

UNIVERSITEIT GENT  
FACULTEIT POLITIEKE EN SOCIALE WETENSCHAPPEN

**Stigmatisering van personen met psychiatrische aandoeningen en  
levenstevredenheid.**

De invloed van copingstrategieën.

Wetenschappelijk artikel

Aantal woorden: 9989

**JILL MORTELÉ**

MASTERPROEF SOCIOLOGIE

PROMOTOR: DR. MIEKE VERHAEGHE

COMMISSARIS: DRA. ANINA VERCRUYSSSEN

COMMISSARIS: DR. KATIA LEVECQUE

ACADEMIEJAAR 2010 – 2011



## **Dankwoord**

Deze masterproef is een belangrijk onderdeel tijdens mijn laatste jaar als student. Doorheen het academiejaar kreeg deze paper beetje bij beetje vorm zodat ik deze opleiding kan afsluiten met het indienen van dit werk. Een werk dat ik zeker niet alleen had kunnen volbrengen. Daarom wil ik eerst en vooral mijn promotor Dr. Verhaeghe M. oprecht bedanken voor de informatie, de opbouwende kritiek en de vele tips die voor mij tijdens het schrijven een bron van inspiratie zijn geweest. Steeds stond ze beschikbaar voor het beantwoorden van mijn vragen en het geven van suggesties. Op een ondersteunde wijze gingen we samen op weg om op deze manier dit onderzoek op een erg aangename manier te realiseren.

Ook mijn dank aan de Universiteit Gent, voor het beschikbaar stellen van de dataset die vanuit de vakgroep sociologie via het onderzoek ‘*Visie op hulpverlening*’ is ontstaan. De beschikbaarheid en het mogen gebruiken van deze data gaven aan mijn werk zeker een meerwaarde!

Als laatste wil ik graag Mevr. De Vos R. bedanken voor de steun die ik de laatste jaren heb ontvangen bij het schrijven van belangrijke papers. Steeds kon ik bij haar terecht voor de laatste controle van mijn werken, wat zeker niet onbelangrijk is.

Deze studie was voor mij een kennismaking met het fenomeen ‘Stigmatisering van psychiatrische patiënten’. Tijdens het schrijven zijn voor mij verschillende zaken duidelijk geworden waardoor mijn kijk op psychiatrische aandoeningen en de behandeling ervan sterk veranderd is.

Bedankt voor deze ervaring!

Jill Mortelé

---

## ABSTRACT

---

**Background:** Obtaining a diagnosis of a mental illness brings many challenges. One of these challenges is dealing with stigma. Stigmatization of psychiatric patients has two major manifestations: public stigma and self-stigma. Both forms can have a strong negative impact on a host of aspects of everyday life. To avoid this, psychiatric patients often develop coping strategies. However, applying these strategies does not always produce the desired outcomes; in fact, it may even aggravate the negative impact. **Objective:** In this study, the influence of stigma on life satisfaction was examined, taking into account both public- and self-stigmas and three commonly used coping strategies. Both direct influences, as well as the interaction effects of these strategies were examined. **Method:** The data were obtained by means of written surveys. The surveys were returned from 36 organization which offer assistance to psychiatric patients. The resulting sample was comprised of 846 respondents between the ages of 16 and 74. **Results:** The multiple regression analysis confirmed that public stigmas have a major influence on both self-stigma and the life satisfaction. Moreover, the presence of self-stigma influences life satisfaction negatively. The use of coping strategies can exert either a positive influence, no influence or a negative effect on self-stigma and life satisfaction. It was hypothesized that there would be interaction effects of the three coping strategies on the relationship between public stigma and self-stigma, and on the relationship between public stigma and life satisfaction. The results of this study did not, however, confirm these predictions.

---

**Key words:** Mental illness, public stigma, self-stigma, coping strategies, life satisfaction.

---

---

## ABSTRACT

---

**Algemeen:** Stigmatisering van psychiatrische patiënten is een veelvoorkomend fenomeen. Hierbij kan er sprake zijn van publieke- en zelfstigmatisering. Beide vormen kunnen op verschillende aspecten een negatieve invloed uitoefenen. Daarom ontwikkelen psychiatrische patiënten vaak bepaalde copingstrategieën om de negatieve impact van stigma's tegen te gaan. Deze strategieën hebben echter niet steeds de gewenste uitkomst en kunnen de negatieve invloed zelfs versterken. **Doelstelling:** Binnen dit onderzoek wordt de invloed van stigmatisering op de levenstevredenheid nagegaan. Hierbij wordt rekening gehouden met zowel publieke- als zelfstigmatisering en worden drie veelvoorkomende copingstrategieën in rekening gebracht. Van deze copingstrategieën worden zowel een directe invloed als interactie-effecten nagegaan. Hiernaast wordt rekening gehouden met de controlevariabelen: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, hoogst behaalde diploma, opnameduur, opnamestatus en het soort aandoening. **Methode:** De data zijn verkregen aan de hand van een schriftelijke enquête in een 36 organisaties die hulpverlening aan psychiatrische patiënten bieden. De verkregen steekproef bedraagt 846 personen tussen de 16 en 74 jaar. **Resultaten:** Aan de hand van een meervoudige regressieanalyse blijkt dat de ervaren publieke stigmatisering een belangrijke invloed uitoefent op zowel de zelfstigmatisering als de levenstevredenheid van psychiatrische patiënten. Daarnaast beïnvloeden zelfstigma's de levenstevredenheid op een negatieve manier. Het toepassen van copingstrategieën kan zowel een positieve, negatieve of geen invloed uitoefenen op de zelfstigmatisering en op de levenstevredenheid. Vanuit voorgaand onderzoek werd een interactie-effect van de drie copingstrategieën op het verband tussen publieke stigmatisering en zelfstigmatisering en het verband tussen publieke stigmatisering en levenstevredenheid verwacht. Niettemin bevestigen de resultaten van deze studie deze hypothesen niet.

---

**Kernwoorden:** Psychiatrische aandoeningen, Publieke stigmatisering, zelfstigmatisering, copingstrategieën, levenstevredenheid.

---

---

## INTRODUCTIE

---

*Persoonlijk geconfronteerd worden met de diagnose en behandeling van een mentale aandoening brengt heel wat uitdagingen met zich mee. Enerzijds dienen psychiatrische patiënten leren omgaan met de gevolgen die hun aandoening met zich meedraagt. Anderzijds moet men ook gewapend zijn tegen mogelijke reacties vanuit hun omgeving (Corrigan & Watson, 2002; Rusch, Angermeyer, & Corrigan, 2005). Deze reacties ontstaan door de aanwezigheid van stigma's en worden bij de omgang met een psychiatrische aandoening vaak als één van de moeilijkste uitdagingen aanzien en kunnen daarom een sterke negatieve invloed op verschillende aspecten binnen het dagelijkse beteken (Fink & Tasman, 1992; Plooy & Van Weeghel, 2007; Hayward & Bright A.J., 1997). Om deze invloed te beperken of om de stigma's te proberen wegwerken zullen psychiatrische patiënten bepaalde copingstrategieën ontwikkelen (Link, Mirotznik, & Cullen, 1991). Desondanks zullen deze strategieën niet altijd een positieve invloed uitoefenen en kan het negatieve effect zelfs worden versterkt (Pearlin, Menaghan, Lieberman, & Mullan, 1981). Binnen dit onderzoek wordt nagegaan of publieke stigma's en zelfstigmatisering een invloed op de levenstevredenheid van psychiatrische patiënten uitoefenen. Hieraan verbonden zal de invloed van publieke stigma's op de ontwikkeling van zelfstigmatisering bekeken worden, waardoor een intermediair effect van zelfstigmatisering ontstaat. Als laatste wordt rekening gehouden met drie veelvoorkomende copingstrategieën waarbij de effectiviteit van het gebruik van deze mechanismen wordt nagegaan. Hierbij wordt in de eerste plaats het directe effect op zelfstigmatisering en de levenstevredenheid nagegaan. Daarna worden stapsgewijs enkele interactie-effecten aan het model toegevoegd, die in eerste instantie de invloed van de copingstrategieën op het verband tussen publieke stigmatisering en zelfstigmatisering nagaat en ten tweede de invloed van de strategieën op het verband tussen publieke stigmatisering en de levenstevredenheid nazien.*

---

## LITERATUURONDERZOEK

---

### **Stigmatisering**

Stigmatisering wordt door Goffman (1963) beschreven als: “Een proces waarbij een persoon in onze gedachten gereduceerd wordt van een volledig en normaal, naar een minderwaardig of aangetast persoon” (Citaat vertaald uit: Goffman, 1963, p. 3). Deze beschrijving wordt vaak als basis genomen om afhankelijk van de omstandigheden waarin de stigmatisering plaatsvindt verschillende aanvullingen te maken (Link & Phelan, 2001; Yang et al., 2007). Binnen de literatuur wordt stigmatisering vaak aanzien als een tweedelig proces (Link, Cullen, Mirotznik, & Struening, 1992; Jones, Farina, Markus, Miller, & Scott, 1984). Deze tweedeling is gebaseerd op de ‘labelling theory’ waarbij het verschil tussen wat binnen de maatschappij als ‘normaal’ en ‘afwijkend’ wordt aanzien duidelijk naar voor komt (Yang et al., 2007; Jones et al., 1984; Lemert, 1951; Bowers, 1998). Opdat stigmatisering kan ontstaan, moet in de eerste plaats sprake zijn van

kenmerken die afwijken van de sociale normen binnen de maatschappij en moeten deze kenmerken door anderen als ongewild worden aanzien waardoor een negatief label ontstaat (Corrigan & Kleinlein, 2005; Scholsberg, 1993; Scheff, 1974; Byrne, 2000). Toch leidt stigmatisering niet steeds tot negatieve gevolgen. Zo kan het opleggen van labels ervoor zorgen dat deze personen sneller en beter aangepaste hulp ontvangen waardoor de negatieve invloed van hun aandoening geminimaliseerd wordt (Gove, 1982; Rosenfield, 1997).

Stigmatisering kan enerzijds via publieke of sociale stigma's en anderzijds via zelfstigmatisering plaatsvinden (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Watson, & Barr, 2006). *Publieke stigmatisering* is aanwezig wanneer de bevolking, op basis van een beeld die ze over mentale aandoening hebben gevormd, bepaalde vooroordelen ontwikkelen (Corrigan & Watson, 2002). *Zelfstigmatisering* kan op twee manieren ontstaan. Enerzijds mits personen meermaals met publieke stigma's in contact komen en deze overnemen, internaliseren en hiermee akkoord gaan (Corrigan & Penn, 1999; Link et al., 1991; Smit, 2009; Corrigan et al., 2006). Anderzijds kunnen bepaalde overtuigingen doorheen de opvoeding doorgegeven worden. Na het diagnosticeren van een mentale aandoening worden deze overtuigingen persoonlijk relevant waardoor zelfstigma's kunnen ontstaan (Corrigan & Watson, 2002; Holmes & River, 1998; Knowels & Corrigan, 2007). Hierbij kan worden gesteld dat personen die meer met publieke stigma's in contact komen, meer zelfstigma's ontwikkelen (Yang, 2007; Lee, Lee, Chiu, & Kleinman, 2005).

*Hypothese 1a:* Publieke stigmatisering heeft een positieve invloed op de ontwikkeling van zelfstigmatisering.

Indien gestigmatiseerde personen zich bewust zijn van de vooroordelen die binnen de maatschappij aanwezig zijn of de discriminatie die door de publieke stigma's wordt veroorzaakt, kan dit belangrijke negatieve gevolgen met zich meedragen. Gevolgen zoals het ontwikkelen van een verlaagd zelfvertrouwen, moeilijkheden ondervinden bij tewerkstelling, minder snel een sociaal netwerk opbouwen of minder geneigd zijn voor hun aandoening in behandeling te gaan (Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007; Crocker & Major, 1989; Corrigan et al., 2006; Link, Struening, Cullen, Shrout, & Dohrenwend, 1989; Wahl & Harman, 1989; Link, 1982; Brugha, Wing, Brewin, Maccarthy, & Lesage, 1993; Kushner & Sher, 1991). Deze negatieve gevolgen kunnen een belangrijke daling in de levenstevredenheid van de psychiatrische patiënten teweeg brengen. Hierdoor wordt publieke stigmatisering als een belangrijke voorspellende factor in de levenstevredenheid van psychiatrische patiënten aanzien (Yang, 2007; Rosenfield, 1997; Markowitz, 1998).

*Hypothese 1b:* Publieke stigmatisering heeft een negatieve invloed op de levenstevredenheid.

Ook psychiatrische patiënten handhaven stigmatiserende waarden over mentale aandoeningen waardoor het diagnosticeren van hun eigen aandoening vaak een persoonlijke

betrokkenheid doet ontstaan. De aanwezige overtuigingen kunnen op deze manier op zichzelf toegepast worden, wat ook wel ‘*stereotype overeenkomst*’ wordt genoemd (Watson et al., 2007). Deze overeenkomst kan een belangrijke daling in de levenstevredenheid doen ontstaan (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting, & Rye, 2008; Rosenfield, 1997).

*Hypothese 1c: Zelfstigmatisering heeft een negatieve invloed op de levenstevredenheid.*

### ***Levenstevredenheid***

Om een mate van mentale gezondheid en levenstevredenheid te ontwikkelen is het belangrijk bepaalde behoeften te bevredigen (Maslow, 1970). Volgens de behoeftepiramide van Maslow (1970) dienen eerst enkele basisbehoeften zoals onderdak en voedsel worden bevredigd, vooraleer aandacht aan de hogere noden kan worden besteed. Aangezien in de huidige samenleving basisnoden al snel bereikt zijn, komt tegenwoordig het belang van het welzijn, levenstevredenheid en de persoonlijke ontwikkeling vaker aan bod (Oishi, Diener, Lucas, & Suh, 1999).

Ook binnen de literatuur is er een evolutie merkbaar. Waar men vroeger zich meer richtte naar de symptomen, diagnose en algemene medische behandeling, komen we de laatste decennia in een periode van deinstitutionalisering waar het welzijn en de levenstevredenheid van de patiënten centraal komen te staan (Lehman, 1995; Rosenfield, 1992). Hierbij ontwikkelt men de overtuiging dat de levenstevredenheid van psychiatrische patiënten niet alleen bepaald wordt door de negatieve gevolgen van de aandoening zelf maar dient eerder een brede waaier aan factoren in rekening worden gebracht (Lehman, 1983; Rosenfield, 1997)<sup>1</sup>. De levenstevredenheid is daarom een centraal onderdeel bij het algemene welzijn van de psychiatrische patiënten en wordt bepaald door verschillende contextafhankelijke factoren (Lehman, 1995). Zoals eerder vermeld kunnen publieke stigma's, zelfstigmatisering en de negatieve gevolgen die hierbij worden verwacht een daling in de levenstevredenheid teweeg brengen. Deze factoren zijn slechts een beperkt onderdeel van de factoren die de levenstevredenheid mee bepalen (Rosenfield, 1992; Rosenfield, 1997).

### ***Copingstrategieën***

De aanwezigheid van stigma's kunnen ervoor zorgen dat bepaalde ervaringen of situaties door personen met een mentale aandoening erg beschamend of stressvol ervaren worden. Om dit te matigen kunnen gestigmatiseerde personen doorheen hun dagelijkse handelingen bepaalde copingstrategieën ontwikkelen (Miller & Kaiser, 2001). ‘*Copen*’ kan omschreven worden als “*Voortdurend veranderende cognitieve en gedragsmatige inspanningen om met specifieke externe en/of interne eisen die belastend zijn voor een persoon om te gaan*” (Citaat vertaald uit: Lazarus &

---

<sup>1</sup> Er dient rekening gehouden te worden met andere factoren zoals medische noden, huisvesting, werkgelegenheid, sociale relaties, veiligheid, financiële zekerheid, inkomen en familiebanden. Men gaat van een puur functionele kijk op de aandoening naar een meer sociaal perspectief (Lehman, 1995).



Folkman, 1984, p. 141). Het gaat om alle reacties op situaties die iemand als stressvol ervaart om zo emotionele kwetsbaarheid te reduceren (Latack & Havlovic, 1992; Pearlin & Schooler, 1978). Bij het *copen* kan men twee doelen voor ogen hebben. Enerzijds kan men proberen de situatie te veranderen waardoor de stigma's weggewerkt worden. Anderzijds kan men proberen met de stigma's om te gaan om zo de negatieve invloeden te beperken (Miller & Kaiser, 2001). De strategiekeuze is sterk individueel bepaald en wordt beïnvloed door o.a. de middelen die iemand bezit om zich aan een nieuwe situatie aan te passen, de emotionele impact die stigma's met zich meebrengen en de context waarin een persoon zich bevindt (Pearlin & Schooler, 1978; Holmes & River, 1998). Daarnaast is het mogelijk om doorheen de tijd de strategiekeuze te assimileren of in verschillende situaties andere strategieën toe te passen (Miller & Kaiser, 2001). Binnen het kader van dit artikel komen drie copingstrategieën aan bod die binnen verschillende literatuurvormen als gevestigde mechanismen worden aanzien (Holmes & River, 1998; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2002; Link & Phelan, 2001; Link et al., 1991; Perlick et al., 2001).

Een eerste omgangsmethode houdt in dat gestigmatiseerde personen zich zowel fysiek als sociaal *afzonderen van bepaalde situaties en/of personen* waarbij hun aandoening een belangrijke negatieve invloed kan uitoefenen (Peters et al., 2005; Holmes & River, 1998; Miller & Kaiser, 2001). Deze keuze kan verklaard worden aan de hand van de '*modified labeling theory*' die aangeeft dat iedere persoon bepaalde stereotype beelden over psychiatrische patiënten aangeleerd krijgt, waardoor bij het diagnosticeren van hun aandoening een ongerustheid ontstaat om hierdoor negatieve gevolgen te ondervinden zodat men zich zal afzonderen (Hayward & Bright A.J., 1997; Link et al., 1989; Link & Phelan, 2006; Verhaeghe, Bracke, & Christiaens, 2008). Deze omgangsmethode zorgt voor een belangrijke beperking in het leven van de patiënten waardoor men na verloop van tijd volledig geïsoleerd kan raken (Link et al., 1991). Desalniettemin blijven een beperkt aantal sociale contacten onafwendbaar en wordt vaak de keuze gemaakt om relaties te behouden met personen die niets van hun situatie afweten waardoor de aard van hun aandoening slechts gedeeltelijk of helemaal niet naar buiten komt (Holmes & River, 1998). Door zich af te zonderen komen psychiatrische patiënten minder met publieke stigma's in contact waardoor de negatieve invloed die met deze stigmatisering gepaard gaat beperkt kan worden, met een stijging van de levenstevredenheid als gevolg (Link et al., 1991). Hiertegenover staat het '*social stress model*' die het belang van sociale relaties en de sociale steun die hiermee gepaard gaat aangeeft. Door zich af te zonderen is er sprake van een sterke afname van sociale contacten waardoor minder sociale steun ontvangen wordt en de omgang met de dagelijkse stressoren - hier publieke stigma's - meer belastend ervaren worden met een daling van de levenstevredenheid als gevolg (Adams & Serpe, 2000; Silver, Mulvey, & Swanson, 2002; Pearlin et al., 1981). De ontstane sociale isolatie kan ervoor zorgen dat de positieve invloed van deze copingstrategie zo goed als volledig geneutraliseerd wordt en er zelfs extra negatieve gevolgen ontstaan (Link & Phelan, 2006; Verhaeghe et al., 2008). Ook de '*social contacttheory*', waar het sociale proces als basis wordt

genomen geeft het belang van directe persoonlijke sociale contacten aan (Lindo, 2008; Huxley, 1993; Van Oudenhoven, 2002). Contacten tussen gestigmatiseerde personen en de stigmatiserende bevolking kunnen, indien deze binnen de juiste condities plaatsvinden, de aanwezige vooroordelen beperken (Allport, 1985; Pettigrew, 1998; Pettigrew & Tropp, 2006; Byrne, 2001; Corrigan & Penn, 1999; Desforjes et al., 1991)<sup>2</sup>. Indien de condities niet worden vervuld en/of wanneer sprake is van contacten met stigmatiserende groepen en niet met individuele personen, ontstaat er een reële kans dat de aanwezige vooroordelen niet of nauwelijks zullen veranderen (Forbes, 1997; Allport, 1985; Lindo, 2008). De dubbele negatieve invloed die door zich af te zonderen kan ontstaan, zorgt ervoor dat de verwachte positieve invloed volledig verdwijnt. Om die reden wordt van deze copingstrategie een negatieve invloed op de levenstevredenheid verwacht. Daarnaast worden stigma's door zich af te zonderen minder persoonlijk relevant waardoor men deze minder snel zal internaliseren, met een mogelijke daling van de zelfstigmatisering als gevolg (Holmes & River, 1998).

*Hypothese 2a:* 'Zich afzonderen van anderen en/of bepaalde situaties' heeft een negatieve invloed op zelfstigmatisering en op de levenstevredenheid.

Als tweede mogelijk copingstrategie kunnen psychiatrische patiënten *hulp zoeken bij lotgenoten of zelfhulpgroepen*. Deze stap wordt vaak gezet op aanraden van deskundigen of door de sociale isolatie die hun aandoening en/of de copingstrategie 'zich afzonderen' met zich meebrengt (Ribisl & Luke, 1993; Miller & Kaiser, 2001). Goffman (1963) geeft binnen zijn werk '*Notes on the management of spoiled identity*' aan dat lotgenoten ook wel '*sympathetic others*' worden genoemd waarbij het onderscheid kan worden gemaakt tussen '*own*' en '*wise*', wat enerzijds wijst op personen die zelf met gelijkaardige stigma's in contact (ge)komen (zijn) en anderzijds personen die door ervaringen de situatie van gestigmatiseerde patiënten goed kunnen aanvoelen (Goffman, 1963). Door contacten met *sympathetic others* voelen psychiatrische patiënten zich niet zo 'anders' dan de personen in hun nabije omgeving en kunnen contacten ontstaan zonder de angst voor mogelijke stigmatisering (Surlis & Hyde, 2001; Rosenfield, 1992). Toch kan er enkel sprake zijn van een positieve sociale relatie wanneer er wederzijdse ondersteuning aanwezig is wat enkel bereikt kan worden door langdurige contacten te onderhouden (Rappaport et al., 1985). Na verloop van tijd verdwijnt de drempel om persoonlijke zaken met elkaar te delen, waardoor deze lotgenotencontacten een bron van sociale steun vormen (Smit, 2009; Roberts, 1987). Men kan elkaar instrueren hoe met de stigma's om te gaan waardoor de negatieve invloed ervan op de levenstevredenheid beperkt kan worden (Surlis & Hyde, 2001). Het grote risico bij deze manier van *copen* houdt in dat, door sociale contacten te beperken tot één bepaalde groep er opnieuw, doch

---

<sup>2</sup> De juiste condities kunnen worden bereikt wanneer er sprake is van een gelijke status tussen de personen die met elkaar in contact staan, een gemeenschappelijk doel tijdens de contacten, institutionele en normatieve ondersteuning en het besef van een overkoepelende gemeenschappelijke identiteit (ook wel de 'common humanity' genoemd) (Allport, 1985; Pettigrew, 1998).

geen volledige sociale isolatie ontstaat. Deze afzondering is echter niet even sterk aanwezig als wanneer men zich volledig isoleert (Smit, 2009). Contacten zoeken met lotgenoten kan ook een negatieve invloed op zelfstigmatisering betekenen. Via interacties met personen met een gelijkaardige aandoening wordt het duidelijk dat ondanks hun aandoening een normale conversatie en een normaal leven mogelijk is waardoor de aanwezige zelfstigma's gereduceerd kunnen worden (Watson et al., 2007).

*Hypothese 2b:* 'Hulp zoeken bij lotgenoten of zelfhulpgroepen' heeft een negatieve invloed op zelfstigmatisering en een positieve invloed op de levenstevredenheid.

Een laatste copingstrategie die binnen dit onderzoek opgenomen is het *informereren van anderen die weinig of niets over hun aandoening afweten*, ook wel *'preventief vertellen'* genoemd (Link et al., 1991; Link et al., 1989). Gestigmatiseerde personen zullen overstappen tot het geven van informatie wanneer men ervan overtuigd is dat, door juiste informatie over hun aandoening te verspreiden, de mogelijkheid bestaat dat anderen hun situatie beter zullen begrijpen waardoor men de persoon achter de aandoening leert kennen. Op deze manier kan het voor 'buitenstaanders' duidelijk worden dat hun persoonlijkheid niet volledig door hun aandoening wordt bepaald en kunnen stigma's sterk gereduceerd worden (Peters et al., 2005; Miller & Major, 2000; Schneider & Conrad, 1980; Link, Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock, 1997). Een toegenomen kennis over mentale aandoeningen verzekert uiteraard niet dat de stigma's zullen verdwijnen. Uit onderzoek blijkt dat zelfs deskundigen, ondanks hun professionele kennis, bepaalde vooroordelen behouden (Scheerder & Van Audenhove, 2010; Ghodse, Ghaffari, Bhat, Galea, & Qureshi, 1986). Ook bij de psychiatrische patiënten blijven stigma's aanwezig (Byrne, 2001; Hayward & Bright A.J., 1997; Kennard, 1974). Bij deze manier van copen is de kans groot dat psychiatrische patiënten na verloop van tijd geconfronteerd worden met het feit dat, ondanks hun inspanningen tot informeren van anderen, bepaalde vooroordelen blijven bestaan. De teleurstelling die met deze realisatie gepaard gaat kan daarom een sterke daling in de levenstevredenheid veroorzaken (Miller & Major, 2000). De invloed van deze copingstrategie op zelfstigma's komt binnen de literatuur weinig aan bod. Overeenkomstig met de voorgaande copingstrategieën kan ook hier, door het informeren van anderen, een daling van de zelfstigmatisering worden verwacht.

*Hypothese 2c:* 'Informereren van anderen' heeft een negatieve invloed op zowel zelfstigmatisering en de levenstevredenheid.

De bovengenoemde copingstrategieën kunnen ook een invloed uitoefenen op het verband tussen publieke stigmatisering en zelfstigmatisering en op het verband tussen publieke stigmatisering en de levenstevredenheid. Specifiek houdt dit in dat het effect van publieke stigmatisering afhankelijk is van het al dan niet toepassen van copingstrategieën waardoor deze verbanden worden versterkt of verzwakt. Door zich af te zonderen van anderen, enkel contacten te

behouden met lotgenoten of anderen over hun aandoening te informeren kan de invloed van publieke stigmatisering op het ontwikkelen van zelfstigma's worden beperkt (Crocker & Major, 1989; Davidson et al., 1999). Met andere woorden, er wordt hier verwacht dat het effect van publieke stigmatisering zal dalen, naarmate het toepassen van copingstrategieën toeneemt. Omgekeerd kan ook worden gesteld dat de grootte van het effect van copingstrategieën op de zelfstigmatisering versterkt, naarmate meer publieke stigmatisering aangegeven wordt.

*Hypothese 3a:* De copingstrategieën hebben een invloed op het verband tussen publieke stigmatisering en zelfstigmatisering.

In tweede instantie kan het toepassen van bepaalde copingstrategieën een negatieve invloed uitoefenen op het verband tussen publieke stigmatisering en de levenstevredenheid van psychiatrische patiënten. Ook hier wordt er verwacht dat het effect van publieke stigmatisering op de levenstevredenheid wordt beperkt naarmate meer copingstrategieën worden toegepast. Ook deze stelling kan in omgekeerde zin worden vermeld. Gelijklopend wordt verwacht dat de grootte van het effect van de copingstrategieën zal worden beperkt naarmate de publieke stigmatisering stijgt. Anders gezegd kan worden verwacht dat bij personen die ervoor kiezen copingstrategieën toe te passen er een minder sterk effect van publieke stigmatisering op de levenstevredenheid aanwezig zal zijn (Link et al., 1991).

*Hypothese 3b:* De copingstrategieën hebben een invloed op het verband tussen publieke stigmatisering en de levenstevredenheid.

### ***Controlevariabelen***

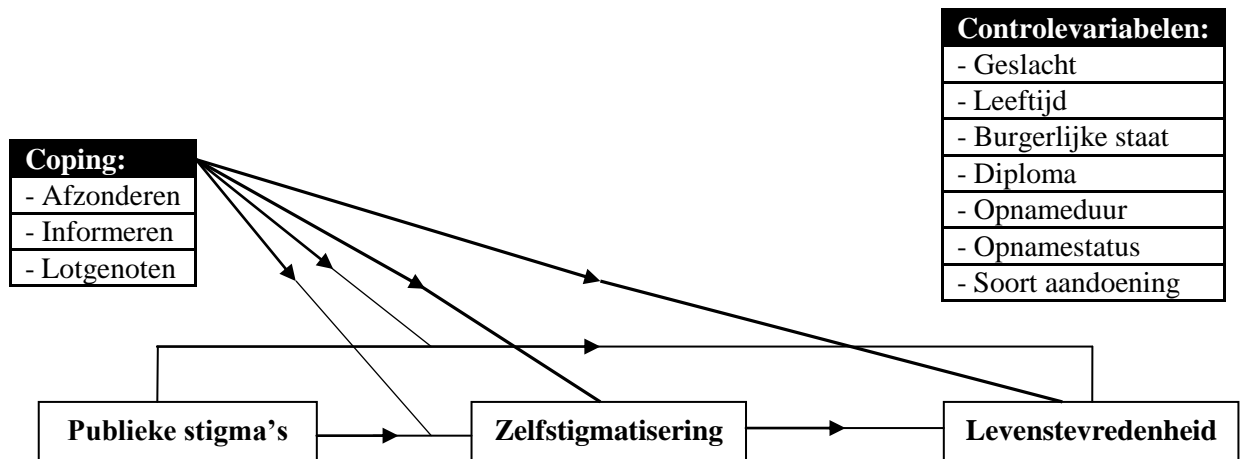
Naast de voorgenoemde hoofdeffecten wordt binnen dit onderzoek ook rekening gehouden met enkele controlevariabelen waarbij de invloed op de levenstevredenheid wordt nagegaan. Eerst en vooral komen enige *achtergrondkenmerken* aan bod waarbij in de eerste plaats de invloed van de *leeftijd* wordt nagegaan. Binnen de literatuur zijn tegenstrijdige bevindingen aanwezig waarbij enerzijds wordt aangegeven hoe jonger men is, hoe meer men zich bewust is van de negatieve gevolgen van stigma's met een daling van de levenstevredenheid als gevolg (Markowitz, 2001; Angermeyer, Link, & Majcherangermeyer, 1987). Binnen andere literatuurvormen wordt anderzijds lagere levenstevredenheid teruggevonden bij oudere personen (Palmore & Luikart, 1972; Jung et al., 2007). Als tweede speelt ook het *geslacht* een belangrijke rol. Onderzoek toont aan dat vrouwen minder geneigd zijn stigma's te internaliseren waardoor minder zelfstigmatisering aanwezig zal zijn. Daarnaast geven mannen algemeen een lagere levenstevredenheid aan (Markowitz, 2001; Fugl-Meyer, Melin, & Fugl-Meyer, 2002; Scheerder & Van Audenhove, 2010; Davidson et al., 1999). Ook de *burgerlijke staat* wordt binnen dit onderzoek opgenomen. Vanuit de literatuur kan worden verwacht dat gehuwde personen en personen in weduwstaat een hogere levenstevredenheid aangeven dan personen die vrijgezel of gescheiden zijn (Campbell, Converse,

& Rodgers, 1976; Ball & Robbins, 1986; Markowitz, 2001). Een vergelijking met een specifieke referentiecategorie wordt binnen de literatuur niet teruggevonden. Binnen dit onderzoek wordt ook gecontroleerd voor *het hoogst behaalde diploma*. Hierbij kan worden verwacht dat personen met een hoger diploma een hogere levenstevredenheid aangeven dan personen die minder hoog geschoold zijn (Clemente & Sauer, 1976).

Naast deze achtergrondkenmerken wordt binnen dit onderzoek ook rekening gehouden met enkele algemene controlevariabelen. In eerste instantie komt de *opnamestatus* aan bod. Hierbij wordt vanuit de literatuur een indirect verband tussen het al dan niet voltijds opgenomen zijn en de levenstevredenheid teruggevonden. Zo biedt een deeltijdse opname de mogelijkheid om een vrij normaal leven te behouden, waardoor de negatieve invloed van de opname op het dagelijkse leven minder sterk aanwezig is en men algemeen hogere levenstevredenheid aangeeft dan wanneer er sprake is van een voltijdse opname (Horvitz-Lennon, Normand, Gaccione, & Frank, 2001). Niettemin wordt binnen de literatuur niet steeds een positieve invloed van deeltijdse opname op de levenstevredenheid verwacht. Deze stelling wordt bevestigd door de '*social rejection exposure hypothesis*' die aangeeft dat, hoe meer iemand met stigmatisering in contact komt, hoe groter de negatieve invloed van deze stigma's zowel op het zelfvertrouwen, het zelfbeeld als de levenstevredenheid is (Wright, Gronfein, & Owens, 2000). Aangezien deeltijds opgenomen patiënten meer in de samenleving aanwezig zijn, komen deze met meer stigma's in contact, met een mogelijke daling van de levenstevredenheid tot gevolg (Verdoux, 2007). Ook de *opnameduur* wordt binnen de controlevariabelen inbegrepen. Hier kan worden verwacht dat personen die minder lang in een instelling verblijven, een hogere levenstevredenheid aangeven dan langdurig opgenomen patiënten. Daarnaast is hier sprake van een wederkerig effect. Zo zullen personen die meer stigma's ervaren langer in een instelling verblijven dan personen die minder met stigma's in contact komen (Phelan, Bromet, & Link, 1998).

Als laatste wordt de invloed van drie aandoeningen nagegaan. In de eerste plaats zal rekening gehouden worden met de invloed van de aanwezigheid van een *depressie*. Logischerwijs zullen personen die depressieve gevoelens aangeven een minder hoge levenstevredenheid ontwikkelen dan personen die geen depressieve gevoelens ervaren (Neugarten, 1996). Als tweede wordt gecontroleerd voor de aanwezigheid van een *psychose*. Hierbij wordt binnen de literatuur aangetoond dat personen gediagnosticeerd met een psychose vaak een hogere levenstevredenheid rapporteren dan personen waar geen psychose is bij vastgesteld (Slade, Leese, Taylor, & Thornicroft, 1999). Als laatste komt de invloed van het al dan niet hebben van een *verslaving* aan bod. Hierbij wordt verwacht dat personen met een verslaving een lagere levenstevredenheid aangeven dan personen waar geen verslavingsproblematiek bij aanwezig is (Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann, & Drane, 2001).

## OPERATIONEEL MODEL



## METHODE

### Data

Binnen dit onderzoek wordt gewerkt met data verkregen via het project 'Visie op hulpverlening' georganiseerd in 2005 vanuit de vakgroep Sociologie van de Universiteit Gent. Binnen deze studie werden stigma-ervaringen bij cliënten aanwezig binnen de geestelijke gezondheidszorg nagegaan. Waarbij 40 organisaties werden gecontacteerd waarvan er 36 geparticipeerd hebben. Zowel de medewerkers als de patiënten werden via een schriftelijke enquête bevraagd, waar alvorens het invullen volledig anonimiteit verzekerd werd. Op basis van het aantal cliënten per dag en aan de hand van enkele uitsluitingscriteria werd het aantal respondenten vastgelegd en geselecteerd. Van de 1174 geselecteerde patiënten waren er 846 (72%) bereid tot deelname. Binnen dit artikel wordt gewerkt met de gegevens waarbij geen missing values teruggevonden zijn, wat leidt tot een resterende steekproefgrootte van 739 cases (62%).

### Variabelen

Iedere stap van het model wordt steeds gecontroleerd voor verschillende socio-demografische variabelen. Zo wordt het *geslacht* (vrouwen [0], mannen [1]), de *leeftijd* (uitgedrukt in jaren), de *burgerlijke staat* (ingedeeld in 5 categorieën; ongehuwde, samenwonenden, gehuwden gescheiden en personen in weduwstaat met 'ongehuwd' als referentiecategorie), *het hoogst behaalde diploma* (ingedeeld in 3 categorieën; lager onderwijs en lager secundair onderwijs [1], hoger secundair onderwijs [2] en hoger onderwijs [3] met 'hoger secundair onderwijs' als referentiecategorie) in rekening gebracht. Andere *controlevariabelen* waarvan binnen dit onderzoek de invloed wordt nagegaan: de *opnameduur* (aantal maanden), de *opnamestatus* (deeltijds [0], voltijds [1]) en drie soorten *gediagnosticeerde aandoeningen* (depressie, psychose en verslaving).

Belangrijk is dat deze diagnoses niet als dummy's opgenomen kunnen worden, aangezien geen sprake is van elkaar excluderende variabelen.

De binnen dit onderzoek gebruikte schalen werden allen bekomen via een algemeen gemiddelde van de items vanuit de afgenomen vragenlijsten. Zowel *publieke stigmatisering* als *zelfstigmatisering* worden gemeten aan de hand van een vragenlijst gebaseerd op 'De dimensionaliteit van stigma' ontwikkeld door Fife & Wright (2000). Vanuit deze schaal zijn 10 vragen met elk 5 antwoordcategorieën (Helemaal fout [1], min of meer fout [2], onbeslist [3], min of meer juist [4] en helemaal juist [5]) geselecteerd waarbij een hoge score (5) wijst op een hoge mate van stigmatisering. Binnen deze schaal gaan 5 vragen de ervaringen van publieke stigmatisering na en 5 vragen de aanwezigheid van zelfstigma's, waarvan uiteindelijk 2 schalen zijn opgesteld ( $\alpha = 0,906$  en  $\alpha = 0,914$ ). Een voorbeeldvraag om publieke stigmatisering na te gaan is: 'Doordat ik naar dit ziekenhuis kom zijn sommige mensen me gaan vermijden' bij zelfstigmatisering is dit eerder: 'Doordat ik naar die ziekenhuis kom ben ik me minderwaardig gaan voelen'.

Het al dan niet toepassen van *copingstrategieën* werd nagegaan aan de hand van de 'Stigma Coping Scale' opgesteld door Link et. al. (1991; 2002). Deze schaal bestaat uit 27 vragen met elk vier antwoordcategorieën (absoluut niet akkoord [1], niet akkoord [2], akkoord [3], volledig akkoord [4]) waarbij een hoge score (4) het geregeld toepassen van een bepaalde copingstrategieën aangeeft. Om de gepaste vragen te selecteren werd een factoranalyse met varimax rotatie uitgevoerd, waardoor 12 resterende vragen werden gebruikt om de drie copingstrategieën na te gaan. De 15 resterende niet-gebruikte vragen vanuit de 'Stigma Coping Scale' gaan andere copingstrategieën na en zijn binnen dit onderzoek niet relevant. Vanuit de 12 geselecteerde vragen gaan 4 vragen het 'afzonderen van anderen' na ( $\alpha = 0,678$ ), 4 vragen 'hulp zoeken bij lotgenoten' ( $\alpha = 0,786$ ) en 4 vragen 'anderen informeren' ( $\alpha = 0,746$ ). Voorbeeldvragen waaruit deze schalen werden opgesteld zijn: voor het afzonderen van anderen; 'Als iemand op me neer zou kijken omdat ik psychiatrische hulp kreeg, zou ik die persoon vermijden', anderen informeren; 'ik heb ondervonden dat je best de mensen die je goed kent uitlegt wat psychiatrische hulp inhoudt' en hulp zoeken bij lotgenoten; 'ik kan gemakkelijker vriendschap sluiten met personen die psychische hulp kregen'.

Om de levenstevredenheid na te gaan wordt gebruik gemaakt van een schaal bestaande uit 11 vragen met elk 7 antwoordcategorieën (helemaal ontevreden [1], ontevreden [2], tamelijk ontevreden [3], onbeslist [4], tamelijk tevreden [5], tevreden [6], helemaal tevreden [7]) gebaseerd op de 'Satisfaction with life domains scale' van Baker en Intagliata (1982). Ook hier is sprake van een adequate betrouwbaarheid ( $\alpha = 0,862$ ) waarbij een hoge score (7) wijst op een hoge levenstevredenheid. Binnen deze vragenlijst wordt de algemene tevredenheid nagegaan waarbij rekening gehouden wordt met zeer uiteenlopende aspecten met als voorbeeldvraag: 'Hoe tevreden ben je met je financiële situatie?'.

**TABEL 1: BESCHRIJVENDE STATISTIEK (n = 739).**

	N	%		Min	Max	Gem.	Std.afw.
<b>Geslacht</b>			<b>Leeftijd (jaren)</b>	16	74	39,59	11,54
- vrouw	407	55,1					
- man	332	44,9					
<b>Burgerlijke staat</b>			<b>Opnameduur (maand)</b>	0,03	264	16,87	31,77
- ongehuwd	345	46,7					
- samenwonend	38	5,1					
- gehuwd	155	21					
- gescheiden	180	24,4					
- weduwestaat	21	2,8					
<b>Diploma</b>			<b>Publieke stigma</b>	1	5	3,08	1,21
- Lager + lager sec	195	3,4					
- hoger secundair	377	74					
- hoger	167	22,6					
<b>Opnamestatus</b>			<b>Zelfstigma</b>	1	5	2,72	1,27
- Voltijds	202	27,3					
- deeltijds	537	72,7					
<b>Depressie</b>	173	23,4	<b>Levenstevredenheid</b>	1	7	4,13	1,15
<b>Psychose</b>	121	16,4	<b>Coping: Afzonderen</b>	1	4	2,73	0,54
<b>Verslaving</b>	160	21,7	<b>Coping: lotgenoten</b>	1	4	2,71	0,59
			<b>Coping: Informeren</b>	1	4	2,92	0,52

Vanuit deze **univariate analyse** wordt duidelijk dat binnen deze steekproef algemeen meer sprake is van publieke stigmatisering en in mindere mate van zelfstigmatisering. Daarnaast wordt bij de copingstrategieën duidelijk dat ‘anderen informeren’ binnen deze steekproef de meest gebruikte copingstrategie is.

## RESULTATEN

### *Analysemethode*

Alle gegevens zijn verkregen aan de hand van een *Ordinary Least Square regressieanalyse* uitgevoerd met *SPSS 17.0*. Er wordt met twee groepen modellen gewerkt waarbij eerst en vooral zelfstigmatisering als afhankelijke variabele opgenomen wordt (*Tabel 2*) en in een eerste stap de invloed van de copingstrategieën wordt nagegaan (*Model 1.1*). Daarna worden stapsgewijs de interactie-effecten toegevoegd (*Model 1.2, 1.3 en 1.4*). In een tweede model (*Tabel 3*), waar de levenstevredenheid als afhankelijke opgenomen is, wordt in een eerste stap de invloed van de copingstrategieën nagegaan (*Model 2.1*). Daarna wordt zelfstigmatisering als intermediaire variabele opgenomen (*Model 2.2*). Als laatste worden ook hier stapsgewijs de drie interactie-effecten toegevoegd (*Model 2.3, 2.4 en 2.5*).

### *Regressieanalyse*

Na de controle van de **bivariate correlaties** (zie bijlage 1) en de controle van de VIF waarden wordt binnen de gebruikte modellen geen probleem van multicollineariteit verwacht. Er



zijn er wel enkele opmerkelijke correlaties aanwezig. Zo worden in de eerste plaats de vanuit de literatuur voorspelbare verbanden teruggevonden zoals 'Bij een hoge mate aan publieke stigmatisering zal sprake zijn van een hogere mate van zelfstigmatisering'. Eén onverwachte correlatie is aanwezig bij de copingstrategie 'steun zoeken bij lotgenoten', waarbij een significante positieve invloed teruggevonden is op de copingstrategie 'informereren van anderen'. Dit wijst erop dat personen die ervoor kiezen hulp te zoeken bij lotgenoten er vaak ook voor kiezen anderen over hun aandoening te informeren.

**Model 1.1** geeft de invloed van de controlevariabelen en publieke stigmatisering op zelfstigmatisering weer en verklaart 22% van de variantie op zelfstigmatisering. Zoals verwacht zullen personen die veel publieke stigmatisering aangeven meer zelfstigma's ontwikkelen. Deze invloed is onmiddellijk de sterkst bepalende factor binnen dit model ( $\beta=0,373$ ). Daarnaast zal ook het al dan niet ondernemen van bepaalde copingstrategieën een invloed op de zelfstigmatisering uitoefenen. Zo zullen personen die ervoor kiezen *anderen over hun aandoening te informeren* minder zelfstigmatisering vertonen ( $\beta=-0,113$ ). Hiertegenover is een beperkte positieve invloed teruggevonden van zowel de copingstrategie waarbij patiënten *steun zoeken bij lotgenoten* ( $\beta=0,077$ ) als bij het *afzonderen van anderen of bepaalde situaties* ( $\beta=0,071$ ). Personen die ervoor kiezen één van deze strategieën toe te passen zullen meer zelfstigma's ontwikkelen. Ook het *geslacht* bepaald de ontwikkeling van zelfstigma's mee waarbij, in tegenstelling tot wat teruggevonden is in de literatuur, ontwikkelen binnen dit onderzoek mannen minder zelfstigma's dan vrouwen ( $\beta=-0,083$ ). Als laatste wordt een positieve invloed van de *opnamestatus* teruggevonden wat erop wijst dat personen die voltijds in een instelling opgenomen zijn, meer zelfstigma's ontwikkelen dan personen die niet voltijds in een instelling aanwezig zijn ( $\beta=0,111$ ).

In **model 1.2, 1.3 en 1.4** worden stapsgewijs drie interactie-effecten op het verband tussen publieke stigmatisering en zelfstigmatisering aan model 1.1 toegevoegd. Bij geen enkel interactie-effect wordt een significante waarde teruggevonden. Hiernaast zijn binnen alle modellen de  $R^2$  niet significant, wat aangeeft dat de toevoeging van interactie-effecten de variantie in zelfstigmatisering niet verder verklaart. De significante invloeden weergegeven binnen model 1.1, met uitzondering van de copingstrategie afzonderen, zijn ook binnen de andere modellen significant en gelijkaardig bevonden.

**TABEL 2: MEERVOUDIGE REGRESSIEANALYSE MET ZELFSTIGMATISERING ALS AFHANKELIJKE VARIABELE (n = 739).**

	Model 1.1 Zonder interactietermen		Model 1.2 Met interactieterm: Publieke * informeren		Model 1.3 Met interactieterm: Publieke * lotgenoten		Model 1.4 Met interactieterm: Publieke * afzonderen	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
<b>Constante</b>	2,823 <sup>***</sup>	0,167	2,816 <sup>***</sup>	0,167	2,812 <sup>***</sup>	0,167	2,822 <sup>***</sup>	0,167
	<b>Beta</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>SE</b>
<b>Publieke stigma</b>	0,373 <sup>***</sup>	0,036	0,373 <sup>***</sup>	0,036	0,373 <sup>***</sup>	0,036	0,373 <sup>***</sup>	0,036
<b>Coping: Informeren</b>	-0,113 <sup>**</sup>	0,083	-0,114 <sup>**</sup>	0,083	-0,114 <sup>**</sup>	0,083	-0,113 <sup>**</sup>	0,083
<b>Coping: Lotgenoten</b>	0,077 <sup>*</sup>	0,077	0,075 <sup>*</sup>	0,077	0,072 <sup>*</sup>	0,078	0,076 <sup>*</sup>	0,078
<b>Coping: Afzonderen</b>	0,071 <sup>*</sup>	0,083	0,069	0,083	0,067	0,083	0,071 <sup>*</sup>	0,083
<b>Geslacht (vrouw=0 man=1)</b>	-0,083 <sup>*</sup>	0,092	-0,085 <sup>*</sup>	0,092	-0,082 <sup>*</sup>	0,092	-0,083 <sup>*</sup>	0,092
<b>Leeftijd</b>	0,005	0,005	0,007	0,005	0,003	0,005	0,005	0,005
<b>Burg. St.: samenwonend</b>	-0,014	0,199	-0,011	0,199	-0,012	0,199	-0,014	0,199
<b>Burg. St.: gehuwd</b>	-0,002	0,128	0,000	0,128	0,001	0,128	-0,002	0,128
<b>Burg. St.: ongehuwd</b>	---	---	---	---	---	---	---	---
<b>Burg. St.: gescheiden</b>	-0,058	0,119	-0,058	0,119	-0,055	0,119	-0,058	0,119
<b>Burg. St.: weduwe</b>	0,024	0,278	0,024	0,278	0,026	0,278	0,024	0,279
<b>Diploma: lager</b>	-0,042	0,103	-0,043	0,103	-0,042	0,103	-0,042	0,103
<b>Diploma: secundair</b>	---	---	---	---	---	---	---	---
<b>Diploma: hoger</b>	0,010	0,108	0,010	0,108	0,010	0,108	0,010	0,108
<b>Opnameduur</b>	-0,025	0,001	-0,025	0,001	-0,022	0,001	-0,025	0,001
<b>Opnamestatus (deeltijds=0 voltijds=1)</b>	0,111 <sup>**</sup>	0,097	0,113 <sup>**</sup>	0,097	0,111 <sup>**</sup>	0,097	0,110 <sup>**</sup>	0,097
<b>Depressie</b>	-0,021	0,106	-0,023	0,106	-0,021	0,106	-0,021	0,106
<b>Psychose</b>	0,030	0,126	0,031	0,126	0,034	0,126	0,031	0,126
<b>Verslaving</b>	-0,048	0,114	-0,049	0,114	-0,048	0,114	-0,048	0,114
<b>Publieke * informeren</b>	---	---	0,040	0,059	---	---	---	---
<b>Publieke * lotgenoten</b>	---	---	---	---	0,049	0,056	---	---
<b>Publieke * afzonderen</b>	---	---	---	---	---	---	0,005	0,060
<b>R<sup>2</sup></b>	0,220 <sup>***</sup>		0,222		0,222		0,220	
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>	0,202		0,202		0,203		0,201	

Significantie: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Binnen *model 2.1* wordt de levenstevredenheid als afhankelijke variabele opgenomen en komt de invloed van publieke stigmatisering, copingstrategieën en de controlevariabelen aan bod. Deze variabelen verklaren 25,7% van de variatie op levenstevredenheid. Deze waarde kan wegens een verschillende afhankelijke variabele niet vergeleken worden met de R<sup>2</sup> uit model 1. De publieke stigmatisering is opnieuw de sterkst verklarende factor binnen dit model ( $\beta = -0,321$ ). Deze waarde geeft aan dat personen die meer publieke stigmatisering ervaren een minder hoge levenstevredenheid aantonen dan personen die minder stigmatisering ondervinden. Het toepassen van bepaalde copingstrategieën kunnen ook de levenstevredenheid van psychiatrische patiënten bepalen. Zo wordt een significant positieve invloed teruggevonden indien psychiatrische patiënten *anderen over hun aandoening te informeren*. M.a.w., personen die ervoor kiezen andere te informeren vertonen een hogere levenstevredenheid dan personen die deze strategie niet toepassen ( $\beta = 0,088$ ). Patiënten die zich van *anderen of bepaalde situaties afzonderen* zullen een minder hoge

levenstevredenheid aangeven ( $\beta=-0,082$ ). Bij de controlevariabelen wordt in de eerste plaats een invloed teruggevonden van het *geslacht* van de patiënten waarbij, opnieuw in tegenstelling als wat binnen de literatuur teruggevonden is, mannen een hogere levenstevredenheid aangeven dan vrouwen ( $\beta=0,094$ ). Ook de *leeftijd* heeft een invloed op de levenstevredenheid, waarbij ouderen een hogere levenstevredenheid aangeven dan jongeren ( $\beta=0,157$ ). Bij de *burgerlijke staat* werd enkel een significante invloed teruggevonden bij gescheiden personen wat erop wijst dat gescheiden mensen een lagere levenstevredenheid aangeven dan ongehuwde personen ( $\beta=-0,118$ ). Ook vertonen patiënten die een *korte tijd* ( $\beta=0,070$ ) of *deeltijds* ( $\beta=-0,095$ ) in een instelling opgenomen zijn een significant hogere levenstevredenheid dan personen die een langere periode of voltijds in een instelling aanwezig zijn. Als laatste wordt de invloed van de *soort aandoening* nagegaan. Hierbij is enkel een significante invloed teruggevonden bij depressie en psychose, waaruit kan worden geconcludeerd dat personen gediagnosticeerd met een depressie vaak een minder hoge levenstevredenheid aangeven ( $\beta=0,076$ ). Integendeel vertonen personen met een psychose een hogere levenstevredenheid dan personen waarbij geen sprake is van een psychose. Bij ‘verslaving’ werd geen significante invloed op de levenstevredenheid teruggevonden.

In *model 2.2* wordt zelfstigmatisering als intermediaire variabele aan model 2.1 toegevoegd. Door deze stap stijgt de verklarende kracht van dit model naar 27,8%. Hieruit blijkt dat zelfstigma’s een belangrijke negatieve invloed op de levenstevredenheid uitoefenen ( $\beta=-0,164$ ). Met uitzondering van de opnameduur worden door deze toevoeging de significante variabelen uit model 2.1 beperkt beïnvloedt.

Als laatste stap worden in *model 2.3, 2.4 en 2.5* drie interactie-effecten op het verband tussen publieke stigmatisering en de levenstevredenheid toegevoegd. Deze modellen verklaren respectievelijk 27,8%, 27,9% en 27,9% van de variatie op levenstevredenheid, waardoor kan worden gesteld dat deze variabelen geen extra verklarende kracht aan model 2.2 toevoegen. Ook hier blijven de significant bevonden invloeden vanuit model 2.2 aanwezig. Wat de interactie-effecten betreft worden opnieuw geen significante invloeden gevonden. Dus, binnen dit model zal het toepassen van copingstrategieën het verband tussen publieke stigmatisering en levenstevredenheid noch versterken, noch verzwakken.

**TABEL 3: MEERVOUDIGE REGRESSIEANALYSE MET LEVENSTEVREDENHEID  
ALS AFHANKELIJKE VARIABELE (n = 739).**

	Model 2.1 Hoofdmodel		Model 2.2 Intermediaire		Model 2.3 Met interactieterm: Publieke * informeren		Model 2.4 Met interactieterm: Publieke * lotgenoten		Model 2.5 Met interactieterm: Publieke * afzonderen	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
<b>Constante</b>	3,487***	0,147	3,905***	0,172	3,905***	0,172	3,904***	0,172	3,908***	0,172
	<b>Beta</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>SE</b>
<b>Publieke stigma</b>	-0,321***	0,032	-0,260***	0,034	-0,260***	0,034	-0,260***	0,034	-0,260***	0,034
<b>Coping: Informeren</b>	0,088**	0,073	0,069*	0,073	0,069*	0,073	0,068*	0,073	0,069*	0,073
<b>Coping: Lotgenoten</b>	-0,060	0,068	-0,047	0,068	-0,048	0,068	-0,049	0,068	-0,046	0,068
<b>Coping: Afzonderen</b>	-0,082*	0,073	-0,071*	0,072	-0,071*	0,072	-0,072*	0,072	-0,071*	0,072*
<b>Geslacht</b> (vrouw=0 man=1)	0,094**	0,081	0,080*	0,080	0,080*	0,080	0,081*	0,080	0,079*	0,080
<b>Leeftijd</b>	0,157***	0,004	0,158***	0,004	0,158***	0,004	0,157***	0,004	0,158***	0,004
<b>Burg. St.: samenw.</b>	-0,049	0,175	-0,051	0,173	-0,051	0,174	-0,051	0,173	-0,052	0,173
<b>Burg. St.: gehuwd</b>	-0,013	0,113	-0,013	0,112	-0,013	0,112	-0,012	0,112	-0,012	0,112
<b>Burg. St.: ongehuwd</b>	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
<b>Burg. St.: gescheiden</b>	-0,118**	0,105	-0,128**	0,104	-0,128**	0,104	-0,127**	0,104	-0,128**	0,104
<b>Burg. St.: weduwe</b>	0,021	0,245	0,025	0,242	0,025	0,242	0,025	0,242	0,025	0,242
<b>Diploma: lager</b>	0,016	0,091	0,009	0,089	0,008	0,090	0,009	0,090	0,009	0,090
<b>Diploma: secundair</b>	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
<b>Diploma: hoger</b>	-0,043	0,095	-0,042	0,094	-0,042	0,094	-0,042	0,094	-0,042	0,094
<b>Opnameduur</b>	0,070*	0,001	0,066	0,001	0,066	0,001	0,067*	0,001	0,066	0,001
<b>Opnamestatus</b> (deeltijds=0 voltijds=1)	-0,095**	0,086	-0,077*	0,085	-0,076*	0,085	-0,076*	0,085	-0,075*	0,085
<b>Depressie</b>	-0,076*	0,093	-0,079*	0,092	-0,080*	0,092	-0,079*	0,092	-0,080*	0,092
<b>Psychose</b>	0,160***	0,111	0,165***	0,110	0,165***	0,110	0,167***	0,110	0,164***	0,110
<b>Verslaving</b>	0,053	0,100	0,046	0,099	0,045	0,099	0,045	0,099	0,047	0,100
<b>Zelfstigma</b>	---	---	-0,164***	0,032	-0,164***	0,032	-0,165***	0,032	-0,164***	0,032
<b>Publieke * informeren</b>	---	---	---	---	0,009	0,051	---	---	---	---
<b>Publieke * lotgenoten</b>	---	---	---	---	---	---	0,020	0,049	---	---
<b>Publieke * afzonderen</b>	---	---	---	---	---	---	---	---	-0,017	0,052
<b>R<sup>2</sup></b>	0,257***		0,278***		0,278***		0,279***		0,279***	
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>	0,240		0,260		0,259		0,260		0,260	

Significantie: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

## CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was nagaan of er een invloed aanwezig is van publieke stigmatisering, zelfstigmatisering en bepaalde copingstrategieën op de levenstevredenheid van psychiatrische patiënten. Daarnaast werd nagegaan of het toepassen van een copingstrategie de invloed van de publieke stigmatisering op zowel zelfstigmatisering als op de levenstevredenheid verzwakt of versterkt. Het toevoegen van variabelen gebeurde stapsgewijs. Hierbij werd in een eerste model zelfstigmatisering als afhankelijke variabele opgenomen waarbij zowel de invloed van publieke stigma's, de copingstrategieën en hun interactie-effect werd onderzocht. *Hypothese 1a* is binnen dit model bevestigd waaruit besloten kan worden dat, gelijklopend met de literatuur (Corrigan & Watson, 2002; Yang et al., 2007), ook hier een positieve invloed van publieke stigmatisering op zelfstigma's aanwezig is. Daarnaast hebben personen die met publieke stigma's

in contact komen een grotere kans om vooroordelen te internaliseren, met een stijging van de zelfstigmatisering als gevolg. Analoog werd een positieve invloed van de copingstrategieën ‘zich afzonderen van anderen’ en ‘terugtrekken bij lotgenoten of zelfhulpgroepen’ op zelfstigmatisering teruggevonden waardoor zowel *hypothese 2a* als *hypothese 2b* werd verworpen. Personen die ervoor kiezen anderen over hun aandoening te informeren vertonen minder zelfstigmatisering, waarbij *hypothese 2c* bevestigd werd. Als laatste werd stapsgewijs de invloed van drie interactie-effecten nagegaan, waarbij vanuit de literatuur door het toepassen van copingstrategieën een beperking van de invloed van publieke stigmatisering op de zelfstigma's wordt verwacht (Crocker & Major, 1989). Hier werden binnen dit onderzoek geen significante invloeden gevonden waardoor *hypothese 3a* noch bevestigd noch verworpen kon worden.

In een tweede model, waar de levenstevredenheid als afhankelijke variabele opgenomen werd, was in eerste instantie *hypothese 1b* getoetst. Gelijklopend met de literatuur (Rosenfield, 1997; Link, 1982; Markowitz, 1998) werd een negatieve invloed van publieke stigmatisering op de levenstevredenheid teruggevonden en is deze hypothese bevestigd. Desalniettemin wordt deze negatieve invloed binnen andere literatuur niet volledig tot de invloed van publieke stigmatisering toegeschreven en zijn ook andere factoren van belang (Markowitz, 1998; Gove, 1982). Om dit te verduidelijken is het aangeraden deze nuancering binnen toekomstig onderzoek verder te bestuderen. Ook de aanwezigheid van zelfstigma's bracht binnen dit onderzoek een daling in de levenstevredenheid teweeg waardoor *hypothese 1c* ook bevestigd was. Psychiatrische patiënten ontwikkelen om de negatieve invloed van de stigmatisering te beperken vaak bepaalde copingstrategieën (Pearlin & Schooler, 1978; Link et al., 1991; Miller & Kaiser, 2001). Ondanks deze inspanningen zullen copingstrategieën niet steeds een positieve invloed uitoefenen. Het toepassen van strategieën kan een ‘*secundaire deviantie*’ doen ontstaan. Hierbij kunnen psychiatrische patiënten na het toepassen van copingstrategieën als nóg minder aangepast aan de samenleving worden aanzien, waardoor de kans op een sterkere stigmatisering stijgt, en de levenstevredenheid verder kan dalen (Link et al., 1991; Link, 1982; Bowers, 1998). Uit dit onderzoek is gebleken dat niet alle copingsmechanismen een significante invloed op de levenstevredenheid uitoefenen. Binnen het opgestelde model is enkel een invloed teruggevonden wanneer men ervoor kiest anderen over hun aandoening te informeren of zich af te zonderen van anderen en/of situaties. Bij zich afzonderen bevestigen de resultaten de stelling vanuit het ‘*social stress model*’ waarbij het belang van sociale relaties wordt aangegeven. De beperking van sociale relaties zorgt voor een sterke daling in de ontvangen sociale steun, waardoor men moeilijkheden ondervindt om met dagelijkse stressoren om te gaan (Adams & Serpe, 2000). Ook de ‘*sociale contacttheorie*’ geeft het belang aan sociale contacten te behouden. Het behouden van wederkerige contacten kunnen een daling van de stigma's teweeg brengen (Allport, 1985; Lindo, 2008). Strokkend met de voorgenoemde theorieën werd binnen dit onderzoek een negatieve invloed van ‘zich afzonderen’ op de levenstevredenheid teruggevonden waardoor *hypothese 2a* bevestigd was.

In tegenstelling tot 'zich afzonderen' werd bij het 'informereren van anderen' een positieve invloed op de levenstevredenheid teruggevonden. Hieruit blijkt dat het informeren van anderen een positieve manier van omgaan met stigma's is. Binnen dit onderzoek is de verwachte negatieve invloed van de eventuele teleurstellingen die het informeren van anderen met zich mee kan brengen (Miller & Major, 2000) niet danig sterk aanwezig zodat de positieve invloed van deze copingstrategie volledig verdwijnt. Op deze manier was *hypothese 2c*, waar een negatieve invloed op de levenstevredenheid wordt verwacht, binnen dit onderzoek verworpen. Bij de strategie '*hulp zoeken bij lotgenoten of zelfhulpgroepen*' waren geen significante invloeden op de levenstevredenheid aanwezig waardoor *hypothese 2b* niet verworpen of bevestigd kon worden. Deze niet-significante invloed kan ontstaan doordat enkel contacten met lotgenoten behouden werden. Om een positieve invloed van de lotgenotencontacten te verkrijgen, dienen ook contacten met personen die niet met psychiatrische aandoeningen geconfronteerd zijn behouden te worden. Deze combinatie kunnen een belangrijke daling van de zelfstigmatisering en op deze manier een stijging in de levenstevredenheid betekenen (Couture & Penn, 2003). Als laatste werden ook hier stapsgewijs drie interactie-effecten aan het model toegevoegd. Vanuit de literatuur wordt verwacht dat het toepassen van copingstrategieën de invloed van publieke stigmatisering op de levenstevredenheid zal beperken. Het effect van publieke stigmatisering zou minder sterk aanwezig moeten zijn bij personen die copingstrategieën toepassen (Link et al., 1991). Voor elk van deze interactietermen werd geen significante invloed teruggevonden, waardoor *hypothese 3b* ook hier noch verworpen, noch bevestigd kon worden.

Binnen dit onderzoek zijn enkele *tekortkomingen* aanwezig. Een eerste tekort is het feit dat er cross-sectionele data werden gebruikt waardoor geen uitspraken over de richting van causaliteit kunnen worden gemaakt. Indien met longitudinale data zou worden gewerkt, zou een vergelijking in de tijd mogelijk worden en de verklarende kracht van het onderzoek stijgen. Eventuele vertraagde effecten kunnen op deze manier worden geschat. Zo kan worden bepaald of het langdurig toepassen van copingstrategieën de mogelijke secundaire deviantie doet ontstaan of versterkt, waardoor een grotere daling in de levenstevredenheid aanwezig zou moeten zijn (Corrigan & Kleinlein, 2005; Scheff, 1999).

Een tweede aspect wat binnen dit onderzoek als een minpunt kan aangenomen worden is het feit dat slechts drie van de vele mogelijke *copingstrategieën* aan bod gekomen zijn. Naast de opgenomen mechanismen zijn er nog heel wat andere reactiemethoden op stigma's mogelijk (Link et al., 1991; Kunreuther & Slovic, 1999). Zo kunnen psychiatrische patiënten ervoor kiezen gewoon af te wachten tot anderen iets over hun situatie te weten komen. Indien dit gebeurd zal hun situatie niet beïnvloed zijn door eigen handelingen of gebeurtenissen (Friedman, 1990). Anderen kiezen ervoor volledig open te zijn. Dit wordt ook '*willekeurige openbaarmaking*' genoemd (Holmes & River, 1998). Anderen zullen de aanwezigheid van stigma's minimaliseren of

ontkennen zodat de hoop om ondanks hun aandoening op alle vlakken gelijke kansen te krijgen aanwezig blijft (Miller & Kaiser, 2001). Evenzeer kunnen psychiatrische patiënten vanuit een gevoel van kwaadheid overstappen naar het ondernemen van sociale actie (Holmes & River, 1998; Corrigan & Calabrese, 2005). De voorgenoemde mogelijkheden zijn slechts een beperkte opsomming van de bestaande strategieën. De strategiekeuze is dan ook sterk individueel bepaald en afhankelijk van verschillende factoren. Binnen dit onderzoek werden drie strategieën opgenomen die binnen de literatuur als veelvoorkomende copingstrategieën aangegeven worden (Link et al., 1991; Holmes & River, 1998). Vanuit de data was er een mogelijkheid om andere strategieën in het onderzoek te betrekken. Toch is hier niet voor gekozen omdat het toevoegen van extra strategieën dit onderzoek te sterk zou uitbreiden waardoor de focus op de invloed van publieke stigmatisering en zelfstigmatisering verloren zou gaan. Niettemin maakt een samenvoeging van meerdere copingstrategieën binnen één model een onderlinge vergelijking mogelijk, waardoor kan worden aangegeven welke copingstrategie het best toegepast wordt. Aan de hand van deze informatie kunnen deskundigen psychiatrische patiënten die eerder een negatieve copingstrategie toepasten gericht raad geven over de strategieën en kan men samen op zoek gaan naar de gepaste strategiekeuze in ieders individuele situatie.

Een volgende punt van kritiek houdt in dat binnen dit onderzoek gewerkt is met een ‘*zelfrapportagesysteem*’ waarbij de patiënten schriftelijk en op eigen initiatief de vragenlijst hebben ingevuld. Het feit dat er een selectie gemaakt is van de patiënten die in staat waren zelfstandig de vragenlijst te beantwoorden, doet een uitval ontstaan van de personen die door het stadium van hun aandoening niet in staat waren te participeren wat een beperking voor dit onderzoek vormt.

Daarnaast werd er enkel rekening gehouden met de *ervaringen aangegeven door de patiënten zelf*. Deze ervaringen en de perceptie over stigmatisering kunnen echter door een te sterke persoonlijke betrokkenheid en recente gebeurtenissen beïnvloed worden (Link et al., 1992; Verhaeghe, 2008; Atkinson, Zibin, & Chuang, 1997). Om deze vertekening tegen te gaan dient niet alleen rekening gehouden te worden met het beeld aangegeven door de patiënten zelf, maar moeten ook andere betrokken actoren en hun ervaringen inbegrepen worden. Niettemin is het werken vanuit persoonlijke ervaringen zeer waardevol om zo de werkelijke interacties in kaart te brengen (Miller & Kaiser, 2001).

Als laatste kan worden gesteld dat, door te werken met *kwantitatieve data* een beperking is ontstaan. Het toevoegen van kwalitatieve data zou de kijk op het model verbreden en doet een veelzijdig beeld ontstaan die een meer diepgaande analyse mogelijk maakt.

Los van de voorgenoemde tekortkomingen zijn er binnen dit onderzoek verschillende verbanden teruggevonden waaruit zeer informatieve besluiten kunnen worden gemaakt die een meerwaarde voor dit onderzoek betekenen. In de eerste plaats komen *verschillende aandoeningen* aan bod. Dit zorgt ervoor dat bij het kiezen van een copingstrategie er door deze informatie

rekening gehouden kan worden met de aard van de aandoening zodat de gekozen strategie aan de individuele situatie afgestemd kan worden. Een bedenkelijke invloed is teruggevonden bij de aanwezigheid van psychose waarbij personen die tekenen vertonen of gediagnosticeerd zijn met een psychose een hogere levenstevredenheid aangeven. Deze positieve invloed wordt binnen de literatuur op verschillende manieren verklaard. Enerzijds wordt binnen de psychologische literatuur gesteld dat patiënten gediagnosticeerd met een psychose wel verschillende symptomen vertonen, maar dat het bewustzijn van deze symptomen vaak weinig of niet aanwezig is (Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005). Anderzijds zou deze positieve invloed veroorzaakt kunnen worden door de aard van de bevraging. Aangezien hier gewerkt wordt met een schriftelijk zelfrapportagesysteem, is het mogelijk dat het verminderde ziekte-inzicht en bepaalde cognitieve tekorten een vertekend beeld doen ontstaan, waardoor het voor de psychiatrische patiënten zelf moeilijk wordt om de exacte/werkelijke mate van levenstevredenheid aan te geven (Browne et al., 2000).

Hiernaast toont deze analyse duidelijk aan *welke copingstrategie een (positieve) invloed op de zelfstigmatisering en de levenstevredenheid uitoefent*. Deskundigen kunnen met deze bevindingen rekening houden om op basis van de resultaten psychiatrische patiënten te informeren over hun mogelijkheden na het verkrijgen van een diagnose van een mentale aandoening.

Binnen reeds uitgevoerd onderzoek komt de directe invloed van de opnamestatus op de zelfstigmatisering en de levenstevredenheid van psychiatrische patiënten weinig aan bod. Vaak wordt hier vooral van een onrechtstreeks verband uitgegaan waarbij, door voltijds in een instelling opgenomen te zijn, men minder met publieke stigmatisering in contact komt, en op deze manier een stijging in de levenstevredenheid kan waarnemen (Horvitz-Lennon et al., 2001). Binnen dit onderzoek wordt echter nagegaan welke invloed de opnamestatus rechtstreeks uitoefent op de levenstevredenheid van psychiatrische patiënten. Vanuit dit onderzoek kan eenduidig worden aangegeven dat kortstondige en deeltijdse opnames de minst slechte invloed op de zelfstigmatisering en de levenstevredenheid uitoefenen. Aan de hand van deze kennis kunnen instellingen bij hun opnames rekening houden met deze informatie om zo de minst ingrijpende situatie te creëren zodat het subsidiariteitsbeginsel niet geschonden wordt.

Dit onderzoek geeft aan dat zelfstigmatisering een belangrijke negatieve invloed op de levenstevredenheid van psychiatrische patiënten uitoefent. Een goede manier om deze stigmatisering tegen te gaan is via het *'empoweren'* van patiënten. Vanuit het beleid kan een specifiek programma worden opgesteld waarbij de patiënten worden aangespoord om hun behandeling mee te bepalen waardoor hun gevoel van controle over de situatie en hun zelfvertrouwen terug opgebouwd kan worden (McCubbin & Cohen, 1996). Via deze alternatieve manier van werken wordt het tegendeel van de aanwezige stigma's bewezen, waardoor patiënten ondanks hun aandoening een positief zelfbeeld ontwikkelen, waardoor de stigma's geen te sterke invloed op de levenstevredenheid uitoefenen (Rosenfield, 1992; Rosenfield, 1997; Watson et al.,



2007). Beleidsmakers dienen te beseffen dat de levenstevredenheid sterk wordt bepaald door de manier van reageren op stigma's. Bij de poging tot het beperken van de negatieve invloeden van stigma's dienen zowel structurele ongelijkheden worden tegengegaan, als evenals een situatie te worden gecreëerd waarbij patiënten de kans krijgen om op een goede manier met de aanwezige stigma's om te gaan (Miller & Kaiser, 2001).

Stigmatisering van psychiatrische patiënten is een veelbesproken fenomeen. Toch is het aanbevolen om verder onderzoek uit te voeren om op deze manier best passende zorg aan de patiënten te kunnen bieden. Zo dienen beleidsmakers ervan bewust worden gemaakt dat tot nu toe de aandacht van de invloed van stigmatisering vooral gefocust wordt op de invloed van publieke stigmatisering. Vanuit de literatuur (Wahl, 1999; Corrigan & Calabrese, 2005; Corrigan et al., 2006; Scheff, 1999) en bevestigd vanuit dit onderzoek is het duidelijk dat ook zelfstigmatisering een belangrijke negatieve invloed op de levenstevredenheid uitoefent. Daarom dient in de toekomst en bij de behandeling van mentale aandoeningen voldoende aandacht besteed te worden aan het verminderen van zelfstigmatisering. Op deze manier kan de invloed van een belangrijke determinant die de levenstevredenheid doet dalen verminderd worden. Zo dienen instellingen bewust te zijn van het label die men bij de opname 'opplakt'. Wanneer men aandachtig is om de aandoening van psychiatrische patiënten niet als afwijkend, ziekelijk of als een beperking te aanzien, kan op deze manier de zelfstigmatisering reeds beperkt worden. Daarnaast is het belangrijk, wanneer iemand de diagnose van een psychiatrische aandoening krijgt, er voldoende begrijpbare informatie beschikbaar is die duidelijk maakt hoe psychiatrische patiënten op een zo goed mogelijke manier met deze diagnose en de stigma's om kunnen gaan. Stigmatisering van mentale aandoeningen is nog lang niet voldoende beperkt en zal hoogstwaarschijnlijk nooit volledig verdwijnen. Daarom is het belangrijk dat psychiatrische patiënten bij anderen terecht kunnen om hen te helpen bij het zoeken van een gepaste manier om deze stigma's te beperken. Vanuit de overheid dienen daarom stappen worden gezet om de drempel tot het zoeken van hulp bij de omgang met stigma's te verkleinen om zo een open sfeer te creëren zodat de negatieve invloeden die stigmatisering met zich meebrengt zo veel mogelijk beperkt kunnen worden.

**BIJLAGE**

**TABEL 4: BIVARIATE CORRELATIES: PEARSONS CORRELATIECOEFFICIENT (n = 739)**

	Publieke stigma	Zelf-stigma	Levens-tevredenheid	Coping: Afzonderen	Coping: Informeren	Coping: lotgenoten	Geslacht	Leeftijd	Burgerlijke staat	Diploma	Opname-duur	Opname-Status	Depressie	Psychose	Verslaving
<b>Publieke Stigma</b>	<b>1</b>	0,409***	- 0,354***	0,230***	- 0,025	0,191***	- 0,055	0,014	0,055	- 0,109**	0,021	0,021	- 0,008	0,033	- 0,023
<b>Zelfstigma</b>		<b>1</b>	- 0,309***	0,192***	- 0,116**	0,136***	- 0,115**	- 0,026	- 0,021	- 0,014	- 0,011	0,103**	- 0,006	0,045	- 0,082*
<b>Levens-tevredenheid</b>			<b>1</b>	- 0,192***	0,078*	- 0,118***	0,181***	0,132***	- 0,060	- 0,022	0,126**	- 0,094*	- 0,114**	0,184***	0,063
<b>Coping: afzonderen</b>				<b>1</b>	- 0,059	0,225***	- 0,173***	0,002	0,043	- 0,032	0,041	- 0,042	0,064	0,018	- 0,109**
<b>Coping: informeren</b>					<b>1</b>	0,194***	- 0,037	0,073*	0,088**	- 0,033	- 0,054	0,024	- 0,022	- 0,090*	0,103**
<b>Coping: lotgenoten</b>						<b>1</b>	- 0,090*	0,079*	0,096**	- 0,158***	- 0,005	- 0,070	0,022	- 0,066	- 0,030
<b>Geslacht</b>							<b>1</b>	- 0,023	- 0,139***	- 0,050	- 0,026	0,050	- 0,159***	0,196***	0,219***
<b>Leeftijd</b>								<b>1</b>	0,514***	- 0,044	0,201***	- 0,077*	0,111**	- 0,056	0,104**
<b>Burgerlijke staat</b>									<b>1</b>	0,001	0,061	- 0,072	0,163***	- 0,202***	0,075*
<b>Diploma</b>										<b>1</b>	- 0,073*	0,046	- 0,015	- 0,016	- 0,007
<b>Opnameduur</b>											<b>1</b>	- 0,153***	0,049	0,163***	- 0,123**
<b>Opnamestatus</b>												<b>1</b>	- 0,059	0,000	0,172***
<b>Depressie</b>													<b>1</b>	- 0,201***	- 0,182***
<b>Psychose</b>														<b>1</b>	- 0,197***
<b>Verslaving</b>															<b>1</b>

Significantie: (\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001) (n= 739)

---

## LITERATUURLIJST

---

- Adams, R. E. & Serpe, R. T. (2000). Social Integration, Fear of Crime, and life satisfaction. *Sociological Perspectives*, 43, 605-629.
- Allport, G. W. (1985). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Angermeyer, M. C., Link, B. G., & Majcherangermeyer, A. (1987). Stigma Perceived by Patients Attending Modern Treatment Settings - Some Unanticipated Effects of Community Psychiatry Reforms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 4-11.
- Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 154, 99-105.
- Baker, F. & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- Ball, R. E. & Robbins, L. (1986). Marital Status and Life Satisfaction among Black Americans. *Journal of Marriage and Family*, 48, 389-394.
- Bowers, L. (1998). *The social structure of mental illness*. London: Routledge.
- Browne, S., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, J. L., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176.
- Brugha, T. S., Wing, J. K., Brewin, C. R., Maccarthy, B., & Lesage, A. (1993). The Relationship of Social Network Deficits with Deficits in Social Functioning in Long-Term Psychiatric-Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 218-224.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in psychiatric treatment*, 6, 65-72.
- Byrne, P. (2001). Psychiatric stigma. *The British Journal of Psychiatry*, 281-284.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Clemente, F. & Sauer, W. J. (1976). Life Satisfaction in United-States. *Social Forces*, 54, 621-631.
- Corrigan, P. W. & Calabrese, J. D. (2005). Strategies for assessing and diminishing self-stigma. In P.W.Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness* (pp. 239-256). Washington DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. & Kleinlein, P. (2005). The impact of Mental illness Stigma. In P.W.Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness* (pp. 11-44). Washington: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9, 35-53.

- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*, 16-20.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 875-884.
- 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.
- Crocker, J. & Major, B. (1989). Social Stigma and Self-Esteem - the Self-Protective Properties of Stigma. *Psychological Review, 96*, 608-630.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology-Science and Practice, 6*, 165-187.
- Desforges, D. M., Lord, C. G., Ramsey, S. L., Mason, J. A., Vanleeuwen, M. D., West, S. C. et al. (1991). Effects of Structured Cooperative Contact on Changing Negative Attitudes Toward Stigmatized Social-Groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 531-544.
- Fife, B. L. & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health and Social Behavior, 41*, 50-67.
- Fink, P. J. & Tasman, A. (1992). *Stigma and mental illness*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Forbes, H. D. (1997). Ethnic conflict: Commerce, culture and the contact hypothesis. In *The psychology of Ethnic and Cultural Conflict* (pp. 69-88). New Haven CT: Yale University Press.
- Friedman, S. H. (1990). *Personality and disease*. Canada: John Wiley & Sons Inc.
- Fugl-Meyer, A. R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: In relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of rehabilitation Medicine, 34*, 239-246.
- Ghodse, H. A., Ghaffari, K., Bhat, V. A., Galea, A., & Qureshi, H. Y. (1986). Attitudes of Health Care Professionals towards Patients who Take Overdoses. *International Journal of Social Psychiatry, 32*, 58-63.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster.
- Gove, W. R. (1982). The current Status of the Labeling Theory of Mental Illness. *Deviance and Mental Illness, 273-300*.
- Hayward, P. & Bright A.J. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health, 6*, 345-354.
- Holmes, P. E. & River, P. (1998). Individual Strategies for Coping With the stigma of Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*, 231-239.

- Horvitz-Lennon, M., Normand, S. L. T., Gaccione, P., & Frank, R. G. (2001). Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997). *American Journal of Psychiatry*, *158*, 676-685.
- Huxley, P. (1993). Location of stigma: a survey of community attitudes of mental illness - Part 1. Enlightenment and stigma. *Journal of Mental Health*, *2*, 73-80.
- Jones, E., Farina, A. H., Markus, H., Miller, D., & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Jung, J. Y., Oh, Y. H., Oh, K. S., Suh, D. W., Shin, Y. C., & Kim, H. J. (2007). Positive-thinking and life satisfaction amongst Koreans. *Yonsei Medical Journal*, *48*, 371-378.
- Kennard, D. (1974). Newly Admitted Psychiatric-Patient As Seen by Self and Others. *British Journal of Medical Psychology*, *47*, 27-41.
- Knowels, R. & Corrigan, P. W. (2007). For people with a mental illness, their families and friends. Don't call me nuts. Coping with the stigma of mental illness. *Mivoice*.
- Kunreuther, H. & Slovic, P. (1999). Coping with Stigma: Challenges & Opportunities. *Risk: Health, Safety & Environment*, *10*, 269-280.
- Kushner, M. G. & Sher, K. J. (1991). The Relation of Treatment Fearfulness and Psychological Service Utilization - An Overview. *Professional Psychology-Research and Practice*, *22*, 196-203.
- Latack, J. C. & Havlovic, S. J. (1992). Coping with Job Stress - A Conceptual Evaluation Framework for Coping Measures. *Journal of Organizational Behavior*, *13*, 479-508.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, S., Lee, M. T. Y., Chiu, M. Y. L., & Kleinman, A. (2005). Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 153-157.
- Lehman, A. F. (1983). The Well-being of Chronic Mental Patients. Assessing Their Quality of Life. *Arch Gen Psychiatrie*, *40*, 369-373.
- Lehman, A. F. (1995). Measuring Quality-Of-Life in A Reformed Health System. *Health Affairs*, *14*, 90-101.
- Lemert, E. M. (1951). *Social pathology: a systematic approach to the theory of sociopathic behavior*. New York: MvGraw-Hill.
- Lindo, F. (2008). *Interetnische contacten tussen scholieren in het voortgezet onderwijs. Een analyse en waardering van het onderzoek binnen het paradigma van de contacthypothese*. (Rep. No. 1). Amsterdam: Wetenschappelijk Onderzoek-en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie.
- Link, B. (1982). Mental Patient Status, Work, and Income - An Examination of the Effects of A Psychiatric Label. *American Sociological Review*, *47*, 202-215.
- Link, B. & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Essay Focus*, 528-29.

- Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 201-231.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Mirotznic, J., & Struening, E. (1992). The consequences of Stigma for Persons With Mental illness: Evidence From the Social Science. In P.J.Fink & A. Tasman (Eds.), *Stigma and mental illness* (pp. 87-96). Washington: American Press INC.
- Link, B. G., Mirotznic, J., & Cullen, F. T. (1991). The Effectiveness of Stigma Coping Orientations - Can Negative Consequences of Mental-Illness Labeling be Avoided. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302-320.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Struening, E., Cullen, F. T., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental-Disorders - An Empirical-Assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177-190.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16, 149-165.
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of Stigma on the Psychological Wel-Being and Life Satisfaction of Persons With Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64-79.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. (3 ed.) Harper & Row publisher.
- McCubbin, M. & Cohen, D. (1996). Extremely unbalanced: Interest divergence and power disparities between clients and psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 1-25.
- Miller, C. T. & Kaiser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues*, 57, 73-92.
- Miller, C. T. & Major, B. (2000). Coping with Stigma and Prejudice. In T.F.Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & Hull J.G. (Eds.), (pp. 243-272). New York: Guilford Press.
- Neugarten, B. L. (1996). The measurement of Life Satisfaction. In D.A.Neugarten (Ed.), *The meanings of age* (pp. 296-306). Chicago: University of Chicago Press.
- Oishi, S., Diener, E. F., Lucas, R. E., & Suh, E. M. (1999). Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 980-990.
- Palmore, E. & Luikart, C. (1972). Health and Social Factors Related to Life Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 68-80.

- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., alahi, J., truening, E. L. et al. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaption of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627-1632.
- Peters, K. F., Apse, K. A., Blackford, A., McHugh, B., Michalic, D., & Biesecker, B. B. (2005). Living with Marfan syndrome: coping with stigma. *Clinical Genetics*, 68, 6-14.
- Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-85.
- Pettigrew, T. F. & Tropp, L. R. (2006). Interpersonal relations and group processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 751-783.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115-126.
- Plooy, A. & Van Weeghel, J. (2007). Stigmatisering en discriminatie van mensen met psychiatrische aandoeningen: een update. In *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie* (pp. 331-342). Bohn Stafleu van Loghum.
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1171-1178.
- Rapaport, J., Seidman, E., Toro, P. A., Mcfadden, L. S., Reischl, T. M., Roberts, L. J. et al. (1985). Collaborative Research with A Mutual Help Organization. *Social Policy*, 15, 12-24.
- Ribisl, K. & Luke, D. A. (1993). Social network characteristics of person with dual diagnosis. *Community Psychologist*, 27, 44-45.
- Roberts, L. J. (1987). *The appeal of mutual help: The participants' perspective* (Rep. No. 1). Colombia: Community Research and Action.
- Rosenfield, S. (1992). Factors Contributing to the subjective Quality of Life of the Chronic Mentally Ill. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299-315.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672.
- Rusch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Scheerder, G. & Van Audenhove, C. (2010). *De houding van studenten geneeskunde t.o.v. psychiatrische aandoeningen* (Rep. No. 1). Leuven: KU Leuven, LUCAS.
- Scheff, T. J. (1974). Labelling Theory of Mental Illness. *American Sociological Review*, 39, 444-452.
- Scheff, T. J. (1999). *Being mentally ill. A sociological theory*. (3 ed.) Transaction publishers.
- Schneider, J. W. & Conrad, P. (1980). In the Closet with Illness - Epilepsy, Stigma Potential and Information Control. *Social Problems*, 28, 32-44.

- Scholsberg, A. (1993). Psychiatric stigma and mental health professionals (stigmatizers and destigmatizers). *Medicine and law*, 12, 409-416.
- Silver, E., Mulvey, E. P., & Swanson, J. W. (2002). Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited. *Social Science & Medicine*, 55, 1457-1470.
- Slade, M., Leese, M., Taylor, R., & Thornicroft, G. (1999). The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 149-157.
- Smit, P. J. (1-11-2009). Stigmamanagement: heb moed, wees jezelf: Wat je zelf kunt doen tegen stigma en zelfstigma. Internet from [http://www.hivnet.org/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=8541](http://www.hivnet.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=8541)
- Surlis, S. & Hyde, A. (2001). HIV-positive patients' Experiences of Stigma During Hospitalization. *Journal of the association of Nurses in Aids Care*, 12, 68-77.
- Van Oudenhoven, J. P. (2002). *Cross-culturele psychologie. De zoektocht naar verschillen en overeenkomsten tussen culturen*. (1 ed.) Bussum: Coutinho.
- Verdoux, H. (2007). The current state of adult mental health care in France. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 64-70.
- Verhaeghe, M. (2008). *Stigma, een wereld van verschil?* Universiteit Gent, Gent.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Christiaens, W. (2008). Part-time hospitalisation and stigma experiences: a study in contemporary psychiatric hospitals. *BMC Health Services Research*, 8.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.
- Wahl, O. F. & Harman, C. R. (1989). Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 131-139.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1312-1318.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68-90.
- Yang, H. (2007). Application of mental illness stigma theory to Chinese societies: synthesis and new directions. *Singapore Medical Journal*, 48, 977-985.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64, 1524-1535.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E., & Drane, J. W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279-288.



## Output analyse: SPSS 17.0

### VOORBEREIDING / CONTROLE

#### 1 N gelijk zetten

#### STATISTICS

		Publieke-stigma schaal	Zelfstigma schaal	Levenstevredenheid schaal	Informereren schaal	Afzonderen schaal	Lotgenoten schaal	Geslacht herc	Leeftijd herc	Burgst herc
N	Valid	739	739	739	739	739	739	739	739	739
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mean</b>		3,0799	2,7185	4,1369	2,9153	2,7272	2,7140	,4493	39,5920	2,3153
<b>Minimum</b>		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	16,00	1,00
<b>Maximum</b>		5,00	5,00	7,00	4,00	4,00	4,00	1,00	74,00	5,00

		Diploma herc	Duurtot herc	Opnamestatus herc	Depressie herc	Psychose herc	Verslaving herc
N	Valid	739	739	739	739	739	739
	Missing	0	0	0	0	0	0
<b>Mean</b>		2,9283	16,8731	,2733	,2341	,1637	,2165
<b>Minimum</b>		1,00	,03	,00	,00	,00	,00
<b>Maximum</b>		4,00	264,00	1,00	1,00	1,00	1,00

**Tabel 5:** Descriptives ter controle van gelijke n.

Om de analyse uit te voeren is ervoor gekozen om alle cases waar er sprake is van missing values uit de analyse te halen. Deze stap is gebeurd via de 'select cases' methode waar de nmissings op 0 is gezet. Vanuit de volledige steekproef zijn er 739 resterende cases waar geen missings bij teruggevonden zijn. De volledige analyse is op deze cases gebaseerd.

## 2 Univariate controle

### STATISTICS

	Publieke stigma schaal	Zelf stigma schaal	Levens- tevredenheid schaal	Informereren schaal	Afzonderen schaal	Lotgenoten schaal	Geslacht herc	Leeftijd herc	Burgst herc	Diploma herc	Duurtot herc	Opname status herc	Depressie herc	Psychose herc	Verslaving herc
N Valid	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	3,0799	2,7185	4,1369	2,9153	2,7272	2,7140	,4493	39,5920	2,3153	2,9283	16,8731	,2733	,2341	,1637	,2165
Median	3,0000	2,8000	4,1818	3,0000	2,7500	2,7500	,0000	41,0000	2,0000	3,0000	5,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Std. Deviation	1,21020	1,27362	1,15049	,52360	,54147	,58810	,49776	11,54033	1,34524	,76615	31,77035	,44598	,42372	,37029	,41214
Skewness	-,175	,152	-,187	-,153	,135	,027	,204	-,005	,296	-,331	3,633	1,019	1,258	1,821	1,379
Std. Error of Skewness	,090	,090	,090	,090	,090	,090	,090	,090	,090	,090	,090	,090	,090	,090	,090
Kurtosis	-,952	-1,192	-,448	1,135	,347	,290	-1,964	-,696	-1,507	-,268	16,497	-,964	-,417	1,320	-,097
Std. Error of Kurtosis	,180	,180	,180	,180	,180	,180	,180	,180	,180	,180	,180	,180	,180	,180	,180
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	16,00	1,00	1,00	,03	,00	,00	,00	,00
Maximum	5,00	5,00	7,00	4,00	4,00	4,00	1,00	74,00	5,00	4,00	264,00	1,00	1,00	1,00	1,00

**Tabel 6:** Beschrijvende statistiek van de variabelen gebruikt binnen de volledige analyse om univariate gegevens te kunnen controleren (n=739).

Bij de univariate gegevens zijn de verschillende variabelen aanwezig binnen de analyse weergegeven. Belangrijke controle binnen deze tabel is in de eerste plaats het gemiddelde met hierbij de standaardafwijking. Ook de skewness om de scheefheid te bekijken en de minimum en maximumwaarden. Indien de skewness meer dan 2 keer groter zou zijn dan de standaardafwijking van de skewness, is dit een indicatie van een scheefverdeling van de variabele en moet deze naderbij bekeken worden. Dit is echter geen vaste 'maat' om een scheefverdeling na te gaan maar is slechts een indicatie. Daarom dient dit in de verdere analyse gecontroleerd te worden (door vb. het opvragen van een histogram ed.).

### 3 Bivariate controle

#### 3.1 Pearson Correlatie coëfficiënt

		Publieke Stigma schaal	Zelf Stigma schaal	Levens- tevreden- heid schaal	afzonderens chaal	Informeren schaal	Lotgenoten schaal	Geslacht herc	Leeftijd herc	Burgst herc	diploma herc	duurtoth erc	Opname- status herc	depressieh erc	Psychose herc	Verslaving herc
Publiekestigma_ schaal	Pearson Correlation	1	,409**	-,354**	,230**	-,025	,191**	-,055	,014	,055	-,109**	,021	,021	-,008	,033	-,023
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,505	,000	,137	,701	,139	,003	,571	,571	,838	,365	,529
	N	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739
zelfstigma_schaal	Pearson Correlation		1	-,309**	,192**	-,116**	,136**	-,115**	-,026	-,021	-,014	-,011	,103**	-,006	,045	-,082*
	Sig. (2-tailed)			,000	,000	,002	,000	,002	,473	,567	,708	,773	,005	,868	,219	,025
	N			739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739
levenstevredenh eid_schaal	Pearson Correlation			1	-,192**	,078*	-,118**	,181**	,132**	-,060	-,022	,126**	-,094*	-,114**	,184**	,063
	Sig. (2-tailed)				,000	,033	,001	,000	,000	,103	,546	,001	,010	,002	,000	,088
	N			739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739
afzonderen_schaal	Pearson Correlation				1	-,059	,225**	-,173**	,002	,043	-,032	,041	-,042	,064	,018	-,109**
	Sig. (2-tailed)					,108	,000	,000	,957	,239	,381	,268	,258	,084	,618	,003
	N				739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739
informeren_schaal	Pearson Correlation					1	,194**	-,037	,073*	,088*	-,033	-,054	,024	-,022	-,090*	,103**
	Sig. (2-tailed)						,000	,320	,047	,017	,368	,140	,522	,546	,014	,005
	N					739	739	739	739	739	739	739	739	739	739	739
lotgenoten_schaal	Pearson Correlation						1	-,090*	,079*	,096**	-,158**	-,005	-,070	,022	-,066	-,030
	Sig. (2-tailed)							,015	,031	,009	,000	,899	,057	,558	,073	,415
	N						739	739	739	739	739	739	739	739	739	739
geslacht_herc	Pearson Correlation							1	-,023	-,139**	-,050	-,026	,050	-,159**	,196**	,219**
	Sig. (2-tailed)								,541	,000	,171	,481	,171	,000	,000	,000
	N							739	739	739	739	739	739	739	739	739

leeftijd_herc	Pearson Correlation								1	,514**	-,044	,201**	-,077*	,111**	-,056	,104**	
	Sig. (2-tailed)									,000	,235	,000	,037	,003	,128	,005	
	N								739	739	739	739	739	739	739	739	
burgst_herc	Pearson Correlation									1	,001	,061	-,072	,163**	-,202**	,075**	
	Sig. (2-tailed)										,980	,095	,052	,000	,000	,042	
	N									739	739	739	739	739	739	739	
diploma_herc	Pearson Correlation										1	-,073*	,046	-,015	-,016	-,007	
	Sig. (2-tailed)											,047	,216	,684	,667	,859	
	N										739	739	739	739	739	739	
duurtot_herc	Pearson Correlation											1	-,153**	,049	,163**	-,123**	
	Sig. (2-tailed)												,000	,188	,000	,001	
	N											739	739	739	739	739	
opnamestatus_herc	Pearson Correlation												1	-,059	,000	,172**	
	Sig. (2-tailed)													,106	,987	,000	
	N												739	739	739	739	
depressie_herc	Pearson Correlation													1	-,201**	-,182**	
	Sig. (2-tailed)														,000	,000	
	N													739	739	739	
psychose_herc	Pearson Correlation														1	-,197**	
	Sig. (2-tailed)															,000	
	N														739	739	
verslaving_herc	Pearson Correlation																1
	Sig. (2-tailed)																
	N																

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlations is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabel 7:** Bivariate correlaties: Pearsons Correlatie coëfficiënt (n=739).

De bivariate correlatie tabel werd ook als bijlage in het artikel opgenomen. Er is gekozen om de Pearson Correlation Coëfficiënt op te vragen. Deze coëfficiënt geeft de samenhang tussen de verschillende variabelen binnen het onderzoek weer. De verkregen resultaten kunnen een beeld scheppen over welke multivariate correlaties er aanwezig zullen zijn en kan ook (een risico) op multicollineariteit aangeven. Wanneer er té grote bivariate correlaties aanwezig zijn (met een correlatiecoëfficiënt  $> |0,600|$ ), dan kunnen deze variabelen binnen de analyse een probleem vormen en dienen om dit te voorkomen stappen ondernomen te worden. Binnen dit onderzoek zijn enkele verhoogde correlaties aanwezig  $> |0,300|$  maar deze zijn niet groot genoeg om echt een probleem te voorspellen. Vanuit deze tabel kunnen reeds uitspraken worden gedaan, waarbij vb. kan worden gesteld dat personen die ervoor kiezen steun te zoeken bij lotgenoten zullen ook significant meer kiezen om anderen te informeren. Deze tabel kan zeer informatief zijn om de algemene verbanden na te gaan.

### 3.2 Controle van de VIF waarde op mogelijke multicollineariteit

#### 3.2.1 Zelfstigmatisering als afhankelijke variabele

##### COEFFICIENTS

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	2,809	,167		16,788	,000		
Informeren_gecentreerd	-,280	,083	-,115	-3,363	,001	,925	1,081
afzonderen_gecentreerd	,154	,083	,066	1,856	,064	,865	1,156
lotgenoten_gecentreerd	,156	,078	,072	2,004	,045	,837	1,195
Interactieterm_publieke_en_informeren	,051	,061	,029	,833	,405	,896	1,116
Interactieterm_publieke_en_afzonderen	-,009	,063	-,005	-,136	,892	,887	1,127
Interactieterm_publieke_en_lotgenoten	,070	,061	,042	1,157	,248	,827	1,210
Publiekestigma_gecentreerd	,393	,036	,374	10,831	,000	,910	1,099
geslacht_herc	-,216	,092	-,084	-2,340	,020	,833	1,201
leeftijd_herc	,001	,005	,005	,116	,908	,643	1,555
SAMENWONEND_ongehuwd	-,059	,200	-,010	-,295	,768	,902	1,108
GEHUWD_ongehuwd	,003	,129	,001	,027	,979	,640	1,562
GESCHEIDEN_ongehuwd	-,165	,119	-,056	-1,384	,167	,669	1,495
WEDUWESTAAT_ongehuwd	,196	,279	,026	,702	,483	,817	1,224
LAGER_secundair	-,124	,103	-,043	-1,210	,227	,853	1,173
HOGER_secundair	,030	,108	,010	,275	,784	,865	1,157
duurtot_herc	,000	,001	-,023	-,644	,520	,868	1,152
opnamestatus_herc	,323	,097	,113	3,318	,001	,929	1,077
depressie_herc	-,067	,106	-,022	-,630	,529	,869	1,151
psychose_herc	,115	,127	,033	,907	,365	,800	1,250
verslaving_herc	-,150	,114	-,049	-1,313	,190	,790	1,266

**Tabel 8:** Coëfficiënten van de meervoudige regressieanalyse met zelfstigmatisering als afhankelijke variabele.

Om de VIF waarde na te gaan hebben we een normale meervoudige regressie uitgevoerd. De opgenomen tabel geeft de coëfficiënten vanuit deze analyse weer. Binnen deze stap is enkel de VIF waarde van belang aangezien we controleren voor multicollineariteit. Aangezien alle VIF waarden binnen dit model laag zijn kan worden gesteld dat er binnen dit model geen probleem van multicollineariteit aanwezig is.

### 3.2.2 Levenstevredenheid als afhankelijke variabele.

#### COEFFICIENTS

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,488	,148		23,610	,000		
	Informererengecentreerd	,191	,073	,087	2,606	,009	,925	1,081
	afzondererengecentreerd	-,180	,073	-,085	-2,447	,015	,865	1,156
	lotgenotengecentreerd	-,116	,069	-,059	-1,692	,091	,837	1,195
	Interactieterm_publieke_en_informerer	-,005	,054	-,003	-,085	,932	,896	1,116
	Interactieterm_publieke_en_afzonderer	-,037	,055	-,023	-,679	,497	,887	1,127
	Interactieterm_publieke_en_lotgenoten	,028	,054	,018	,519	,604	,827	1,210
	Publiekestigma_gecentreerd	-,305	,032	-,321	-9,511	,000	,910	1,099
	geslacht_herc	,214	,081	,093	2,632	,009	,833	1,201
	leeftijd_herc	,016	,004	,156	3,902	,000	,643	1,555
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,256	,176	-,049	-1,455	,146	,902	1,108
	GEHUWD_ongehuwd	-,031	,113	-,011	-,274	,784	,640	1,562
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,314	,105	-,117	-2,984	,003	,669	1,495
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,150	,246	,022	,611	,541	,817	1,224
	LAGER_secundair	,041	,091	,016	,450	,653	,853	1,173
	HOGER_secundair	-,120	,095	-,044	-1,259	,209	,865	1,157
	duurtot_herc	,003	,001	,071	2,049	,041	,868	1,152
	opnamestatus_herc	-,240	,086	-,093	-2,785	,005	,929	1,077
	depressie_herc	-,208	,094	-,077	-2,220	,027	,869	1,151
	psychose_herc	,498	,112	,160	4,462	,000	,800	1,250
	verslaving_herc	,154	,101	,055	1,526	,127	,790	1,266

2	(Constant)	3,907	,172		22,726	,000		
	Informeren_gecentreerd	,150	,073	,068	2,049	,041	,910	1,099
	afzonderen_gecentreerd	-,157	,073	-,074	-2,158	,031	,861	1,162
	lotgenoten_gecentreerd	-,093	,068	-,048	-1,368	,172	,832	1,201
	Interactieterm_publieke_en_informeren	,003	,053	,002	,056	,955	,895	1,117
	Interactieterm_publieke_en_afzonderen	-,039	,054	-,024	-,712	,477	,887	1,127
	Interactieterm_publieke_en_lotgenoten	,038	,053	,025	,724	,469	,825	1,212
	Publiekestigma_gecentreerd	-,246	,034	-,259	-7,218	,000	,782	1,279
	geslacht_herc	,182	,081	,079	2,258	,024	,826	1,210
	leeftijd_herc	,016	,004	,157	3,976	,000	,643	1,555
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,265	,174	-,051	-1,526	,127	,902	1,108
	GEHUWD_ongehuwd	-,031	,112	-,011	-,274	,784	,640	1,562
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,339	,104	-,127	-3,259	,001	,667	1,499
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,180	,243	,026	,740	,460	,817	1,225
	LAGER_secundair	,022	,090	,009	,249	,804	,851	1,175
	HOGER_secundair	-,115	,094	-,042	-1,229	,219	,865	1,157
	duurtot_herc	,002	,001	,067	1,967	,050	,868	1,153
	opnamestatus_herc	-,191	,086	-,074	-2,238	,026	,915	1,093
	depressie_herc	-,218	,092	-,080	-2,358	,019	,868	1,152
	psychose_herc	,516	,110	,166	4,677	,000	,799	1,252
	verslaving_herc	,132	,100	,047	1,321	,187	,788	1,269
	zelfstigma_schaal	-,149	,032	-,165	-4,596	,000	,777	1,287

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 9:** Coëfficiënten van de meervoudige regressieanalyse met levenstevredenheid als afhankelijke variabele.

Ook hier wordt gecontroleerd voor een verhoogde VIF waarde om zo een probleem van multicollineariteit op te sporen. Binnen dit model is ook geen verhoogde waarde aanwezig dus wordt ook geen probleem verwacht.

# ASSUMPTIES

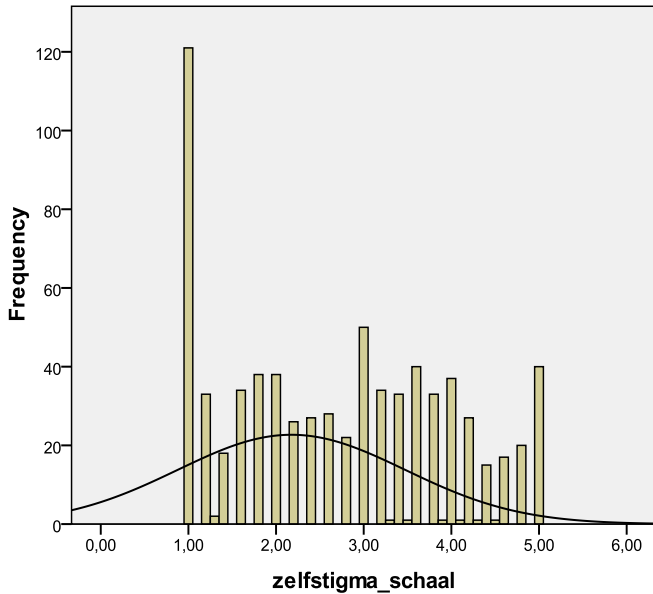
## 1 Meetniveau

Alle variabelen binnen de analyse zijn ofwel metrische, ofwel dichotoom ofwel omgezet naar dummyvariabelen. Deze assumpties is dus niet geschonden.

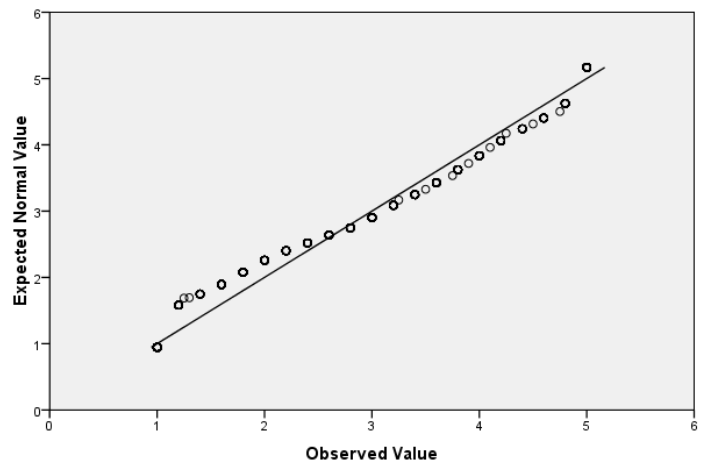
## 2 Afhankelijke variabelen zijn normaal verdeeld

### 2.1 Zelfstigmatisering: histogram en Q-Q plot.

zelfstigma\_schaal



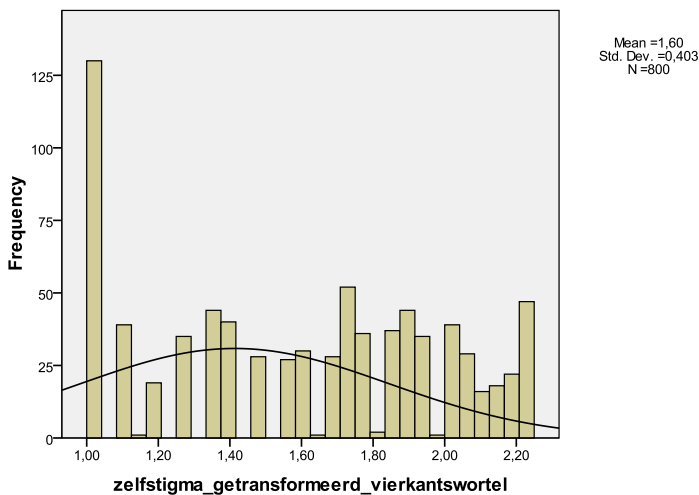
Normal Q-Q Plot of zelfstigma\_schaal



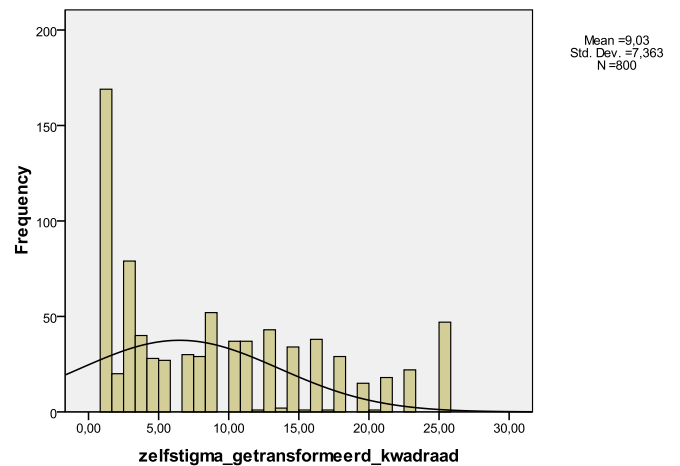
Bij de controle van zelfstigmatisering als afhankelijke variabele wordt het duidelijk dat de opgestelde schaal niet normaal verdeeld is. Daarom zal ik deze variabele transformeren en de verandering controleren.

~ **Geen normaalverdeling: transformeren**

zelfstigma\_getransformeerd\_vierkantwortel



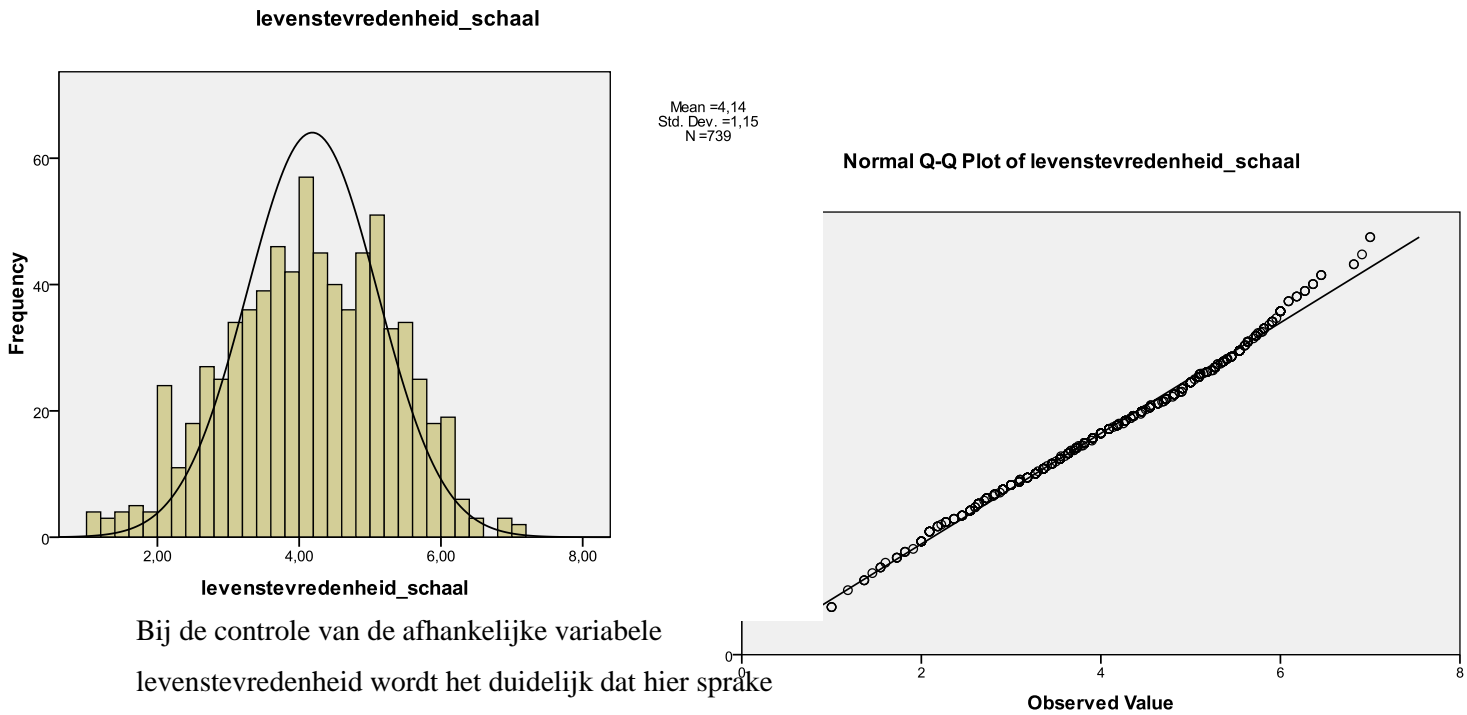
zelfstigma\_getransformeerd\_kwadraad





Door het transformeren van deze afhankelijke variabele (zowel bij het kwadrateren als het nemen van een vierkantswortel) is er in de verdeling weinig verandering merkbaar. Omdat deze transformatie geen duidelijke verandering teweeg brengt, is ervoor gekozen om toch de oorspronkelijke variabele te gebruiken (de niet-getransformeerde) om zo de interpretatie van de coëfficiënten duidelijker te houden. Daarnaast zal er, omdat hier gewerkt wordt met een schaal, voor de analyse ook minder risico aanwezig zijn wanneer de originele waarden behouden worden.

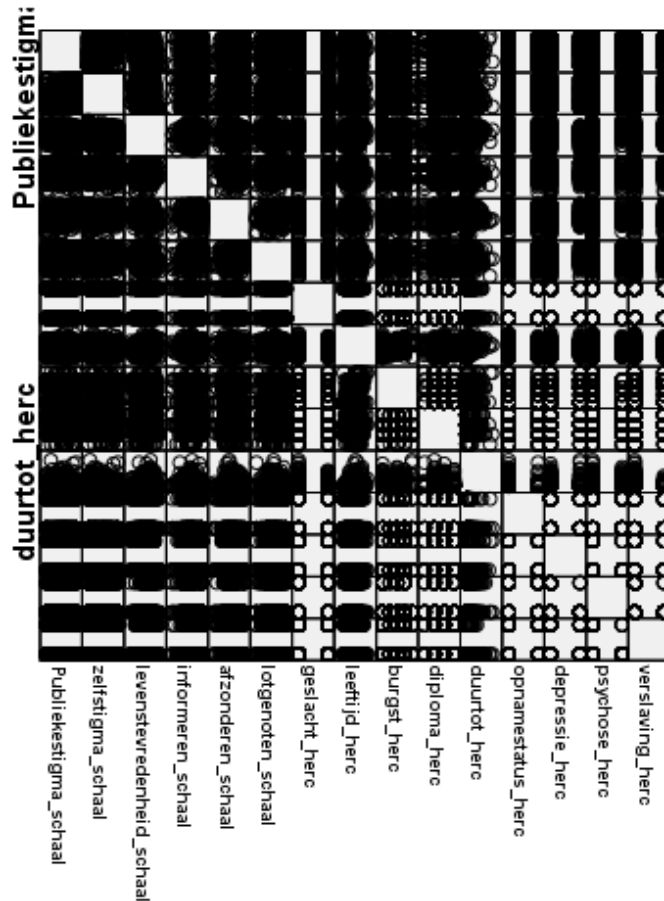
## 2.2 Levenstevredenheid: histogram en Q-Q plot.



Bij de controle van de afhankelijke variabele levenstevredenheid wordt het duidelijk dat hier sprake is van een goede normaalverdeling. Bij deze variabele is de assumptie van de afhankelijke variabele als normaal verdeelde variabele niet geschonden.

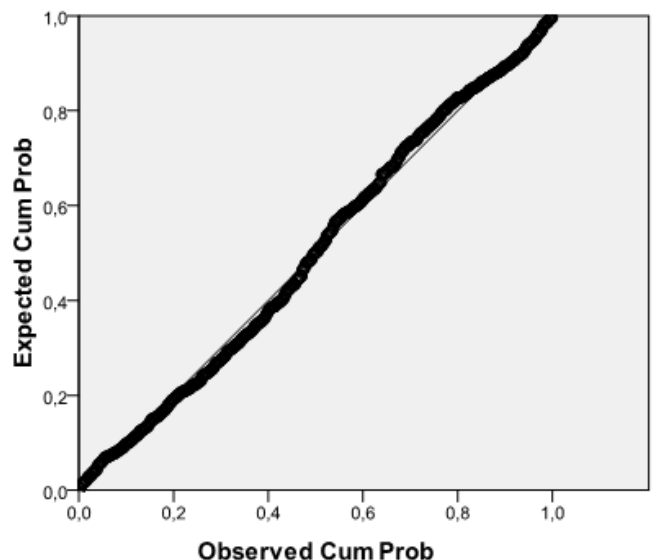
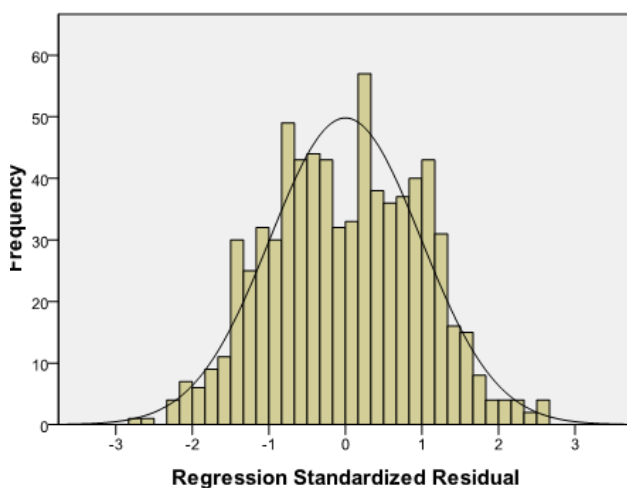
### 3 Lineariteit

De matrix scatterplot was in deze analyse te sterk verdeeld. Er waren zijn ook verschillende variabelen in de analyse aanwezig waar geen lineariteit bij aanwezig kan/moet zijn (dichotoom, dummy's). Enkel van de nodige variabelen werd een scatterplot opgevraagd om lineariteit na te gaan. Binnen deze weergave van de output wordt de matrix toch weergegeven aangezien er te veel afzonderlijke scatterplots opgevraagd zijn. Bij iedere scatterplot is de Fit Line opgevraagd en daarna de Loess om zo te zien of de assumptie van lineariteit al dan niet geschonden is. Binnen dit model is dit niet het geval.



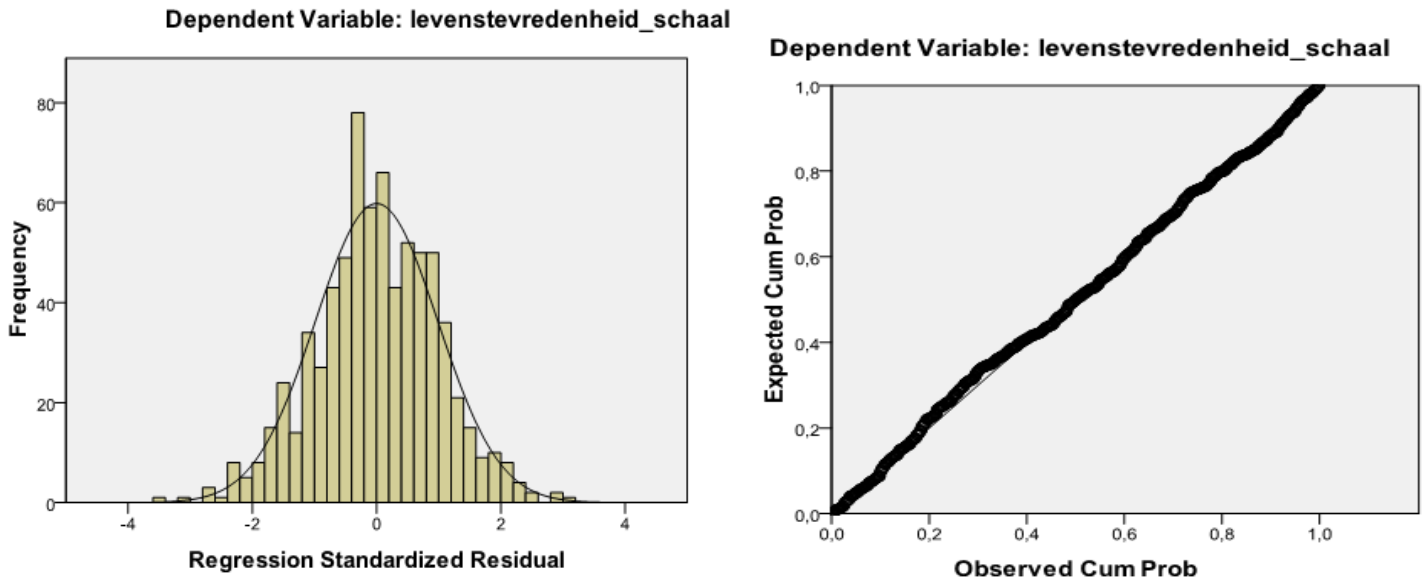
### 4 Errortermen zijn normaal verdeeld: Histogram en Q-Q plot.

#### 4.1 Zelfstigmatisering als afhankelijke variabele Dependent Variable: zelfstigma\_schaal



Wanneer zelfstigmatisering als afhankelijke variabele opgenomen wordt, en het histogram en Q-Q plot van de errortermen wordt opgevraagd, is het duidelijk dat hier sprake is van een zeer goede normaalverdeling. Ook de Q-Q plot geeft een bijna volledige recht weer wat wijst op een zeer goede normaalverdeling. Bij dit model is de assumptie van normaliteit niet geschonden.

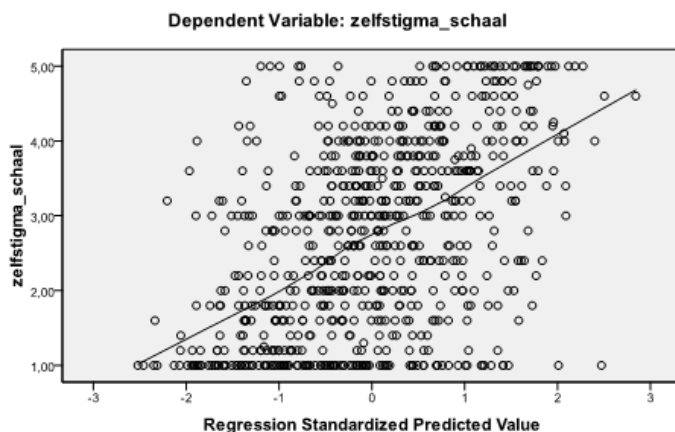
#### 4.2 Levenstevredenheid als afhankelijke variabele: Histogram en Q-Q plot.



Ook in het model waar levenstevredenheid als afhankelijke variabele opgenomen wordt is sprake van een zeer goede normaalverdeling. Er zijn in het histogram en de Q-Q plot geen afwijkingen merkbaar. Ook hier is de assumptie van normaliteit niet geschonden.

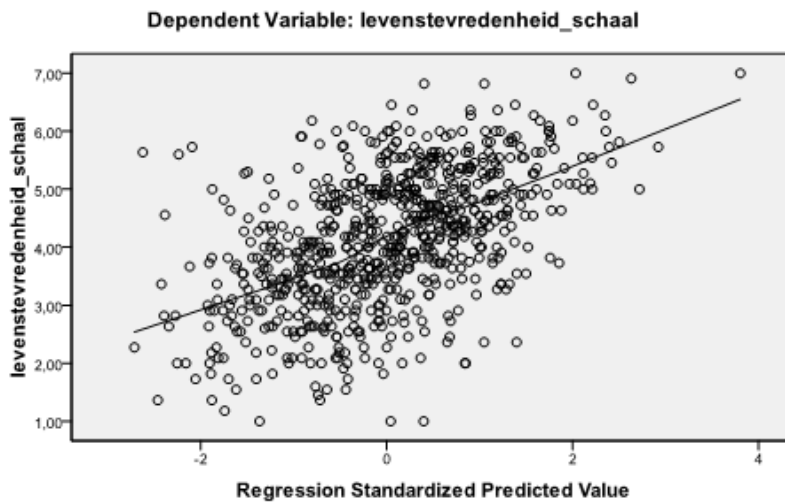
### 5 Homoscedasticiteit

#### 5.1 Zelfstigma als afhankelijke variabele: scatterplot



Ook hier is er geen probleem van homoscedasticiteit aanwezig. De cases liggen gelijkmatig verdeeld rond een rechte wat wijst op een constante variatie van de errortermen.

## 5.2 Levenstevredenheid als afhankelijke variabele: scatterplot



Bij deze scatterplot is een lichte onregelmatigheid merkbaar waarin een inwaaierend patroon merkbaar is.

De transformatie van de afhankelijke variabele of het wegeven van de regressie is hiervoor een oplossing. De verandering is echter niet danig groot dat ervoor gekozen de oorspronkelijke

variabelen te behouden om de interpretatie duidelijker te houden.

## 6 Autocorrelatie: errortermen zijn niet onderling gecorreleerd

### 6.1 Zelfstigmatisering als afhankelijke variabele

MODEL SUMMARY

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,472 <sup>a</sup>	,223	,201	1,13813	1,896

a. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_lotgenoten, GEHUWD\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, Informeren\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, SAMENWONEND\_ongehuwd, psychose\_herc, afzonderen\_gecentreerd, depressie\_herc, Interactieterm\_publieke\_en\_informeren, duurtot\_herc, Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCEIDEN\_ongehuwd, verslaving\_herc, leeftijd\_herc

b. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal  
variabele (n=739).

**Tabel 10:** Model summary: opvragen van Durbin Watson om autocorrelatie na te gaan in het model met zelfstigmatisering als afhankelijke

Om autocorrelatie na te gaan is binnen deze tabel enkel de Durbin-Watson van belang. Deze waarde ligt steeds tussen 0 en 4, hoe dichter deze waarden bij 2 ligt, hoe beter de waarde is en hoe minder de errortermen onderling gecorreleerd zijn. Bij het model waar zelfstigmatisering als afhankelijke variabele opgenomen is, ligt de waarde vrij dicht bij 2 (1,896) dus is ook deze assumptie niet geschonden.

## 6.2 Levenstevredenheid als afhankelijke variabele

MODEL SUMMARY

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,508 <sup>a</sup>	,258	,237	1,00473	
2	,528 <sup>b</sup>	,279	,258	,99094	1,806

a. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_lotgenoten, GEHUWD\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, Informeren\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, SAMENWONEND\_ongehuwd, psychose\_herc, afzonderen\_gecentreerd, depressie\_herc, Interactieterm\_publieke\_en\_informeren, duurtot\_herc, Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCEIDEN\_ongehuwd, verslaving\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_lotgenoten, GEHUWD\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, Informeren\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, SAMENWONEND\_ongehuwd, psychose\_herc, afzonderen\_gecentreerd, depressie\_herc, Interactieterm\_publieke\_en\_informeren, duurtot\_herc, Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCEIDEN\_ongehuwd, verslaving\_herc, leeftijd\_herc, zelfstigma\_schaal

c. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 11:** Model summary met weergave van Durbin Watson om autocorrelatie na te gaan met levenstevredenheid als afhankelijke variabele (n=739).

Ook bij het model waar de levenstevredenheid als afhankelijke variabele opgenomen wordt ligt de Durbin-Watson dicht bij 2 wat wijst op geen autocorrelatie en geen schending van de assumptie.

## 7 Uitschieters

### 7.1 Zelfstigmatisering als afhankelijke variabele

Bij het model met zelfstigmatisering als afhankelijke variabele zijn geen 'casewise diagnostics' teruggevonden, wat erop wijst dat er geen uitschieters groter dan 3 standaard afwijkingen binnen dit model aanwezig zijn. Hier is de assumptie van uitschieters niet geschonden.

### 7.2 Levenstevredenheid als afhankelijke variabele

CASEWISE DIAGNOSTICS<sup>a</sup>

Case Number	Std. Residual	levenstevredenheid_schaal
154	3,123	5,64
436	-3,192	1,00
495	-3,409	1,00

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 12:** Uitschieters aanwezig binnen model met levenstevredenheid als afhankelijke variabele (groter dan 3 standaardafwijkingen).

Binnen dit model zijn 3 uitschieters groter dan 3 standaardafwijkingen van het gemiddelde aanwezig. Van deze 3 uitschieters moet hun invloed op het intercept bekeken worden, zodat kan worden besloten of deze variabelen al dan niet in de analyse aanwezig mogen blijven. Aangezien hier geen sprake is van zéér grote uitschieters is de kans klein dat deze variabelen en al te grote invloed zullen uitoefenen.

## 8 Invloedrijke waarnemingen

### 8.1 Zelfstigmatisering als afhankelijke variabele

#### STATISTICS

	DFBETA Intercept	DFBETA Informeren_gec entreerd	DFBETA afzonderen_gec entreerd	DFBETA lotgenoten_ge centreerd	DFBETA Publiekestigma_ gecentreerd	DFBETA geslacht_ herc	DFBETA leeftijd_ herc
N Valid	739	739	739	739	739	739	739
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Minimum	-,02511	-,03829	-,02773	-,02437	-,00767	-,02121	-,00098
Maximum	,02365	,03193	,02109	,01746	,00717	,01561	,00113

DFBETA SAMENWONEN D_ongehuwd	DFBETA GEHUWD_ong ehuwd	DFBETA GESCHIEDEN _ongehuwd	DFBETA WEDUWESTA AT_ongehuwd	DFBETA LAGER_secu ndair	DFBETA HOGGER_secund air	DFBETA duurtot_ herc	DFBETA opnamestatus_ herc
739	739	739	739	739	739	739	739
0	0	0	0	0	0	0	0
-,06835	-,02169	-,02190	-,08073	-,01486	-,01668	-,00032	-,01839
,05188	,02036	,01893	,08174	,01621	,01635	,00055	,01938

DFBETA depressie_ herc	DFBETA psychose_ herc	DFBETA verslaving_ herc	DFBETA Interactieterm_p ublieke_en_info rmeren	DFBETA Interactieterm _publieke_en_ afzonderen	DFBETA Interactieterm_p ublieke_en_lotg enoten
739	739	739	739	739	739
0	0	0	0	0	0
-,01800	-,03086	-,01859	-,03048	-,02171	-,02194
,01339	,02580	,01869	,03418	,02871	,02322

**Tabel 13:** Descriptives van de DFBetas binnen het model met zelfstigmatisering als afhankelijke variabele.

Wanneer bij de regressieanalyse de DfFit en DfBeta waarden opgeslagen heb ik deze opgevraagd in een descriptives tabel waar de minimum en maximumwaarde in wordt vermeld. Hier wordt het duidelijk of er sterk invloedrijke waarnemingen in de analyse aanwezig zijn. Bij het nakijken van deze waarden wordt het duidelijk dat het weglaten van een van deze cases geen al te grote invloed op de analyse zal uitoefenen. Nergens zijn te hoge (of lage) waarden aanwezig waaruit kan worden besloten dat binnen dit model invloedrijke waarnemingen aanwezig zijn die het model op een te sterke manier kunnen beïnvloeden. Er dienen daarom geen cases uit dit model verwijderd worden.

### 8.2 Levenstevredenheid als afhankelijke variabele

#### STATISTICS

	DFBETA Intercept	DFBETA Informeren_gec entreerd	DFBETA afzonderen_gec entreerd	DFBETA lotgenoten_ge centreerd	DFBETA Publiekestigma_ gecentreerd	DFBETA geslacht_ herc	DFBETA leeftijd_ herc
N Valid	739	739	739	739	739	739	739
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Minimum	-,05060	-,01465	-,01505	-,01326	-,00722	-,01743	-,00064
Maximum	,02366	,01834	,01699	,02144	,00587	,01416	,00112

DFBETA SAMENWONEN D_ongehuwd	DFBETA GEHUWD_ong ehuwd	DFBETA GESCHEIDEN _ongehuwd	DFBETA WEDUWESTA AT_ongehuwd	DFBETA LAGER_secu ndair	DFBETA HOGER_secund air	DFBETA duurtot_herc	DFBETA opnamestatus_her c
739 0 -,06827 ,07373	739 0 -,02940 ,02068	739 0 -,02064 ,02461	739 0 -,07701 ,09766	739 0 -,01597 ,02148	739 0 -,02100 ,01423	739 0 -,00035 ,00019	739 0 -,01963 ,01538

DFBETA depressie_herc	DFBETA psychose_herc	DFBETA verslaving_herc	DFBETA Interactieterm_p ublieke_en_info rmeren	DFBETA Interactieterm _publieke_en_ afzonderen	DFBETA Interactieterm_p ublieke_en_lotg enoten
739 0 -,01822 ,01953	739 0 -,02217 ,02036	739 0 -,01529 ,01694	739 0 -,01934 ,02046	739 0 -,01813 ,01143	739 0 -,01185 ,01441

**Tabel 14:** Descriptives van de DFBetas binnen het model met levenstevredenheid als afhankelijke variabele.

Ook hier zijn geen te sterk invloedrijke waarden teruggevonden en dienen geen cases uit de analyse gehaald te worden. Deze assumpties is wederom niet geschonden.

## REGRESSIEANALYSE

### 1 Regressieanalyse

#### 1.1 Zelfstigmatisering als afhankelijke variabele

##### DESCRIPTIVES

	Mean	Std. Deviation	N
zelfstigma_schaal	2,7185	1,27362	739
Publiekestigma_gecentreerd	-,0016	1,21020	739
Informeren_gecentreerd	,0066	,52360	739
lotgenoten_gecentreerd	-,0048	,58810	739
afzonderen_gecentreerd	,0040	,54147	739
geslacht_herc	,4493	,49776	739
leeftijd_herc	39,5920	11,54033	739
SAMENWONEND_ongehuwd	,0514	,22100	739
GEHUWD_ongehuwd	,2097	,40740	739
GESCHEIDEN_ongehuwd	,2436	,42953	739
WEDUWESTAAT_ongehuwd	,0284	,16627	739
LAGER_secundair	,2639	,44103	739
HOGER_secundair	,2260	,41851	739
duurtot_herc	16,8731	31,77035	739
opnamestatus_herc	,2733	,44598	739
depressie_herc	,2341	,42372	739
psychose_herc	,1637	,37029	739
verslaving_herc	,2165	,41214	739

**Tabel 15:** Beschrijvende statistiek van de variabelen opgenomen in dit model.

Algemene beschrijvende statistiek die het gemiddelde de standaardafwijking en de n weergeeft (het aantal cases is hier overall 739 door de eerste stap waar we de n gelijk hebben gezet). Deze tabel is eerder facultatief en is reeds bekeken in de univariate analyse van de variabelen.

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	verslaving_herc, SAMENWONEND_ongehuwd, HOGER_secundair, Publiekestigma_gecentreerd, WEDUWESTAAT_ongehuwd, Informeren_gecentreerd, GEHUWD_ongehuwd, opnamestatus_herc, duurtot_herc, depressie_herc, afzonderen_gecentreerd, geslacht_herc, LAGER_secundair, lotgenoten_gecentreerd, GESCHEIDEN_ongehuwd, psychose_herc, leeftijd_herc <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

**Tabel 16:** Variabelen ingegeven voor analyse.

### MODEL SUMMARY

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,469 <sup>a</sup>	,220	,202	1,13801	,220	11,962	17	721	,000

a. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 17:** Model summary van de analyse met zelfstigmatisering als afhankelijke.

Deze waarden zijn binnen de paper weergegeven. Van belang zijn hier:  $R^2$ , Adjusted  $R^2$  (die rekening houdt met het aantal variabelen binnen het model) en de significantiewaarde. De  $R^2$  geeft weer hoeveel % van de variantie van de afhankelijke variabele er binnen dit model aanwezig is. De gevonden  $R^2$  is binnen dit vakgebied een vrij goede waarde.

### ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	263,363	17	15,492	11,962	,000 <sup>a</sup>
	Residual	933,747	721	1,295		
	Total	1197,110	738			

a. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 18:** ANOVA van de analyse met zelfstigmatisering als afhankelijke variabele (n=739).

Deze tabel was binnen de analyse minder van belang. Gecontroleerd is vooral de graad van significantie. Hierbij was geen probleem merkbaar. Hier wordt de nulhypothese van géén verband verworpen.



## COEFFICIENTS

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	2,823	,167		16,903	,000					
Publiekestigma_gecentreerd	,392	,036	,373	10,819	,000	,409	,374	,356	,911	1,097
Informeren_gecentreerd	-,274	,083	-,113	-3,298	,001	-,116	-,122	-,108	,926	1,080
lotgenoten_gecentreerd	,166	,077	,077	2,147	,032	,136	,080	,071	,847	1,181
afzonderen_gecentreerd	,166	,083	,071	2,007	,045	,192	,075	,066	,873	1,145
geslacht_herc	-,213	,092	-,083	-2,317	,021	-,115	-,086	-,076	,838	1,193
leeftijd_herc	,001	,005	,005	,117	,907	-,026	,004	,004	,646	1,547
SAMENWONEND_ongehuwd	-,079	,199	-,014	-,399	,690	,006	-,015	-,013	,907	1,102
GEHUWD_ongehuwd	-,005	,128	-,002	-,043	,966	,020	-,002	-,001	,642	1,556
GESCHIEDEN_ongehuwd	-,171	,119	-,058	-1,435	,152	-,055	-,053	-,047	,671	1,491
WEDUWESTAAT_ongehuwd	,181	,278	,024	,649	,516	,038	,024	,021	,819	1,221
LAGER_secundair	-,121	,103	-,042	-1,178	,239	,000	-,044	-,039	,853	1,172
HOGER_secundair	,029	,108	,010	,269	,788	,007	,010	,009	,865	1,157
duurtot_herc	-,001	,001	-,025	-,709	,479	-,011	-,026	-,023	,870	1,149
opnamestatus_herc	,316	,097	,111	3,256	,001	,103	,120	,107	,936	1,068
depressie_herc	-,063	,106	-,021	-,597	,551	-,006	-,022	-,020	,871	1,147
psychose_herc	,105	,126	,030	,829	,408	,045	,031	,027	,804	1,243
verslaving_herc	-,147	,114	-,048	-1,293	,196	-,082	-,048	-,043	,795	1,258

a. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 19:** Coëfficiënten van de analyse met zelfstigmatisering als afhankelijke variabele (n=739).

Deze tabel is binnen de analyse erg van belang. Hierbij wordt de invloed van de verschillende variabelen weergegeven op de afhankelijke variabele, hier zelfstigmatisering. Zo zijn er ongestandaardiseerde coëfficiënten aanwezig (B) en gestandaardiseerde coëfficiënten (Beta). Deze laatste maken het mogelijk om de sterkte van de invloeden onderling te vergelijken. De ongestandaardiseerde coëfficiënten zijn binnen de analyse gebruikt voor interpretatie. Deze waarden (samen met de standaardfout) wordt binnen het artikel ook weergegeven. Belangrijk is het significantieniveau te controleren, aangezien de niet-significante invloeden niets betekenen en zeker niet veralgemeend mogen worden.

## 1.2 Interactie-effecten toevoegen

### 1.2.1 Publieke stigmatisering \* Anderen informeren

#### VARIABLES ENTERED/REMOVED

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	verslaving_herc, SAMENWONEND_ongehuwd, HOGER_secundair, Publiekestigma_gecentreerd, WEDUWESTAAT_ongehuwd, Informeren_gecentreerd, GEHUWD_ongehuwd, opnamestatus_herc, duurtot_herc, depressie_herc, afzonderen_gecentreerd, geslacht_herc, LAGER_secundair, lotgenoten_gecentreerd, GESCHEIDEN_ongehuwd, psychose_herc, leeftijd_herc <sup>a</sup>	.	Enter
2	Interactieterm_publieke_en_informeren <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 20:** Variabelen ingegeven voor analyse. Hier wordt duidelijk dat de interactieterm publieke stigma\* informeren aan het model is toegevoegd.

#### MODEL SUMMARY

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,469 <sup>a</sup>	,220	,202	1,13801	,220	11,962	17	721	,000
2	,471 <sup>b</sup>	,222	,202	1,13764	,002	1,476	1	720	,225

a. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc, Interactieterm\_publieke\_en\_informeren

c. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 21:** Model summary van model met zelfstigmatisering als afhankelijke variabele.

Deze tabel geeft opnieuw weer hoe goed het model de variante op zelfstigmatisering verklaard. Hier is model 1 aanwezig (wat het model weergegeven in de vorige stap is, en model 2 geeft de waarden weer wanneer het interactie effect toegevoegd is. Hier is geen significante verandering aanwezig. Daarnaast is geen stijging in de R<sup>2</sup> of adjusted R<sup>2</sup> aanwezig, waardoor kan worden gesteld dat de toevoeging van dit interactie effect geen extra verklarende kracht aan het model toevoegt.

## COEFFICIENTS

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,823	,167		16,903	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	,392	,036	,373	10,819	,000
	Informererengecentreerd	-,274	,083	-,113	-3,298	,001
	lotgenoten_gecentreerd	,166	,077	,077	2,147	,032
	afzonderengecentreerd	,166	,083	,071	2,007	,045
	geslacht_herc	-,213	,092	-,083	-2,317	,021
	leeftijd_herc	,001	,005	,005	,117	,907
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,079	,199	-,014	-,399	,690
	GEHUWD_ongehuwd	-,005	,128	-,002	-,043	,966
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,171	,119	-,058	-1,435	,152
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,181	,278	,024	,649	,516
	LAGER_secundair	-,121	,103	-,042	-1,178	,239
	HOGER_secundair	,029	,108	,010	,269	,788
	duurtot_herc	-,001	,001	-,025	-,709	,479
	opnamestatus_herc	,316	,097	,111	3,256	,001
	depressie_herc	-,063	,106	-,021	-,597	,551
	psychose_herc	,105	,126	,030	,829	,408
	verslaving_herc	-,147	,114	-,048	-1,293	,196
2	(Constant)	2,816	,167		16,855	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	,393	,036	,373	10,838	,000
	Informererengecentreerd	-,277	,083	-,114	-3,333	,001
	lotgenoten_gecentreerd	,163	,077	,075	2,100	,036
	afzonderengecentreerd	,161	,083	,069	1,946	,052
	geslacht_herc	-,218	,092	-,085	-2,373	,018
	leeftijd_herc	,001	,005	,007	,176	,860
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,064	,199	-,011	-,320	,749
	GEHUWD_ongehuwd	-,003	,128	,000	-,022	,982
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,172	,119	-,058	-1,448	,148
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,182	,278	,024	,653	,514
	LAGER_secundair	-,125	,103	-,043	-1,215	,225
	HOGER_secundair	,029	,108	,010	,273	,785
	duurtot_herc	,000	,001	-,025	-,705	,481
	opnamestatus_herc	,323	,097	,113	3,318	,001
	depressie_herc	-,068	,106	-,023	-,643	,520
	psychose_herc	,105	,126	,031	,836	,403
	verslaving_herc	-,152	,114	-,049	-1,330	,184
Interactieterm_publieke_en_informeren	,071	,059	,040	1,215	,225	

a. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 22:** Coëfficiënten van model 1 en 2.

Ook hier zijn de coëfficiënten weergegeven. Deze worden binnen de paper ook in de tabel gerapporteerd maar worden niet meer geïnterpreteerd. Reden: de significante waarden uit model 1 blijven hier bijna allemaal significant, de richting veranderd niet en de sterkte wordt slechts beperkt

beïnvloed. De belangrijkste variabele, het interactie-effect, binnen dit model is hier niet significant bevonden waardoor geen uitspraken over deze invloed kunnen worden gemaakt.

#### EXCLUDED VARIABLES

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics	
					Tolerance	
1	Interactieterm_publieke_en_informeren	,040 <sup>a</sup>	1,215	,225	,045	,978

a. Predictors in the Model: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 23:** Variabelen die in stap een niet in het model aanwezig zijn.

Opnieuw de variabelen ingevoegd in het model, hier is een tweede interactie effect aan model 1 toegevoegd.

#### 1.2.2 Publieke stigmatisering \* Hulp zoeken bij lotgenoten

#### VARIABLES ENTERED/REMOVED

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	verslaving_herc, SAMENWONEND_ongehuwd, HOGER_secundair, Publiekestigma_gecentreerd, WEDUWESTAAT_ongehuwd, Informeren_gecentreerd, GEHUWD_ongehuwd, opnamestatus_herc, duurtot_herc, depressie_herc, afzonderen_gecentreerd, geslacht_herc, LAGER_secundair, lotgenoten_gecentreerd, GESCHEIDEN_ongehuwd, psychose_herc, leeftijd_herc <sup>a</sup>	.	Enter
2	Interactieterm_publieke_en_lotgenoten <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 24:** Variabelen ingegeven binnen dit model.

#### MODEL SUMMARY

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,469 <sup>a</sup>	,220	,202	1,13801	,220	11,962	17	721	,000
2	,471 <sup>b</sup>	,222	,203	1,13714	,002	2,112	1	720	,147

a. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc, Interactieterm\_publieke\_en\_lotgenoten

c. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 25:** Model summary van de analyse met zelfstigmatisering als afhankelijke variabele en toevoeging van interactie-effect.

Opnieuw geen significante bijdrage van het toevoegen van de interactie effect aan de verklarende kracht van het model.

### COEFFICIENTS

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,823	,167		16,903	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	,392	,036	,373	10,819	,000
	Informeren_gecentreerd	-,274	,083	-,113	-3,298	,001
	lotgenoten_gecentreerd	,166	,077	,077	2,147	,032
	afzonderen_gecentreerd	,166	,083	,071	2,007	,045
	geslacht_herc	-,213	,092	-,083	-2,317	,021
	leeftijd_herc	,001	,005	,005	,117	,907
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,079	,199	-,014	-,399	,690
	GEHUWD_ongehuwd	-,005	,128	-,002	-,043	,966
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,171	,119	-,058	-1,435	,152
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,181	,278	,024	,649	,516
	LAGER_secundair	-,121	,103	-,042	-1,178	,239
	HOGER_secundair	,029	,108	,010	,269	,788
	duurtot_herc	-,001	,001	-,025	-,709	,479
	opnamestatus_herc	,316	,097	,111	3,256	,001
	depressie_herc	-,063	,106	-,021	-,597	,551
	psychose_herc	,105	,126	,030	,829	,408
verslaving_herc	-,147	,114	-,048	-1,293	,196	
2	(Constant)	2,812	,167		16,831	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	,393	,036	,373	10,833	,000
	Informeren_gecentreerd	-,278	,083	-,114	-3,350	,001
	lotgenoten_gecentreerd	,156	,078	,072	2,014	,044
	afzonderen_gecentreerd	,157	,083	,067	1,894	,059
	geslacht_herc	-,211	,092	-,082	-2,295	,022
	leeftijd_herc	,000	,005	,003	,064	,949
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,068	,199	-,012	-,340	,734
	GEHUWD_ongehuwd	,002	,128	,001	,016	,987
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,163	,119	-,055	-1,368	,172
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,197	,278	,026	,707	,480
	LAGER_secundair	-,122	,103	-,042	-1,187	,236
	HOGER_secundair	,029	,108	,010	,273	,785
	duurtot_herc	,000	,001	-,022	-,638	,524
	opnamestatus_herc	,318	,097	,111	3,280	,001
	depressie_herc	-,062	,106	-,021	-,591	,555
	psychose_herc	,117	,126	,034	,923	,356
verslaving_herc	-,148	,114	-,048	-1,302	,193	
Interactieterm_publieke_en_lotgenoten	,082	,056	,049	1,453	,147	

a. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 26:** Coëfficiënten binnen het model met zelfstigmatisering als afhankelijke variabele en toevoeging interactie-effect.

Ook hier geen significante invloed teruggevonden van het interactie-effect op de zelfstigmatisering.

### 1.2.3 Publieke stigmatisering \* Zich afzonderen van anderen of bepaalde situaties

#### VARIABLES ENTERED/REMOVED

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	verslaving_herc, SAMENWONEND_ongehuwd, HOGER_secundair, Publiekestigma_gecentreerd, WEDUWESTAAT_ongehuwd, Informeren_gecentreerd, GEHUWD_ongehuwd, opnamestatus_herc, duurtot_herc, depressie_herc, afzonderen_gecentreerd, geslacht_herc, LAGER_secundair, lotgenoten_gecentreerd, GESCHEIDEN_ongehuwd, psychose_herc, leeftijd_herc <sup>a</sup>	.	Enter
2	Interactieterm_publieke_en_afzonderen <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 27:** Variabelen opgenomen binnen dit model.

Hier wordt opnieuw duidelijk dat een ander interactie-effect aan het model 1 is toegevoegd.

#### MODEL SUMMARY

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,469 <sup>a</sup>	,220	,202	1,13801	,220	11,962	17	721	,000
2	,469 <sup>b</sup>	,220	,201	1,13878	,000	,026	1	720	,871

a. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc, Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen

c. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 28:** Model summary van het model met zelfstigmatisering als afhankelijke en toevoeging van interactie-effect zich afzonderen.

**COEFFICIENTS**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,823	,167		16,903	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	,392	,036	,373	10,819	,000
	Informeren_gecentreerd	-,274	,083	-,113	-3,298	,001
	lotgenoten_gecentreerd	,166	,077	,077	2,147	,032
	afzonderen_gecentreerd	,166	,083	,071	2,007	,045
	geslacht_herc	-,213	,092	-,083	-2,317	,021
	leeftijd_herc	,001	,005	,005	,117	,907
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,079	,199	-,014	-,399	,690
	GEHUWD_ongehuwd	-,005	,128	-,002	-,043	,966
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,171	,119	-,058	-1,435	,152
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,181	,278	,024	,649	,516
	LAGER_secundair	-,121	,103	-,042	-1,178	,239
	HOGER_secundair	,029	,108	,010	,269	,788
	duurtot_herc	-,001	,001	-,025	-,709	,479
	opnamestatus_herc	,316	,097	,111	3,256	,001
	depressie_herc	-,063	,106	-,021	-,597	,551
	psychose_herc	,105	,126	,030	,829	,408
verslaving_herc	-,147	,114	-,048	-1,293	,196	
2	(Constant)	2,822	,167		16,873	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	,392	,036	,373	10,799	,000
	Informeren_gecentreerd	-,274	,083	-,113	-3,297	,001
	lotgenoten_gecentreerd	,165	,078	,076	2,126	,034
	afzonderen_gecentreerd	,167	,083	,071	2,011	,045
	geslacht_herc	-,212	,092	-,083	-2,299	,022
	leeftijd_herc	,001	,005	,005	,113	,910
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,078	,199	-,014	-,394	,694
	GEHUWD_ongehuwd	-,006	,128	-,002	-,048	,962
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,171	,119	-,058	-1,434	,152
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,180	,279	,024	,647	,518
	LAGER_secundair	-,121	,103	-,042	-1,178	,239
	HOGER_secundair	,029	,108	,010	,270	,787
	duurtot_herc	-,001	,001	-,025	-,708	,479
	opnamestatus_herc	,315	,097	,110	3,235	,001
	depressie_herc	-,062	,106	-,021	-,589	,556
	psychose_herc	,106	,126	,031	,835	,404
verslaving_herc	-,149	,114	-,048	-1,300	,194	
Interactieterm_publieke_en_afz onderen	,010	,060	,005	,162	,871	

a. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 29:** Coëfficiënten na het toevoegen interactie-effect.

### EXCLUDED VARIABLES<sup>b</sup>

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics	
					Tolerance	
1	Interactieterm_publieke_en_afzonden	,005 <sup>a</sup>	,162	,871	,006	,962

a. Predictors in the Model: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 30:** Variabelen die in de eerste stap uit het model zijn gehaald.

### RESIDUALS STATISTICS

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,3249	4,3501	2,7185	,59742	739
Residual	-3,13169	3,30721	,00000	1,12481	739
Std. Predicted Value	-2,333	2,731	,000	1,000	739
Std. Residual	-2,750	2,904	,000	,988	739

a. Dependent Variable: zelfstigma\_schaal

**Tabel 31:** Residuen aanwezig binnen dit model.

## 1.3 Levenstevredenheid als afhankelijke variabele

### 1.3.1 Hoofdmodel: zonder intermediaire en zonder interactie-effecten

#### VARIABLES ENTERED/REMOVED

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	verslaving_herc, SAMENWONEND_ongehuwd, HOGER_secundair, Publiekestigma_gecentreerd, WEDUWESTAAT_ongehuwd, Informeren_gecentreerd, GEHUWD_ongehuwd, opnamestatus_herc, duurtot_herc, depressie_herc, afzonderen_gecentreerd, geslacht_herc, LAGER_secundair, lotgenoten_gecentreerd, GESCHEIDEN_ongehuwd, psychose_herc, leeftijd_herc <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

**Tabel 32:** Variabelen ingegeven binnen dit model.

Hier wordt weergegeven welke variabelen binnen dit model opgenomen zijn.

### MODEL SUMMARY

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,507 <sup>a</sup>	,257	,240	1,00305	,257	14,701	17	721	,000

a. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 33:** Model summary met levenstevredenheid als afhankelijke variabele.

Hier opnieuw de weergave van  $R^2$  en Adjusted  $R^2$  (zie vroeger). Deze waarden mogen echter niet vergeleken worden met de waarden verkregen in de modellen met zelfstigmatisering als afhankelijke variabele, aangezien dit een andere afhankelijke variabele is en een vergelijking hierdoor niet mogelijk wordt.



ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	251,439	17	14,791	14,701	,000 <sup>a</sup>
	Residual	725,401	721	1,006		
	Total	976,839	738			

a. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 34:** ANOVA van het model met leventevredenheid als afhankelijke variabele.

## COEFFICIENTS

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,487	,147		23,688	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	-,306	,032	-,321	-9,561	,000
	Informeren_gecentreerd	,192	,073	,088	2,625	,009
	lotgenoten_gecentreerd	-,117	,068	-,060	-1,716	,087
	afzonderen_gecentreerd	-,175	,073	-,082	-2,399	,017
	geslacht_herc	,217	,081	,094	2,679	,008
	leeftijd_herc	,016	,004	,157	3,929	,000
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,256	,175	-,049	-1,457	,145
	GEHUWD_ongehuwd	-,036	,113	-,013	-,319	,750
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,317	,105	-,118	-3,021	,003
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,144	,245	,021	,585	,559
	LAGER_secundair	,041	,091	,016	,448	,654
	HOGER_secundair	-,119	,095	-,043	-1,258	,209
	duurtot_herc	,003	,001	,070	2,028	,043
	opnamestatus_herc	-,244	,086	-,095	-2,853	,004
	depressie_herc	-,205	,093	-,076	-2,201	,028
	psychose_herc	,498	,111	,160	4,482	,000
	verslaving_herc	,149	,100	,053	1,485	,138

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 35:** Coëfficiënten van het hoofdmodel met leventevredenheid als afhankelijke variabele.

## RESIDUALS STATISTICS

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,5103	6,4105	4,1369	,58370	739
Residual	-3,23320	2,81285	,00000	,99143	739
Std. Predicted Value	-2,787	3,895	,000	1,000	739
Std. Residual	-3,223	2,804	,000	,988	739

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 36:** Residuen van het hoofdmodel met leventevredenheid als afhankelijke variabele.

### 1.3.2 Intermediaire toevoegen: zelfstigmatisering

#### VARIABLES ENTERED/REMOVED

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	verslaving_herc, SAMENWONEND_ongehuwd, HOGER_secundair, Publiekestigma_gecentreerd, WEDUWESTAAT_ongehuwd, Informeren_gecentreerd, GEHUWD_ongehuwd, opnamestatus_herc, duurtot_herc, depressie_herc, afzonderen_gecentreerd, geslacht_herc, LAGER_secundair, lotgenoten_gecentreerd, GESCHEIDEN_ongehuwd, psychose_herc, leeftijd_herc <sup>a</sup>	.	Enter
2	zelfstigma_schaal <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 37:** Variabelen ingegeven binnen dit model.

Hier wordt duidelijk dat zelfstigmatisering aan het hoofdmodel is toegevoegd.

#### MODEL SUMMARY

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,507 <sup>a</sup>	,257	,240	1,00305	,257	14,701	17	721	,000
2	,528 <sup>b</sup>	,278	,260	,98949	,021	20,894	1	720	,000

a. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc, zelfstigma\_schaal

c. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 38:** Model Summary van het model met levenstevredenheid als afhankelijke variabele en zelfstigmatisering als intermediair variabele.

De toevoeging van zelfstigmatisering brengt duidelijk een extra verklarende kracht aan het model bij en heeft een significante waarde. De toevoeging van deze variabele is daarom goed informatief voor het model.

#### ANOVA<sup>c</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	251,439	17	14,791	14,701	,000 <sup>a</sup>
	Residual	725,401	721	1,006		
	Total	976,839	738			
2	Regression	271,896	18	15,105	15,428	,000 <sup>b</sup>
	Residual	704,944	720	,979		
	Total	976,839	738			

a. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc, zelfstigma\_schaal

ANOVA<sup>c</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	251,439	17	14,791	14,701	,000 <sup>a</sup>
	Residual	725,401	721	1,006		
	Total	976,839	738			
2	Regression	271,896	18	15,105	15,428	,000 <sup>b</sup>
	Residual	704,944	720	,979		
	Total	976,839	738			

a. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc, zelfstigma\_schaal

c. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 39:** ANOVA van dit model.

## COEFFICIENTS

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,487	,147		23,688	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	-,306	,032	-,321	-9,561	,000
	Informeren_gecentreerd	,192	,073	,088	2,625	,009
	lotgenoten_gecentreerd	-,117	,068	-,060	-1,716	,087
	afzonderen_gecentreerd	-,175	,073	-,082	-2,399	,017
	geslacht_herc	,217	,081	,094	2,679	,008
	leeftijd_herc	,016	,004	,157	3,929	,000
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,256	,175	-,049	-1,457	,145
	GEHUWD_ongehuwd	-,036	,113	-,013	-,319	,750
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,317	,105	-,118	-3,021	,003
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,144	,245	,021	,585	,559
	LAGER_secundair	,041	,091	,016	,448	,654
	HOGER_secundair	-,119	,095	-,043	-1,258	,209
	duurtot_herc	,003	,001	,070	2,028	,043
	opnamestatus_herc	-,244	,086	-,095	-2,853	,004
	depressie_herc	-,205	,093	-,076	-2,201	,028
	psychose_herc	,498	,111	,160	4,482	,000
verslaving_herc	,149	,100	,053	1,485	,138	

2	(Constant)	3,905	,172		22,757	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	-,248	,034	-,260	-7,281	,000
	Informeren_gecentreerd	,152	,073	,069	2,084	,038
	lotgenoten_gecentreerd	-,092	,068	-,047	-1,370	,171
	afzonderen_gecentreerd	-,150	,072	-,071	-2,084	,038
	geslacht_herc	,186	,080	,080	2,313	,021
	leeftijd_herc	,016	,004	,158	4,003	,000
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,267	,173	-,051	-1,545	,123
	GEHUWD_ongehuwd	-,037	,112	-,013	-,330	,741
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,342	,104	-,128	-3,302	,001
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,170	,242	,025	,703	,482
	LAGER_secundair	,023	,089	,009	,254	,800
	HOGER_secundair	-,115	,094	-,042	-1,229	,219
	duurtot_herc	,002	,001	,066	1,934	,053
	opnamestatus_herc	-,197	,085	-,077	-2,321	,021
	depressie_herc	-,215	,092	-,079	-2,333	,020
	psychose_herc	,514	,110	,165	4,682	,000
	verslaving_herc	,127	,099	,046	1,283	,200
	zelfstigma_schaal	-,148	,032	-,164	-4,571	,000

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 40:** Coëfficiënten na het toevoegen van zelfstigmatisering met levenstevredenheid als afhankelijke variabele.

Ook hier is een significante invloed van zelfstigmatisering op de levenstevredenheid teruggevonden. Deze waarden zijn ook weergegeven in een tabel in het onderzoek. De sterkte en invloed van zelfstigmatisering mag binnen dit model geïnterpreteerd worden.

#### EXCLUDED VARIABLES

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics	
					Tolerance	
1	zelfstigma_schaal	-,164 <sup>a</sup>	-4,571	,000	-,168	,780

a. Predictors in the Model: (Constant), verslaving\_herc, SAMENWONEND\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 41:** Variabelen die in een eerste stap niet in het model aanwezig zijn.

#### RESIDUALS STATISTICS

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,4710	6,4578	4,1369	,60698	739
Residual	-3,36645	3,02137	,00000	,97735	739
Std. Predicted Value	-2,744	3,824	,000	1,000	739
Std. Residual	-3,402	3,053	,000	,988	739

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 42:** Residuen van de analyse met levenstevredenheid als afhankelijke variabele en zelfstigmatisering als intermediaire variabele.

### 1.3.3 Interactie-effecten toevoegen

#### ~ Publieke stigmatisering \* Informeren van anderen

#### VARIABLES ENTERED/REMOVED

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Interactieterm_publieke_en_informeren, WEDUWESTAAT_ongehuwd, Publiekestigma_gecentreerd, verslaving_herc, HOGER_secundair, SAMENWONEND_ongehuwd, Informeren_gecentreerd, GEHUWD_ongehuwd, opnamestatus_herc, duurtot_herc, depressie_herc, afzonderen_gecentreerd, geslacht_herc, LAGER_secundair, lotgenoten_gecentreerd, GESCHEIDEN_ongehuwd, psychose_herc, leeftijd_herc <sup>a</sup>	.	Enter
2	zelfstigma_schaal <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 43:** Ingegeven variabelen in de analyse.

Hier worden de ingegeven variabelen weergegeven, waarbij duidelijk wordt dat zowel zelfstigmatisering in het model aanwezig is (door significante waarden in de vorige stap) en ook de interactie-term aan het model is toegevoegd.

#### MODEL SUMMARY

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,507 <sup>a</sup>	,257	,239	1,00374	,257	13,865	18	720	,000
2	,528 <sup>b</sup>	,278	,259	,99012	,021	20,944	1	719	,000

a. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_informeren, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Publiekestigma\_gecentreerd, verslaving\_herc, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_informeren, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Publiekestigma\_gecentreerd, verslaving\_herc, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc, zelfstigma\_schaal

c. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

Hier wordt duidelijk dat bij het toevoegen van het interactie effect wel een significante R<sup>2</sup> verkregen wordt. De waarde is echter kleiner dan wanneer de interactie term niet aanwezig was.

#### ANOVA<sup>c</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	251,445	18	13,969	13,865	,000 <sup>a</sup>
	Residual	725,394	720	1,007		
	Total	976,839	738			
2	Regression	271,978	19	14,315	14,602	,000 <sup>b</sup>
	Residual	704,862	719	,980		
	Total	976,839	738			

a. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_informeren, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Publiekestigma\_gecentreerd, verslaving\_herc, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_informeren, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Publiekestigma\_gecentreerd, verslaving\_herc, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc, zelfstigma\_schaal

c. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**COEFFICIENTS**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,487	,147		23,654	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	-,306	,032	-,321	-9,553	,000
	Informereren_gecentreerd	,192	,073	,087	2,620	,009
	lotgenoten_gecentreerd	-,117	,068	-,060	-1,717	,086
	afzonderen_gecentreerd	-,175	,073	-,083	-2,398	,017
	geslacht_herc	,217	,081	,094	2,670	,008
	leeftijd_herc	,016	,004	,157	3,926	,000
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,255	,176	-,049	-1,448	,148
	GEHUWD_ongehuwd	-,036	,113	-,013	-,317	,751
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,317	,105	-,118	-3,020	,003
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,144	,246	,021	,585	,559
	LAGER_secundair	,040	,091	,015	,445	,656
	HOGER_secundair	-,119	,095	-,043	-1,257	,209
	duurtot_herc	,003	,001	,070	2,027	,043
	opnamestatus_herc	-,244	,086	-,095	-2,843	,005
	depressie_herc	-,206	,093	-,076	-2,201	,028
	psychose_herc	,498	,111	,160	4,479	,000
verslaving_herc	,149	,101	,053	1,480	,139	
Interactieterm_publieke_en_infor meren	,004	,052	,003	,081	,935	
2	(Constant)	3,905	,172		22,740	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	-,247	,034	-,260	-7,265	,000
	Informereren_gecentreerd	,151	,073	,069	2,072	,039
	lotgenoten_gecentreerd	-,093	,068	-,048	-1,378	,169
	afzonderen_gecentreerd	-,151	,072	-,071	-2,094	,037
	geslacht_herc	,184	,080	,080	2,293	,022
	leeftijd_herc	,016	,004	,158	4,010	,000
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,264	,174	-,051	-1,522	,128
	GEHUWD_ongehuwd	-,036	,112	-,013	-,325	,745
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,343	,104	-,128	-3,303	,001
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,171	,242	,025	,704	,482
	LAGER_secundair	,022	,090	,008	,244	,807
	HOGER_secundair	-,115	,094	-,042	-1,228	,220
	duurtot_herc	,002	,001	,066	1,934	,054
	opnamestatus_herc	-,196	,085	-,076	-2,299	,022
	depressie_herc	-,216	,092	-,080	-2,341	,020
	psychose_herc	,514	,110	,165	4,681	,000
verslaving_herc	,126	,099	,045	1,272	,204	
Interactieterm_publieke_en_infor meren	,015	,051	,009	,289	,773	
zelfstigma_schaal	-,148	,032	-,164	-4,576	,000	

**Tabel 44:** Coëfficiënten van de analyse met zelfstigmatisering en het interactie effect met informeren van anderen.

Hier wordt duidelijk dat ook in dit model de interactie term geen significante waarde aangeeft, en dus niet geïnterpreteerd kan/mag worden.

#### EXCLUDED VARIABLES

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics	
					Tolerance	
1	zelfstigma_schaal	-,164 <sup>a</sup>	-4,576	,000	-,168	,778

a. Predictors in the Model: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_informeren, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Publiekestigma\_gecentreerd, verslaving\_herc, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, GEHUWD\_ongehuwd, opnamestatus\_herc, duurtot\_herc, depressie\_herc, afzonderen\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, psychose\_herc, leeftijd\_herc

b. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 45:** Variabelen die in model 1 in de analyse niet aanwezig zijn.

#### RESIDUALS STATISTICS

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,4590	6,4260	4,1369	,60707	739
Residual	-3,36602	3,05198	,00000	,97729	739
Std. Predicted Value	-2,764	3,771	,000	1,000	739
Std. Residual	-3,400	3,082	,000	,987	739

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 46:** Residuen van de analyse met levenstevredenheid als afhankelijke variabele, zelfstigmatisering als intermediaire en de interactieterm met informeren van anderen.

~ Publieke stigmatisering \* hulp zoeken bij lotgenoten

#### VARIABLES ENTERED/REMOVED

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Interactieterm_publieke_en_lotgenoten, GEHUWD_ongehuwd, HOGER_secundair, Publiekestigma_gecentreerd, opnamestatus_herc, Informeren_gecentreerd, WEDUWESTAAT_ongehuwd, SAMENWONEND_ongehuwd, psychose_herc, afzonderen_gecentreerd, depressie_herc, duurtot_herc, geslacht_herc, LAGER_secundair, lotgenoten_gecentreerd, GESCHEIDEN_ongehuwd, verslaving_herc, leeftijd_herca	.	Enter
2	zelfstigma_schaala	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 47:** Variabelen die binnen de analyse zijn ingevoegd.

Binnen deze tabel wordt duidelijk dat hier een tweede interactie-term aan het model is toegevoegd.

**MODEL SUMMARY**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,507 <sup>a</sup>	,258	,239	1,00366	,258	13,874	18	720	,000
2	,528 <sup>b</sup>	,279	,260	,98992	,021	21,115	1	719	,000

a. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_lotgenoten, GEHUWD\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, Informeren\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, SAMENWONEND\_ongehuwd, psychose\_herc, afzonderen\_gecentreerd, depressie\_herc, duurtot\_herc, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, verslaving\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_lotgenoten, GEHUWD\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, Informeren\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, SAMENWONEND\_ongehuwd, psychose\_herc, afzonderen\_gecentreerd, depressie\_herc, duurtot\_herc, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, verslaving\_herc, leeftijd\_herc, zelfstigma\_schaal

c. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 48:** Model summary van de analyse met levenstevredenheid als afhankelijke, zelfstigmatisering als intermediaire en interactieterm met hulp zoeken bij lotgenoten.

**ANOVA<sup>c</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	251,565	18	13,976	13,874	,000 <sup>a</sup>
	Residual	725,275	720	1,007		
	Total	976,839	738			
2	Regression	272,256	19	14,329	14,622	,000 <sup>b</sup>
	Residual	704,583	719	,980		
	Total	976,839	738			

a. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_lotgenoten, GEHUWD\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, Informeren\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, SAMENWONEND\_ongehuwd, psychose\_herc, afzonderen\_gecentreerd, depressie\_herc, duurtot\_herc, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, verslaving\_herc, leeftijd\_herc

b. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_lotgenoten, GEHUWD\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, Informeren\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, SAMENWONEND\_ongehuwd, psychose\_herc, afzonderen\_gecentreerd, depressie\_herc, duurtot\_herc, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, verslaving\_herc, leeftijd\_herc, zelfstigma\_schaal

c. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 49:** ANOVA van de analyse.



**COEFFICIENTS**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,485	,147		23,632	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	-,306	,032	-,321	-9,554	,000
	Informereren_gecentreerd	,191	,073	,087	2,610	,009
	lotgenoten_gecentreerd	-,119	,069	-,061	-1,739	,082
	afzonderen_gecentreerd	-,177	,073	-,083	-2,417	,016
	geslacht_herc	,218	,081	,094	2,683	,007
	leeftijd_herc	,016	,004	,156	3,912	,000
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,253	,176	-,049	-1,441	,150
	GEHUWD_ongehuwd	-,034	,113	-,012	-,304	,761
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,315	,105	-,118	-3,000	,003
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,147	,246	,021	,598	,550
	LAGER_secundair	,040	,091	,016	,446	,656
	HOGER_secundair	-,119	,095	-,043	-1,256	,209
	duurtot_herc	,003	,001	,070	2,041	,042
	opnamestatus_herc	-,244	,086	-,094	-2,846	,005
	depressie_herc	-,205	,093	-,076	-2,198	,028
	psychose_herc	,501	,111	,161	4,493	,000
	verslaving_herc	,149	,101	,053	1,482	,139
Interactieterm_publieke_en_lotge noten	,018	,050	,012	,354	,724	
2	(Constant)	3,904	,172		22,739	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	-,247	,034	-,260	-7,262	,000
	Informereren_gecentreerd	,150	,073	,068	2,056	,040
	lotgenoten_gecentreerd	-,096	,068	-,049	-1,415	,158
	afzonderen_gecentreerd	-,154	,072	-,072	-2,121	,034
	geslacht_herc	,186	,080	,081	2,318	,021
	leeftijd_herc	,016	,004	,157	3,977	,000
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,263	,173	-,051	-1,519	,129
	GEHUWD_ongehuwd	-,034	,112	-,012	-,305	,760
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,340	,104	-,127	-3,271	,001
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,176	,242	,025	,728	,467
	LAGER_secundair	,022	,090	,009	,249	,803
	HOGER_secundair	-,115	,094	-,042	-1,227	,220
	duurtot_herc	,002	,001	,067	1,960	,050
	opnamestatus_herc	-,196	,085	-,076	-2,307	,021
	depressie_herc	-,215	,092	-,079	-2,329	,020
	psychose_herc	,518	,110	,167	4,710	,000
	verslaving_herc	,127	,099	,045	1,278	,202
Interactieterm_publieke_en_lotge noten	,030	,049	,020	,606	,544	
zelfstigma_schaal	-,149	,032	-,165	-4,595	,000	

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**EXCLUDED VARIABLES**

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics	
					Tolerance	
1	zelfstigma_schaal	-,165 <sup>a</sup>	-4,595	,000	-,169	,778

a. Predictors in the Model: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_lotgenoten, GEHUWD\_ongehuwd, HOGER\_secundair, Publiekestigma\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, Informeren\_gecentreerd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, SAMENWONEND\_ongehuwd, psychose\_herc, afzonderen\_gecentreerd, depressie\_herc, duurtot\_herc, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, lotgenoten\_gecentreerd, GESCHEIDEN\_ongehuwd, verslaving\_herc, leeftijd\_herc

b. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 50:** Variabelen die in de eerste stap niet ingevoegd zijn.

**RRESIDUALS STATISTICS**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,5334	6,5040	4,1369	,60738	739
Residual	-3,36615	3,05955	,00000	,97710	739
Std. Predicted Value	-2,640	3,897	,000	1,000	739
Std. Residual	-3,400	3,091	,000	,987	739

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 51:** Residuen van de analyse met levenstevredenheid als afhankelijke variabele, zelfstigmatisering en de interactieterm met lotgenoten ingevoegd.

**~ Publieke stigmatisering \* zich afzonderen van anderen en/of situaties**

**VARIABLES ENTERED/REMOVED**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Interactieterm_publieke_en_afzonderen, afzonderen_gecentreerd, HOGER_secundair, SAMENWONEND_ongehuwd, WEDUWESTAAT_ongehuwd, Informeren_gecentreerd, opnamestatus_herc, depressie_herc, GESCHEIDEN_ongehuwd, duurtot_herc, Publiekestigma_gecentreerd, geslacht_herc, LAGER_secundair, psychose_herc, lotgenoten_gecentreerd, leeftijd_herc, verslaving_herc, GEHUWD_ongehuwd <sup>a</sup>	.	Enter
2	zelfstigma_schaal <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 52:** Variabelen ingevoegd in de analyse.

**MODEL SYMMARY**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,508 <sup>a</sup>	,258	,239	1,00353	,258	13,888	18	720	,000
2	,528 <sup>b</sup>	,279	,260	,98998	,021	20,843	1	719	,000

a. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen, afzonderen\_gecentreerd, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, depressie\_herc, GESCHEIDEN\_ongehuwd, duurtot\_herc, Publiekestigma\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, psychose\_herc, lotgenoten\_gecentreerd, leeftijd\_herc, verslaving\_herc, GEHUWD\_ongehuwd

b. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen, afzonderen\_gecentreerd, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, depressie\_herc, GESCHEIDEN\_ongehuwd, duurtot\_herc, Publiekestigma\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, psychose\_herc, lotgenoten\_gecentreerd, leeftijd\_herc, verslaving\_herc, GEHUWD\_ongehuwd, zelfstigma\_schaal

**MODEL SYMMARY**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,508 <sup>a</sup>	,258	,239	1,00353	,258	13,888	18	720	,000
2	,528 <sup>b</sup>	,279	,260	,98998	,021	20,843	1	719	,000

a. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen, afzonderen\_gecentreerd, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, depressie\_herc, GESCHEIDEN\_ongehuwd, duurtot\_herc, Publiekestigma\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, psychose\_herc, lotgenoten\_gecentreerd, leeftijd\_herc, verslaving\_herc, GEHUWD\_ongehuwd

b. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen, afzonderen\_gecentreerd, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, depressie\_herc, GESCHEIDEN\_ongehuwd, duurtot\_herc, Publiekestigma\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, psychose\_herc, lotgenoten\_gecentreerd, leeftijd\_herc, verslaving\_herc, GEHUWD\_ongehuwd, zelfstigma\_schaal

c. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 53:** Model summary van de analyse met levenstevredenheid als afhankelijke variabele, zelfstigmatisering als intermediaire en de interactieterm zich afzonderen toegevoegd.

**ANOVA<sup>c</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	251,754	18	13,986	13,888	,000 <sup>a</sup>
	Residual	725,086	720	1,007		
	Total	976,839	738			
2	Regression	272,181	19	14,325	14,617	,000 <sup>b</sup>
	Residual	704,658	719	,980		
	Total	976,839	738			

a. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen, afzonderen\_gecentreerd, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, depressie\_herc, GESCHEIDEN\_ongehuwd, duurtot\_herc, Publiekestigma\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, psychose\_herc, lotgenoten\_gecentreerd, leeftijd\_herc, verslaving\_herc, GEHUWD\_ongehuwd

b. Predictors: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen, afzonderen\_gecentreerd, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, depressie\_herc, GESCHEIDEN\_ongehuwd, duurtot\_herc, Publiekestigma\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, psychose\_herc, lotgenoten\_gecentreerd, leeftijd\_herc, verslaving\_herc, GEHUWD\_ongehuwd, zelfstigma\_schaal

c. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 54:** ANOVA van de analyse met levenstevredenheid als afhankelijke variabele, zelfstigmatisering als intermediaire en de interactie term met zich afzonderen.

**COEFFICIENTS**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,490	,147		23,681	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	-,305	,032	-,321	-9,530	,000
	Informererengecentreerd	,193	,073	,088	2,627	,009
	lotgenoten_gecentreerd	-,114	,068	-,058	-1,665	,096
	afzonderengecentreerd	-,177	,073	-,083	-2,417	,016
	geslacht_herc	,214	,081	,093	2,635	,009
	leeftijd_herc	,016	,004	,157	3,938	,000
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,259	,176	-,050	-1,473	,141
	GEHUWD_ongehuwd	-,034	,113	-,012	-,301	,764
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,317	,105	-,118	-3,019	,003
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,145	,246	,021	,589	,556
	LAGER_secundair	,041	,091	,016	,451	,652
	HOGER_secundair	-,120	,095	-,044	-1,261	,208
	duurtot_herc	,003	,001	,070	2,027	,043
	opnamestatus_herc	-,241	,086	-,093	-2,807	,005
	depressie_herc	-,208	,093	-,077	-2,223	,027
	psychose_herc	,495	,111	,159	4,445	,000
	verslaving_herc	,153	,101	,055	1,519	,129
	Interactieterm_publieke_en_afzonden	-,030	,053	-,018	-,560	,576
2	(Constant)	3,908	,172		22,751	,000
	Publiekestigma_gecentreerd	-,247	,034	-,260	-7,257	,000
	Informererengecentreerd	,152	,073	,069	2,087	,037
	lotgenoten_gecentreerd	-,090	,068	-,046	-1,322	,187
	afzonderengecentreerd	-,152	,072	-,071	-2,102	,036
	geslacht_herc	,183	,080	,079	2,271	,023
	leeftijd_herc	,016	,004	,158	4,011	,000
	SAMENWONEND_ongehuwd	-,270	,173	-,052	-1,560	,119
	GEHUWD_ongehuwd	-,035	,112	-,012	-,313	,754
	GESCHEIDEN_ongehuwd	-,342	,104	-,128	-3,300	,001
	WEDUWESTAAT_ongehuwd	,171	,242	,025	,707	,480
	LAGER_secundair	,023	,090	,009	,256	,798
	HOGER_secundair	-,115	,094	-,042	-1,232	,218
	duurtot_herc	,002	,001	,066	1,934	,054
	opnamestatus_herc	-,194	,085	-,075	-2,278	,023
	depressie_herc	-,217	,092	-,080	-2,353	,019
	psychose_herc	,511	,110	,164	4,646	,000
	verslaving_herc	,131	,100	,047	1,317	,188
	Interactieterm_publieke_en_afzonden	-,028	,052	-,017	-,540	,590
zelfstigma_schaal	-,148	,032	-,164	-4,565	,000	

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 55:** Coëfficiënten van de analyse met levenstevredenheid als afhankelijke variabele, zelfstigmatisering als intermediaire en de interactieterm met zich afzonderen toegevoegd.

**EXCUDED VARIABLES**

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
					Tolerance
1 zelfstigma_schaal	-,164 <sup>a</sup>	-4,565	,000	-,168	,780

a. Predictors in the Model: (Constant), Interactieterm\_publieke\_en\_afzonderen, afzonderen\_gecentreerd, HOGER\_secundair, SAMENWONEND\_ongehuwd, WEDUWESTAAT\_ongehuwd, Informeren\_gecentreerd, opnamestatus\_herc, depressie\_herc, GESCEIDEN\_ongehuwd, duurtot\_herc, Publiekestigma\_gecentreerd, geslacht\_herc, LAGER\_secundair, psychose\_herc, lotgenoten\_gecentreerd, leeftijd\_herc, verslaving\_herc, GEHUWD\_ongehuwd

b. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 56:** Variabelen die in stap 1 niet aan het model zijn toegevoegd.

**RESIDUALS STATISTICS**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,4260	6,4129	4,1369	,60730	739
Residual	-3,37561	3,03400	,00000	,97715	739
Std. Predicted Value	-2,817	3,748	,000	1,000	739
Std. Residual	-3,410	3,065	,000	,987	739

a. Dependent Variable: levenstevredenheid\_schaal

**Tabel 57:** Residuen van de analyse met levenstevredenheid als afhankelijke variabele, zelfstigmatisering als intermediaire en de interactieterm met zich afzonderen toegevoegd.