

Opvattingen over psychische aandoeningen: Hoe komen ‘wij’ en ‘zij’ dichterbij elkaar?

Een interventie bij hulpverleners op
de mate van continuïmdenken over psychische symptomen en stigmatiserende
attitudes jegens mensen met een psychische aandoening

Naam: E.A.M. Kleine Schaars

Studentnummer: 3583406

Thesis in het kader van de Master Klinische en Gezondheidspsychologie

Cursuscode: 201100346

Universiteit van Utrecht

Begeleider Universiteit van Utrecht: Dr. H.A.W. Schut

Begeleider Stichting ‘Wat Doe Jij?’: K. Helmus

Datum: 26-06-2015



*“Let us consider that we are all partially insane. It will explain us to each other.
It will unriddle many riddles. It will make clear and simple many things which are involved in
haunting and harassing difficulties and obscurities now.”*

*The man that corrupted hadleyburg and other stories
Twain, 1900*

Samenvatting

In diverse onderzoeken onder hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg komt naar voren dat zij mensen met psychische aandoeningen stigmatiseren. Deze stigmatisering kan negatieve gevolgen hebben voor mensen met psychische aandoeningen. Wanneer mensen geloven dat psychische symptomen op een glijdende schaal voorkomen, blijken zij minder te stigmatiseren tegenover mensen met psychische aandoeningen. Dit fenomeen heet continuüdenken over psychische symptomen. In deze studie is onderzoek gedaan naar een workshop waarin het contact tussen mensen met psychische problematiek en hulpverleners centraal stond. De verwachting was dat stigmatisering over mensen met psychische aandoeningen verminderde in de workshop-conditie ten opzichte van de wachtlijst-conditie. Daarnaast werd onderzocht of het verband tussen de workshop met direct contact tussen mensen met en zonder psychische aandoening op stigmatisering wordt verklaard door continuüdenken over psychische aandoeningen. Er werd een gecontroleerd experimenteel onderzoek uitgevoerd, waaraan 202 hulpverleners deelnamen. In beide condities vond een voor- en nameting plaats om stigmatiserende attitudes (MICA) en continuüdenken te meten. Er is een interactie-effect gevonden, waarbij de hulpverleners die de workshop bijwoonden geen afname in stigmatiserende attitudes rapporteren, terwijl de wachtlijst-conditie een toename laat zien. Daarnaast is continuüdenken over psychische aandoeningen een volledige mediator in het verband tussen de workshop en stigmatiserende attitudes, waarbij continuüdenken over psychische aandoeningen negatief samenhangt met stigmatiserende attitudes.

Opvallend is dat relatief weinig stigmatiserende attitudes onder de hulpverleners worden gemeten. Mogelijke verklaringen voor de lage stigma-scores, de toename in stigma-scores in de wachtlijst-conditie worden in de discussie besproken. Geconcludeerd kan worden dat de workshop bij de huidige doelgroep niet tot vermindering van gerapporteerde stigmatiserende attitudes heeft geleid. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op meer stigmatiserende doelgroepen en de ontwikkeling van alternatieve meetinstrumenten omtrent stigmatisering. Een suggestie zou zijn om het concept continuüdenken over psychische aandoeningen als meetinstrument mee te nemen bij stigma-interventies.

Abstract

In several studies among mental health care, it is evident that stigmatisation of people with mental illnesses by mental health professionals occurs. This process of stigmatisation can have many negative consequences for people with mental illnesses. It has been researched whether a workshop, in which the social interaction between people with mental illnesses and mental health professionals is centralized, can lead to a reduction in stigmatisation of people with mental illnesses. People tend to stigmatize less on mental illnesses when they believe that psychological symptoms lie on a continuum to normal experiences (continuum beliefs about psychological symptoms). It was expected that stigmatizing attitudes would decrease in the workshop condition compared to the waiting list condition. Also it was hypothesized that the coherence between the workshop on stigmatisation of people with mental illnesses diminished when continuum beliefs about psychological symptoms was included. A controlled experimental research was conducted in which 202 mental health professionals participated. In both conditions participants were asked to fill in a questionnaire to measure stigmatizing attitudes and continuum beliefs about psychological symptoms at two different points in time. An interaction effect was found, in which participants in the workshop condition reported no significant decrease in stigmatizing attitudes, while the waiting list condition showed an increase. A complete mediation was found: the workshop influences continuum beliefs about psychological symptoms, which in turn influences stigmatisation of people with mental illnesses. It is interesting that relatively few stigmatizing attitudes were measured among the participants. Possible explanations for the low stigma-scores, the increase of stigma-scores in the waiting list condition are addressed in the discussion. It can be concluded that the workshop did not lead to a decrease in stigmatizing attitudes. Future research could be focussed on groups with more stigmatizing attitudes and on developing alternative instruments to measure stigmatisation. Possibly a suitable instrument for antistigma interventions could be to incorporate continuum beliefs about psychological symptoms.

Voorwoord

Wanneer ik mensen in mijn omgeving vertel over psychische aandoeningen, krijg ik vaak de reactie: ‘Aah dat is vast zwaar en moeilijk’. Ik merk dat er veel negatieve (voor)oordelen zijn over psychische aandoeningen en werken in de geestelijke gezondheidszorg. Dat is de reden geweest dat ik mij in dit onderwerp ‘stigmatisering van psychische aandoeningen’ ben gaan verdiepen. De afgelopen maanden heb ik mij niet alleen uitgebreid ingelezen in het onderwerp, maar heb ik tevens in opdracht van de stichting ‘Wat Doe Jij?’ een eerste stap gezet om beweging te krijgen in de geestelijke gezondheidszorg om stigmatisering op de kaart te zetten.

Ik wil mijn begeleiders, Henk Schut en Kim Helmus bijzonder bedanken voor de enorm betrokken begeleiding tijdens het afstudeertraject. Door de onuitputtende energie die zij hebben voor dit onderwerp en/of onderzoek, hebben zij mij weten te motiveren tot het schrijven van deze masterthese. Derhalve kan ik deze nu met trots presenteren. Daarnaast wil ik José de Jager, Miryam Kleine Schaars, Theo Kleine Schaars, Wietse Hage, Anne Willemijn Kamphorst, Fons Oltheten, Angèle de Jong, Catherine van Zelst, Hanneke Hoogedoorn, Elise de Glint en Hansje Wierenga bedanken voor jullie hulp en kritische blik op mijn masterthesis.

Tot slot wil ik alle hulpverleners en cliënten van de deelnemende organisaties GGZ-NHN, GGZ Drenthe, GGZ InGeest, Arkin en Altrecht bedanken voor hun inzet en inbreng voor dit onderzoek. Hierdoor heb ik gemerkt hoe belangrijk het is om open over dit thema te kunnen praten.

Iris Kleine Schaars

Amsterdam, juni 2015

Inhoudsopgave

Inleiding.....	1
Methoden.....	5
Design	6
Procedure.....	6
Materialen.....	7
Statistiek	9
Resultaten	10
Discussie.....	14
Literatuur	18
Bijlagen	23

Inleiding

De attitude in Nederland ten opzichte van mensen met een psychische aandoening is overwegend negatief (van Weeghel, 2005). Een veel voorkomende, invloedrijke opvatting is: 'Psychiatrische patiënten zijn gevaarlijk, onvoorspelbaar, incompetent en zelf verantwoordelijk voor hun toestand' (Angermeyer & Dietrich, 2006; Hayward & Bright, 1997; Plooy & Boon, 2008; Thornicroft, 2006). In Nederland zijn mensen met een psychische aandoening vaak slachtoffer van stigmatisering (van Weeghel, 2005). Stigmatisering is een proces waarbij mensen op basis van onderlinge verschillen negatief gelabeld, veroordeeld en apart gezet worden, waardoor er discriminatie en ongelijkheid ontstaat (Angermeyer & Matschinger, 2005; Corrigan, 1998; Link, 1987). Het is opvallend dat ook hulpverleners mensen met een psychische aandoening lijken te stigmatiseren (Thornicroft, 2008; Watson, Ottati & Corrigan, 2003). Echter, de bevindingen over de mate waarin hulpverleners dit doen zijn inconsistent (Schulze, 2007). Niettemin geven mensen met een psychische problematiek vaak aan zich gestigmatiseerd te voelen door hun hulpverleners (Stuart, Arboleda-Flórez, & Sartorius, 2012), wat door velen als een groter probleem wordt beschouwd dan de aandoening zelf (Hayward & Bright, 1997; Thornicroft, 2006).

Stigmatisering ligt aan de basis van de groepsprocessen die onder andere door de sociale identiteitstheorie beschreven wordt. Volgens deze theorie hebben mensen de neiging om de wereld op te delen in categorieën, om zodoende informatie overzichtelijk te verwerken (Bodenhausen & Hugenberg, 2009; Tajfel & Turner, 1979). Dit geldt ook voor de categorisatie tussen mensen, waarbij op basis van stereotypen onderscheid gemaakt wordt tussen de eigen groep (ingroup) en de andere groep (outgroup) (Allport, 1954; Tajfel, 1969). Dit proces van 'wij versus zij' denken, heeft voor- en nadelen (Link & Phelan, 2011). Een voordeel is dat mensen een prettig gevoel kunnen ontleen aan 'ergens bij horen'. Een nadeel is dat mensen over het algemeen behoefte hebben aan het handhaven van een positief zelfbeeld. Daarvoor is het behoud van een positief beeld over de eigen groep van belang (Turner, 1975, 1987). Om dit te bewerkstelligen wordt de eigen groep als superieur beschouwd ten opzichte van een andere groep, waaraan negatieve eigenschappen worden toegekend. Dit wordt intergroupsbias genoemd (Allport, 1954; Tajfel & Turner, 1979). Wanneer deze negatieve eigenschappen gegeneraliseerd worden naar ieder lid van de andere groep, is sprake van stigmatisering (Dovidio, Gaertner, & Saguy, 2007). Uit onderzoek blijkt dat stigmatisering ernstige psychische gevolgen kan hebben voor mensen met psychische aandoeningen: ze durven vaak geen opleiding te starten of werk te zoeken (Corrigan, 2004),

ervaren gevoelens van minderwaardigheid (Kaasenbrood & de Valk, 2000) en beleven een verminderde kwaliteit van leven (Rüsch et al., 2009). Daarnaast belemmert stigmatisering het behandelbeloop (Livingston & Boyd, 2010) en vergroot ze de kans op terugval en op het aantal opnames bij mensen met een psychische aandoening (Catthoor, de Hert, & Peuskens, 2003). Gezien de positie van hulpverleners bij de begeleiding van mensen met een psychische aandoening tijdens de behandeling en het herstelproces, is het belangrijk aandacht te besteden aan stigmatisering binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Holmqvist, 2000). Afgelopen jaren zijn er vele grootschalige interventies ontwikkeld om stigmatisering aan te pakken, zoals reclamespots. Die waren vooral gericht op het creëren van bewustwording over stigmatisering (Corrigan, Morris, Michaels, Radacz, & Rüsch, 2012). Uit onderzoek van Stuart en collega's (2012) blijkt dat inzicht en informatie krijgen over het onderwerp stigmatisering slechts een kortdurend effect heeft. Een combinatie van strategieën, waarbij op kleinschalig niveau initiatieven betrokken kunnen worden, lijkt wel effectief te zijn. Hierbij komt de nadruk te liggen op de contactstrategie en inzet van ervaringsdeskundigen (Stuart et al., 2012). In het bestrijden van stigma zijn twee componenten effectief gebleken: direct contact tussen mensen met en zonder psychische aandoening en educatie over psychische aandoeningen. Van deze componenten blijkt direct positief contact het meest effectief (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008; Corrigan et al., 2012; Couture & Penn, 2003). Dit wordt volgens het Common Ingroup Identity Model (CIIM) (Gaertner, Dovidio, Anastasio, Bachman, & Rust, 1993) verklaard doordat direct contact tussen leden van de in- en outgroup leidt tot het verminderen van de intergroupsbias. Hierdoor ontwikkelen leden van de ingroup een meer positieve attitude tegenover de leden van de outgroup, wat leidt tot recategorisatie en stigmavermindering (Gaertner et al., 1993). Er is weliswaar onderzoek gedaan naar elementen om stigmatisering effectief te bestrijden, toch ontbreken er in Nederland gerichte stigma-interventies. Bovendien worden de stigma-interventies nauwelijks geëvalueerd (Kienhorst, 2014). Om dit te verbeteren is er een nieuwe interventie ontwikkeld om stigmatisering binnen de hulpverlening aan te pakken. Het betreft een gestructureerde, kleinschalige interventie in de vorm van een workshop. Hoewel hulpverleners (bijna) dagelijks contact hebben met mensen met een psychische aandoening, gaat het bij de workshop om contact volgens de elementen van de contacttheorie van Allport (1954). In deze contacttheorie beschrijft Allport (1954) dat interactie tussen minder- en meerderheidsgroepen het meest effectief is in het verminderen van wederzijdse vooroordelen. Met name positieve, persoonlijke communicatie, gezamenlijke doelen, ondersteuning door autoriteit, samenwerking en gelijke status tussen

groepen lijken werkzame elementen te zijn. Diverse onderzoeken naar stigmavermindering ondersteunen het belang van dit wederzijdse contact (Corrigan et al., 2012; Couture & Penn, 2003). Aangezien educatie-interventies ook effect lijken te hebben op het verminderen van stigma's (Corrigan et al., 2012; Couture & Penn, 2003), worden daarnaast informatieve elementen in de workshop verwerkt. Deze studie onderzoekt of de workshop zorgt voor een vermindering van stigmatisering onder hulpverleners. De eerste hypothese luidt: *Er is een afname van stigmatisering bij hulpverleners die de workshop bijwonen in vergelijking met de hulpverleners die deze niet kregen.*

Zoals eerder beschreven vormt de categorisatie tussen de ingroup (wij) en de outgroup (zij) een onderdeel in het stigmatiseringsproces (Link, 1987). Een hieraan tegenovergestelde houding ontstaat wanneer mensen met een psychische aandoening worden beschouwd als iemand uit de eigen groep. Uit onderzoek blijkt dat symptomen zoals hallucinaties en wanen ook veel bij psychisch gezonde mensen voorkomen, waarbij niet zozeer de symptomen de lijdensdruk bepalen maar de belevingswijze en ernst van deze symptomen (Peters, Day, McKenna en Orbach, 1999; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul & Krabbendam, 2009). Wellicht zijn psychische aandoeningen niet dichotoom aan te duiden, maar dienen ze op een glijdende schaal geplaatst te worden. Wanneer men gelooft dat symptomen van de aandoeningen niet meer zijn dan een ernstige variant van wat normaal is, spreekt men van continuïmdenken¹ over psychische aandoeningen (Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2013).

Op basis van de conceptualisatie van stigma beschreven door Link en Phelan (2001) en de sociale identiteitstheorie (Allport, 1954; Tajfel, 1969) kan worden verwacht dat continuïmdenken over psychische symptomen geassocieerd is met een minder negatieve attitude ten aanzien van mensen met een psychische aandoening. Immers de wij-zij categorisatie valt weg op het moment dat negatief geïnterpreteerde eigenschappen niet gekoppeld worden aan de andere groep, maar beschouwd worden als eigenschappen die zich ook voordoen binnen de eigen groep. In het onderzoek van Schomerus et al. (2013) en Wiesjahn, Brabban, Jung, Gebauer en Lincoln (2014) wordt bevestigd dat wanneer mensen geloven in een glijdende schaal waarop psychische symptomen voorkomen (continuïmdenken), zij minder stigmatiseren. In deze studie wordt onderzocht of deze samenhang zich op eenzelfde manier uit bij hulpverleners. De tweede hypothese luidt als volgt: *Op grond van bevindingen uit eerder onderzoek mag worden verwacht dat een hogere*

¹ Wanneer gesproken wordt over continuïmdenken heeft dit betrekking op continuïmdenken over psychische symptomen.

mate van continuümdenken over psychische symptomen samenhangt met een lagere mate van stigmatisering bij hulpverleners.

Met het oog op het ontwikkelen van effectieve interventies om stigmatisering te bestrijden, is het essentieel om meer begrip te genereren over de componenten die met stigmatisering samenhangen. Op basis van het eerdergenoemde CIIM kan worden verwacht dat direct positief contact en continuümdenken met elkaar samenhangen bij het verminderen van stigmatisering. Dit model stelt dat door direct contact recategorisatie tussen meerderheids- en minderheidsgroepen plaatsvindt waarin overeenkomsten tussen elkaar worden ontdekt. Door het proces recategorisatie vervagen de grenzen tussen ‘wij en zij’ (de Goei, Plooy & van Weeghel, 2006; Gaertner et al., 1993) waardoor stigmatisering ten opzichte van de andere groep afneemt (Dovidio et al., 1997; Gaertner, Rust, Dovidio, Bachman, & Anastasio, 1994). Dit wordt bevestigd in de studie van Davies, Griffin, en Vice (2001) waarbij stigmatisering afneemt door direct positief contact tussen hulpverleners en mensen met psychische aandoeningen door middel van het delen van ervaringsverhalen. In die studie werd continuümdenken niet als meetinstrument meegenomen, waardoor de invloed en/of verandering van continuümdenken onduidelijk blijft. In dit onderzoek wordt verwacht dat de mate van continuümdenken een verklaring biedt voor het verband dat bestaat tussen de workshop met direct contact tussen mensen met en zonder psychische aandoening en de afname van stigmatisering. Allereerst kan op basis van het CIIM (Gaertner et al., 1993) worden verwacht dat direct contact maken tussen meerderheids- en minderheidsgroepen invloed uitoefent op de mate van continuümdenken, doordat grenzen tussen ‘wij en zij’ vervagen. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat continuümdenken negatief samenhangt met stigmatisering (Wiesjahn et al., 2014). Niet eerder is continuümdenken meegenomen in een stigma-interventie, terwijl de relatie tussen continuümdenken en stigmatisering reeds bekend is (Schomerus et al., 2013; Wiesjahn et al., 2014). Het lijkt daarom relevant de invloed van continuümdenken op het verband tussen de workshop en stigmatisering te onderzoeken. De derde hypothese luidt: *Er wordt verwacht dat het verband tussen de workshop op stigmatisering wordt verklaard door continuümdenken over psychische symptomen.*

In dit onderzoek wordt de effectiviteit van een nieuw ontwikkelde interventie met betrekking tot stigmavermindering gemeten. Daarnaast wordt onderzocht of continuümdenken negatief samenhangt met stigmatisering. Tot slot wordt de invloed van continuümdenken onderzocht op de relatie die bestaat tussen het effect van de workshop en de mate van stigmatisering.

Methoden

Participanten

In totaal deden 202 participanten, die werkzaam waren in FACT teams, mee aan het onderzoek. Gekozen werd voor FACT teams, omdat deze teams werken aan de hand van ACT-richtlijnen ('Assertive Community Treatment': <http://www.ccaf.nl/keurmerk/keurmerkregister-lijst>) en een vergelijkbare doelgroep hebben te weten mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Op meetmoment één (T1) deden 86(42.6%) participanten mee in de experimentele conditie en 116(57.4%) in de wachtlijst-conditie. Op meetmoment twee (T2) waren dit respectievelijk 49(37.4%) en 82(62.6%) participanten, waarmee in totaal 131 participanten deelnamen aan T2. Dit betekent dat er 71(35.1%) participanten gedurende het onderzoek uitvielen, waarvan 37(18.3%) uit de experimentele en 34(16.8%) uit de wachtlijst-conditie. Uit de verschilanalyses blijkt dat verpleegkundigen bij de wachtlijst-conditie vaker uitvielen. De leeftijd van de participanten varieerde van 19 tot 64 jaar op T1($M= 45.46$, $SD= 11.18$). In Tabel 1 en 2 worden de gemiddelde leeftijd en sekseverdeling van de participanten weergegeven. De demografische gegevens verschilden niet tussen de verschillende condities en tijdstippen.

Tabel 1. Leeftijd van de participanten (N) weergegeven in gemiddelde (M) en standaarddeviatie (SD) in jaren op T1 en T2.

	Conditie	N	M	SD
Leeftijd op T1	Wachtlijst	115	46.74	10.28
	Experimenteel	87	43.75	12.14
	Totaal	202	45.46	11.18
Leeftijd op T2	Wachtlijst	82	46.49	10.83
	Experimenteel	49	42.94	11.66
	Totaal	131	45.18	11.23

Tabel 2. Aantal mannen en vrouwen op T1 en T2.

	Conditie	N	Vrouw	Man	Onbekend
Sekse op T1	WachtlIJst	115	76	37	2
	Experimenteel	87	51	33	3
	Totaal	202	127	70	5
Sekse op T2	WachtlIJst	82	53	27	2
	Experimenteel	49	29	19	1
	Totaal	131	82	46	3

Design

Er was sprake van een gecontroleerde experimentele studie met in twee condities een voor- en nameting en er werd derhalve gebruik gemaakt van een *mixed design*. De onafhankelijke variabelen waren sekse, leeftijd en mate van continuümdenken. De afhankelijke variabele was de stigmatiserende attitude. Verwacht werd een interactie-effect tussen conditie en tijd op de stigmatiserende attitudes, waarbij de experimentele conditie over tijd een grotere afname van stigmatisering laat zien dan de wachtlijst-conditie.

Procedure

Voorafgaand aan het onderzoek werd goedkeuring verleend van de Facultaire Ethische Toetsingscommissie van de Universiteit Utrecht (FETC15-015). Participanten werden via teamleiders van de FACT-teams benaderd, van de 30 teamleiders gaven 25 teamleiders (84%) deel te willen nemen. De overige teamleiders reageerden niet of zagen af van deelname. De teams werden willekeurig toegewezen aan de experimentele- of wachtlijst-conditie, waarna de teamleden zich individueel konden opgeven voor deelname.

In de experimentele conditie ontvingen de hulpverleners twee weken voorafgaand aan de workshop een briefing met aanvullende informatie over de interventie en het onderzoek (Bijlage 1a). Daarnaast kregen zij het verzoek om een cliënt uit de eigen caseload uit te nodigen voor de bijeenkomst, waarvoor zij gebruik konden maken van de briefing voor cliënten (Bijlage 1b). De hulpverleners werd daarnaast gevraagd een toestemmingsverklaring

te tekenen (Bijlage 2) en de eerste vragenlijst (T1) in te vullen. De vragenlijst bestond uit items omtrend demografische gegevens, stigmatiserende attitudes en continuïmdenken. In het kader van ander onderzoek werden extra vragenlijsten afgenomen (zie Bijlage 3 voor de volledige vragenlijst). De wachtlijst-conditie ontving in dezelfde periode een briefing met aanvullende informatie (Bijlage 1c) en werd gevraagd de toestemmingsverklaring te tekenen en de eerste meting in te vullen, welke bestond uit dezelfde vragenlijsten. De tweede meting werd plusminus een maand na de workshop afgenomen en bevatte de onderdelen om stigmatiserende attitudes en continuïmdenken te meten. In diezelfde periode werd T2 in de wachtlijst-conditie afgenomen, zodat het tijdsinterval tussen de meetmomenten gelijk zou zijn in beide condities. Beide meetmomenten namen gezamenlijk ongeveer 30 minuten in beslag. Na de tweede onderzoeksperiode ontvingen de participanten in beide condities een debriefing (Bijlage 4) en werd hen nogmaals de mogelijkheid geboden om zich terug te trekken uit het onderzoek. Alle gegevens werden anoniem verwerkt.

Materialen

De workshop

De experimentele variabele betrof een twee uur durende workshop van hulpverleners en cliënten die door stichting ‘Wat Doe Jij?’ werd ontworpen. De interventie is gebaseerd op de elementen uit de contacttheorie (Allport, 1954). Deze werden toegepast middels samenwerkingsopdrachten, ervaringsverhalen, educatie over de impact van stigma en een film met daarin handvatten voor het aanpakken van stigma (zie Bijlage 5 voor het uitgebreide protocol). Gestreefd werd naar een gelijk aantal hulpverleners en cliënten. Verdere details met betrekking tot de cliënten wordt niet beschreven, omdat zij enkel deelnamen aan de workshop en niet aan het onderzoek.

Tijdens de bijeenkomsten was steeds ten minste één onderzoeker aanwezig om, met behulp van een gestandaardiseerde manipulatiecheck (Bijlage 6), te beoordelen in hoeverre het protocol van de workshop werd nageleefd (protocolscore). Tevens werd per workshop genoteerd wat de verhouding cliënt tot hulpverlener was (verhoudingscore).

Stigmatisering

De mate van stigmatisering werd bepaald aan de hand van een aangepaste, Nederlandstalige versie van de Mental Illness Clinicians’ Attitude scale (MICA; Gabbidon et al., 2013 - Nederlandse vertaling door Gras et al., 2015). Deze vragenlijst pretendeert stigmatiserende

attitudes onder hulpverleners tegenover de psychiatrie en mensen met een psychische aandoening te meten. De vragenlijst omvat 16 stellingen die met een 6-punts Likertschaal (1=“Helemaal mee eens” tot 6= “Helemaal mee oneens”(6)) beoordeeld worden. Een voorbeeldstelling is: *“Mensen met een ernstige psychische aandoening kunnen nooit voldoende herstellen om een goede kwaliteit van leven te ervaren.”*. De originele vragenlijst heeft een goede betrouwbaarheid ($\alpha = .72$) en face-validiteit en een redelijke interne consistentie en convergente validiteit (Gabbidon et al., 2013). Ook de Nederlandstalige versie heeft een goede betrouwbaarheid ($\alpha = .73$) en face-validiteit (Gras et al., 2015). Voor zover bekend, zijn hiernaar geen andere studies uitgevoerd. In het huidige onderzoek uit T1 komt een Cronbach’s alpha van $\alpha = .51$ naar voren. Wanneer twee vragen (item 12 en 3) uit de lijst worden verwijderd, wordt de alpha verhoogd naar $\alpha = .64$.

Aan de vragenlijst leek een aantal beperkingen te kleven. Allereerst was de vragenlijst in slechts één studie getest op betrouwbaarheid en niet op inhoud- en criteriumvaliditeit. Daarnaast bleken er taalkundige fouten in voor te komen. Tot slot leek de vragenlijst, in de ogen van de onderzoekers, weinig subtiel te zijn voor de doelgroep in de huidige studie, waardoor participanten geneigd zouden kunnen zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven. Derhalve werd de MICA in het huidige onderzoek taalkundig aangepast en werden 13 vragen toegevoegd. Een voorbeeldstelling is: *‘De meeste vooroordelen omtrent cliënten met psychische stoornissen zijn waar’*. Het toevoegen van de zelf ontwikkelde vragen verhoogde de Cronbach’s alpha naar $\alpha = .77$, welke met verwijdering van één vraag (item 24) $\alpha = .79$ werd. Een hogere score op de MICA en de aanvullende vragen (MICA Totaal) indiceerde een meer stigmatiserende attitude.

Continuümdenken

Continuümdenken is in dit onderzoek gedefinieerd als de mate waarin men gelooft dat psychische aandoeningen een variant zijn van wat normaal is (Schomerus et al., 2013). Het concept werd gemeten met de Continuüm Beliefs Questionnaire (CBQ) aan de hand van 16 stellingen (Wiesjahn, 2014), op basis van een ordinale zes-puntschaal (1=“Helemaal mee eens” tot 6= “Helemaal mee oneens”(6)). Een voorbeeldstelling luidt: *“Iedereen kan hallucinaties meemaken wanneer men veel stress ervaart.”*. De items van de CBQ werden ten behoeve van het huidige onderzoek van het Engels naar het Nederlands vertaald volgens de ‘forward-backward’ methode. Uit de studie van Wiesjahn en collega’s (2014) bleek dat de face validiteit en de interne consistentie ($\alpha = .68$) goed is. Verdere informatie over de

betrouwbaarheid en validiteit is onbekend. Daarnaast is de stelling: “*Psychische aandoeningen zijn eigenlijk niet meer dan een variant van wat normaal is.*” (Schomerus et al., 2013) aan de vragenlijst toegevoegd. Tot slot is een tweetal door de onderzoeker ontwikkelde items toegevoegd die verkregen zijn uit de literatuur over continuümdenken (Peters et al., 1999; van Os et al., 2009). De items luiden: “*Ik kan mij voorstellen dat ik zelf ook een psychische stoornis kan ontwikkelen*” en “*Ik herken veel van mezelf in mijn cliënten.*”. In dit onderzoek komt een Cronbach’s alpha van $\alpha=.80$ naar voren. Een hogere score op voorgenoemde samengestelde vragenlijst (Continuümdenken Totaal) indiceerde een hogere mate van continuümdenken.

Statistiek

Voordat de analyses werden uitgevoerd werden enkele items omgepold. De data werd vervolgens geanalyseerd met behulp van het Statistical Program for Social Sciences (SPSS), versie 22. Om het effect van de workshop te onderzoeken werd een herhaalde meting ANOVA voor onafhankelijke groepen gebruikt, zodat het interactie-effect van tijd x conditie op stigmatiserende attitudes geanalyseerd werd. Om het effect te toetsen of het verband tussen de workshop en stigmatisering verklaard wordt door continuümdenken, werd een mediatie-analyse aan de hand van de methode van Baron en Kenny (1986) uitgevoerd.

Resultaten

Beschrijvende statistieken

De gemiddelde scores op MICA Totaal zijn weergegeven in Tabel 3. De scores op T1 werden berekend aan de hand van alle participanten. De scores op T2 kwamen tot stand door gebruik van de data van de participanten die zowel T1 als T2 hadden ingevuld.

Tabel 3

MICA Totaal per conditie

	Conditie	N	<i>M</i>	<i>SD</i>
MICA Totaal T1	Wachlijst	115	2.08	.37
	Experimenteel	87	2.11	.43
	Totaal	202	2.09	.40
MICA Totaal T2	Wachlijst	82	2.15	.42
	Experimenteel	49	1.97	.40
	Totaal	131	2.08	.42

Noot. MICA Totaal-score op 6-punt Likertschaal.

In Tabel 4 worden de gemiddelde scores voor Continuümdenken Totaal weergegeven. De scores op T1 en T2 kwamen tot stand door gebruik van de data van participanten die zowel T1 als T2 hadden ingevuld. Er werd 1 outlier op T1 gevonden², die vervolgens werd uitgesloten van verdere analyses.

Tabel 4

Continuümdenken per conditie

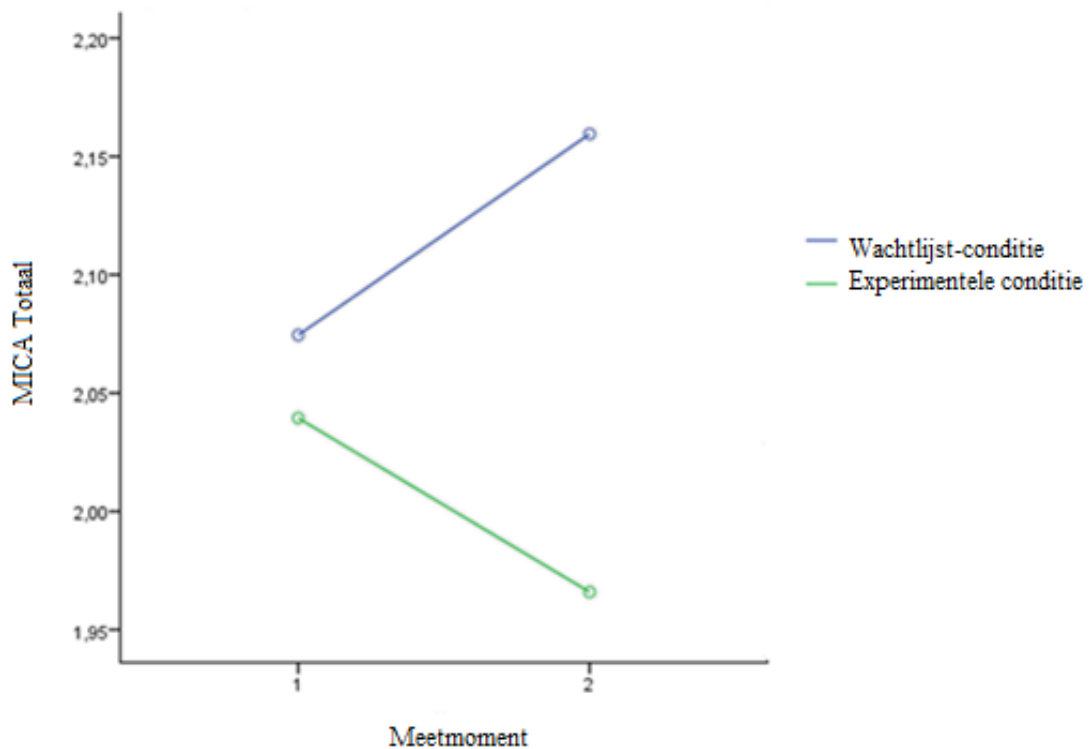
	Conditie	N	<i>M</i>	<i>SD</i>
Continuümdenken op T1	Wachlijst	80	4.30	.55
	Experimenteel	47	4.39	.46
	Totaal	127	4.33	.51
Continuümdenken op T2	Wachlijst	80	4.33	.51
	Experimenteel	47	4.63	.46
	Totaal	127	4.44	.51

Noot. Continuümdenken Totaal-score op een 6-punt Likert schaal.

² Outliers zijn waarden die minstens drie standaarddeviaties afwijken van het gemiddelde.

Hypothese met betrekking tot de workshop

De eerste hypothese stelt dat een afname van stigmatisering in de experimentele conditie groter is dan in de controle-conditie, werd getest met een herhaalde metingen ANOVA met twee condities. Er is een klein interactie-effect van tijd en conditie op stigmatiserende attitudes, $F(1, 128) = 7.19$, $p = .01$, partiële $\eta^2 = .05$. Hieruit blijkt een afname van stigmatiserende attitudes in de experimentele conditie en een toename van stigmatiserende attitudes bij de wachtlijst-conditie. In Figuur 1 wordt dit interactie-effect weergegeven.



Figuur 1. Interactie-effect tussen condities en meetmomenten op stigmatiserende attitudes gegeven in de MICA Totaal score.

Vervolgens werd geanalyseerd of de protocolscore (naleving protocol) dan wel de verhoudingscore (verhouding hulpverleners/cliënten) samenhang met stigmatiserende attitudes op T2. Voor beide blijkt dit het geval te zijn: protocolscore $r = -.22$ ($p < .05$), verhoudingscore $r = -.24$ ($p < .01$), een hogere score van één van beide variabelen relateert aan een lagere MICA Totaal-score op T2. Wanneer voor deze covariaten werd gecontroleerd, verdwijnt het interactie-effect van conditie x tijd op stigmatiserende attitudes, $F(1, 128) = 1.10$, $p = .30$.

Om de gemiddelde scores op beide meetmomenten in beide condities met elkaar te

vergelijken, werd tweemaal een gepaarde groepen t-test uitgevoerd. In de experimentele groep was de gemiddelde MICA Totaal-score voor de workshop hoger ($M= 2.04$, $SD=.39$) dan de gemiddelde score na de workshop ($M= 1.97$, $SD=.40$), $t(48)= 1.54$, maar dit verschil is niet significant ($p=.13$). Bij de wachtlijst-conditie was de gemiddelde MICA Totaal-score op T1 lager ($M= 2.07$, $SD=.41$) in vergelijking met de gemiddelde score op T2 ($M= 2.15$, $SD=.42$), $t(81)= -2.39$, dit verschil is significant ($p=.02$).³ Bij de wachtlijst-conditie nemen de stigmatiserende attitudes over tijd dus significant toe, terwijl de afname in de experimentele conditie niet significant is bevonden. Hiermee wordt een interactie-effect gevonden, echter deze was niet de richting zoals die werd voorspeld. De hypothese wordt daarmee deels bevestigd.

Hypothesen met betrekking tot continuïmdenken

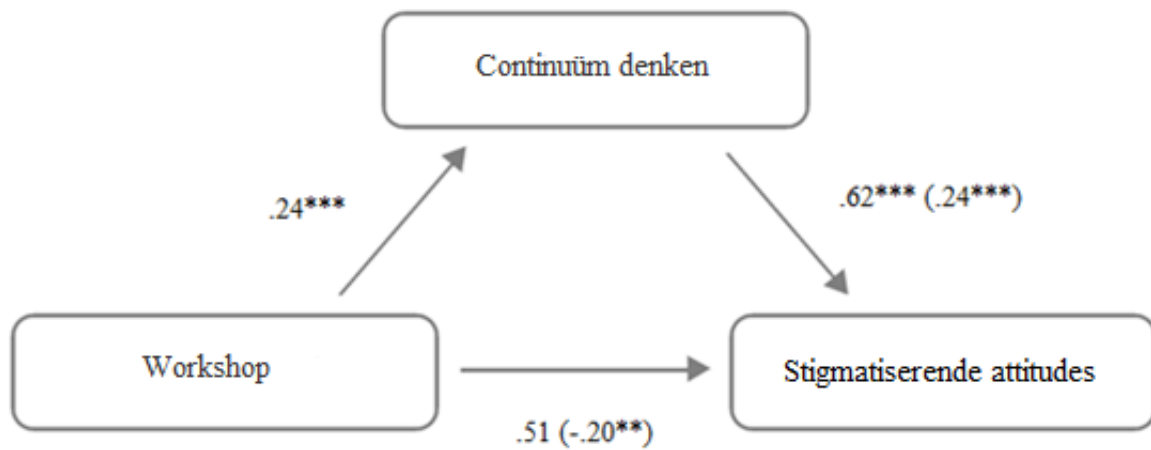
Hypothese 2 stelt dat de mate van continuïmdenken negatief samenhangt met de mate van stigmatisering (stigmatiserende attitudes). Deze correlatie blijkt inderdaad negatief en sterk op zowel T1, $r = -.53$, $p < .001$, als T2, $r = -.63$, $p < .001$ ⁴.

Hypothese 3 stelt dat het verband tussen de workshop met direct contact tussen mensen met en zonder psychische aandoening op stigmatisering (stigmatiserende attitudes) wordt verklaard door continuïmdenken. De mediatie werd getest overeenkomstig de methode van Baron en Kenny (1986). Er is een significant negatief verband gevonden tussen de workshop en stigmatiserende attitudes op T2, waarbij het gaat om een verandering in stigmatiserende attitudes over tijd omdat er werd gecontroleerd voor MICA Totaal score op T1 ($\beta = -.20$, $t=-3.08$, $p < .01$). Vervolgens is er een significant verband tussen de mate van continuïmdenken op T2 en al dan niet deelname aan de workshop ($\beta = .24$, $t=3.78$, $p < 0.01$). Er is eveneens een negatief significant verband geconstateerd tussen de mate van continuïmdenken en stigmatiserende attitudes ($\beta = -.42$, $t=-6.45$, $p < 0.01$). Tot slot werd geanalyseerd of de relatie tussen de workshop en stigmatiserende attitudes op T2 bleef bestaan wanneer voor continuïmdenken op T2 werd gecontroleerd. Hieruit bleek dat wanneer gecontroleerd werd voor continuïmdenken op T2 de relatie tussen de workshop en stigmatiserende attitudes wegvalt ($\beta = -.05$, $t=-.66$, $p = 0.51$), terwijl de relatie tussen de workshop en continuïmdenken blijft bestaan ($\beta = -.62$, $t=-8.59$, $p < 0.01$). Dit betekent dat continuïmdenken de relatie tussen de workshop en stigmatiserende attitudes medieert,

3 Bij het analyseren van de gemiddelde scores van MICA Totaal vragenlijsten werden participanten uitgesloten die meer dan 10% van de vragen niet beantwoord hadden.

4 Er werd geen verschil gevonden in demografische gegevens.

waarmee ondersteuning wordt geboden aan de hypothese. In Figuur 2 wordt deze mediatie weergegeven.



Figuur 2. De gestandaardiseerde β -coëfficiënten van de regressieanalyses voor het verband tussen de workshop en stigmatiserende attitudes gemedieerd door continuümdenken.

** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (tweezijdig).

Discussie

In deze studie is onderzocht of de destigmatiseringsworkshop zorgt voor een afname van stigmatiserende attitudes bij hulpverleners ten aanzien van mensen met psychische problematiek. De hulpverleners laten een verschillende ontwikkeling zien, waarbij de groep hulpverleners die de workshop hebben gevolgd een kleine afname van stigmatiserende attitudes vertoont en de groep hulpverleners die geen workshop heeft gevolgd een toename laat zien. Daarnaast is continuïmdenken een volledige mediator in de relatie tussen de workshop en stigmatiserende attitudes, waarbij continuïmdenken negatief samenhangt met stigmatiserende attitudes.

Wanneer de ontwikkelingen met betrekking tot de workshop nader bekeken worden, komt naar voren dat de stigmatiserende attitudes van hulpverleners die deelnamen aan de workshop niet betekenisvol afnemen, terwijl deze bij de groep hulpverleners zonder de workshop toenemen. Dit is niet in overeenstemming met de hypothese, daaruit zou de conclusie getrokken kunnen worden dat de workshop geen invloed heeft op stigmatiserende attitudes. Een korte workshop blijkt onvoldoende om negatieve attitudes te beïnvloeden.

Er zijn echter diverse argumenten die nuance in deze bevinding aanbrengen. Ten eerste wordt in de huidige studie, in tegenstelling tot bevindingen uit andere onderzoeken (e.g. Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross & Rössler, 2004; Lauber, Nordt, Braunschweig & Rössler, 2006) relatief weinig stigmatiserende attitudes onder hulpverleners gemeten. Hierdoor was er slechts beperkt ruimte voor verbetering (vloereffect). De vraag is echter of er in dit onderzoek überhaupt sprake is van problematische stigmatisering onder de hulpverleners. De doelgroep bestond uit FACT-teams. Daarin zijn ervaringsdeskundigen werkzaam en wordt er gewerkt vanuit een herstelgerichte handelswijze. Het is mogelijk dat men hierdoor meer gericht is op gelijkwaardig contact met mensen met psychische aandoeningen (van Slooten & van Bakkum, 2005). Als men gelooft dat men met deze handelswijze al veel tegen negatieve attitudes doet, dan zou de aangeboden workshop voor weinig verandering in attitudes kunnen zorgen (Petty & Krosnick, 1995). Mogelijk zijn de heilzame elementen uit de workshop wel werkzaam bij een doelgroep waarin sprake is van meer stigmatiserende attitudes. In vervolgstudies zou dan ook in kaart gebracht kunnen worden in welke doelgroepen dit het geval is. Gedacht kan worden aan maatschappelijke dienstverleners van politiecorpsen en zorgverleners binnen de intramurale zorg. Uit onderzoek blijkt namelijk dat zij negatieve attitudes hanteren ten opzichte van mensen met psychische aandoeningen (Bower & Pettit, 2001; Rao et al., 2009). Hierbij zou mede onderzocht kunnen worden welk effect een minder stigmatiserende ander heeft op de

kwaliteit van leven en mate van zelfstigmatisering van mensen met psychische problematiek.

Ten tweede is het opvallend dat er geen verschil meer wordt gevonden tussen de groepen, wanneer gecontroleerd wordt voor de verhoudingsscore en protocolscore in stigmatiserende attitudes. Dit betekent dat het verschil tussen de groepen groter zou zijn wanneer de assumpties uit de contacttheorie (Allport, 1954), die nodig zijn om stigmatisering te verminderen, beter worden doorgevoerd in de workshop. In dit onderzoek werd er onvoldoende aan de assumptie voor gelijkwaardig contact voldaan die nodig is om stigmatisering te verminderen. De verhouding cliënt tot hulpverlener was namelijk in de meerderheid van de workshops niet gelijk, waardoor was er minder gelegenheid voor persoonlijke interactie en samenwerking. Mogelijk heeft bovenstaande tot een beperkt effect van de workshop geleid.

De toename van stigmatiserende attitudes bij de groep zonder workshop wordt verklaard doordat hulpverleners geconfronteerd worden met een doel (vermindering van stigmatisering) waarvoor zij geen concrete handvatten krijgen aangeboden. Onduidelijkheid over de manier waarop men een doel kan bereiken en verminderd vertrouwen in de haalbaarheid ervan, kan leiden tot toegenomen angst, frustratie en boosheid (Brunstein, 1993; de Ridder, Kuijer, de Wit & Evers, 2006; Kuijer & de Ridder, 2003). Deze negatieve emoties worden alle in verband gebracht met bevooroordeeling (Bodenhausen et al., 1994; Cowen, Landers & Schaet, 1959; DeSteno, Dasgupta, Bartlett & Cajdric, 2004; Mackie & Hamilton, 1993). Daarnaast kan de confrontatie met vooroordelen ervoor zorgen dat men juist sterkere vooroordelen krijgt. Uit onderzoek blijkt namelijk dat deze in gedachten terug blijven komen wanneer men ze probeert te onderdrukken (Collins, Wong, Cerulley, Schultz & Ebenhart, 2012; Macrae, Bodenhausen, Milne & Jetten, 1994; Wegner, 1994). Wellicht heeft de confrontatie met initiatieven rondom stigmatisering in de GGZ geleid tot een focus op vooroordelen tegenover mensen met psychische aandoeningen, wat de stigma-score heeft doen toenemen.

Een belangrijke vraag die hieruit voortvloeit, is in hoeverre het geoorloofd is om experimenteel onderzoek uit te voeren met gebruikmaking van een wachtlijst-conditie, als deze conditie een toename in stigmatisering laat zien. Blootstelling aan enkel vragenlijsten naar stigmatisering zou dan ook onverantwoord kunnen zijn. Het ontbreken van een controle-conditie is dan ook een beperking van het huidige onderzoek. Een suggestie voor vervolgonderzoek is om gebruik te maken van een ander soort vergelijkingsgroep, waarin bijvoorbeeld enkele elementen uit de workshop worden aangeboden. Zo zou een controle-conditie enkel educatie kunnen ontvangen of zou indirect contact middels een film over

mensen met psychische problematiek en stigmatisering aangeboden kunnen worden.

Wanneer mensen geloven dat psychische symptomen op een glijdende schaal voorkomen, blijken zij minder te stigmatiseren. Dit is in overeenstemming met eerdere onderzoeken (Schomerus et al., 2013; Wiesjahn et al., 2014) en wordt continuümdenken over psychische aandoeningen genoemd. Doordat eigenschappen van psychische aandoeningen niet gekoppeld worden aan de groep met een psychische stoornis, maar gezien worden als eigenschappen die zich ook voordoen binnen de eigen groep zonder psychische aandoeningen verkleint de categorisatie tussen ‘wij en zij’ (Allport, 1954; Link & Phelan, 2001; Tajfel, 1969). Het beschouwen van psychische symptomen op een continuüm kan dus bijdragen aan het verminderen van stigma’s tegenover mensen met psychische aandoeningen en fungeren als belangrijk concept binnen de stigmabestrijding.

In overeenstemming met de verwachting wordt het verband tussen de workshop met direct contact tussen mensen met en zonder psychische aandoening op stigmatiserende attitudes volledig verklaard door continuümdenken. Dit kan betekenen dat positief gelijkwaardig contact tussen de hulpverleners en mensen met een psychische aandoeningen, bijdraagt aan het ontdekken van overeenkomsten in elkaar waardoor stigmatisering afneemt. Dit komt overeen met het eerder beschreven Common Ingroup Identity Model (Gaertner, 2013) en de contacttheorie (Allport, 1954). Dit is een inzichtgevende bevinding, omdat de mate van continuümdenken in Nederland niet eerder werd gemeten bij een interventie om stigmatisering aan te pakken.

Verder lijkt het van belang om een alternatieve stigmatisering-vragenlijst te ontwikkelen. De MICA van Gras en collega’s (2015) is de enige Nederlandse vragenlijst omtrent stigmatisering van mensen met psychische aandoeningen door hulpverleners. In het huidige onderzoek heeft deze een onvoldoende betrouwbaarheid. Daarnaast meet het enkel stigmatiserende attitudes, volgens Kienhorst (2014) slechts één aspect van stigmatisering. Bovendien meet de MICA expliciete stigmatiserende attitudes. Wanneer duidelijk is dat vooroordelen worden geïnventariseerd, is men wellicht geneigd om sociaal wenselijk te antwoorden (Walker & Jussim, 2002) en zich beter voor te doen om niet bevooroordeeld over te komen (Smith & Mackie, 2007). Hierdoor ontstaat een te positief beeld van de werkelijkheid (Fazio & Olson, 2003). In andere studies werden, met behulp van mogelijk meer uitgebreide stigma-instrumenten, hogere stigmascores door hulpverleners gerapporteerd (Lauber et al., 2004; Lauber et al., 2006). Wellicht vond er in huidig onderzoek onderrapportage van stigmatisering plaats, door het gebruik van een vragenlijst die enkel (expliciete) stigmatiserende attitudes meet. Een suggestie voor vervolgonderzoek is om

gebruik te maken van impliciete stigmametingen of gedragsobservaties en zodoende meer betrouwbare resultaten te verkrijgen. Daarnaast is het onontbeerlijk om naast stigmametingen ook continuüdenken-vragenlijsten te implementeren, gezien de gerapporteerde samenhang tussen continuüdenken en stigmatiserende attitudes. Mogelijk roept het concept continuüdenken minder de neiging tot sociale wenselijkheid en/of weerstand op, gezien de resultaten waaruit naar voren komt dat de stigmatiserende attitudes toenam bij de wachtlijst-conditie terwijl de mate van continuüdenken gelijk bleef. Hoewel de resultaten aantonen dat continuüdenken samenhangt met stigmatiserende attitudes, betekent dit niet dat stigmatiserende attitudes geheel verklaard wordt door continuüdenken. Er kunnen bijvoorbeeld mensen zijn die wel in continuüdenken geloven, maar de ander toch bekritisieren op basis van vooroordelen. Om andere factoren die stigmatiserende attitudes verklaren te begrijpen, is vervolgonderzoek wenselijk.

De conclusie die kan worden getrokken is dat de workshop in dit onderzoek geen effect heeft gehad op stigmatiserende attitudes. Mogelijk genereert de workshop wel een effect wanneer deze geïmplementeerd wordt in meer stigmatiserende groepen. Aangezien de wachtlijst-conditie in het huidige onderzoek een toename van stigmatiserende attitudes in de hand heeft gewerkt, dient in vervolgonderzoek voorzichtig om gegaan te worden met het gebruik van niet-experimentele condities. Verbetering in Nederlandstalige stigma-vragenlijsten is hierbij gewenst. Wel is er een indirect effect gevonden op een afname van stigmatiserende attitudes via continuüdenken als volledige mediator. In toekomstig onderzoek zou continuüdenken een waardevol concept kunnen zijn bij stigmabestrijding, om zodoende de afstand tussen mensen met en zonder psychische aandoeningen (wij versus zij) dichter bij elkaar te brengen. Op deze manier wordt de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorg en samenleving bevorderd voor een rechtvaardige behandeling van mensen met psychische problemen.

Literatuur

- Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 163–179.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Labeling–stereotype–discrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 391–395.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173.
- Bodenhausen, G. V., Sheppard, L. A., & Kramer, G. P. (1994). Negative affect and social judgment: The differential impact of anger and sadness. *European Journal of Social Psychology*, *24*, 45-62.
- Bower, D. L., & Pettit, G. (2001). The albuquerque police department's crisis intervention team: A report card. *FBI Law Enforcement Bulletin*, *70*, 1–6.
- Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 1061-1070.
- Catthoor, K., de Hert, M., & Peuskens, J. (2003). Stigma bij schizofrenie: Een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *45*, 87-96.
- Collins, R. L., Wong, E. C., Cerully, J. L., Schultz, D., & Eberhart, N. K. (2012). *Interventions to reduce mental health stigma and discrimination: A literature review to guide evaluation of California's mental health prevention and early intervention initiative*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, *5*, 201–222.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*, 614-625.
- Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D., & Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, *63*, 963-973.

- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Couture, S.M., & Penn, D.L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health, 12*, 291-305.
- Cowen, E. L., Landes, J., & Schaet, D. E. (1959). The effects of mild frustration on the expression of prejudiced attitudes. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 58*, 33.
- Davies, M.F., Griffin, M., & Vice, S. (2001). Affective reactions to auditory hallucinations in psychotic, evangelical and control groups. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 361–370.
- de Goei, L., Plooy, A., & van Weeghel, J. (2006). *Ben ik goed in beeld? Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- de Ridder, D., Kuijter, R., de Wit, J., & Evers, C. (2006). Zelfregulatie van gezond (heids) gedrag Omgaan met frustratie en distress. *De Psycholoog, 41*, 601.
- DeSteno, D., Dasgupta, N., Bartlett, M. Y., & Caidric, A. (2004). Prejudice from thin air: The effect of emotion on automatic intergroup attitudes. *Psychological Science, 15*, 319-324.
- Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., & Saguy, T. (2007). Another view of “we”: Majority and minority group perspectives on a common ingroup identity. *European Review of Social Psychology, 18*, 296– 330.
- Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., Validzic, A., Matoka, K., Johnson, B., & Frazier, S. (1997). Extending the benefits of recategorization: Evaluations, self-disclosure, and helping. *Journal of Experimental Social Psychology, 33*, 401-420.
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine, 42*, 1741-1752.
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual review of psychology, 54*, 297-327.
- Gabbidon, J., Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Brohan, E., Norman, I., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) Scale - Psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry research, 206*, 81-87.

- Gaertner, S. L., Dovidio, J. F., Anastasio, P. A., Bachman, B. A., & Rust, M. C. (1993). The common ingroup identity model: Recategorization and the reduction of intergroup bias. *European Review of Social Psychology, 4*, 1-26.
- Gaertner, S. L., Rust, M. C., Dovidio, J. F., Bachman, B.A., & Anastasio, P.A. (1994). The contact hypothesis: The role of a common ingroup identity on reducing intergroup bias. *Small Group Research, 25*, 224-249.
- Gras, L. M., Swart, M., Slooff, C. J., van Weeghel, J., Kneegtering, H., & Castelein, S. (2015). Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards psychiatry and patients with mental health problems: something to worry about? A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*, 299-306.
- Hayward, P., & Bright, J. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health, 6*, 345-354.
- Holmqvist, R. (2000). Staff feelings and patient diagnosis. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 349-356.
- Kaasenbrood, A., & de Valk, B. (2000). Stigma. In: G. Pieters & M. van der Gaag (Red.), *Rehabilitatie strategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten* (pp. 135-143). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kienhorst G. (2014). Wegwijzer stigmabestrijding in de GGZ. Gids naar praktijken die werken. Lessen, praktijken en voorbeelden. Utrecht: Samen Sterk zonder Stigma, GGZ Drenthe, Kenniscentrum Phrenos. Geraadpleegd op 2 juni, 2015, via: <http://www.samensterkzonderstigma.nl/over-stigma/kennisbank>.
- Kuijer, R. G., & de Ridder, D. T. (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: the role of self-efficacy. *Psychology and Health, 18*, 313-330.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrist's attitude to mentally ill people? *European Psychiatry, 19*, 423-427.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients?. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*, 51-59.
- 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., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385.

- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *71*, 2150–2161.
- Mackie, D. M., & Hamilton, D. L (Eds.). (2014). *Affect, cognition and stereotyping: Interactive processes in group perception*. San Diego: Academic Press.
- Macrae, C. N., Bodenhausen, G. V., Milne, A. B., & Jetten, J. (1994). Out of mind but back in sight: Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 808.
- Peters, E., Day, S., McKenna, J., & Orbach, G. (1999). Delusional ideation in religious and psychotic populations. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*, 83-96.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *90*, 751-783.
- Petty, R. E., & Krosnick, J., A (Eds.) (1995). *Attitude strength, antecedents and consequences*. New York: Psychology Press.
- Plooy, A., & Boon, J.V. (2008). Het probleem van de bestrijding van stigma – onderzoek en praktijken. In A. Plooy, S. van Rooijen., & J. van Weeghel (Red.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008- 2009* (pp. 209-219). Amsterdam: SWP.
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*, 279-284.
- Rüsch, N., Corrigan, P., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenia Research*, *110*, 59–64.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2013). Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Research*, *209*, 665-669.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, *19*, 137-155.
- Smith, E. R., & Mackie, D. M. (2007). *Social Psychology* (3rd ed.). New York: Taylor & Francis Group.
- Stuart, H. L., Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*. New York, NY: Oxford University Press.

- Tajfel, H. (1969). Social and cultural factors in perception. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (2nd ed., pp. 35-394). New York, NY: Addison-Wesley.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin, & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33–48). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned. Discrimination against people with mental illness*. Oxford and New York, NY: Oxford University Press.
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 14–19.
- Turner, J. C. (1975). Social comparison and social identity: Some prospects for intergroup behavior. *European Journal of Social Psychology*, 5, 5-34
- Turner, J. C. (1987). A self-categorization theory. In J. C. Turner, M. Hogg, P. J. Oakes, S. D. Reicher., & M. S. Wetherell (Eds.), *Rediscovering the social group. A self-categorization theory* (pp. 42-67). Oxford: Basil Blackwell.
- van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.
- van Slooten, J. D. F., & van Bakkum, C. A. J. (2005). Ervaringsdeskundigheid in ACT: de winst en weerstand. In C.L. Mulder en H. Kroon (red.). *Assertive Community Treatment*, Nijmegen: Cure and Care Publishers.
- van Weeghel, J. (2005). Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. Wat zijn goede antistigma strategieën? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 378-394.
- Walker, R., & Jussim, L. (2002). Do people lie to appear unprejudiced. *The Rutgers Scholar*, 4, 1-19.
- Watson, A. C., Ottati, V., & Corrigan, P. (2003). From whence comes mental illness stigma?. *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 142-157.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34.
- Wiesjahn, M., Brabban, A., Jung, E., Gebauer, U, B., & Lincoln, T. M. (2014). Are continuum beliefs about psychotic symptoms associated with stereotypes about schizophrenia? *Psychosis*, 6, 50-60.

Bijlagen

Bijlage 1a

Briefing: Informatie voor hulpverleners uit de experimentele conditie

Beste collega's,

[Naam Organisatie] neemt deel aan een onderzoek naar een workshop die vanuit de stichting Wat Doe Jij? georganiseerd wordt. Het is geweldig dat jullie als team willen deelnemen aan deze interventie! De workshop heeft als doel om negatieve oordelen over jezelf en de ander te doen verminderen. In het onderzoek zal gekeken worden of en in hoeverre deze workshop effectief is.

De workshop zal ongeveer 2 uur duren. Voor deelname wordt jullie gevraagd om evenveel cliënten als hulpverleners uit te nodigen voor de bijeenkomst. Jullie mogen zelf een cliënt uitkiezen om uit te nodigen.

In de workshop zal het contact tussen jullie en de cliënten centraal staan. Samen zullen jullie opdrachten uitvoeren en brainstormen over een manier die prettig contact tussen cliënten en hulpverleners binnen de Geestelijke Gezondheidszorg mogelijk maakt.

De workshop betreft een korte bijeenkomst bestaande uit een presentatie, een groepsgesprek en een film. Waarom deze workshop interessant is voor jullie team?

- Het is een inspirerende bijeenkomst waarbij je elkaar van een andere kant leert kennen, het kan het teamgevoel versterken en het werkplezier verhogen;
- Automatische negatieve oordelen over jezelf worden mogelijk milder en het wordt makkelijker om je op talent te focussen.

Het team (de teams) dat (die) mee doen worden random in groepen ingedeeld: een groep die de workshop in de eerste helft van 2015 krijgt en een groep die deze in de tweede helft van 2015 krijgt. Jullie team is ingedeeld in de eerste groep en zal deelnemen aan de workshop op *[datum, tijd & locatie]*.

Het verzoek is of jullie team twee keer een korte vragenlijst wil invullen, deze zullen niet meer dan 5-10 minuten in beslag nemen. De eerste vragenlijst zal twee weken voorafgaand aan de workshop worden afgenomen, de tweede afname vindt ongeveer een maand na de interventie plaats. De gegevens die wij hiermee verzamelen zullen uiterst zorgvuldig bewaard worden en zullen voorzien worden van een code zodat ze zo anoniem mogelijk blijven. Deelname aan de workshop en het onderzoek is op vrijwillige basis; wanneer u niet (langer) deel wilt nemen, kunt u dit doen zonder dat hier consequenties aan zijn verbonden.

Alvast heel hartelijk dank voor jullie medewerking!

Met collegiale groet,

[Naam Contactpersoon]

Bijlage 1b

Briefing: Informatie voor cliënten workshop conditie:

Beste cliënt,

Jouw hulpverlener(s) is/zijn gevraagd om deel te nemen aan een workshop die zich richt op het verminderen van negatieve oordelen en een positieve omgang met elkaar wil bevorderen.

Het gaat om een korte en interessante bijeenkomst die bestaat uit een presentatie, een groepsgesprek en een film. Graag zouden wij jou willen vragen ook deel te nemen aan deze workshop. Waarom deze workshop interessant is voor jou als cliënt?

- Je hebt waardevolle informatie over de manier waarop cliënten het contact met hun hulpverlener(s) ervaren;
- Je kunt meepraten over een manier die prettig en gelijkwaardig contact tussen jou en je hulpverlener(s) mogelijk maakt;
- Je kunt een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg die wordt geleverd en jouw hulpverlener(s) tips mee geven.

De workshop zal ongeveer twee uur duren en vindt plaats op *[datum, tijd & locatie]*.

In de workshop zal het contact tussen jou en jouw hulpverlener(s) centraal staan. Jullie zullen samen opdrachten uitvoeren en brainstormen over een manier die prettig contact tussen cliënten en hulpverleners binnen de Geestelijke Gezondheidszorg stimuleert.

Wij zouden het geweldig vinden als jij hier samen met jouw hulpverlener aan deel zou willen nemen.

Zou jij je in willen zetten voor het verbeteren van de zorg die cliënten krijgen?

Alvast heel hartelijk dank voor je medewerking!

Hartelijke groet,

[Naam Contactpersoon]

Bijlage 1 c

Briefing: Informatie voor de hulpverleners uit de wachtlijst-conditie

Beste collega's,

[Naam Organisatie] neemt deel aan een onderzoek naar een workshop die vanuit de stichting Wat Doe Jij? georganiseerd wordt. Het is geweldig dat jullie als team willen deelnemen aan deze interventie! De workshop heeft als doel om negatieve oordelen over jezelf en de ander te doen verminderen. Contact tussen hulpverleners en cliënten zal hierbij centraal staan. In het onderzoek zal vervolgens gekeken worden of en in hoeverre de workshop effectief is.

De workshop betreft een korte bijeenkomst bestaande uit een presentatie, een groepsgesprek en een film. Waarom deze workshop interessant is voor jullie team?

- Het is een inspirerende bijeenkomst waarbij je elkaar van een andere kant leert kennen, het kan het teamgevoel versterken en het werkplezier verhogen;
- Automatische negatieve oordelen over jezelf worden mogelijk milder en het wordt makkelijker om je op talent te focussen.

Het team (de teams) dat (die) mee doen worden random in groepen ingedeeld: een groep die de workshop in de eerste helft van 2015 krijgt en een groep die deze in de tweede helft van 2015 krijgt. Wanneer bekend is in welke groep jullie team is ingedeeld worden jullie hierover geïnformeerd.

Het verzoek is of jullie team twee keer een korte vragenlijst wil invullen, deze zullen niet meer dan 5-10 minuten in beslag nemen. De eerste vragenlijst zal in maart worden afgenomen, de tweede rond april. De gegevens die wij hiermee verzamelen zullen uiterst zorgvuldig bewaard worden en zullen voorzien worden van een code zodat ze zo anoniem mogelijk blijven. Deelname aan de workshop en het onderzoek is op vrijwillige basis; wanneer u niet (langer) deel wilt nemen, kunt u dit doen zonder dat hier consequenties aan zijn verbonden.

Alvast heel hartelijk dank voor jullie medewerking!

Met collegiale groet,

[Contactpersoon]

Bijlage 2

Toestemmingsverklaring participanten

Bij deze geef ik toestemming voor het anoniem gebruiken van mijn gegevens in een onderzoek om vooroordelen in de geestelijke gezondheidszorg te verminderen.

Ik realiseer mij dat ik elk moment kan stoppen met de workshop of het invullen van de vragenlijst zonder verdere consequenties. Deelname aan de workshop en het invullen van de vragenlijst is op volledig vrijwillige basis.

Naam:

Datum & Plaats:

NB: Dit formulier wordt los van de gegevens die u invult op de vragenlijst bewaard, waardoor uw anonimiteit gewaarborgd blijft.

NB2: Wanneer u klachten heeft over de workshop of het invullen van de vragenlijst, dan kunt u dit melden bij het afdelingshoofd van uw organisatie, of bij de onderzoeksleider vanuit de Universiteit Utrecht, Henk Schut (h.schut@uu.nl).

Mocht u geïnformeerd willen worden over de resultaten van het onderzoek, dan kunt u een mail sturen naar watdoeijjcontactinterventie@gmail.com.

Hartelijk dank voor uw deelname!

Bijlage 3

Vragenlijst

De vragen in volgorde zoals ze aan de participanten gepresenteerd zijn.

Achter de items staat uit welke vragenlijst de items komen, zijn omgepooled en/of verwijderd zijn.

Soort vragenlijsten:

- MICA
- Aanvullende MICA
- Continuüm Beliefs Questionnaire (CBQ) - Continuümdenken
- Schomerus en collega's – Continuümdenken
- Aanvullend continuümdenken
- Persoonlijkheid

Extra:

Indien van toepassing staat aangegeven of item omgepooled is en/of verwijderd.

	Om een goed overzicht te krijgen van de manier waarop attitudes kunnen veranderen, willen wij u een tweetal vragen stellen die ons verder in het onderzoek in staat stellen om resultaten met elkaar te vergelijken. Uw antwoorden zullen anoniem behandeld worden en niet te herleiden zijn naar u als persoon.	
1	Bij welke organisatie (en indien van toepassing: in welke specifieke regio) bent u op dit moment werkzaam? Voorbeeld: [organisatie], regio zuid.	
2	Wat is uw geboortedatum?	

	<i>Helenaal mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Enigszins mee eens</i>	<i>Enigszins mee oneens</i>	<i>Oneens</i>	<i>Helenaal mee oneens</i>	<i>Gebruikte vragenlijst</i>	<i>Extra</i>
1. Ik lees alleen maar over de geestelijke gezondheidszorg als het moet en ik doe geen moeite om aanvullende informatie te lezen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
2. Mensen met een ernstige psychische aandoening kunnen nooit voldoende herstellen om een goede kwaliteit van leven te ervaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
3. Werken in de geestelijke gezondheidszorg wordt hetzelfde gewaardeerd als werken in andere gebieden van de gezondheidszorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Verwijderd
4. Als ik een psychische aandoening zou hebben, zou ik dit nooit vertellen aan mijn vrienden, omdat ik bang ben anders te worden behandeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
5. Mensen met een	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen

	<i>Helemaal mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Enigszins mee eens</i>	<i>Enigszins mee oneens</i>	<i>Oneens</i>	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Gebruikte vragenlijst</i>	<i>Extra</i>
ernstige psychische aandoening zijn gevaarlijker dan mensen die geen psychische aandoening hebben.								
6. Professionals in de gezondheids- en welzijnszorg weten meer over het leven van mensen met een psychische aandoening dan familieleden of vrienden van de cliënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
7. Als ik een psychische aandoening zou hebben, zou ik dit nooit aan mijn collega's vertellen uit angst dat ze anders met me zullen omgaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
8. Een hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg kun je niet een echte professional in de gezondheidszorg noemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen

9. Als ik een collega op een respectloze manier met cliënten om zie gaan, zou ik die collega daarop aanspreken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	
10. Ik voel me net zo op mijn gemak als ik met iemand praat die een psychische aandoening heeft als met iemand met een somatische aandoening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	
11. Het is belangrijk dat iedere professional in de gezondheidszorg ook een inschatting maakt van de somatische gezondheid van mensen met een psychische aandoening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	
12. Om de algemene bevolking te beschermen moeten mensen met een ernstige psychiatrische stoornis (tijdelijk) afgezonderd worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Verwijderd
13. Als iemand met een psychische aandoening klaagt over fysieke klachten (bijv. pijn op de borst) zou ik het toeschrijven aan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen

zijn/haar psychische aandoening.								
14. Van huisartsen mag niet worden verwacht dat zij een grondige screening doen bij mensen met psychiatrische symptomen, omdat zij deze patiënten kunnen doorverwijzen naar een psychiater die de screening kan uitvoeren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
15. Mensen met een psychische aandoening die ik tijdens mijn werk ontmoet, zou ik aan collega's omschrijven met woorden als 'onbetrouwbaar' en 'onvoorspelbaar'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
16. Als een collega mij zou vertellen dat hij/zij een psychische aandoening heeft, zou ik nog steeds met diegene willen werken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	
17. Ik kan mij voorstellen dat ik zelf ook een psychische stoornis kan ontwikkelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Continuümdenken – aanvullend	Ompoolen

18. Ik herken veel van mezelf in mijn cliënten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Continuümdeken – aanvullend	Ompoolen
19. Als cliënten zouden horen hoe ik over hen praat met collega's, dan hoeft ik mij daar niet voor te schamen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	
20. De meeste vooroordelen omtrent cliënten met psychische stoornissen zijn waar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
21. Als cliënten zich niet kunnen vinden in mijn behandeladvies, dan neem ik dat serieus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	
22. Wanneer een van mijn vrienden aan mij vertelt dat hij/zij een psychische stoornis heeft, dan zou ik diegene anders gaan bekijken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
23. Ik denk dat de meeste cliënten met een psychische aandoening zelf in staat zijn om beslissingen te maken met betrekking tot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	

medicijngebruik en behandeling.								
24. Ik vind dat cliënten zelf meer verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun acties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen Verwijderd
25. Ik voel mij bij sommige cliënten, die mij nog nooit iets hebben aangedaan, toch gespannen dat zij dit een keer zullen doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
26. Wanneer een cliënt mij vertelt dat hij/zij een bepaald(e) behandeling of medicijn niet prettig vindt, dan kijk ik vrijwel altijd of er andere opties zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	
27. De ervaringen van mensen met schizofrenie verschillen kwalitatief van normale ervaringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	
28. Het merendeel van de mensen met een psychische aandoening zet zich onvoldoende in om beter te worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
29. Werkgevers zouden een	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst	

sollicitant met een psychische stoornis die onder controle is, moeten aannemen wanneer hij/zij de beste kandidaat is.							stigma	
30. Ik zou liever niet willen dat een persoon met een psychische aandoening, ook al is deze aandoening onder controle, met mijn kinderen werkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
31. Ik zou het waarschijnlijk geen probleem vinden als een persoon met een psychische aandoening naast mij woont.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	
32. Iedereen kan hallucinaties meemaken wanneer men veel stress ervaart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
33. Cliënten met schizofrenie verschillen erg van mensen met een andere mentale stoornis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	
34. Er zijn veel mensen die psychotische symptomen ervaren zonder zich daarover verontrust te voelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen

35. Soms is het niet gemakkelijk te beoordelen of wat iemand gelooft een illusie is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
36. De hallucinatie of illusie is niet zo relevant als de stress die daarmee gepaard gaat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
37. Illusies kunnen best te begrijpen zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
38. Psychische aandoeningen zijn eigenlijk niet meer dan een variant van wat normaal is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schomerus	Ompoolen
39. Mensen met psychische stoornis zouden eigenlijk geen belangrijke beslissing over hun leven moeten nemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
40. Er is een duidelijk grens tussen het hebben van een geestelijke ziekte en geestelijk gezond zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	
41. Iedereen kan nu en/of op een ander moment in zijn/haar leven een hallucinatie ervaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen

42. Het is gemakkelijker om je in te leven in angstgerelateerde problematiek dan in waanideeën.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	
43. Mensen met een depressieve stoornis zijn beter te begrijpen dan mensen met schizofrenie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	
44. Het is niet zozeer de vraag of je schizofrenie hebt, maar eerder hoe ernstig de symptomen zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
45. Schizofrenie is een psychische stoornis net zoals iedere andere stoornis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
46. Mensen die enkele psychotische symptomen ervaren, zijn niet noodzakelijk mentaal ziek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
47. De meeste symptomen van schizofrenie komen vrij vaak voor bij de gewone populatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
48. Sommige sterk religieuze of	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen

politieke overtuigingen zijn nauwelijks te onderscheiden van waanideeën.								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<i>Helemaal niet op mij van toepassing</i>	<i>Een beetje op mij van toepassing</i>	<i>Tamelijk op mij van toepassing</i>	<i>Goed op mij van toepassing</i>	<i>Heel goed op mij van toepassing</i>	<i>Gebruikte vragenlijst</i>	<i>Extra</i>
49. Verlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
50. Spraakzaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
51. Energiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
52. Stil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
53. Extravert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
54. Gemakkelijk in de omgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
55. Terughoudend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
56. Zwijgzaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
57. Creatief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	

58. Intellectueel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
59. Fantasieloos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
60. Kunstzinnig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
61. Intelligent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
62. Filosofisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
63. Diepzinnig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
64. Niet creatief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
65. Afgunstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
66. Emotioneel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
67. Angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
68. Onbezorgd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
69. Jaloers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
70. Welgezind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
71. Humeurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
72. Niet angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
73. Efficiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
74. Ongeorganiseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen

75. Achteloos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
76. Slordig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
77. Netjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
78. Inefficiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
79. Systematisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
80. Georganiseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
81. Aardig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
82. Sympathiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
83. Hard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
84. Coöperatief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
85. Onaardig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
86. Hartelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	
87. Onbeleefd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen
88. Ondoordacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid	Ompoolen

Zou u onderstaande vragen eveneens in willen vullen?

1. Leeftijd (in jaren)	
2. Geslacht	Man/vrouw
3. Nationaliteit	
4. Jaren werkervaring (totaal)	
5. Jaren gewerkt in de psychiatrie	
6. Huidige werkplek (bijvoorbeeld: Instelling, zorggroep, solo- of groepspraktijk)	
7. Welke psychiatrische diagnose komt u het meeste tegen? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsstoornissen <input type="checkbox"/> Schizofrenie of psychotische stoornis <input type="checkbox"/> Bipolaire stoornissen <input type="checkbox"/> Stemmingsstoornissen <input type="checkbox"/> Delier <input type="checkbox"/> Dementie <input type="checkbox"/> Verslavingen <input type="checkbox"/> Anders, nl...
8. Huidige functie	<input type="checkbox"/> Verpleegkundige, SPV'er <input type="checkbox"/> Nurse practitioner, regieverpleegkundige, teamleider verpleegkundig team <input type="checkbox"/> Arts assistent <input type="checkbox"/> In opleiding tot psychiater <input type="checkbox"/> In opleiding tot huisarts <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Maatschappelijk werker <input type="checkbox"/> Psycholoog <input type="checkbox"/> Secretariële ondersteuning <input type="checkbox"/> Beleidsmedewerker <input type="checkbox"/> Vaktherapeut <input type="checkbox"/> Onderzoeker of onderzoeksmedewerker <input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Co-assistent <input type="checkbox"/> Individueel trajectbegeleider <input type="checkbox"/> Ervaringsdeskundige <input type="checkbox"/> Sociotherapeut <input type="checkbox"/> Beveiliger <input type="checkbox"/> Anders nl...
9. Welke opleiding heeft u voor deze functie gevolgd? (Discipline)	
10. Direct cliëntencontact	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk (gemiddeld aantal uren per dag):

	<input type="radio"/> Dagelijks <input type="radio"/> Wekelijks <input type="radio"/> Niet of nauwelijks
11. Heeft u zelf psychische problematiek ervaren of ervaart u dit nog steeds?	Ja/Nee Indien ja, ga dan naar vraag 12. Indien nee, ga naar vraag 14.
12. Welke psychische problematiek heeft u ervaren?	
13. Bent u onder behandeling geweest?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, cognitieve gedragstherapie <input type="radio"/> Ja, een opname in een GGZ instelling <input type="radio"/> Ja, EMDR <input type="radio"/> Ja, psychotherapie <input type="radio"/> Ja, schematherapie <input type="radio"/> Ja, anders namelijk:
14. Heeft een belangrijk persoon(of meerdere belangrijke personen) in uw leven psychische problematiek ervaren/ervaart of ervaart hij/zij dit nog steeds?	Ja/Nee Indien ja, ga dan naar vraag 15, bij nee ga naar vraag 17.
15. Wat is/was uw relatie met de belangrijke ander? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="radio"/> Ouder <input type="radio"/> Partner <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Broer/zus <input type="radio"/> Goede vriend(in) <input type="radio"/> Anders namelijk:
16. Welke psychische problematiek wordt/werd ervaren door deze belangrijke andere?	

Bijlage 4

Debriefing

Beste collega,

Enige tijd geleden hebben wij u gevraagd om tweemaal een vragenlijst in te vullen die betrekking had op het werk in de GGZ. Deze vragenlijst was bedoeld om te meten in hoeverre stigma jegens cliënten en andere mensen met een psychische aandoening ook heerst onder hulpverleners in de GGZ.

Uit onderzoek blijkt dat veel cliënten zich niet serieus genomen voelen, niet als volwaardige burger gezien worden en niet begrepen worden. Dit gevoel ontstaat mede doordat de algemeen heersende opinie in Nederland (en ook in heel veel andere landen) is, dat mensen met een psychische aandoening gevaarlijk, onbetrouwbaar en onaangenaam zijn.

Ook in de hulpverlening blijkt deze mening (sterk) te heersen. De stichting Wat Doe Jij (www.watdoejij.org) werkt er hard aan om stigma in de samenleving te verminderen. De workshop die u gehad heeft of nog gaat krijgen, is dan ook bedoeld om stigma te verminderen en meer onderling begrip te kweken tussen cliënten en hulpverleners. Met deze vragenlijst hebben we zowel voorafgaand aan de workshop als ook achteraf gemeten in hoeverre hulpverleners mensen met een psychische aandoening stigmatiseren en of dit na het krijgen van de workshop verminderd is. Mocht uit ons onderzoek blijken dat stigma inderdaad verminderd is, dan gaat de stichting zich inzetten om de workshop aan te bieden aan de rest van de hulpverleners in de GGZ.

U wordt hartelijk bedankt voor uw deelname aan dit belangrijke onderzoek en wij hopen dat u wat heeft geleerd van de interventie of binnenkort plezier zult beleven aan de interventie.

Mocht u geïnteresseerd zijn in de resultaten van het onderzoek, dan kunt u een email sturen naar watdoejijcontactinterventie@gmail.com. U krijgt dan een samenvatting van de resultaten toegestuurd zodra deze zijn afgerond.

Met vriendelijke groet,

Namens de stichting Wat Doe Jij

P.S. Indien u op basis van deze aanvullende informatie toch liever niet wilt dat uw gegevens gebruikt worden voor het onderzoek, dan kunt u een email sturen naar watdoejijcontactinterventie@gmail.com met daarin uw onderzoeksnummer, dan zal de door u ingevulde vragenlijst direct zonder verdere inzage of gebruikersnaam verwijderd worden. Hier zijn verder geen consequenties aan verbonden, wel zou het voor een eventueel vervolg van de studie praktisch zijn als u aan zou kunnen aangeven wat de reden is dat u uw gegevens wilt laten verwijderen, maar opgaaf van reden is niet verplicht.

Bijlage 5

Protocol van de workshop

Theoretisch kader voor de ontwikkeling van de workshop

Wat Doe Jij? wil zich gaan bezighouden met het ontwikkelen en aanbieden van workshops aan teams binnen de GGZ. Binnen de ontwikkeling van de workshop werken we vanuit het volgende theoretische kader waarbij we ons laten inspireren door de 'reframing method'⁵ (www.reframingstudio.com). Dit betekent dat we in de ontwikkeling de volgende stappen in acht nemen:

1) Pro-actief versus reactief

De ontwikkeling en implementatie van een ontwerp, of het nu een product, een dienst of een beleid is, kost tijd. Onze wereld is continu in beweging. Als we willen dat ontwerpen een reden van bestaan hebben, zijn wij genoodzaakt om een inzicht in de toekomstige context van het ontwerp te creëren, om te begrijpen wat de problemen zullen zijn. Het is heel gebruikelijk dat innovatie, of de drang om te innoveren, is een reactie op een ongewenste of problematische situatie. Echter, een 'probleem kader' vormt zelden het kader wat nodig is om een innovatieve oplossing te ontwerpen, en dus leidt dus gemakkelijk tot slechts incrementele innovaties. In feite, een reactieve houding impliceert beheersing van de symptomen en niet de oorzaak begrijpen. Vanuit reframing wordt geprobeerd om de situatie te herkaderen om zo te kunnen komen met werkelijk nieuwe perspectieven. Vanuit Wat Doe jij? willen wij hier aanvulling aan geven door het begrip 'stigma' in de volle breedte te conceptualiseren waarbij we ook rekening willen houden met haar reden van bestaan en de functie die stigma bekleed binnen de maatschappij. Op deze wijze voorkomen we een beperkend 'probleem kader' en ontstaat er ruimte voor herkadering en nieuwe perspectieven.

2) Wezen waarde-relevant

Ontwerpen voor de toekomstige context is volgen wat de toekomstige zorgen van betrokken mensen betreft. Bijvoorbeeld, als de gezondheidszorg verschuift naar meer self-efficacy, de mensen zullen naar verwachting een hoger niveau van deskundigheid moeten gaan inzetten. Een ontwerp dat zo'n een gedeelde behoefte of vraag van de individuele gebruikers kan adressen, is tevens het ontwerp wat ook relevant en zinvol is voor de samenleving.

In het kader van destigmatisering binnen de GGZ zouden tevens verschillende betrokken partijen geïdentificeerd kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan hulpverleners, cliënten, familieleden en de overheid. Binnen de ontwikkeling en implementatie van de workshop wordt continue gezocht naar een gezamenlijk belang van deze stakeholders om draagvlak en relevantie te bewaken. Cliënten en hulpverleners zijn hierin de sterkste spelers.

3) Het ontwerpen van relaties in plaats van dingen

Een product of dienst is slechts een middel voor mensen om zich te verhouden tot de wereld

⁵ The reframing process is based on the method Vision in Product design (ViP), which has been developed at the Delft University of Technology by founding partner Prof. Ir. Matthijs van Dijk together with Prof. dr. Paul Hekkert (Hekkert & van Dijk, 2011).

om hen heen. Producten en diensten stellen mensen in staat om dingen anders te ervaren of om dingen anders te doen dan voorheen. Een smartphone is zinvol, omdat het mensen in staat stelt in contact te blijven met hun volledige ICT-behoefte op afstand; een paperclip stelt mensen in staat om documenten met zorg te bundelen.

Met andere woorden; producten en diensten krijgen betekenis volgens de betrekkingen die ze mogelijk maken. Het nadenken over deze relaties alvorens te denken over het object als zodanig past hierbij. Gedacht vanuit de functie van relaties, kan stigma tevens gezien worden als 'coping' om om te gaan met bijvoorbeeld; mensen die anders zijn, of de eigen kwetsbaarheid. Begrip van deze relatie is van belang om een product te ontwikkelen welke tevens aansluit bij of sturing geeft aan deze relatie.

Theoretisch kader voor de workshop zelf

1. Doelgroep:

Zoals genoemd richten wij ons binnen onze interventies op een specifieke doelgroep te noemen: hulpverleners binnen de GGZ. Er is gekozen voor een nauwe afbakening van de doelgroep gezien het door deskundigen wordt afgeraden om een antistigma interventie te richten op de gehele populatie – dit is kostbaar en de kans van slagen is niet groot (Warner, 2008). Aangeraden wordt om specifieke, afgebakende doelgroepen te selecteren.

2. Doel van de bijeenkomst:

Het verminderen van stigma onder de deelnemende hulpverleners door:

- Uitleg over stigma

Onderbouwing:

Hoewel informatie over (ernstige) psychische aandoeningen niet voldoende is om attitudes in de samenleving structureel te veranderen, is het wel belangrijk om juiste informatie te verschaffen. Zo kan het stereotype van 'de gevaarlijke psychiatrische patiënt' worden ontkracht door te vermelden dat het risico op geweld klein is in vergelijking met risicofactoren zoals jong zijn, man zijn of een verleden met geweld hebben (Grann, Danesh & Fazel, 2008). Het doel van voorlichting is inzicht bieden in de uitdagingen waar mensen met psychische aandoeningen voor staan.

- Het delen van ervaringsverhalen.

Onderbouwing:

De interventies met het beste wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid bij uiteenlopende doelgroepen betreffen vaak de presentaties van een eigen verhaal van herstel, het overwinnen van zelfstigma en hoop door ervaringsdeskundigen. De inzet van ervaringsverhalen heeft twee kanten: het begeleiden naar het 'maken' van een eigen verhaal bevordert empowerment en vermindert zelfstigma, terwijl ook stigmatiserende houdingen in de publieksgroep waarop de activiteit zich richt, aantoonbaar verminderen (Corrigan & Rao, 2012).

- Het maken van gelijkwaardig contact

Onderbouwing:

Direct contact tussen mensen met en zonder psychische aandoening blijkt de beste aanpak om niet alleen de attitude maar ook het gedrag van mensen te veranderen. Het begrip 'contact' omvat zowel het in contact brengen van cliënten met burgers, als het inzetten van ervaringsdeskundigen. De Goei, Plooy en van Weeghel (2006) beschrijven in de

'Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap' dat het veranderen van stigmatiserende opvattingen vaak begint met de ontdekking dat mensen met een psychische aandoening goede burens kunnen zijn. Het organiseren van projecten waarin mensen met een psychische aandoening samenwerken of leren met andere burgers zou tevens effectief zijn. Door samenwerking zou men namelijk gemeenschappelijke eigenschappen kunnen ontdekken en tot wederzijdse waardering komen (de Goei et al., 2006). Bij optimale contactinterventies is er sprake van gelijke status tussen de personen of groepen, gemeenschappelijke doelen, geen of weinig concurrentie tussen de deelnemers en sanctionering van het contact door gezaghebbende personen of instanties (bijvoorbeeld de gemeentelijke overheid) (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2008). Daarbij moet er volop ruimte zijn voor vragen en discussie, en moeten er geloofwaardige verhalen worden gepresenteerd die bestaande vooroordelen ontkrachten. Kleinschalige, structureel aangeboden contactinterventies met een voorlichtend karakter, waarin mensen met en zonder een psychische aandoening zichzelf presenteren, werken stigma effectief tegen (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rüschi, 2012; Evans-Lacko, Brohan, Mojtabai & Thornicroft 2012). De meeste hulpverleners zijn zich niet of nauwelijks bewust van het gegeven dat ze stigmatiseren en de manier waarop dit gebeurt. Zij doen naar hun beste weten wat ze kunnen om hun cliënten te helpen. Met behulp van de bijeenkomsten van Wat Doe Jij? worden FACT-teams van vier grote instellingen geïnspireerd om na te denken over het onderwerp. Ze worden zich bewust en tegelijk wordt door het delen van ervaringsverhalen van cliënten van hun eigen team stigma aangepakt. Daarnaast zullen de teams worden geïnspireerd om, samen met cliënten, een plan van aanpak op te stellen om een antistigma interventie na afloop van de bijeenkomst in de praktijk te brengen.

Onderzoek naar de effectiviteit van de workshop

De resultaten en effectiviteit van antistigma interventies moeten met behulp van wetenschappelijk onderzoek worden vastgesteld. Ook is het belangrijk om de voortgang te volgen en evalueren zodat het project bij voortzetting voortdurend verbeterd kan worden (Warner, 2008). Regelmatige effectmetingen leveren zinvolle informatie op die benut kan worden om gaandeweg te leren en interventies te verbeteren.

De volgende onderdelen werden tijdens de workshop doorlopen:

1. Opening en brainstormen over vooroordelen;
2. Kort ervaringsverhaal van de ervaringsdeskundige;
3. Voorstelronde waarbij iedereen één kwaliteit en één kwetsbaarheid van zichzelf noemt;
4. Brainstorm over wat dit oproept;
5. In gemengde groepjes van cliënten en hulpverleners bespreken van vooroordelen binnen de organisatie;

Helpende vragen en thema's:

- Wat betekent stigma voor jullie?
- Op welke manier uit stigma zich in deze organisatie?
- Op welke manier uit stigma zich binnen jullie eigen team?
- Wat zijn concrete voorbeelden?
- Op welke manier heb je je zelf wel eens gestigmatiseerd genoemd.

- Hoe gaan jullie binnen jullie team om met kwetsbaarheid?
 - Hoe zouden jullie om willen gaan met kwetsbaarheid?
6. Commitment faciliteren om verandering te bewerkstelligen;
 7. Presentatie en uitleg over wat werkt om stigma te verminderen (inclusief 30 minuten durende film over stigma);
 8. In groepjes uiteen om anti-stigma interventies te bedenken en uit te werken;
 9. Plenair bespreken van ideeën;
 10. Opstellen plan van aanpak voor anti-stigma interventies voor het team
 11. Evaluatie van de workshop

Na ongeveer twee weken worden de vragenlijsten opnieuw afgenomen. Vervolgens worden de vragenlijsten van voor en na de training met elkaar geanalyseerd om te onderzoeken of er een afname in stigma heeft plaatsgevonden onder de hulpverleners.

Literatuur

- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. A., & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services, 63*, 963-973.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*, 464-469.
- de Goei, L., Plooy, A., & van Weeghel, J. (2006). *Ben ik goed in beeld? Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*. Geraadpleegd op 25 juni, 2015, via: <http://www.trimbos.nl/~media/Files/Gratis%20downloads/AF0646%2010760%20TB%20Stigma%20Goed%20in%20beeld.ashx>.
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine, 42*, 1741-1752.
- Grann, M., Danesh, J., & Fazel S. (2008). The association between psychiatric diagnosis and violent reoffending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry, 8*, 1-7.
- Hekkert, P., & van Dijk, M. (2011). *Vision in design. A guidebook for innovators*. Amsterdam: BIS publishers.
- Warner, R. (2008). Implementing local projects to reduce the stigma of mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 17*, 20-25.

Bijlage 6

Manipulatie-check: schaalscores

In welke mate werden de elementen uit het protocol uitgevoerd tijdens de workshop?

Scoor de afzonderlijke elementen met behulp van de volgende schaal:

0 = dit element werd helemaal niet uitgevoerd

1 = dit element werd gedeeltelijk uitgevoerd

2 = dit element werd helemaal uitgevoerd

Elementen in de workshop

1. Opening en brainstormen over wat vooroordelen zijn
2. Mini-ervaringsverhalen van de workshopleider(s) zelf
3. Voorstelrondje met benoemen van 1 kwaliteit en 1 kwetsbaarheid
4. Bespreken feedback op voorstelrondje en kwaliteiten/kwetsbaarheden
5. In groepjes bespreekbaar maken van stigma binnen de organisatie waar team werkzaam is
6. Commitment op verandering faciliteren
7. Presentatie over wat werkt om stigma te bestrijden (inclusief de film)
8. In tweetallen uiteen om interventies te kiezen en uit te werken
9. Presentatie van ideeën
10. Gezamenlijk opstellen plan van aanpak voor implementeren van 3 interventies in team
11. Evaluatie workshop