EEN SOCIAALPSYCHOLOGISCH PERSPECTIEF OP PSYCHOPATHOLOGIE

ARJAN BOS

Mensen hebben een fundamentele behoefte aan sociale verbondenheid. Als deze behoefte niet wordt vervuld, kan dit ernstige implicaties hebben voor het psychologisch welbevinden. Arjan Bos laat zien dat (een gebrek aan) sociale verbondenheid gerelateerd is aan psychopathologie. Hierbij komen thema's als stigmatisering, eenzaamheid en zelfwaardering aan de orde. Bos staat niet alleen stil bij actuele theoretische inzichten vanuit de sociale en de klinische psychologie, maar ook bij het belang van op theorie en empirie gebaseerde interventies.

HET BELANG VAN SOCIALE RELATIES

EEN SOCIAAL-PSYCHOLOGISCH PERSPECTIEF OP PSYCHOPATHOLOGIE

Psychische aandoeningen komen frequent voor. Uit het landelijke bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 blijkt dat vier op de tien Nederlanders in hun leven te maken krijgen met één of meer psychische aandoeningen. Van alle deelnemers aan het onderzoek had 22,9% één AS-1 aandoening gedurende het leven, 9,7% twee AS-1 aandoeningen en 10,1% drie of meer AS-1 aandoeningen (De Graaf, ten Have & Dorselaer, 2014). De psychische aandoeningen die gedurende het leven het meest voorkomen zijn stemmingsstoornissen (20,2%), angststoornissen (19,%), middelenstoornissen (19,%), en aandachtstekort- en gedragsstoornissen (9,2%). Hierbij moet opgemerkt worden dat persoonlijkheidsstoornissen niet in het NEMESIS-2-onderzoek werden meegenomen, met uitzondering van de antisociale persoonlijkheidsstoornis (3%; De Graaf et al., 2014). Vrouwen blijken vaker een stemmingsstoornis of een angststoornis te hebben dan mannen. Mannen rapporteren vaker een middelenstoornis of ADHD in de volwassenheid dan vrouwen (De Graaf et al., 2014). Werklozen en arbeidsongeschikten hebben een drieënhalf keer zo grote kans op een psychische AS-1-aandoening als mensen die betaald werk hebben. Alleenstaanden hebben een tweeënhalf keer zo grote kans op een psychische AS-1-aandoening als mensen die met partner en kinderen samenwonen.

Gelukkig zijn er klinisch psychologen die geschoold zijn in diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen. De klinische psychologie is de discipline binnen de psychologie die zich richt op de etiologie, diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen. Het vakgebied houdt zich bezig met psychisch functioneren dat afwijkt van de norm en waar de persoon of de directe omgeving last van heeft (Van der Molen & Perreijn, 2015). Over waar de grens tussen normaal en abnormaal gedrag ligt, en of we diagnoses al dan niet zouden moeten stellen, worden binnen de psychologie interessante en pittige discussies gevoerd (Batstra, 2012; Dehue, 2014). Decennialang heeft de categorische visie op psychopathologie de klinische psychologie gedomineerd. De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* (DSM-5) is het classificatiesysteem waar Nederlandse klinisch psychologen dagelijks mee werken (APA, 2013). Als men aan bepaalde kenmerken of criteria van

een psychische aandoening voldoet, kan op basis van deze classificatie een stoornis-specifieke behandeling gestart worden. Er is veel kritiek op de DSM. Zo zou dit classificatiesysteem te veel gebaseerd zijn op een verzameling van symptomen, te weinig gebaseerd zijn op wetenschappelijke bevindingen, te dichotoom zijn en het alledaagse gedrag te veel pathologiseren (Franken, Muris & Denys, 2015).

Het afgelopen decennium is de dimensionele visie op psychopathologie in opmars (bijv. Van Os et al., 2009). Daarbij gaat men uit van een continuüm, waarbij een bepaalde gedachte, een gevoel, stemming of gedrag in meer of mindere mate aanwezig kan zijn. Binnen deze visie past ook het transdiagnostisch werken. Psychische aandoeningen hebben vaak kenmerken gemeen. De transdiagnostische benadering kijkt naar aspecten van de problematiek die stoornissen gemeenschappelijk hebben of die de specifieke stoornissen overstijgen (Korrelboom, 2018; Van Amelsvoort, Klaassen & van den Heuvel, 2018). Voorbeelden van transdiagnostische factoren zijn piekeren, perfectionisme, intolerantie voor onzekerheid en een laag zelfbeeld.

HET BELANG VAN SOCIALE RELATIES

Sociaal psychologen onderzoeken de manier waarop gedachten, emoties en gedrag worden beïnvloed door de werkelijke of voorgestelde aanwezigheid van anderen (Allport, 1985; Vonk, 2017). Sociaalpsychologische processen spelen zich overal af, want onze gedachten, emoties en gedragingen worden continu door anderen beïnvloed, zelfs als die anderen niet aanwezig zijn. De sociale psychologie kenmerkt zich door verschillende niveaus van analyse: het intrapersoonlijke niveau (binnen een individu), het interpersoonlijke niveau (tussen individuen) en het intergroepsniveau (tussen groepen). Sociaalpsychologen bestuderen op deze verschillende niveaus de psychologische processen van individuen.

Over waar de grens tussen normaal en abnormaal gedrag ligt, en of we diagnoses al dan niet zouden moeten stellen, worden binnen de psychologie interessante en pittige discussies gevoerd

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

In de volgende paragrafen zal dieper worden ingegaan op de thema's stigmatisering, eenzaamheid en zelfwaardering en zal worden aangetoond dat een gebrek aan sociale verbondenheid inderdaad ernstige implicaties heeft voor het psychologisch welbevinden.

STIGMATISERING EN PSYCHOPATHOLOGIE

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

Stigmatisering kan diverse functies hebben (Phelan, Link & Dovidio, 2008). De eerste functie is domineren en uitbuiten. Leden van een groep met meer status kunnen de leden van een groep met minder status stigmatiseren om de ongelijkheid tussen beide groepen in stand te houden. Een tweede functie is het versterken van de sociale norm. De dreiging om gestigmatiseerd te worden kan ervoor zorgen dat mensen zich blijven gedragen volgens de sociale normen van de groep. Een laatste functie is het vermijden van ziekten. Vanuit een evolutionair perspectief kan verklaard worden dat sociale uitsluiting de groep beschermt tegen ziekten en dat stigmatisering zo bijdraagt aan de overleving van de soort.

We kunnen vier soorten stigma onderscheiden: publiek stigma, stigma door associatie, structureel stigma en

zelfstigma. Deze vier soorten hangen onderling samen. Publiek stigma ligt ten grondslag aan de andere drie vormen van stigma (Bos et al., 2013; Pryor & Reeder, 2011).

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

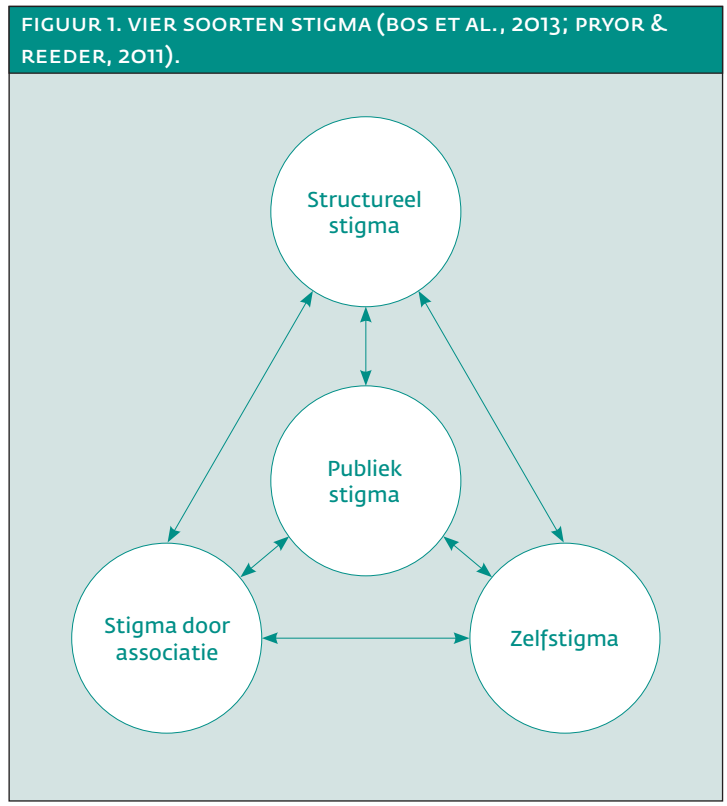
Er zijn verschillende factoren die ervoor zorgen dat het algemene publiek stigmatiseert. Een zeer belangrijke factor is de mate waarin iemand als persoonlijk verantwoordelijk wordt beschouwd voor het hebben van de gestigmatiseerde conditie. Ook de waargenomen ernst van het stigma en het waargenomen gevaar van het stigma, spelen een belangrijke rol. Tot slot dragen percepties van normovertredend gedrag ook bij aan stigmatisering (Dijker & Koomen, 2003; Feldman & Crandall, 2007; Van Alphen et al., 2012).

Stigmatiserende reacties kunnen zowel automatisch en reflexief zijn, als meer gecontroleerd en reflectief. In de eerste seconden van interpersoonlijk contact met gestigmatiseerden spelen de automatische processen een sterkere rol; iets later pas de gecontroleerde en bedachtzame processen (Pryor et al., 2004).

STIGMA DOOR ASSOCIATIE Niet alleen degenen met een stigma kunnen negatief worden behandeld, ook degenen die met hen worden geassocieerd lopen het risico gestigmatiseerd te worden. Dit noemen we stigma door associatie (Pryor, Reeder & Monroe, 2012). Remko van der Sanden heeft stigma door associatie onderzocht onder familieleden van mensen met een psychische aandoening. Een belangrijke bevinding is dat stigma door associatie gerelateerd is aan het psychologisch welbevinden van deze familieleden (Van der Sanden et al., 2013). Ook is onderzocht hoe familieleden van mensen met een psychische aandoening omgaan met stigma door associatie. Hieruit bleek dat waargenomen stigma door associatie gerelateerd was aan meer psychologische distress en een geringere kwaliteit van leven, en dat deze relaties gemedieerd werden door verschillende vormen van adaptieve en maladaptieve coping (Van der Sanden et al., 2016).

STRUCTUREEL STIGMA Structureel stigma is het legitimeren en laten voortduren van stigmatisering door maatschappelijke organisaties en ideologische systemen (Bos et al., 2013; Pryor & Reeder, 2011). Sociale structuren zorgen ervoor dat bepaalde groepen het minder goed hebben dan andere groepen (Parker & Aggleton, 2003). In sommige landen zijn de rechten van bepaalde minderheidsgroepen niet goed geregeld of hebben organisaties geen beleid om de rechten van minderheden te beschermen. Structureel stigma heeft desastreuze effecten voor de psychische gezondheid. Hatzenbuehler, Keyes & Hasin (2009) onderzochten psychopathologie onder homoseksuelen, lesbiennes en biseksuelen in Amerikaanse staten waar de rechten voor deze groepen beschermd werden en in Amerikaanse staten waar dat niet het geval was. In die staten waar sprake was van structureel stigma rapporteerden homoseksuelen, lesbiennes en biseksuelen in de afgelopen twaalf maanden vaker een gegeneraliseerde angststoornis, een posttraumatische stressstoornis of een persisterende depressieve stoornis (dysthymie). Ook was er meer psychiatrische comorbiditeit.

FIGUUR 1. VIER SOORTEN STIGMA (BOS ET AL., 2013; PRYOR & REEDER, 2011).



ZELFSTIGMA Zelfstigma heeft betrekking op angst voor stigmatiserende reacties en het internaliseren van de nega-

TABEL 1. EFFECTEN VAN VOORLICHTING EN CONTACT OP HET REDUCEREN VAN PUBLIEK STIGMA (COHEN'S D UIT RECENTE META-ANALYSES)

	VOORLICHTING		CONTACT	
	POST	FOLLOW-UP	POST	FOLLOW-UP
Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid (2014)				
Stigmatiserende attitudes en sociale afstand	.23***	n.b.	.47**	n.b.
Corrigan et al. (2012; 2015)				
Stigmatiserende attitudes	.21*	.22***	.63***	.55*
Gedragsintenties	.10*	n.b.	.27**	n.b.
Morgan, Reavley, Ross, San Too & Jorm (2018)				
Stigmatiserende attitudes	.30***	.03	.39***	.08
Sociale afstand	.27**	.15*	.52***	.25

Noot 1. n.b. = niet beschikbaar, * p < .05; ** p<.01; *** p<.001
Noot 2. De kortetermijneffecten uit de studie van Corrigan et al (2012) zijn gebaseerd op de 13 RCT'S. De langetermijneffecten uit de studie van Corrigan et al. (2015) zijn gebaseerd op de 19 beschikbare interventies waarbij een follow-upmeting was gedaan. Dit zijn niet allemaal RCT'S.

tieve denkbeelden die in de maatschappij over het stigma heersen (Bos et al., 2013). Zelfstigma kan leiden tot een lagere zelfwaardering en een geringe self-efficacy (Watson et al., 2007). Zelfstigma kan ook stress, angst en depressieve klachten tot gevolg hebben (Herek, Saha & Burack, 2013; Meyer, 2003). Zelfstigma is eveneens gerelateerd aan therapietrouw bij mensen met hiv (Sweeney & Vanable, 2016). Zelfstigma blijkt ook het herstel van psychische klachten te belemmeren (Oexle et al., 2018) en kan er ook voor zorgen dat mensen minder open zijn over hun psychische aandoening (Bos et al., 2009).

HET REDUCEREN VAN STIGMATISERING Het is belangrijk om stigmatisering te reduceren. Publiek stigma en stigma door associatie kunnen op eenzelfde manier worden aangepakt. Uit de wetenschappelijke literatuur weten we dat er twee manieren zijn waarop publiek stigma gereduceerd kan worden: voorlichting en contact (Corrigan & Penn, 1999; Pettigrew & Tropp, 2006). Er is veel onderzoek gedaan naar het reduceren van publiek stigma ten opzichte van mensen die leven met een psychische aandiening. Tabel 1 geeft een overzicht van de resultaten van een aantal meta-analyses naar de effecten van voorlichting en contact op publiek stigma. De kortetermijneffecten van de meta-analyses in tabel 1 zijn allemaal gebaseerd op randomised control trials (RCT's). Voorlichtingsinterventies en contactinterventies zijn allebei effectief om stigmatiserende attitudes of sociale afstand te veranderen. Contactinterventies zijn wel effectiever dan voorlichtingsinterventies. De langetermijneffecten zijn niet in alle meta-analyses onderzocht. Op de lange termijn zijn de effecten bescheiden of afwezig. De meta-analyse die wel op lange termijn effecten vond was niet gebaseerd op RCT's (Corrigan, Michaels & Morris, 2015; Corrigan et al. 2012; Griffiths et al., 2014; Morgan et al., 2018).

Het reduceren van zelfstigma heeft de afgelopen tien jaar steeds meer aandacht gekregen, met name bij mensen met een psychische aandoening. Inmiddels zijn er verschillende programma's die zelfstigma bij mensen met een psychische aandoening lijken te reduceren (zie Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015 voor overzichten). De meeste van die programma's gebruiken psycho-educatie en technieken uit de cognitieve gedragstherapie om mythes over psychische aandoeningen te ontkrachten en het internaliseren van het stigma aan te pakken (Yanos et al., 2015).

Een andere insteek vormt het *Honest, Open, Proud*-programma van Pat Corrigan en collega's. Dit is een door peers begeleide groepsinterventie van drie sessies die deelnemers ondersteunt bij beslissingen om open te zijn over de psychische aandoening om zo zelfstigma te reduceren. Onderzoek laat zien dat dit programma positieve effecten heeft en zelfstigma reduceert (Corrigan, Larson et al., 2015;

Mulfinger et al., 2018). Er zijn nog amper zelfstigma-interventies ontwikkeld voor andere gestigmatiseerde groepen; de inzichten over het reduceren van zelfstigma bij mensen met een psychische aandoeningen zouden gebruikt kunnen worden om zelfstigma bij andere groepen te verminderen.

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

Er valt in het algemeen nog veel te verbeteren op het terrein van stigma-interventies. Ten eerste zijn veel stigma-interventies niet planmatig ontwikkeld en niet op empirisch onderzoek en theoretische inzichten gebaseerd. Het is aan te raden om stigma-interventies te ontwikkelen aan de hand van intervention mapping, een protocol om op een planmatige manier interventies te ontwikkelen die gebaseerd zijn op theoretische inzichten en onderzoek (Bartholomew Eldredge et al., 2016). Een andere tekortkoming is dat stigma-interventies vaak onvolledig worden beschreven en dat vaak onduidelijk is welke gedragsveranderingsmethoden precies zijn gebruikt (Michie et al, 2013; Schaalma & Kok, 2009). Verder valt op dat de meeste evaluaties van stigma-interventies methodologisch slecht in elkaar zitten (Mak et al., 2017). Soms is er geen controlegroep en vaak wordt er niet gerandomiseerd. Bovendien worden effecten meestal op korte termijn gemeten. Een ander punt is dat soms niet de juiste meetinstrumenten gebruikt worden om de effectiviteit te meten.

EENZAAMHEID EN PSYCHOPATHOLOGIE

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

Dertig procent van de Nederlanders is eenzaam. Hiervan is twee derde matig eenzaam en een derde sterk eenzaam (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007). Uit longitudinaal onderzoek is gebleken dat de meeste mensen tijdelijk eenzaam zijn en dat dit vaak van voorbijgaande aard is (Newall, Chipperfield & Bailis, 2014; Schoenmakers, Fokkema & van Tilburg, 2014). Mannen en vrouwen verschillen nauwelijks in sterke eenzaamheid. Kijken we naar sterke eenzaamheid tijdens de levensloop, dan rapporteren mensen van middelbare leeftijd meer sterke eenzaamheid dan jongeren en ouderen (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007). Gehuwden hebben een minder groot risico op sterke eenzaamheid, terwijl gescheiden mensen juist een verhoogd risico hebben op sterke eenzaamheid (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2007). Oorzaken van eenzaamheid kunnen uiteenlopend zijn (Schoenmakers et al., 2014). Eenzaamheid kan het gevolg zijn van levensgebeurtenissen zoals verhuizing, dood van de partner of scheiding. Eenzaamheid kan ook het gevolg zijn van individuele kenmerken zoals geringe sociale vaardigheden of lage zelfwaardering. Verder kunnen mensen onrealistische verwachtingen hebben over de omvang en kwaliteit van hun sociale relaties (Schoenmakers et al., 2014). Onderzoek laat zien dat eenzaamheid bij

In onze maatschappij worden diverse groepen gestigmatiseerd, zoals mensen met psychische aandoeningen, transgenders, seksuele minderheden, druggebruikers of mensen met HIV

ouderen vaak wordt veroorzaakt door maatschappelijke veranderingen, *life events* en de moeilijkheden die gepaard gaan met ouder worden (Savikko et al., 2005).

Eenzaamheid is een risicofactor voor psychische klachten. Een recente review van Heinrich en Gullone (2016) laat zien dat eenzaamheid gerelateerd is aan psychosociale moeilijkheden zoals een lage zelfwaardering, lage sociale competentie en geringere kwaliteit van de sociale interacties. Ook blijkt eenzaamheid gerelateerd aan psychische problemen zoals angst, depressie en suïcide (Heinrich & Gullone, 2016). Een belangrijke vraag is of eenzaamheid een oorzaak is van psychopathologie of een gevolg. Uit een longitudinale studie van Ebesutani en collega's (2015) onder kinderen en adolescenten bleek dat (sociale) angst een voorspeller is van eenzaamheid. Dezelfde studie laat zien dat depressie vaker een gevolg van eenzaamheid is (Ebesutani et al., 2015). Een studie van Lim en collega's (2016) laat hetzelfde beeld zien. Zij onderzochten eenzaamheid en psychopathologie in een longitudinale studie onder de volwassen populatie. Zij vonden dat sociale angst inderdaad een voorspeller was van eenzaamheid. Er werd eveneens gevonden dat eenzaamheid een voorspeller was van sociale angst, depressie en paranoia (Lim et al., 2016).

Wat is de wetenschappelijke stand van zaken op het terrein van eenzaamheidinterventies? Masi en collega's (2011) hebben een meta-analyse uitgevoerd van interventies om eenzaamheid te reduceren. Er is gekeken naar de effectiviteit van vier verschillende soorten interventies: (1) het versterken van sociale vaardigheden, (2) het vergroten van sociale steun, (3) het vergroten van mogelijkheden voor sociaal contact en (4) het aanpakken van maladaptieve sociale cognities. Als we kijken naar de randomised control trials, dan zien we dat de sociaalcognitieve trainingsinterventies effectiever zijn in het reduceren van eenzaamheid dan interventies die sociale steun vergroten. Het versterken van sociale vaardigheden en het vergroten van mogelijkheden voor sociaal contact blijken niet effectief om eenzaamheid te reduceren (zie tabel 2) (Masi, Chen, Hawkley & Cacioppo, 2015).

Het is niet verwonderlijk dat sommige van de hierboven genoemde interventies niet werken. Het versterken van sociale vaardigheden werkt alleen voor de kleine groep die deze sociale vaardigheden niet heeft. De meeste mensen zijn om heel andere redenen eenzaam (Cacioppo et al., 2015). Het vergroten van sociale steun is maar één kant van het verhaal. Het gaat niet alleen om het krijgen van sociale steun, maar ook om het geven van steun en elkaar helpen (Cacioppo, Grippo et al., 2015). Het vergroten van mogelijkheden van sociaal contact zal mogelijk niet werken, omdat een groter sociaal netwerk nog niets zegt over de kwaliteit van deze contacten. Bovendien kunnen eenzame mensen een aandachtsbias hebben voor sociaal bedreigende informatie, waardoor zij zulke situaties negatief interpreteren en zich eruit terugtrekken (Cacioppo, Balogh & Cacioppo, 2015; Cacioppo, Grippo et al., 2015). Het is veel beter naar de achterliggende oorzaken van de eenzaamheid te kijken en hier in een cognitieve gedragstherapeutische interventie mee aan de slag te gaan. Klinisch psychologen kunnen dus een belangrijke bijdrage leveren aan het verminderen van eenzaamheid.

Voor eenzaamheidsinterventies gelden dezelfde kritische kanttekeningen die ook bij stigma-interventies genoemd werden. Veel interventies zijn niet planmatig ontwikkeld en niet op theoretische inzichten en onderzoek gebaseerd. Bovendien is de methodologische kwaliteit van veel

TABEL 2. EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES OM EENZAAMHEID TE REDUCEREN (MASI ET AL., 2011).

EENZAAMHEIDSINTERVENTIE	EFFECTSIZE
Het versterken van sociale vaardigheden	.02†
Het vergroten van sociale steun	-.16**
Het vergroten van mogelijkheden voor sociaal contact	-.06†
Het aanpakken van maladaptieve cognities	-.60**

Noot. Effectsizes zijn gebaseerd op de RCT's die in deze meta-analyse zijn meegenomen.
† niet significant, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Vanuit een evolutionair-sociaalpsychologisch perspectief kan men eenzaamheid zien als een signaal dat er een tekort is aan sociale verbondenheid

effectevaluaties onvoldoende (Masi et al., 2011). Toekomstige interventies zouden veel meer op maat moeten zijn en moeten kijken naar de individuele oorzaken van eenzaamheid. E-health- en M-health-interverventies zouden goed ingezet kunnen worden om bij specifieke doelgroepen eenzaamheid te reduceren en psychopathologie te verminderen. Tot slot zou er meer onderzoek gedaan moeten worden naar de preventie van eenzaamheid bij specifieke risicogroepen.

ZELFWAARDERING EN PSYCHOPATHOLOGIE

Sociaal psychologen hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan onderzoek naar het concept 'zelfwaardering' (Zeigler-Hill, 2013). Zelfwaardering kan beschouwd worden als de algemene evaluatie van iemand over zijn of haar waarde als persoon (Bos, Muris & Huijding, 2011; Harter, 1993).

Volgens de sociometertheorie van Leary en Baumeister (2000) is zelfwaardering een graadmeter voor de mate waarin mensen zich sociaal geaccepteerd voelen. Mensen bij wie de behoefte aan sociale verbondenheid is vervuld, zullen volgens deze theorie een hogere zelfwaardering hebben. Voor de sociometertheorie is evidentie gevonden op verschillende niveaus van analyse. Denissen en collega's (2008) vonden op intrapersoonlijk niveau dat mensen een hogere zelfwaardering rapporteren op dagen dat zij hogere kwaliteit van sociale interacties hebben en hier meer tijd aan besteden. Op interpersoonlijk niveau vonden zij dat mensen die zich doorgaans verbonden voelen met belangrijke anderen ook degenen zijn die een hoger niveau van zelfwaardering hebben. Op nationaal niveau vonden zij dat landen waarin men over het algemeen een hogere zelfwaardering heeft de landen zijn waar burgers vaker met vrienden afspreken.

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

De zelfwaardering is gerelateerd aan verschillende vormen van psychopathologie. Zo is onder meer gevonden dat zelfwaardering samenhangt met depressie, angst, eetproblemen en agressie (Bos et al., 2010; Donnelan et al., 2005; Sowislo & Orth, 2013). De vraag is of een lage zelfwaardering iemand kwetsbaar maakt voor psychopathologie (het kwetsbaarheidsmodel) of dat een lage zelfwaardering het gevolg is van psychopathologie (het littekenmodel; Zeigler-Hill, 2011). In een meta-analyse van Sowislo en Orth (2013) is gekeken naar de relatie tussen zelfwaardering enerzijds, en depressie en angst anderzijds. Deze meta-analyse biedt voor depressie ondersteuning voor het kwetsbaarheidsmodel: een lage zelfwaardering maakt iemand kwetsbaar voor depressie. De relatie tussen zelfwaardering en angst was symmetrisch met kleine voorspellende effecten in beide richtingen (Sowislo & Orth, 2013).

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

Bos en collega's (2010) onderzochten hoe verschillende vormen van zelfwaardering – namelijk de globale zelfwaardering, contingente zelfwaardering en impliciete zelfwaardering – samenhangen met verschillende symptomen van psychopathologie bij adolescenten (Bos et al., 2010). Interessant was dat zowel de globale zelfwaardering als de contingente zelfwaardering geassocieerd waren met verschillende symptomen van psychopathologie. Adolescenten met een lage globale zelfwaardering én een hoge contingente zelfwaardering bleken het meest kwetsbaar te zijn voor depressie, angst en eetproblemen. De impliciete zelfwaardering bleek daarentegen niet samen te hangen met symptomen van psychopathologie (Bos et al., 2010).

De globale zelfwaardering kan veranderd worden door de determinanten van zelfwaardering aan te pakken. Volgens Harter (1999) zijn er twee belangrijke factoren van invloed op de zelfwaardering van kinderen en adolescenten: de waargenomen steun van leeftijdgenoten, ouders of leerkrachten en de waargenomen competentie in een belangrijk domein (Bos et al., 2011; Harter, 1999). Cognitieve gedragstherapie of andere interventies zouden zich op deze factoren kunnen richten (zie Bos et al. (2011) voor een uitgebreidere uitleg). Een andere aanpak is de *competitive memory training* (COMET) voor laag zelfbeeld (zie Korrelboom (2011) voor een uitgebreide uitleg van COMET). Onderzoek heeft laten zien dat de COMET-training voor laag zelfbeeld effectief is bij verschillende soorten cliënten in de ggz, zoals mensen met een depressie (Korrelboom, Maarsingh & Huijbrechts, 2012). Een meta-analyse van zelfwaarderingsinterventies onder kinderen laat zien dat deze interventies doorgaans effectief zijn (O'Mara et al., 2006). Interventies die zich specifiek richten op de zelfwaardering zijn effectiever dan niet-specifieke interventies. Interventies die zich richten op kinderen met problemen waren effectiever dan universele preventieprogramma's (Bos, Muris & Huijding, 2011; O'Mara et al., 2006). Soortgelijke bevindingen werden gevonden in een meta-analyse van Haney en Durlak (1998). Die studie laat eveneens zien dat therapeutische interventies effectiever zijn dan preventieve programma's. Uit deze meta-analyse blijkt ook dat interventies die zich specifiek richten op de zelfwaardering effectiever zijn dan bredere interventies. Tot slot blijken op theorie en empirie gebaseerde interventies effectiever te zijn dan interventies die zo'n fundament ontberen (Bos et al., 2011; Haney & Durlak, 1998).

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

Zelfwaardering is een transdiagnostische factor die niet alleen in een therapeutische setting aangepakt kan worden (Korrelboom, 2011), maar ook heel goed ingezet kan worden voor de preventie van psychopathologie (Bos et al., 2011; Mann et al., 2004). We weten bijvoorbeeld dat de zelfwaardering in de adolescentie achteruit gaat (Robins et al., 2002). Universele of selectieve preventie bij kinderen in het laatste jaar van de basisschool zou ervoor kunnen zorgen dat psychopathologie in de adolescentie wordt voorkomen. Het spreekt voor zich dat dergelijke zelfwaarderingsinterventies planmatig ontwikkeld moeten worden, op theorie en onderzoek gebaseerd moeten zijn, en op een goede manier geëvalueerd moeten worden (Bartholomew Eldredge et al., 2016).

CONCLUSIE

Als mensen een gebrek aan sociale verbondenheid ervaren kan dit ernstige implicaties hebben voor psychopathologie. Mensen die buitengesloten worden, zich eenzaam voelen of een laag zelfbeeld hebben, lopen een risico op het ontwikkelen van psychische klachten. Het is niet alleen belangrijk om nog meer wetenschappelijke kennis te krijgen over de sociaalpsychologische aspecten van psychopathologie, maar ook om op theorie en onderzoek gebaseerde interventies te ontwikkelen op het terrein van stigmatisering, eenzaamheid en zelfwaardering.

OVER DE AUTEUR

Prof. dr. Arjan Bos is hoogleraar Klinische Psychologie aan de Open Universiteit. Dit artikel is een bewerkte versie van zijn inaugurele rede die hij op vrijdag 12 oktober 2018 uitsprak bij de aanvaarding van zijn ambt. E-mail: Arjan.Bos@ou.nl.

Literatuur

Allport, A. (1985). The historical background of social psychology. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of Social Psychology (Vol. 1, pp. 1-46)*. New York: Random House.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Baccus, J. R., Baldwin, M.W., & Packer, D. J. (2004). Increasing implicit self-esteem through classical conditioning. *Psychological Science, 15* , 498-502.

Bartholomew-Eldredge, L. K., Markham, C. M., Ruiter, R. A., Fernandez, M.E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.

Batstra, L. (2012). *Hoe voorkom je ADHD?: door de diagnose niet te stellen*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*, 497-529.

Bos, A.E.R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L.R.R. & Biesheuvel, J. (2010). Global, Contingent and Implicit Self-Esteem and Psychopathological Symptoms in Adolescents. *Personality and Individual Differences, 48*, 311-316.

Bos, A.E.R., Kanner, D., Muris, P., Janssen, B., & Mayer, B. (2009). Mental illness stigma and disclosure: Consequences of coming out of the closet. *Issues in Mental Health Nursing, 30*, 509-513.

Bos, A.E.R., Muris, P, & Huijding, J. (2011). Preventie van psychopathologie bij kinderen en adolescenten: Het belang van zelfwaarderingsinterventies. *Psychologie & Gezondheid, 39*,232-240.

Bos, A.E.R., Pryor, J.B., Reeder, G.D. & Stutterheim, S.E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology, 35*, 1-9.

Cacioppo, S., Balogh, S., & Cacioppo, J. T. (2015). Implicit attention to negative social, in contrast to nonsocial, words in the Stroop task differs between individuals high and low in loneliness: Evidence from event-related brain microstates. *Cortex, 70*, 213-233.

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science, 10*, 238-249.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality, 40*, 1054-1085.

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging, 21*, 140-151.

Corrigan, P. W., & Fong, M. W. (2014). Competing perspectives on erasing the stigma of illness: What says the dodo bird?. *Social Science & Medicine, 103*, 110-117.

Corrigan, P. W., Larson, J. E., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., Del Rossi, R., Fontecchio, M. J., ... & Rüsch, N. (2015). Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research, 229*, 148-154.

Corrigan, P., Michaels, P. J., & Morris, S. (2015). Do the effects of antistigma programs persist over time? Findings from a meta-analysis. *Psychiatric Services, 66*, 543-546.

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services, 63*, 963-973.

Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist, 54*, 765-776.

Crocker, J., & Luhtanen, R. K. (2003). Level of self-esteem and contingencies of self-worth: unique effects on academic, social, and financial problems in college students. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 701–712.

Crocker, J., Niiya, Y., & Mischkowski, D. (2008). Why does writing about important values reduce defensiveness? Self-affirmation and the role of positive other-directed feelings. *Psychological Science, 19*, 740-747.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227–268.

Dehue, T. (2014). *Betere mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Uitgeverij Augustus.

De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2014). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2. In C. van der Feltz-Cornelis & N. Mulder (Red), *Handboek sociale psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.

De Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T., & Dykstra, P. (2016). Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships (2nd edition)*. Cambridge: Cambridge University Press.

Delespaul, P., Keet, R., & Van der Feltz-Cornelis, C. (2014). Inrichting van de sociale psychiatrie in de moderne tijd. In C. van der Feltz-Cornelis & N. Mulder (Red), *Handboek sociale psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Denissen, J. J., Penke, L., Schmitt, D. P., & Van Aken, M. A. (2008). Self-esteem reactions to social interactions: evidence for sociometer mechanisms across days, people, and nations. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*, 181-196.

Dijker, A. J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology, 25*, 51–68.

Donnellan, M.B., Tresniewski, K.H., Robins, R.W., Moffitt, T.E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behaviour, and delinquency. *Psychological Science, 16*, 328-335.

Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1–28). New York, NY: Guilford.

Dijksterhuis, A. (2004). I like myself but I don't know why: enhancing implicit self-esteem by subliminal evaluative conditioning. *Journal of personality and social psychology, 86*, 345-355.

Ebesutani, C., Fierstein, M., Viana, A.G., Trent, L., Young, J., & Sprung, M. (2015). The role of loneliness in the relationship between anxiety and depression in clinical and school-based youth. *Psychology in the Schools, 52*, 223–233.

Feldman, D. B., & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 137–154.

Franken, I., Muris, P., & Denys, D. (2015). Inleiding. In I. Franken, P. Muris & D. Denys, *Psychopathologie: Oorzaken, diagnostiek en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.

Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. World Psychiatry, 13, 161-175.

Haney, P., & Durlak, J.A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 423-433.

Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 87-116). New York: Plenum.

Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health, 99*, 2275–2281.

Hebl, M. R., Tickle, J., & Heatherton, T. F. (2000). Awkward moments in interactions between nonstigmatized and stigmatized individuals. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 275–306). New York, NY: Guilford.

Herek, G. M., S. Saha, and J. Burack. 2013. Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology ,35*, 41–54.

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review, 26*, 695-718.

Huijding, J., Bos, A. E. R., & Muris, P. (2011). Enhancing implicit self-esteem in children: Can a smile make you feel worthwhile? *Netherlands Journal of Psychology, 65*, 11-25.

Kernis, M.H. (2002). Self-esteem as a multifaceted construct. In T.M. Brinthaupt & R. P. Lipka (Eds), *Understanding early adolescent self and identity. Applications and interventions* (pp. 57-90). Albany, NY: State University of New York Press.

Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
Korrelboom, K (2018). Transdiagnostische behandeling. In E. Simon, E. de Hullu, G. Smeets & H.T. van der Molen, *Klinische psychologie: Diagnostiek en therapie*. Groningen: Uitgeverij Noordhof.
Korrelboom, K., Maarsingh, M., & Huijbrechts, I. (2012). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: A randomized clinical trial. *Depression and Anxiety, 29*, 102-110.
Lim, M.H., Rodebaugh, T.L., Zyphur, M.L., & Gleeson, J.F. (2016). Loneliness over time: the crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 125*, 620–630.
Leary, M.R., & Baumeister, R.F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer Theory. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology, Vol.32 (pp. 1-62)*. San Diego, CA: Academic Press.
Mak, W. W., Mo, P. K., Ma, G. Y., & Lam, M. Y. (2017). Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. *Social Science & Medicine, 188*, 30-40.
Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, H.P., & De Vries, N.K. (2004). Self-esteem in an broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education research, 19*, 357-372.
Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review, 15*, 219-266.
Meyer I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*, 674–697.
Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., ... Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine, 46*, 81-95.
Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatric Services, 63*, 974-981.
Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., San Too, L., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 103*, 120-133.
Mulfinger, N., Müller, S., Böge, I., Sakar, V., Corrigan, P. W., Evans-Lacko, S., ... & Ruckes, C. (2018). Honest, Open, Proud for adolescents with mental illness: pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*, 684-691.
Newall, N. E., Chipperfield, J. G., & Bailis, D. S. (2014). Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships, 31*, 335-351.
Niiya, Y., Crocker, J., & Bartmess, E. N. (2004). From Vulnerability to Resilience. Learning Orientations Buffer Contingent Self-Esteem From Failure. *Psychological Science, 15*, 801-805.
Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., ... & Rüsch, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 268*, 209–212.
O'Mara, A.J., Marsh, H.W., Craven, R.G., & Debus, R.L. (2006). Do self-concept interventions make a difference? A synergistic blend of construct validation and meta-analysis. *Educational Psychologist, 41*, 181-206.
Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine, 57*, 15–24.
Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of personality and social psychology, 90*, 751-783.
Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science and Medicine, 67*, 358–367.
Pryor, J. B., & Reeder, G. D. (2011). HIV-related stigma. In J. C. Hall, B. J. Hall & C. J. Cockerell (Eds.), *HIV/AIDS in the Post-HAART Era: manifestations, treatment, and Epidemiology* (pp. 790–806). Shelton, CT: PMPH-USA.
Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Monroe, A. E. (2012). The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*, 224–241.
Pryor, J. B., Reeder, G. D., Yeadon, C., & Hesson-McInnis, M. (2004). A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*, 436–452.
Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current directions in psychological science, 14*, 158-162.
Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and aging, 17*, 423-434.
Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 472-480.
Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*, 223-233.
Schoenmakers, E., Fokkema, T., & Van Tilburg, T. (2014). Eenzaamheid is moeilijk op te lossen en treft niet alleen ouderen. *DEMOS, 30*, 5-7.
Sheldon, K. M., & Gunz, A. (2009). Psychological needs as basic motives, not just experiential requirements. *Journal of Personality, 77*, 1467-1492.
Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139*, 213-240.
Sweeney, S. M., & Vanable, P. A. (2016). The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: a systematic review and synthesis of the literature. *AIDS and Behavior, 20*, 29-50.
Tresniewski, K.H., Donnelan, M.B., & Robins, R.W. (2013). Development of self-esteem. In V. Zeigler-Hill, *Self-esteem*. New York: Psychology Press.
Van Alphen, L. M., Dijker, A. J. M., Bos, A. E. R., Van den Borne, B. & Curfs, L. M. G. (2012). The influence of group size and stigma severity on social acceptance: The case of people with intellectual disability moving into neighborhoods. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 22*, 38–50.
Van Amelsvoort, T.A.M.J., Klaassen, M.C., & Van den Heuvel, O.A. (2018). Transdiagnostische psychiatrie: concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 60*, 194-198.
Van der Molen, H.T. & Perreijn, S. (2015). Over klinische psychologie en 'abnormaal' gedrag. In H.T. van der Molen, E. Simon & J. van Lankveld (Eds), *Klinische psychologie: theorieën en psychopathologie*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
Van der Ploeg, J. (2018). *Eenzaamheid bij jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
Van der Sanden, R.L.M., Bos, A.E.R., Stutterheim, S.E., Pryor, J.B., & Kok, G. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabilitation Psychology, 58*, 73-80.
Van der Sanden, R.L.M., Pryor, J.B., Stutterheim, S.E., Kok, G., & Bos, A.E.R. (2016). Stigma by Association and Family Burden among Family Members of People with Mental Illness: The Mediating Role of Coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*, 1233-1245.
Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 39*, 179-195.
Van Tilburg, T., & De Jong Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
Vonk, R. (2017). *Sociale psychologie (vierde herziene druk)*. Amsterdam: Boom.
Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 1312-1318.
Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 38*, 171-1789.
Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contempory Psychotherapy, 41*, 157-164.
Zeigler-Hill, V. (2013). *Self-esteem*. New York: Psychology Press.