

Houding van de algemene bevolking ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten; resultaten van NEMESIS-2

M. TEN HAVE, J. VAN WEEGHEL, S. VAN DORSELAER, M. TUITHOF, R. DE GRAAF

ACHTERGROND In Nederland ontbreekt actuele informatie over de houding van de bevolking tegenover (ex-)psychiatrische patiënten en welke bevolkingsgroepen in het bijzonder stigmatiserende opvattingen hanteren.

DOEL Meten van de houding van het publiek tegenover (ex-)psychiatrische patiënten en onderzoeken of deze verschilt naar achtergrondkenmerken (demografie, eigen psychiatrische voorgeschiedenis).

METHODE Deze houding werd gemeten met de socialeafstandsschaal in de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2, een landelijke studie naar psychische aandoeningen in de volwassen bevolking (n = 6646; 18-64 jaar). De psychiatrische voorgeschiedenis van respondenten werd bepaald met het Composite International Diagnostic Interview 3.0.

RESULTATEN Ruim 70% van de respondenten zei geen bezwaar te hebben een (ex-)psychiatrische patiënt als buurman, vriend of collega te hebben. De bereidheid nam echter sterk af als het ging om het accepteren van een patiënt als schoonzoon of babysitter: dan uitte een kleine 30% geen bezwaar. Een vergelijking met eerdere Nederlandse bevolkingsonderzoeken liet zien dat sinds 1987 de bereidheid (ex-)psychiatrische patiënten in het eigen leven toe te laten niet sterk verbeterd is.

CONCLUSIE Net als in de voorafgaande decennia staan de meeste Nederlanders niet afwijzend tegenover (ex-)psychiatrische patiënten, maar zijn zij wel terughoudend om hen in de privésfeer toe te laten.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)11, 785-794

TREFWOORDEN algemeen bevolkingsonderzoek, mensen met psychische aandoeningen, stigmatisering



Hoewel psychische aandoeningen vaak voorkomen, bestaan hierover nog veel vooroordelen. Mensen die eraan lijden, worden vaak niet begrepen, gemeden of buitengesloten. Zij hebben dus niet alleen te kampen met hun eigen kwetsbaarheid, maar worden ook geconfronteerd met negatieve opvattingen en reacties van anderen. Deze problematiek wordt samengevat in de term 'stigmatisering'. In de sociologie verstaat men onder stigma een merkteken dat personen onderscheidt van anderen en hen aan onwenselijke eigenschappen koppelt, waarna zij worden afgewezen of benadeeld. Dit proces voltrekt zich vooral binnen ongelijke machtsverhoudingen (Link & Phelan 2001). De volgende stereotypen overheersen: psychiatrische patiën-

ten zijn gevaarlijk, onvoorspelbaar en incompetent (Silton e.a. 2011; Thornicroft 2006).

Voor veel patiënten is stigmatisering een belangrijk obstakel voor hun herstel en maatschappelijke participatie, en een dagelijkse bron van zorg (Van Weeghel 2005). Stigmatisering kan werkloosheid, sociale angst, isolement, een geringe kwaliteit van leven, demoralisatie en een lage zelfachting bevorderen, kan zelfs terugval en (her)opnames in de hand werken, maar ook vermindering van professionele hulp (Thornicroft 2006).

De maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische aandoeningen, of het ontbreken daarvan, wordt extra belangrijk nu zich in Nederland transitie op het gebied

van zorg, welzijn en participatie voltrekken, die voor mensen met psychische aandoeningen grote gevolgen zullen hebben. Enerzijds bieden de voortschrijdende extramuralisering en vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) kansen op meer burgerschap van mensen met psychische aandoeningen. Anderzijds bestaat het gevaar dat zij straks maar een beperkt aantal sociale rollen in de samenleving zullen vervullen (Stuart e.a. 2012).

Overigens is het goed om onderscheid te maken tussen verschillende 'soorten' stigma's. Een vaak gehanteerde indeling is die van publiek stigma (stigmatisering vanuit de maatschappij), zelfstigma of geïnternaliseerd stigma (men heeft de veronderstelde negatieve oordelen van anderen verinnerlijkt) en structureel stigma (ongelijkheid die is verankerd in cultuur en wet- en regelgeving). Hier richten we ons op het publieke stigma.

In bevolkingsstudies naar publiek stigma worden de gedragsintenties van burgers jegens psychiatrische patiënten vaak gemeten met de socialeafstandsschaal (Whatley 1958). De eerste versie van deze schaal werd bijna een eeuw geleden door Bogardus (1925) ontwikkeld om te meten hoe diverse etnische en religieuze groepen zich in sociaal opzicht tot elkaar verhouden.

De sociale afstand wordt gemeten door een aantal contact-situaties voor te leggen en te vragen in hoeverre men bereid is een patiënt in die situaties (bijvoorbeeld als buurman, collega of vriend) te accepteren. Op die manier zijn de gedragsintenties van Nederlanders ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten een aantal keren gemeten in de algemene bevolking: in 1976, 1987 en voor het laatst in 1997 (Van 't Veer e.a. 2005). Een samenvattende analyse komt tot de conclusie dat de houding van het publiek in deze 20 jaar positiever is geworden, maar dat de samenleving zich in 1997 terughoudender opstelde dan in 1987 het geval was (Kwekkeboom 2000). Zo gaven respondenten in 1997 aan minder geneigd te zijn (ex-)psychiatrische patiënten in de eigen (familie)kring op te nemen dan in 1987.

Uit buitenlandse studies komt een grotendeels vergelijkbaar beeld naar voren. Zo laat een analyse van vijf trendstudies uitgevoerd in vier westerse landen (Duitsland, Schotland, Australië en de Verenigde Staten) naar de mate waarin de algemene bevolking een (ex-)psychiatrische patiënt in zijn/haar nabijheid zou accepteren, in de periode 1990-2006 geen duidelijke veranderingen in de houding van het publiek zien. De sociale afstand ten opzichte van patiënten met een depressie was niet veranderd in die periode, maar het publiek nam wel meer afstand in ten opzichte van patiënten met schizofrenie wat betreft hun rol als collega en buurman, maar verrassend genoeg niet als vriend of familielid (Schomerus e.a. 2012).

AUTEURS

MARGREET TEN HAVE, projectleider NEMESIS-2; senior wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

JAAP VAN WEEGHEL, Kenniscentrum Phrenos, Utrecht; Dijk en Duin, Parnassia Groep, Castricum; bijzonder hoogleraar Rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, Tilburg University, Tilburg.

SASKIA VAN DORSSELAER, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

MARLOUS TUITHOF, junior wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

RON DE GRAAF, senior wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Margreet ten Have, Trimbos-instituut, Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht.

E-mail: mhave@trimbos.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-4-2015.

Hoe de houding van de Nederlandse bevolking jegens (ex-) psychiatrische patiënten op dit moment is en in hoeverre deze veranderd is ten opzichte van de laatste gegevens uit 1997, is niet bekend. Een negatievere houding is niet uit te sluiten vanwege mediaberichten over geweldsincidenten waar mensen met een psychiatrische achtergrond bij betrokken zijn en een verharding van de maatschappij in het afgelopen decennium, hetgeen tot uiting komt in een afnemende tolerantie tegenover minderheidsgroepen (Sociaal en Cultureel Planbureau 2014).

In dit artikel willen we op genoemde vragen antwoord geven met gegevens uit de eerste meting van de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2* (NEMESIS-2). Daarnaast willen we nagaan of de houding jegens (ex-) psychiatrische patiënten verschilt naar achtergrondkenmerken (demografie en psychiatrische voorgeschiedenis) van volwassen Nederlanders.

METHODE

NEMESIS-2 is een psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek onder de algemene bevolking. Een aselechte steekproefprocedure werd toegepast. Respondenten moesten 18-64 jaar oud zijn en de Nederlandse taal voldoende beheersen. Aan de eerste meting deden 6646 respondenten mee (respons: 65,1%). Respondenten weerspiegelden redelijk goed de Nederlandse bevolking, alleen de jongste leeftijdsgroep

van 18-24 jaar was ondervertegenwoordigd. Een wegingsfactor werd gemaakt om hiervoor te corrigeren. Een uitgebreide beschrijving van de opzet en eerste resultaten van NEMESIS-2 verscheen eerder (De Graaf e.a. 2012).

Het veldwerk van de eerste meting duurde van november 2007 tot juli 2009. In de face-to-face-interviews werden ook vragen over de houding jegens (ex-)psychiatrische patiënten gesteld. Deze luiden: ‘Stelt u zich voor dat u van iemand weet dat hij of zij opgenomen is geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. Zou u er bezwaar tegen hebben als deze persoon:

1. ... naast u zou komen wonen?
2. ... met u bevriend zou worden?
3. ... bij u zou komen werken als collega?
4. ... zou trouwen met één van uw kinderen?
5. ... op uw kinderen zou passen voor een paar uur?.

De antwoordcategorieën varieerden van 1 ‘beslist niet’ tot en met 5 ‘beslist wel bezwaar’. De vijf vragen werden gecombineerd tot een cumulatieve schaal, met de scores 5 ‘weinig sociale afstand’ tot en met 25 ‘veel sociale afstand’. De interne consistentie van de schaal (Cronbachs alfa) was 0,77.

Bevolkingsgroepen die in het bijzonder stigmatiserende opvattingen hanteerden, werden onderzocht aan de hand van de kenmerken: leeftijd, geslacht, woonsituatie, werksituatie, opleiding, inkomen, etnische afkomst, religie, en urbanisatiegraad van de woonplaats.

De psychiatrische voorgeschiedenis werd bepaald met het *Composite International Diagnostic Interview 3.0*. Dit is een volledig gestructureerd interview dat door getrainde leken kan worden afgenomen en is een betrouwbaar en valide instrument om de meest voorkomende psychische aandoeningen vast te stellen (Haro e.a. 2006).

Voor dit artikel werden de volgende *lifetime*aandoeningen van respondenten, conform de *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV*, gerelateerd aan hun houding jegens (ex-)psychiatrische patiënten: stemmingsstoornissen (depressie, dysthymie, bipolaire stoornis); angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis); en middelenstoornissen (alcohol/drugsmisbruik en -afhankelijkheid).

Statistische analyses

Als eerste werd in kaart gebracht hoe de houding van volwassen Nederlanders jegens (ex-)psychiatrische patiënten was met gegevens uit NEMESIS-2. In **TABEL 1** is in percentages en gemiddelden weergegeven in hoeverre respondenten er bezwaar tegen zouden hebben een (ex-)psychiatrische patiënt als buurman, vriend, collega, schoonzoon/-dochter en oppas voor de kinderen te hebben. Daarna werd gekeken of deze houding was veranderd ten opzichte van vroegere jaren. Hierbij werden de gegevens uit NEMESIS-2 vergeleken met gegevens uit vier eerdere bevolkingsonderzoeken uitgevoerd in 1976, 1987 en 1997, zoals gepubli-

TABEL 1 Houding ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten in de bevolking in de periode 2007-2009 (in gewogen percentages en gemiddelden)

Stelt u zich voor dat u van iemand weet dat hij of zij opgenomen is geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. Zou u er bezwaar tegen hebben als deze persoon ...	2007-2009 (n = 6646)			
	nee % (n)	? % (n)	ja % (n)	gemiddelde score
naast u zou komen wonen?	71,7 (4872)	23,5 (1502)	4,8 (272)	2,06
met u bevriend zou worden?	74,3 (4995)	20,5 (1325)	5,2 (326)	2,09
bij u zou komen werken als collega?	72,9 (4889)	20,5 (1345)	6,6 (412)	2,17
zou trouwen met één van uw kinderen?	28,8 (1906)	44,8 (3091)	26,4 (1649)	3,00
op uw kinderen zou passen voor een paar uur?	26,6 (1788)	43,3 (2977)	30,1 (1881)	3,06

Nee is (beslist) niet; ? is misschien en weet niet; Ja is (beslist) wel.

Gemiddelde score loopt van 1 ‘beslist niet’ tot en met 5 ‘beslist wel bezwaar’.

ceerd in Modde e.a. (1998), Mootz (1990), Kwekkeboom (2000) en Van 't Veer e.a. (2005).

De letterlijke tekst van de vragen gesteld in de drie Culturele Veranderingen-onderzoeken uit 1976, 1987 en 1997 luidde: 'Stel dat een bekende van u, bijvoorbeeld een vroegere collega of iemand uit de buurt, een jaar lang opgenomen is geweest in een psychiatrische inrichting en nu weer thuis komt: 1) Zou u zo iemand als naaste buurman willen hebben? 2) Zou u toestaan dat zo iemand geregeld als vriend bij u op bezoek komt? 3) Zou u er bezwaar tegen maken als u met hem zou moeten samenwerken, bijvoorbeeld als collega op het werk? 4) Zou u toestaan dat zo iemand met uw dochter – of iemand die u na staat – trouwt? 5) Zou u toestaan dat zo iemand op uw eigen kinderen past, bijvoorbeeld als babysitter?' (Kwekkeboom 2000).

In 1997 werden soortgelijke vragen gesteld in een ander bevolkingsonderzoek (Van 't Veer e.a. 2005): '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? 2) ... met u bevriend zou worden? 3) ... bij u zou komen werken als collega? 4) ... zou trouwen met één van uw kinderen? 5) ... op uw kinderen zou passen voor een paar uur?'

In **TABEL 2** is in percentages weergegeven in hoeverre respondenten in de afgelopen decennia er bezwaar tegen hadden een (ex-)psychiatrische patiënt als buurman, vriend, collega, schoonzoon/-dochter en oppas voor de kinderen te hebben. Met kruistabellen en χ^2 -toetsen werd nagegaan of de houding van Nederlanders ook significant was veranderd sinds 1976.

Als laatste keken we of de houding jegens (ex-)psychiatri-

sche patiënten verschilde naar achtergrondkenmerken van volwassenen. Daarvoor werd gebruikgemaakt van de cumulatieve schaal die de vijf houdingsvragen combineert. In **TABEL 3** is weergegeven hoe respondenten gemiddeld scoorden op deze schaal, uitgesplitst naar demografische en klinische kenmerken, en is met lineaire-regressieanalyses berekend hoe deze kenmerken samenhangen met de houding jegens (ex-)psychiatrische patiënten. Daarnaast werd met de Wald-toets bepaald of categoriale variabelen samenhangen met houding ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten.

De analyses die ten grondslag liggen aan **TABEL 1** en **TABEL 3** werden uitgevoerd met Stata 12.1. De analyses werden uitgevoerd op 'gewogen' data, zodat de resultaten representatief waren voor de algemene volwassen bevolking.

RESULTATEN

Ruim 70% van de respondenten zei geen bezwaar te hebben een (ex-)psychiatrische patiënt als buurman, vriend of collega te hebben. De bereidheid nam echter sterk af als het ging om het accepteren van een patiënt als schoonzoon of babysitter: dan uitte een kleine 30% geen bezwaar (**TABEL 1**).

TABEL 2 toont de houding van de Nederlandse bevolking ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten in de jaren 1976, 1987 en 1997. Deze gegevens werden eerder gepubliceerd in Modde e.a. (1998), Mootz (1990), Kwekkeboom (2000) en Van 't Veer e.a. (2005). Een vergelijking met **TABEL 1** laat zien dat in de afgelopen 20 jaar, dus vanaf 1987, de maatschappelijke acceptatie van (ex-)psychiatrische patiënten niet sterk verbeterde. Als we kijken naar degenen die een grote sociale afstand ten opzichte van (ex-)psychiatri-

TABEL 2 Houding ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten in de bevolking in de jaren 1976, 1987 en 1997 (in percentages)

	1976*			1987*			1997*			1997**		
	(n = 1018)			(n = 1917)			(n = 2232)			(n = 812)		
	ja	?	nee	ja	?	nee	ja	?	nee	ja	?	nee
Zou deze als buurman accepteren	79	10	10	89	6	5	-	-	-	57	38	5
Zou deze als vriend accepteren	78	10	11	91	5	4	-	-	-	46	48	6
Zou deze als collega accepteren	79	8	13	79	5	16	-	-	-	58	36	6
Zou deze als schoonzoon accepteren	30	34	37	47	28	25	47	26	28	15	55	30
Zou deze als babysitter accepteren	33	19	47	46	17	36	31	19	51	16	50	34

*In deze onderzoeken betekende '?': 'weet niet'.

-: Deze vragen waren niet opgenomen in de vragenlijst van dat jaar.

Bron: Kwekkeboom (2000).

**In dit bevolkingsonderzoek betekende '?': 'misschien'.

Bron: Van 't Veer e.a. (2005).

sche patiënten rapporteerden (% nee in **TABEL 2** en % ja in **TABEL 1**), dan schommelde dit aandeel rond de 5% voor de meer vrijblijvende contactsituaties (buur, collega, vriend) en lag dit rond de 30% voor de intiemere contactsituaties (kinderoppas, schoonzoon/dochter). Als we deze trend vanaf 1987 toetsten, dan zagen we wel een kleinere sociale afstand ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten als collega ($p \leq 0,001$). Daarnaast zagen we ook een verandering in de trend voor de sociale afstand ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten als babysitter ($p \leq 0,001$), maar hierbij viel vooral de hoge score in het Culturele Veranderingenonderzoek uit 1997 op ten opzichte van de andere bevolkingsonderzoeken uit 1987, 1997 en 2007-2009.

Een opvallend verschil in bevindingen was dat in de eerdere Culturele Veranderingenonderzoeken uitgevoerd in de jaren 1976, 1987 en 1997 (eerste kolommen van **TABEL 2**) relatief minder respondenten aangaven niet te weten in welke mate zij een (ex-)psychiatrische patiënt in hun nabijheid zouden accepteren dan in het bevolkingsonderzoek uitgevoerd door Van 't Veer e.a. (2005) uit 1997 (laatste drie kolommen van **TABEL 2**) en in NEMESIS-2 (**TABEL 1**). Dat verschil zou kunnen komen doordat in de twee laatstgenoemde onderzoeken respondenten ook de mogelijkheid kregen om 'misschien' te antwoorden. Bovendien kregen zij voordat hun houding jegens (ex-)psychiatrische patiënten werd gepeild vragen over de mate waarin zijzelf psychiatrische symptomen hadden, waardoor het percentage neutrale scores in deze onderzoeken mogelijk hoger lag. Als we ons beperken tot de respondenten die weinig sociale afstand ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten rapporteerden (% ja in **TABEL 2** en % nee in **TABEL 1**), dan was Nederland zelfs wat terughoudender geworden dan in 1976. Als we de trends vanaf 1976 toetsten, dan zagen we een geringere acceptatie van (ex-)psychiatrische patiënten wat betreft al hun rollen (alle p 's $\leq 0,001$), waarbij vooral de verschillen tussen het Culturele Veranderingenonderzoek uit 1987 en het bevolkingsonderzoek van Van 't Veer e.a. uit 1997 opvielen. In NEMESIS-2 lagen de percentages van sociale nabijheid of acceptatie wel hoger dan in het bevolkingsonderzoek uit 1997 van Van 't Veer e.a. Echter, dat laatste was een schriftelijke enquête, in tegenstelling tot NEMESIS-2 alsook de Culturele Veranderingenonderzoeken, waardoor de neiging sociaal wenselijke antwoorden te geven in deze face-to-face-interviews waarschijnlijk groter was.

Van de houdingsvragen uit NEMESIS-2 maakten wij een schaal die de sociale afstand ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten samenvat (**TABEL 3**). Daaruit kwam naar voren dat 25-34-jarigen, lager opgeleiden, lagere inkomensgroepen en respondenten met een niet-westerse etnische afkomst hoger scoorden op de socialeafstands-

schaal en dus minder tolerant waren dan hun betreffende vergelijkingsgroep. Zo scoorden respondenten met alleen lager onderwijs gemiddeld bijna 1 punt hoger op de socialeafstandsschaal dan degenen met een hbo of universitaire opleiding. Respondenten die zelf eerder in hun leven een psychische aandoening hadden gehad, waren daarentegen meer bereid om (ex-)psychiatrische patiënten in het eigen leven toe te laten. Dat gold voor respondenten met een stemmings- en angststoornis, maar niet voor degenen met een middelenstoornis. Ook degenen die zorg hadden gekregen vanwege eigen psychische problemen scoorden lager op de socialeafstandsschaal en stonden daarmee minder afwijzend tegenover (ex-)psychiatrische patiënten.

DISCUSSIE

Uit NEMESIS-2 blijkt geen sterke sociale afwijzing van Nederlanders ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten, maar de neutrale scores duiden wel op enige voorzichtigheid in de omgang met deze groep. Verder geven vergelijkingen met eerdere onderzoeken geen aanwijzingen dat de houding van het Nederlandse publiek sinds 1987 sterk veranderd is. Buitenlandse trendstudies uitgevoerd in de jaren 90 en de jaren daarna laten eveneens weinig veranderingen in de publieke opinie zien; als ze al een verandering tonen, is dat eerder in negatieve zin (Angermeyer e.a. 2013; Reavley e.a. 2012; Schomerus e.a. 2012). Dit betekent dat er conform buitenlandse studies geen aanwijzingen zijn dat de publieke opinie jegens (ex-)psychiatrische patiënten sterk is verbeterd in de afgelopen decennia.

In overeenstemming met eerdere bevindingen (o.a. Van 't Veer e.a. 2005), neemt de bereidheid om (ex-)psychiatrische patiënten in het eigen leven toe te laten af naarmate de afstand tot het privéleven kleiner wordt (van buurman naar oppas). Deze bevinding wordt ook bevestigd in onderzoeken waarin aan patiënten zelf is gevraagd op welke levensgebieden zij vanwege hun psychiatrische achtergrond het vaakst zijn afgewezen (Lasalvia e.a. 2013; Plooy & Van Weeghel 2009; Thornicroft e.a. 2009). Uiteraard is het mogelijk dat de afwijzende houding van ouders ten opzichte van mogelijke babysitters en potentiële schoonzonen of -dochters sterk bepaald wordt door reële bezorgdheid over het welzijn van hun kinderen. Maar bezorgdheid sluit niet uit dat hierbij tevens sprake kan zijn van stigmatisering, in die zin dat aan een individu op basis van één kenmerk (psychiatrische patiënt zijn) al bij voorbaat, dus zonder de persoon in kwestie al echt te kennen, meerdere negatieve eigenschappen en verwachtingen worden gekoppeld, waarna deze persoon wordt afgewezen (Link & Phelan 2001; Thornicroft 2006).

Overeenkomstig een review van bevolkingsstudies op dit gebied (Jorm & Oh 2009) zijn lager opgeleiden vaak minder tolerant dan hoger opgeleiden ten opzichte van (ex-)psy-

TABEL 3 Demografische en klinische kenmerken van de houding ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten in de bevolking in de periode 2007-2009 (in gewogen gemiddelden en regressiecoëfficiënten met 95%-betrouwbaarheidsintervallen)

	n	Gemiddelde score	Ongecorrigeerde coëfficiënt
Totaal	6646	12,39	
<i>Socialeafstandsschaal bestaande uit de vijf houdingsvragen jegens (ex-) psychiatrische patiënten (deze loopt van weinig naar veel sociale afstand)</i>			
Demografische kenmerken			
Geslacht: ¹			
Man	2974	12,46	Ref
Vrouw	3672	12,31	-0,15 (-0,36-0,06)
Leeftijd (in jaren):			
18-24	484	12,64	0,38 (-0,07-0,84)
25-34	1122	12,68	0,43 (0,07-0,78)*
35-44	1699	12,49	0,24 (-0,05-0,53)
45-54	1592	12,00	-0,25 (-0,57-0,06)
55-64	1749	12,25	Ref
<i>P-toets vlg. Wald</i>			0,001
Opleiding:			
Lager onderwijs	332	12,80	0,92 (0,40-1,44)**
Lbo, mavo	1826	12,82	0,94 (0,64-1,24)***
Mbo, havo, vwo	2145	12,42	0,54 (0,29-0,79)***
Hbo, universiteit	2343	11,88	Ref
<i>P-toets vlg. Wald</i>			< 0,001
Woonsituatie:			
Met partner	4506	12,36	Ref
Zonder partner	2140	12,45	0,09 (-0,18-0,36)
Werk situatie:			
Met betaald werk	4956	12,34	Ref
Zonder betaald werk	1690	12,53	0,18 (-0,06-0,42)
Inkomen:			
Laag	1781	12,56	0,41 (0,11-0,72)**
Midden	2966	12,43	0,28 (0,01-0,54)*
Hoog	1899	12,15	Ref
<i>P-toets vlg. Wald</i>			0,009
Etnische afkomst:			
Westers	6270	12,28	Ref
Niet-Westers	376	13,77	1,49 (1,04-1,94)***
Religieus			
Niet	4009	12,28	Ref
Wel	2637	12,56	0,29 (0,01-0,56)*
Urbanisatiegraad:			
Zeer laag	876	12,09	-0,17 (-0,60-0,26)
Laag	1437	12,54	0,27 (-0,16-0,71)
Matig	1503	12,26	-0,00 (-0,44-0,43)
Hoog	1763	12,56	0,29 (-0,14-0,73)
Zeer hoog	1067	12,26	Ref
<i>P-toets vlg. Wald</i>			0,664

TABEL 3 **vervolg**

	n	Gemiddelde score	Ongecorrigeerde coëfficiënt
<i>Socialeafstandsschaal bestaande uit de vijf houdingsvragen jegens (ex-) psychiatrische patiënten (deze loopt van weinig naar veel sociale afstand)</i>			
Klinische kenmerken			
Psychische aandoening ooit in het leven:			
Geen stemmingsstoornis	5246	12,58	Ref
Stemmingsstoornis	1400	11,63	-0,94 (-1,20- -0,69)***
Geen angststoornis	5311	12,49	Ref
Angststoornis	1335	11,97	-0,52 (-0,78--0,25)***
Geen middenstoornis	5518	12,41	Ref
Middenstoornis	1128	12,27	-0,15 (-0,52-0,22)
Zorggebruik vanwege psychische problemen:			
Nooit	4735	12,62	Ref
In de afgelopen 12 maanden	799	11,85	-0,77 (-1,11--0,43)***
In de periode daarvoor	972	11,66	-0,96 (-1,28--0,63)***

1: De gemiddelden op de schaal voor mannen en vrouwen (respectievelijk 12,46 en 12,31) geven aan in hoeverre beide geslachten in hun houding jegens (ex-)psychiatrische patiënten verschillen. De ongecorrigeerde coëfficiënt geeft dit verschil met een lineaire-regressieanalyse ook weer: het verschil tussen beide geslachten was 0,15 op deze schaal.

De coëfficiënten die in vet staan weergegeven, waren significant bij * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ of *** $p \leq 0,001$.

chiatrische patiënten. Deze grotere intolerantie kan mogelijk voor een deel worden teruggevoerd op een andere invulling van het begrip (ex-)psychiatrische patiënt. Eerder onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat de mate van stigmatisering wordt beïnvloed door hoe men de problematiek van de patiënt duidt (depressie, schizofrenie of wat anders), in hoeverre men deze problematiek associeert met een grotere kans op geweld (Martin e.a. 2000) en wat men als oorzaak van de problematiek ziet (zwak karakter, stress of erfelijkheid: Van 't Veer e.a. 2006).

Zoals verwacht (Aromaa e.a. 2011; Jorm & Oh 2009), waren respondenten met een psychiatrische voorgeschiedenis minder geneigd tot sociale afwijzing. In tegenstelling tot eerder onderzoek (Jorm & Griffiths 2008; Jorm & Oh 2009) hadden jongeren een geringere acceptatie van (ex-)psychiatrische patiënten. Dit kan een werkelijk verschil zijn of komen door een geringere geneigdheid van jongeren om sociaal wenselijk te antwoorden.

De grotere voorzichtigheid bij NEMESIS-2-respondenten (vergeleken met de respondenten in eerdere Culturele Veranderingenonderzoeken) om (ex-)psychiatrische patiënten in het eigen leven toe te laten, die tot uiting komt in antwoorden als 'misschien' en 'weet niet', kan komen door een iets andere vraagformulering (in NEMESIS-2, 'zou u er bezwaar tegen hebben ...' versus 'zou u toestaan dat een

bekende ...') en antwoordmogelijkheden (in NEMESIS-2, 'misschien' versus 'weet niet' als middelste categorie). Bovendien ging bij de NEMESIS-2-respondenten het diagnostisch instrument om psychische aandoeningen te meten vooraf aan deze houdingsvragen, waardoor men mogelijk anderszins wat voorzichtiger antwoordde.

Beperkingen

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat het meten van een houding niet per definitie overeenkomstig gedrag impliceert. Verbaal geuite tolerantie biedt wel een aanwijzing voor tolerant gedrag, maar is geen garantie ervoor; zelfs negatieve opvattingen kunnen in bepaalde omstandigheden met positieve acties samengaan.

Een tweede beperking is dat de houding ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten, maar met enkele vragen is gemeten. Het is plausibel dat het beeld genuanceerder zou zijn geweest indien respondenten meer contactsituaties voorgelegd hadden gekregen met de vraag in hoeverre zij bereid waren een patiënt in die situaties te accepteren.

Een derde beperking is dat harde uitspraken over veranderingen in de houding jegens (ex-)psychiatrische patiënten in de afgelopen 30 jaar niet mogelijk zijn door verschillen in opzet van de studies (bijv. steekproeftrekking, doel onderzoek, exacte vraagformulering, interview of schrift-

lijke vragenlijst, volgorde in de vragenlijst, etc.), maar ook door mogelijke veranderingen in de tijd van het begrip '(ex-)psychiatrische patiënt'.

Een vierde beperking is dat we niet hebben onderzocht hoe de houding is tegenover diverse patiëntengroepen. Eerder onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat er een grotere sociale afstand is jegens mensen met een drugs- of alcoholverslaving en met schizofrenie dan tegenover mensen met een depressie (Jorm & Oh 2009; Lasalvia e.a. 2013; Thornicroft e.a. 2009; Van Boekel e.a. 2013).

Een laatste beperking betreft de verschillen in houding naar achtergrondkenmerken. Deze waren weliswaar significant verschillend tussen bepaalde bevolkingsgroepen, maar de verschillen waren in absolute zin niet zo groot, waardoor uitspraken over een geringere acceptatie van (ex-)psychiatrische patiënten door bepaalde bevolkingsgroepen met voorzichtigheid moeten worden omgeven.

CONCLUSIES

Ondanks deze beperkingen biedt NEMESIS-2 geen sterke aanwijzingen dat de houding van het publiek in de afgelopen jaren sterk is verbeterd. Dit is aanleiding om ook in Nederland effectieve antistigma programma's uit te voeren. Temeer omdat de resultaten van goede behandel- en rehabilitatie programma's deels teniet worden gedaan

door gebrek aan sociale acceptatie van mensen met psychische aandoeningen (Van Weeghel 2005). Het evaluatieonderzoek naar de grootscheepse, meerjarige antistigma campagne Time to Change in Engeland laat zien dat antistigma programma's bescheiden positieve effecten in de houding van burgers jegens mensen met psychische aandoeningen teweeg kunnen brengen (Henderson & Thornicroft 2013). Onlangs vonden ook Griffiths e.a. (2014) in hun meta-analyse van 26 gerandomiseerde gecontroleerde trials naar de effectiviteit van antistigma programma's kleine, maar significante reducties in het publieke stigma.

In Nederland wint stigmabestrijding aan betekenis, vanwege de nadruk op meer maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen. Stigmabestrijding wordt ook steeds vaker bepleit in uitgebrachte adviezen (Gezondheidsraad 2014), plannen van aanpak (Projectgroep Plan van aanpak EPA 2014) en is recentelijk ook een speerpunt van het overheidsbeleid geworden. De tijd lijkt dus rijp om stigmatisering van psychiatrische patiënten te bestrijden, met interventies die (bewezen) succesvol zijn. Deze campagnes zouden idealiter moeten samengaan met gedegen onderzoek naar de effectiviteit ervan, waarbij niet alleen naar veranderingen in houding wordt gekeken, maar ook naar gedrag van burgers jegens psychiatrische patiënten (Stuart e.a. 2012).

LITERATUUR

- Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 146-51.
- Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 125-32.
- Boekel LC van, Brouwers EPM, Van Weeghel J, e.a. Public opinion on imposing restrictions to people with an alcohol- or drug addiction: a cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 2007-16.
- Bogardus ES. Social distance and its origins. *Journal of Applied Sociology* 1925; 1-2: 216-26.
- Gezondheidsraad. Participatie van jongeren met psychische problemen. Den Haag: Gezondheidsraad; 2014; publicatienr. 2014/18.
- Graaf R de, ten Have M, van Dorsselaer S. Opzet van de bevolkingsstudie NEMESIS-2. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 17-26.
- Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis. *World Psychiatry* 2014; 13: 161-75.
- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, De Girolamo G, Guyer ME, Jin R, e.a. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006; 15: 167-80.
- Henderson C, Thornicroft G. Evaluation of the Time to change programme in England 2008-2011. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 545-8.
- Jorm AF, Griffiths KM. The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 315-21.
- Jorm AF, Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders: a review. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43: 183-200.
- Kwekkeboom MH. Sociaal draagvlak voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. *Ontwikkelingen tussen 1976 en 1997. TSG* 2000; 78: 165-71.
- Lasalvia A, Zoppei S, Bortel T van, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, e.a. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013; 381: 55-62.
- Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27: 363-385.
- Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. Of fear and loathing: The role of 'disturbing behaviour' labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *J Health Soc Behav* 2000; 41: 208-23.
- Modde JM, Noorthoorn EO, Kraan HF, Wiegman O. Beeldvorming omtrent psychiatrische patiënten bij de bevolking en bij patiënten zelf. Enschede: Universiteit Twente, 1998.
- Mootz M. Enkele houdingen van Nederlanders tegenover (ex-) psychiatrische patiënten, 1976-1987. *TSG* 1990; 68: 323-8.
- Projectgroep Plan van Aanpak Ernstige Psychische Aandoeningen. Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos, 2014.
- Plooy A, Weeghel J van. Discriminatie van mensen met de diagnose schizofrenie. Nederlandse bevindingen in een internationale studie. *MGV* 2009; 64: 133-48.
- Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Res* 2012; 197: 302-6.
- Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, e.a. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 440-52.
- Siltan NR, Flannelly KJ, Milstein G, Vaaler ML. 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* 2011; 199: 361-6.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. Continu Onderzoek Burgerperspectieven (COB) 2014/2. Den Haag: SCP; 2014.
- Stuart H, Arboleda-Florez J, Sartorius N. Paradigms lost. Fighting stigma and the lessons learned. Oxford and New York: Oxford University Press; 2012.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, and the INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia; a cross-sectional survey. *Lancet* 2009; 373: 408-15.
- Thornicroft G. Shunned. Discrimination against people with mental illness. Oxford and New York: Oxford University Press; 2006.
- Veer JTB van 't, Kraan HF, Drossaert CHC, Modde JD. Destigmatisering door deconcentratie? Een Nederlands bevolkingsonderzoek naar het stigma van psychiatrische patiënten. *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47: 659-69.
- Veer JTB van 't, Kraan HF, Drossaert SHC, Modde JM. Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill. A Dutch public study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 310-7.
- Weeghel J van. Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. Wat zijn goede antistigma-strategieën? *MGV* 2005; 60: 4.
- Whatley C. Social attitudes toward discharged mental patients. *Soc Probl* 1958; 6: 313-20.

SUMMARY

The attitude of the general public towards (discharged) psychiatric patients: results from NEMESIS-2

M. TEN HAVE, J. VAN WEEGHEL, S. VAN DORSSELAER, M. TUIHOF, R. DE GRAAF

BACKGROUND In the Netherlands there is no up-to-date information about the attitude of the public to (discharged) psychiatric patients. Also, very little is known about which population groups hold stigmatising views.

AIM To measure the public's attitudes to (discharged) psychiatric patients and to find out whether these attitudes differ according to the background characteristics (e.g. demographics, respondent's psychiatric history).

METHOD In our study we used attitudes collected via the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2, a psychiatric epidemiological study of the adult general population (n = 6646; aged 18-64 years). The psychiatric history of the respondents was assessed by means of the Composite International Diagnostic Interview 3.0.

RESULTS More than 70% of the respondents stated that they had no objection to having a (discharged) psychiatric patient as a neighbour, friend or colleague. However, their 'willingness' declined markedly, namely to less than 30%, when they were asked if they would be willing to have a (discharged) psychiatric patient as their son-in-law or baby-sitter. A comparison with other earlier Dutch studies indicates that since 1987 the willingness of members of the public to let (ex-)psychiatric patients participate in their private and/or family life has increased only very slightly.

CONCLUSION Nowadays, just as in past decades, most Dutch citizens are not opposed to living alongside (discharged) psychiatric patients, but they have reservations about letting such persons participate in their private and family life.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)11, 785-794

KEY WORDS people with mental disorders, population study, stigma