

Stigmatisering en levenskwaliteit van personen met psychische problemen in professionele hulpverlening

Mieke Verhaeghe¹

Summary

Stigmatization and quality of life of persons with mental problems receiving professional help

Professional service delivery to persons with mental problems aims to improve clients' well-being. Several studies have shown that there is a backside to receiving this help. It can lead to stigmatization, which can be revealed in rejection by the environment. In this article the consequences of stigmatization for the quality of life of persons with psychiatric complaints are examined using longitudinal data of 110 clients of a psycho-social rehabilitation centre in Belgium. The change in life quality and the influence of experienced rejection are studied. The results show no overall improvement of clients' quality of life after having participated in the rehabilitation program. The research also reveals the significant negative impact of experienced rejection on work, income, social relations and self-esteem.

1. Inleiding

Hulp is per definitie gericht op de verbetering van het lot van diegene die geholpen wordt. Zo beoogt professionele hulpverlening aan personen met psychische problemen de verbetering van het welzijn van de cliënten. Deze hulpverlening kan echter ook negatieve gevolgen hebben. Het labelingperspectief wijst al tientallen jaren op de negatieve impact van stigmatisering ten gevolge van het opzoeken van professionele psychische hulp. Volgens dit perspectief draagt het etiketteren van mensen met psychische problemen bij tot de creatie en instandhouding van afwijkend gedrag en beïnvloedt het de toekomst van de gelabelde persoon in termen van tewerkstelling, vriendschappen, enzovoort. Al jaren bediscussiëren de voor- en tegenstanders van de labelingtheorie de negatieve en positieve effecten van hulpverlening.

Recent onderzoek probeerde beide perspectieven te verenigen. In deze bijdrage wordt hierop verder gebouwd aan de hand van data uit een longitudinaal onderzoek in een psychosociaal rehabilitatiecentrum. Op de beoogde positieve impact van dienstverlening wordt ingegaan door te onderzoeken of de levenskwaliteit van de cliënt na afloop beter is dan ervoor. In tweede

instantie wordt de invloed van stigmatisering hierop nagegaan. Hierbij wordt levenskwaliteit beschouwd als multidimensionele indicator met tewerkstelling, financiële situatie, sociale contacten en zelfwaardering als componenten.

2. Positieve en negatieve invloed van hulpverlening op levenskwaliteit

2.1 Positieve gevolgen van hulpverlening

Professionele hulpverlening aan mensen met psychische problemen is gericht op de verbetering van het welzijn van de cliënten. Een van de vele vormen van professionele hulp is psychiatrische rehabilitatie. Pickett, Cook en Razzano (1999) onderscheiden zeven concrete doelstellingen van dit soort dienstverlening: vermindering van onnodige psychiatrische hospitalisatie, tewerkstelling, huisvesting, opleiding, sociale vaardigheden, tevredenheid met dienstverlening en levenskwaliteit.

Naar deze effecten van professionele hulpverlening in het algemeen en van psychiatrische rehabilitatie in het bijzonder is reeds veel onderzoek gedaan. Het succes van enkele modelprogramma's in de Verenigde Staten wijst bijvoorbeeld uit dat de levenskwaliteit van de cliënten verbetert en toont een positief verband aan tussen het volgen van tewerkstellingsprogramma's en de levenstevredenheid van de cliënten in termen van sociale relaties, gezondheid en huisvesting (Rosenfield, 1992). Ander onderzoek, in Nederland, wijst uit dat een arbeidsrehabilitatieprogramma effectief de kansen op tewerkstelling kan verhogen door het aanleren van arbeidsvaardigheden en het bemiddelen naar de arbeidsmarkt (Michon & van Weeghel, 1993). Een Nederlandse studie naar de effectiviteit van individuele rehabilitatie toont dan weer aan dat cliënten bij follow-up minder problemen ervaren op het vlak van wonen, dagbesteding en sociale contacten (Swildens, Van Keijzerswaard & Valenkamp, 2001). Kortom, evaluaties van psychosociale rehabilitatieprogramma's hebben herhaaldelijk aangetoond dat de dienstverlening positieve gevolgen heeft op tewerkstelling, inkomen, onafhankelijk leven, productiviteit, arbeidssatisfactie, vriendschappen en activiteiten, rolvulling, bekwaamheden, enzovoort (Anthony, Cohen & Farkas, 1990).

2.2 Negatieve gevolgen van hulpverlening

Andere auteurs geven echter aan dat psychiatrische hulpverlening ook een keerzijde heeft. Broman, Hoffman en Hamilton (1994) vinden bijvoorbeeld tot hun verrassing dat het gebruik van geestelijke gezondheidszorg een negatieve impact heeft op de mentale gezondheid. Finzen en Hoffmann-Richter (1998) stellen dat de levenskwaliteit van psychisch zieken niet alleen door de ziekte zelf beïnvloed wordt, maar ook door de reacties van hun medemensen, onder meer door vooroordelen, verwerping, schuld en laster. Ze verwijzen hierbij naar Goffman (1963) die erop wees dat patiënten niet alleen lijden aan hun ziekte, maar ook aan de gevolgen van de stigmatisering van hun lijden en de daardoor toegebrachte schade aan hun identiteit.

Het labelingperspectief wijst al tientallen jaren op de negatieve gevolgen van etikettering. In zijn oorspronkelijke vorm (Scheff, 1966) stelde het labelingperspectief, toegepast op mentale gezondheid, dat etiketteren enerzijds bijdraagt tot de creatie van deviant gedrag: psychisch gestoord is diegene die door de samenleving zo genoemd wordt. Anderzijds houdt het dit gedrag in stand. Het labelen van personen met psychische moeilijkheden als psychiatrisch patiënt duwt mensen blijvend in de rol van psychisch zieke. De ervaring van verwerping en discriminatie leidt tot nog meer psychische moeilijkheden en kan negatieve gevolgen hebben voor iemands werk, vriendschappen, familierelaties en partnerkeuze (Link, 1982). Naast openlijke discriminatie en verwerping kunnen ook subtielere mechanismen de impact van stigmatisering verklaren (Link, 1987). Deze 'modified labeling theorie', die aan de basis ligt van veel recent empirisch onderzoek naar de invloed van stigmatisering, stelt dit mechanisme als volgt voor. In de samenleving heersen er algemene negatieve opvattingen over mensen met psychische moeilijkheden. Denkbeelden als 'ze zijn gevaarlijk', 'ze zijn onberekenbaar', 'je kunt er moeilijk contact mee krijgen', vormen het stigma waarmee deze personen geconfronteerd worden. Mensen met psychische moeilijkheden kennen deze opvattingen ook via hun socialisatie. Zolang ze geen professionele hulp krijgen, spelen deze ideeën nauwelijks een rol. Zodra men echter wel dergelijke hulp opzoekt, wordt men 'psychiatrisch patiënt', gaat men zichzelf dat label opplakken én past men de gangbare negatieve opvattingen op zichzelf toe of weet men tenminste dat ze op zichzelf toegepast kunnen worden. Uit angst voor verwerping zoekt men minder contacten, houdt men de behandeling geheim, of praat men er juist heel openlijk over om de anderen te overtuigen. Deze reacties hebben dan weer negatieve gevolgen voor de zelfwaardering, inkomsten en het sociaal netwerk, wat de kwetsbaarheid voor nieuwe stoornissen of voor het terugvallen verhoogt.

Op basis van de labelingtheorie hebben verschillende onderzoeken aangetoond dat stigmatisering negatieve gevolgen kan hebben voor iemands tewerkstellingsmogelijkheden, inkomen, sociale-steunnetwerken, levenstevredenheid en zelfwaardering (Fife & Wright, 2000; Link 1982, 1987, 1989; Markowitz, 1998; Rosenfield 1997; Wright, Gronfein & Owens, 2000).

2.3 Kritiek op de labelingtheorie

De labelingtheorie heeft heel wat kritiek te verduren gehad. Sommige critici stellen dat verwerping door anderen van weinig belang is, geven aan dat percepties van stigmatisering bij psychische patiënten subjectief en onbetrouwbaar zijn en schrijven ze af als storingen te wijten aan de pathologie (Crocetti, Spiro & Siassie, 1974, in: Rosenfield & Wenzel, 1997). Andere critici erkennen wel dat er negatieve attitudes bestaan tegenover patiënten, maar deze resulteren niet in effectieve verwerping. Stigmatisering is volgens hen een neveneffect van het psychiatrisch patiënt zijn en de rol ervan is kort van duur en minimaal (Gove, 1970). Als er al verwerping voorkomt, is dat meer te wijten aan het afwijkend gedrag dan aan het gelabeld zijn (Gove, 1970; Huffine & Clausen, 1979). Bovendien is etikettering volgens hen positief: het gelabeld worden als psychisch gestoord brengt immers professionele hulp met zich mee, waardoor men geholpen kan worden, aldus Gove (1970). Dezelfde auteur wijst op heel wat empirische eviden-

tie om de doeltreffendheid van professionele hulpverlening en het minimale belang van etikettering en stigmatisering aan te tonen. Deze derde kritiek over de positieve gevolgen van etikettering gaf aanleiding tot pogingen om de visies van voor- en tegenstanders van de etiketteertheorie te verzoenen.

2.4 Integratie van twee perspectieven

Rosenfield (1997) stelde de visies van het labelingperspectief en die van de critici tegenover elkaar in een cross-sectioneel onderzoek van mensen met chronische psychische problemen. De positieve gevolgen van de dienstverlening voor de levenskwaliteit steunen de visie van de critici, terwijl het negatieve verband tussen stigmatisering en levenskwaliteit het labelingperspectief ondersteunt. Longitudinaal onderzoek naar het welzijn van personen met dubbele diagnose van psychisch ziek zijn en middelengebruik wees uit dat, hoewel de symptomen verbeterden en het middelengebruik afnam, stigmatisering een sterk en langdurig effect heeft op het welzijn (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997).

Verder bouwend op bovenstaande auteurs worden in deze bijdrage de positieve en negatieve gevolgen van psychische hulpverlening – en meer bepaald psychiatrische rehabilitatie – nagegaan. Dit gebeurt aan de hand van longitudinale data die betrekking hebben op de levenskwaliteit van personen met chronische psychische problemen die professionele hulp kregen in een psychosociaal revalidatiecentrum. Hierbij functioneert levenskwaliteit als multidimensionele afhankelijke variabele.

2.5 Levenskwaliteit als afhankelijke variabele

Levenskwaliteit wordt steeds meer als uitkomstvariabele gehanteerd bij evaluatieonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg (Oliver, Huxley, Bridges & Mohamad, 1997), als antwoord op de nood om multidimensionele uitkomstmodellen te ontwikkelen die er rekening mee houden dat verschillende veranderingen op verschillende vlakken plaats kunnen vinden (Anthony e.a., 1990). Levenskwaliteit is een brede, multidimensionele variabele, met verschillende componenten, zoals sociaal-economische indicatoren (huisvesting, tewerkstelling, inkomen, sociaal contact, enzovoort), maten in verband met gedragscompetentie en rolprestaties, biologische factoren, subjectieve levenstevredenheid, mentale gezondheid, gelukkig zijn, persoonlijkheid, en aanpassing, sociale aanpassing en persoonlijke groei (Oliver e.a., 1997).

In tegenstelling tot recent onderzoek over de invloed van stigmatisering, dat vooral de klemtoon legt op zelfconcept en levenstevredenheid, wordt in deze bijdrage ingegaan op zogenaamd objectieve (Lehman, 1998) componenten van de levenskwaliteit: tewerkstelling, financiële situatie en sociale contacten, en wordt hun verband met zelfwaardering bestudeerd.

Zelfwaardering wordt algemeen aanvaard als een centraal aspect van het psychologisch welzijn en de mentale gezondheid (Arns & Linney, 1993; Crocker & Quinn, 2000; Markowitz, 2001; Rosenfield, 1997), en wordt dan ook vaak als uitkomstvariabele gebruikt in studies van psychiatrische rehabilitatie (Anthony e.a., 1990; Torrey, Mueser, McHugo & Drake, 2000).

Samen met een gevoel van controle is zelfwaardering van fundamenteel belang voor het behoud en de verbetering van het zelf, en draagt het bij tot een algemeen gevoel van welzijn (Rosenfield, 1997).

Tewerkstelling wordt beschouwd als een van de hoofddoelstellingen van psychiatrische rehabilitatie (Anthony e.a., 1990; Cnaan, 1988). Het hebben van werk verschaft immers niet alleen een inkomen waardoor men in zijn levensonderhoud kan voorzien, maar biedt ook dagstructurering en sociaal contact. Personen met psychische problemen in het bijzonder blijken belang te hebben bij werk omdat het de nodige structuur biedt en de mogelijkheid tot socialisatie en betekenisvolle activiteit met zich meebrengt (Van Dongen, 1996). Waar mislukkingen in tewerkstelling en chronische werkloosheid bijdragen tot gevoelens van mislukking en lage zelfwaardering, blijken positieve werkervaringen de zelfwaardering te verhogen (Arns & Linney, 1993; Cnaan, 1988; Van Dongen, 1996).

Sociale contacten worden eveneens algemeen aanvaard als een belangrijke component van de levenskwaliteit, zeker op het domein van de mentale gezondheid (Oliver e.a., 1997). Verschillende studies tonen systematisch de invloed van sociale steun op de mentale gezondheid aan (Turner & Turner, 1999) en suggereren dat sociale steun een belangrijke rol kan spelen in de verbetering van de levenskwaliteit van personen met ernstige psychische problemen (Bracke, 2002; Yanos e.a., 2001). Rosenfield en Wenzel (1997) benadrukken de intermediaire invloed van zelfwaardering: het is door de positieve impact van gepercipieerde sociale steun op zelfwaardering dat de subjectieve levenskwaliteit kan verbeteren. Wilken en den Hollander (1999: 40) stellen dat 'steun op zodanige wijze gepercipieerd moet worden dat de cliënt (of diens sociale netwerk) het gevoel krijgt zelf wat waard te zijn'.

Aangezien tewerkstelling en sociale contacten een cruciale invloed op de zelfwaardering blijken te hebben, besluiten we zelfwaardering als ultieme afhankelijke variabele te beschouwen. We gaan na of en in welke mate de eventuele invloed van stigmatisering op zelfwaardering verklaard kan worden door factoren in verband met tewerkstelling en sociale contacten.

2.6 Concrete doelstelling van het onderzoek

In eerste instantie worden de eventuele positieve gevolgen van deze hulpverlening onderzocht door de levenskwaliteit voor en na de rehabilitatie met elkaar te vergelijken. In tweede instantie wordt onderzocht of de cliënten zich gestigmatiseerd voelen door de hulpverlening en wordt het effect ervan op de levenskwaliteit bestudeerd. Ten derde wordt nagegaan of de eventuele invloed van stigmatisering op de zelfwaardering verklaard kan worden door de impact ervan op tewerkstelling, financiële situatie en sociale contacten. We stellen dus drie vragen:

1. Is er tussen intake en follow-up een verandering in de levenskwaliteit, en meer bepaald in de tewerkstelling, financiële situatie, sociale contacten en de zelfwaardering?
2. Welke invloed heeft stigmatisering op tewerkstelling, financiële situatie, sociale contacten en zelfwaardering?
3. Kan de eventuele invloed van stigmatisering op zelfwaardering verklaard worden door tewerkstelling, financiële situatie en sociale contacten?

3. Methode

3.1 Data

Voor deze bijdrage wordt gebruikgemaakt van data die verzameld zijn in het kader van een longitudinaal onderzoek naar de levenskwaliteit van personen met psychische problemen, die professionele hulp kregen in een psychosociaal revalidatiecentrum in België² (Bracke, 2001; 2002; Verhaeghe & Bracke, 1999; 2000). Voor deze personen beschikken we over gegevens bij intake, dit is de eerste week van hun rehabilitatie, en bij follow-up, gemiddeld zeven maanden na de beëindiging van hun revalidatie. Voor onderstaande analyses wordt gebruikgemaakt van de gegevens van 110 personen, waarvan 66 mannen en 44 vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedraagt 32,7 jaar, met een standaardafwijking van 10,6. Gemiddeld kwamen ze zeven maanden naar het centrum, met een standaardafwijking van 4,9.

3.2 Variabelen

Bij intake meet de maat tewerkstelling of men gedurende het jaar voordien betaald werk verricht heeft, terwijl tewerkstelling bij follow-up nagaat of men tussen de beëindiging van de rehabilitatie en follow-up betaald werk had.

De financiële situatie wordt gepeild door de vraag hoe gemakkelijk men maandelijks rondkomt, met zes antwoordcategorieën, gaande van 'zeer moeilijk', 'moeilijk' en 'eerder moeilijk' over 'eerder gemakkelijk', 'gemakkelijk' en 'zeer gemakkelijk', met scores één tot zes.

Wat sociale relaties betreft, bestuderen we twee verschillende dimensies, op basis van het werk van House, Umberson en Landis (1988). Als component van de structurele dimensie bestuderen we de sociale integratie. Deze variabele wordt gemeten aan de hand van een schaal bestaande uit vijf items over de frequentie van contacten met burens, bezoek afleggen bij en krijgen van vrienden of kennissen, telefonisch contact met vrienden of kennissen en het ontmoeten van vrienden of kennissen bij het uitgaan. Er zijn zeven antwoordcategorieën, gaande van 'nooit' tot 'dagelijks', met scores van één tot zeven. Voor de berekening van de maat wordt het gemiddelde van de antwoordcategorieën genomen. De interne consistentie van de schaal, nagegaan aan de hand van Cronbachs alfa bij intake, bedraagt 0,63. Wat de functionele dimensie van sociale relaties betreft, bestuderen we de gepercipieerde sociale steun. Deze maat gaat na in welke mate men steun geniet van verschillende mensen en telt elf items, bijvoorbeeld 'Is er iemand bij wie je terecht kunt als je met jezelf in de knoop ligt?' Er zijn zeven antwoordmogelijkheden, namelijk 'niemand', 'partner/echtgeno(o)te', 'vader/moeder', 'broer/zus', 'mijn kinderen', 'vriend(in)' en 'iemand anders', waarbij het aanduiden van meerdere antwoorden toegelaten is. Het gemiddeld aantal aangeduide werkelijke antwoordcategorieën ('niemand' uitgezonderd) over de elf vragen heen, vormt de maat sociale steun, waarvan de interne consistentie die met behulp van Cronbachs alfa berekend werd, 0,88 bedraagt.

Zelfwaardering wordt gemeten aan de hand van een Nederlandse vertaling van Rosenbergs Self-Esteem-schaal (Rosenberg, 1965; Brutsaert, 1993). De schaal telt tien items met vijf ant-

woordcategorieën gaande van ‘absoluut niet akkoord’ tot ‘volledig akkoord’, met antwoordscores van één tot vijf. Cronbachs alfa bedraagt 0,87. Bij de huidige analyses wordt de gemiddelde waarde van de tien items als totaalscore gebruikt.

Met stigmatisering duiden we op het al dan niet ervaren hebben van verwerping door naar het revalidatiecentrum te komen. De schaal bevat vijf items (tabel 1), waarbij men kan aanduiden of men de ervaring ooit gehad heeft (score één) of niet (score nul). De samenvattende maat ‘stigmatisering’ of ‘verwerping’ meet of men ooit een stigmatiserende ervaring meegemaakt heeft.

Tabel 1: Items van de schaal ‘stigmatisering’

Sedert je voor je problemen in therapie of in revalidatie bent geweest ...

1. ... waren mensen vaker onwennig (niet op hun gemak) in jouw aanwezigheid?
 2. ... hebben mensen vaker contact met je vermeden?
 3. ... vermijden sommige van je familieleden je?
 4. ... staan sommige van je vrienden of kennissen anders tegenover jou?
 5. Heeft iemand je ooit proberen kwetsen met het feit dat je in therapie of revalidatie bent geweest?
-

Als controlevariabelen worden de variabelen geslacht (man = score één), leeftijd in verstreken jaren en ernst van de psychische problematiek opgenomen. Deze laatste variabele werd bij intake gemeten aan de hand van de gemiddelde score op de SCL-90-R (Nederlandstalige versie van Arrindell & Ettema, 1986). Deze 90 items tellende schaal meet de mate van psychopathologie en telt vijf antwoordcategorieën, gaande van ‘helemaal niet’, ‘een beetje’, ‘nagal’ over ‘tamelijk veel’ tot ‘heel erg’, aan de hand waarvan men de ernst van elk van de 90 klachten kan aanduiden. Cronbachs alfa bedraagt 0,97.

3.3 Werkwijze

In eerste instantie bestuderen we de evolutie van de levenskwaliteit aan de hand van gepaarde t-toetsen. Ten tweede wordt door middel van regressieanalyse de invloed van stigmatisering op de verschillende facetten van levenskwaliteit bij follow-up bestudeerd, telkens na controle voor geslacht, leeftijd, ernst van de psychische problematiek en de levenskwaliteit bij intake. Ter illustratie wordt hierbij de evolutie van de verschillende componenten vergeleken bij revalidanten met en zonder stigmatiserende ervaringen.³ Ten derde gaan we door middel van regressieanalyse na of de tewerkstelling, financiële situatie en sociale contacten als intermediaire variabelen de eventuele relatie tussen stigmatisering en zelfwaardering kunnen verklaren.

Hierbij dient opgemerkt dat de afhankelijke variabelen niet gerelateerd zijn aan de tijd sinds ontslag. Het toevoegen van deze variabele aan de analyse verandert dan ook niets aan de resultaten (niet weergegeven), en de variabele ‘tijd sinds ontslag’ wordt dan ook niet in de modellen opgenomen.

4. Resultaten

4.1 Vergelijking van levenskwaliteit op twee tijdstippen

De tewerkstelling van de cliënten na het verlaten van het revalidatiecentrum ligt niet beduidend hoger in vergelijking met het half jaar voor de start van de deelname. De financiële situatie of het gemak waarmee men maandelijks rondkomt, blijkt daarentegen wel significant te verbeteren. Wat de sociale contacten betreft, stellen we geen significante veranderingen in het aantal ondersteunende sociale relaties vast, terwijl anderzijds blijkt dat ex-revalidanten na de revalidatie opmerkelijk minder sociaal geïntegreerd zijn dan ervoor. We zien dan wel weer een sterke stijging van het zelfwaardegevoel.

Tabel 2: *Vergelijking van levenskwaliteit bij intake en follow-up*

	Intake Gem. (st.afw.)	Follow-up Gem. (st.afw.)	<i>t</i>	sign	<i>N</i>	min -max
Tewerkstelling	0,48 (0,50)	0,51 (0,50)	0,44	0,664	110	0 tot 1
Financiële situatie	2,99 (1,44)	3,46 (1,39)	2,89	0,005	84	1 tot 6
Sociale steun	1,65 (0,71)	1,75 (0,79)	1,56	0,121	110	1 tot 6
Sociale integratie	3,69 (1,05)	3,39 (1,28)	-2,79	0,006	110	1 tot 7
Zelfwaardering	3,05 (0,75)	3,58 (0,79)	6,35	0,000	110	1 tot 5

Bij deze resultaten valt de diversiteit op: de uitkomsten verschillen naargelang de bestudeerde dimensie van de levenskwaliteit. In elk geval kunnen we niet stellen dat de dienstverlening een algemene verbetering van de levenskwaliteit met zich meebrengt. Dit brengt ons bij het tweede deel van deze bijdrage: kent de dienstverlening een keerzijde, tweeweggebracht door stigmatisering? Speelt stigmatisering een rol bij de minder positieve resultaten en/of zet het een domper op de positieve uitkomsten?

4.2 Stigmatisering en levenskwaliteit

57 procent van de revalidanten geeft te kennen dat ze dergelijke sociale verwerping ervaren hebben: iemand heeft hen proberen te kwetsen met de therapie of revalidatie, sommige mensen vermijden vaker contact, mensen zijn vaker onwennig, enzovoort. Welke gevolgen heeft deze verwerping voor hun levenskwaliteit?

In eerste instantie stellen we vast dat, rekening houdend met controlevariabelen en tewerkstelling bij intake, stigmatisering de kans op tewerkstelling bij follow-up significant verlaagt. Figuur 1 illustreert deze bevinding. Bij de ex-revalidanten zonder stigmatiserende ervaringen stijgt het percentage tewerkgestelden, terwijl dat percentage lichtjes daalt bij gestigmatiseerde personen. Dit vormt een bevestiging van het onderzoek van Link (1982), waaruit blijkt dat het

hebben van de status van psychiatrisch patiënt een negatieve impact heeft op de kansen om werk te krijgen en te behouden.

Tabel 3: Invloed van ervaren verwerping op de levenskwaliteit bij follow-up

	Tewerkstelling ^a		Financiële situatie ^b		Sociale steun ^b		Sociale integratie ^b		Zelfwaardering ^b	
Variabele t0	0,45	0,47	0,37 ***	0,38 ***	0,54 ***	0,57 ***	0,55 ***	0,54 ***	0,19°	0,24*
Symptomen	-0,56	-0,38	-0,15	-0,08	-0,09	0,03	-0,02	0,03	-0,30*	-0,22°
Geslacht (man)	-0,21	-0,29	-0,07	-0,07	-0,02	-0,04	0,02	0,01	-0,04	-0,05
Leeftijd	0,02	0,01	0,12	0,10	-0,22**	-0,25**	-0,03	-0,04	-0,10	-0,12
Ervaren verwerping		-0,84*		-0,23*		-0,35***		-0,16°		-0,18*
Constante	0,72	0,97								
Adj R ²	0,07	0,12	0,19	0,23	0,34	0,45	0,27	0,29	0,16	0,18

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; ° $p \leq 0,1$

^a Niet-gestandaardiseerde coëfficiënten van logistische regressieanalyse

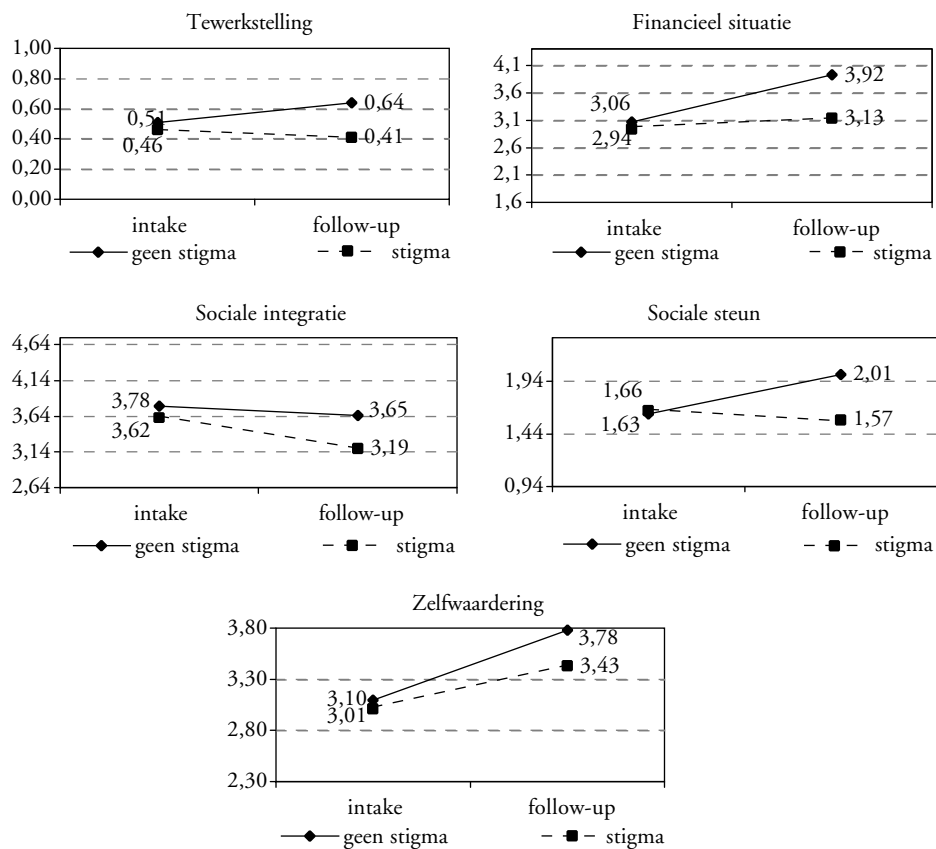
^b Gestandaardiseerde coëfficiënten van lineaire regressieanalyse

Link (1982) wees niet alleen op de effecten van stigmatisering op tewerkstelling, maar ook op de inkomsten. Een van de functies van tewerkstelling is het voorzien van inkomsten, maar ook los van de impact op de tewerkstellingskans zou het inkomen beïnvloed kunnen worden. Uit tabel 3 leiden we af dat ervaren stigmatisering inderdaad een negatieve impact heeft op de financiële situatie: ex-revalidanten die van hun omgeving negatieve reacties krijgen op hun revalidatie, zullen maandelijks minder gemakkelijk rondkomen. Figuur 1 illustreert dat bij ex-revalidanten zonder stigmatiserende ervaringen de financiële situatie verbetert, in tegenstelling tot hun gestigmatiseerde collega's, bij wie we nauwelijks verandering constateren. Bijkomende analyses (niet weergegeven) wijzen uit dat dit verklaard kan worden doordat deze stigmatisering de kans op tewerkstelling verlaagt en doordat tewerkgestelden een betere financiële situatie hebben. De invloed van ervaren verwerping heeft voor de bestudeerde groep dus eerder te maken met het al dan niet hebben van werk, dan met de beloning van hun betaalde arbeid. In tegenstelling tot Links (1982) hypothese merken we dus geen van de tewerkstelling onafhankelijke invloed op het inkomen.

Stigmatisering blijkt daarenboven sterk negatief verbonden te zijn met de mate waarin men sociale steun ervaart in de omgeving (tabel 2). Stigmatisering verhindert concreet de uitbreiding van het sociale-steunnetwerk (figuur 1): bij gestigmatiseerde ex-revalidanten stellen we vast dat de mate waarin men sociale steun ervaart gelijk blijft, terwijl de niet-gestigmatiseerde ex-revalidanten een uitbreiding van hun sociale-steunnetwerk ondervinden. Daarnaast stellen we een zwak effect ($\beta = -0,16$; $p = 0,06$) vast van stigmatisering op de mate van sociale integratie of de frequentie waarin men sociale contacten heeft (tabel 2). De daling van het aantal sociale contacten blijkt iets sterker voor personen met stigmatiserende ervaringen.

In overeenstemming met de onderzoeksresultaten van Link (1987), Rosenfield (1997) en Markowitz (2001) constateren we ten slotte een negatieve invloed van stigmatisering op de zelfwaardering: het ervaren van verwerping door de omgeving verlaagt het zelfwaardegevoel (tabel 2). Concreet stellen we vast dat het zelfwaardegevoel van gestigmatiseerde ex-revalidanten weliswaar stijgt, maar deze stijging is minder sterk in vergelijking met cliënten die nooit dergelijke ervaringen van verwerping door hun omgeving hadden (figuur 1).

Figuur 1: Vergelijking van levenskwaliteit bij intake en follow-up bij cliënten met en zonder stigmatiserende ervaringen



4.3 Sociale relaties en tewerkstelling/inkomen als intermediaire variabelen tussen stigmatisering en zelfwaardering

Stigmatisering blijkt de vier bestudeerde aspecten van de levenskwaliteit negatief te beïnvloeden. Hoe verhouden deze aspecten zich tot elkaar, en meer bepaald, kan de impact van verwer-

ping op zelfwaardering verklaard worden door de negatieve invloed op inkomen, tewerkstelling en sociale contacten?

Tabel 4: Sociale contacten, tewerkstelling en inkomen als intermediaire variabelen tussen ervaren verwerping en zelfwaardering

	Zelfwaardering		
T0 zelfwaardering	0,19°	0,24*	0,20°
Symptomen	-0,30*	-0,22°	-0,20°
Geslacht (man)	-0,04	-0,05	-0,01
Leeftijd	-0,10	-0,12	-0,08
Ervaren verwerping		-0,18*	-0,01
Tewerkstelling			0,22*
Inkomen			-0,02
Sociale integratie			0,25**
Sociale steun			0,23*
Adj R^2	0,16	0,18	0,37

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; ° $p \leq 0,1$

Tabel 4 wijst uit dat de genoemde factoren inderdaad als intermediaire variabelen fungeren. We kunnen de volgende mechanismen onderscheiden. Enerzijds belemmert stigmatisering de kans op tewerkstelling en leidt tewerkstelling tot een hogere zelfwaardering. Anderzijds belemmert stigmatisering sociale steun en doet het de sociale isolatie toenemen, terwijl het krijgen van meer sociale steun en een hogere sociale integratie positief zijn voor de zelfwaardering. De financiële situatie blijkt de zelfwaardering niet significant te beïnvloeden, ook niet bij bivariate analyse (niet weergegeven).

5. Besluit en bespreking

Hoewel professionele hulpverlening aan mensen met psychische problemen de verbetering van het welzijn van de cliënten tot doel stelt, wijzen verschillende auteurs op een mogelijke negatieve keerzijde van deze hulpverlening, met name stigmatisering. In deze bijdrage is nagegaan of de levenskwaliteit van cliënten van een psychosociaal rehabilitatiecentrum na hun revalidatie beter was dan ervoor en werd de impact van de eventuele ervaren verwerping onderzocht. In tegenstelling tot recent onderzoek dat de nadruk legt op subjectieve levenskwaliteit of levenstevredenheid en de link met zelfwaardering, is vooral de invloed op elementen van de objectieve levenskwaliteit (Lehman, 1998) bestudeerd.

De vergelijking van de levenskwaliteit bij intake en follow-up toonde gemengde resultaten.

Bovendien bleek stigmatisering de levenskwaliteit in termen van tewerkstelling, financiële situatie, sociale integratie, sociale steun en zelfwaardering negatief te beïnvloeden. Indien we zelfwaardering als ultieme afhankelijke variabele beschouwen, kunnen we verschillende onafhankelijke mechanismen onderscheiden die de impact van stigmatisering op de zelfwaardering kunnen verklaren. Aan de ene kant blijken gestigmatiseerde ex-cliënten minder vaak tewerkgesteld en is tewerkstelling positief voor het zelfwaardegevoel. Bovendien zijn gestigmatiseerde revalidanten vaker sociaal geïsoleerd en ervaren ze – los daarvan – minder sociale steun, waardoor hun zelfwaardering afneemt.

De vastgestelde verbetering in de financiële situatie en de zelfwaardering suggereren dat hulpverlening – althans op bepaalde vlakken – kan bijdragen tot een betere levenskwaliteit. Dit kunnen we beschouwen als gedeeltelijke bevestiging van de visie van de critici van de labelingtheorie (Gove, 1970), die wijzen op de positieve kanten van psychiatrische hulpverlening: hulp leidt namelijk tot een betere levenskwaliteit.

Dat de resultaten niet eenduidig op een verbetering wijzen, vormt bovendien een ondersteuning van diegenen die pleiten voor het gebruik van een multidimensionale indicator als uitkomstvariabele (Anthony e.a., 1990; Bracke, 2001). Verandering in één dimensie betekent inderdaad niet automatisch verandering op een ander vlak, en positieve evoluties op één domein kunnen inderdaad gepaard gaan met negatieve op een ander (Anthony e.a., 1990).

Dat de onderzoeksresultaten daarenboven duidelijk de impact van ervaren verwerping ten gevolge van hulpverlening aantonen, kunnen we als bevestiging van de labelingtheorie beschouwen. Stigmatisering beïnvloedt inderdaad verschillende dimensies van de levenskwaliteit. Niet alleen de subjectieve levenskwaliteit of levenstevredenheid (Rosenfield, 1997; Markowitz, 2001), maar ook objectieve subcomponenten zoals inkomen, tewerkstelling, en sociale contacten blijken erdoor bepaald te worden.

Een interessante bevinding is dat de twee componenten van sociale contacten een onafhankelijke invloed op zelfwaardering hebben. Zo blijkt niet alleen de frequentie van de sociale contacten of de sociale integratie de zelfwaardering positief te beïnvloeden, maar is het eveneens belangrijk te ervaren bij de omgeving terecht te kunnen voor sociale steun.

De onafhankelijke invloed van betaalde arbeid en de variabelen in verband met sociale contacten is eveneens interessant. Hoewel de mogelijkheid tot sociaal contact algemeen als een van de functies van tewerkstelling beschouwd wordt, blijkt het al dan niet hebben van werk in deze studie geen verband te houden met de mate waarin men sociaal geïntegreerd is of sociale steun vanuit de omgeving krijgt (analyses niet weergegeven).

Een nadeel van dit onderzoek is de conceptualisatie van ervaren verwerping als dichotome variabele. Daardoor konden enkel verschillen nagegaan worden tussen cliënten met en zonder stigmatiserende ervaringen, maar kon de invloed van verschillende gradaties van verwerping niet onderzocht worden. Wat eveneens niet mogelijk was aan de hand van deze studie is het vaststellen van de precieze causale richting tussen ervaren verwerping en levenskwaliteit. Stigmatisering is in deze studie immers geconceptualiseerd als 'ervaren verwerping door naar het centrum te komen' en is enkel bij follow-up gemeten. We kunnen niet nagaan of de betreffende personen voordien al verworpen waren en we kunnen de rol van het starten van de hulp-

verlening hierbij niet aanduiden. Een andere – deels daarmee gepaard gaande – tekortkoming is het ontbreken van een controlegroep. Behalve het feit dat dit ons niet toelaat de mogelijkheid van de zogenaamde ‘spontane rehabilitatie’ van personen met psychische problemen uit te sluiten, kunnen we in tegenstelling tot Link (1981) niet aanduiden welke invloed de hulpverlening nu zelf heeft op de stigmatisering. Het is immers niet voldoende te weten dat stigmatisering invloed heeft, of op welke wijze die plaatsvindt, maar er moet op zoek gegaan worden naar de determinanten ervan. Hoewel er reeds theorieën geformuleerd zijn over de wijze waarop stigmatisering invloed uitoefent, is er een tekort aan theorievorming over en onderzoek naar de antecedenten. Concreet moet men een antwoord vinden op de vraag waarom – ook binnen de hulpverlening en binnen eenzelfde centrum – bepaalde personen zich verworpen voelen en andere niet. Welke factoren spelen daarbij een rol en op welke wijze kunnen de al dan niet bij het hulpverleningsproces betrokken actoren de (invloed van) stigmatisering reduceren?

Deze studie bevestigt dus niet alleen dat men bij evaluatie met verschillende dimensies rekening moet houden en dat gerichte behandeling zich op verschillende deelcomponenten moet concentreren, als men ‘de levenskwaliteit’ wil verbeteren. Het ondersteunt bovendien Links (1997) en Rosenfields (1997) visie, die stelden dat als men een verbetering van de algemene levenskwaliteit beoogt, men ook rekening dient te houden met stigmatisering. Indien men erin slaagt de stigmatisering te verminderen, kan alvast deze negatieve keerzijde van hulpverlening aan mensen met psychische problemen aangepakt worden, wat hun levenskwaliteit ten goede kan komen.

Noten

1. Mieke Verhaeghe is licentiaat in de sociologie en werkt als wetenschappelijk medewerker voor de Vakgroep Sociologie van de Universiteit Gent, Universiteitsstraat 4, 9000 Gent (België). E-mail: Mieke.Verhaeghe@rug.ac.be. Een eerste versie van deze bijdrage werd gepresenteerd op de Tiende Sociaal-Wetenschappelijke Studiedagen in Amsterdam, op 31/05/2002.
2. Deze studie werd gefinancierd door het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

Met dank aan revalidatiecentrum Inghelburch in Brugge.

3. Deze illustratie gebeurt aan de hand van grafieken. De opgetekende schaalverdeling van de y-as wordt bepaald volgens het gemiddelde en de standaardafwijking van de betreffende variabele op het eerste meetmoment. Het gemiddelde staat centraal; de grenzen worden afgebakend op één standaardafwijking boven en onder dit gemiddelde.

Literatuur

- Anthony, W., Cohen, M. & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston (Mass.): Boston University.
- Arns, P.G. & Linney, J.A. (1993). Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 63-79.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Bracke, P. (2001). Measuring the subjective well-being of people in a psychosocial rehabilitation center and a residential psychiatric setting – the outline of the study and the measurement properties of a multidimensional indicator of well-being. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 222-236.
- Bracke, P. (2002). De steun van lotgenoten en therapeuten tijdens psychosociale rehabilitatie. *Mens en Maatschappij*, 77, 43-64.
- Broman, C.L., Hoffman, W.S. & Hamilton, V.L. (1994). Impact of mental health services use on subsequent mental health of autoworkers. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80-94.
- Brutsaert, H. (1993). *School, gezin en welbevinden. Zesdeklassers en hun sociale omgeving*. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Cnaan, R.A., Blankertz, L., Messinger, K.W. & Gardner, J.R. (1988). Psychosocial rehabilitation: toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 61-77.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I. & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crocetti, G., Spiro, H.R. & Siassi, I. (1974). *Contemporary attitudes toward mental illness*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press. In S. Rosenfield (1997). Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672.
- Crocker, J. & Quinn, D.M. (2000). Social stigma and the self: meanings, situations and self-esteem. In T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl en J.G. Hull (eds.), *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press, 153-183.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. In J. Crocker & D.M. Quinn. (2000). *Social stigma and the self: meanings, situations and self-esteem*. In T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl en J.G. Hull (eds.) *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press, 153-183.
- Farina, A., Gliha D., Boudreau, L.A., Allen, J.G. & Sherman, M. (1971). Mental illness and the impact of believing others know about it. *Journal of abnormal psychology*, 77, 1-5. In B.G. Link (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Fife, B.L. & Wright, E.R. (2000). The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 50-67.
- Finzen, A. & Hoffmann-Richter, U. (1998). Stigma and quality of life in mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (eds.), *Quality of life in mental disorders*, John Wiley & Sons, 70-76.
- Goffman, E. (1963) (1986). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*, New York (N.Y.): Simon and Schuster.
- Gove, W.R. (1970). Societal reaction as an explanation of mental illness: an evaluation. *American Sociological Review*, 35, 873-884.
- House, J.S., Umberson, D. & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.

- Huffine, C.L. & Clausen, J.A. (1979). Madness and work: short- and long-term effects of mental illness on occupational careers. *Social Forces*, 57, 1049-1062.
- Kaasenbrood, A.J.A. & de Valck, B.R. (2000). Stigma. In: Pieters, G., Van der Gaag, M. (2000). *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Care development. Bohn Stafleu Van Loghum, 135-143.
- Kaiser, L.H.W.M. (1993). Deconcentratie: oplossing van het stigma? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 33-44
- Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (1998) *Quality of life in mental disorders*. Chichester: Wiley & Sons.
- Lehman, A.F. (1998) Instruments for measuring quality of life in mental illnesses. In H. Katschnig, H. Freeman & Sartorius, N., *Quality of life in mental disorders*. Chichester: Wiley & Sons.
- Link, B.G. (1982). Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*, 47, 202-215.
- Link, B.G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E., Shrout, P.E. & Dohrenwend, B.P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.
- Link, B.G., Mirotznik, J. & Cullen, F.T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302-320.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385.
- Link, B.G., Struening, E.L., Rahav, M., Phelan, J.C. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177-190.
- Markowitz, F.E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.
- Markowitz, F.E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64-79.
- Michon, H. & Weeghel, J. van (1993). *De Schalm werkt. Evaluatie van een arbeidsrehabilitatie-programma voor mensen met psychosociale en psychiatrische problemen*, Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- Nijhof, G. & C. Hosman (1980). Opvattingen van Nederlanders over ex-psychiatrische patiënten en over mensen die als psychisch gestoord worden geëtiketteerd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 504-520.
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges K. & Mohamad, H. (1997). *Quality of life and mental health services*. Londen: Routledge.
- Pickett, S.A., Cook, J.A. & Razzano, L. (1999) Psychiatric rehabilitation services and outco-

- mes: an overview. In A.V. Horwitz & T.L. Scheid (Eds). *A handbook for the study of mental health : social contexts, theories, and systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 484-492.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life of chronic mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299-315.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672.
- Rosenfield, S. & Wenzel, S. (1997). Social networks and chronic mental illness: a test of four perspectives. *Social Problems*, 44, 200-216.
- Scheff, T. (1966) (1999). *Being mentally ill. A sociological theory*. Third Edition. New York: Aldine De Gruyter.
- Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Raue, P., Friedman, S.J. & Meyers, B.S. (2001) Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479-481.
- Swildens, W., Keijzerswaard, A. van & Valenkamp, M. (2001). *Rehabilitatie: hoe langer, hoe beter. Onderzoek naar individuele rehabilitatie in de psychiatrie*. Amsterdam: SWP.
- Turner, R.J. & Turner, J.B. (1999). Social integration and social support. In C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (301-319). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Torrey, W.C., Mueser, K.T., McHugo, G.H. & Drake, R.E. (2000). Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 51, 229-233.
- Van Dongen, C.J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32, 535-548.
- Verhaeghe, M. & Bracke, P. (1999). *Rehabilitatie en Welbevinden. Technisch onderzoeksrapport*. Gent: Universiteit Gent.
- Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2000). *Rehabilitatie en welbevinden. Follow-up-onderzoek. Technisch onderzoeksrapport*. Gent: Universiteit Gent.
- Wilken, J.P. & den Hollander, D. (1999) *Psychosociale rehabilitatie. Een integrale benadering*. Utrecht: SWP.
- Wright, E.R., Gronfein, W.P. & Owens, T.J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68-90.
- Yanos, P.T., Rosenfield, S. & Horwitz, A.V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37, 405-419.