

# Stigmatisering in de geestelijke gezondheidszorg

## Effect op zorggebruikers, hulpverleners en hulpverlening

**MIEKE VERHAEGHE EN PIET BRACKE**

*'Zorggebruikers, familieleden en hulpverleners kampen allen met de gevolgen van negatieve maatschappelijke reacties. Het is cruciaal dat ze hun krachten bundelen.'*

*De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor stigmatisering binnen de geestelijke gezondheidszorg. We kunnen zelfs spreken van een ware 'boom' aan onderzoek en vakliteratuur over stigmaprocessen. We onderscheiden daarbij twee grote onderzoekslijnen. Er zijn studies die de denkbeelden, attitudes en gedragsintenties van het grote publiek tegenover personen met psychiatrische aandoeningen in kaart brengen. Daarnaast is er een kleinere onderzoekslijn die de ervaringen van zorggebruikers bestudeert. Dit type onderzoek focust op de mate waarin zorggebruikers stigmatisering ervaren en welke gevolgen deze ervaringen hebben voor de zorggebruiker zelf, de hulpverlening en de hulpverlener. Zo blijkt dat zorggebruikers die meer stigma-ervaringen hebben, een minder sterke daling van psychische symptomen kennen, minder therapietrouw vertonen, sneller hun medicatiegebruik staken of hun behandeling volledig onderbreken. In deze bijdrage presenteren we de resultaten van twee studies naar hoe stigmaprocessen de hulpverlening precies beïnvloeden, en omgekeerd. Er werden in Vlaanderen maar liefst 843 zorggebruikers en 595 hulpverleners voor bevraagd.*

### **STIGMAPROCESSEN**

Vooraleer te focussen op de concrete onderzoeksvragen en -resultaten willen we kort de verschillende soorten stigmaprocessen schetsen. De oudste en meest bekende literatuur over stigmatisering richt zich op wat men het publieke stigmaproces noemt. De basisredenering is dat er in de samenleving negatieve denkbeelden bestaan over personen met psychiatrische aandoeningen: ze worden beschouwd als gevaarlijk, onvoorspelbaar, onbetrouwbaar of aanstellerig. Deze negatieve denkbeelden roepen bij mensen gevoelens van angst en onbegrip op die kunnen leiden tot negatieve gedragingen tegenover personen met psychische moeilijkheden. Voorbeelden hiervan zijn discriminatie op de arbeidsmarkt, het moeilijk vinden van een huurwoning, problemen bij het afsluiten van verzekeringen of vermijding door vrienden en familieleden. Een belangrijke trigger voor deze negatieve reacties is het ontvangen van professionele psychische hulp. Dit fungeert voor de omgeving als een bevestiging van het label 'psychisch ziek'. Zorggebruikers geven dan ook frequent aan dat ze negatieve reacties ervaren vanuit hun omgeving: dit noemen we publiek stigma of sociale verwerping. Binnen dit onderzoek, waarbij we focussen op zorggebruikers die op het ogenblik van de studie ambulante of residentiële professionele hulp ontvingen, definiëren we publiek stigma of sociale verwerping concreet als het erva-

ren van negatieve reacties omwille van het feit dat men professionele psychische hulp krijgt.

Recenter heeft men ook meer subtiele stigmatoprocessen blootgelegd. Hierbij staan de beleving en de uiteindelijke reacties van de zorggebruiker centraal. Het basisidee van deze subtielere processen is dat ze ook plaatsvinden, zelfs al zijn er geen directe negatieve reacties vanuit de omgeving van de zorggebruiker. Zorggebruikers worden namelijk zelf sterk beïnvloed door de negatieve ideeën, attitudes en gedragingen vanuit de samenleving. Vaak hebben ze die zelf geïnternaliseerd tijdens hun eigen socialisatieproces. In eerste instantie is het mogelijk dat ze zelf die negatieve denkbeelden aanhangen. Op het ogenblik dat ze dan zelf geconfronteerd worden met een psychiatrische aandoening vertaalt dit zich in schaamte en minderwaardigheidsgevoelens. Daardoor kunnen zorggebruikers bijvoorbeeld personen uit hun omgeving beginnen vermijden. Deze gevoelens duiden we aan als zelfstigma: schaamte- en minderwaardigheidsgevoelens omwille van het ontvangen van professionele psychische hulp. Het is echter ook mogelijk dat zorggebruikers het niet helemaal eens zijn met die negatieve attitudes. Ze zijn zich echter wel sterk bewust van deze attitudes in hun omgeving en gaan hun gedrag daaraan aanpassen. Met andere woorden: ze anticiperen op mogelijke negatieve reacties vanuit de omgeving. Zo kunnen ze vrienden en kennissen vermijden uit angst dat deze vrienden vragen zullen stellen over hun aandoening of dat ze hen zouden negeren of afwijzen. Angst voor afwijzing zorgt dus voor bepaalde gedragsaanpassingen. We duiden dit aan als stigmatverwachtingen: algemene verwachtingen dat personen met psychiatrische aandoeningen negatief beoordeeld en behandeld worden.

We gaan ervan uit dat ervaringen van sociale verwerping en de twee subtielere vormen van stigma-ervaringen (zelfstigma en stigmatverwachtingen) elkaar niet uitsluiten, maar integendeel kunnen versterken.

## ASSOCIATIEF STIGMA

Naast deze drie verschillende soorten stigma-ervaringen die zich situeren bij personen met psychische aandoeningen zelf – binnen deze studie beperkt tot zorggebruikers – is er echter ook sprake van associatief stigma. Socioloog Goffman noemde dit indertijd ‘courtesy stigma’. Associatief stigma slaat op stigmatisering van personen die zelf geen (vermeende) kenmerken dragen op basis waarvan ze negatieve reacties dreigen te ontvangen, maar die wel op een of andere manier geassocieerd worden met gestigmatiseerden. Een typisch voorbeeld binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn familieleden van zorggebruikers. Talrijke studies hebben uitgewezen dat deze familieleden ook stigmatisering ervaren: ook zij worden vermeden of ervaren zelf schaamte omwille van een familielid met een psychiatrische aandoening. Een minder gekend

---

*Studies wezen uit dat de publieke opinie negatieve attitudes heeft tegenover hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg.*

---

voorbeeld zijn de hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Studies in het buitenland wezen uit dat de publieke opinie ook negatieve attitudes heeft tegenover professionele hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg.

## HET ONDERZOEK

De resultaten waarover we in deze bijdrage rapporteren zijn gebaseerd op een grootschalig onderzoek bij vijf verschillende soorten organisaties in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen: psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in een algemeen ziekenhuis (PAAZ), Centra Geestelijke Gezondheidszorg, dagactiviteitencentra en psychosociale revalidatiecentra met RIZIV-conventie. In het kader van het onderzoek werden 843 zorggebruikers en 595 hulpverleners bevroegd.

Het onderzoek valt uiteen in twee studies. De eerste studie vertrekt vanuit het standpunt van de zorggebruiker en focust op de wijze waarop de subtielere stigmatoprocessen hulpverleningsprocessen kunnen belemmeren. We legden daarbij de focus op het verband tussen stigmatisering en de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en zorggebruiker. De

tweede studie vertrekt vanuit het perspectief van de hulpverlener. Ondervinden hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg negatieve gevolgen van associatief stigma, en wat is hiervan het effect op de hulpverlening en zorggebruiker?

Beide studies hebben beperkingen die we niet uit het oog mogen verliezen bij de interpretatie van de resultaten. Zo is het onderzoek beperkt tot zorggebruikers die in staat en bereid waren om deel te nemen. Dit leidt volgens ons tot een onderschatting van de ernst van de aangekaarte problematiek omdat zorggebruikers met meer stigma-ervaringen of met een lagere cliënttevredenheid wellicht minder bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek. Een andere beperking is het gebrek aan longitudinale gegevens. Het onderzoek is een momentopname waardoor we geen uitspraken kunnen doen over de causaliteit van de gevonden verbanden. Toch wensden we er op te wijzen dat de onderzoeksgegevens heel rijk en uniek zijn en dat beide studies ons nieuwe inzichten bijbrengen.

### STIGMA, VERTROUWEN, TEVREDENHEID

Het uitgangspunt voor het bestuderen van het verband tussen stigmatisering en vertrouwensrelaties in de geestelijke gezondheidszorg was tweeledig. We beogen meer inzicht te verwerven in de processen binnen de hulpverlening zelf die kunnen verklaren waarom en hoe stigmatisering een barrière vormt voor het herstel van zorggebruikers. Zelf vonden we het evident om hierbij aandacht te besteden aan het vertrouwen dat zorggebruikers hebben in de zorgverleners. Talrijke studies tonen immers aan dat dit vertrouwen een belangrijke component en zogenaamde 'common factor' is voor de doeltreffendheid van hulpverlening. Een focus op de vakliteratuur leert echter dat empirisch onderzoek over deze vertrouwensrelatie binnen de geestelijke gezondheidszorg bijzonder schaars is. Dit haat binnen het vakonderzoek was een tweede reden om meer inzicht te krijgen in dit thema.

Twee onderzoeksvragen vonden we belangrijk. De eerste gaat over het verband tussen de drie soorten stigma-ervaringen en het al dan niet hebben van vertrouwen. Daarbij wilden we graag inzicht krijgen in achtergrondkenmerken van de zorggebruikers die samenhangen met een sterker vertrouwen in de hulpverleners. De tweede onderzoeksvraag focust op het verband tussen de drie vormen van stigmatisering en cliënttevredenheid. Hangen bepaalde componenten van stigmatisering samen met cliënttevredenheid en welke rol speelt vertrouwen hierbij?

De onderzoeksresultaten wijzen uit dat zowel stigmaverwachtingen als zelfstigma verband houden met een verminderd vertrouwen. Of anders gezegd:

*Stigmatisering belemmert gedeeltelijk de waargenomen doeltreffendheid van de hulpverlening.*

zorggebruikers die bang zijn voor negatieve reacties vanuit de samenleving stellen minder vertrouwen in hun zorgverstrekkers. Hetzelfde geldt voor zelfstigma: wie zich schaamt of minderwaardig voelt omwille

van de hulpverlening zal ook minder vertrouwen stellen in de hulpverleners zelf. Concrete negatieve reacties vanuit de omgeving houden echter geen verband met het vertrouwen in de hulpverleners. Daarnaast krijgen we in onze studie een zeker inzicht in het profiel van zorggebruikers met meer of minder vertrouwen. Zo zien we dat zorggebruikers met meer symptomen of met een intensievere hulpverlening minder vertrouwen hebben, net omwille van hogere stigma-ervaringen.

Zoals gezegd vroegen we ons ook af of dit implicaties zou hebben voor de uitkomsten van de zorg, en wat zegt het onderzoek? Zelfstigma hangt samen met minder tevredenheid. Hoe meer schaamte- en minderwaardigheidsgevoelens hoe negatiever zorggebruikers zich uitlaten over de ontvangen hulpverlening. Dit kan men bovendien voor een deel toeschrijven aan het verminderde vertrouwen. Een andere vaststelling is dat zorggebruikers die negatieve reacties verwachten van hun omgeving eigenlijk meer tevreden zouden zijn over de hulpverlening. Het feit dat hun vertrouwen echter

ondermijnd wordt door de stigmaverwachtingen belemmert dit proces. Anders gezegd: stigmatisering belemmert gedeeltelijk de waargenomen doeltreffendheid van de hulpverlening omdat dit het vertrouwen in de hulpverleners zelf ondermijnt.

Samengevat: wie negatieve reacties vanuit de samenleving verwacht, stelt minder vertrouwen in hulpverleners, wat een belemmering vormt voor de uiteindelijke uitkomsten. Wie zich schaamt of minderwaardig voelt omwille van

de hulpverlening, stelt minder vertrouwen in hulpverleners en ervaart uiteindelijk hierdoor de hulpverlening als minder doeltreffend. Zorggebruikers met meer psychische symptomen of met een intensievere hulpverlening stellen minder vertrouwen in hun hulpverleners omwille van hogere schaamte- en minderwaardigheidsgevoelens.

## STIGMA EN HULPVERLENERS

De tweede studie focust op de linken tussen stigmatisering en hulpverleners. Ook over dit aspect kunnen we in de vakliteratuur twee grote onderzoekslijnen onderscheiden. De eerste bestudeert de denkbeelden, attitudes en gedragingen van hulpverleners zelf met betrekking tot de doelgroep. Hierbij gaat men na in welke mate hulpverleners stereotype ideeën en vooroordelen hebben die zich kunnen vertalen in negatieve attitudes en gedragingen tegenover de zorggebruiker. Het zijn studies die de nadruk leggen op stigmatisering door hulpverleners zelf. Vaak worden hun ideeën en attitudes dan vergeleken met die van de brede bevolking. De resultaten van deze studies zijn echter niet eenduidig; soms vindt men bij hulpverleners meer negatieve denkbeelden en attitudes maar andere studies spreken dit dan weer tegen. De tweede onderzoekslijn stelt hulpverleners eerder voor als slachtoffer. Men gaat er dan van uit dat hulpverleners zelf gestigmatiseerd worden. Uitingen van dit associatief stigma zijn onder meer negatieve stereotypes over hulpverleners in de media en de relatief lage beroepsstatus: onder artsen zouden psychiaters de laagste be-

roepsstatus hebben, bij verpleegkundigen zijn dit dan de psychiatrisch verpleegkundigen. Hoewel verschillende studies gewag maken van het bestaan van associatief stigma blijkt er nauwelijks onderzoek te bestaan naar de gevolgen ervan.

---

*Ruim tweederde van de bevroegde hulpverleners kreeg al negatieve reacties over hun werk.*

---

In onze studie hebben we bij hulpverleners gepeild naar ervaringen van associatief stigma. Krijgen zij negatieve reacties op het feit dat men in de geestelijke gezondheidszorg werkt? Of ervaart men schaamte- en minderwaardig-

heidsgevoelens hierover? En wat blijkt? Ruim tweederde van de bevroegde hulpverleners kreeg al negatieve reacties over hun werk, zij het dat die ervaringen voor de meerderheid onder hen eerder zeldzaam voorkwamen. Schaamtegevoelens kwamen nauwelijks voor maar 10% aarzelde wel eens te vertellen waar hij werkt. Associatief stigma kwam meer voor bij verpleegkundigen in vergelijking met sociaal werkers of psychologen maar we vonden geen leeftijd- of geslachtsverschillen.

## BURN-OUT

De vraag is nu in welke mate deze stigma-ervaringen van hulpverleners samenhangen met hun arbeidsbeleving en in tweede instantie met de uitkomsten voor de doelgroep. Of concreter: hangt associatief stigma samen met aspecten van arbeidsbeleving zoals arbeidstevredenheid en burn-out? Uit studies blijkt immers dat hulpverleners stigmatisering als stresserend ervaren en dat het één van de aspecten is die ze spontaan aanduiden als ze bevroegd worden over de nadelen van hun werk. Uiteraard hebben we bij deze studie rekening gehouden met die factoren die in de vakliteratuur als cruciaal aangeduid worden voor arbeidstevredenheid en het voorkomen van burn-out, met name autonomie en sociale steun vanuit het team. Bij het bestuderen van burn-out brachten we de drie centrale elementen ervan in beeld: gevoelens van verminderde bekwaamheid, emotionele uitputting en depersonalisering, het onpersoonlijk behandelen van de doelgroep.

Uit ons onderzoek blijkt dat stigma-ervaringen van hulpverleners inderdaad verbonden zijn met twee dimensies van burn-out. Hoe meer associatief stigma, hoe meer depersonalisering en emotionele uitputting, en hoe lager uiteindelijk de arbeidstevredenheid is. We leiden hieruit af dat ook hulpverleners negatieve gevolgen van stigmatisering ervaren.

### EFFECT OP ZORGGEBRUIKERS

Vervolgens vroegen we ons in de studie af in welke mate deze gevolgen voor de hulpverleners zich vertalen in negatieve gevolgen voor de zorggebruikers zelf. We kunnen immers aannemen dat hulpverleners die zich meer uitgeput voelen en minder tevreden zijn met hun job, dit op één of andere manier uiten in hun functioneren en in hun interacties met de zorggebruikers. Op basis van deze veronderstelling gingen we na of er een samenhang is met gevoelens van schaamte en minderwaardigheid bij zorggebruikers, en uiteindelijk ook hun tevredenheid met de hulpverlening.

Het antwoord is positief. De resultaten wijzen inderdaad op een samenhang tussen het associatief stigma van hulpverleners en het zelfstigma bij zorggebruikers. Met andere woorden: de kans dat cliënten zich schamen en zich minderwaardig voelen, stijgt wanneer hulpverleners te maken hebben met negatieve reacties op hun beroep. Wij vermoeden dat dit eventueel verklaard kan worden doordat zorgverstrekkers met meer associatief stigma-ervaringen hun doelgroep onpersoonlijker behandelen, maar onze gegevens laten niet toe dit verband tussen onpersoonlijker behandelen en zelfstigma te bevestigen. Het is ook mogelijk dat het verband tussen beiden het gevolg is van een gemeenschappelijke oorzaak, bijvoorbeeld wanneer kenmerken van de vestigingsplaats van de zorginstelling zouden bijdragen tot stigmagevoelens bij zowel zorgverleners als zorggebruikers. Enkele verkennende analyses hebben geen dergelijke factoren opgeleverd, maar toch kunnen we deze mo-

gelijkheid niet uitsluiten. Verder blijkt dat associatief stigma bij hulpverleners samenhangt met minder tevredenheid bij de zorggebruiker over de dienstverlening. Dit associatief stigma gaat immers samen met gevoelens van schaamte en minderwaardigheid bij de zorggebruiker en met een lagere arbeidstevredenheid van de hulpverleners. Beide factoren dragen bij tot een negatievere evaluatie van de hulpverlening door de cliënten. We spreken daarom van een 'spill-over' effect van de tevredenheid van hulpverleners naar cliënttevredenheid.

---

*De kans dat cliënten zich schamen, stijgt wanneer hulpverleners te maken hebben met negatieve reacties op hun beroep.*

---

Opnieuw samengevat leidt dit tot volgende vaststellingen. Meer dan tweederde van de ondervraagde hulpverleners heeft ooit negatieve reacties ervaren omwille van hun beroep in de geestelijke gezondheidszorg. Associatief stigma bij hulpverleners hangt samen met

meer gevoelens van burn-out en een lagere arbeidstevredenheid en gaat gepaard met meer gevoelens van schaamte en minderwaardigheid bij de zorggebruikers. Omdat associatief stigma bij hulpverleners samenhangt met een lagere arbeidstevredenheid, is het uiteindelijk effect ook een lagere cliënttevredenheid.

### BEWUSTWORDING

De resultaten van deze studies hebben een aantal implicaties voor zorgverstrekkers. Ten eerste lijkt het ons belangrijk dat ze zich bewust worden van de gevolgen van de subtiele stigmaprocessen voor het vertrouwen dat zorggebruikers in hen stellen. Hulpverleners zijn vertrouwd met publieke stigmaprocessen zoals vermijding en uitsluiting door de onmiddellijke omgeving van de zorggebruikers of met de uitsluiting op de woning-, arbeids- en verzekeringsmarkt. Hulpverleners blijken echter een pak minder vertrouwd te zijn met de meer subtiele processen zoals stigmaverwachtingen en zelfstigma. Nochtans zijn deze subtiele processen minstens even krachtig. Stigmatisering speelt bovendien niet enkel een rol bij de reïntegratie van zorggebruikers maar ook bij de eigenlijke herstelprocessen die zich

gedeeltelijk binnen zorgsettings afspelen. Hulpverleners zijn zich vaak minder bewust van het feit dat zorggebruikers, via de meer subtiele processen, stigmatisering mee naar 'binnen' brengen in zorgorganisaties en dat dit het contacten met zorggebruikers kan bemoeilijken.

Het is belangrijk dat zorgverstrekkers zich bewust worden van deze processen en de houdingen of gedragingen van de zorggebruikers in dit licht (her)interpreteren. Zo blijkt uit onze studie dat het beperkte vertrouwen dat sommige zorggebruikers stellen in hun hulpverleners deels te maken heeft met gevoelens van schaamte en minderwaardigheid omwille van het ontvangen van professionele psychische hulp. Het samen kunnen verwoorden van deze gevoelens en het samen bekijken van de wijze waarop ermee omgegaan wordt, zouden een eerste stap kunnen vormen naar een aanpak. Helaas blijkt vooralsnog dat spontane copingtechnieken weinig werkzaam zijn en staat het onderzoek naar werkzame methodieken voor het omgaan met stigmatisering nog in zijn kinderschoenen. Naast bewustwording van de problematiek is er naar ons inzien dan ook nog een hele weg af te leggen naar de doeltreffende aanpak ervan tijdens de hulpverlening zelf.

Daarnaast is het belangrijk te beseffen dat stigmatisering meer is dan negatieve reacties van de maatschappij tegenover personen met psychiatrische aandoeningen. Uit onze studie blijkt dat een aantal hulpverleners mee gestigmatiseerd wordt, en dat dit samengaat met een negatieve arbeidsbeleving en negatieve uitkomsten voor de zorggebruikers. Onze studie laat echter niet toe de precieze processen die zich afspelen bloot te leggen. Toch vinden we het een belangrijke bevinding die parallel loopt met eerder onderzoek naar een groep die eveneens geconfronteerd wordt met associatief stigma, met name familieleden van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Zorggebruikers, familieleden en hulpverleners kampen allen met de gevolgen van negatieve maatschappelijke reacties. Het is dan ook cruciaal dat deze drie partijen hun krachten bundelen, niet alleen in de eigenlijke herstelprocessen maar ook in de aanpak van stigmatisering waarvan de impact op herstelprocessen steeds duidelijker in beeld komt.

*Mieke Verhaeghe is socioloog en docente aan de KATHO-IPSOC, opleiding Sociaal Werk. Prof. Dr. Piet Bracke is verbonden aan het departement sociologie van de UGent. Reacties? mieke.verhaeghe@katho.be of piet.bracke@ugent.be*

## Verwijzingen

- Van Raes, J. en Nulens, J. (2012), 'Werken in de geestelijke gezondheidszorg. Aangenaam en zinvol', *Alert*, 2, 29-34.
- Verhaeghe, M. en Bracke, P. (2011), 'Stigma and trust among mental health service users', *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 294-302.
- Verhaeghe, M. en Bracke, P. (2012), 'Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being', *Journal of Health & Social Behavior*, 53(1), 17-32.