psychiatrische patiënten** We vroegen de respondenten om een aantal stereotiepe gedrags- en persoons-

eigenschappen toe te schrijven aan psychiatrische patiënten. Gebaseerd op eerder onderzoek selecteerden we zeven kenmerken: intelligentie, betrouwbaarheid, agressiviteit, arbeidsgeschiktheid, geven van overlast, zelfverwaarlozing en criminaliteit. Op vragen als 'mensen die onder psychiatrische behandeling zijn, kun je vertrouwen', gaf men een oordeel met een 5-puntsschaal ('mee eens' tot 'mee oneens'). Het oordeel moest worden gegeven over het algemene kenmerk 'onder psychiatrische behandeling', en over 4 specifieke ziektebeelden: schizofrenie, depressie, verslaving en dementie.

*Variabelen met betrekking tot contact en ervaring met psychiatrie* Om te onderzoeken of de groep 'omwonenden' zich bewust was van de nabijgelegen instelling vroegen we 'Woont u in de buurt van een psychiatrische instelling of een woongemeenschap voor patiënten?' (ja/nee). We vroegen of de respondent enige persoonlijke ervaring had met de psychiatrie (ja/nee). Bij 'ja' gaf men de aard van deze ervaringen aan: 'zelf patiënt', 'familie', 'vriend', 'buur' of 'in verband met werk'. Wegens geringe aantallen bleven deze vijf categorieën achterwege bij verdere analyses.

*Achtergrondvariabelen* Een aantal sociaal-demografische variabelen, zoals geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding, regio en het hebben van werk (tabel 1) zijn gebruikt als controlevariabelen bij een aantal analyses.

### Analyse

We presenteren eerst de beschrijvende data van de items van de socialeafstandschaal en van de items van de stereotiepe persoonskenmerken. Hierbij beschrijven we respectievelijk de verschillen tussen de populaties omwonenden en niet-omwonenden en de populaties die wel of geen ervaringen met psychiatrie hadden. De verschillen zijn getoetst met chi-kwadraattoetsen (categorische variabelen) en Students t-test (numerieke variabelen).

## RESULTATEN

*Kenmerken onderzoeksgroep* Tabel 1 toont de kenmerken van de respondenten van de 2 steekproeven. We vergeleken deze met de Nederlandse bevolking van 20 jaar en ouder (zie eerste kolom; Centraal Bureau voor de Statistiek 1997). We vonden geen significante verschillen in sekse, regio en het hebben van werk. Respondenten van beide steekproeven waren wel wat ouder, hoger opgeleid en vaker gehuwd dan de algemene Nederlandse bevolking.

Ook de verschillen tussen de beide steekproeven zijn bestudeerd. Hierbij constateerden we geen significante verschillen, behalve bij het wel of niet hebben van persoonlijke ervaring met psychiatrie. Bij de populatie omwonenden komt dit verhoudingsgewijs meer voor dan bij het algemene publiek ( $\chi^2 = 4,37$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ). De ervaring had vaak te maken met familierelaties of werk.

Opmerkelijk is dat 21% van de groep omwonenden ontkennend antwoordde op de vraag 'woont u in de buurt van een psychiatrische instelling of woongemeenschap van patiënten?'

*Sociale afstand* Uit tabel 2 blijkt dat de scores van de gehele populatie (kolom 1) bij alle items redelijk neutraal zijn (rond de 3,0). Veel respondenten kozen namelijk voor de antwoordcategorie 'misschien' op de 5-puntsschaal. Op item 4 is dit 36%, bij items 3 en 5 is dit 49% respectievelijk 55%. Wel is duidelijk dat men afstandelijker is bij deze 2 laatstgenoemde items dan bij items 1, 2 en 4.

Hoewel de scores van de groep omwonenden bijna allemaal iets gunstiger zijn dan die van de steekproef 'algemene bevolking', liggen ze toch dicht bij elkaar. Er is alleen een significant verschil bij item 2 ('met u bevriend zou worden'; gemiddelde score omwonenden 3,52 vs niet-omwonend 3,40;  $F = 4,65$ ;  $p < 0,05$ ). Ook bij de cumulatieve schaal zijn er geen significante verschillen tussen de 2 steekproefpopulaties.

Tussen de groepen met of zonder persoonlijke ervaring met psychiatrie vonden we wel duidelijke

TABEL 1 Demografische kenmerken van de totale Nederlandse bevolking en van de steekproef uit de algemene bevolking en van de steekproef uit de omwonenden van een ggz-instelling

	Totale Nederlandse bevolking*; %	Steekproef algemene bevolking (n = 445); %	Steekproef omwonenden (n = 367); %	Versillen tussen beide steekproeven
<b>Leeftijd</b>				n.s.
20-39	42,7	36,3	33,7	
39-64	39,9	47,7	45,9	
64-80	13,4	14,4	17,4	
80+	4,1	1,6	3,0	
		p < 0,001**	p < 0,001***	
<b>Geslacht</b>				n.s.
Man	49,5	53,1	55,8	
Vrouw	50,5	46,9	44,2	
		n.s.**	n.s.**	
<b>Burgerlijke staat</b>				n.s.
Gehuwd/samenwonend	46,6	72,9	67,8	
Alleenstaand/gescheiden	55,4	27,1	32,2	
		p < 0,001**	p < 0,001***	
<b>Opleidingniveau</b>				n.s.
Basisschool	14,8	3,7	3,4	
lbo	16,4	11,8	9,9	
mbo	42,9	36,4	30,1	
Gymnasium/vwo/hbs	6,3	9,2	10,7	
hbo	13,7	26,5	27,6	
Universiteit	5,6	12,4	18,3	
		p < 0,001**	p < 0,001***	
<b>Regio</b>				n.s.
Noord (Friesland-Groningen-Drenthe)	9,6	9,7	7,1	
West (Utrecht-Noord-Holland-Zuid-Holland)	44,8	44,7	43,2	
Oost (Overijssel-Gelderland-Flevoland)	20,5	21,2	26,5	
Zuid (Zeeland-Noord-Brabant-Limburg)	24,1	24,4	23,2	
		n.s.**	n.s.***	
<b>Werk</b>				n.s.
Wel baan	57,5	56,8	59,6	
Geen baan	42,5	43,2	40,4	
		n.s.**	n.s.***	
<b>Ervaring met psychiatrie</b>				p < 0,05
Niet	-	57,4	50,0	
Wel, namelijk****	-	42,6	50,0	
- als patiënt		7,7	9,2	
- als familielid van patiënt		18,2	19,8	
- als vriend(in) van patiënt		6,5	6,8	
- als buurman/vrouw		2,7	1,9	
- in verband met werk		13,3	17,4	
- anders		4,7	8,7	

Chi-kwadraattoets

\*ontleend aan het Statistisch jaarboek1997 (Centraal Bureau voor de Statistiek 1997)

\*\* significantie van het verschil tussen totale Nederlandse bevolking en steekproef 'algemene bevolking'

\*\*\* significantie van het verschil tussen totale Nederlandse bevolking en steekproef 'omwonenden'

\*\*\*\*Aangeven meerdere opties was mogelijk. Het totaalpercentage van de 6 antwoordmogelijkheden ligt daarom hoger dan 42,6% respectievelijk 50%

lbo = lager beroepsonderwijs; mbo = middelbaar beroepsonderwijs; hbo = hoger beroepsonderwijs;

vwo = voorbereidend wetenschappelijk onderwijs; hbs = hogere burgerschool

n.s. = niet significant

TABEL 2 Gemiddelde scores op de socialeafstandschaal: bij alle ondervraagden tezamen; bij de wel- of niet-omwonenden van een ggz-instelling, en bij de personen met of zonder ervaring met psychiatrie

	Gemiddelde scores sociale afstand (SD)						
	Gehele populatie	Omwonend		p	Persoonlijke ervaring		
		niet-omwonend	wel-omwonend		geen	wel	p
Stelt u zich voor dat u van iemand weet dat hij of zij opgenomen is geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. Zou u willen dat deze persoon...							
1. naast u zou komen wonen?	3,58 (0,76)	3,52 (0,81)	3,62 (0,70)	n.s.	3,49 (0,76)	3,68 (0,74)	0,000
2. met u bevriend zou worden?	3,47 (0,75)	3,40 (0,79)	3,52 (0,72)	0,031	3,39 (0,75)	3,56 (0,75)	0,001
3. op uw kinderen zou passen voor een paar uur?	2,74 (0,90)	2,70 (0,92)	2,77 (0,89)	n.s.	2,63 (0,92)	2,87 (0,87)	0,000
4. bij u zou komen werken als collega?	3,59 (0,77)	3,57 (0,79)	3,60 (0,76)	n.s.	3,51 (0,77)	3,68 (0,77)	0,002
5. zou trouwen met één van uw kinderen?	2,76 (0,90)	2,81 (0,91)	2,72 (0,89)	n.s.	2,68 (0,90)	2,85 (0,89)	0,009
Somscore	16,15 (3,22)	16,02 (3,04)	16,25 (3,43)	n.s.	15,74 (3,23)	16,63 (3,17)	0,000

t-toets; p < 0,05  
 Gemiddelde scores van een 5-punts-Likert-schaal van score '1' (= beslist niet) tot en met '5' (= beslist wel): een lagere score betekent een grotere wens tot 'sociale afstand'  
 n.s. = niet significant  
 SD = standaarddeviatie

lijke verschillen. De groep zonder deze ervaring heeft duidelijk lagere (dat wil zeggen ongunstige) scores op de socialeafstandschaal.

Stereotiepe kenmerken psychiatrische stoornis in het algemeen en per ziektebeeld Tabel 3 laat zien dat ten aanzien van 'psychiatrische stoornissen in het algemeen' de kenmerken betrouwbaarheid en agressiviteit het minst gunstig scoren, terwijl criminaliteit een laag (dat wil zeggen gunstig) gemiddelde scoort. Bij de overige kenmerken blijven de scores neutraal (rond de 3,0).

Opmerkelijk is dat alle ziektebeelden significant afwijken (op nagenoeg alle kenmerken) van de 'psychiatrische stoornis algemeen'. Over verslavingsproblematiek heeft men duidelijk het minst gunstige beeld, gezien de hoog ingeschatte kans op agressie, overlast en criminaliteit en de lage score op betrouwbaarheid. De perceptie van schizofrenie is minder eenduidig. In vergelijking met

'psychiatrische stoornis algemeen' ziet men minder kans op agressie, maar sluit het ook niet uit. Hoewel ook 'intelligentie' niet hoog scoort, valt bij de overige vijf kenmerken het beeld niet ongunstig uit. Ook de depressie kent minder negatieve associaties dan de 'psychiatrische stoornis algemeen', zo blijkt bij nagenoeg alle kenmerken. Ten slotte is de dementie ongunstig te noemen, met hoog ingeschatte kansen op zelfverwaarlozing en arbeidsongeschiktheid. Opvallend is dat men ook agressief gedrag van dementiepatiënten niet uitsluit.

Wat betreft de beoordeling van de 7 stereotiepe kenmerken zijn er geen verschillen gevonden tussen het de 'algemene bevolking' en 'omwonenden', maar wel enkele verschillen tussen de respondenten met en zonder ervaring met psychiatrie. Mensen met deze persoonlijke ervaring waren in het algemeen wat positiever ( $F_{\text{Multivariaat}}(7,735) = 4,08; p < 0,001$ ) over 'de psychiatrische patiënt'

TABEL 3 Gemiddelde scores van de door de respondenten toegeschreven kenmerken aan de psychiatrische stoornis in het algemeen, verslavingsproblematiek, schizofrenie, depressie en dementie

	Psychiatrische stoornis algemeen	Verslaving	Schizofrenie	Depressie	Dementie
Gemiddelde score (SD)	Gemiddelde score (SD)	Gemiddelde score (SD)	Gemiddelde score (SD)	Gemiddelde score (SD)	Gemiddelde score (SD)

Mensen die onder psychiatrische behandeling zijn ...

1. zijn intelligent	3,05 (1,04)	2,61** (0,96)	2,70** (0,91)	3,23** (0,93)	2,89** (0,98)
2. kun je vertrouwen	2,67 (0,99)	1,94** (0,98)	3,44** (0,97)	3,37** (0,99)	2,49** (1,13)
3. kunnen agressief zijn	4,00 (0,94)	4,09* (0,96)	3,57** (1,00)	2,83** (1,15)	3,37** (1,17)
4. zijn in het algemeen in staat om te werken in een betaalde baan	2,91 (1,14)	2,33** (1,08)	3,21** (1,09)	2,93 (1,13)	1,48** (0,84)
5. geven overlast	2,85 (1,02)	3,97** (0,95)	3,11** (1,07)	2,65** (1,13)	3,47** (1,15)
6. verwaarlozen zichzelf	3,04 (1,04)	3,94** (0,94)	2,77** (1,04)	3,01 (1,11)	3,89** (1,01)
7. zijn crimineel	2,28 (1,03)	3,89** (1,01)	2,26 (0,92)	1,79** (0,89)	1,47** (0,79)

Gemiddelde scores van een 5-punts-Likert-schaal van score '1' (= geheel mee oneens) tot en met '5' (= geheel mee eens)

\* Verschil met de scores 'psychiatrische stoornis in het algemeen' significant met  $p < 0,05$

\*\* Verschil met de scores 'psychiatrische stoornis in het algemeen' significant met  $p < 0,01$

SD = standaarddeviatie

dan mensen zonder. Meer specifiek vinden mensen met ervaring in vergelijking met mensen zonder ervaring de psychiatrische patiënt intelligenter (gemiddelde score 3,18 vs. 2,92;  $F = 9,51$ ;  $p < 0,001$ ), betrouwbaarder (2,80 vs. 2,55;  $F = 12,62$ ;  $p < 0,001$ ) en minder crimineel (2,40 vs. 2,13;  $F = 13,66$ ;  $p < 0,001$ ). Bij de 4 specifieke ziektebeelden brengt wel of geen persoonlijke ervaring geen noemenswaardige verschillen in de scores.

## DISCUSSIE

*Stigmatisering door de Nederlandse bevolking* Het eerste doel van dit onderzoek was om te peilen in hoeverre de Nederlandse bevolking neigt tot sociale afwijzing van psychiatrische patiënten.

Van een sterke sociale afwijzing blijkt geen sprake, al duiden de neutrale scores wel op enige voorzichtigheid bij de respondenten. Bij de meer vrijblijvende contactsituaties (buur, collega, bevriend raken) is men toleranter dan in intiemere contactsituaties (oppassen op kinderen, trouwen met zoon/dochter). Ook Mootz (1990) vond dit onderscheid. Bij de meer vrijblijvende contactsitua-

ties lijkt Mootz' populatie anno 1987 echter minder 'afwachtend' dan onze respondenten. Wegens een afwijkende formulering van de items is een directe vergelijking met Mootz' gegevens niet geheel mogelijk, maar onze resultaten wijzen niet op een gunstige ontwikkeling.

In 1997 deed Kwekkeboom een replicaonderzoek van het onderzoek van Mootz, en constateerde zelfs dat de Nederlandse bevolking in deze periode iets terughoudender is geworden.

Achteraf gezien staat de sober gehouden onderzoeksopzet hier een nadere interpretatie van de gegevens in de weg: zo zou de mate van (on)afstandelijkheid ten aanzien van de psychiatrische patiënt beter interpreteerbaar zijn geweest indien ook de sociale afstand ten aanzien van andere groeperingen (bijvoorbeeld 'de psychiater', 'de allochtoon') was gemeten.

We richtten ons echter niet alleen op het meten van sociale afstand, maar onderzochten stigmatisering ook aan de hand van stereotiepe denkbelden over psychiatrische patiënten – iets wat in Nederlands onderzoek weinig of niet gedaan is. Van de zeven verschillende stereotiepe kenmerken die we hanteerden valt er één duidelijk in nega-

tieve zin op: de geschatte kans op agressief gedrag (zie ook Angermeyer & Matschinger, 1996; Martin e.a. 2000). Dit bevestigt eens te meer de centrale rol die het agressieve stereotype in de beeldvorming speelt. Opvallend is dat de kans op criminaliteit juist laag wordt ingeschat. Men zou verwachten dat men agressief en crimineel gedrag in elkaars verlengde vindt liggen (Phelan e.a. 2000). Onze uitkomsten bevestigen dit niet. Bij de overige vijf kenmerken is de beoordeling van 'de psychiatrische patiënt in het algemeen' niet erg uitgesproken.

In de beoordeling van dezelfde kenmerken met betrekking tot de specifieke ziektebeelden schizofrenie, verslaving, depressie en dementie, hebben we iets opvallends gevonden. Geen van deze vier specifieke ziektebeelden blijkt namelijk qua stereotiepe kenmerken een duidelijke parallel te vertonen met 'de algemene psychiatrische patiënt'. Hoewel psychiatrische stoornissen vaak sterk geassocieerd worden met het ziektebeeld schizofrenie (Angermeyer & Matschinger 1997), staat deze aandoening in ons onderzoek niet model voor 'de psychiatrische aandoening in het algemeen'. Mogelijk is 'de psychiatrische patiënt' voor respondenten een te weinig concrete, te algemene duiding voor het geven van een goede beoordeling. Dit zou de neutrale scores op de meeste stereotiepe kenmerken kunnen verklaren. Ook Sayce (1998) merkt dit gevaar voor het gebruik van te algemene omschrijvingen op.

Uit ons onderzoek blijkt dat het relevant is om een onderverdeling te maken in specifieke ziektebeelden. Het ziektebeeld 'verslavingsproblematiek' roept duidelijk de meeste negatieve stereotyperingen op, vooral wat betreft de kenmerken agressiviteit, onbetrouwbaarheid en overlast. De beoordelingen van de overige drie ziektebeelden zijn minder afgetekend. 'Agressiviteit' valt bij schizofrenie weliswaar het meeste op, maar het is minder extreem dan bij 'psychiatrische stoornis algemeen'. De inschatting van de overige kenmerken beoordeelt men verder niet zeer ongunstig. Buitenlandse publicaties schetsten soms een veel eenzijdiger en negatiever beeld omtrent schizofre-

nie (bv. Angermeyer & Matschinger 1997).

Het beeld over 'depressie' is gematigd positief, vooral op het interpersoonlijke vlak (betrouwbaarheid, agressie, overlast). Dementie ziet men vooral als een invaliderende aandoening (ongunstige scores op intelligentie, arbeidsgeschiktheid en zelfverwaarlozing), maar 'agressief gedrag' speelt hier ook een rol in de beeldvorming.

Met het gebruik van meer specifieke kenmerken hebben we de algemene bevolking kunnen toetsen op het vermogen om naar ziektebeelden te onderscheiden. Dit benadrukt soms negatieve beoordelingen (verslavingsproblematiek), of leidt soms tot meer gematigde inschattingen (depressie). Deze verschillen betekenen niet dat deze inschattingen meer of minder waarheidsgetrouw zijn. Het impliceert echter wel een verschil in de mate waarin de diverse typering stigmatiserend zijn. Voor toekomstig onderzoek naar stigmatisering raden wij aan om een specificatie naar ziektebeeld te handhaven.

*Samenhang deconcentratie met (de)stigmatisering* Onze tweede doelstelling was om te onderzoeken in hoeverre de deconcentratie van ggz-instellingen ook een 'vermaatschappelijk' effect heeft voor de psychiatrische patiënt, in termen van verminderende stigmatisering bij het publiek.

Volgens ons is niet eerder een onderzoeksofzet gehanteerd die een vergelijking maakt tussen omwonenden van een psychiatrische instelling en de algemene bevolking. Uit onze vergelijking blijkt dat louter het wonen nabij een instelling geen noemenswaardig verschil geeft in de mate waarin mensen neigen tot stigmatiseren, noch in termen van sociale afstand, noch in termen van negatieve stereotyperingen.

Vervolgens onderzochten we of persoonlijke ervaring met psychiatrie invloed heeft op de neiging tot stigmatiseren. Hier zijn een aantal aantoonbare doch bescheiden effecten: mensen met persoonlijke ervaring zijn iets minder afstandelijk ten aanzien van 'de psychiatrische patiënt in het algemeen'. Dit komt overeen met bevindingen van

onder anderen Angermeyer e.a. (2004). Ook dicht deze groep minder negatieve stereotyperingen toe aan 'de psychiatrische patiënt' dan de groep zonder ervaring. Opvallende uitzondering is de ingeschatte kans op agressief gedrag: deze is hoog bij zowel de groep zonder als met ervaring. Eerder vonden Angermeyer e.a. (2004) en Angermeyer & Matschinger (1996) juist dat persoonlijke ervaringen dit beeld rond agressiviteit en gewelddadigheid kon ontzenuwen.

Persoonlijke ervaringen met psychiatrie blijken geen invloed te hebben op de stereotiepe denkbeelden over de vier ziektebeelden schizofrenie, verslaving, depressie en dementie. Dit is opvallend, omdat de beoordeling van de 'psychiatrisch stoornis algemeen' wél verschillen liet zien. Bij de meer concrete/specifieke typering valt dit verschil dus weg: de groep met ervaring koestert dan in dezelfde mate gunstige dan wel ongunstige denkbeelden over deze vier psychiatrische stoornissen als de groep zonder.

Resumerend: al zijn de resultaten niet geheel eenduidig, we vonden dat persoonlijke ervaring met psychiatrie verband houdt met minder sociale afstand en (deels) ook met een gunstiger, minder stereotiep beeld van psychiatrische patiënten. Daarentegen brengt het wonen nabij een psychiatrische instelling geen verschil in deze variabelen. Deze bevindingen zijn in grote lijn conform de zogenaamde 'contacthypothese' (Cook 1984) die stelt dat persoonlijk contact een destigmatiserende werking kan hebben, mits dit contact voldoet aan voorwaarden als onderlinge gelijkwaardigheid, ongedwongenheid, voldoende duur en intensiteit, het hebben van gemeenschappelijke doelen en niet te sterke negatieve stereotyperingen voorafgaand aan het contact. Het uitblijven van een destigmatiserend effect onder omwonenden komt mogelijk doordat de contactmomenten tussen patiënt en sociale omgeving lang niet altijd aan deze voorwaarden voldoen. Maar zelfs voor de aanname dat 'omwonendheid' in ieder geval leidt tot een frequenter contact tussen patiënt en sociale omgeving zijn de bewijzen niet overtuigend. Zo bevinden zich onder de omwonenden niet veel

meer respondenten met persoonlijke ervaringen met psychiatrie dan onder het 'algemeen publiek'. Bovendien blijkt een substantieel deel van de omwonenden niet op de hoogte van de nabijgelegen ggz-instelling. Dit alles wijst erop dat geografische nabijheid de sociale integratie van psychiatrische patiënten niet automatisch bevordert.

## CONCLUSIE

Stigmatisering van de psychiatrische patiënt (in termen van sociale afstand en stereotiepe kenmerken) is nog steeds duidelijk aanwezig onder de algemene bevolking en daarmee ook nog steeds een evident probleem voor de patiënt. Kwekkeboom (2000) constateerde zelfs een afkalving van het sociale draagvlak voor het beleid van deconcentratie.

Toch vinden we in onze resultaten ook een belangrijk aangrijpingspunt om het beleid van vermaatschappelijking voort te zetten. De veronderstelling dat persoonlijke ervaring met psychiatrie leidt tot destigmatisering werd, zij het gedeeltelijk, bewaarheid. Bevorderen van contact tussen patiënt en sociale omgeving blijft een geldige strategie, zowel voor de sociale integratie van de patiënt als voor de destigmatisering onder de algemene bevolking. De geografische spreiding van de zorg is slechts een eerste stap, die op zichzelf geen effect sorteert. Er zal meer moeten gebeuren om het vermaatschappelijkingproces op gang te brengen.

De voorwaarden van de 'contacthypothese' kunnen het benodigde activerende beleid helpen vormgeven. Bij een (sterk) negatieve beeldvorming bij de betrokken bevolking kan in eerste plaats gedacht worden aan een gericht voorlichtingsbeleid, zo opperen ook Kwekkeboom (2000) en Boon (2003). Voor verdere en tevens meer duurzame destigmatisering (en integratie) van de psychiatrische patiënt lijkt het bevorderen van daadwerkelijk contact tussen psychiatrische patiënt en sociale omgeving de beste strategie. Dit heeft waarschijnlijk de meeste kans van slagen bij een niet te nadrukkelijk van buitenaf opgelegd beleid, waarbij 'destigma-

tisering' niet te expliciet als thema wordt genoemd en waarbij beide partijen (dus zeker ook de sociale omgeving) baat bij hebben. Initiatieven die deze punten inhoud kunnen geven, leveren waarschijnlijk ook de benodigde voorwaarden voor destigmatiserend contact, zoals ongedwongenheid, onderlinge gelijkwaardigheid en een gemeenschappelijk doel (waarbij bij voorkeur niet de psychiatrische achtergrond centraal staat).

☞ We bedanken de reviewers voor hun commentaar en specifiek Eric Noorthoorn voor zijn bijdrage aan dit onderzoek.

#### LITERATUUR

- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1996). The effects of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 321-326.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27, 131-141.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.
- 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. *Schizophrenia Research*, 69, 175-182.
- Arens, D.A. (1993). What do the neighbors think now? Community residences on Long Island, New York. *Community Mental Health Journal*, 29, 235-245.
- Boon, S. (2003). Discussie - Vermaatschappelijking van de GGZ? Voorlichting is noodzakelijk! *Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting*, 24, 21.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (1997). *Statistisch jaarboek 1997*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Cook, S.W. (1984). Cooperative interaction in multi-ethnic context. In N. Miller & M.B. Brewer (Red.), *Groups in contact: the psychology of desegregation* (pp. 257-287). New York: Academic Press.
- Corrigan, P.W., Green, A., Lundin, R., e.a. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 953-958.
- Crocetti, G., Spiro, H., & Siassi, I. (1974). *Contemporary attitudes towards mental illness*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- D'arcy, C., & Brockman, J. (1978). Public rejection of the ex-mental patient; are attitudes changing? *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 14, 68-80.
- Farina, A., & Feliner, R.D. (1973). Employment interviewer reactions to former mental patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 268-272.
- Green, D.E., McCormick, I.A., Walkey, F.H., e.a. (1987). Community attitudes to mental illness in New Zealand twenty-two years on. *Social Science & Medicine*, 24, 417-422.
- Kwekkeboom, M.H. (2000). Sociaal draagvlak voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg: ontwikkelingen tussen 1976 en 1997. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 3, 165-171.
- Link, B. (1982). Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*, 47, 202-215.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J., e.a. (1987). The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., e.a. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., & Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: the role of 'disturbing behavior', labels and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 208-223.
- Mootz, M. (1990). Enkele houdingen van Nederlanders tegenover (ex)psychiatrische patiënten 1976-1987. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 68, 320-327.
- Nieradzik, K., & Cochrane, R. (1985). Public attitudes towards mental illness - the effects of behaviour, roles and psychiatric labels. *The International Journal of Social Psychiatry*, 31, 23-33.
- Nunnally, J.C. (1961). *Popular conceptions of mental health*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Patten, D. (1992). *Public attitudes to mental illness*. Wellington, New Zealand: Health Research Services, Department of Health.
- Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., e.a. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 188-207.
- Sayce, L. (1998). Stigma, discrimination and social exclusion: what's in a word? *Journal of Mental Health*, 7, 331-343.
- Starr, S.A. (1955). *The public's ideas about mental illness*. Paperpresentatie op de jaarlijkse bijeenkomsten van de National Association for

Mental Health, Indianapolis.

Whatley, C. (1958). Social attitudes toward discharged mental patients. *Social Problems*, 6, 313-320.

AUTEURS

J.T.B. VAN 'T VEER is communicatiewetenschapper en was ten tijde van het onderzoek verbonden aan de Universiteit Twente. Hij is nu werkzaam bij de Afdeling Welzijnsopleidingen van de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden.

H.F. KRAAN is psychiater en verbonden aan de Universiteit Twente en aan Mediant Twente.

C.H.C. DROSSAERT is gezondheidswetenschapper en verbonden aan de Universiteit Twente.

J.M. MODDE is psycholoog en is verbonden aan de Vakgroep Sociale Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres: J.T.B. van 't Veer, Afdeling Welzijnsopleidingen NHL, Postbus 1080, 8900 CB Leeuwarden.

E-mail: J.van.het.Veer@zwo.nhl.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Dit onderzoek kwam tot stand met steun van het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-5-2005.

SUMMARY

De-stigmatisation through de-concentration? A Dutch population-study of the stigmatisation of psychiatric patients – J.T.B. van 't Veer, H.F. Kraan, C.H.C. Drossaert, J.M. Modde –

**BACKGROUND** Hitherto, very few population studies have examined the possible influence of the de-concentration of the mental health services on the degree to which psychiatric patients are stigmatised.

**AIM** To measure the degree to which the lay public stigmatises psychiatric patients and to examine the extent to which public stigmatisation is associated with the de-concentration of the mental health services.

**METHOD** We took a sample from the Dutch general population (n = 445; response 30%) and from people living near mental health facilities (n = 367; response 34%) and measured stigmatisation in terms of (1) the desire for social distance and (2) the attribution of several stereotypical characteristics.

**RESULTS** The public kept its distance and remained basically reserved. The psychiatric patient is mainly stereotypical as being aggressive. In attributing stereotypical characteristics the public differentiates clearly between specific illnesses (schizophrenia, depression, drug addiction, dementia). We found no differences in the degree of stigmatisation attributed to the mentally ill by the general public and by the sample of people living close to mental health facilities. Results indicate that people with personal experience of psychiatry are less inclined to stigmatise.

**CONCLUSION** The geographical dispersal of mental health facilities does not lead to de-stigmatisation. The de-concentration policy needs to pay more attention to conditions which promote de-stigmatising contacts between patients and their social environment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)10, 659-669]

**KEY WORDS** de-concentration, mentally ill persons, social distance, stereotyping, stigmatization