

## Hoe gaat het met u? Onderzoek naar de houding van CM-leden tegenover personen met psychische problemen en psychische hulpverlening.

*Rebekka Verniest (Studiedienst), Carolien Luypaert (Compas)*

*Piet Bracke (UGent, Vakgroep Sociologie), Lisa Colman (UGent, Vakgroep Sociologie)*

*Met dank aan Hervé Avalosse en Louise Lambert (Studiedienst)*

### Samenvatting

*Mensen stellen elkaar vaak de vraag 'hoe gaat het met u?' Maar vaak is dit vooral een beleefde begroeting. Ze zijn er dan doorgaans niet op voorbereid dat het antwoord ook minder positief kan zijn en zouden niet weten hoe te reageren. Bovendien zal diegene aan wie de vraag wordt gesteld, doorgaans ook aarzelen om hier openlijk over te praten, zeker wanneer het wat minder gaat of er sprake is van psychische problemen. Over deze problemen praat men nu eenmaal niet graag. Dit is in belangrijke mate het gevolg van het stigma dat nog steeds op psychische problemen rust. Bij stigma krijgen mensen op basis van een specifiek kenmerk een stempel opgekleefd en worden hieraan negatieve kenmerken gekoppeld. Dit leidt tot reacties van angst en boosheid, de wens tot afstand en afwijzend en discriminerend gedrag. Maar stigma gaat verder dan interpersoonlijke contacten, het heeft ook een structurele component, meer bepaald de stigmatiserende en discriminerende processen in de samenleving.*

*Met een onderzoek wilde CM een beeld krijgen van de houding van haar leden tegenover personen met een psychische kwetsbaarheid en tegenover de geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurde door hen een casus voor te leggen van een persoon met een psychische kwetsbaarheid (= vignette) en hierover een aantal vragen te stellen. Hoe beoordelen zij de situatie van de persoon met psychische kwetsbaarheid? Wat zien zij als mogelijke oorzaken? Hoe schatten zij de herstel mogelijkheden in? En welke afstand willen zij? Uit de resultaten blijkt dat er ondanks een globaal positieve houding, ook sporen van vooroordelen en stigma te bespeuren zijn.*

*Gezien de impact van dit stigma op de persoon met psychische kwetsbaarheid op het vlak van behandeling, zelfbeeld, levenskwaliteit en re-integratie in de samenleving, is het belangrijk verder in te zetten op initiatieven die stigmatisering willen tegengaan. Naast initiatieven die focussen op positieve beeldvorming en correcte informatie over psychische problemen en behandelmogelijkheden, moet ook aandacht gaan naar het wegwerken van structurele stigmatiserende en discriminerende processen. Ook CM wil hierin haar verantwoordelijkheid blijven opnemen.*

*Sleutelwoorden: Psychisch lijden, Geestelijke gezondheid, vermaatschappelijking, taboe, stigma, beeldvorming, vooroordelen, discriminatie*

### 1. Inleiding

De vraag 'hoe gaat het met u?' is in onze samenleving voor velen geëvolueerd naar niets meer dan een beleefde begroeting. Wie de vraag stelt, verwacht in principe geen negatief antwoord. En als dat negatieve antwoord er wel komt, weet men misschien niet altijd hoe te reageren. Bovendien zeggen mensen die de vraag krijgen niet altijd hoe ze zich echt voelen.

Als het over negatieve gevoelens en psychische problemen gaat, hebben mensen nog altijd heel veel schroom om erover te praten. En ook de stap naar professionele hulpverlening is voor velen niet gemakkelijk. Dit heeft in niet onbelangrijke mate te maken met het stigma dat nog steeds op psychische problemen rust.

Stigma is een complex gegeven met meerdere dimensies met cognitieve, affectieve en gedragscomponenten<sup>1</sup>. Het start met het proces waarbij personen met een specifiek kenmerk, c.q. een psychisch probleem, op basis van dit kenmerk een stempel krijgen. Hieraan worden vervolgens een aantal negatieve karakteristieken gekoppeld. Zo worden personen met psychische problemen vaak beschouwd als zwak, onbetrouwbaar, onvoorspelbaar of gevaarlijk. Deze negatieve stereotypering leeft zowel bij de omgeving (publiek stigma) als bij de persoon zelf die deze stereotypen verinnerlijkt (zelfstigma). Zo ontstaat de wens om afstand te nemen, een "wij-zij"-gevoel en kan dit ertoe leiden dat het zelfvertrouwen en zelfbeeld van personen uit de gestigmatiseerde groep zwaar worden aangetast en zij zich anders en minderwaardig voelen. Van de kant van de stigmatiserende persoon zijn er gevoelens van irritatie, boosheid, angst en bij de gestigmatiseerde persoon gevoelens van angst en schaamte. De gestigmatiseerde verliest zijn rol, zijn status in de samenleving en er is sprake van discriminerend gedrag. Het stigmaproces kan ook niet los gezien worden van heersende machtsverhoudingen en het feit dat meer kwetsbare groepen de gevolgen van negatieve stereotypering moeilijker kunnen ontlopen dan meer bevoorrechte groepen. De discriminatie doet zich voor in interpersoonlijke relaties waarbij iemand met psychische problemen bijvoorbeeld problemen ondervindt om deel te nemen aan het sociaal leven, om aanvaard te worden voor een job of om een woning te huren. Maar deze discriminatie situeert zich ook op een hoger niveau<sup>2</sup>. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in de algemeen negatievere beeldvorming in de media, in het gezondheidsbeleid dat te weinig aandacht besteedt aan geestelijke gezondheid (szorg), in verzekeringsproducten met verschillende voorwaarden voor personen met psychische problemen. Omdat personen met een psychische kwetsbaarheid zich bewust zijn van deze moeilijkheden, zullen zij hier vaak op anticiperen en bijvoorbeeld hun gezondheidsproblemen angstvallig verborgen houden, zich op zichzelf terugtrekken, de vraag naar hulp en ondersteuning uitstellen of de behandeling in een voorziening verzwijgen en de tijdelijke afwezigheid bijvoorbeeld als verlof duiden. Op deze manier willen ze negatieve reacties, het oordeel van de omgeving en discriminerend gedrag vermijden (ervaren stigma). Dit stigma kan daarenboven afstralen op mensen uit de omgeving van psychisch zieken waardoor ook zij niet openlijk over de situatie durven praten (associatief stigma).

Het moge dan ook duidelijk zijn dat stigma voor individuen een vernietigende en herstelbelemmerende invloed kan hebben en niet alleen impact heeft op het behandelen van de psychische problemen, maar ook op de mogelijkheden tot zelfontplooiing door het opnemen van rollen in de samenleving en dus op de levenskwaliteit. Stigma wordt door sommigen dan ook omschreven als de tweede ziekte die overwonnen moet worden, als de eigenlijke 'vijand' die verslaan moet worden<sup>3</sup>.

Zo blijkt uit de realiteit dat er een verband bestaat tussen psychische problemen en socio-economische status: 72% van de personen die een beroep doen op een OCMW of CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk) ervaren een toestand van psychisch onwelbevinden en 58% van hen kent een milde depressiviteit. 36% ondernam reeds een poging tot zelfdoding. Dit zijn veel hogere cijfers dan bij personen die geen beroep doen op sociale ondersteuning<sup>4</sup>. Uit een bevraging bij de erkende instellingen voor schuldbemiddeling op tendensen in het profiel van het cliënteel, wordt onder meer gewezen op een toename van het aantal multiprobleemdossiers waarbij er naast de financiële problemen vooral sprake is van problemen op diverse levensdomeinen (vb. sociaal isolement, huisvesting, ...), alsook naar een toename van psychische problemen en verslaving<sup>5</sup>. Wat dit laatste betreft is het een opvallende vaststelling dat in 2018 bijna 60% van het cliënteel te kampen heeft met één of meerdere psychische problemen en/of verslaving(en). Een andere vaststelling is dat de schulden van mensen met psychische problemen vaak moeilijk af te bouwen zijn.

Op vlak van tewerkstelling is gebleken dat de tewerkstellingsgraad van personen met psychische aandoeningen 50% bedraagt. Dit is 15% lager dan voor personen zonder psychische aandoeningen. Bovendien is de kloof tussen beide groepen tussen 1997 en 2008 toegenomen. De tewerkstellingsgraad neemt ook af met toenemende ernst van de aandoening. Uit studies van de OESO is al gebleken dat de werkloosheidsgraad van personen met een psychische aandoening doorgaans dubbel zo hoog is als van personen zonder psychische aandoening. In België bedroeg de werkloosheidsgraad in 2018 26,5% voor personen met ernstige psychische problemen en 17,3% in geval van gematigde psychische problemen tegenover 9,5% bij personen zonder deze problemen<sup>6</sup>.

1. Bruce G. Link and Jo C. Phelan, Conceptualizing Stigma. In: Annual Review of Sociology vol. 27:363–85, August 2001 (<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>) en Bruce Q. Link et.al, Measuring Mental Illness Stigma. Schizophrenia Bulletin, Vol. 30, No. 3, 2004 (<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/30/3/511/1933054>)
2. Charlotte Sercu, Stigma and the psychiatric enterprise: An ethnographic study of stigma in the Belgian mental health care context. Dissertation submitted to the Faculty of Political and Social Sciences of Ghent University in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor in Sociology. Academic year 2015-2016.
3. Zie onder meer <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/stigma>
4. <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>
5. Hans Ledegen, Vlaamse gezinnen in budget- en/of schuldhelpverlening Cijfergegevens 2015 – 2018, Steunpunt Mens en Samenleving, juli 2019
6. Jeroen KNAEPS, Vocational rehabilitation People with mental health problems Vocational rehabilitation counselors Mental health practitioners. Dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in the Biomedical Sciences. Leuven, March 2015

Nochtans maakt iedereen wel eens een moeilijker periode mee of een periode met klachten zoals slaapproblemen, stress of veel piekeren. Nochtans worden heel veel mensen met een psychische aandoening geconfronteerd, soms voor een lange periode en is het belangrijk om dan met anderen over de problemen te kunnen praten en om, zo nodig, de stap naar professionele hulpverlening te zetten. Daarom is het belangrijk dat het taboe en stigma verder bestreden worden.

Om meer inzicht te hebben in de houding van de CM-leden, organiseerde CM in het voorjaar 2019 bij de CM-leden een groot-schalig onderzoek naar het taboe rond psychische problemen en over de eigen ervaringen met psychische problemen<sup>7</sup>.

## 2. Onderzoeksmethode

Einde mei 2019 gebeurde een online bevraging bij een willekeurige steekproef van 100.000 CM-leden<sup>8</sup> aangesloten bij een Vlaams CM-ziekenfonds. Uiteindelijk konden 5.675 van de 7.034 ontvangen vragenlijsten weerhouden worden voor verdere verwerking<sup>9</sup> (responsgraad = 7%).

De vragenlijst, opgesteld in samenwerking met de UGent<sup>10</sup>, bevatte enkele vragen over het profiel van de respondent en vragen over de eigen ervaringen met psychische problemen en hoe ze ermee omgingen. Daarnaast werd ook gepeild naar hun houding tegenover personen met psychisch lijden en tegenover psychische hulpverlening<sup>11</sup>.

Hiervoor werd gebruik gemaakt van de 'vignette-techniek', een vaak gebruikte methode in studies rond stigma bij psychisch lijden. Dit deel van de enquête startte met de beschrijving van een casus van iemand die geconfronteerd wordt met een psychische kwetsbaarheid ('vignette'), zonder hierbij de aandoening expliciet te benoemen. Er werden enkel een reeks typische symptomen beschreven, in overeenstemming met de DSM-IV-classificatie van psychische problemen. Er werden in

dit onderzoek vier verschillende casussen gebruikt (zie kader):

- Man met symptomen van depressie
- Vrouw met symptomen van depressie
- Man met symptomen van psychose
- Vrouw met symptomen van psychose

Vervolgens is aan de deelnemers gevraagd een aantal vragen te beantwoorden in verband met de beschreven casus. De antwoorden op deze vragen laten toe een beeld te schetsen in welke mate ook bij CM-leden sprake is van stigma en taboe rond psychische kwetsbaarheid.

Het werken met vignetten biedt een aantal voordelen<sup>12</sup>. Een vignet geeft een concreet voorbeeld van mensen en hun gedrag in een specifieke situatie. Hierdoor kan een bredere beschrijving gegeven worden van een situatie dan wanneer men zou werken met een algemeen begrip zoals 'een persoon met psychische problemen'. Bovendien kan binnen eenzelfde onderzoek gevarieerd worden in aantal kenmerken van de beschreven persoon (geslacht, leeftijd, aandoening, ...) en kunnen verschillen in antwoorden in functie van deze kenmerken in kaart worden gebracht. Zo kan in dit onderzoek nagegaan worden of de antwoorden verschillen naar gelang de persoon met depressie of psychoses geconfronteerd wordt. En het feit dat het om fictieve personen gaat, wordt door respondenten doorgaans als meer onpersoonlijk en minder bedreigend ervaren dan wanneer gepeild wordt naar openlijke of expliciete meningen. Nog een voordeel is dat voor eenzelfde situatie, heel wat en soms zeer uiteenlopende vragen kunnen gesteld worden.

Maar er zijn ook een aantal beperkingen. Zo blijft de beschreven casus een hypothetische situatie en zal een persoon met psychische problemen in realiteit nooit volledig identieke symptomen vertonen als de persoon in de casus. Verder reageert een respondent niet op een fysieke persoon waardoor de impact van onder meer het uiterlijk van de persoon, maar ook van de interactie tussen beiden niet meegenomen kunnen worden. Het is dan ook niet uit te sluiten dat een respondent in werkelijkheid toch anders zal reageren dan aangegeven in de bevraging. Niettemin blijft het een zeer valabele methode om stigma in kaart te brengen<sup>13</sup>.

7. Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de Nederlandstalige dienst gezondheidsbevordering van CM. Het hielp bij het identificeren van belangrijke behoeften van de bevolking op het gebied van geestelijke gezondheid en ondersteunde de campagne van 2019 'Hoe gaat het met u?' (beschikbaar op <https://www.cm.be/over-cm/campagnes/hoegaat-het-met-u>) geconsulteerd op de 30 maart 2020.
8. Gezien de techniek van vier vignetten, zijn in de praktijk vier willekeurige steekproeven van 25.000 personen getrokken die elk op een aantal parameters (leeftijd, geslacht en provincie) representatief zijn voor de Vlaamse bevolking. Het basisbestand hiervoor is het bestand van CM-leden van wie CM over het mailadres beschikt en van wie CM de toestemming heeft gekregen om dit mailadres voor online-enquêtes te gebruiken.
9. Een deel van de 7.034 ontvangen vragenlijsten kon niet worden weerhouden: vragenlijsten waar enkel de profielvragen waren ingevuld (1.331 vragenlijsten) of waarvoor de noodzakelijke informatie voor de herweging van de resultaten niet beschikbaar was.
10. Onder leiding van Piet Bracke - hoogleraar verbonden aan de vakgroep sociologie en lid van een onderzoeksgroep die sociaaldemografisch en gezondheidssociologisch onderzoek verricht dat zich onder meer focust op mentale gezondheid en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Zie onder meer: Piet Bracke (UGent), Katrijn Delaruelle (UGent) and Mieke Verhaeghe. Dominant cultural and personal stigma beliefs and the utilization of mental health services: a cross-national comparison (2019) FRONTIERS IN SOCIOLOGY. 4. En: Elise Pattyn, Mieke Verhaeghe, Charlotte Sercu and Piet Bracke, Public Stigma and Self-Stigma: Differential Association With Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking.
11. De vragen zijn geïnspireerd op deze die gebruikt zijn in het internationaal onderzoek 'Stigma in a Global Context - Mental Health Survey' (SGC-MHS).
12. Bruce Q. Link et. al, O.C.
13. Evans, S. C. et.al. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: validity, utility, and application in ICD-11 field studies. International journal of clinical and health psychology, 15(2), 160-170 (2015).

### Casus vrouw met depressie

Sara is een vrouw. De voorbije weken voelt Sara zich terneergeslagen. Ze wordt 's morgens wakker met een somber en zwaarmoedig gevoel dat de hele dag blijft hangen. Ze beleeft niet meer dezelfde vreugde aan de dingen zoals vroeger. Het lijkt alsof niets haar plezier verschaft. Zelfs leuke momenten maken Sara niet blij. De kleinste opdrachten kosten haar de grootste moeite. Ze kan zich moeilijk concentreren. Ze heeft geen energie, is futloos en is niet in staat om te doen wat ze anders altijd doet. En hoewel Sara zich moe voelt, kan ze 's nachts niet slapen. Sara voelt zich waardeloos, bijzonder moedeloos en schuldig. De familie van Sara merkt dat ze geen eetlust meer heeft en vermagerd is. Ze zondert zich af en heeft geen zin om te praten.

### Casus man met depressie

Tom is een man. De voorbije weken voelt Tom zich terneergeslagen. Hij wordt 's morgens wakker met een somber en zwaarmoedig gevoel dat de hele dag blijft hangen. Hij beleeft niet meer dezelfde vreugde aan de dingen zoals vroeger. Het lijkt alsof niets hem plezier verschaft. Zelfs leuke momenten maken Tom niet blij. De kleinste opdrachten kosten hem de grootste moeite. Hij kan zich moeilijk concentreren. Hij heeft geen energie, is futloos en is niet in staat om te doen wat hij anders altijd doet. En hoewel Tom zich moe voelt, kan hij 's nachts niet slapen. Tom voelt zich waardeloos, bijzonder moedeloos en schuldig. De familie van Tom merkt dat hij geen eetlust meer heeft en vermagerd is. Hij zondert zich af en heeft geen zin om te praten.

### Casus vrouw met psychose

Sara is een vrouw. Tot een jaar geleden ging het best goed met Sara. Maar toen veranderde alles. Ze dacht dat de mensen in haar omgeving slechte dingen over haar vertelden en achter haar rug roddelden. Sara was ervan overtuigd dat de mensen haar bespioneerden en dat ze konden horen wat ze dacht. Sara verloor haar enthousiasme in haar werk en gezin, trok zich in huis terug en bracht de tijd meestal alleen door. Sara werd zodanig in beslag genomen door haar gedachten, dat ze maaltijden oversloeg en haar persoonlijke hygiëne verwaarloosde. 's Nachts, wanneer iedereen sliep, liep ze te ijsberen in huis. Sara hoorde stemmen, hoewel er niemand anders aanwezig was. Die stemmen zeiden haar wat ze moest doen of denken. Ze verkeert al zes maanden in deze situatie.

### Casus man met psychose

Tom is een man. Tot een jaar geleden ging het best goed met Tom. Maar toen veranderde alles. Hij dacht dat de mensen in zijn omgeving slechte dingen over hem vertelden en achter zijn rug roddelden. Tom was ervan overtuigd dat de mensen hem bespioneerden en dat ze konden horen wat hij dacht. Tom verloor zijn enthousiasme in zijn werk en gezin, trok zich in huis terug, en bracht de tijd meestal alleen door. Tom werd zodanig in beslag genomen door zijn gedachten, dat hij maaltijden oversloeg en zijn persoonlijke hygiëne verwaarloosde. 's Nachts, wanneer iedereen sliep, liep hij te ijsberen in huis. Tom hoorde stemmen hoewel er niemand anders aanwezig was. Die stemmen zeiden hem wat hij moest doen of denken. Hij verkeert al zes maanden in deze situatie.

## 3. Onderzoeksresultaten

### 3.1. Profiel van de respondenten<sup>14</sup>

#### 3.1.1. Socio-demografische kenmerken

Na herweging<sup>15</sup> bestaat de steekproef voor ongeveer de helft uit mannen, de helft uit vrouwen. Het merendeel van de respondenten (45%) bevindt zich in de leeftijdscategorie 40-64

jaar. 36% is jonger dan 40 jaar, een vijfde is 65 jaar of ouder. Twee derde van de respondenten woont samen in een relatie. 58% is hooggeschoold (diploma hoger of universitair onderwijs), bijna 37% middengeschoold (diploma secundair onderwijs) en 4% laaggeschoold (zonder diploma secundair onderwijs).

De meerderheid van de respondenten is beroepsactief, hetzij als loontrekkende (50%), hetzij als zelfstandige of in een vrij beroep (6%). 28% is gepensioneerd en 10% is arbeidsonge-

14. Een meer uitgebreide profielbeschrijving is opgenomen in het artikel 'Hoe gaat het met u? Een onderzoek bij CM-leden naar de prevalentie van psychisch lijden en hulpzoekend gedrag.' in hetzelfde nummer van CM Informatie.

15. De resultaten zijn herwogen door de waargenomen verdeling volgens leeftijd, geslacht en woonplaats te vergelijken met de verdeling van de referentiepopulatie (namelijk de Vlaamse bevolking tussen 18 en 80 jaar) met daaraan gekoppeld de verwachte aantallen per categorie volgens leeftijd, geslacht en woonplaats en door vervolgens gewichten te berekenen.

schikt of andersvalide. De overigen zijn werkzoekende, student of huisvader/huismoeder.

Twee derde van de respondenten geeft aan makkelijk tot zeer makkelijk rond te kunnen komen met het beschikbare inkomen. 12% van de respondenten komt (zeer) moeilijk rond.

### 3.1.2. Mentale gezondheid

Aan de respondenten is gevraagd de CES-D8 in te vullen, een gestandaardiseerde vragenlijst waarmee een inschatting kan gemaakt worden van de omvang van depressieve klachten in de week voor de afname ervan. Uit de resultaten blijkt dat de gemiddelde score hoger is voor vrouwen dan voor mannen, waarbij een hogere score wijst op een hogere frequentie en intensiteit van depressieve klachten. 65-plussers, respondenten met een hogere opleiding en respondenten die makkelijk tot zeer makkelijk rondkomen met het beschikbaar inkomen lijken in mindere mate geconfronteerd te worden met depressieve klachten. Deze resultaten liggen globaal in lijn met wat doorgaans in onderzoek wordt gevonden<sup>16</sup>.

Op de vraag naar de eigen ervaringen met psychische problemen, antwoordde de helft van de respondenten dat hij/zij nog nooit geconfronteerd is met psychische problemen waardoor hij/zij moeite had met de dagelijkse bezigheden. Bijna 1 op 3 had in het verleden een psychisch probleem (= meer dan een jaar geleden) en 17% kampt op het moment van de bevraging of in een recent verleden met een psychisch probleem. Ook in een eerdere bevraging bij Vlamingen in 2014 bleek dat ongeveer de helft zelf al te maken heeft gehad met een psychisch probleem.<sup>17</sup>

## 3.2. Hoe denken de CM-leden over personen met psychische problemen en over psychische hulpverlening?

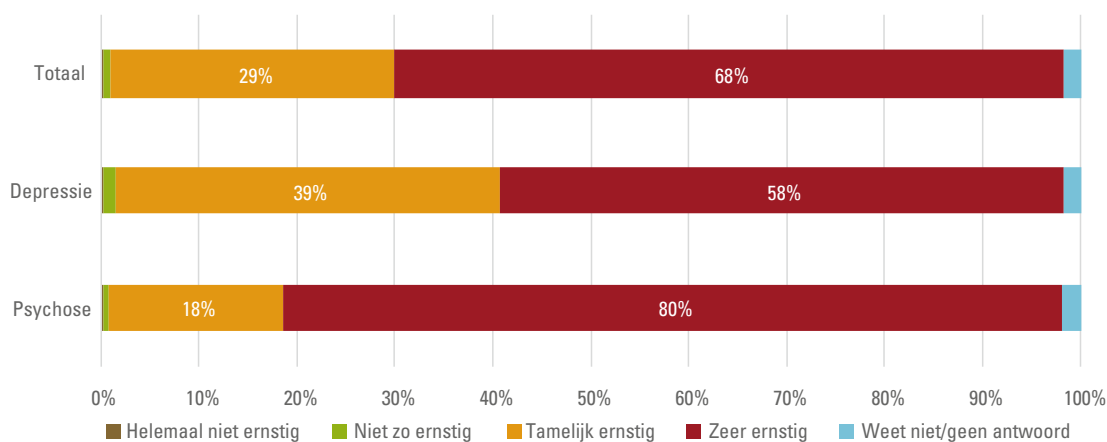
### 3.2.1. Is de beschreven situatie ernstig?

Globaal vindt 68% van de CM-leden de situatie van Tom en Sara zeer ernstig (figuur 1). De inschatting verschilt wel naar gelang de beschreven psychische kwetsbaarheid. 80% van de respondenten vindt de situatie van de persoon met psychoses zeer ernstig, terwijl dit bij depressie 58% is. Vooral de jongere respondenten, universitair geschoolden en wie financieel makkelijk rondkomt beoordeelt de situatie met psychose vaker als zeer ernstig. Ook bij depressie beoordelen ouderen de toestand vaker als tamelijk ernstig en dus minder vaak als zeer ernstig (51,8% bij 65-plussers tegenover 61,7% bij jongste leeftijdscategorie).

### 3.2.2. Wat is de oorzaak van psychische problemen?

Aan de respondenten is voor een aantal vermeende oorzaken gevraagd in welke mate ze het waarschijnlijk achten dat deze aan de basis liggen van de situatie van Tom en Sara. Uit figuur 2 kan afgeleid worden dat de respondenten geen louter biomedische visie hanteren op psychische problemen. Slechts een kwart denkt dat erfelijkheid (heel of enigszins) waarschijnlijk een rol speelt. De overigen denken dat dit (zeker) niet het geval is (34,5%) of zijn onbeslist (40%). Verder wijt slechts 17% de problemen aan een hersenziekte en doet meer dan de helft dit nadrukkelijk niet. Ouderen zijn voor deze vermeende oorzaken iets vaker dan de anderen onbeslist (34,4% bij hersenziekte en 43,1% bij erfelijkheid), terwijl hooggeschoolden ze iets vaker enigszins of zeer waarschijnlijk achten (22% bij hersenziekte en 30% bij erfelijkheid voor personen met een universitaire opleiding).

Figuur 1: Beoordeling van de ernst van de casus, algemeen en volgens ziektebeeld



16. S. Van de Velde, K. Leveque, P. Bracke. Vlaanderen versus Nederland: verschillen in depressieve klachten bij mannen en vrouwen gemeten met de ces-d8. Tijdschrift voor psychiatrie 53(2011)2, 73-82.

17. Coppens E. et.al. Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen Ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Lukas, Leuven, 2014.

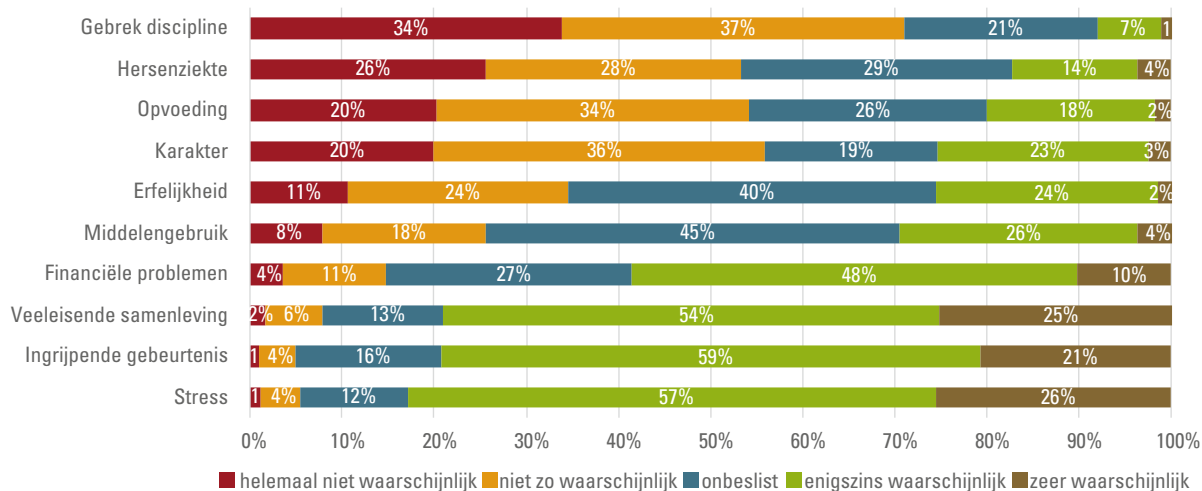
De respondenten zoeken de oorzaak van de psychische problemen vooral in een aantal factoren die te maken hebben met psychosociale stress: stress, een ingrijpende gebeurtenis of crisis, de veeleisende samenleving of financiële problemen. Vrouwen, jongeren en personen die het (zeer) moeilijk hebben om rond te komen, beoordelen deze oorzaken nog vaker als (zeer) waarschijnlijk. Zo vindt 29% van de vrouwen het zeer waarschijnlijk dat stress een oorzaak is, tegenover 22% bij mannen. Van wie zeer moeilijk kan rondkomen wijst 31% een crisis en 34% stress aan als zeer waarschijnlijke oorzaak, tegenover respectievelijk 18% en 23% bij wie zeer makkelijk rondkomt. 88% van de CM-leden jonger dan 40 jaar vindt stress een mogelijke oorzaak en 80% de veeleisende samenleving; bij de 65-plussers is dit respectievelijk 75% en 72%.

Factoren verbonden met individuele schuld worden minder als oorzaak aangeduid: voor slechts 8% is het waarschijnlijk dat de problemen het gevolg zijn van een gebrek aan discipline. Een kwart denkt wel dat het karakter een rol speelt. 20% vindt het dan weer wel heel of enigszins waarschijnlijk dat opvoeding een rol speelt.

Er zijn duidelijke verschillen naargelang de persoon in de casus geconfronteerd wordt met een depressie dan wel met psychoses (tabel 2). Bij depressie komen de psychosociale factoren nog prominenter op de voorgrond, zeker als het gaat over de impact van de veeleisende samenleving en van financiële problemen. Daarenboven vindt men het bij depressie nog minder waarschijnlijk dat de opvoeding een rol speelt. Voor psychose verwijst men dan weer vaker naar erfelijkheid, een hersenziekte, middelenmisbruik en het karakter. Dit alles wijst erop dat de respondenten psychose nog meer beschouwen als een psychische stoornis conform de biomedische omschrijvingen van het gedrag (hersenziek, erfelijk). Ook het aspect 'schuld' is iets meer aanwezig (karakter, middelenmisbruik) of andere oorzaken die moeilijk veranderbaar zijn. Al zijn de respondenten zich ook bij psychose bewust van de bepalende impact van omgevingsfactoren.

De CM-resultaten zijn in lijn met bevindingen in andere onderzoeken die concluderen dat, zeker in Westerse landen maar ook elders, vooral sociale factoren worden aangeduid als oorzaken van psychische problemen en dan vooral depressie en dat erfelijkheid en hersenziekte vaker aangeduid worden als reden voor aandoeningen als psychoses en schizofrenie<sup>18,19,20,21</sup>

**Figuur 2: Beoordeling van de waarschijnlijkheid van vermeende oorzaken**



- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2013). Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(10), 1637-1645.
- Patrick McKeon and Siobhan Carrick, Public attitudes to depression: a national survey. In: *Irish Journal of Psychological Medicine*, Volume 8, Issue 2, September 1991, pp. 116-121.
- Bruce G. Link et. al., Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health*, September 1999, Vol. 89, No. 9.
- Matthias C. Angermeyer et. al., Attitudes and beliefs of the French public about schizofrenie and major depression: results from a vignette-based population survey. In: *BMC Psychiatry* 2013, 13:313 (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/313>)

Tabel 2: Beoordeling van de vermeende oorzaken, algemeen en volgens ziektebeeld

	(Zeer) waarschijnlijk			Onbeslist			(Helemaal) niet waarschijnlijk		
	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose
Stress	82,9%	84,9%	80,8%	11,7%	10,4%	13,1%	5,4%	4,7%	6,1%
Ingrijpende gebeurtenis/crisis	79,2%	77,8%	80,7%	15,8%	17,4%	14,2%	5,0%	4,8%	5,1%
Veeleisende samenleving	79,1%	82,3%	75,7%	13,2%	11,6%	14,9%	7,7%	6,1%	9,5%
Financiële problemen	58,6%	64,3%	52,5%	26,6%	25,8%	27,5%	14,8%	9,9%	20,0%
Middelengebruik	29,6%	24,8%	34,6%	44,9%	46,0%	43,7%	25,5%	29,1%	21,7%
Erfelijk probleem	25,6%	20,2%	31,3%	40,0%	40,4%	39,5%	34,4%	39,4%	29,1%
Karakter	25,4%	21,4%	29,6%	18,7%	19,0%	18,4%	55,9%	59,6%	51,9%
Manier waarop men opgevoed is	20,0%	18,3%	21,8%	25,8%	24,5%	27,3%	54,2%	57,3%	50,9%
Hersenziekte	17,2%	7,2%	27,9%	29,4%	28,7%	30,2%	53,3%	64,0%	41,9%
Gebrek aan discipline	8,1%	7,9%	8,2%	21,0%	20,8%	21,2%	71,0%	71,3%	70,7%

De mening van mensen over de achterliggende oorzaken van psychische problemen is niet zonder belang. Het heeft een invloed op zowel de houding van mensen tegenover personen een psychische kwetsbaarheid als op doorverwijsgedrag. Er is aangetoond dat een meer psychosociale met attributie samengaat met minder stigmatiserend gedrag en minder afstand omdat de persoon met psychische kwetsbaarheid minder zelf verantwoordelijk wordt geacht voor de situatie<sup>22</sup> en niet als echt 'anders' wordt gezien. Omgekeerd worden psychisch kwetsbaarheid in geval van een meer biomedische attributie meer als onveranderlijk gezien en worden psychisch kwetsbaren vaker als gevaarlijk en onvoorspelbaar beschouwd wat op zijn beurt kan leiden tot meer afstand en een meer stigmatiserende houding. Positief bij een psychosociale attributie is dat men makkelijk doorverwijst naar informele hulp die een enorme bron van steun kan zijn. Nadeel is wel dat professionele hulp minder snel geadviseerd wordt. De mogelijks noodzakelijke professionele hulp wordt hierdoor te laat of zelfs niet ingeschakeld<sup>23</sup>. Daarom blijft het belangrijk om mensen correct te informeren over psychische problemen, waaronder de mogelijke oorzaken, het belang van informele hulp en aangevozen behandelingen.

### 3.2.3. Welke attitude heeft men tegenover personen met een psychische kwetsbaarheid?

Met enkele stellingen is gepeild naar de attitude van CM-leden tegenover personen met een psychische kwetsbaarheid. Het besluit is dat de CM-leden geen uitgesproken negatieve attitude hebben (tabel 3). 75% gaat immers niet akkoord met de stelling dat de kansen van personen met een psychische kwetsbaarheid altijd beperkt zullen zijn. Een even groot aandeel vindt dat zij moeten worden aangenomen voor een job wanneer zij hiervoor even geschikt zijn als anderen. Voorts vindt slechts 17% dat er moeilijk met hen te praten valt en vindt 58% dat dit zeker niet het geval is.

Een vijfde van de respondenten vindt wel dat ze onvoorspelbaar zijn, maar dit is minder dan de 33% die in een ander onderzoek in Vlaanderen is vastgesteld<sup>24</sup>. Verder gaat slechts een kleine meerderheid uitdrukkelijk akkoord met de stelling dat zij even betrouwbaar zijn als om het even wie, al is er dan weer slechts een minderheid die deze stelling nadrukkelijk niet onderschrijft (17%). Opvallend is dan ook de grote mate van onbeslistheid voor meerdere items.

22. Sandra Dietrich et al. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:348-354

23. Zie onder meer Pattyn E., To seek help or not to seek help for mental illness, that seems to be the question. To be judged or not to be judged for mental illness, that is the real question. Dissertation submitted to the Faculty of Political and Social Sciences of Ghent University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Sociology. October 2013. En: Sandra Dietrich S., Beck M., Bujantugs B., e.a. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:348-354. En: E. Pattyn et al. Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. Social Psychiatry (2013) 48:1637-1645.

24. Coppens E. et al. O.C.

**Tabel 3: Mate van negatieve stereotypering van personen met psychische problemen, algemeen en volgens ziektebeeld**

	(Helemaal) akkoord			Onbeslist			(Helemaal) niet akkoord		
	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose
Hun kansen zullen altijd beperkt zijn	11,2%	9,7%	12,9%	14,1%	12,4%	16,0%	74,6%	77,9%	71,2%
Ze zijn onvoorspelbaar	21,3%	12,6%	30,5%	25,6%	23,4%	28,0%	53,2%	64,1%	41,5%
Men moet ze aannemen voor een job als ze even geschikt zijn	74,5%	76,9%	72,3%	16,2%	15,0%	17,4%	9,3%	8,1%	10,3%
Men kan er moeilijk mee praten	16,7%	14,1%	19,5%	25,0%	22,6%	27,6%	58,3%	63,3%	52,9%
Ze zijn even productief in job	32,1%	31,1%	33,2%	36,2%	33,4%	39,2%	31,7%	35,5%	27,6%
Ze zijn even betrouwbaar als om het even wie	52,0%	62,2%	41,1%	30,9%	26,1%	36,0%	17,1%	11,7%	22,9%
Ze zijn creatiever dan de meeste andere mensen	14,7%	12,9%	16,5%	61,6%	60,9%	62,4%	23,8%	26,2%	21,2%

Over de stelling dat personen met een psychische kwetsbaarheid even productief zijn in hun job als om het even wie, zijn de meningen sterk verdeeld.

De resultaten wijzen wel op een iets meer uitgesproken negatieve stereotypering tegenover mensen met een psychose: men gaat er meer mee akkoord dat zij onvoorspelbaar zijn (30% versus 13% bij depressie) en minder dat ze even betrouwbaar zijn (41% versus 62% bij depressie).

Verder gaat een kleiner aandeel niet akkoord met de stelling dat er moeilijk mee te praten is (53% versus 63% bij depressie) en dat ze even productief zijn in hun job (28% versus 36% bij depressie).

### 3.2.4. Gewenste sociale afstand tegenover personen met psychische kwetsbaarheid

Bij CM-leden is gepeild naar hun bereidheid om in een aantal voorgestelde sociale situaties een sociale relatie aan te gaan met de persoon uit de casus. Uit de antwoorden blijkt dat de bereidheid tot contact met personen met een psychische

kwetsbaarheid afneemt naarmate de afstand kleiner wordt (tabel 4). Waar nog driekwart van de CM-leden bereid is om iemand met psychische problemen als buur te hebben, wil maar twee derde er vrije tijd mee doorbrengen of er nauw mee samenwerken en wil slechts 55% er bevriend mee zijn. De gewenste sociale afstand is algemeen ook groter tegenover personen met psychoses dan tegenover personen met depressie.

Ouderen wensen over het algemeen iets meer afstand tot personen met psychische problemen: slechts 68,5% van de 65-plussers is bereid om Tom/Sara als buur te hebben en 56% om er vrije tijd mee door te brengen. In vergelijking met laaggeschoolden, zijn hogeschoolden dan weer meer bereid Tom/Sara als buur te hebben (78% tegenover ), maar minder bereid om er nauw mee samen te werken (16% is niet of helemaal niet bereid). Ten slotte is het weinig verrassend dat personen met ervaring met psychische problemen minder afstand wensen: 79% wil Tom/Sara als buur, 69% wil er vrije tijd mee doorbrengen, 61% wil er vrienden mee worden en 69% wil er nauw mee samenwerken. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met resultaten uit ander onderzoek<sup>25</sup>.

25. Bruce Q. Link et. al, O.C.



**Tabel 4: Bereidheid van CM-leden tot interactie in sociale relaties met personen met een psychische kwetsbaarheid, algemeen en volgens ziektebeeld**

	(Absoluut/eerder) bereid			Onbeslist			(Absoluut/eerder) niet bereid		
	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose
Tom/Sara als buur te hebben	74,3%	78,6%	69,8%	19,6%	17,9%	21,5%	6,1%	3,5%	8,8%
Vrije tijd doorbrengen met Tom/Sara	61,9%	66,7%	56,8%	23,5%	21,3%	25,8%	14,6%	12,1%	17,4%
Vrienden te worden met Tom/Sara	55,3%	60,4%	49,8%	30,5%	28,3%	32,9%	14,2%	11,3%	17,3%
Nauw samen te werken met Tom/Sara	64,8%	66,4%	63,1%	23,2%	22,3%	24,2%	12,0%	11,4%	12,6%

### 3.2.5. Herstelcapaciteiten bij psychisch lijden

Zowel voor depressie (76%) als voor psychose (83%) is een meerderheid ervan overtuigd dat de situatie niet vanzelf zal verbeteren, maar dat dit door een behandeling wel kan (88% bij depressie en 90% bij psychose) (tabel 5). Ook in ander onderzoek gingen vier Vlamingen op vijf niet akkoord met de stelling dat psychologische problemen zich, zoals zoveel zaken, vanzelf oplossen, gaven zij aan dat het weinig waarschijnlijk is dat een persoon met een psychisch probleem dit alleen kan oplossen en waren zij van oordeel dat professionele hulp aan-

gewezen is. Wie zelf al ervaring heeft met psychisch lijden, vindt het vaker zeer waarschijnlijk dat de situatie door een behandeling zal verbeteren. Wie die ervaring nog niet heeft, acht dit vaker enigszins waarschijnlijk.

Er is wel minder eensgezindheid over de stelling dat de persoon zelf kan beslissen of hij behandeld moet worden (38%), al acht men dit vaker waarschijnlijk in geval van depressie (44%) dan bij psychoses (31%). Ten slotte acht maar twee op de drie respondenten het waarschijnlijk dat de persoon uit de situatie zal geraken.

**Tabel 5: Beoordeling van de herstelcapaciteiten, algemeen en volgens ziektebeeld**

	(Heel) waarschijnlijk			Onbeslist			(Helemaal) niet waarschijnlijk		
	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose
De situatie zal vanzelf verbeteren	10,9%	13,4%	8,2%	10,1%	11,1%	9,1%	79,0%	75,6%	82,7%
De situatie zal verbeteren door behandeling	88,7%	87,5%	89,9%	8,1%	9,1%	7%	3,3%	3,4%	3,1%
Tom/Sara zelf kan beslissen over noodzaak van behandeling	37,8%	44,1%	31,1%	24,4%	25,2%	23,5%	37,9%	30,7%	45,5%
Tom/Sara uit situatie geraakt	66,5%	69,1%	63,6%	22,4%	21%	23,8%	11,1%	9,9%	12,4%

Tabel 6: Attitude tegenover psychische hulpverlening, algemeen en volgens ziektebeeld

	(Helemaal) akkoord			Onbeslist			(Helemaal) niet akkoord		
	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose
Door behandeling zal men beschouwd worden als buitenstaander	13,3%	12,3%	14,3%	14,1%	13,7%	14,6%	72,6%	74,0%	71,1%
Als men over behandeling vertelt, zal men vrienden verliezen	29,6%	24,8%	34,8%	23,3%	22,2%	24,5%	47,1%	53,0%	40,7%
Als mensen weet hebben van behandeling, zullen kansen altijd beperkt zijn	23,5%	19,8%	27,4%	18,8%	17,9%	19,7%	57,8%	62,3%	52,9%
Professionele hulp doet meer kwaad dan goed	2,6%	2,9%	2,3%	7,5%	7,1%	7,9%	89,9%	90,0%	89,8%
Professionele hulp levert goede resultaten op	76,5%	77,9%	74,9%	17,7%	16,5%	18,9%	5,9%	5,6%	6,2%
Moeilijk uit professionele hulp geraken	6,1%	5,7%	6,6%	18,1%	16,5%	19,8%	75,8%	77,9%	73,6%

### 3.2.6. Hoe staan CM-leden tegenover professionele hulpverlening?

Globaal geloven de respondenten in de positieve effecten van professionele hulp bij psychisch lijden: 90% gaat niet akkoord met de stelling dat deze hulp meer kwaad dan goed zou doen en 73% gelooft niet dat de omgeving personen die in behandeling zijn als een buitenstaander zou beschouwen (tabel 6). Ze zijn er daarentegen duidelijk van overtuigd dat professionele hulp goede resultaten oplevert (77%). 76% gelooft niet dat men maar moeilijk uit de professionele hulp zal geraken, maar bijna 30% gelooft wel in het risico dat men vrienden zal verliezen en bijna een op de vier beaamt dat het een impact kan hebben op de kansen die men krijgt. Dit is toch enigszins in tegenspraak met het feit dat men er niet in gelooft dat men door de behandeling als een buitenstaander beschouwd zal worden. Dit wijst er toch op dat men rekening houdt met de potentieel stigmatiserend effect van het volgen van een behandeling, wat op zijn beurt kan leiden tot een aantal vormen van sociale uitsluiting<sup>26</sup>. Dit geldt zeker voor personen met psychoses, maar in zekere mate ook voor personen met depressie. Dit is niet onbelangrijk omdat de visie op professionele hulpverlening en vooral de mogelijke impact ervan invloed kan hebben op de bereidheid om hulp te zoeken.

Wie al ervaringen heeft met psychische problemen, is – wellicht vanuit de eigen ervaringen – over het algemeen iets minder optimistisch ingesteld over de gevolgen van een behandeling. Ze betwisten niet de positieve impact ervan, maar ze gaan er vaker mee akkoord dat men door de behandeling door de omgeving als een buitenstaander beschouwd zal worden (17%), de kansen altijd beperkt zullen blijven (28,5%) en men sommige vrienden zal verliezen (34,3%). Dit toont aan dat mensen zich pas echt bewust zijn van negatieve stereotypering en stigma wanneer ze dit zelf aan den lijve ondervinden.

### 3.2.7. Hoe reageert men tegenover de persoon met psychisch lijden?

In lijn met hun mening over de herstelcapaciteiten, vinden de CM-leden quasi unaniem dat personen met psychisch lijden hierover moeten praten met iemand uit de directe omgeving en hiervoor professionele hulp moeten zoeken. Maar slechts 55% geeft aan te weten hoe hij/zij met de persoon over de situatie zou moeten praten (50% bij iemand met psychoses, 61% bij iemand met depressie). Vrouwen (60%) en personen met ervaring met psychische problemen (63%) geven vaker aan te weten hoe men met de persoon zou moeten praten.

26. Verhaeghe M. Stigma, een wereld van verschil? Een sociologische studie naar stigma-ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg. UGent, februari 2008

Toch zou ruim vier op de vijf respondenten, ook in geval van psychose, effectief met de persoon praten. Dit is nog iets meer het geval bij vrouwen, jongeren, hoogopgeleiden en personen met ervaring met psychische problemen (telkens 89%). Opvallend is dat slechts 61% aangeeft te weten naar wie men de persoon zou kunnen doorverwijzen voor professionele hulp. Het aandeel is iets hoger bij vrouwen (70%) en bij personen met ervaring met psychische problemen (69%). Bij 65-plussers is dit dan weer maar 56%. De resultaten wijzen erop dat het belangrijk is nog meer te investeren in initiatieven die bijdragen tot een brede bekendmaking van de mogelijkheden voor (informele) hulp bij psychische problemen.

### 3.2.8. Naar wie zou men personen met psychisch lijden doorverwijzen?

Dat 81% Tom/Sara zou doorverwijzen naar de huisarts (tabel 7) bevestigt bevindingen in eerdere onderzoeken dat de huisarts door velen als vertrouwenspersoon en eerste aanspreekpunt wordt gezien in geval van gezondheidsproblemen<sup>27</sup>. Het is ook de zorgverlener die ze het best kennen en waar de drempel om naar door te verwijzen minder groot is. Voor een aantal respondenten is de huisarts ook de aangewezen persoon om de hulpvrager na een eerste contact door te verwijzen naar meer gespecialiseerde hulp. 70% zou (ook) doorverwijzen naar een psycholoog of psychotherapeut en een derde naar een psychiater. Behalve professionele zorgverleners, zijn ook vaak naast familieleden vernoemd (de partner, moeder, broer of zus) en vrienden/vriendinnen. Ook de respondenten zien dus het belang in van een gesprek met mensen uit de naaste omgeving, met een vertrouwenspersoon. Alternatieve zorg (alternatieve

zorgverlener of religieuze leider) en ook andere personen die verder af staan (collega's, burens, ...) worden minder genoemd.

Ouderen zouden minder vaak dan jongeren doorverwijzen naar de naaste familieleden. Hetzelfde geldt voor wie lager opgeleid is. Zij kruisten, net als personen die (zeer) moeilijk met het inkomen rondkomen vaker de maatschappelijk werker aan (respectievelijk 23% en 25%). Jongeren zouden vaker doorverwijzen naar de partner (42,1%) en naar een vriend(in) (36,9%). De vastgestelde verschillen worden ongetwijfeld voor een deel verklaard door verschillen in de dagelijkse leefwereld waaronder de verschillen in beschikbaarheid van naaste familie en vrienden en de eigen ervaringen met hulp van maatschappelijk werkers. Voorts lijkt het er ook op dat vrouwen, jongeren en mensen met ervaring met psychische problemen niet alleen iets vaker zouden doorverwijzen naar de psycholoog of psychiater, maar ook naar een alternatieve of complementaire zorgverlener (homeopaat, acupuncturist, chiropractor, aromatherapeut, ...).

## 4. Besluit en aanbevelingen

Menig onderzoek toonde al aan dat heel wat mensen drempels ervaren om over psychische problemen te praten en hiervoor professionele en niet-professionele hulp in te schakelen. Dit heeft in niet onbelangrijke mate te maken met het taboe en het stigma die in onze samenleving nog steeds rond psychische problemen hangen.

Hoewel CM-leden over het algemeen geen uitgesproken negatieve houding lijken te hebben tegenover personen met een psychische kwetsbaarheid en tegenover psychische hulpverlening, wijzen een aantal resultaten er toch op dat ook bij hen een aantal vooroordelen leven en dat ook zij in bepaalde situaties meer afstand wensen. Ook bij CM-leden zien we dus sporen van stigma. Zo vindt bijna 20% van de respondenten iemand met psychische kwetsbaarheid onvoorspelbaar, vindt 17% hen minder betrouwbaar en wil slechts 50% goed bevriend zijn met hen. Verder is 30% van oordeel dat psychisch kwetsbaren door hulpverlening vrienden zullen verliezen en 24% dat het de kansen die ze zullen krijgen negatief beïnvloedt. Algemeen is er een meer negatieve stereotypering en meer gewenste afstand tegenover personen met psychoses in vergelijking met personen met depressie.

Het verder bestrijden van dit stigma is essentieel. Het is niet alleen in het belang de gezondheid van individuen, maar heeft ook impact op de verdere ontwikkeling van het zorgaanbod waarbij vermaatschappelijking wordt nagestreefd (zie verder).

**Tabel 7: Naar wie zou u Tom/Sara doorverwijzen voor hulp?**

	%		%
Huisarts	80,8%	Alternatieve/ complementaire genezer	8,0%
Psycholoog/ psychotherapeut	71,2%	(Online) zelfhulpgroep	8,0%
Psychiater	34,6%	Andere familie	6,6%
Partner	33,7%	Collega's	5,2%
Vrienden/ vriendinnen	32,2%	Burens	2,0%
Moeder	19,3%	Niet doorverwijzen	1,4%
Zus/broer	18,9%	Vertrouwens- persoon	1,0%
Maatschappelijk werk	17,7%	Religieuze leider	0,8%
Vader	16,5%	Coach	0,3%
Informatieve websites	8,1%		

Voor iemand met psychische problemen vormt het stigma als het ware een tweede 'ziekte' waarmee hij geconfronteerd wordt. Wie psychische problemen heeft, ervaart al gauw dat velen in de omgeving vooroordelen hebben, afstand willen houden en negatieve reacties geven of zelfs discriminerend gedrag stellen. Dit belemmert mensen niet alleen om over problemen te praten en de stap te zetten naar hulp, maar bemoeilijkt ook de re-integratie in de samenleving en dit op verschillende levensdomeinen (opleiding, vrije tijd, wonen, tewerkstelling, ...).

Ook op het niveau van de samenleving als geheel bestaan discriminerende opvattingen en mechanismen die tegelijk oorzaak van als bevorderende factor zijn voor stigmatisering. Dit blijkt onder meer uit het vastgesteld verband tussen psychische problemen en socio-economische status en de lagere tewerkstellingsgraad bij personen met psychische kwetsbaarheid (zie inleiding).

Het bestrijden van het stigma is een werk van lange adem, de resultaten van initiatieven zijn niet van vandaag op morgen zichtbaar. Daarom moet het om een volgehouden inspanning gaan.

Er zijn heel wat mogelijke strategieën<sup>28</sup>. Het gaat onder meer om het vergroten van het bewustzijn en feitelijke kennis over psychische problemen (symptomen, behandelmogelijkheden, belang van informele ondersteuning, ...) om mythes en misvattingen over psychische problemen en personen met psychische problemen tegen te gaan. Ook een correcte en minder negatieve beeldvorming over (personen met) psychische problemen in media en communicatie is essentieel. Het is hierbij belangrijk dat psychische problemen genormaliseerd worden, voorgesteld worden als voor een deel horend bij het leven en dat benadrukt wordt dat een psychisch probleem een complex gegeven is en veroorzaakt wordt door een samenspel van verschillende factoren die elkaar kunnen versterken. De focus mag niet liggen op de psychische kwetsbaarheid en de eventuele beperkingen die daarmee gepaard gaan. De aandacht moet gaan naar positieve verhalen die tonen hoe mensen, ondanks een kwetsbaarheid, nog heel wat mogelijkheden en kwaliteiten hebben (cfr. de herstelbenadering). Daarnaast wordt ook het stimuleren van contact met personen met psychische problemen vaak als strategie naar voor geschoven om het stigma in de algemene bevolking aan te pakken en de re-integratie in de samenleving te bevorderen.

Dit is trouwens een van de achterliggende motivaties van de huidige hervorming van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg met een afbouw van de zorg in ziekenhuizen en een verdere uitbouw van vermaatschappelijke zorg. Deze evolutie is zonder meer toe te juichen. Maar naast het feit dat vermaatschappelijking geen streefdoel op zich mag zijn en de plaats van geïnstitutionaliseerde zorg als schakel in het ruimere GGZ-aanbod voldoende gewaarborgd en geduid moet worden, is er nog een belangrijke kanttekening. Het streven naar meer aanvaarding en integratie van personen met psychische kwetsbaarheid kan niet bereikt worden zonder een fundamentele aanpak van het structureel stigma. De vermaatschappelijking van de zorg moet dan ook gepaard gaan met of zelfs vooraf gegaan worden door initiatieven die de ruimte creëren voor die aanvaarding en re-integratie en die garantie bieden op voldoende kansen op socio-economisch vlak en zelfontplooiing (tewerkstelling, wonen, vrije tijd, ...). Er moeten bijgevolg permanente inspanningen geleverd worden om allerlei vormen van bewuste en onbewuste discriminatie op het niveau van de samenleving aan te pakken. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om specifieke bepalingen in de voorwaarden van allerhande verzekeringsproducten, onvoldoende aandacht voor het domein van GGZ in onderzoek, verschillen in de terugbetaling van zorg, verschillen in de toegang tot sociale voordelen, de ongelijke beleidsaandacht voor GGZ zowel op vlak van preventie als op vlak van behandeling en ondersteuning of de onevenredige verdeling van de middelen.

Een website als [www.geestelijkgezondvlaanderen.be](http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be), realisatie van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG), wil psychische problemen bij de brede bevolking bespreekbaar helpen maken en ijvert voor een correcte kijk op mensen met psychische problemen en op de zorg die voor deze mensen georganiseerd wordt. Ook initiatieven als Te Gek!? of de Rode neuzencampagne hebben als doel de negatieve beeldvorming over psychisch kwetsbaren bij te sturen en psychische problemen bespreekbaar te maken. Ook CM biedt op haar website informatie over psychische problemen en behandelmogelijkheden en neemt initiatieven om mensen te informeren en om het taboe en stigma te bestrijden. Een recent voorbeeld is de campagne het 'Oprechte Vraagteken' (<https://www.cm.be/het-oprechte-vraagteken>).

28. Charlotte Sercu, O.C.