Structureel stigma: kan dit sociale benadelingsmechanisme worden uitgeschakeld?

J. van Weeghel

Achtergrond Mensen met een psychiatrische aandoening hebben behalve met hun symptomen ook met stigmatisering te kampen. Vergeleken met interpersoonlijk stigma en zelfstigma is structureel stigma minder vaak beschreven en onderzocht.

Doel Verkennen wat structureel stigma inhoudt, wat het teweegbrengt en wat ertegen te doen valt.

Methode Beschouwing aan de hand van relevante literatuur.

Resultaten Structureel stigma betreft benadeling van mensen met bepaalde kenmerken die zit ingebakken in beleid, instituties en sociaal-culturele normen. De benadeling wordt versterkt door armoede of andere sociale problematiek. Voor dominerende groepen is structureel stigma een middel om eigen belangen vellig te stellen. Structureel stigma kan worden tegengegaan door wetgeving en politieke actie, belangenbehartiging, hervorming van de gezondheidszorg, sociale inclusie en antistigmaprogramma's.

Conclusie Structureel stigma bestrijden is sterk verbonden met bevorderen van sociale rechtvaardigheid, burgerschap en mensenrechten. Ervaringskennis is onmisbaar om de vaak verborgen stigmatisering te kunnen opsporen en tegengaan.

Mensen met een psychiatrische aandoening willen, net als andere Nederlanders, een goed leven leiden, maar staan daarbij vaak op grote achterstand.[1] Zij worden behalve door hun primaire klachten of symptomen ook gehinderd door stigmatisering in de samenleving. Dikwijls worden zij als incompetent, onberekenbaar of gevaarlijk gezien. Zij worden vaak niet begrepen, gemeden of uitgesloten. Deze problematiek wordt samengevat in het begrip 'stigma'.

Vergeleken met interpersoonlijk stigma en zelfstigma is structureel stigma minder vaak beschreven en onderzocht. Bij structureel stigma verschuift de aandacht van micro-interacties tussen individuen naar macroprocessen in de samenleving die tot ongelijkheid leiden.

Goffman definieerde het algemene begrip stigma als een ongewenste eigenschap die de status van een individu in de ogen van andere burgers verlaagt.[2] Daarbij is de machtsverhouding tussen stigmatiseerders en gestigmatiseerden ongelijk.[3] Stigma belemmert het volgen van opleidingen, het vinden van werk of huisvesting en het aangaan van relaties. Het kan ook leiden tot een geschonden identiteit, schaamte, psychiatrische symptomen, demoralisatie en het vermijden van professionele hulp. En het draagt bij aan een lage levensverwachting, strafrechtelijke veroordelingen, victimisatie, armoede en dakloosheid.[4]

Is deze massieve benadeling te stoppen? Sommigen zijn optimistisch. De grond zou minder vruchtbaar worden voor stigma door het diversiteitsdenken, het bewustzijn over intersectionaliteit van kwetsbare groepen, het betrekken van ervaringsdeskundigheid en de groeiende openheid over psychische problemen.[5] Anderen zijn pessimistischer. Zij zien toenemende stigmatisering bij aandoeningen die vreemd of onvoorspelbaar lijken zoals psychose, en bij moreel beladen aandoeningen zoals middelenmisbruik. Ook zien zij maatschappelijke veranderingen waardoor discriminatie van groepen mensen niet langer taboe is. Economische concurrentie en groeiende ongelijkheid zouden een klimaat van geweld, uitsluiting en toxische mannelijkheid bevorderen. Deze trends kunnen ook de toegenomen acceptatie van *common mental disorders* (zoals depressie of angst) tenietdoen.[6]

Interpersoonlijke benaderingen om stigma te verminderen – door voorlichting en positief contact tussen mensen met en zonder psychiatrische aandoening – hebben bescheiden positieve resultaten, maar die beklijven vaak niet.[7] Stigmatisering van kwetsbare groepen zit in de haarvaten van onze samenleving. Het begrip 'structureel stigma' maakt duidelijk dat het stigma ook werkzaam is zonder dat de ene persoon de andere iets akeligs aandoet. In dit essay beschrijf ik wat structureel stigma

inhoudt en teweegbrengt, plaats ik het in een breder perspectief en verken wat ertegen te doen valt.

Wat is structureel stigma?

De maatschappelijke oorsprong van stigma is zichtbaar in de gezaghebbende 'gemodificeerde labelingtheorie': mensen hebben het negatieve beeld van psychiatrische patiënten in onze samenleving al vroeg in hun leven geïnternaliseerd.[8] Dat geldt dus ook voor degenen die op enig moment zelf psychiatrische patiënt worden. Hun voorkennis over afkeuring transformeert in de verwachting dat zijzelf zullen worden afgewezen. Dit geanticipeerde stigma zet sociale interacties onder druk: de afwijzingsangst groeit en daarmee het risico op zelfstigma en sociaal isolement.

Hieruit valt af te leiden dat interpersoonlijk stigma, zelfstigma en structureel stigma nauw met elkaar samenhangen en elkaar dikwijls versterken. Het zijn verschillende aspecten of verschijningsvormen van het algemene fenomeen stigma. Structureel stigma gaat over benadeling van mensen met bepaalde kenmerken die zit ingebakken in beleid, instituties en sociaal-culturele normen.[9] Een bekend voorbeeld is de toeslagenaffaire. In het kader van de geestelijke volksgezondheid gaat het om lagere budgetten voor ggz vergeleken met somatische gezondheidszorg, hogere verzekeringspremies voor (ex-)patiënten en hoge drempels voor de arbeidsmarkt en woningmarkt.

Structurele stigmatisering leidt tot sociale achterstand en ingeperkt burgerschap. Het belemmert ook het herstel, mede doordat het een contextuele factor is die de effectiviteit van behandelingen inperkt.[10] Patiënten onderkennen zelf het belang van structureel stigma. In Engeland vonden zij institutionele hervormingen belangrijker dan publieksvoorlichting om stigmatisering tegen te gaan.[11]

Stigma in een bredere context

Al in de beginjaren 60 constateerde Goffman dat bovenliggende groepen stigmatisering als middel tot sociale controle inzetten.[2] Tyler omschrijft stigma als een indringend sociaal mechanisme waarmee mensen en gemeenschappen door de eeuwen heen systematisch zijn ontmenselijkt, tot zondebok gemaakt, vernederd en onderdrukt.[12] Zij doelt op mensen van kleur, vluchtelingen en de *undeserving poor* (degenen die zogenaamd door eigen schuld in armoede leven).

Stigmatisering moeten we dus in een breder perspectief plaatsen. Dat is ook de strekking van de kritiek op grootschalige antistigmacampagnes zoals *Time to change* in Engeland. Zulke campagnes propageren meestal om met vrienden, familie, buren en collega's het goede gesprek over mentale problemen aan te gaan. Maar als niet ook de uitholling van publieke dienstverlening of de diepere oorzaken van psychische problemen worden aangepakt, hebben zulke campagnes weinig impact.[13]

Zo hebben mensen aan de onderkant van de samenleving een grotere kans op een psychiatrische aandoening, en daarmee op (extra) stigmatisering. Dikwijls hopen zich meerdere problemen op, zoals armoede, sociaal isolement en discriminatie. Hun noden zijn intersectioneel en chronisch. Dit werkt volgens de *fundamental cause theory* het ontstaan en voortduren van fysieke en psychiatrische aandoeningen in de hand. Bovendien beperkt een lage maatschappelijke positie de toegang tot hulpbronnen om ziekte te voorkomen of de gevolgen ervan te beperken.[14] Mensen in armoede of met een migratieachtergrond hebben minder toegang tot ggz-behandeling. Hun behandeltrajecten zijn vaak minder effectief en de uitval is veel hoger dan bij andere ggz-cliënten.[15,16]

Stigmatiseringsmacht

Gaat het bij structureel stigma altijd om het opzettelijke handelen van machthebbers of zijn er ook bepaalde groepen die bijna onbedoeld door anonieme wetten, systemen en culturen worden benadeeld? Deze vraag verwijst naar wat wel het belangrijkste thema van de sociologie wordt genoemd: de verhouding tussen structuur en *agency* (handelingsvermogen). Met structuur worden de regels en procedures bedoeld die sociaal handelen mogelijk maken of beperken, en die telkens opnieuw door dat handelen worden gereproduceerd. Agency wil zeggen dat individuen hun eigen doelen en handelingen kiezen op basis van hun beoordeling van actuele omstandigheden. Individuen kunnen hun denken en handelen in zekere mate zelf bepalen, maar dit vermogen wordt via de sociale structuur in bepaalde richtingen gekanaliseerd. Dat geldt dus ook voor situaties waarin stigmatisering aan de orde is.

We zien dit thema terug in hoe Link en Phelan het begrip 'stigmatiseringsmacht' (*stigma power*) uitwerken. Zij leggen sterk de nadruk op de agency van degenen die hun macht inzetten om mensen met bepaalde kenmerken te stigmatiseren.[3] Maar bij stigmatiseringsmacht doet ook de maatschappelijke structuur zijn werk. Link en Phelan beschouwen stigmatiseringsmacht namelijk als een vorm van 'symbolische macht' zoals Bourdieu die definieerde: de onbewuste oplegging van culturele normen, waarden en machtsstructuren die sociale ongelijkheden natuurlijk en onvermijdelijk doen lijken. Symbolische macht is verweven met vanzelfsprekende aspecten van de heersende cultuur en wordt anders uitgelegd, door zowel degenen die benadelen als zij die worden benadeeld.[19]

Volgens Link en Phelan zetten machthebbers stigma in om mensen erbij te houden, buiten te sluiten of ondergeschikt te maken ('*to keep people in, away or down*').[3] Van deze drie doelen is 'erbij houden' het belangrijkste: hoe zijn mensen binnen de bestaande orde te handhaven? De eerste reacties op iemands symptomen zijn meestal pogingen om het afwijkende gedrag te veranderen, bijvoorbeeld door afkeurend te reageren op vreemde ideeën die mensen in een psychose uiten. Mensen met mentale problemen proberen ook zelf zo lang mogelijk 'normaal te doen' om er bij te blijven horen. Maar als de

symptomen aanhouden, groeit bij anderen de motivatie om de persoon in kwestie in bedwang of op afstand te houden.

Stigma anders uitgelegd

Directe discriminatie is een te lomp instrument om breed te kunnen inzetten, aldus Link en Phelan. Het gaat soepeler als de belangen van stigmatiseerders door anderen en henzelf anders worden uitgelegd, namelijk als de normale gang van zaken. Structurele discriminatie komt dan goed van pas omdat het de last van directe discriminatie bij individuen wegneemt. Zij hoeven hun belangen niet te expliciteren, want hun doelen worden al op macroniveau bereikt.
Dit alomvattende stigmanarratief nodigt wel uit om er andere perspectieven tegenover te plaatsen, zoals overwegingen uit de zorgethiek. Zo dient bemoeizorg aan mensen met onbegrepen gedrag niet uitsluitend de heimelijke belangen van stigmatiseerders, maar is 'de andere uitleg' – bescherming en goede zorg bieden – minstens zo passend. Verder wordt niet helemaal duidelijk wie de stigmatiseerders zijn. Zijn dat politici, psychiaters, bestuurders, werkgevers en andere 'machthebbers'? Of gaat het om alle mensen zonder psychiatrische aandoening? Dat zou op 'sanisme' wijzen: in onze samenleving worden mensen zonder psychiatrische aandoening bevoordeeld en mensen met zo'n aandoening achtergesteld. Eerstgenoemden zouden bekwamer zijn en daarom voorgaan bij sollicitaties en promoties.[20]
Stereotypering en benadeling werden zichtbaar in een enquête waarin de meeste leidinggevenden aangaven liever niet iemand in dienst te nemen die psychische problemen heeft (gehad), ook wanneer zij zelf geen negatieve ervaringen met dergelijke werknemers hadden opgedaan.[21] Stigmaonderzoeken in de hele bevolking laten een ander beeld zien. Daaruit blijkt telkens weer dat de sociale afstand jegens mensen met psychiatrische aandoeningen het grootst is bij personen met een lage sociaal-economische status of die tot niet-westerse minderheden behoren.[17,22] Zij behoren juist niet tot machtige groepen en ondervinden zelf vaak stigmatisering.
Hoe moeten we dit duiden? Mogelijk sluiten deze stigmatiseerders zich, conform de systeemrechtvaardigingstheorie, aan bij de opvattingen van de echte machthebbers.[18] Wellicht spelen ook andere factoren een rol, zoals jong geleerde – en niet door voorlichting en positieve ontmoeting gecorrigeerde – negatieve cognities, attitudes en gevoelens over mentale aandoeningen. De neiging om afstand te bewaren kan gezien worden als evolutionair gestuurde gedragsregulering: mensen streven naar overleving en veiligheid, en bescherming van het zelfbeeld, de status en privileges binnen de sociale groep waartoe zij behoren. En men zet zich af tegen groepen met eigenschappen die als ongewenst worden gezien (*out-group aversion)*.[17]

Wat te doen tegen structureel stigma?

De *Mental Health Commission of Canada* ontwikkelde als één van de weinigen een aanpak tegen structureel stigma op psychiatrische aandoeningen.[23] Allereerst pleiten zij voor *juridische en politieke actie:* nieuwe wetten realiseren, schadelijke wetten aanvechten, wijzigen of intrekken en vooral ook bestaande wetten nauwgezet implementeren en handhaven. Van groot belang is het VN-verdrag dat de mensenrechten en fundamentele vrijheden van personen met een beperking bevordert en beschermt. Recent onderzoek laat zien dat veel mensen met een beperking, inclusief personen met een psychiatrische aandoening, tien jaar na inwerkingtreding van dit VN-verdrag voor Nederland, nog niet volledig kunnen meedoen. Slechts de helft heeft het gevoel mee te tellen in de samenleving. De zorgen zijn het grootst op het gebied van bestaanszekerheid, (passend) werk, onderwijs en zorg.[1]
De tweede benadering is *belangenbehartiging.* Dit creëert extra mogelijkheden tot beïnvloeding van overheidsbeleid en toewijzing van middelen. In Nederland zet de belangenorganisatie MIND zich hiervoor in.
De derde benadering is *inclusie bevorderen.* Barrières moeten worden weggenomen om deelname aan werk, school en politiek te krijgen.
Verder pleit de genoemde commissie in Canada voor *hervorming van de gezondheidszorg*. Mensen met een psychiatrische aandoening moeten toegang hebben tot ggz-behandeling van een even hoge kwaliteit als de somatische gezondheidszorg. Verder gaat het om het terugdringen van dwangpraktijken in de ggz. Ook moeten antistigma-inspanningen en herstelgerichte zorg actief worden bevorderd.
De vijfde benadering is *voorlichting en educatie.*
Interventies gebaseerd op sociaal contact die goed zijn aangepast aan verschillende contexten en culturen, zijn het effectiefst om stigmatisering te verminderen. Antistigmaprogramma's zijn nog effectiever met ervaringsdeskundigen als coproducenten, als doelgroepen worden geraadpleegd en programma's lang worden volgehouden.[7] Verder moet het beeld van psychiatrische aandoeningen in films en televisieprogramma's worden aangepakt. Ook zijn werkgevers een belangrijke doelgroep. Het gaat om het ontkrachten van mythes over de arbeidscapaciteiten van werknemers met psychiatrische aandoeningen en om voorlichting over redelijke aanpassingen in de arbeidsomstandigheden van deze werknemers.

Slotopmerkingen en conclusie

De vraag dringt zich op waarom structureel stigma zo weinig wetenschappelijke aandacht krijgt. Een deel van de verklaring is dat dit onderwerp vruchtbare verbindingen tussen sociologie en psychiatrie vereist. Die verbindingen waren in de jaren 70 en 80 in opbouw, maar naarmate de biologische invalshoek dominanter werd in de psychiatrie zijn deze disciplines steeds meer van elkaar vervreemd geraakt.

Wat betreft onderzoek naar structureel stigma is het onder meer zinvol te inventariseren of bestaande wetten, beleidsmaatregelen en normen op het gebied van ggz overeenkomen met het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.[23] Verder moet worden onderzocht of het grote publiek beleidsmaatregelen die de rechten en mogelijkheden van mensen met psychiatrische aandoeningen inperken dan wel bevorderen, ondersteunt. Ook dient de invloed van (sociale) media op de attitudes van Nederlanders jegens mensen met psychiatrische aandoeningen te worden bestudeerd.
Wat we al weten, is dat structureel stigma een krachtig benadelingsmechanisme is dat je niet zomaar even uitschakelt. Toch moeten we dat wel proberen. Het tegengaan van structureel stigma heeft alles te maken met het bevorderen van sociale rechtvaardigheid, burgerschap en mensenrechten.[24] De ongelijke behandeling wordt versterkt als mensen met een psychiatrische aandoening in armoede leven of andere sociale problemen hebben. Toch moeten we niet uitsluitend focussen op kommervolle levensomstandigheden. De structurele ongelijkheid komt immers mede voort uit de ondergeschikte positie van psychische gezondheid ten opzichte van lichamelijke gezondheid in ons zorgsysteem.[25]
Volgens Link en Phelan moeten interventies tegen structureel stigma beginnen met het aanpakken van de belangen van machthebbende groepen.[3] Zij noemen hiervoor twee manieren. De ene is om stigmatiseerders fundamenteel te veranderen, zodat ze minder geneigd zijn om mensen te onderdrukken. Bij sommige groepen, zoals de lhbtiq+-beweging, is dit gedeeltelijk bereikt. De andere manier is het veranderen van de machtsverhouding tussen stigmatiseerders en gestigmatiseerden. Dit is gedeeltelijk gerealiseerd via wetten die discriminatie verbieden. Noodzakelijk daarbij is de empowerment van mensen die het psychiatrisch stigma zelf ondervinden. Ervaringskennis is onmisbaar om de vaak verborgen vormen van stigmatisering te kunnen opsporen en bestrijden.
De gewenste situatie zal dus niet via een enkele interventie worden bereikt. Structureel stigma indammen vereist een veelzijdig veranderingsproces waarmee veel inzet, tijd en strijd zijn gemoeid.

LITERATUUR

1 College voor de Rechten van de Mens. 10 jaar VN-verdrag handicap. Resultaten belevingsonderzoek. 2026. https://mensenrechten.maglr.com/10-jaar-vn-verdrag-handicap/10-jaar-vn-verdrag-handicap
2 Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York: Simon & Schuster; 1963.
3 Link B, Phelan J. Stigma power. Soc Sci Med 2014; 103: 24-32.
4 Ronaldson A, Henderson C. Investigating changes in mental illness stigma and discrimination after the Time to Change. BJPsych Open 2024; 10: e199.
5 Catthoor K, Dom G. De moeizame aansluiting van psychisch kwetsbare personen bij de wokeness-beweging. Tijdschr Psychiatr 2022; 64: 545-8.
6 Schomerus G, Speerforck S, Angermeyer, e.a. Stigma is on the rise. World Psychiatry 2026; 25: 2-3.
7 McCullock SP, Scrivano RM. The effectiveness of mental illness stigma-reduction interventions: A systematic meta-review of meta-analyses. Clin Psychol Rev 2023; 100: 102242.
8 Link BG, Cullen FT, Struening E, e.a. A modified labeling theory approach in the area of the mental disorders: An empirical assessment. Am Sociol Rev 1989; 54: 400-23.
9 World Health Organisation. Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024.
10 Hatzenbuehler ML. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. Am Psychol 2016; 71: 742-51.
11 Pinfold V, Byrne P, Toulmin H. Challenging stigma and discrimination in communities: A focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities. Int J Soc Psychiatry 2005; 51: 128-38.
12 Tyler I. Stigma. The machinery of inequality. Londen: Zed Books; 2020.
13 Tyler I, Slater T. Rethinking the sociology of stigma. Sociol Rev Monogr 2018; 66: 721-43.
14 Link B, Phelan J. Fundamental-Cause Theory. In: Cockerham WC, red. Medical sociology on the move. Revised edition including new directions in theory. Cham: Springer Nature; 2025. p. 65-82.
15 Ghane S. Van monocultureel systeem naar culturele competenties. Plenaire lezing op het landelijke F-ACT-congres, Leiden, 26 september 2024.
16 Lopes FV, van Ravesteijn B, van Ourti, e.a. Income inequalities beyond access to mental health care: A Dutch nationwide record-linkage cohort study of baseline disease severity, treatment intensity, and mental health outcomes. Lancet Psychiatry 2023; 10: 588-97.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEUR

Jaap van Weeghel, emeritus hoogleraar Participatie en rehabilitatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, departement TRANZO, wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg University; bestuurslid, MIND.

Correspondentie
Jaap van Weeghel (j.vanweeghel@tilburguniversity.edu).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-7-2026.

Citeren
Tijdschr Psychiatr. 2026;68(09):523-526