



Een sociaal- psychologisch perspectief op psychopathologie



Open Universiteit
www.ou.nl

prof. dr. Arjan E.R. Bos



Een sociaal- psychologisch perspectief op psychopathologie

Prof. dr. Arjan E.R. Bos

© Copyright Arjan E.R. Bos, 2018

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Grafische vormgeving: Sandra Daems, Open Universiteit

Redactie: John Arkenbout, Open Universiteit

Omslag foto: Ton Kung (A lonely man walking on a busy Copenhagen City street, Denmark).

ISBN 978-94-92739-44-5

Printed in the Netherlands

Een sociaalpsychologisch perspectief op psychopathologie

Rede

In vrije en verkorte vorm uitgesproken
bij de openbare aanvaarding van het ambt
van hoogleraar Klinische psychologie
aan de Open Universiteit op vrijdag 12 oktober 2018

door

prof. dr. Arjan E.R. Bos

Geachte mevrouw de rector magnificus, waarde collega's, beste studenten, lieve vrienden en familie,

Wat fijn dat jullie hier vandaag allemaal zijn bij de openbare aanvaarding van mijn leerstoel 'Klinische psychologie, in het bijzonder de sociaalpsychologische aspecten van psychopathologie'. De komende drie kwartier zal ik vertellen waar mijn leerstoel zich op richt en zal ik laten zien met welke relevante en boeiende thema's ik mij bezig houd.

Eerst zal ik stilstaan bij de prevalentie van psychopathologie in de Nederlandse bevolking en zal ik vertellen waar klinisch psychologen zich mee bezighouden. Vervolgens ga ik dieper in op vraagstukken waar de sociale psychologie zich mee bezighoudt. Ik zal duidelijk maken dat mensen een fundamentele behoefte hebben aan sociale verbondenheid. Als hier niet aan wordt voldaan, kan dit ernstige implicaties hebben voor het psychologisch welbevinden. In deze lezing ga ik in op drie inhoudelijke thema's op het raakvlak van de sociale en klinische psychologie: stigmatisering, eenzaamheid en zelfwaardering. Daarbij besteed ik niet alleen aandacht aan de laatste stand van zaken op deze terreinen en aan eigen onderzoek, maar zal ik ook iets vertellen over psychologische interventies op deze drie terreinen.

PSYCHOPATHOLOGIE

Psychische aandoeningen komen frequent voor. Uit het landelijke bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 blijkt dat vier op de tien Nederlanders in hun leven te maken krijgen met één of meer psychische aandoeningen. Van alle deelnemers aan het onderzoek had 22,9 procent één AS-1 aandoening gedurende het leven, 9,7 procent twee AS-1 aandoeningen en 10,1 procent drie of meer AS-1 aandoeningen (De Graaf, ten Have & Dorselaer, 2014). De psychische aandoeningen die gedurende het leven het meest voorkomen zijn stemmingstoornissen (20,2 procent), angststoornissen (19,6 procent), middelenstoornissen (19,1 procent), en aandachtstekort- en gedragsstoornissen (9,2 procent). Hierbij moet opgemerkt worden dat persoonlijkheidsstoornissen niet in het NEMESIS-2-onderzoek werden meegenomen, met uitzondering van de antisociale persoonlijkheidsstoornis (3 procent) (De Graaf et al., 2014). Als we kijken naar de twaalfmaandsprevalentie, dan blijkt 18 procent in de afgelopen twaalf maanden één of meerdere AS-1-aandoeningen te hebben gehad.

Van de deelnemers aan het NEMESIS-2-onderzoek had 12,2 procent een psychische AS-1-aandoening, 3,4 procent twee aandoeningen en 2,6 procent drie of meer aandoeningen (De Graaf et al., 2014). Het meest voorko-

mend zijn angststoornissen (10,1 procent), stemmingsstoornissen (6,1 procent), middelenstoornissen (5,6 procent) en ADHD (2,1 procent). Vrouwen blijken vaker een stemmingsstoornis of een angststoornis te hebben dan mannen. Mannen rapporteren vaker een middelenstoornis of ADHD in de volwassenheid dan vrouwen (De Graaf et al., 2014). Werklozen en arbeidsongeschikten hebben een 3,5 keer zo grote kans op een psychische AS-1-aandoening als mensen die betaald werk hebben. Alleenstaanden hebben een 2,5 keer zo grote kans op een psychische AS-1-aandoening als mensen die met partner en kinderen samenwonen.

Een overzicht van de prevalentie van psychische AS-1-aandoeningen in de Nederlandse volwassen bevolking staat in tabel 1.

Gelukkig zijn er klinisch psychologen die geschoold zijn in diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen. De klinische psychologie is de discipline binnen de psychologie die zich richt op de etiologie, diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen. Het vakgebied houdt zich bezig met psychisch functioneren dat afwijkt van de norm en waar de persoon of de directe omgeving last van heeft (Van der Molen & Perreijn, 2015). Over waar de grens tussen normaal en abnormaal gedrag ligt, en of we diagnoses al dan niet zouden moeten stel-

len, worden binnen de psychologie interessante en pittige discussies gevoerd (Batstra, 2012; Dehue, 2014). Decennialang heeft de categorische visie op psychopathologie de klinische psychologie gedomineerd. De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) is het classificatiesysteem waar Nederlandse klinisch psychologen dagelijks mee werken (APA, 2013). Als men aan bepaalde kenmerken of criteria van een psychische aandoening voldoet, kan op basis van deze classificatie een stoornisspecifieke behandeling gestart worden. Er is veel kritiek op de DSM-5. Zo zou dit classificatiesysteem te veel gebaseerd zijn op een verzameling van symptomen, te weinig gebaseerd zijn op wetenschappelijke bevindingen, te dichotoom zijn en het alledaags gedrag te veel pathologiseren (Franken, Muris & Denys, 2015).

Het afgelopen decennium is de dimensionele visie op psychopathologie in opmars (zie bijvoorbeeld Van Os et al., 2009). Daarbij gaat men uit van een continuüm, waarbij een bepaalde gedachte, gevoel, stemming of gedrag in meer of mindere mate aanwezig kan zijn. Hierbij wordt het zorgaanbod bepaald door de kenmerken en de ernst (Delespaul, Keet & Van der Feltz-Cornelis, 2014). Binnen de dimensionele visie op psychopathologie kan beter worden ingespeeld op comorbiditeit en op de persoonlijke zorgbehoeften van mensen met ernstige psychiatri-

TABEL 1 *Prevalentie van psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar in percentages.*

| <i>Stoornis</i> | <i>Lifetimeprevalentie</i> | <i>Twaalfmaandsprevalentie</i> |
|---|----------------------------|--------------------------------|
| Stemmingsstoornissen | | |
| Enigerlei stemmingsstoornis | 20,2 | 6,1 |
| Depressieve stoornis | 18,7 | 5,2 |
| Dysthymie | 1,3 | 0,9 |
| Bipolaire stoornis | 1,3 | 0,8 |
| Angststoornissen | | |
| Enigerlei angststoornis | 19,6 | 10,1 |
| Paniekstoornis | 3,8 | 1,2 |
| Agorafobie zonder paniekstoornis | 0,9 | 0,4 |
| Sociale fobie | 9,3 | 3,8 |
| Specifieke fobie | 7,9 | 5,0 |
| Gegeneraliseerde angststoornis | 4,5 | 1,7 |
| Middelenstoornissen | | |
| Enigerlei middelenstoornis | 19,1 | 5,6 |
| Alcoholmisbruik | 14,3 | 3,7 |
| Alcoholafhankelijkheid | 2,0 | 0,7 |
| Drugsmisbruik | 3,8 | 0,9 |
| Drugsafhankelijkheid | 2,2 | 0,7 |
| Aandachtstekort- en gedragsstoornissen | | |
| Enigerlei aandachtstekort- of gedragsstoornis | 9,2 | 2,1 |
| ADHD | 3,0 | 2,1 |
| Gedragsstoornis | 5,6 | - |
| Oppositieel-opstandige gedragsstoornis | 2,6 | - |
| As 1-stoornissen | | |
| Enigerlei AS 1 stoornis | 42,7 | 18,0 |

Noot 1. Vereenvoudigde weergave van De Graaf, R., Have, M. ten, & Dorselaer, S. van (2014). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2 (p. 30 en p. 31). In C. van der Feltz-Cornelis & N. Mulder (Red), *Handboek sociale psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom (met toestemming van de uitgever).

Noot 2. Aandachtstekort- en gedragsstoornissen zijn in het NEMESIS-2 onderzoek alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar. Met lifetime aandachtstekort- en gedragsstoornissen wordt bedoeld : in de kindertijd of vroege adolescentie.

sche aandoeningen (Delespaul et al., 2014). Binnen deze visie past ook het transdiagnostisch werken. Psychische aandoeningen hebben vaak kenmerken gemeen. De transdiagnostische benadering kijkt naar aspecten van de problematiek die stoornissen gemeenschappelijk hebben of die de specifieke stoornissen overstijgen (Korrelboom, 2018; Van Amelsvoort, Klaassen & van den Heuvel, 2018). Voorbeelden van transdiagnostische factoren zijn piekeren (Spinhoven, Drost, Van Hemert, & Penninx, 2015), perfectionisme (Fairburn et al., 2009), intolerantie voor onzekerheid (Tolin, Abramowitz, Brigidi, & Foa, 2003) en een laag zelfbeeld (Korrelboom, 2011). Hier kom ik later in mijn rede nog op terug als ik dieper inga op zelfwaardering en psychopathologie.

HET BELANG VAN SOCIALE RELATIES

Sociaal psychologen onderzoeken de manier waarop gedachten, emoties en gedrag worden beïnvloed door de werkelijke of voorgestelde aanwezigheid van anderen (Allport, 1985; Vonk, 2017). Sociaalpsychologische processen spelen zich overal af, want onze gedachten, emoties en gedragingen worden continu door anderen beïnvloed, zelfs als die anderen niet aanwezig zijn. De sociale psychologie richt zich als wetenschappelijke discipline op uiteenlopende thema's zoals sociale cognitie, sociale perceptie, het zelf, attitudes, sociale invloed, affiliatie en attractie,

agressie, prosociaal gedrag, stereotypering en intergroepsrelaties. De sociale psychologie wordt gekenmerkt door verschillende niveaus van analyse: het intrapersoonlijke niveau (binnen een individu), het interpersoonlijke niveau (tussen individuen) en het intergroepsniveau (tussen groepen). Sociaal psychologen bestuderen op deze verschillende niveaus de psychologische processen van individuen. Sociaal psychologen houden zich niet bezig met kenmerken van samenlevingen of met de manier waarop sociale structuren invloed hebben op de maatschappelijke kansen en bestaansmogelijkheden van een individu (Aronson, Wilson & Akert, 2011). Dat is het terrein van de sociologie.

Sociaalpsychologisch onderzoek laat zien dat mensen een fundamentele behoefte hebben aan sociale verbondenheid. Volgens Baumeister en Leary (1995) hebben mensen een zogenaamde 'need to belong', de behoefte om langdurige, positieve en betekenisvolle relaties aan te gaan en te onderhouden (Baumeister & Leary, 1995, p. 500). In de zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan (2000) wordt eveneens verondersteld dat sociale verbondenheid een van de drie basisbehoeften is die essentieel is voor motivatie, psychologische groei en welbevinden. De behoefte aan sociale verbondenheid is universeel en mensen zijn gemotiveerd om aan hun sociale verbondenheid te werken als onvoldoende aan deze behoefte wordt voldaan (Sheldon & Gunz, 2009). Het zoeken naar

sociale verbondenheid is één van de motivationele principes binnen de sociale psychologie (Smith, Mackie & Claypool, 2015). Als de behoefte aan sociale verbondenheid niet vervuld wordt, kan dit ernstige implicaties hebben voor het psychologisch welbevinden.

Mijn leerstoel richt zich specifiek op het gebrek aan sociale verbondenheid en de gevolgen daarvan voor het ontstaan en blijven bestaan van psychopathologie. Daarbij onderzoek ik niet alleen psychologische verklaringen en processen, maar wil ik ook planmatig op theorie en empirie gebaseerde interventies ontwikkelen. Binnen de leerstoelopdracht richt ik mij op drie specifieke thema's: stigmatisering, eenzaamheid en zelfwaardering.

Voordat ik hier dieper op in ga, wil ik opmerken dat de thema's van mijn leerstoel overlap vertonen met onderwerpen die ook binnen de sociale psychiatrie worden onderzocht. De sociale psychiatrie betoogt eveneens dat interacties tussen een individu en de omgeving belangrijk zijn voor het psychologisch welbevinden (Van Os, 2014). Ook houdt zij zich bezig met onderwerpen als stigmatisering en eenzaamheid (Van Weeghel, 2014; Van Winkel et al., 2017). Het domein van de sociale psychiatrie is breder dan de thema's die ik onderzoek binnen mijn leerstoel (zie Mulder & Van der Feltz-Cornelis, 2014 voor een overzicht). De sociale psychiatrie heeft verder van oudsher meer aan-

dacht gehad voor het maatschappelijke niveau dan de sociale psychologie (van der Padt, 2010). Hoewel ik zelf vanuit een sociaalpsychologisch perspectief naar psychopathologie kijk, zal er in de praktijk overlap zijn met het wetenschapsgebied van de sociale psychiatrie.

Ik zal nu drie belangrijke thema's binnen mijn leerstoelopdracht nader toelichten.

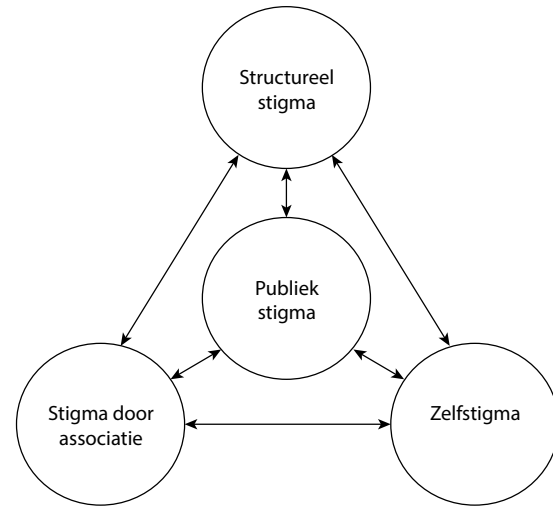
STIGMATISERING EN PSYCHOPATHOLOGIE

In onze maatschappij worden diverse groepen gestigmatiseerd, zoals mensen met psychische aandoeningen, transgenders, seksuele minderheden, druggebruikers of mensen met hiv. De term stigma is afkomstig van de oude Grieken, die merktekens in de huid van slaven sneden en brandden, zodat duidelijk was dat zij minderwaardig waren en vermeden moesten worden. Tegenwoordig verwijst de term stigma naar een negatief kenmerk, waardoor mensen als afwijkend van anderen worden beschouwd en als minderwaardig worden gezien (Bos, Pryor, Reeder & Stutterheim, 2013).

Stigmatisering kan diverse functies hebben (Phelan, Link & Dovidio, 2008). De eerste functie is domineren en uitbuiten. Leden van een groep met meer status kunnen

de leden van een groep met minder status stigmatiseren om de ongelijkheid tussen beide groepen in stand te houden. Een tweede functie is het versterken van de sociale norm. De dreiging om gestigmatiseerd te worden kan ervoor zorgen dat mensen zich blijven gedragen volgens de sociale normen van de groep. Een laatste functie is het vermijden van ziekten. Vanuit een evolutionair perspectief kan verklaard worden dat sociale uitsluiting de groep beschermt tegen ziekten en dat stigmatisering zo bijdraagt aan de overleving van de soort (Kurzban & Leary, 2001; Phelan et al., 2008).

We kunnen vier soorten stigma onderscheiden: publiek stigma, stigma door associatie, structureel stigma en zelfstigma. Deze vier soorten stigma hangen onderling samen. Publiek stigma ligt ten grondslag aan de andere drie vormen van stigma (Bos et al., 2013; Pryor & Reeder, 2011)



FIGUUR 1 *Vier soorten stigma (gebaseerd op Bos, Pryor, Reeder & Stutterheim, 2013; Pryor & Reeder, 2011)*

Publiek stigma

Publiek stigma heeft betrekking op de stigmatiserende reacties vanuit de gemeenschap. Stigmatisering kan heel openlijk zijn, waarbij contact vermeden wordt, afstand wordt gehouden of iemand agressief wordt bejegend (Dovidio, Major & Crocker, 2000; Herek, 1999). Het kan ook meer subtiel zijn, waarbij mensen bijvoorbeeld non-verbaal laten blijken dat ze zich niet op het gemak voelen (Hebl, Tickle, & Heatherton, 2000).

Er zijn verschillende factoren die ervoor zorgen dat het algemene publiek stigmatiseert. Een zeer belangrijke factor is de mate waarin iemand als persoonlijk verantwoordelijk wordt beschouwd voor het hebben van de gestigmatiseerde conditie (Dijker & Koomen, 2003; Weiner, Perry, & Magnusson, 1988). Ook de waargenomen ernst van het stigma (Crandall & Moriarty, 1995; Feldman & Crandall, 2007; Van Alphen, Dijker, Bos, Van den Borne & Curfs, 2012) en het waargenomen gevaar van het stigma (Bos, Kok, & Dijker, 2001; Feldman & Crandall, 2007) spelen een belangrijke rol. Tot slot dragen percepties van normo-vertredend gedrag ook bij aan stigmatisering (Dijker & Koomen, 2003).

Stigmatiserende reacties kunnen zowel automatisch en reflexief zijn, als meer gecontroleerd en reflectief. In de eerste seconden van interpersoonlijk contact met ge-

stigmatiseerden spelen de automatische processen een sterkere rol; iets later pas de gecontroleerde en bedachtzame processen (Pryor, Reeder, Yeadon, & Hesson-McInnis, 2004).

Oud-promovenda Henna Toppenberg heeft hiv-gerelateerd stigma onderzocht met behulp van virtual reality. Binnen virtual reality kunnen zaken als afstand of toenaderingssnelheid op een onopvallende manier worden gemeten. In het onderzoek van Henna Toppenberg moesten deelnemers een geheugentaak doen in een ziekenhuis. Daarbij moesten zij in de virtuele wereld steeds naar ziekenhuisbedden lopen waarin verschillende patiënten lagen. De patiënten hadden hiv, kanker of een gebroken been. De seksuele oriëntatie van de patiënt was ook gevarieerd. Uit het onderzoek kwam naar voren dat deelnemers de meeste afstand hielden van de homoseksuele patiënt met hiv. Patiënten met hiv en kanker werden langzamer benaderd dan patiënten met een gebroken been. Dat effect was groter voor de patiënten met hiv dan voor de kankerpatiënten (Toppenberg, Bos, Ruiter, Wigboldus & Pryor, 2015).

Stigma door associatie

Niet alleen degenen met een stigma kunnen negatief worden behandeld, ook degenen die met hen worden

geassocieerd lopen het risico om gestigmatiseerd te worden. Dit noemen we stigma door associatie (Pryor, Reeder, & Monroe, 2012). Oud-promovendus Remko van der Sanden heeft belangrijk onderzoek gedaan op dit terrein. Hij heeft stigma door associatie onderzocht onder familieleden van mensen met een psychische aandoening. Een belangrijke bevinding is dat stigma door associatie gerelateerd is aan het psychologisch welbevinden van deze familieleden (Van der Sanden, Bos, Stutterheim, Pryor & Kok, 2013). De relatie tussen waargenomen publiek stigma en *psychological distress* werd gemedieerd door stigma door associatie. Verder werd de relatie tussen waargenomen publiek stigma en waargenomen nabijheid gemedieerd door stigma door associatie (van der Sanden et al., 2013). Ook is onderzocht hoe familieleden van mensen met een psychische aandoening omgaan met stigma door associatie. Hieruit bleek dat waargenomen stigma door associatie gerelateerd was aan meer *psychological distress* en een geringere kwaliteit van leven, en dat deze relaties gemedieerd werden door verschillende vormen van adaptieve en maladaptieve coping (van der Sanden, Pryor, Stutterheim, Kok & Bos, 2016).

Buitenpromovenda Eva-Marijn Patty-Stegemann, die ik samen met (co)promotoren Mark Hommes en Jacques van Lankveld begeleid, heeft onderzoek gedaan naar stigma door associatie bij familieleden van transgenders. Uit haar studie blijkt dat de door haar geïnterviewde

familieleden in het algemeen weinig last hebben van stigma door associatie. Als er stigma door associatie werd gerapporteerd dan had de transgender zelf ook met veel stigmatisering te maken (Patty-Stegemann, Hommes, Bos & Stutterheim, 2018). Een belangrijke bevinding van het onderzoek was dat familieleden van transgenders vaak een gevoel van 'dubbelzinnig verlies' ervaren: dit is fysiek of psychologisch verlies van een familielid dat niet zo concreet is als de dood (Betz & Thorngren, 2006; Patty-Stegemann et al., 2018). Omdat er geen sprake is van een definitief verlies, is het vaak lastig om hiermee om te gaan. In de rest van het promotietraject zal dieper op het dubbelzinnig verlies van ouders van transkinderen worden ingegaan. Ook zal er een ondersteunende interventie voor ouders van transkinderen worden ontwikkeld en geëvalueerd.

Structureel stigma

Structureel stigma is het legitimeren en laten voortduren van stigmatisering door maatschappelijke organisaties en ideologische systemen (Bos et al., 2013; Pryor & Reeder, 2011). Sociale structuren zorgen ervoor dat bepaalde groepen het minder goed hebben dan andere groepen (Parker & Aggleton, 2003). In sommige landen zijn de rechten van bepaalde groepen niet goed geregeld of hebben organisaties geen beleid om de rechten van

minderheden te beschermen. Structureel stigma heeft desastreuze effecten voor de psychische gezondheid.

Hatzenbuehler, Keyes en Hasin (2009) onderzochten psychopathologie onder homoseksuelen, lesbiennes en biseksuelen in Amerikaanse staten waar de rechten voor deze groepen beschermd werden en in Amerikaanse staten waar dat niet het geval was. In die staten waar sprake was van structureel stigma rapporteerden homoseksuelen, lesbiennes en biseksuelen in de afgelopen twaalf maanden vaker een gegeneraliseerde-angststoornis, een posttraumatische-stressstoornis of een persistente depressieve stoornis (dysthymie). Ook was er meer psychiatrische comorbiditeit. Perez-Brumer en collega's (2015) hebben een vergelijkbaar onderzoek gedaan naar structureel stigma en suïcide onder transgenders. Dit onderzoek laat zien dat in die Amerikaanse staten waar er meer structureel stigma is jegens homoseksuelen, lesbiennes en biseksuelen, transgenders vaker in hun leven een suïcidepoging hebben gedaan (Perez-Brumer, Hatzenbuehler, Oldenburg & Bockting, 2015)

Zelfstigma

Zelfstigma heeft betrekking op het anticiperen op stigmatiserende reacties en het internaliseren van negatieve denkbepelden die in de maatschappij over het

stigma heersen (Bos et al., 2013). Zelfstigma kan leiden tot een lagere zelfwaardering en een geringe self-efficacy (Markowitz, 1998; Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007). Zelfstigma kan ook stress, angst en depressieve klachten tot gevolg hebben (Herek, Saha & Burack, 2013; Markowitz, 1998; Meyer, 2003; Stutterheim, Pryor, Bos, Hoogendijk, Muris & Schaalma, 2009). Zelfstigma is eveneens gerelateerd aan therapietrouw bij mensen met hiv (Sweeney & Vanable, 2016). Zelfstigma blijkt ook het herstel van psychische klachten te belemmeren (Oexle et al., 2018) en kan er ook voor zorgen dat mensen minder open zijn over hun psychische aandoening (Bos, Kanner, Muris, Janssen & Mayer, 2009).

Dit jaar zijn we een nieuw project gestart om zelfstigma bij mensen met hiv te verminderen. In dit project werken we samen met een team van collega's van het OLVG, Hello Gorgeous, het RIVM, de Universiteit Maastricht en de Open Universiteit. Yvonne van der Kooij is als onderzoeker op dit project aangesteld. Eerst gaan we een grondige *needs assessment* doen. Naast een literatuurstudie worden er ook interviews met mensen met hiv gehouden over zelfstigma. Verder wordt er een vragenlijstonderzoek onder mensen met hiv gehouden, waarbij we onder meer kijken wat de relatie is tussen zelfstigma, openheid over hiv en symptomen van psychopathologie. Op basis van intervention mapping, een planmatige aanpak om interventies te ontwikkelen (Bartholomew-Eldridge, Markham,

Ruiter, Fernandez, Kok, & Parcel (2016), zullen we een zelfstigma-interventie ontwikkelen. Het is de bedoeling dat deze interventie beschikbaar zal komen voor mensen met hiv die hoog scoren op zelfstigma. Zo'n zelfstigma-interventie zal er hopelijk toe leiden dat mensen met hiv minder zelfstigma ervaren, meer open durven zijn over hun hiv-status, meer steun ervaren, minder symptomen van psychopathologie rapporteren en een hogere kwaliteit van leven hebben.

De afgelopen jaren ben ik samen met mijn OU-collega Mark Hommes diverse onderzoeksprojecten begonnen over stigmatisering van transgenders. Een van de interessante projecten die momenteel binnen deze lijn worden uitgevoerd is het promotieonderzoek van Maria Verbeek. Zij onderzoekt zelfstigma bij transgenders. Uit een eerste kwalitatieve studie blijkt dat transgenders na hun transitie de negatieve denkbeelden in de maatschappij minder internaliseren, maar dat er nog steeds angst is om gestigmatiseerd te worden. Mannen lijken negatiever te reageren op transgenders, vooral op transvrouwen (Verbeek, Hommes, Stutterheim & Bos, 2018). Momenteel zijn wij in samenwerking met het kennis en zorgcentrum genderdysforie van het VUMC bezig om de TECL te ontwikkelen, de transgender empowerment en coping lijst. Deze vragenlijst zal meten hoe transgenders omgaan met specifieke uitdagingen gedurende de transitie, zoals bijvoorbeeld negatieve reacties van de omgeving.

Het reduceren van stigmatisering

Het is belangrijk om stigmatisering te reduceren. Ik zal nu dieper ingaan op wat we vanuit de literatuur weten over het reduceren van verschillende vormen van stigmatisering. Daarbij zal ik vooral studies aanhalen over het reduceren van het stigma rondom psychische aandoeningen, omdat hier veel onderzoek naar gedaan is en op dit terrein relatief meer studies zijn verricht van goede kwaliteit.

Publiek stigma en stigma door associatie kunnen op eenzelfde manier worden aangepakt. Uit de wetenschappelijke literatuur weten we dat er twee manieren zijn waarop publiek stigma gereduceerd kan worden: voorlichting en contact (Allport, 1954; Corrigan, Bink & Schmidt, 2018; Corrigan & Penn, 1999; Pettigrew & Tropp, 2006). Er is veel onderzoek gedaan naar het reduceren van publiek stigma ten opzichte van mensen die leven met een psychische aandoening. Tabel 2 geeft een overzicht van de resultaten van een aantal meta-analyses naar de effecten van voorlichting en contact op publiek stigma. Een meta-analyse van Griffiths en collega's (2014) op basis van 33 randomized control trials laat zien dat interventies waarbij contact is met iemand met een psychische aandoening beter zijn in het reduceren van publiek stigma dan voorlichtingsinterventies (Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid, 2014). Corrigan en

collega's (2012) hebben eveneens een meta-analyse gedaan van 72 interventies (waaronder 13 randomized control trials) naar de effecten van voorlichting en contact op het reduceren van het publiek stigma rondom psychische aandoeningen. Op basis van de 13 randomized control trials kan geconcludeerd worden dat voorlichtingsinterventies op korte termijn minder effectief zijn om stigmatiserende attitudes en gedragsintenties te veranderen dan contactinterventies. (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rüsç, 2012). Op basis van 19 studies die een follow-upmeting hadden meegenomen, kan geconcludeerd worden dat contact ook op langere termijn effectiever is om stigmatiserende attitudes te verminderen (Corrigan, Michaels & Morris, 2015). Morgan en collega's (2018) hebben recent een meta-analyse gepubliceerd waarin 62 randomized control trials zijn opgenomen en waarbij is gekeken naar verschillende soorten interventies om publiek stigma te reduceren. Voorlichtingsinterventies en contactinterventies bleken op korte termijn allebei effectief in het verminderen van stigmatiserende attitudes en het reduceren van sociale afstand. Dit geldt trouwens ook voor stigma-interventies die voorlichting én contact combineren. Op langere termijn zijn de effecten afwezig of zeer bescheiden (zie tabel 2) (Morgan, Reavley, Ross, San Too & Jorm, 2018).

TABEL 2 *Effecten van voorlichting en contact op het reduceren van publiek stigma (Cohen's D uit recente meta-analyses)*

| | Voorlichting | | Contact | |
|---|-----------------|----------------|------------------|--------------|
| | Post | Follow-up | Post | Follow-up |
| Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid (2014) <i>Stigmatiserende attitudes en sociale afstand</i> | .23*** | n.b. | .47** | n.b. |
| Corrigan et al. (2012; 2015) <i>Stigmatiserende attitudes Gedragsintenties</i> | .21* .10* | .22*** n.b. | .63*** .27** | .55* n.b. |
| Morgan, Reavley, Ross, San Too & Jorm (2018) <i>Stigmatiserende attitudes Sociale afstand</i> | .30*** .27** | .03 .15* | .39*** .52*** | .08 .25 |

Noot 1. n.b. = niet beschikbaar, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Noot 2. De kortetermijneffecten uit de studie van Corrigan et al (2012) zijn gebaseerd op de 13 randomized control trials. De langetermijneffecten uit de studie van Corrigan et al. (2015) zijn gebaseerd op de 19 beschikbare interventies waarbij een follow-upmeting was gedaan. Dit zijn niet allemaal randomized control trials.

Het reduceren van zelfstigma heeft de afgelopen tien jaar steeds meer aandacht gekregen, met name bij mensen met een psychische aandoening. Inmiddels zijn er verschillende programma's die zelfstigma bij mensen met een psychische aandoening lijken te reduceren (zie Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee & Corrigan, 2012 en Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe & Lysaker, 2015 voor overzichten). De meeste van die programma's gebruiken psycho-educatie en technieken uit de cognitieve gedragstherapie om mythes over psychische aandoeningen te ontcrachten en het internaliseren van het stigma aan te pakken (Yanos et al., 2015). Een andere insteek vormt het *Honest, Open, Proud*-programma van Pat Corrigan en collega's. Eerder onderzoek van mijzelf en andere collega's laat zien dat openheid over psychische klachten positief is gerelateerd aan waargenomen sociale steun en zelfwaardering, en negatief samenhangt met waargenomen stigmatisering (Bos et al., 2009). Het *Honest, Open, Proud*-programma van Corrigan en collega's speelt hier op in. Het is een door peers begeleide groepsinterventie van drie sessies die deelnemers ondersteunt bij beslissingen om open te zijn over de psychische aandoening om zo zelfstigma te reduceren. Onderzoek laat zien dat het *Honest, Open, Proud*-programma positieve effecten heeft en zelfstigma reduceert (Corrigan, Larson et al., 2015; Mulfingert et al., 2018). Er zijn nog maar amper zelfstigma-interventies ontwikkeld voor andere gestigmatiseerde groepen; de inzichten over het reduceren van zelfstigma bij mensen met een psychische

aandoeningen zouden gebruikt kunnen worden om zelfstigma bij andere groepen te verminderen.

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar het aanpakken van structureel stigma. Hoewel er steeds meer aandacht is voor de structurele aspecten van stigmatisering (Hatzenbuehler, et al., 2009; Perez-Brumer et al., 2015), is het belangrijk dat er ook meer kennis komt over manieren waarop structureel stigma kan worden gereduceerd. Dit vereist in ieder geval een interdisciplinaire aanpak (sociologen, juristen, politieke wetenschappers, sociaal psychologen en organisatiepsychologen), waarbij op organisatieniveau beleid wordt beïnvloed en op maatschappelijk niveau wetten en sociale structuren (Bos et al., 2013). Methoden om beleid te veranderen zijn bijvoorbeeld media *advocacy*, agenda *setting*, goede *timing* om iets op de beleidsagenda te plaatsen en het maken en handhaven van wetten en regels (zie Bartholmew Eldredge et al, 2016, p. 398).

Er valt in het algemeen nog veel te verbeteren op het terrein van stigma-interventies. Ten eerste zijn veel stigma-interventies niet planmatig ontwikkeld en niet op empirisch onderzoek en theoretische inzichten gebaseerd. Deze kritiek geldt overigens niet voor alle stigma-interventies (zie bijvoorbeeld Mevissen, Kok, Watzeels, Van Duin & Bos (in press) en Stutterheim, Bos & Kok (2016)). Het zal niemand verbazen dat ik iedereen

aanraad om stigma-interventies te ontwikkelen aan de hand van intervention mapping, een protocol om op een planmatige manier interventies te ontwikkelen die gebaseerd zijn op theoretische inzichten en onderzoek (Bartholomew Eldredge et al., 2016; Bos, Schaalma & Pryor, 2008). Een andere tekortkoming is dat stigma-interventies vaak niet volledig worden beschreven en dat vaak niet duidelijk is welke gedragsveranderingsmethoden er precies zijn gebruikt (Abraham & Michie, 2008; Michie et al, 2013; Schaalma & Kok, 2009). Verder valt op dat de meeste evaluaties van stigma-interventies methodologisch slecht in elkaar zitten (Mak, Mo, Ma & Lam., 2017; Sengupta, Banks, Jonas, Miles & Smith., 2009). Soms is er geen controle groep en vaak wordt er niet gerandomiseerd. Bovendien worden effecten meestal maar op korte termijn gemeten. Een ander punt is dat soms niet de juiste meetinstrumenten gebruikt worden om de effectiviteit te meten.

Tot slot kan gesteld worden dat er meer aandacht moet komen voor zelfstigma-interventies bij verschillende doelgroepen. Verder moeten er interventies ontwikkeld worden om structureel stigma aan te pakken. Niet alleen omdat hier weinig onderzoek naar is gedaan, maar ook omdat structureel stigma de effectiviteit van andere stigma-interventies lijkt te modereren (Hatzenbuehler, 2016; Reid, Dovidio, Ballester & Johnson., 2014).

EENZAAMHEID EN PSYCHOPATHOLOGIE

Eenzaamheid kunnen we definiëren als een discrepantie tussen de gewenste sociale relaties van een persoon en zijn of haar feitelijke sociale relaties (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Vanuit een evolutionair-sociaalpsychologisch perspectief kan men eenzaamheid zien als een signaal dat er een tekort is aan sociale verbondenheid (Cacioppo, Hawkley et al., 2006; Cacioppo & Patrick, 2008). In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten eenzaamheid (De Jong-Gierveld & van Tilburg, 2007). Emotionele eenzaamheid heeft betrekking op het subjectief ervaren gemis van een intieme relatie met een partner of hartsvriend(in). Sociale eenzaamheid betreft het subjectief ervaren gemis aan betekenisvolle relaties met een bredere sociale groep, zoals collega's, burens of mensen die eenzelfde hobby hebben (De Jong Gierveld & van Tilburg, 2007).

Dertig procent van de Nederlanders is eenzaam. Hiervan is twee derde matig eenzaam en een derde sterk eenzaam (De Jong Gierveld & van Tilburg, 2007). Uit longitudinaal onderzoek is gebleken dat de meeste mensen tijdelijk eenzaam zijn en dat dit vaak van voorbijgaande aard is (Newall, Chipperfield & Bailis, 2014; Schoenmakers, Fokkema & van Tilburg, 2014). Mannen en vrouwen verschillen nauwelijks in sterke eenzaamheid. Als we kijken naar sterke eenzaamheid tijdens de levensloop, dan rap-

porteren mensen van middelbare leeftijd meer sterke eenzaamheid dan jongeren en ouderen. Gehuwden hebben een minder groot risico op sterke eenzaamheid, terwijl gescheiden mensen juist een verhoogd risico hebben op sterke eenzaamheid (De Jong Gierveld & van Tilburg, 2007). Oorzaken van eenzaamheid kunnen uiteenlopend zijn (Schoenmakers et al., 2014). Eenzaamheid kan het gevolg zijn van gebeurtenissen in het leven, zoals verhuizing, dood van de partner of scheiding. Eenzaamheid kan ook het gevolg zijn van individuele kenmerken zoals geringe sociale vaardigheden of een lage zelfwaardering. Verder kan het ook zijn dat mensen onrealistische verwachtingen hebben over de omvang en kwaliteit van hun sociale relaties (Schoenmakers et al., 20014). Onderzoek laat zien dat eenzaamheid bij ouderen vaak wordt veroorzaakt door maatschappelijke veranderingen, gebeurtenissen in het leven en de moeilijkheden die gepaard gaan met ouder worden (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005).

Eenzaamheid is een risicofactor voor psychische klachten. Een recente review van Heinrich en Gullone (2016) laat zien dat eenzaamheid gerelateerd is aan psychosociale moeilijkheden zoals een lage zelfwaardering, lage sociale competentie en geringere kwaliteit van de sociale interacties. Ook blijkt eenzaamheid gerelateerd aan psychische problemen zoals angst, depressie en suïcide (Heinrich & Gullone, 2016). Een belangrijke vraag is of eenzaamheid

een oorzaak is van psychopathologie of een gevolg. Uit een longitudinale studie van Ebesutani en collega's (2015) onder kinderen en adolescenten bleek dat (sociale) angst een voorspeller is van eenzaamheid. Dezelfde studie laat zien dat depressie vaker een gevolg van eenzaamheid is (Ebesutani, Fierstein, Viana, Trent, Young & Sprung, 2015). Ook andere studies laten hetzelfde beeld zien. Lim en collega's (2016) onderzochten eenzaamheid en psychopathologie in een longitudinale studie onder de volwassen populatie. Zij vonden dat sociale angst inderdaad een voorspeller was van eenzaamheid. Er werd eveneens gevonden dat eenzaamheid een voorspeller was van sociale angst, depressie en paranoia (Lim, Rodebaugh, Zyphur & Gleeson, 2016). In een studie van Chang en collega's (2015) onder Amerikaanse studenten werd gevonden dat eenzaamheid een voorspeller was van depressie, hopeloosheid en suïcidaliteit (Chang, Muyan, & Hirsch, 2015). Ook in een studie onder middelbare en oudere volwassenen werd gevonden dat eenzaamheid een unieke risicofactor is voor depressie (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey & Thisted, 2006).

Ik zal u nu vertellen wat de laatste wetenschappelijke stand van zaken is op het terrein van eenzaamheidsinterventies. Masi en collega's (2011) hebben een meta-analyse uitgevoerd van interventies om eenzaamheid te reduceren. Er is gekeken naar de effectiviteit van vier verschillende soorten interventies: (1) het versterken van

sociale vaardigheden, (2) het vergroten van sociale steun, (3) het vergroten van mogelijkheden voor sociaal contact en (4) het aanpakken van maladaptieve sociale cognities. Als we kijken naar de randomised control trials, dan zien we dat de sociaal-cognitieve trainingsinterventies effectiever zijn in het reduceren van eenzaamheid dan interventies die sociale steun vergroten. Het versterken van sociale vaardigheden en het vergroten van mogelijkheden voor sociaal contact blijken niet effectief om eenzaamheid te reduceren (zie Tabel 3) (Masi, Chen, Hawkey & Cacioppo, 2015).

TABEL 3 *Effectiviteit van interventies om eenzaamheid te reduceren (Masi, Chen, Hawkey, & Cacioppo, 2011).*

| Eenzaamheidsinterventie | Effect size |
|--|-------------|
| Het versterken van sociale vaardigheden | .02† |
| Het vergroten van sociale steun | -.16** |
| Het vergroten van mogelijkheden voor sociaal contact | -.06† |
| Het aanpakken van maladaptieve cognities | -.60** |

Het is niet verwonderlijk dat sommige van de hierboven genoemde interventies niet werken. Het versterken van sociale vaardigheden werkt alleen voor de kleine groep die deze sociale vaardigheden niet heeft. De meeste mensen zijn om heel andere redenen eenzaam

(Cacioppo, Grippo, London, Goossens & Cacioppo, 2015). Het vergroten van sociale steun is maar één kant van het verhaal. Het gaat niet alleen om het krijgen van sociale steun, maar ook om het geven van steun en elkaar helpen (Cacioppo, Grippo et al., 2015). Het vergroten van mogelijkheden van sociaal contact zal mogelijk niet werken, omdat een groter sociaal netwerk nog niets zegt over de kwaliteit van deze contacten. Bovendien kunnen eenzame mensen een aandachtsbias hebben voor sociaal bedreigende informatie, waardoor zij zulke situaties negatief interpreteren en zich eruit terugtrekken (Cacioppo, Balogh & Cacioppo, 2015; Cacioppo, Grippo et al., 2015). Het is veel beter om naar de achterliggende oorzaken van de eenzaamheid te kijken en hier in een cognitieve gedragstherapeutische interventie mee aan de slag te gaan. Klinisch psychologen kunnen dus een belangrijke bijdrage leveren aan het verminderen van eenzaamheid. Buitenpromovenda Elody Hutten gaat samen met Ellen Jongen, Rob Ruiten en mijzelf onderzoek doen naar eenzaamheid. In samenwerking met de GGD Noord-Limburg en de GGD Zuid-Limburg gaan we onder meer kijken naar correlaten van eenzaamheid. Daarnaast gaan we experimenteel onderzoek doen naar aandachtsbias voor sociaal bedreigende informatie (Cacioppo, Balogh & Cacioppo, 2015). Elody zal een aandachtsbiasmodificatietraining ontwikkelen, opdat bij eenzame mensen interpersoonlijk vertrouwen bevorderd wordt en de eenzaamheid afneemt.

Voor eenzaamheidsinterventies gelden dezelfde kritische kanttekeningen die ik ook bij stigma-interventies heb. Veel interventies zijn niet planmatig ontwikkeld en niet op theoretische inzichten en onderzoek gebaseerd. Bovendien is de methodologische kwaliteit van veel effect-evaluaties onvoldoende (Masi et al., 2011). Toekomstige interventies zouden veel meer op maat moeten zijn en moeten kijken naar de individuele oorzaken van eenzaamheid. E-health- en M-health-interventies zouden goed ingezet kunnen worden om bij specifieke doelgroepen eenzaamheid te reduceren en psychopathologie te verminderen. Tot slot zou er meer gedaan moeten worden aan de preventie van eenzaamheid bij specifieke risicogroepen.

ZELFWAARDERING EN PSYCHOPATHOLOGIE

Sociaal psychologen hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan onderzoek naar het concept zelfwaardering (Crocker & Wolfe, 2001; Kernis, 2006; Zeigler-Hill, 2013). Zelfwaardering kan beschouwd worden als de algemene evaluatie van iemand over zijn of haar waarde als persoon (Bos, Muris & Huijding, 2011; Harter, 1993). Volgens de sociometertheorie van Leary en Baumeister (2000) is zelfwaardering een graadmeter voor de mate waarin mensen zich sociaal geaccepteerd voelen. Mensen bij wie de behoefte aan sociale verbondenheid is vervuld,

zullen volgens deze theorie een hogere zelfwaardering hebben. Voor de sociometertheorie is evidentie gevonden op verschillende niveaus van analyse (Denissen, Penke, Schmitt & van Aken, 2008). Denissen en collega's (2008) vonden op intrapersoonlijk niveau dat mensen een hogere zelfwaardering rapporteren op dagen dat zij hogere kwaliteit van sociale interacties hebben en hier meer tijd aan besteden. Op interpersoonlijk niveau vonden zij dat mensen die zich doorgaans verbonden voelen met belangrijke anderen ook degenen zijn die een hoger niveau van zelfwaardering hebben. Op nationaal niveau vonden zij dat landen waarin men over het algemeen een hogere zelfwaardering heeft de landen zijn waar burgers vaker met vrienden afspreken.

Hoe zit het nu met de hoogte en de stabiliteit van de zelfwaardering gedurende het leven? Longitudinaal onderzoek laat zien dat de zelfwaardering hoog is in de kindertijd, afneemt tijdens de adolescentie, vervolgens gedurende de volwassenheid toeneemt tot middelbare leeftijd en op oudere leeftijd weer afneemt (Orth, Robins & Widaman, 2012; Robins & Tresniewski, 2005). De stabiliteit van de zelfwaardering laat gedurende het leven een curvilineair verband zien: de stabiliteit is relatief laag gedurende de kindertijd en neemt daarna toe totdat men een jaar of dertig is. Vervolgens neemt de stabiliteit weer geleidelijk af op middelbare en oudere leeftijd (Tresniewski, Donnelan & Robins, 2013).

De zelfwaardering is gerelateerd aan verschillende vormen van psychopathologie. Zo is er gevonden dat zelfwaardering samen hangt met depressie, angst, eetproblemen en agressie (Bos, Huijding, Muris, Vogel & Biesheuvel, 2010; Donnelan, Tresniewski, Robins, Moffitt & Caspi, 2005; Garofalo, Holden, Zeigler-Hill & Velotti, 2016; Orth et al., 2012; Sowislo & Orth, 2013). De vraag is of een lage zelfwaardering iemand kwetsbaar maakt voor psychopathologie (het kwetsbaarheidsmodel) of dat een lage zelfwaardering het gevolg is van psychopathologie (het littekenmodel) (Zeigler-Hill, 2011). Longitudinaal onderzoek laat zien dat zelfwaardering een belangrijke voorspeller is van negatief affect, positief affect en depressie (Orth et al., 2012). Positief affect bleek zelfwaardering omgekeerd niet te voorspellen en de voorspellende waarde van depressie en negatief affect op zelfwaardering was weliswaar significant maar gering. Hiermee lijkt er in elk geval voor (positief en negatief) affect en depressie evidentie te zijn voor het kwetsbaarheidsmodel. In een meta-analyse van Sowislo en Orth (2013) is gekeken naar de relatie tussen zelfwaardering enerzijds, en depressie en angst anderzijds. Deze meta-analyse vindt eveneens ondersteuning voor het kwetsbaarheidsmodel: een lage zelfwaardering maakt iemand kwetsbaar voor depressie. De relatie tussen zelfwaardering en angst was symmetrisch met kleine voorspellende effecten in beide richtingen (Sowislo & Orth, 2013).

In het verleden werd vooral gekeken naar de hoogte van de zelfwaardering, maar tegenwoordig worden ook andere vormen van zelfwaardering onderscheiden, zoals contingente zelfwaardering en impliciete zelfwaardering (Crocker & Luhtanen, 2003; Dijksterhuis, 2004; Kernis, 2006). Contingente zelfwaardering heeft betrekking op de mate waarin mensen hun zelfbeeld laten hangen van uitkomsten en prestaties (Bos, Muris & Huijding, 2011; Kernis, 2002). Als mensen met een hoge contingente zelfwaardering succes hebben, dan gaat het zelfbeeld omhoog. Als zij echter falen, dan gaat het zelfbeeld omlaag. Contingente zelfwaardering is dus een kwetsbare en instabiele vorm van zelfwaardering (Bos et al., 2011; Bos, Muris, Mulken & Schaalma, 2006). Vaak wordt de zelfwaardering expliciet gemeten met vragenlijsten. De impliciete zelfwaardering daarentegen heeft betrekking op automatisch geactiveerde associaties met het zelf. Deze associaties met het zelf hebben invloed op zelfevaluaties en de evaluatie van zelf-relevante objecten (Baccus, Baldwin, & Packer, 2004; Bos et al., 2011; Dijksterhuis, 2004; Greenwald & Farnham, 2000).

Wij hebben onderzocht hoe verschillende vormen van zelfwaardering – namelijk de globale zelfwaardering, contingente zelfwaardering en impliciete zelfwaardering – samenhangen met verschillende symptomen van psychopathologie bij adolescenten (Bos et al., 2010).

Interessant was dat zowel de globale zelfwaardering als de contingente zelfwaardering geassocieerd waren met symptomen van angst, depressie en eetproblemen. De impliciete zelfwaardering bleek daarentegen niet samen te hangen met symptomen van psychopathologie (Bos et al., 2010). In een recentere studie hebben we gekeken naar de relatie tussen mindfulness en symptomen van psychopathologie bij adolescenten. We waren benieuwd of deze relatie gemedieerd werd door globale zelfwaardering en contingente zelfwaardering. Dit bleek inderdaad het geval voor symptomen van angst, depressie en eetproblemen (Bos, Tol, Alberts & Simon, 2018).

We kunnen de globale zelfwaardering veranderen door de determinanten van zelfwaardering aan te pakken. Volgens Harter (1999) zijn er twee belangrijke factoren van invloed op de zelfwaardering van kinderen en adolescenten: de waargenomen steun van leeftijdgenoten, ouders of leerkrachten en de waargenomen competentie in een belangrijk domein (Bos et al., 2011; Harter, 1999). Cognitieve gedragstherapie of andere interventies zouden zich op deze factoren kunnen richten (zie Bos et al. (2011) voor een uitgebreidere uitleg). Een andere aanpak is de competitieve memory training (COMET) voor laag zelfbeeld, die is gebaseerd op Brewin's model over competitieve memory retrieval (Brewin, 2006; zie Fleuri & Korrelboom (2011) en Korrelboom (2011) voor een uitgebreide uitleg van CO-

MET). Onderzoek heeft laten zien dat de COMET-training voor laag zelfbeeld effectief is bij verschillende soorten cliënten in de ggz, zoals mensen met een eetstoornis (Korrelboom, de Jong, Huijbrechts, & Daansen, 2009), depressie (Korrelboom, Maarsingh, & Huijbrechts, 2012) of een persoonlijkheidsstoornis (Korrelboom, Marissen & van Assendelft, 2011). Een meta-analyse van zelfwaarderingsinterventies onder kinderen laat zien dat deze interventies doorgaans effectief zijn (O'Mara et al., 2006). Interventies die zich specifiek richten op de zelfwaardering zijn effectiever dan niet-specifieke interventies. Interventies die zich richten op kinderen met problemen waren effectiever dan universele preventieprogramma's (Bos, Muris & Huijding, 2011; O'Mara et al., 2006). Soortgelijke bevindingen werden ook gevonden in een meta-analyse van Haney en Durlak (1998). Die studie laat eveneens zien dat therapeutische interventies effectiever zijn dan preventieve programma's. Uit deze meta-analyse blijkt ook dat interventies die zich specifiek richten op de zelfwaardering effectiever zijn dan bredere interventies. Tot slot blijken op theorie en empirie gebaseerde interventies effectiever te zijn dan interventies die zo'n fundament ontberen (Bos et al., 2011; Haney & Durlak, 1998).

Voor het veranderen van de contingente zelfwaardering en de impliciete zelfwaardering zijn andere benaderin-

gen onderzocht (Bos et al., 2011). Zo blijkt dat mensen met een hoge contingente zelfwaardering beter reageren op een leeroriëntatie dan op een prestatieoriëntatie (Niiya, Crocker, & Bartmess, 2004). Verder kan *self-affirmation*, waarbij belangrijke waarden worden benadrukt, ervoor zorgen dat mensen met een hoge contingente zelfwaardering minder defensief reageren bij een bedreiging van het zelfbeeld (Crocker, Niiya & Mischkowski, 2008). Baccus en collega's (2004) lieten zien dat de impliciete zelfwaardering van volwassenen door middel van evaluatieve conditionering veranderd kon worden (Baccus, Baldwin & Packer, 2004). Huijding, Bos en Muris (2011) hebben op verschillende manieren geprobeerd om bij 10 tot 12 jaar oude kinderen de impliciete zelfwaardering te beïnvloeden met evaluatieve conditionering, maar zij konden de bevinding van Baccus, Baldwin & Packer (2004) niet repliceren.

Ik sprak in het begin van deze rede over transdiagnostische factoren (Korrelboom, 2018; Van Amelsvoort et al., 2018). Zelfwaardering is een transdiagnostische factor die niet alleen in een therapeutische setting aangepakt kan worden (Korrelboom, 2011), maar ook heel goed ingezet kan worden voor de preventie van psychopathologie (Bos et al., 2011; Mann, Hosman, Schaalma & De Vries, 2004). We weten bijvoorbeeld dat de zelfwaardering in de adolescentie achteruit gaat (Robins, Tresniewski, Tracy,

Gosling & Potter, 2002). Universele of selectieve preventie bij kinderen in het laatste jaar van de basisschool zou ervoor kunnen zorgen dat psychopathologie in de adolescentie wordt voorkomen. Het spreekt voor zich dat dergelijke zelfwaarderingsinterventies planmatig ontwikkeld moeten worden, op theorie en onderzoek gebaseerd moeten zijn, en op een goede manier geëvalueerd moeten worden (Bartholomew Eldredge et al., 2016).

TOT BESLUIT

We zijn aan het eind van het inhoudelijke deel van mijn oratie gekomen. Ik heb u verteld dat mensen een fundamentele behoefte hebben aan sociale verbondenheid. Ik heb u tijdens mijn rede laten zien dat als deze behoefte niet wordt vervuld, dit ernstige implicaties voor de psychische gezondheid heeft. Ik heb u meegenomen naar de drie belangrijkste thema's binnen mijn leerstoel: stigmatisering, eenzaamheid en zelfwaardering. Ik heb u laten zien dat zowel stigmatisering, eenzaamheid als zelfwaardering gerelateerd is aan psychopathologie. Verder heb ik een pleidooi gehouden voor op theorie en onderzoek gebaseerde interventies. U heeft nu een goed overzicht van het boeiende onderzoeksterrein waar ik mij dagelijks mee bezighoud.

DANKWOORD

Het uitspreken van een dankwoord is een haast onmogelijke opgave voor iemand die sociale uitsluiting wil voorkomen. Ik kan helaas niet iedereen persoonlijk bedanken, maar iedereen die hier aanwezig is weet wat hij of zij voor mij betekent.

Een aantal personen wil ik vandaag toch expliciet noemen. Allereerst wil ik het College van bestuur bedanken voor het instellen van deze leerstoel. Het is mooi dat er een tweede structurele hoogleraarspositie binnen de vakgroep klinische psychologie is gekomen. Ik zal me de komende jaren vanuit mijn nieuwe functie – samen met andere collega's – enthousiast blijven inzetten om innovatief psychologieonderwijs te ontwikkelen en toonaangevend psychologisch onderzoek te verrichten.

Ik wil onze decaan Saskia Brand-Gruwel en mijn collega hoogleraar Jacques van Lankveld bedanken voor de inspanningen die zij geleverd hebben om deze leerstoel te realiseren. Ik wil Saskia bedanken voor de prettige samenwerking in de afgelopen jaren. Zij gaf mij in mijn rol als opleidingsdirecteur veel autonomie, een andere basisbehoefte waarvan we weten dat die gerelateerd is aan motivatie, groei en welbevinden. Ik wil Jacques bedanken voor de plezierige manier waarop we nu al weer zeven

jaar samenwerken binnen klinische psychologie. We delen onderzoeksinteresses en begeleiden samen een aantal promovendi. Gelukkig duurt het nog even voordat je met pensioen gaat en ook daarna zullen we vast samen onderzoek blijven doen.

Mijn collega's van Psychologie en andere afdelingen binnen de Open Universiteit wil ik bedanken voor de fijne samenwerking. Het werkklimaat op de Open Universiteit is prettig en de mogelijkheden om kwalitatief hoogwaardig onderwijs te ontwikkelen zijn enorm. Het onderwijs en onderzoek van Psychologie zijn het afgelopen jaar positief gevisiteerd en er is flink geïnvesteerd in (online) onderzoeksmogelijkheden. Ik kan iedereen aanraden om hier te komen werken.

Diverse collega's zijn cruciaal geweest voor mijn loopbaan. Allereerst wil ik Naomi Ellemers bedanken. Zij heeft mij het onderzoeksvak geleerd en mijn passie voor sociaalpsychologisch onderzoek aangewakkerd. Aanvankelijk wilde ik op de Vrije Universiteit de onderzoeksrichting bij klinische kinder- en jeugdpsychologie gaan volgen, maar omdat ik de enige student was die in die specifieke onderzoeksrichting wilde afstuderen, moest ik mijn onderzoeksvakken volgen bij sociale psychologie. De sociaalpsychologische thema's spraken mij ook erg aan en ik kreeg al gauw de smaak te pakken van experi-

menteel sociaalpsychologisch onderzoek. Uiteindelijk ben ik helemaal overgestapt naar sociale psychologie. Ik denk nog altijd met veel plezier terug aan alle leuke onderzoeken die ik tijdens mijn studietijd met Naomi Ellemers en mijn latere paranimfen Fieke Harinck en Wendy van Rijswijk heb gedaan. Nadat ik mijn afstudeeronderzoek bij Naomi had afgerond, ben ik overgestapt naar haar man Dick de Gilder. Als erkend gewetensbezwaarde kon ik op de Universiteit van Amsterdam in opdracht van het ministerie van onderwijs, cultuur en wetenschappen onderzoek doen naar de arbeidsmarktpositie van hoger opgeleiden. Dat was een leuke en leerzame periode en ik denk met veel plezier terug aan de samenwerking met Dick.

Hierna ben ik naar Zuid-Limburg verhuisd om promotieonderzoek te doen aan de Universiteit Maastricht. Onder begeleiding van Anton Dijker en Gerjo Kok heb ik onderzoek gedaan naar interactiestrategieën die mensen met hiv in het eerste contact kunnen hanteren om stigmatisering te reduceren of te voorkomen. Anton Dijker is een gedegen onderzoeker met een sterke theoretische belangstelling. Ik ben hem zeer erkentelijk voor alles wat hij mij tijdens het promotietraject heeft geleerd. Gerjo Kok wil ik ook bedanken voor de fijne samenwerking in de afgelopen 22 jaar. Ik heb veel van je geleerd over intervention mapping en vind je een inspirerende wetenschapper op het terrein van de toegepaste psychologie.

Uiteraard wil ik vandaag ook stilstaan bij Herman Schaalma, vriend en collega, die negen jaar geleden plotseling is overleden. Het was de bedoeling dat we samen nog jarenlang onderzoek zouden doen naar hiv-gerelateerd stigma, maar acht maanden nadat ik in Maastricht ging werken kwam daar abrupt een einde aan. Ik mis Hermans onconventionele directe aanpak en onze gesprekken. Ik koester mooie herinneringen aan Herman, zoals een zomeravond waarop we in zijn tuin achter de laptop zaten te werken met een fles rosé op tafel. Ik mis ook Hermans adviezen als vader. Zijn kinderen waren net een paar jaar ouder dan die van mij, en hij had veel dingen dus een paar jaar eerder meegemaakt. Hij adviseerde mij bijvoorbeeld om Jaron naar de Montessorischool te laten gaan, waar zijn kinderen ook op zaten. Niet alleen omdat het een goede school was, maar vooral omdat er zulke leuke ouders rondliepen. Daar had hij helemaal gelijk in. Ik denk nog veel aan Herman en mis hem nog steeds.

John Pryor and Hannah Eisner, we have a long-lasting friendship that is very valuable to me. It is so special that you came all the way from the USA with your friends John and Laurie to see me talk in a dress in a language that you do not understand. Thanks for your friendship, the great collaboration on stigma projects and your presence at my inaugural speech.

Henk van der Molen, Jasper von Grumbkow en René van Hezewijk wil ik ook bedanken. Zij zijn de nestors van de psychologie bij de Open Universiteit en hebben de basis gelegd voor de huidige psychologieopleiding. Zij hebben mij als jonge onderzoeker en docent kansen gegeven; daarvoor ben ik hen zeer erkentelijk.

In mijn dankwoord mogen uiteraard ook mijn promovendi en onderzoekers die ik begeleid niet ontbreken. Daantje Derks, Sarah Stutterheim, Joanne Leerlooijer, Liesbeth Rijdsdijk, Hohova Shilubane, Remko van der Sanden, Roelie Mulder, Matthijs Eggers en Henna Toppenberg hebben hun doctorstitel al binnen. Biljana Meshkovska, Kenny Wolfs, Martha Ali Abdulai, Augustine Kubdaar, Maria Verbeek, Eva-Marijn Patty-Stegemann, Elody Hutten en Yvonne van der Kooij zijn nog bezig met hun (promotie) onderzoek. Het was en is een feest om met jullie samen te werken.

Een aantal collega's met wie ik de afgelopen jaren intensief heb samengewerkt, wil ik ook graag noemen. Allereerst Fraukje Mevissen, een gedreven en deskundige wetenschapper met wie ik graag samenwerk. We doen boeiend onderzoek naar *sexual prejudice* en naar de rol die angst voor stigmatisering speelt bij therapietrouw van mensen met hiv in Ghana. Daarnaast ben je ook nog eens een goede vriendin en fijne reisgenoot. Iemand met wie ik het afgelopen decennium ook intensief heb samen-

gewerkt is Sarah Stutterheim. Eerst was je promovenda, toen postdoc en inmiddels ben je universitair docent aan de Universiteit Maastricht. We hebben veel onderzoek gedaan op het terrein van hiv-gerelateerd stigma en ik ben blij dat we nu nog steeds in diverse projecten samenwerken. Rob Ruiten wil ik ook bedanken voor de aangename langdurige samenwerking. We hebben samen veel promotieprojecten begeleid en ik hoop dat we onze vruchtbare en prettige samenwerking nog lang zullen voortzetten. Wie in dit rijtje zeker niet mag ontbreken is Mark Hommes. We doen al een aantal jaren samen onderzoek naar stigmatisering van transgenders, een relevante groep voor stigmaonderzoek en -interventies. Het is ontzettend prettig om met je samen te werken, je bent een grote expert op dit terrein en jouw enthousiasme is aanstekelijk. Ellen Jongen en de andere SOLO-collega's wil ik bedanken voor de fijne samenwerking op het terrein van eenzaamheid. Ik hoop dat we de komende jaren intensief met elkaar zullen samenwerken en prachtig onderzoek zullen doen naar eenzaamheid.

Een speciaal woord van dank voor John Arkenbout en Sandra Daems voor de uitstekende redactie en fantastische vormgeving van het boekje dat jullie straks bij het verlaten van de zaal zullen ontvangen. Als laatste van de collega's wil ik Monique Verschuren in het zonnetje zetten. Ik wil haar niet alleen bedanken voor de organisatie rondom de oratie, maar ook voor haar inzet in de

afgelopen jaren toen ik opleidingsdirecteur was. Je bent een uitstekende secretaresse met een goed gevoel voor humor. Muchas gracias!

Mijn oratie vindt plaats op 12 oktober, de geboortedag van mijn opa Laurens van Voorene. Als hij nog had geleefd, zou hij vandaag 97 jaar zijn geworden. Ook al zagen we elkaar niet wekelijks, mijn opa en ik hadden een goede band. Hij was een opa die je als kind meenam naar musea en die je in de boekhandel een boek liet uitkiezen als je je schoolrapport had gekregen. Toen ik volwassen was, zijn we ook nog eens samen een week naar Berlijn gegaan, waar ik goede herinneringen aan bewaar. Mijn opa was erg betrokken bij mijn studie en mijn loopbaan. Hij stuurde me zeer regelmatig krantenartikelen over onderwerpen die ik interessant vond (of waarvan hij vond dat ik daar meer van moest weten). Ik denk dat als mijn opa in de huidige tijd had geleefd, hij vast een fanatiek twitteraar of blogger was geweest. Op mijn opa's verjaardag kwamen we altijd met de familie bij elkaar. Het was dan meestal het begin van de herfstvakantie, de wereld was rood en geel gekleurd en je kon de herfst ruiken. Daar denk ik met een gevoel van nostalgie aan terug. Ik hoop dat er vandaag veel familieleden zijn en dat we weer even met elkaar bijpraten.



Mijn ouders zijn geweldig. Zij hebben mij altijd de vrijheid gegeven om mijn pad te volgen en hebben me altijd gesteund. Ik realiseer me hoe zeer ik het getroffen heb met zulke lieve en betrokken ouders. Het is fijn dat jullie zes jaar geleden naar Maastricht zijn verhuisd en dat we elkaar nu vaak zien. Ik hoop dat we nog veel mooie momenten met elkaar zullen beleven. Pap en mam, dank jullie wel voor alles!

Tot slot Luna, Milan en Jaron. Ik hou veel van jullie en geniet ervan als jullie er zijn. Luna, het is superleuk dat we allebei vioolspelen en ik hoop dat we samen nog een keer naar een concert van Taylor Swift gaan (en tot die tijd zingen we gewoon luidkeels met haar mee in de auto). Milan, tijdens de zomervakantie gaf jij mij jouw visie op mijn oratie. Je zei me dat er minstens één hele goede grap in moest zitten, omdat anders mijn oratie verpest zou zijn. Ik hou me met serieuze onderwerpen bezig, maar hoop dat je je toch hebt vermaakt. En ik vrees dat iedereen je nu tijdens de receptie gaat vragen wat je van mijn oratie vond... Jaron, deze zomer besloot je om te stoppen met de studie rechten, omdat je daar niet gelukkig van werd. Afgelopen maand ben je begonnen met de opleiding psychologie in Tilburg. De appel valt niet ver van de boom, aangezien zowel je vader als je moeder psycholoog zijn. De psychologie is een fascinerend vakgebied en ik hoop dat je – net als ik – veel plezier beleeft aan het opdoen van kennis over het verklaren en veranderen van menselijk gedrag.

Ik heb gezegd!

LITERATUUR

- Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology, 27*, 379–387.
- Allport, A. (1985). The historical background of social psychology. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of Social Psychology (Vol. 1, pp. 1–46)*. New York: Random House.
- Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. New York: Addison-Wesley.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R.M. (2011). *Sociale Psychologie (7e editie)*. Amsterdam: Pearson Education.
- Baccus, J.R., Baldwin, M.W., & Packer, D. J. (2004). Increasing implicit self-esteem through classical conditioning. *Psychological Science, 15*, 498–502.
- Bartholomew-Eldredge, L. K., Markham, C. M., Ruiter, R. A., Fernandez, M.E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Batstra, L. (2012). *Hoe voorkom je ADHD?: door de diagnose niet te stellen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*, 497–529.

- Betz, G., & Thorngren, J. M. (2006). Ambiguous loss and the family grieving process. *The Family Journal*, *14*, 359-365.
- Bos, A.E.R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L.R.R. & Biesheuvel, J. (2010). Global, Contingent and Implicit Self-Esteem and Psychopathological Symptoms in Adolescents. *Personality and Individual Differences*, *48*, 311-316.
- Bos, A.E.R., Kanner, D., Muris, P., Janssen, B., & Mayer, B. (2009). Mental illness stigma and disclosure: Consequences of coming out of the closet. *Issues in Mental Health Nursing*, *30*, 509-513.
- Bos, A. E. R., Kok, G., & Dijk, A. J. (2001). Public reactions to people with HIV/AIDS in the Netherlands. *AIDS Education and Prevention*, *13*, 219-228.
- Bos, A.E.R., Muris, P. & Huijding, J. (2011). Preventie van psychopathologie bij kinderen en adolescenten: Het belang van zelfwaarderingsinterventies. *Psychologie & Gezondheid*, *39*, 232-240.
- Bos, A. E. R., Muris, P., Mulken, S., & Schaalma, H. P. (2006). Changing self-esteem in children and adolescents: A roadmap for future interventions. *Netherlands Journal of Psychology*, *62*, 26-33.
- Bos, A.E.R., Pryor, J.B., Reeder, G.D. & Stutterheim, S.E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, *35*, 1-9.
- Bos, A. E. R., Schaalma, H. P., & Pryor, J. B. (2008). Reducing AIDS-related stigma in developing countries: The importance of theory- and evidence based interventions. *Psychology, Health & Medicine*, *13*, 450-460.
- Bos, A.E.R., Tol, L., Simon, E., & Alberts, H. (2018). *Mindfulness and psychopathological symptoms in adolescents: The mediating role of global and contingent self-esteem*. Manuscript in preparation.
- Brewin CR (2006) Understanding cognitive behaviour therapy: a retrieval competition account. *Behaviour Research & Therapy*, *44*, 765-784
- Cacioppo, S., Balogh, S., & Cacioppo, J. T. (2015). Implicit attention to negative social, in contrast to nonsocial, words in the Stroop task differs between individuals high and low in loneliness: Evidence from event-related brain microstates. *Cortex*, *70*, 213-233.
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, *10*, 238-249.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, *40*, 1054-1085.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*, 140-151.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York, NY: Norton.
- Chang, E.C., Muyan, M., & Hirsch, J.K. (2015). Loneliness, positive life events and psychological maladjustment. *Personality and Individual Differences*, *86*, 1150-1155.

- Corrigan, P. W., Bink, A. B., & Schmidt, A. (2018). Reducing Physical Illness Stigma: Insights from the Mental Illness Arena. In B. Major, J.F. Dovidio & B. Link (Eds), *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Corrigan, P. W., & Fong, M. W. (2014). Competing perspectives on erasing the stigma of illness: What says the dodo bird?. *Social Science & Medicine*, *103*, 110-117.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., Del Rossi, R., Fontecchio, M. J., ... & Rüsçh, N. (2015). Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*, *229*, 148-154.
- Corrigan, P., Michaels, P. J., & Morris, S. (2015). Do the effects of antistigma programs persist over time? Findings from a meta-analysis. *Psychiatric Services*, *66*, 543-546.
- 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., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, *54*, 765-776.
- Crandall, C. S., & Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*, *34*, 67-83.
- Crocker, J., & Luhtanen, R. K. (2003). Level of self-esteem and contingencies of self-worth: unique effects on academic, social, and financial problems in college students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *29*, 701-712.
- Crocker, J., Niiya, Y., & Mischkowski, D. (2008). Why does writing about important values reduce defensiveness? Self-affirmation and the role of positive other-directed feelings. *Psychological Science*, *19*, 740-747.
- Crocker, J., & Wolfe, C.T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, *108*, 593-623.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*, 227-268.
- Dehue, T. (2014). *Betere mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Uitgeverij Augustus.
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2014). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2. In C. van der Feltz-Cornelis & N. Mulder (Red), *Handboek sociale psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- De Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T., & Dykstra, P. (2016). Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships (2nd edition)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Delespaul, P., Keet, R., & Van der Feltz-Cornelis, C. (2014). Inrichting van de sociale psychiatrie in de moderne tijd. In C. van der Feltz-Cornelis & N. Mulder (Red), *Handboek sociale psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Denissen, J. J., Penke, L., Schmitt, D. P., & Van Aken, M. A. (2008). Self-esteem reactions to social interactions: evidence for sociometer mechanisms across days, people, and nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*, 181-196.

- Dijker, A. J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology, 25*, 51–68.
- Donnellan, M.B., Tresniewski, K.H., Robins, R.W., Moffitt, T.E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behaviour, and delinquency. *Psychological Science, 16*, 328-335.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1–28). New York, NY: Guilford.
- Dijksterhuis, A. (2004). I like myself but I don't know why: enhancing implicit self-esteem by subliminal evaluative conditioning. *Journal of personality and social psychology, 86*, 345-355.
- Ebesutani, C., Fierstein, M., Viana, A.G., Trent, L., Young, J., & Sprung, M. (2015). The role of loneliness in the relationship between anxiety and depression in clinical and school-based youth. *Psychology in the Schools, 52*, 223–233.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry, 166*, 311-319.
- Feldman, D. B., & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 137–154.
- Franken, I., Muris, P., & Denys, D. (2015). Inleiding. In I. Franken, P. Muris & D. Denys, *Psychopathologie: Oorzaken, diagnostiek en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Garofalo, C., Holden, C. J., Zeigler-Hill, V., & Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive behavior, 42*, 3-15.
- Greenwald, A. G., & Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 1022-1038.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry, 13*, 161-175.
- Haney, P., & Durlak, J.A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 423-433.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 87-116). New York: Plenum.
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist, 71*, 742-751.
- Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health, 99*, 2275–2281.

- Hebl, M. R., Tickle, J., & Heatherton, T. F. (2000). Awkward moments in interactions between nonstigmatized and stigmatized individuals. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 275–306). New York, NY: Guilford.
- Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, *42*, 1106–1116.
- Herek, G. M., S. Saha, and J. Burack. 2013. Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, *35*, 41–54.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, *26*, 695–718.
- Huijding, J., Bos, A. E. R., & Muris, P. (2011). Enhancing implicit self-esteem in children: Can a smile make you feel worthwhile? *Netherlands Journal of Psychology*, *65*, 11–25.
- Kernis, M.H. (2002). Self-esteem as a multifaceted construct. In T.M. Brinthaup & R. P. Lipka (Eds), *Understanding early adolescent self and identity. Applications and interventions* (pp. 57–90). Albany, NY: State University of New York Press.
- Kernis, M.H. (2006). *Self-esteem: Issues and answers. A sourcebook of current perspectives*. New York: Psychology Press.
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K (2018). Transdiagnostische behandeling. In E. Simon, E. de Hullu, G. Smeets & H.T. van der Molen, *Klinische psychologie: Diagnostiek en therapie*. Groningen: Uitgeverij Noordhof.
- Korrelboom, K., De Jong, M., Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with eating disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 974–980.
- Korrelboom, K., Maarsingh, M., & Huijbrechts, I. (2012). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: A randomized clinical trial. *Depression and Anxiety*, *29*, 102–110.
- Korrelboom, K., Marissen, M., & Van Assendelft, T. (2011). Competitive memory training (COMET) for low self-esteem in patients with personality disorders: A randomized effectiveness study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *39*, 1–19.
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, *127*, 187–208.
- Lim, M.H., Rodebaugh, T.L., Zyphur, M.L., & Gleeson, J.F. (2016). Loneliness over time: the crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, *125*, 620–630.
- Leary, M.R., & Baumeister, R.F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer Theory. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol.32 (pp. 1–62). San Diego, CA: Academic Press.
- Mak, W. W., Mo, P. K., Ma, G. Y., & Lam, M. Y. (2017). Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. *Social Science & Medicine*, *188*, 30–40.

- Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, H.P., & De Vries, N.K. (2004). Self-esteem in an broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education research*, *19*, 357-372.
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, *39*, 335-347.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, *15*, 219-266.
- Mevissen, F.E.F., Kok, G., Watzels, A., Van Duin, G., & Bos, A.E.R. (in press). Systematic Development of a Dutch School-Based Sexual Prejudice Reduction Program: An Intervention Mapping Approach. *Sexuality Research and Social Policy*.
- Meyer I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*, 674-697.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., ... Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *46*, 81-95.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatric Services*, *63*, 974-981.
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., San Too, L., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *103*, 120-133.
- Mulder, N., & Van der Feltz-Cornelis, C. (2014). Sociale psychiatrie. In C. van der Feltz-Cornelis & N. Mulder (Red), *Handboek sociale psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Mulfinger, N., Müller, S., Böge, I., Sakar, V., Corrigan, P.W., Evans-Lacko, S., ... & Ruckes, C. (2018). Honest, Open, Proud for adolescents with mental illness: pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*, 684-691.
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., & Bailis, D. S. (2014). Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*, *31*, 335-351.
- Niiya, Y., Crocker, J., & Bartmess, E. N. (2004). From Vulnerability to Resilience. Learning Orientations Buffer Contingent Self-Esteem From Failure. *Psychological Science*, *15*, 801-805.
- Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., ... & Rüschi, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *268*, 209-212.
- O'Mara, A.J., Marsh, H.W., Craven, R.G., & Debus, R.L. (2006). Do self-concept interventions make a difference? A synergistic blend of construct validation and meta-analysis. *Educational Psychologist*, *41*, 181-206.

- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of personality and social psychology, 102*, 1271-1288.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine, 57*, 15–24.
- Patty-Stegemann, E., Bos, A.E.R., Hommes, M. & Stutterheim, S.E. (2018). *Experiences of stigma by association among Relatives of Transgender Individuals: A Qualitative Analysis*. Manuscript in preparation.
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M.L., Oldenburg, C.E., & Bockting, W. (2015). Individual- and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine, 41*, 164-171.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of personality and social psychology, 90*, 751-783.
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science and Medicine, 67*, 358–367.
- Pryor, J. B., & Reeder, G. D. (2011). HIV-related stigma. In J. C. Hall, B. J. Hall & C. J. Cockerell (Eds.), *HIV/AIDS in the Post-HAART Era: manifestations, treatment, and Epidemiology* (pp. 790–806). Shelton, CT: PMPH-USA.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Monroe, A. E. (2012). The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*, 224–241.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., Yeadon, C., & Hesson-McInnis, M. (2004). A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*, 436–452.
- Reid A.E., Dovidio J.F., Ballester E., & Johnson B.T. (2014). HIV prevention interventions to reduce sexual risk for African Americans: The influence of community-level stigma and psychological processes. *Social Science & Medicine, 103*, 118–125.
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current directions in psychological science, 14*, 158-162.
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and aging, 17*, 423-434.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 472-480.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*, 223-233.
- Schoenmakers, E., Fokkema, T., & Van Tilburg, T. (2014). Eenzaamheid is moeilijk op te lossen en treft niet alleen ouderen. *DEMOS, 30*, 5-7.

- Sengupta, S., Banks, B., Jonas, D., Miles, M. S., & Smith, G. C. (2011). HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: a systematic review. *AIDS and Behavior, 15*, 1075-1087.
- Sheldon, K. M., & Gunz, A. (2009). Psychological needs as basic motives, not just experiential requirements. *Journal of Personality, 77*, 1467-1492.
- Smith, E.R., Mackie, D.M., & Claypool, H.M. (2015). *Social Psychology (fourth edition)*. New York: Psychology Press.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139*, 213-240.
- Spinhoven, P., Drost, J., Van Hemert, B., & Penninx, B.W. (2015). Common rather than unique aspects of repetitive negative thinking are related to depressive and anxiety disorders and symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 33*, 45-52.
- Stutterheim, S. E., Kok, G., & Bos, A. E.R. (2016). *Employing Intervention Mapping for HIV-Related Stigma Reduction: The Challenges and Successes of Collaborative Intervention Development and Implementation*. Qualitative Methods Conference, Glasgow, UK. doi: 10.1177/1609406916672113.
- Stutterheim, S.E., Pryor, J.B., Bos, A.E.R., Hoogendijk, R., Muris, P. & Schaalma, H.P. (2009). HIV-related stigma and psychological distress: The harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS, 23*, 2353-2357.
- Sweeney, S. M., & Venable, P. A. (2016). The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: a systematic review and synthesis of the literature. *AIDS and Behavior, 20*, 29-50.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 233-242.
- Toppenberg, H.L., Bos, A.E.R., Ruiters, R.A.C., Wigboldus, D.H.L., & Pryor, J.B. (2015). HIV-related stigma in social interactions: Approach and avoidance behaviour in a virtual environment. *European Journal of Social Psychology, 45*, 169-179.
- Tresniewski, K.H., Donnelan, M.B., & Robins, R.W. (2013). Development of self-esteem. In V. Zeigler-Hill, *Self-esteem*. New York: Psychology Press.
- Van Alphen, L. M., Dijker, A. J. M., Bos, A. E. R., Van den Borne, B. & Curfs, L. M. G. (2012). The influence of group size and stigma severity on social acceptance: The case of people with intellectual disability moving into neighborhoods. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 22*, 38-50.
- Van Amelsvoort, T.A.M.J., Klaassen, M.C., & Van den Heuvel, O.A. (2018). Transdiagnostische psychiatrie: concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 60*, 194-198.
- Van der Molen, H.T. & Perreijn, S. (2015). Over klinische psychologie en 'abnormaal' gedrag. In H.T. van der Molen, E. Simon & J. van Lankveld (Eds), *Klinische psychologie: theorieën en psychopathologie*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Van der Padt, I. (2010). Sociale psychiatrie. Een contextgerichte benadering van geestelijke gezondheidsproblemen. In I. van der Padt & B. Venneman (Red), *Sociale psychiatrie: Visie, theorie en methoden van een maatschappij georiënteerde psychiatrie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

- Van der Ploeg, J. (2018). *Eenzaamheid bij jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
- Van der Sanden, R.L.M., Bos, A.E.R., Stutterheim, S.E., Pryor, J.B., & Kok, G. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabilitation Psychology, 58*, 73-80.
- Van der Sanden, R.L.M., Pryor, J.B., Stutterheim, S.E., Kok, G., & Bos, A.E.R. (2016). Stigma by Association and Family Burden among Family Members of People with Mental Illness: The Mediating Role of Coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*, 1233-1245.
- Van Os, J. (2014). Voorwoord. In C. van der Feltz-Cornelis & N. Mukder (Red), *Handboek sociale psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis prone-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 39*, 179-195.
- Van Tilburg, T., & De Jong Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Van Weeghel, J. (2014). Stigmatisering en wat daartegen te doen valt. In C. van der Feltz-Cornelis & N. Mulder (Red), *Handboek sociale psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Winkel, M., Wichers, M., Collip, D., Jacobs, N., Derom, C., Thiery, E., ... & Peeters, F. (2017). Unraveling the role of loneliness in depression: the relationship between daily life experience and behavior. *Psychiatry, 80*, 104-117.
- Verbeek, M.J.A., Hommes, M.A., Stutterheim, S.E. & Bos, A.E.R. (2018). *Stigma, coping and social support among transgender individuals: A qualitative study*. Manuscript in preparation.
- Vonk, R. (2017). *Sociale psychologie (vierde herziene druk)*. Amsterdam: Boom.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 1312-1318.
- Weiner, B., Perry, R. B. & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 738-748.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 38*, 171-1789.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 41*, 157-164.
- Zeigler-Hill, V. (2013). *Self-esteem*. New York: Psychology Press.

