

SJAAK BOON, ANNET NUGTER & ANTON DIJKER

Stigmatisering in de wijk

Cognitieve en emotionele determinanten van stigmatisering van psychiatrische patiënten

Psychiatrische patiënten worden geregeld geconfronteerd met gevolgen van stigmatisering (Kwekkeboom, 2000). Ze lopen daardoor een groot risico om in een sociaal isolement te raken. Volgens Corrigan en Penn (1999) levert zo'n stigma zelfs net zoveel schade op als de psychiatrische aandoening zelf. Kwekkeboom (2000) laat zien dat de samenleving het huidige extramuraliseringsbeleid weliswaar steunt, maar dat we tegelijkertijd steeds minder bereid zijn om mensen met een psychiatrische aandoening te accepteren in de eigen buurt, familie- of vriendenkring. Door de vermaatschappelijking (psychiatrische patiënten zo normaal mogelijk te laten wonen en werken) lijkt stigmatisering van deze mensen toe te nemen. Desondanks besteden beleidmakers de laatste jaren relatief weinig aandacht aan het fenomeen stigmatisering. Patiënten- en familieorganisaties zoals Pandora en Ypsilon daarentegen voeren al jaren een actief beleid om stigmatisering te voorkomen. Stigmatisering dient zo veel mogelijk voorkomen te worden, wil vermaatschappelijking kans van slagen hebben.

In het kader van de vermaatschappelijking van zorg startte de GGZ Kop van Noord-Holland een project om de integratie te bevorderen van patiënten die vanuit een beschermende woonvorm zouden verhuizen naar een reguliere woonwijk. Om te beginnen wilde men weten wat de opvattingen en gevoelens van buurtbewoners zijn over psychiatrische patiënten. In dit artikel doen we verslag van dat onderzoek, waarbij het accent ligt op emotionele en cognitieve factoren.

Volgens Goffman (1963) is stigmatisering een proces waarbij mensen op basis van een niet-geaccepteerde afwijking van de norm een etiket toebedeeld krijgen. Dijker en Koomen (1996) beschrijven het proces van stigmatisering als volgt:

Ziekten, lichamelijke gebreken en handicaps kunnen als stigma's worden beschouwd. Het zijn afwijkende kenmerken die men als onwenselijk beschouwt, op een bepaalde wijze interpreteert en verklaart (bijvoorbeeld als gevaarlijk en besmettelijk, of als straf voor overtreding van sociale normen), die behalve prosociale ook negatieve emoties zoals vrees en boosheid oproepen, en die vaak resulteren in ambivalentie. Het complexe proces dat door stigma's wordt opgeroepen en waaraan cognitieve, emotionele en gedragsaspecten te onderscheiden zijn, is doorgaans psychologisch zo involverend dat het afwijkende kenmerk tot centraal of wezenlijk attribuut van de persoon wordt. Een typerend resultaat van dit proces is dan ook dat de gestigmatiseerde persoon wordt vermeden en uitgesloten van sociale interactie. (p. 252)

Bovenstaand proces werkten Dijker en Koomen uit in een model dat weer een uitbreiding is van het cognitie-emotie-gedragmodel van Weiner (1988). Het model gaat gedetailleerd in op de verschillende cognitieve en emotionele factoren die een rol spelen bij stigmatisering van zieken en gehandicapten. Dijker en Koomen gaan er in hun model van uit dat cognities die mensen hebben over zieken of gehandicapten van invloed zijn op hun emoties, en dat die emoties weer van invloed zijn op de mate waarin deze zieken of gehandicapten sociaal worden afgewezen. Zo veronderstellen ze een verband tussen de mate waarin iemand verantwoordelijk wordt gehouden voor zijn of haar toestand, en gevoelens van boosheid en medelijden. Naarmate de toegeschreven verantwoordelijkheid toeneemt, neemt de boosheid toe en het medelijden af. Vervolgens leidt boosheid tot meer sociale afwijzing en medelijden tot minder. Boosheid neemt ook toe naarmate de persoon meer wordt beschouwd als iemand die de normen overtreedt, en medelijden neemt toe naarmate de persoon meer wordt gezien als iemand die fysiek of psychisch lijdt. Dijker en Koomen nemen nog een derde emotie (angst) in het model op. Ze veronderstellen dat angst toeneemt naarmate de betrokkene wordt gezien als iemand die fysiek of psychisch lijdt, en dat die toegenomen angst leidt tot meer sociale afwijzing.

Hoewel het model van Dijker en Koomen het stigmatiseringsproces beschrijft van mensen met een lichamelijke ziekte of handicap, lijkt het ook bruikbaar ter verklaring van stigmatisering van psychiatrische patiënten. Zo

veronderstellen Hayward en Bright (1997) dat toegeschreven verantwoordelijkheid en de daarmee geassocieerde boosheid ook een rol spelen bij stigmatisering van psychiatrische patiënten. Daarnaast stellen ze dat de mate waarin deze patiënten als gevaarlijk of onvoorspelbaar worden gezien, in belangrijke mate bijdraagt aan angst en sociale afwijzing (zie ook Crisp, 2000; Link & Cullen, 1987).

'Waargenomen gevaar' zou dus een belangrijke aanvulling op het model van Dijker en Koomen kunnen zijn.

Mensen met ernstige psychiatrische problemen, zoals schizofrenie, worden door de samenleving vaak negatief bekeken (Dijkens, 2002; Greenley, 1984; Johannsen, 1969). Deze reacties hebben op hun beurt negatieve gevolgen voor de acceptatie van deze patiënten door de samenleving (Farina e.a., 1974). Nederlands onderzoek (Kwekkeboom, 2000; GGZ Nederland, 2000; Mootz, 1990) bevestigt deze vooral Amerikaanse en Engelse bevindingen maar ten dele. In Nederland lijkt men over het algemeen positiever te staan ten opzichte van psychiatrische patiënten. Ook blijkt dat wij psychiatrische patiënten niet zozeer gevaarlijk vinden, als wel onvoorspelbaar.

Stigmatisering neemt af naarmate de omgeving meer bekend is met een psychiatrische patiënt (Link & Cullen, 1987). Uit de literatuur blijkt ook dat meer bekendheid met psychiatrische patiënten samengaat met positievere cognities en emoties bij het algemene publiek (Kwekkeboom, 2000; Link & Cullen, 1987; Overkamp, 2000).

Onderzoeksmethode

Het algemene doel van ons onderzoek was om het met behulp van het model van Dijker en Koomen vast te stellen met welke cognities en emoties psychiatrische patiënten geassocieerd worden, en hoe en in welke mate deze cognities en emoties bijdragen aan sociale afwijzing. In navolging van dit model hanteren we het begrip sociale afwijzing in plaats van stigmatisering.

We formuleerden de volgende onderzoeksvragen: a) Welke cognities en emoties ten aanzien van psychiatrische patiënten bestaan er bij het algemeen publiek? b) In welke mate worden psychiatrische patiënten sociaal afgewezen? c) Wat is de relatie tussen de cognities en emoties ten aanzien van psychiatrische patiënten en sociale afwijzing? d) Is er een relatie tussen de mate waarin mensen bekend zijn met psychiatrische patiënten en hun emotionele reacties, cognities en mate van afwijzing?

We namen een representatieve steekproef onder de bewoners van twee wijken: een wijk in de gemeente Schagen en een in de gemeente Niedorp. De adressen kwamen uit een door de computer getrokken representatieve steekproef per wijk door TPG Post. In totaal werden 990 vragenlijsten

verstuurd. In de begeleidende brief vroegen we de vragenlijst binnen drie weken terug te sturen in een meegestuurde antwoordenvolpoe. We benadrukten dat de informatie vertrouwelijk en anoniem zou worden behandeld. Van de 990 verstuurdde vragenlijsten zijn er 267 teruggestuurd (bijna 30%), gelijk verdeeld over de wijken. Uiteindelijk werden 240 vragenlijsten voor het onderzoek gebruikt (de overige 27 vragenlijsten vertoonden te veel *missing values* (>5).

De twee wijken selecteerden we op basis van de aan- of afwezigheid van psychiatrische voorzieningen in de buurt. Schagen is een plattelandsgemeente met 17100 inwoners met een regionale functie in de Kop van Noord Holland. Er is een aantal GGZ-voorzieningen gevestigd: een multifunctionele eenheid (MFE; zie ook Van Opstal & Verbeek elders in dit nummer), een voorziening voor beschermd wonen en een dagactiviteitencentrum (DAC). De gemeente Niedorp is een plattelandsgemeente met 11.444 inwoners waar dergelijke voorzieningen ontbreken. Deze twee gemeenten verschillen qua bevolkingsopbouw nauwelijks van elkaar. Uit de variantie-analyse bleek dat er tussen de wijken geen verschil in gemiddelde leeftijd viel waar te nemen ($F(2,223) = 1,378; p = .254$). De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 48 jaar. 47 % ($n=114$) was man en 52% ($n=126$) vrouw. In de wijk in Schagen wonen meer HBO-opgeleiden en academici, en in Niedorp meer MBO-opgeleiden, maar deze verschillen zijn niet significant. Over de sociaal-economische status kunnen we slechts een indicatie geven: in ons onderzoek vergeleken we alleen de werksituatie. We onderscheiden mensen met werk (parttime of fulltime), mensen met een uitkering (bijstand, werkloos en WAO), gepensioneerden, en mensen die fulltime in het huishouden werkten. De verschillen tussen deze groepen kunnen niet verklaard worden vanuit eventuele verschillen in opleidingsniveau en voor zover je dat uit de arbeidssituatie kunt afleiden, ook niet vanuit sociaal-economische status, want beide groepen verschilden op die variabelen niet significant van elkaar.

We ontwikkelden een vragenlijst met behulp van het model van Dijker en Koomen. Daarnaast namen we een aantal items over uit bestaande vragenlijsten (Nijhof & Hosman, 1980; GGZ Nederland, 2000; Mootz, 1990). In de lijst namen we de volgende onderwerpen op:

Sociale afwijzing De variabele 'sociale afwijzing' uit het model van Dijker en Koomen maten we door vragen over de mate waarin psychiatrische patiënten worden geaccepteerd in verschillende sociale situaties (Nijhof & Hosman, 1980). We legden acht verschillende sociale situaties voor: 'Ik zou een psychiatrische patiënt...: in mijn woonwijk accepteren, als buur accepteren, als collega accepteren, als onderwijzer van mijn kinderen accepteren, als vriend accepteren, als zwager accepteren, als schoondochter accepteren, als schoonzoon/-dochter accepteren, of als oppas van mijn kinderen accepteren.'

We noemen deze schaal de acceptatieschaal.

Demografische kenmerken zoals geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, arbeidssituatie en woonduur.

Emoties ten aanzien van psychiatrische patiënten We stelden twaalf vragen over de emoties die buurtbewoners ervaren wanneer ze met psychiatrische patiënten spreken of aan hen denken. De vierpuntsschaal liep van nooit tot altijd. Naast het afzonderlijke item 'irritatie' vormden we (met behulp van een factoranalyse) de volgende schalen: 'angst' (bestaande uit de items angst en onzekerheid), 'medelijden' (bestaande uit medelijden en ontroering), en 'positieve emoties' (met de items sympathie, betrokkenheid en bewondering).

Cognities ten aanzien van psychiatrische patiënten De vragenlijst bevat zeventien uitspraken over psychiatrische patiënten; in een vijfpuntsschaal kan worden aangegeven in hoeverre men het met de bewering eens is. Na factoranalyse konden we een schaal 'negatieve cognities' benoemen, bestaande uit de items 'zijn opvallend om te zien', 'kunnen agressief zijn', 'veroorzaken overlast', 'zien er verwaarloosd uit', 'zijn onaangepast', 'zijn gevaarlijk', 'ruiken vies' en 'zijn opdringerig'. De schaal 'leed' bestond uit de items: 'hebben het zwaar' en 'lijden aan hun ziekte'. Ten slotte konden we de schaal 'positieve cognities' vormen, bestaand uit de items 'vertrouwen', 'vriendelijk' en 'aardig'. 'Verantwoordelijkheid' en 'onvoorspelbaarheid' werden als aparte items meegenomen.

Bekendheid met psychiatrische patiënten maten we met de vragen 'hoe vaak komt u een psychiatrische patiënt tegen?' en 'hoe vaak spreekt u een psychiatrische patiënt?' Om na te gaan of de woonafstand verschillen kon verklaren, vroegen we of buurtbewoners minder of meer dan twee kilometer vanaf een psychiatrische voorziening woonden.

We verwerken de data met het statistische programma SPSS. De variabelen in de verschillende wijken hebben we met elkaar vergeleken met behulp van een t-toets voor onafhankelijke steekproeven. Met behulp van een Spearman correlatiecoëfficiënt maten we de samenhang tussen de verschillende variabelen. Met een regressieanalyse is nagegaan in hoeverre cognities en emoties sociale afwijzing voorspellen.

Resultaten

Welke ideeën waren er over psychiatrische patiënten? Bijna 43% van de respondenten (n=105) vindt psychiatrische patiënten onvoorspelbaar en 50% (n=119) van de respondenten heeft het idee dat psychiatrische patiënten agressief kunnen zijn. Daarentegen beschouwt slechts 3% (n=8) van de

respondenten psychiatrische patiënten als gevaarlijk. Dat psychiatrische patiënten overlast geven wordt door 14% (n=34) beaamd. Ongeveer een derde (n=80) zegt psychiatrische patiënten vriendelijk te vinden. 34% (n= 82) van de respondenten gelooft dat psychiatrische patiënten het zwaar hebben. 56% (n=135) vindt dat patiënten niet zelf verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor hun ziekte. Met de overige uitspraken zei het merendeel van de respondenten het eens noch oneens te zijn.

Wat betreft de emoties komt het volgende beeld naar voren. Ongeveer de helft van de respondenten zegt zich geïrriteerd te voelen wanneer ze psychiatrische patiënten zien of spreken (51%; n=113). Iets minder dan de helft (45%; n=100) is bang voor psychiatrische patiënten, terwijl 55% (n=122) aangeeft onzeker te zijn. Sympathie voor psychiatrische patiënten wordt door 41% (n=93) van de respondenten gevoeld. Ongeveer de helft (52%, n=118) voelt betrokkenheid. 51% (n=116) heeft medelijden met psychiatrische patiënten. 59% (n=127) zegt zich ontroerd te voelen en 41% (n=88) voelt bewondering wanneer ze een psychiatrische patiënt zien of spreken.

Ongeveer de helft van de respondenten (52%; n=124) accepteert psychiatrische patiënten als buur. Maar 58% (n=138) wil een psychiatrische patiënt niet als onderwijzer en 65% (n= 155) niet als oppas voor hun kinderen. Een psychiatrische patiënt als collega wordt door 53 % (n=125) van de respondenten geaccepteerd. Dit komt overeen met onderzoek van GGZ Nederland (2000), Kwekkeboom (2000), Nijhof & Hosman (1980) en Mootz (1990) Bijna de helft van de respondenten (48%, n=112) blijkt overwegend positief te staan tegenover het idee dat psychiatrische patiënten in de wijk wonen en leven.

Met behulp van de Spearman's rangcorrelatie gingen we na in hoeverre cognities en emoties met elkaar samenhangen (zie Tabel 1). Veel van de correlaties waren significant, maar de verbanden waren niet erg sterk. We vonden correlaties van meer dan .40 tussen positieve emoties en positieve cognities, tussen waargenomen onvoorspelbaarheid en de meer algemene negatieve cognities, en tussen leed en de meer algemene positieve cognities.

De negen verschillende emoties en cognities verklaren 27% van de variantie (R-square = .270). Significante voorspellende waarden hebben de factoren positieve emoties en negatieve cognities, waarbij de verbanden in de verwachte richting liggen: positieve emoties vertonen een positief verband met acceptatie en negatieve cognities een negatief verband. Hoe meer de respondenten het idee hadden dat psychiatrische patiënten onder hun ziekte lijdten, hoe meer ze zeiden hen te accepteren. De emotie medelijden had (anders dan we op basis van Dijker & Koomen verwachtten) een bijna significant negatief verband.

Tabel 1 **Correlaties tussen cognities en emoties**

	Pos. cognities	Neg. cognities	Verantwoordelijkheid	Onvoorspelbaarheid	Leed	Pos. emoties	Medelijden	Angst	Irritatie
Positieve cognities									
Negatieve cognities	-.15*								
Verantwoordelijkheid	-.04	.23**							
Onvoorspelbaarheid	-.14*	.46**	.05						
Leed	.56**	.03	-.13*	.02					
Positieve emoties	.43**	-.12	-.14*	-.05	.28**				
Medelijden	.13	.03	-.2**	.14*	.08	.21**			
Angst	-.00	.13	-.02	.13	-.01	.02	.06		
Irritatie	-.11	.19*	.07	.12	-.13*	-.07	-.01	.29**	

*p<.05 **p<.01

Met een regressieanalyse gingen we na in hoeverre de uitkomsten het model ondersteunen en welke cognities en emoties voorspellende waarde hebben (zie tabel 2)

Tabel 2 **Acceptatie**

	Beta	T	Significantie
Irritatie	-.099	-1.427	.155
Positieve emoties	.366	5.010	.000
Medelijden	-.118	-1.703	.090
Angst	.042	.606	.546
Negatieve Cognities	-.308	-4.003	.000
Positieve cognities	.112	-1.308	.192
Leed	.173	2.126	.035
Verantwoordelijkheid	-.016	-.232	.861
Onvoorspelbaar	.019	.241	.810

Beta=regressiecoëfficiënt; deze geeft het relatieve belang aan van de verschillende variabelen

T=toetsingsgrootheid; hoe groter de T in het model (positief of negatief) des groter is de significantie

Van de tien schalen waarop de inwoners van Schagen en Niedorp met elkaar zijn vergeleken, bleken er op twee significante verschillen te bestaan. De respondenten uit Schagen rapporteerden meer positieve cognities ($t=2.48$; $df=230$; $p<.05$) en minder angst ($t=-2.75$; $df=216$; $p<.05$) voor psychiatrische patiënten dan de inwoners van Niedorp. Verder bleek dat respondenten die binnen een straal van twee kilometer van een psychiatrische voorziening woonden, minder medelijden met psychiatrische patiënten hadden dan respondenten die verder weg woonden ($t= -2.88$; $df=212$; $p<.05$). Naarmate de respondenten vaker psychiatrische patiënten zeiden tegen te komen, rapporteerden ze meer positieve cognities ($r=.25$; $p<.01$) en hadden ze een hogere score op de acceptatieschaal ($r= .22$; $p<.01$). Het aantal keren dat ze met een psychiatrische patiënt spraken, vertoonde geen verband met hun cognities, emoties of acceptatie van psychiatrische patiënten.

1013

Discussie

Uit ons onderzoek blijkt dat de gevoelens die de respondenten over psychiatrische patiënten koesteren, wisselen: de helft van de respondenten voelt zich geïrriteerd, of anders angstig en onzeker. Maar ook ervaart de helft van de respondenten gevoelens van betrokkenheid, medelijden en ontroering. Dat patiënten agressief en onvoorspelbaar kunnen zijn en lijden aan hun ziekte, zijn de meest voorkomende cognities; maar dergelijke cognities komen ook bij de helft (of minder) van de respondenten voor. De acceptatie wordt minder naarmate het contact met een psychiatrische patiënt dichterbij het persoonlijke leven dreigt te komen: men accepteert een psychiatrische patiënt minder als onderwijzer dan als buur en nog minder als oppas voor de kinderen.

Een andere bevinding is dat er verschillende verbanden zijn tussen emoties, cognities en acceptatie. Psychiatrische patiënten worden meer geaccepteerd naarmate er meer positieve emoties en minder negatieve denkbelden over hen zijn. Daarnaast blijkt dat wanneer mensen patiënten onvoorspelbaar vinden, ze ook meer negatieve cognities over hen hebben, en dat ze juist positiever over hen denken wanneer ze het idee hebben dat de patiënt lijdt.

Een interessante uitkomst is dat er in de wijk zonder psychiatrische voorziening (Niedorp) meer gevoelens van angst en onzekerheid zijn dan in de wijk mét een dergelijke voorziening (in Schagen). Tegelijkertijd denken bewoners in de wijk-met-voorziening positiever over psychiatrische patiënten. Daar blijkt ook dat hoe vaker men psychiatrische patiënten tegenkomt, hoe positiever men over hen denkt en hoe meer men hen accepteert. Deze uitkomst

wordt bevestigd door verschillend onderzoek (Kwekkeboom, 2000; Link & Cullen, 1987; Hayward & Bright, 1997). Mogelijk duidt dit op een causaal verband tussen intensiever contact met psychiatrische patiënten, en positievere cognities, positieve emoties en meer acceptatie.

Een aantal verwachte verbanden is niet gebleken. Uit de regressie-analyse blijkt dat angst en boosheid geen voorspellende waarde hebben voor de acceptatie van psychiatrische patiënten. Ook lijkt medelijden een (weliswaar licht) verband te vertonen met het tegenovergestelde: hoe meer medelijden, hoe minder acceptatie. Ook in ander onderzoek is een negatief verband gevonden tussen medelijden en acceptatie (Dijker e.a., 1998). Kennelijk heeft medelijden een negatieve connotatie.

Bovenstaande resultaten zijn relatief omdat het onderzoek een aantal beperkingen kent: een lage respons (ongeveer 30%) en een matige betrouwbaarheid van de vragenlijst. Het validiteitonderzoek van de vragenlijst heeft zich bovendien beperkt tot de *face-validity* (validiteit op het eerste gezicht). Om meer zekerheid te krijgen en om de conclusies te onderbouwen, is herhaling van het onderzoek noodzakelijk.

In hoeverre sprake is geweest van sociaal wenselijke antwoorden is niet duidelijk. Het invullen van de vragenlijsten was weliswaar anoniem, maar omdat het onderzoek zich beperkte tot een schriftelijke zelfinvullijst, is niet duidelijk of de gegeven antwoorden een reflectie zijn van het daadwerkelijke gedrag van de respondenten.

Aanbevelingen

We kunnen voorzichtig concluderen dat een regelmatige ontmoeting tussen bewoners en psychiatrische patiënten normaliserend kan werken. Deze uitkomst bevestigt naar onze mening ook het onderzoek van Kal (2001). Ook zij pleit ervoor om situaties te creëren waar buurtbewoners en psychiatrische patiënten elkaar kunnen ontmoeten, bijvoorbeeld bij gezamenlijke activiteiten in een buurthuis of wijksteunpunt. Ze beschrijft dit in een prachtige metafoor: 'Waar het "huis" geen zorg krijgt vindt de ontmoeting niet plaats. Het "huis" moet geschikt worden gemaakt voor de ontvangst, de drempels moeten verwijderd. En dat niet eenmalig maar telkens weer, omdat er telkens weer uitsluiting dreigt.' (p. 178).

We pleiten daarom voor het creëren van situaties waar buurtbewoners en psychiatrische patiënten elkaar kunnen ontmoeten (bijvoorbeeld bij gezamenlijke activiteiten in een buurthuis of wijksteunpunt). Hierbij zou het opbouwwerk van de wijk een belangrijke rol kunnen spelen. Mogelijk kunnen buurtbewoners en patiënten samenwerken aan projecten in de wijk. Dit vraagt

wel om specifieke voorlichting aan buurtbewoners, maatschappelijke organisaties en gemeenten, zeker bij de introductie van nieuwe beschermde woonvormen in de wijk. Misschien kunnen patiënten hierin zelf een rol spelen, zoals Dijkens (2002) voorstelt. Om de acceptatie van psychiatrische patiënten in de samenleving te bevorderen, zijn voorlichters van patiëntenorganisaties zoals Pandora en Ypsilon overigens al jaren actief.

1015

Dijkens (2002) bepleit aandacht voor de eigen rol en invloed van psychiatrische patiënten zelf in dit proces. Op deze wijze laten ze hun sterke kanten zien en manifesteren ze zich niet uitsluitend als zieke. Dat kan helpen het beeld van psychiatrische patiënten te normaliseren. Onderzocht zou moeten worden of de toename van contact in de buurt ook werkelijk kan leiden tot destigmatisering van psychiatrische patiënten.

Het is interessant om verder onderzoek te doen naar de relatie tussen medelijden en acceptatie, om te zien of dat verband bevestigd wordt. Dit kan van belang zijn bij het ontwikkelen van interventies die integratie en acceptatie in de wijk moeten bevorderen. Wanneer blijkt dat medelijden leidt tot minder acceptatie, dan volgt daaruit dat interventies vooral de sterke kanten van psychiatrische patiënten moeten benadrukken, zodat de omgeving minder geneigd is om te reageren met medelijden. Tot slot zouden we een onderzoek als dit wel eens uitgevoerd willen zien in een grote stad, om erachter te komen of daar de emoties en cognities en mate van acceptatie anders zijn dan in deze plattelandsgemeenten.

Literatuur

- Corrigan, W.P., & D.L. Penn (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, (9) 765-776.
- Crisp, A.H., M.G. Gelder, Rix, H.I. Meltzer & O.J. Rowlands (2000). Stigmatisation of people with mental illness. *Britisch Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Dijkens, M.E. (2002). Beeldvorming en stigmatisering: een onderzoek naar het omgaan met de gevolgen van beeldvorming en stigmatisering bezien vanuit het perspectief van mensen die een opname in de psychiatrie hebben meege maakt. Universiteit van Amsterdam. Doctoraalscriptie.
- Dijker, A.J., & W. Koomen (1996). Stigmatisering van zieken en gehandicapten: Een integratie van cognitieve en emotionele componenten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 51, 252-260.
- Dijker, A.J., N.K. de Vries & A. ter Haar A. (1998). Stereotypen over verstandelijk gehandicapten: Het relatieve belang van uiterlijke kenmerken en toegeschreven eigenschappen. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 53, 120-127.
- Farina, A., J. Thaw, J.D. Loevern, H. Getter & D. Mangone (1974). Peoples reactions to a former mental patient moving to their neighbourhood. *Journal of Community Psychology*, 2, 108-112.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Greenley, J.R. (1984). Social factors, mental illness and psychiatric care: Recent advances from a sociological perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 147, 813-820.
- GGZ Nederland (2001). *Terugkeer van psychiatrische patiënten in de samenleving*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Hayward, P., & J.A. Bright (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345-354.
- Johannsen, W. (1969). Attitudes towards mental patients: A review of empirical research. *Mental Hygiene*, 53, 302-308.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Boom
- Koomen, W. (1992). Sociale Perceptie. In: R.W. Meertens & J.von Grumbkow (red.). *Sociale Psychologie* Groningen: Wolters Noordhof, p.90.
- Kwekkeboom, M.H. (1999). *Naar draagkracht. Een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: SCP/Elsevier Bedrijfsinformatie.
- Kwekkeboom, M.H. (2000). Sociaal draagvlak voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Ontwikkelingen tussen 1987 en 1997. *Tijdschrift voor Gezondheidwetenschappen*, 78, 3, 165-171.
- Link, B.G., & F.T. Cullen (1987). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 289-303.
- Mootz, M. (1990). Enkele houdingen van Nederlanders tegenover (ex) psychiatrische patiënten, 1976- 1987. *Tijdschrift voor Gezondheidwetenschappen* 68, 323-328.
- Nijhof, G., & C. Hosman (1980). Opvattingen van Nederlanders over ex- psychiatrische patiënten en over mensen die als psychisch gestoord worden geëtiketteerd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 9, 504-517.
- Overkamp, E. (2000). *Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake deconcentratie van instellingen met een verstandelijke handicap en zijn empirische effecten* Enschede: Academisch proefschrift Universiteit van Twente.
- Weiner, B., R.P.P. Perry & J. Magnussen (1988). An attributional analysis of reactions to stigma's. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 5, 738-748.
- Weiner, B. (1993) On Sin Versus Sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48, 9, 957-965.

Summary

Boon, J.V., M.A. Nugter & A.J. Dijker
 'Stigma in the community: cognitive and emotional determinants of the stigmatisation of psychiatric patients'
 This study investigates the cognitions and emotions of the general public with respect to psychiatric patients in the community, and the role such factors may play in stigmatisation. It also examines the relationship between familiarity with psychiatric patients and the cognitions, the emotional reactions and the degree of rejection exhibited by the public. The study was based on a theoretical cognition-emotion-behaviour model developed by Dijker and Koomen to explain stigmatisation of the chronically ill and disabled. The researchers found that fear and uncertainty had the strongest

influence on the development of stigma, and that pity played a marginally significant role as well. In community settings where no psychiatric services were available, residents expressed more fear and uncertainty with regard to patients. The more that psychiatric patients were perceived to undergo suffering from their illness, the more likely they were to be accepted in the communities they lived in.

1017

Personalia

Drs J.V.Boon (1957), gezondheidswetenschapper, is manager preventie bij de GGZ Kop van Noord-Holland, onderdeel van de GGZ Noord-Holland-Noord. Adres: Piet Ottstraat 2, 1741 NX Schagen. email: j.boon@ggz-nhn.nl

Dr M.A. Nugter (1956), psycholoog, is wetenschappelijk onderzoeker bij de Stichting GGZ Noord-Holland Noord.

Dr A.J. Dijker (1955), is sociaal psycholoog en als docent werkzaam bij de capaciteitsgroep gezondheidsvoorlichting van de van Universiteit Maastricht.