

# Zelfstigma en sociale steun bij patiënten met verslavingsproblematiek

S. Sikkes, E. Blaauw

- Achtergrond** Patiënten met verslavingsproblematiek ervaren vaak zelfstigma. Steun van de omgeving lijkt zelfstigma te verminderen, maar nog weinig is bekend over de relatie met ervaren en gewenste sociale steun.
- Doel** Zicht krijgen op de samenhang tussen ervaren sociale steun, gewenste sociale steun en zelfstigma bij patiënten met verslavingsproblematiek en onderzoeken of de ernst van de verslaving hierin een rol speelt.
- Methode** 83 ambulante patiënten met verslavingsproblematiek vulden de *Sociale Steun Lijst* en de *Internalized Stigma of Mental Illness scale* in.
- Resultaten** Pearsoncorrelaties toonden verbanden tussen de gewenste sociale steun, ervaren sociale steun en zelfstigma, maar een multipale regressieanalyse liet alleen een verband zien tussen de gewenste sociale steun en zelfstigma. Het belang van de wenselijkheid van sociale steun werd ook gevonden bij patiënten met een lage verslavingsernst, maar bij patiënten met een ernstige verslaving werd juist een verband gevonden met de ervaren sociale steun.
- Conclusie** Gewenste sociale steun lijkt meer van belang te zijn voor zelfstigma dan de ervaren sociale steun. Bij mensen met een ernstige verslaving lijkt ervaren sociale steun echter belangrijker te zijn.

Veel mensen met psychische aandoeningen ervaren belemmeringen in het sociaal en maatschappelijk functioneren en ervaren vooroordelen of een vorm van sociale afwijzing op grond van hun psychische aandoening. Zij wonen vaker alleen, hebben meer moeite om werk of een dagbesteding te vinden en hebben vaker een kleiner sociaal netwerk. Velen ervaren vanuit hun psychische aandoening een stigma, oftewel brandmerk (zie Van Dale gratis woordenboek), zoals dat in de oudheid werd gegeven aan dieven en slaven, zodat dezen beter konden worden herkend (<https://www.stilus.nl/oudheid/wdo/GRIEKEN/GEWOON/STIGMA.html>). Zo laat recent onderzoek van het Trimbos-instituut zien dat maar liefst 73% van de mensen met een ernstige psychische aandoening in de afgelopen twee jaar stigmatisering had ervaren.<sup>1</sup>

Het is dan ook terecht dat tegenwoordig steeds meer aandacht wordt besteed aan stigmatisering en dat bijvoorbeeld inmiddels een factsheet 'Stigma en verslaving' bestaat van Verslavingskunde Nederland (<https://verslavingskundenederland.nl/documents/2022/10/GGZ1719-01-Factsheet-Stigma-en-verslaving.pdf>), een

stigma-educatie-instrument van het kenniscentrum Phrenos (<https://kenniscentrumphrenos.nl/thema/mensenrechten-en-destigmatisering/>) en een generieke module destigmatisering (<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/destigmatisering/introductie>). Vooral bij verslaving is er sprake van een sterk stigma. Niet alleen roept verslaving bij niet-patiënten meer negatieve reacties op dan andere psychische aandoeningen,<sup>2</sup> ook blijken patiënten met verslavingsproblematiek meer stigmatisering te ervaren dan patiënten met andersoortige psychiatrische problematiek.<sup>3</sup> De belangrijkste uitleg hiervoor is de hoge mate van persoonlijke verantwoordelijkheid die wordt gekoppeld aan verslavingsproblematiek ('eigen schuld') en de verwachting dat iemand met een verslaving agressief en gevaarlijk is.<sup>3</sup> Stigma kent meerdere vormen. Er kan sprake zijn van publiek stigma met stigmatisering vanuit de maatschappij en naasten, maar ook kan er sprake zijn van zelfstigma. We spreken van zelfstigmatisering wanneer mensen de heersende negatieve beelden gaan internaliseren en gaan geloven dat deze negatieve beelden waar zijn en op hen van toepassing.<sup>4</sup> Mensen trekken dan

## AUTEURS

**Sara Sikkes**, klinisch psycholoog, BuurtzorgT, Groningen (ten tijde van het onderzoek: Verslavingszorg Noord Nederland).

**Eric Blaauw**, lector Verslavingskunde en Forensische Zorg, Hanzehogeschool Groningen en senior onderzoeker, Verslavingszorg Noord Nederland, Groningen.

### Correspondentie

Sara Sikkes (s.sikkes@buurtzorgt.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-4-2023.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(7):418-422

negatieve conclusies over zichzelf op grond van hun psychische aandoening en onder invloed van het publieke stigma in de samenleving.

Zelfstigmatisering heeft consequenties voor iemands bestaan en kan leiden tot ernstige angstklachten, maar ook tot werkloosheid, inkomensverlies, een klein sociaal netwerk, een lage zelfachting, een geringe kwaliteit van leven, depressieve symptomen, demoralisatie en het vermijden van professionele hulp.<sup>5</sup> Ook toont onderzoek aan dat patiënten die meer zelfstigma rapporteren doorgaans langer in een kliniek verblijven.<sup>6</sup> Volgens de onderzoekers wordt dit mogelijk veroorzaakt door angst voor het oordeel van anderen en de beschermende werking van de klinische setting hierop. Het eerder gememoreerde onderzoek van het Trimbos-instituut bij mensen met ernstige psychische aandoeningen liet zien dat zelfstigma de meest voorkomende vorm van stigmatisering is (35%), gevolgd door stigmatisering door familie en naasten (29%), stigmatisering door vrienden en kennissen (17%) en stigmatisering door ggz-hulpverleners (13%).<sup>1</sup> Zelfstigmatisering is dus een belangrijk thema.<sup>7</sup>

Sociale aspecten spelen een rol bij het ontwikkelen of in stand houden van zelfstigma. Onderzoek onder patiënten die in behandeling waren voor verslaving liet zien dat patiënten meer zelfstigma ervoeren naarmate zij minder sociale steun vanuit hun omgeving ervoeren.<sup>8</sup> Het onderzoek liet ook zien dat ervaren sociale steun samenhangt met meer zelfvertrouwen, minder depressie- en angstklachten en een verbeterde slaap en dat deze samenhang wordt versterkt door minder zelfstigma en geïnternaliseerde schaamte.<sup>8</sup> Uit eerder onderzoek is echter ook bekend dat sociale steun pas als steunend wordt ervaren als deze gewenst is.<sup>9</sup> Ongewenste steun blijkt zelfs een negatieve invloed te hebben op psychische processen, waardoor mogelijk positieve effecten van de steun verminderd of zelfs teniet worden gedaan.<sup>9</sup> Het is daarom van belang niet alleen aandacht te besteden aan de ervaren sociale steun, maar ook aan de vraag of deze sociale steun gewenst is.

## Huidig onderzoek

In het huidige onderzoek besteden we aandacht aan zowel ervaren sociale steun als gewenste sociale steun. We verwachten op basis van eerder onderzoek in de eerste plaats meer zelfstigma bij patiënten met verslavingsproblematiek die beperkt sociale steun ervaren (hypothese 1).<sup>8</sup>

Op basis van ander onderzoek verwachten we echter vooral minder zelfstigma bij patiënten met verslavingsproblematiek bij wie de sociale steun ook daadwerkelijk gewenst is.<sup>9</sup> We verwachten daardoor een sterkere relatie tussen gewenste sociale steun en zelfstigma dan tussen ervaren sociale steun en zelfstigma (hypothese 2). In eerdere onderzoeken werd geen rekening gehouden met de ernst van de verslaving en werd niet bekeken of de relatie tussen sociale steun en zelfstigma verschilt tussen patiënten met een hoge verslavingsernst en patiënten met een lage verslavingsernst. Uit onderzoek weten we echter dat bij toenemende ernst van de verslaving ernstige afwijkingen in de sociale relaties meer een rol spelen en dat patiënten met verslavingsproblematiek slechtere sociale relaties hebben dan niet-gebruikers.<sup>10,11</sup> Op basis van het voorgaande lijkt het waarschijnlijk dat de ernst van de verslaving een rol speelt bij het sociaal functioneren. Daarom verwachten we dat de relaties tussen (gewenste en ervaren) sociale steun en zelfstigma verschillen tussen patiënten met ernstige verslavingsproblematiek en patiënten met lichte verslavingsproblematiek (hypothese 3).

## METHODE

### Procedure

In maart 2020 bepaalde de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METc) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) dat het onderzoek niet onder de reikwijdte van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek (WMO) viel.

In het onderzoek werden 450 patiënten benaderd, afkomstig van de poliklinieken van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), een zorgaanbieder voor mensen die problemen ondervinden als gevolg van een verslaving. Nadat zij een intakegesprek hadden gehad, werden patiënten door de onderzoeker via een brief gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Benadrukt werd dat deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig was en dat het wel of niet willen meewerken geen consequentie had voor het traject bij VNN. Patiënten kregen het aanbod om telefonisch of via e-mail eventuele vragen aan de onderzoeker te stellen. Daarnaast werd benoemd dat de uitkomsten anoniem zouden worden verwerkt. Aan hen werd daarnaast via een afzonderlijk toestemmingsformulier schriftelijk toestemming gevraagd om de dossiers te raadplegen over de specifieke uitkomsten van de *Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE)* die betrekking hadden op de ernst van de verslaving.<sup>12</sup> Benoemd werd dat er geen inzage zou zijn in de overige gegevens van het dossier.

83 patiënten gaven schriftelijk aan te willen meewerken aan het onderzoek en retournerden de volledige vragenlijsten. De data werden verzameld in de periode november 2020-augustus 2021. In deze periode was er een pandemie (COVID-19) in Nederland.

## Meetinstrumenten

### Ervaren sociale steun

Voor het meten van de ervaren sociale steun werd gebruikgemaakt van de *Sociale Steun Lijst-Interacties (SSL-I)*.<sup>13</sup> Deze vragenlijst bevat 34 items die betrekking hebben op positieve interacties plus 7 items die betrekking hebben op negatieve interacties. De lijst bevat 6 subschalen: alledaagse emotionele ondersteuning, emotionele ondersteuning bij problemen, waarderingssteun, instrumentele ondersteuning, *social companionship* en informatieve ondersteuning over het gedrag van betrokkene. De respondenten scoren op een 4-puntsschaal variërend van 1 (*zelden of nooit*) tot 4 (*erg vaak*). In dit onderzoek gebruikten we de somscore voor de gehele schaal (bereik 34-136), waarbij een hoge score een hoge mate van ervaren sociale steun weergeeft.

De interne consistentie van de SSL-I is hoog; Cronbachs alfa varieerde in verschillende onderzoeken van 0,82 tot 0,95.<sup>13-16</sup> De test-hertestcorrelatiecoëfficiënt is 0,77.<sup>13</sup> De constructvaliditeit van het instrument is onderbouwd.<sup>13,17,18</sup> In het huidige onderzoek was Cronbachs alfa van de SSL-I-totaalscore zeer goed ( $\alpha = 0,94$ ).

### Gewenste sociale steun

Om de gewenste sociale steun te meten gebruikten we de *Sociale Steun Lijst-Discrepanties (SSL-D)*.<sup>13</sup> Met deze vragenlijst onderzochten we discrepanties tussen het aanbod van en de behoefte aan sociale steun. Voor dit onderzoek gebruikten we dezelfde 34 items als bij de SSL-I. Deze items worden gescoord met een 4-punts-

schaal variërend van 1 (*mis ik, zou ik graag meer willen*) tot 4 (*gebeurt te vaak, het zou prettig zijn als het minder vaak gebeurde*). De somscores (34 items) werden voor dit onderzoek gehercodeerd en daarna opgeteld tot een totaalscore die kon variëren van 0 tot 34. Een hoge score hield een lage discrepantie in tussen de ervaren en de gewenste sociale steun, wat betekende dat de sociale steun gewenst was.

De interne consistentie van de SSL-D is hoog; Cronbachs alfa varieerde in verschillende onderzoeken van 0,82 tot 0,96.<sup>13-16,19</sup> De stabiliteit van de SSL-D, uitgedrukt in de test-hertestcorrelatiecoëfficiënt, is 0,85.<sup>13</sup> De constructvaliditeit van het instrument is onderbouwd.<sup>13,17,18</sup> In het huidige onderzoek was Cronbachs alfa van de SSL-D-totaalscore zeer goed ( $\alpha = 0,94$ ).

### Zelfstigma

Zelfstigma werd gemeten met de Nederlandse vertaling van de *Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI)*.<sup>20</sup> Deze vragenlijst wordt gebruikt om ervaren zelfstigma of geïnternaliseerd stigma bij mensen met psychische klachten te meten. De ISMI werd voor dit onderzoek aangepast voor mensen met verslavingsproblematiek door in de oorspronkelijke vragenlijst de woorden 'psychische problemen' consequent te wijzigen in 'problemen op het gebied van verslaving'. In eerder onderzoek is deze aanpassing ook gedaan.<sup>6,8</sup> De ISMI bevat 29 items in 5 subschalen: vervreemding, bekrachtiging van stereotypen, waargenomen discriminatie, sociaal terugtrekken en weerstand tegen stigma. De respondenten scoren op een 4-puntsschaal variërend van 1 (*sterk mee oneens*) tot 4 (*sterk mee eens*).

In dit onderzoek gebruikten we de somscore voor de gehele schaal, die de mate van ervaren zelfstigma weergeeft (bereik 29-116). Een hoge score betekent dat de respondent veel zelfstigma ervaart. Onderzoek naar de betrouwbaarheid van de ISMI liet een goede interne consistentie ( $\alpha = 0,90$ ) en test-hertestcorrelatiecoëfficiënt ( $r = 0,92$ ) zien.<sup>20</sup> In het huidige onderzoek was de interne consistentie eveneens goed te noemen (Cronbachs alfa = 0,87).

### Ernst van de verslaving

Voor de ernst van de verslaving gebruikten we de *Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE)*.<sup>12</sup> De MATE kent verschillende onderdelen/modules. Voor dit onderzoek gebruikten we alleen de dimensie om de ernst van de verslaving vast te stellen. De verslavingsernst wordt met de MATE vastgesteld als zijnde 'hoog' of 'niet hoog'. Deze dichotome bepaling wordt vastgesteld aan de hand van drie gegevens: het 'middelengebruik', het aantal positieve symptomen voor 'ernst afhankelijkheid/misbruik' en het 'verlangen'. Van hoge ernst wordt gesproken bij excessief gebruik (schaal 'middelengebruik') (drempelwaarde 3 bij een bereik van 0-5) of bij een score op de schaal 'ernst afhankelijkheid/misbruik'  $\geq 8$  (bereik 0-9) of een score op 'verlangen'  $\geq 12$  (bereik 0-20).

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de MATE blijkt voldoende (variërend van  $r = 0,75$  tot  $r = 0,92$ ).<sup>21</sup> Verdere betrouwbaarheid en validiteit van de MATE zijn niet onderzocht.

### Analyses

Bij de analyses voor de hoofdvraag werd niet gecorrigeerd voor multiple testing. Voor de drie secundaire uitkomstmaten werd de bonferronicorrectie toegepast en werd een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd. Alle analyses werden uitgevoerd met behulp van SPSS versie 27. Omdat aan de assumpties werd voldaan, werd parametrisch getoetst. Ten eerste werden de samenhangen tussen zelfstigma en ervaren sociale steun en tussen zelfstigma en gewenste sociale steun vastgesteld met pearsoncorrelatieanalyses. Ten tweede werd een multi-pele regressieanalyse (methode enter) uitgevoerd voor het bepalen van de relaties tussen gewenste sociale steun, ervaren sociale steun (predictorvariabelen) en zelfstigma (criteriumvariabele). Tot slot werden, voor de toetsing van de relatie tussen zelfstigma en ervaren en gewenste sociale steun bij patiënten met een hoge verslavingsernst in vergelijking met patiënten met een lage verslavingsernst, voor beide groepen pearsoncorrelatieanalyses uitgevoerd en werden Z-tests toegepast om vast te stellen of er sprake was van een significant verschil in correlatie tussen beide groepen.

## RESULTATEN

### Participanten

De gemiddelde leeftijd van de 83 patiënten uit de steekproef was 43,92 jaar (SD: 14,25; uitersten: 24-84). 23% van de deelnemers was vrouw en 77% man. De samenstelling van de steekproef was representatief ten opzichte van de landelijke cijfers van patiënten binnen de verslavingszorg, waar 76% mannelijk is en een gemiddelde leeftijd van 42 jaar heeft.<sup>22</sup>

### Samenhangen tussen sociale steun en zelfstigma

Met pearsoncorrelaties vonden we medium sterke negatieve verbanden tussen ervaren sociale steun en zelfstigma ( $r(83) = -0,32$ ;  $p = 0,004$ ) en tussen gewenste sociale steun en zelfstigma ( $r(83) = -0,39$ ;  $p = 0,000$ ). Een multi-pele regressieanalyse met ervaren sociale steun en gewenste sociale steun als predictorvariabelen en zelfstigma als criteriumvariabele liet significante verbanden zien tussen de gewenste sociale steun, ervaren sociale steun en zelfstigma ( $F(3,79) = 5,10$ ;  $p = 0,003$ ). Er werd daarbij een significant hoofdeffect gevonden van gewenste sociale steun ( $t(79) = -2,41$ ;  $B = -0,35$ ;  $p = 0,02$ ), maar geen significant hoofdeffect van ervaren sociale steun ( $t(79) = -0,86$ ;  $B = -0,08$ ;  $p = 0,39$ ). Ook vonden we geen interactie-effect van gewenste sociale steun en ervaren sociale steun ( $t(79) = -0,45$ ;  $B = -0,003$ ;  $p = 0,66$ ). De relatie tussen ervaren sociale steun en zelfstigma

verdween na correctie voor gewenste sociale steun. De gewenste sociale steun leek dus meer van belang te zijn bij zelfstigma dan de ervaren sociale steun.

### Relaties met ernst van de verslaving

De ernst van de verslaving was bij 19 patiënten hoog, bij 46 laag en bij 19 onbekend (niet ingevuld in het patiëntendossier). De 19 patiënten bij wie de ernst van de verslaving onbekend was, lieten we buiten de volgende analyses.

Een pearsoncorrelatie toonde in de groep met hoge verslavingsernst een significant sterk negatief verband tussen ervaren sociale steun en zelfstigma ( $r(19) = -0,63$ ;  $p = 0,01$ ) en een marginaal significant verband tussen gewenste sociale steun en zelfstigma ( $r(19) = -0,46$ ;  $p = 0,06$ ). In de groep met lage verslavingsernst werd een significant verband gevonden tussen gewenste sociale steun en zelfstigma ( $r(46) = -0,35$ ;  $p = 0,02$ ), maar niet tussen ervaren sociale steun en zelfstigma ( $r(46) = -0,09$ ;  $p = 0,55$ ). Met een Z-test werd een significant verschil in correlaties tussen beide groepen gevonden wat betreft de relatie tussen ervaren sociale steun en zelfstigma ( $Z = -2,22$ ;  $p = 0,01$ ), maar niet tussen gewenste sociale steun en zelfstigma ( $Z = -0,45$ ;  $p = 0,33$ ). Dit betekent dat de relatie tussen ervaren sociale steun en zelfstigma afhankelijk was van de ernst van de verslaving, terwijl de relatie tussen gewenste sociale steun en zelfstigma niet verschilde tussen patiënten met lichte verslavingsproblematiek en patiënten met ernstige verslavingsproblematiek.

## DISCUSSIE

Met het huidige onderzoek vonden we voor het eerst dat gewenste sociale steun meer van belang blijkt te zijn bij zelfstigma dan de ervaren sociale steun. Overeenkomstig onze eerste hypothese en ook de literatuur is in dit onderzoek bij patiënten met verslavingsproblematiek een verband gevonden tussen enerzijds ervaren sociale steun en anderzijds zelfstigma.<sup>8,23</sup> Veel belangrijker is echter dat, overeenkomstig onze tweede hypothese op basis van eerder onderzoek, in dit onderzoek een sterkere relatie werd gevonden tussen gewenste sociale steun en zelfstigma dan tussen ervaren sociale steun en zelfstigma.<sup>9</sup> Een regressieanalyse liet zelfs zien dat de relatie tussen zelfstigma en ervaren sociale steun verdween nadat rekening werd gehouden met de gewenste sociale steun. Blijkbaar is sociale steun dus pas steunend als deze sociale steun gewenst is. Overeenkomstig onze derde hypothese vonden we dat er bij patiënten met een hoge verslavingsernst een relatie bestaat tussen zelfstigma en ervaren sociale steun, terwijl er bij patiënten met een lage verslavingsernst een relatie bestaat tussen zelfstigma en gewenste sociale steun. Dit is begrijpelijk vanuit de gedachte dat patiënten met een ernstige verslaving regelmatig nauwelijks nog een sociaal netwerk hebben, waardoor iedere erva-

ren sociale steun positief kan werken op hun zelfstigma. Patiënten met een minder ernstige verslaving daarentegen hebben vaak nog wel een sociaal netwerk, waardoor vooral gewenste sociale steun hierbij meer van belang is.

## Beperkingen

Er zijn beperkingen aan dit onderzoek. In de eerste plaats deden we een crosssectioneel onderzoek, waardoor eventuele causale relaties tussen sociale steun en zelfstigma niet zijn onderzocht en nog verder onderzoek behoeven.

Daarnaast heeft de dataverzameling plaatsgevonden tijdens een coronapandemie, die veel invloed had op het sociaal functioneren. Er waren periodes van lockdown, isolatie en daardoor beperkingen in het sociale contact die mogelijk invloed hebben gehad op de gewenste en ervaren sociale steun van de deelnemers aan het onderzoek. Een recent onderzoek naar de verwachte gevolgen van corona voor sociale contacten en sociaal gedrag suggereert daarbij dat sommige groepen het in dit opzicht zwaarder hadden dan andere.<sup>24</sup>

Mogelijk speelde de pandemie ook een rol in het feit dat slechts 18% van de 450 benaderde patiënten de vragenlijsten retourneerde en schriftelijk toestemming gaf voor het raadplegen van het patiëntendossier.

Een volgende beperking is dat de conclusies over de ernst van de verslaving gebaseerd zijn op een kleine steekproef: bij meerdere deelnemers (19 van de 83) was de ernst van de verslaving niet geregistreerd in het patiëntendossier en bij slechts 19 deelnemers was sprake van een hoge verslavingsernst.

Een laatste beperking van ons onderzoek is dat we bij de ernst van de verslaving hebben gekozen voor een dichotoom onderscheid (vanwege het gebruik van de MATE), namelijk hoge en lage verslavingsernst. Deze dichotome indeling sluit niet aan bij de indeling van de DSM-5, waarin een onderscheid wordt gemaakt in een lichte, matige en ernstige stoornis in het gebruik van middelen.

## Klinische implicaties

Het huidige onderzoek heeft belangrijke klinische implicaties die gezien de onderzoekspopulatie wel voorzichtig moeten worden gehanteerd. De bevinding dat vooral de wenselijkheid van sociale steun samenhangt met zelfstigma betekent dat het ontbreken van ervaren sociale steun niet automatisch leidt tot zelfstigma. Uitgangspunt bij in te zetten interventies in de klinische praktijk zou de wens tot sociale steun van de patiënt moeten zijn. Daarbij denken we aan bijvoorbeeld systemische interventies waarbij men rekening houdt met de specifieke wensen van de individuele patiënt.

Het onderzoek geeft verder aanwijzingen dat het juist bij patiënten met een hoge verslavingsernst belangrijk lijkt de ervaren sociale steun in het algemeen te versterken; bij patiënten met een lage verslavingsernst lijkt het belangrijker om rekening te houden met de wenselijkheid van de sociale steun wanneer het gaat om

de relatie met zelfstigma. Dit advies past bij eerdere aanbevelingen uit onderzoek dat het voor het verminderen van zelfstigma belangrijk is aandacht te besteden aan de negatieve attitudes van patiënten en aan hun copingmechanismen rond empowerment en hulpzoekend gedrag.<sup>7</sup>

## CONCLUSIE

Met het huidige onderzoek is voor het eerst meer inzicht verkregen in de relatie tussen gewenste sociale steun en zelfstigma bij patiënten met verslavingsproblematiek. Gewenste sociale steun lijkt daarbij meer van belang te zijn bij zelfstigma dan ervaren sociale steun, vooral bij patiënten met lichtere verslavingsproblematiek. Bij patiënten met ernstige verslavingsproblematiek lijkt vooral de ervaren sociale steun van belang bij zelfstigma.

## LITERATUUR

- 1 Van Erp N, Knispel A, Michon H, e.a. Stigmatisering door hulpverleners in de GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
- 2 Van 't Veer J. The social construction of psychiatric stigma: Perspectives from the public, patients and family members (proefschrift University of Twente). Enschede: University of Twente; 2006.
- 3 Van Boekel LC. Stigmatization of people with substance use disorders: Attitudes and perceptions of clients, healthcare professionals and the general public (proefschrift Tilburg University). Enschede: Ipskamp Drukkers; 2014.
- 4 Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the 'why try' effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009; 8: 75-81.
- 5 Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010; 71: 2150-2161.
- 6 Luoma JB, Kulesza M, Hayes SC, e.a. Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2014; 40: 206-12.
- 7 Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, e.a. Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatr Serv* 2012; 63: 974-81.
- 8 Birtel MD, Wood L, Kempa NJ. Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatr Res* 2017; 252: 1-8.
- 9 Melrose KL, Brown GDA, Wood AM. When is received social support related to perceived support and well-being? When is it needed. *Pers Individ Dif* 2015; 77: 97-105.
- 10 Alexander BK. Addiction: The urgent need for a paradigm shift. *Subst Use Misuse* 2012; 47: 1475-82.
- 11 Yen CN, Wang CS, Wang TY, e.a. Quality of life and its correlates among heroin users in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 2011; 27: 177-83.
- 12 Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A. MATE 2.1. Handleiding en protocol. Nijmegen: Bèta Boeken; 2011.
- 13 Van Sonderen E. Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst – Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst – Discrepancies (SSL-D): Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken; 2012.
- 14 Declercq F, Palmans V. Two subjective factors as moderators between critical incidents and the occurrence of post-traumatic stress disorders: 'Adult attachment' and 'perception of social support'. *Psychol Psychother* 2006; 79: 323-37.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.