

Stigmavermindering door middel van narratieve gezondheidscommunicatie?

Een onderzoek naar de effecten van perspectief en ending
in ervaringsverhalen over depressie op sociale afstand en
attitude via identificatie en transportatie

Masterscriptie - Communicatie & Beïnvloeding

Begeleider: Dr. K.W.M. van Krieken

Tweede lezer: Drs. I.M.A.M. Stassen

Faculteit der Letteren

Studiejaar 2016-2017

24 augustus 2017



Radboud Universiteit Nijmegen

Anniek Ankersmit - s4339746

LET-CIWM401-2016-JAAR-V

Aantal woorden: 9807

Inhoudsopgave

Samenvatting	p. 3
Inleiding	p. 4
Methode	p. 13
Resultaten	p. 18
Conclusie	p. 23
Discussie	p. 24

Samenvatting

In contact staan met iemand die mentaal ziek is en educatie zijn twee succesvolle interventies om stigma rondom mentale ziektes te verminderen (Mann & Himelein, 2008). Aangezien deze interventies niet altijd mogelijk zijn, heeft dit onderzoek een alternatief om stigma te verminderen onderzocht, namelijk middels narratieven. Een ervaringsverhaal werd gemanipuleerd op twee variabele verhaalkenmerken, Perspectief (Patiënt vs Naaste) en Ending (Happy vs Sad). De 140 respondenten lazen het verhaal verteld vanuit het perspectief van een depressief personage of vanuit het perspectief van de naaste van het depressieve personage, dat goed (patiënt aan beterende hand) of slecht (patiënt heeft zelfmoord gepleegd) afliep. Er werd gekeken of deze kenmerken effect hadden op stigmavermindering, in dit onderzoek geoperationaliseerd als Attitude en Sociale Afstand, en of dit effect verklaard kon worden door Identificatie en Transportatie. Uit de resultaten van het experiment bleek dat perspectief effect had op identificatie, maar niet op transportatie. Men identificeerde zich meer met de verteller van het verhaal dan met het tweede personage in het verhaal, ongeacht het feit of deze wel of niet depressief was. Verder was er een trend zichtbaar dat het Perspectief van het depressieve personage voor een kleinere Sociale Afstand zorgde dan het Perspectief van de naaste. De Identificatie met het depressieve personage was het grootst als het verhaal slecht afliep, maar voor de Identificatie met de naaste was er geen verschil tussen de twee manieren van aflopen. Verder zorgde Identificatie met de Patiënt voor een positievere Attitude en een kleinere Sociale Afstand, maar Identificatie met de naaste niet. Enkel Identificatie met de Patiënt beïnvloedde het effect van Perspectief op Sociale Afstand.

Narratieven kunnen dus een positieve rol spelen bij stigmavermindering, maar vervolgonderzoek zal uitsluitsel moeten geven over de meest effectieve kenmerken van een narratief voor de meest optimale vermindering van het bestaande stigma rondom depressie.

Sleutelwoorden: narratieven, gezondheidscommunicatie, mentale aandoening, depressie, stigma, stigmavermindering, identificatie, transportatie, attitude, sociale afstand, happy-ending, sad-ending, perspectief

Inleiding

Depressie is de meest voorkomende psychische aandoening in de wereld (depressievereniging, z.j.), maar ondanks dat het zoveel voorkomt is er nog altijd sprake van veel stigmatisering rond deze mentale ziekte. Dat wil zeggen dat veel mensen bevooroordeelde, negatieve attitudes ten opzichte van mensen met psychische aandoeningen hebben (SSZS, 2016). Het is voor gezonde mensen lastig om een mentale aandoening te begrijpen en te accepteren, en voor mensen die lijden aan een depressie is het heel lastig om voor het probleem uit te komen in verband met schaamte. Baumann (2007) stelt namelijk dat deze mensen het gevoel hebben dat ze als vreemdelingen zouden worden behandeld en zouden worden afgewezen op het moment dat ze voor hun probleem uit zouden komen. Om het taboe dat nog altijd rond dit onderwerp rust te doorbreken worden er tegenwoordig steeds meer initiatieven in Nederland georganiseerd, zoals het jaarlijkse Depressiegala. En hoewel het lijkt alsof er in Nederland een toegenomen aandacht voor depressie is, wil dat nog niet direct zeggen dat er ook daadwerkelijk meer begrip voor is gekomen, want de patiënten met een depressie ervaren nog altijd veel schaamte (depressievereniging, 2016). Om deze mensen op de juiste manier en tijdig te kunnen helpen is het noodzakelijk dat het taboe verdwijnt (Biegler et al., 2016). Daar is begrip en bewustzijn voor nodig, wat ervoor zal zorgen dat de schaamte om het te delen afneemt.

Een manier om begrip en betrokkenheid te vergroten is het gebruik van narratieven, ook wel verhalen genoemd (Chung & Slater, 2013). Op het internet is veel informatie te vinden over verschillende (mentale) aandoeningen en vaak wordt dit opgeluisterd door een achtergrond- of ervaringsverhaal over iemand die lijdt aan de betreffende aandoening. Deze verhalen staan erom bekend dat ze ervoor zorgen dat informatie beter te begrijpen is en dat ze identificatie met de persoon in kwestie mogelijk maken, wat ervoor kan zorgen dat het inlevingsvermogen toeneemt en de mogelijke persuasiviteit van de boodschap vergroot (De Graaf, Sanders, Beentjes & Hoeken, 2007; Hoeken, Hornikx & Hustinx, 2012). Er is echter nog niet veel bekend over de impact van deze ervaringsverhalen op sociale afstand en attitude, en hoe deze narratieven eruit moeten zien om hier de grootste impact op te hebben door een zo hoog mogelijke transportatie en identificatie teweeg te brengen. Met andere woorden, er is weinig bekend over wat de effecten zijn van bepaalde kenmerken van narratieven op de mate van vermijding tot een gestigmatiseerd individu met een mentale ziekte (sociale

afstand: Caputo & Rouner, 2011; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001) en de ideeën die men over de ziekte en deze persoon heeft. Tevens onderzoekt deze studie of deze mogelijke effecten van de twee kenmerken vertelperspectief en manier van eindigen kunnen worden verklaard door de mate waarin de lezer opgaat in het verhaal (transportatie: Green & Brock, 2000) en zich vereenzelvigd met het personage (identificatie: Cohen, 2001). Om de kennis over het zo effectief mogelijk verminderen van stigma door middel van narratieven te laten toenemen, heeft dit onderzoek als doel te bepalen welke effecten vertelperspectief en de manier van eindigen van een ervaringsverhaal over depressie hebben op sociale afstand en attitude. Dit onderzoek draagt daarmee bij aan het vergroten van de kennis over narratieve gezondheidscommunicatie.

Stigmavermindering

Onderzoek heeft aangetoond dat mensen zich niet alleen schamen voor hun mentale ziekte, maar dat er ook daadwerkelijk een stigma is. Stigmatisering kan onder andere leiden tot discriminatie in banen en bij huisvesting (Corrigan & Penn, 2004; Hinshaw & Cicchetti, 2000). Dit stigma zorgt voor veel problemen die er vervolgens toe leiden dat herstel van bijvoorbeeld een depressie extra lastig wordt. Om dit stigma te verminderen zijn er twee strategieën, of interventies, die empirisch onderzocht zijn en effect blijken te hebben, namelijk contact en educatie (Mann & Himelein, 2008).

In contact staan met iemand die lijdt aan een mentale ziekte is het meest effectief voor stigmavermindering (Mann & Himelein, 2008). Bij contact vindt er interactie plaats tussen individuen die een mentale aandoening hebben of hebben gehad en mensen zonder een dergelijke aandoening. Contact is echter niet altijd mogelijk. Een tweede mogelijkheid om stigma te verminderen is educatie (Mann & Himelein, 2008), maar educatie is niet altijd even effectief. Een succesvolle interventie met educatie moet volgens Corrigan en Penn (1999) aan vier punten voldoen. De interventie moet persoonlijke informatie over het individu met de diagnose mentale ziekte bevatten, mythes moeten direct worden aangevallen, door middel van simulaties moet empathie toenemen en er moet een discussie worden toegevoegd. Om de kennis over effectieve educatie-interventies te laten toenemen, onderzochten Mann en Himelein (2008) door middel van twee experimenten welke van twee educatieve aanpakken, de narratieve of de traditionele, effectiever was in stigmavermindering. Deze experimenten werden

uitgevoerd met psychologie studenten en met schizofrenie als mentale ziekte. Uit dit onderzoek (Mann & Himelein, 2008) kwam naar voren dat een narratieve aanpak effectiever was dan een traditionele aanpak wat stigmavermindering betreft. Bij de traditionele aanpak staan de symptomen en diagnose centraal, wat ervoor zorgt dat dit een meer didactische wijze van educatie is. De narratieve aanpak, waarbij er in een video een aantal patiënten aan het woord kwamen, bleek significant het stigma te verminderen. Hiermee repliceerden Mann en Himelein (2008) de vondsten van Reinke, Corrigan, Leonhard, Lundin en Kubiak (2004) dat contact niet 'live' hoeft te zijn om effectief te zijn. Videotapes van patiënten die hun ervaringen delen hebben namelijk vergelijkbare effecten met oog-in-oog interactie. Deze vermindering van het stigma kwam volgens Mann en Himelein door de meer menselijke manier van educatie en doordat de participanten het verhaal zagen vanuit het perspectief van een patiënt. Dat liet empathie toenemen en liet stereotypering afnemen (Mann & Himelein, 2008).

Sociale afstand

Stigmatisering - de stereotypering, de vooroordelen en de negatieve attitudes – is een cognitief proces (Caputo & Rouner, 2011). In het hoofd van een 'gezond' persoon¹ kan er sprake zijn van negatieve stereotypen, attitudes en vooroordelen ten opzichte van mensen met een mentale aandoening, wat vaak op gevaar, angst en vermijding neerkomt (Schumacher, Corrigan & Dejong, 2003). Deze cognitieve processen kunnen zich uiten in gedrag, namelijk sociale afstand. Hierbij gaat het met name om de mate waarin een individu wil omgaan met iemand die mentaal ziek is (Caputo & Rouner, 2011). Negatieve ideeën en gevoelens over iemand met een depressie kunnen een afstand tot deze persoon veroorzaken. Intern wordt deze persoon dan als gevaarlijk gezien waardoor er angst voor deze persoon ontstaat en waardoor die gestigmatiseerde persoon¹ vervolgens wordt vermeden (Corrigan et al., 2001). Daarom is het zaak om het bestaande stigma te verminderen.

Narratieve beïnvloeding

Hoewel persoonlijk contact met een mentaal ziek persoon het meest effectief is in het verminderen van stigma en educatie ook effectief kan zijn (Mann & Himelein, 2008),

¹ In dit onderzoek wordt er gesproken over gezond en niet-gestigmatiseerd versus patiënt en gestigmatiseerd. Dit is een terminologische keuze om het onderscheid tussen iemand met een mentale ziekte (depressie) en iemand zonder een dergelijke ziekte te kunnen duiden.

is dit niet altijd mogelijk en daarom zijn er alternatieven nodig om de sociale afstand die men voelt ten opzichte van iemand met een depressie te verkleinen. Een mogelijk alternatief, en veelgebruikt medium, is een narratief. Volgens Kreuter et al. (2007, p. 222) geeft een narratief samenhangende gebeurtenissen en personages weer met daarin een herkenbare structuur die tijd- en plaatsgebonden is en bevat het impliciete of expliciete boodschappen over een bepaald onderwerp. Een ervaringsverhaal kan gedefinieerd worden op basis van de definitie van een exemplar: *‘een voorbeeldgeschiedenis in een levendige, verhalende vorm waarin één of meerdere personen worden ingezet om een bepaald gevolg van een maatregel of van een gebeurtenis te illustreren* (Hoeken et al., 2012, p. 129). In de huidige context gaat het echter niet zo zeer over een maatregel, maar zijn dat verhalen waarin ervaringsdeskundigen – in dit geval individuen met een mentale ziekte – vertellen over wat zij hebben meegemaakt of meemaken en hoe zij de ziekte (hebben) ervaren. Een ervaringsverhaal kan daarnaast ook worden geschreven of verteld worden door een familielid of professional (Hoeken et al., 2012), waardoor enkel het perspectief verandert.

Deze verhalen geven informatie en zorgen voor beter begrip, inlevingsvermogen en ze vergroten de overtuiging (Hoeken et al., 2012). Daarnaast helpen ze ook met name bij kennisverwerving en het vormen van een representatief beeld, doordat de informatie gegeven wordt vanuit het perspectief van de ervaringsdeskundige verteller, in dit geval de patiënt (Zillmann, 2006). Tevens kan gezondheidsinformatie in de vorm van een persoonlijk verhaal onzekerheid rondom een bepaald onderwerp bij de lezer wegnemen en ervoor zorgen dat de informatie begrijpelijker wordt (Damman, Hendriks, Rademakers, Delnoij & Groenewegen, 2009). Daarnaast toonden Murphy, Frank, Chatterjee en Baezconde-Garbanati (2013) aan dat een narratief voor een groter leereffect en een positieve attitudeverandering zorgde in vergelijking met een non-narratief, een meer didactische stijl van schrijven, wat betreft voorlichtende gezondheidscommunicatie omtrent baarmoederhalskankerpreventie. Aan deze narratieve beïnvloeding liggen twee processen ten grondslag (De Graaf, Hoeken, Sanders & Beentjes, 2012), namelijk transportatie (Green & Brock, 2000) en identificatie (Cohen, 2001).

Identificatie

Caputo en Rouner (2011) stellen dat als de lezer of kijker zich identificeert met

personen in verhalen over mentale aandoeningen, het stigma verkleind kan worden. Identificatie wordt in dit onderzoek als volgt gedefinieerd: 'Identificatie is een proces dat culmineert in een cognitieve en emotionele staat waarin de kijker niet bewust is van zichzelf als een kijker, maar zichzelf inbeeldt één van de personages in de tekst te zijn' (Cohen, 2001, p.252, vertaling AA). Bij identificatie raakt de lezer of kijker geraakt door en vermengd in het verhaal waardoor de doelen van het personage geïnternaliseerd worden door de kijker of lezer. Door identificatie met personages kan de sociale realiteit vanuit een ander perspectief worden gezien en dat vormt de ontwikkeling van sociale attitudes. Identificatie kan gebruikt worden als overtuigingstactiek, omdat het ervoor zorgt dat men niet in de eigen gedachten en gevoelens, in één perspectief, blijft hangen, maar juist nieuwe mogelijkheden biedt voor begrip en dat kan resulteren in attitudeverandering (Cohen, 2001). Daarnaast toonden Caputo en Rouner (2011) aan dat mensen die zich identificeerden met het personage een kleinere sociale afstand ten opzichte van een depressief persoon vertoonden in vergelijking met mensen die zich in mindere mate identificeerden.

Er zijn onderzoekers die waargenomen gelijkenis en identificatie als twee gerelateerde, maar verschillende constructen zien (o.a. Moyer-Gusé & Nabi, 2010). Met waargenomen gelijkenis wordt het gevoel van de kijker of lezer bedoeld in hoeverre hij of zij dezelfde kenmerken heeft als de persoon in het verhaal. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de achtergrond, interesses en persoonlijke eigenschappen (Van Krieken & Sanders, 2017). Gelijkenis versterkt identificatie, omdat het nu eenmaal makkelijker is om je te identificeren met iemand waarvan je het gevoel hebt overeenkomsten te hebben dan met iemand die heel ver van je afstaat (Van Krieken & Sanders, 2017). In dit huidige onderzoek wordt echter ook gekeken naar de mate van identificatie met een personage dat wat verder van de lezer afstaat doordat dit personage mentaal ziek is.

Transportatie

Naast identificatie is ook transportatie een onderliggend proces van narratieve beïnvloeding (Green & Brock, 2000). Transportatie is de mate waarin de lezer geabsorbeerd raakt in een verhaal of getransporteerd raakt in de narratieve wereld. Dit is een mentaal proces dat draait om aandacht, verbeelding en gevoel (Green & Brock, 2000). Getransporteerd zijn wordt vaak gekenmerkt door een volledige focus op en betrokkenheid bij het verhaal, en dat de lezer het gevoel heeft zich te verliezen in een

verhaal. Als men getransporteerd is in een verhaal zijn alle cognitieve bronnen druk bezig. Dat zorgt ervoor dat tegenargumenten verminderen en dat kan zorgen voor een verandering in visie en gedachten (Green & Brock, 2000). Daarnaast zorgt transportatie voor een afname in negatieve cognitieve reacties en zorgt het ervoor dat een narratieve ervaring meer op een echte ervaring lijkt, waardoor er overtuigingen ontstaan die overeenkomen met of gebaseerd zijn op de gebeurtenissen in het verhaal (Green & Brock, 2000). Uit het onderzoek van Caputo en Rouner (2011) bleek ook dat getransporteerde mensen minder sociale afstand ten opzichte van een gestigmatiseerd persoon vertoonden dan niet-getransporteerde mensen.

Kenmerken van verhalen

Narratieven kunnen op verschillende manieren zijn vormgegeven wat bijvoorbeeld het gebruik van voornaamwoorden (Van Krieken, Sanders & Hoeken, 2015), schrijfstijl en perspectief betreft (voor een overzicht zie De Graaf, Sanders & Hoeken, 2016), maar er is weinig bekend over de kenmerken van deze verhalen die voor identificatie en transportatie zorgen (Van Krieken & Sanders, 2017; Green, 2008). Het is, met andere woorden, nog vrij onbekend waarom en hoe gezondheidsverhalen positieve invloed uitoefenen op de lezer.

Perspectief

Een aantal onderzoekers hebben gekeken naar de effecten van perspectief op identificatie (Chen, Bell & Taylor, 2016; Hoeken, Kolthoff & Sanders, 2016). Chen et al. (2016) en Hoeken et al. (2016) onderzochten de effecten van overeenkomsten tussen de lezer en de hoofdpersoon en verschillende talige perspectieven (eerste versus derde persoon) op identificatie. Uit beide onderzoeken kwam naar voren dat de overeenkomsten tussen de hoofdpersoon en de ontvanger effectief zijn in het verhogen van de identificatie. Daarnaast vonden Chen et al. (2016) dat het perspectief geen invloed had op identificatie, maar Hoeken et al. (2016) vonden daarentegen dat juist het perspectief ervoor zorgt dat de lezer zich in meer of mindere mate kan identificeren met de hoofdpersoon. Bij het eerste persoonsperspectief was de identificatie namelijk groter dan bij het derde persoonsperspectief (Hoeken et al., 2016). Deze sterkere identificatie was zelfs aanwezig op het moment dat er een tweede persoon in het verhaal voorkwam die eigenlijk meer persoonlijke overeenkomsten had met de lezer (Hoeken et al., 2016). Het huidige onderzoek past twee vertelperspectieven toe, waarbij het verschil tussen

beide perspectieven de verteller van het verhaal is. Het gaat hier om door wiens ogen de lezer het verhaal leest en door wiens ogen het verhaal verteld wordt. In dit geval door de 'patiënt' en de naaste van de depressieve 'patiënt'. Op deze manier wordt gepoogd de kennis over de effectiviteit van (variabele kenmerken van) ervaringsverhalen te vergroten.

Ending

Een ander variabel kenmerk van een narratief is hoe het verhaal eindigt. Vele verhalen kennen een happy-ending, maar er zijn ook verhalen die slecht aflopen (sad-ending) voor de hoofdpersoon. Bij een happy-ending gebeurt datgene waar de kijker of lezer op hoopte en dat gaat gepaard met positieve emoties en gevoelens. Hoewel happy-endings enorm veel worden gebruikt in met name Hollywood-films en verhalen, is het een concept dat nog maar heel weinig is onderzocht (MacDowell, 2013). Ook bij ervaringsverhalen over depressie op het internet komen beide varianten van eindigen veel voor. Zo loopt het ene verhaal af met een doodswens, in zelfmoord of eindigt het in een medicijnverslaving en het andere verhaal loopt goed af waarbij de depressieve persoon baat heeft bij de therapie of bij de medicijnen, of zelfs volledig genezen is². Wat de effecten van dit verhaalkenmerk zijn is echter nog niet eerder onderzocht.

Hoe wij als lezer verhalen waarderen of ervan genieten kan verklaard worden door de disposition theory (Zillmann & Cantor, 1976). De disposition theory gaat over de waardering of het genieten van entertainment. Als het gaat over drama, houdt deze theorie in dat het genieten van een verhaal *'een functie is van de affectieve dispositie van de kijker tegenover de personages en de gebeurtenissen die deze personages meemaken in het verhaal'* (Raney, 2006, p. 140, vertaling AA). Als lezer vormen wij sneller een positieve dispositie over de acties van het door ons geliefde personage dan van het 'slechte' personage, want *"success is hoped and failure is feared for liked characters"* (Raney, 2006, p. 142). Dat wil dus zeggen dat het genot toeneemt op het moment dat het geliefde personage iets goeds meemaakt en de slechterik iets naars overkomt. Voor het afnemen van genot geldt het tegenovergestelde (Raney, 2006).

Of een personage wel of niet leuk wordt gevonden, kan worden verklaard door de Social Identity Theory (SIT: Tajfel, 1979). De SIT stelt dat mensen een positieve sociale identiteit willen behalen en behouden door zich goed te voelen over de sociale groep

² Voorbeelden afkomstig uit de ervaringsverhalen op www.depressievereniging.nl

waarbij zij horen (Brown, 2000). Hierbij wordt de eigen identiteit gebaseerd op de identiteit van de groep waarmee men zich mee wil associëren (in-group). De mensen waar men zich niet verbonden mee voelt en die verder van hen afstaan (out-group), worden als 'minder' of als 'slechter' gezien (Chung & Slater, 2013). Dit kan leiden tot het actief belachelijk maken of afvallen van de out-group om de eigen in-group te beschermen of te versterken (Brown, 2000). Hiermee is de SIT ook een verklaring voor het bestaan van stigma, omdat stigma ontstaat door deze negatieve gedachtes en vooroordelen rondom out-groups.

Degene met wie de lezer zich identificeert in een verhaal, wie de lezer als in-group member ziet, moet dus voor het genot van de lezer geen nare dingen overkomen. In dat geval zouden mensen die tot een gestigmatiseerde groep behoren door mensen buiten deze groep, 'gezonde' mensen, kunnen worden gezien als gebrekkig en ongewenst (Chung & Slater, 2013). In die zin zou een gestigmatiseerd verhaalpersonage, zoals iemand met een depressie, niet alleen kunnen worden gezien als iemand van de out-group (SIT), maar ook als een 'slecht' personage. Op basis van de disposition theorie zou dan verwacht kunnen worden dat er voor de leeservaring in mindere mate een happy-ending wordt gewenst bij gestigmatiseerde personages dan bij niet-gestigmatiseerde personages die tot de in-group behoren. Met andere woorden, als een niet-gestigmatiseerd personage een goede afloop kent in het verhaal staat de lezer meer open voor de leeservaring (identificatie en transportatie), dan wanneer het verhaal voor het niet-gestigmatiseerde personage een slechte afloop kent, omdat men als lezer voor de beste leeservaring en het grootste genot een juiste combinatie tussen 'goed' en 'slecht' wil zien (Raney, 2006).

Het huidige onderzoek verwacht dat Perspectief invloed heeft op de mate van stigma, in dit onderzoek geoperationaliseerd als Sociale Afstand en Attitude. Er wordt verwacht dat het perspectief van een niet-gestigmatiseerd personage tot stigmavermindering leidt doordat dat een 'veilige' manier is om kennis te maken met depressie en de gevoelens daaromheen. Dat wil zeggen dat als men een verhaal leest vanuit een niet-gestigmatiseerd persoon - een in-group personage - men minder Sociale Afstand voelt en positievere Attitudes heeft, omdat dit personage zelf niet depressief is en dus meer op de lezer lijkt. Hierdoor zou er minder sprake zijn van stigma. Verder wordt er verwacht dat dit perspectief tot een sterkere identificatie (Cohen, 2001) en transportatie (Green & Brock, 2000) leidt, omdat het niet-gestigmatiseerde personage

tot de in-group (SIT: Brown, 2000; Chung & Slater, 2013) van de meeste lezers behoort en men daarmee sneller een connectie kan vormen. De sociale afstand zal dan kleiner zijn en de attitudes positiever (Caputo & Rouner, 2011), omdat deze persoon niet tot een gestigmatiseerde groep behoort. Doordat deze persoon dichterbij de lezer staat is de kans op identificatie en transportatie ook groter, omdat er geen verschillen tussen het personage en de lezer overbrugt hoeven te worden, maar op basis van gelijkens identificatie en transportatie sneller een kans krijgen. Men kan zich beter verplaatsen in dit personage en daarmee raakt men sneller opgezogen in het verhaal.

***H1:** Een verhaal over depressie vanuit het perspectief van een niet-gestigmatiseerd personage (gezond) zorgt voor positievere attitudes en een kleinere sociale afstand in vergelijking met een verhaal vanuit het perspectief van een gestigmatiseerd personage (depressief).*

***H2:** Een verhaal over depressie vanuit het perspectief van een niet-gestigmatiseerd personage (gezond) leidt tot sterkere identificatie en transportatie in vergelijking met het perspectief van een gestigmatiseerd personage (depressief).*

Op basis van de SIT (Brown, 2000; Chung & Slater, 2013) en de disposition theory (Zillmann & Cantor, 1976) kan er verwacht worden dat een fit tussen het personage en de manier van eindigen van het verhaal tot een betere leeservaring leidt. Dat wil zeggen dat de juiste combinatie tussen 'goed' en 'slecht' voor sterkere effecten zorgt. Verder wordt er, op basis van meerdere onderzoeken (Green & Brock, 2000; De Graaf et al., 2012; Caputo & Rouner (2011); Murphy et al., 2013) verwacht dat Identificatie en Transportatie onderliggende mechanismen zijn van narratieve beïnvloeding en dat ze daarom de effecten van Perspectief op Stigmavermindering beïnvloeden. Daarnaast hebben onderzoekers (Reinke et al., 2004; Mann & Himelein, 2008) aangetoond dat contact niet 'live' hoeft te zijn om dezelfde effecten als oog-in-oog interactie te bewerkstelligen. Er wordt verwacht dat narratieven door de leeservaring, door middel van identificatie en transportatie, eenzelfde 'contactsimulerende' kenmerk hebben als video's en daarmee stigma laten afnemen.

***H3:** Het effect van perspectief op identificatie en transportatie wordt bepaald door hoe het verhaal afloopt, waarbij a) voor het perspectief van een niet-gestigmatiseerd personage (gezond) geldt dat een happy-ending tot meer identificatie en transportatie leidt dan een sad-ending, en b) voor het perspectief*

van een gestigmatiseerd personage (depressief) geldt dat een sad-ending tot meer identificatie en transportatie leidt dan een happy-ending.

H4: *Identificatie en transportatie hebben effect op sociale afstand en attitude, zodanig dat een hoge identificatie en transportatie zorgen voor een kleinere sociale afstand en een positievere attitude in vergelijking met een lage identificatie en transportatie.*

H5: *Identificatie en transportatie mediëren de relatie tussen perspectief van het verhaal en sociale afstand en attitude*

Dit onderzoek draagt bij aan de kennis over de effecten van narratieve gezondheidscommunicatie en het poogt duidelijkheid te verschaffen over de rol van identificatie en transportatie en de effecten van perspectief. Daarnaast is het nog niet eerder onderzocht wat het effect van de afloop van het verhaal is, terwijl dit een veelvoorkomend variabel aspect is in ervaringsverhalen over depressie. Ending is in het algemeen ook nog een zeer onderbelicht onderwerp in de wetenschappelijke onderzoeken en daarom zal dit huidige onderzoek hier voor het eerst licht op schijnen. Op deze manier wordt niet alleen de wetenschappelijke kennis vergroot, maar helpt dat de maatschappij, die steeds harder vecht tegen bestaande stigma's, ook om verhalen te ontwikkelen die op de meest optimale manier bijdragen aan het verminderen van het bestaande stigma.

Methode

Materiaal

Het materiaal van dit onderzoek is gebaseerd op een bestaand en waargebeurd verhaal dat gepubliceerd is in het AD (zie bijlage B), waarbij de namen van de hoofdpersonen veranderd zijn. In dit verhaal beschreef een man wat hij meemaakt en heeft meegemaakt met zijn depressieve vrouw. Dat zijn vrouw in een diepe depressie raakte en het leven niet meer zag zitten waardoor ze meerdere pogingen tot zelfdoding ondernam. Verder werd er in het verhaal verteld hoe hij zich voelde en hoe zij zich voelde. Dit verhaal is herschreven en gemanipuleerd op perspectief en op de manier van eindigen, waardoor er vier verhaalversies waren. Het ene verhaal is vanuit het perspectief van de patiënt (vrouw met depressie) geschreven en de andere vanuit het perspectief van de naaste (man van de patiënt). Beide personages kwamen in elke verhaalversie voor, het verschilde echter wie er aan het woord was. Dat wil zeggen dat

het verhaal of verteld werd door het depressieve personage of door de naaste van het depressieve personage. Verder hield de manipulatie de positieve of negatieve manier van eindigen in. In het ene verhaal was de patiënt aan de beterende hand en bij de andere heeft de patiënt reeds zelfmoord gepleegd.

Om het effect van ending op identificatie en transportatie te kunnen toetsen werd in de eerste alinea al duidelijk hoe het verhaal zou aflopen. De processen van identificatie en transportatie starten namelijk direct al bij het lezen van het verhaal. Daarom was het na het lezen van de eerste alinea (zie tabel 1) al duidelijk vanuit wiens ogen de proefpersonen het verhaal lazen en hoe het verhaal af zou lopen. Elke versie van het verhaal bevatte tussen de 915 en 950 woorden (zie bijlage C voor de vier versies).

Tabel 1. Eerste alinea van de verhalen gemanipuleerd op perspectief en ending

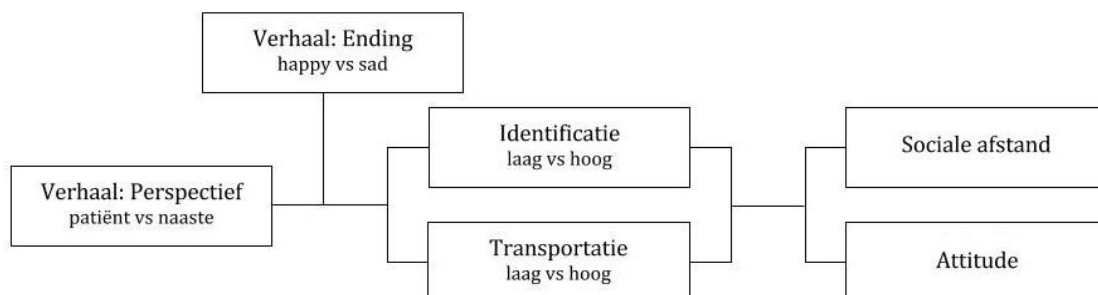
	Happy-ending	Sad-ending
Perspectief: Naaste	Het was zondag 5 mei, de dag voordat Pim Fortuyn werd vermoord. Ik had hardgelopen, stond onder de douche en hoorde opeens een kabaal beneden, uit de garage. Toen ik ging kijken, zag ik een ketting op de grond liggen. De ketting waar je je fiets aan ophangt om 'm te repareren. Marieke had geprobeerd zich ermee van kant te maken, maar het haakje was uit het plafond geschoten. Dat was haar eerste poging tot zelfdoding. Er zouden er nog zes volgen. Ik zag haar in een putje verdwijnen. Mijn lieve vrouw raakte lange tijd geleden in een diepe depressie, maar samen kropen we uit dit diepe donkere dal.	Het was zondag 5 mei, de dag voordat Pim Fortuyn werd vermoord. Ik had hardgelopen, stond onder de douche en hoorde opeens een kabaal beneden, uit de garage. Toen ik ging kijken, zag ik een ketting op de grond liggen. De ketting waar je je fiets aan ophangt om 'm te repareren. Marieke had geprobeerd zich ermee van kant te maken, maar het haakje was uit het plafond geschoten. Dat was haar eerste poging tot zelfdoding. Ik zag haar steeds verder in een putje verdwijnen. Mijn lieve vrouw raakte lange tijd geleden in een diepe depressie en zag geen uitweg meer. Er zouden nog zes pogingen volgen, waarvan de laatste ervoor zorgde dat ik alleen achterbleef...
Perspectief: Patiënt	Het was zondag 5 mei, de dag voordat Pim Fortuyn werd vermoord, toen ik de garage in liep met het idee dat dit mijn laatste dag zou zijn geweest. Freek was na het hardlopen onder de douche gegaan toen ik aan dit leven probeerde te ontsnappen door het touw om mijn hals te doen, maar het haakje schoot uit het plafond... Door het kabaal stond hij heel snel naast mij. Dit was mijn eerste poging tot zelfdoding. Er zouden er nog zes volgen. Ik raakte lang geleden in een diepe depressie en verdween in een diepe put, maar samen met mijn lieve man kroop ik uit dit diepe donkere dal.	Het was zondag 5 mei, de dag voordat Pim Fortuyn werd vermoord toen ik de garage in liep met het idee dat dit mijn laatste dag zou zijn geweest. Freek was na het hardlopen onder de douche gegaan toen ik aan dit leven probeerde te ontsnappen door het touw om mijn hals te doen, maar het haakje schoot uit het plafond... Door het kabaal stond hij heel snel naast mij. Dit was mijn eerste poging tot zelfdoding. Er zouden er nog 5 volgen die ik overleefde. Ik raakte lange tijd geleden in een diepe depressie en verdween in een diepe punt en ik zie nu echt geen uitweg meer. Poging zeven zal mijn laatste worden. Dag lieve mensen, dag lieve Freek.

Proefpersonen

In totaal namen er 239 mensen deel aan het onderzoek. Proefpersonen die het verhaal niet goed gelezen hadden (sneller dan 3 minuten) en proefpersonen die de vragenlijst niet volledig hebben ingevuld zijn niet meegenomen in het onderzoek. Aan het volledige experiment namen 140 Nederlandstalige proefpersonen deel. Om de steekproef een zo goed mogelijke afspiegeling van de samenleving te laten zijn, waren er geen restricties wat opleidingsniveau betreft en werden zowel mannen als vrouwen bevraagd. Er namen 33 mannen (23,6%) en 107 vrouwen (76,4%) deel aan het onderzoek. Geslacht was gelijk verdeeld over de vier condities ($\chi^2 (3) = 2.51, p = .474$). De minimale leeftijd van de proefpersonen was 18 jaar, in verband met het vrij zware onderwerp, en de oudste proefpersoon was 67 jaar. De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was 33,7 jaar ($SD = 13,38$). Leeftijdsverschillen waren gelijk verdeeld over de condities ($F (3, 139) < 1$). Wat betreft het opleidingsniveau was er 1 proefpersoon met Basisonderwijs als hoogst genoten of huidige opleiding (0,7%), 7 mensen met lbo/vmbo (5%), 3 havo (2,1%), 2 vwo (1%), 45 mbo (32,1%), 39 hbo (27,9%), 42 wo (30%) en 1 proefpersoon vulde Anders, namelijk: Huishoudschool in (0,7%). Het opleidingsniveau was gelijk verdeeld over de condities ($\chi^2 (21) = 20.17, p = .510$).

Onderzoeksontwerp

Dit onderzoek betrof een tussenproefpersoonsontwerp met ervaringsverhaal als experimentele factor waarbij het verhaal is gemanipuleerd op perspectief (patiënt versus naaste) en op ending (happy versus sad). De afhankelijke variabelen binnen dit onderzoek zijn sociale afstand en attitude. Het effect van ervaringsverhaal op de twee afhankelijke variabelen werd verwacht gemedieerd te worden door transportatie en identificatie. Het betrof een 2 (perspectief: patiënt vs naaste) x 2 (ending: happy vs sad) design, waarbij Ending een moderator was van de relatie tussen Perspectief en de twee mediators. In figuur 1 is het onderzoeksmodel schematisch weergegeven.



Figuur 1. Schematische weergave onderzoeksdesign (Analysemodel)

Instrumentatie

De afhankelijke variabelen werden aan de hand van een vragenlijst (zie bijlage A) bevraagd. Na het lezen van het verhaal vulden de proefpersonen de Social Distance Scale van Arkar en Eker (1992; in Sari, Arkar & Alkin, 2005) in. Sociale afstand werd aan de hand van 7 items gemeten op een 7-punts-Likertschaal van 'helemaal mee oneens tot 'helemaal mee eens' (bijvoorbeeld 'Ik zou het erg vinden om naast iemand met een zware depressie te zitten tijdens een lange busreis'). De betrouwbaarheid van de sociale afstand-schaal was goed $\alpha = .83$. Vervolgens beantwoordden de proefpersonen 17 items van de ASMI-schaal (Attitudes of Severe Mental Illness Scale) van Madianos, Exonomou, Peppou, Kallergis, Ragakou en Alevizopoulos (2012) (bijvoorbeeld 'Mensen met een depressie zijn mislukkelingen'). Deze 17 items werden gemeten aan de hand van een 7-punts-Likertschaal, waarbij 1 staat voor 'helemaal mee oneens' en 7 voor 'helemaal mee eens.' Twee items ('Depressie wordt veroorzaakt door pech' en 'Iemand met een depressie is in staat om te werken') werden niet meegenomen in de analyse in verband met de betrouwbaarheid van de schaal ($\alpha = .64$). De Attitude-schaal met 15 items was adequaat $\alpha = .72$.

Om transportatie te meten werd de Narrative Transportation Scale van Green en Brock (2000) gebruikt. Transportatie werd hierbij gemeten met 8 items op een 7-punts-Likertschaal waarbij 1 staat voor 'helemaal mee oneens' en 7 staat voor 'helemaal mee eens' (bijvoorbeeld 'Toen ik dit verhaal las, kon ik me de gebeurtenissen in het verhaal gemakkelijk voorstellen'). De betrouwbaarheid van deze schaal was adequaat $\alpha = .76$. Vervolgens werd identificatie gemeten aan de hand van de 5 items van Cohen (2001) op een 7-punts-Likertschaal waarbij 1 staat voor 'helemaal mee oneens' en 7 voor 'helemaal mee eens' (bijvoorbeeld 'Op belangrijke momenten in het verhaal, voelde het alsof ik precies wist waar hoofdpersoon X doorheen ging'). Deze items werden twee keer bevraagd zodat voor beide personages uit het verhaal de identificatie gemeten kon worden. Identificatie met de Patiënt was goed $\alpha = .87$ en ook de schaal Identificatie met de Naaste was goed $\alpha = .83$.

Met vertrouwdheid of bekendheid met het onderwerp wordt de kennis over en ervaring met mentale aandoeningen bedoeld (Caputo & Rouner, 2011). Dit werd ter controle meegenomen omdat uit onderzoek blijkt dat bekendheid met mentale aandoeningen voor een kleinere sociale afstand en positievere attitude ten opzichte van een depressief persoon zorgt (Corrigan et al., 2001; Caputo & Rouner, 2011).

Bekendheid of vertrouwdheid met depressie werd gemeten met 8 familiarity items van de Level of Contact Report van Corrigan et al. (2001). Hierbij werd er met 'ja' of 'nee' geantwoord en staat het eerste item voor de laagste bekendheid en het achtste item voor de grootste bekendheid, waardoor een respondent tussen de 0 en 8 kon scoren (van 'Ik heb nog nooit iemand gezien met een depressie' tot 'Ik heb zelf een depressie').

Procedure

Het onderzoek werd online en individueel afgenomen. Er was geen beloning om mensen te motiveren deel te nemen aan het onderzoek. De link naar de vragenlijst werd verspreid per mail en via Facebook. De proefpersonen werden willekeurig aan een van de condities toegewezen. Allereerst lazen de proefpersonen een introductietekst waarin stond dat er geen foute antwoorden waren, hoe lang het onderzoek ongeveer duurde, dat men anoniem deelnam aan het onderzoek en dat men werd bedankt voor de deelname aan het onderzoek. Vervolgens hebben de respondenten het verhaal gelezen en daarna vulden ze de rest van de vragenlijst in (zie *instrumentatie* of bijlage A). Vervolgens vulden de proefpersonen wat persoonlijke vragen in over geslacht, opleidingsniveau, leeftijd en of ze wel of niet bekend waren met depressie. Daarnaast werd er ook gevraagd hoe ze het einde van het verhaal hadden ervaren. De deelnemers werden na afloop nogmaals hartelijk bedankt voor hun deelname en konden hun e-mailadres achterlaten voor de resultaten van het onderzoek. Hier werd bij vermeld dat het onderzoek dan niet meer anoniem was. Het onderzoek was voor iedereen gelijk. De omgevingsfactoren en concentratie van elke respondent kunnen wel verschillen per proefpersoon. Proefpersonen die het verhaal niet serieus gelezen hebben en te snel (minder dan 3 minuten) hebben doorgedrukt zijn niet meegenomen in de analyses. Het lezen van het verhaal duurde gemiddeld 4 minuten en het totale onderzoek duurde gemiddeld 11,9 minuten³.

Statistische toetsing

De data werden geanalyseerd met SPSS versie 24 (SPSS, Inc, IL, USA). Door middel van ANOVA's werden de verbanden tussen Perspectief en de twee afhankelijke variabelen sociale afstand en attitude (H1), tussen Perspectief en de twee mediators identificatie en transportatie (H2) en het moderatie-effect (H3) getoetst. Voor het toetsen van het

³ In dit gemiddelde zijn 7 uitschieters niet meegenomen om een representatief beeld te geven.

verband tussen de twee mediators identificatie en transportatie en de twee afhankelijke variabelen sociale afstand en attitude (H4) en voor het toetsen van het mediatie-effect (H5) werden regressieanalyses uitgevoerd.

Resultaten

Manipulatiecheck Ending

In de manipulatiecheck werd er aan de proefpersonen gevraagd hoe men het einde van het verhaal had ervaren van 1 is zeer goed tot 7 zeer slecht. Er was een significant verschil tussen hoe de proefpersonen het einde ervaarden ($F(1, 139) = 109.96, p < .001$). De happy-versies werden als een goed einde ervaren met een gemiddelde van 2.75 ($SD = 0.98$) en de sad-versies werden als een slecht einde ervaren met een gemiddelde van 4.94 ($SD = 1.47$).

Effect van Perspectief op Attitude en Sociale Afstand

Uit de eenweg variantie-analyse van *Perspectief op Attitude* met als covariaat Bekendheid bleek geen significant hoofdeffect van Perspectief ($F(1, 137) < 1$). Dat wil zeggen dat er geen significant verschil optrad in de attitude van de proefpersonen wanneer men het verhaal las vanuit het Perspectief van de Naaste ($M = 5.07, SD = .54$) of wanneer men het verhaal las vanuit het Perspectief van de Patiënt ($M = 5.14, SD = .63$). Wel bleek Bekendheid een significant effect te hebben op Attitude ($F(1, 137) = 17.28, p < .001$). Hoe bekender men was met depressie, hoe positiever de attitude was.

Uit de eenweg variantie-analyse van *Perspectief op Sociale Afstand* met als covariaat Bekendheid bleek een marginaal significant effect van Perspectief op Sociale Afstand ($F(1, 137) = 2.84, p = .094$). De Sociale Afstand was iets kleiner bij het Perspectief van de Patiënt ($M = 3.38, SD = 1.10$) dan bij het Perspectief van de Naaste ($M = 3.67, SD = 1.14$). Bekendheid had een significant effect op Sociale Afstand ($F(1, 137) = 15.42, p < .001$). Hoe bekender men was met depressie, hoe kleiner de Sociale Afstand was. In tabel 2 is een overzicht van de gemiddelde scores van attitude en sociale afstand te vinden.

De resultaten laten hiermee zien dat hypothese 1 niet aangenomen is, omdat een verhaal over depressie vanuit het Perspectief van een niet-gestigmatiseerd personage (Naaste) niet voor positievere Attitudes en een kleinere Sociale Afstand zorgde dan het Perspectief van een gestigmatiseerd personage (Patiënt). Er was wel een trend zichtbaar

tussen Perspectief en Sociale Afstand, want de Sociale Afstand was, tegen de verwachting in, iets kleiner bij het perspectief van de Patiënt dan bij het Perspectief van de Naaste.

Tabel 2. Gemiddelde scores en standaarddeviaties van Attitude en Sociale afstand per Perspectief (N = 140) (1 = zeer negatieve attitude en zeer kleine afstand (positief), 7 = zeer positieve attitude en zeer grote afstand (negatief).

<i>Perspectief</i>	<i>N</i>	<i>Attitude</i>		<i>Sociale afstand</i>	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Naaste	70	5.07	0.54	3.67	1.14
Patiënt	70	5.13	0.63	3.38	1.10

Effect van Perspectief op Identificatie en Transportatie

Uit een eenweg variantie-analyse van *Perspectief op Identificatie met de Patiënt* met als covariaat Bekendheid bleek een significant hoofdeffect van Perspectief op Identificatie met de Patiënt ($F(1, 137) = 10.63, p = .001$). Het Perspectief van de Patiënt ($M = 4.38, SD = 1.26$) zorgde voor significant meer identificatie met de Patiënt dan het Perspectief van de Naaste ($M = 3.73, SD = 1.24$). Bekendheid had ook een significant effect op Identificatie met de Patiënt ($F(1, 137) = 11.88, p = .001$). Hoe bekender men is met depressie, hoe meer men zich identificeerde met de Patiënt.

Uit een eenweg variantie-analyse van *Perspectief op Identificatie met de Naaste* met als covariaat Bekendheid bleek een significant hoofdeffect van Perspectief op Identificatie met de Naaste ($F(1, 137) = 29.88, p < .001$). Het Perspectief van de Naaste ($M = 5.22, SD = .94$) zorgde voor significant meer identificatie met de Naaste dan het Perspectief van de Patiënt ($M = 4.34, SD = .97$). Bekendheid had geen significant effect op Identificatie met de Naaste ($F(1, 137) < 1$).

Uit deze resultaten blijkt dat hypothese 2 gedeeltelijk wordt aangenomen, omdat Perspectief effect heeft op Identificatie. Proefpersonen identificeerden zich meer met de verteller dan met de tweede persoon in het verhaal.

Uit een eenweg variantie-analyse van *Perspectief op Transportatie* met als covariaat Bekendheid bleek geen significant hoofdeffect van Perspectief op Transportatie ($F(1, 137) < 1$). Er zat geen verschil tussen het Perspectief van de Naaste

($M = 4.62$, $SD = .83$) en het Perspectief van de Patiënt ($M = 4.47$, $SD = .91$) wat betreft mate van transportatie. Hiermee wordt het gedeelte van hypothese 2 over Transportatie verworpen. Bekendheid met depressie had geen significant effect Transportatie ($F(1, 137) < 1$).

Effect van Perspectief en Ending op Identificatie en Transportatie

In tabel 3 zijn de gemiddelde scores van Identificatie en Transportatie per verhaalversie te vinden.

Tabel 3. Gemiddelde scores en standaarddeviaties van Identificatie en Transportatie per verhaalversie ($N = 140$) (1 = zeer lage identificatie/transportatie, 7 = zeer hoge identificatie/transportatie).

<i>Perspectief</i>	<i>Ending</i>	<i>N</i>	<i>Identificatie met patiënt</i>		<i>Identificatie met naaste</i>		<i>Transportatie</i>	
			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Naaste	Happy	37	3.79	1.23	5.14	0.98	4.54	0.82
	Sad	33	3.65	1.27	5.32	0.89	4.70	0.85
Patiënt	Happy	38	4.11	1.14	4.38	0.84	4.29	0.79
	Sad	32	4.71	1.35	4.28	1.11	4.69	1.01

Uit een tweeweg variantie-analyse bleek een significant effect van Perspectief op Identificatie met de Patiënt ($F(1,136) = 10.43$, $p = .002$), maar niet van Ending op Identificatie met de Patiënt ($F(1,136) = 1.19$, $p = .276$). Daarnaast bleek er een marginaal significant interactie-effect van Perspectief en Ending te bestaan ($F(1,136) = 3.09$, $p = .081$).

Uit een eenweg variantie-analyse met split-file by ending van *Perspectief op Identificatie met de Patiënt* met als covariaat Bekendheid bleek een significant hoofdeffect van Perspectief op Identificatie met de Patiënt bij een sad-ending ($F(1, 62) = 11.35$, $p = .001$). Daarbij zorgde het perspectief van de Patiënt ($M = 4.71$, $SD = 1.35$) voor meer identificatie met de Patiënt dan het Perspectief van de Naaste ($M = 3.65$, $SD = 1.27$). Bij een Happy-ending had Perspectief geen significant effect op Identificatie met de Patiënt ($F(1, 72) = 1.54$, $p = .218$). Bij een Happy-ending was er geen significant verschil wat betreft de identificatie met de Patiënt tussen het Perspectief van de Naaste ($M =$

3.79, $SD = 1.23$) en het Perspectief van de Patiënt ($M = 4.10$, $SD = 1.14$). Bekendheid had een significant effect op Identificatie met de Patiënt bij Sad-ending ($F(1,62) = 4.99$, $p = .029$) en bij een Happy-ending ($F(1, 72) = 6.63$, $p = .012$). Hoe bekender men is met depressie, hoe meer men zich identificeerde met de Patiënt.

Uit een tweeweg variantie-analyse bleek er een significant effect van Perspectief ($F(1,136) = 30.36$, $p < .001$) op Identificatie met de Naaste, maar niet van Ending op Identificatie met de Naaste ($F(1,136) < 1$). Daarnaast bleek er geen significant interactie-effect van Perspectief en Ending te bestaan ($F(1,136) < 1$).

Uit een tweeweg variantie-analyse bleek Perspectief ($F(1,136) < 1$) geen effect te hebben op Transportatie. Daarnaast had Ending ($F(1,136) = 3.59$, $p = .06$) een marginaal significant effect op Transportatie en er bestond geen interactie-effect van Perspectief en Ending ($F(1,136) < 1$). Een sad-ending ($M = 4.69$, $SD = .93$) lijkt tot meer transportatie te leiden dan een happy-ending ($M = 4.41$, $SD = .81$).

De resultaten laten zien dat hypothese 3 over Transportatie verworpen is. De verwachting van hypothese 3 over Identificatie is deels aangenomen, omdat de combinatie Perspectief van de Patiënt en Sad-ending inderdaad tot meer identificatie leidt (H3b). Het Perspectief van de Naaste in combinatie met een Happy-ending zorgt echter niet voor meer identificatie dan een Sad-ending (H3a), wat ervoor zorgt dat H3-Identificatie deels is aangenomen.

Effect van Identificatie en Transportatie op Attitude en Sociale Afstand

Uit meerdere enkelvoudige regressies bleek dat de Attitude voor 4.1% te verklaren was door de ingebrachte variabele Identificatie met de Patiënt ($F(1, 138) = 6.94$, $p = .009$), voor 0.4% door Identificatie met de Naaste ($F(1, 138) = 1.51$, $p = .222$) en voor 0.5% door Transportatie ($F(1, 138) = 1.76$, $p = .187$). Identificatie met de Patiënt bleek een significante voorspeller voor de Attitude ($\beta = .22$, $p = .009$). Dat wil zeggen dat een grotere identificatie met de patiënt zorgde voor een positievere attitude. Identificatie met de Naaste bleek geen significante voorspeller ($\beta = -.10$, $p = .222$) en Transportatie bleek ook geen significante voorspeller van Attitude te zijn ($\beta = -.12$, $p = .187$).

Uit meerdere enkelvoudige regressies bleek dat Sociale afstand voor 3% te verklaren was door de ingebrachte variabele Identificatie met de Patiënt ($F(1, 138) = 5.37$, $p = .022$), voor 1.2% door Identificatie met de Naaste ($F(1, 138) = 2.65$, $p = .106$) en voor 0.6% door de ingebrachte variabele Transportatie ($F(1, 138) = 1.84$, $p = .178$).

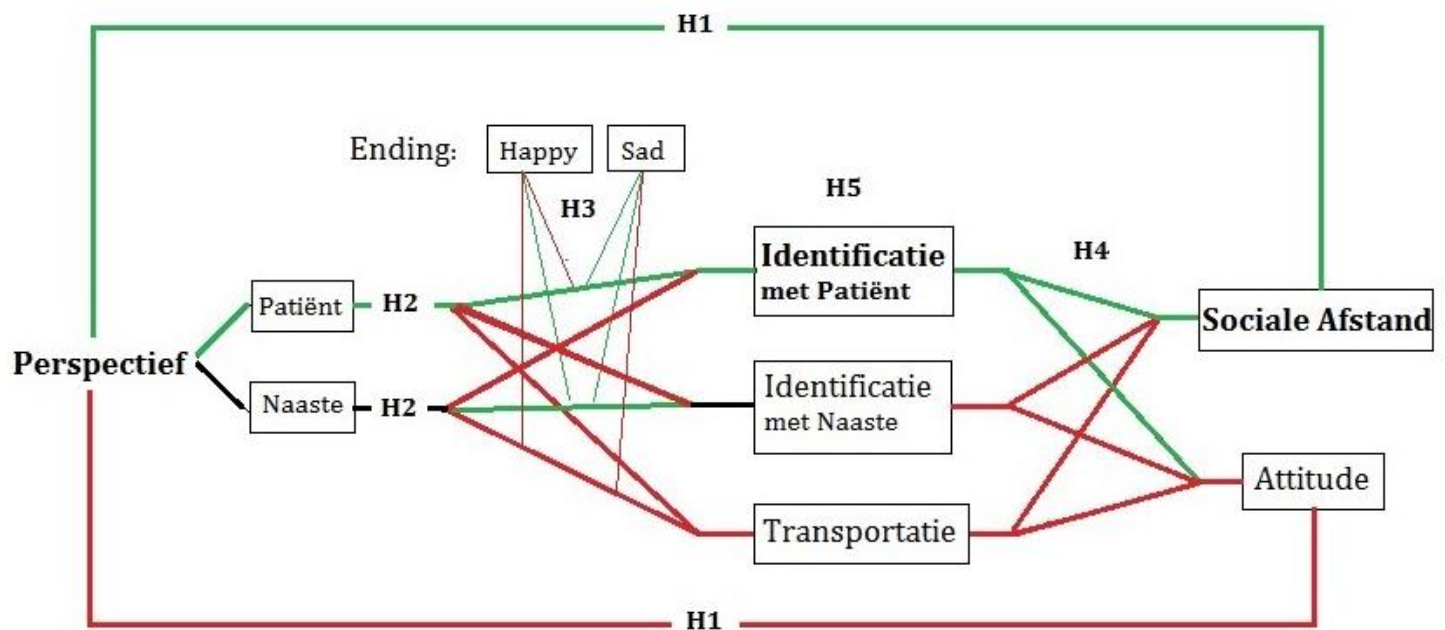
Identificatie met de Patiënt bleek een significante voorspeller van Sociale afstand ($\beta = -.19, p = .022$). Dat wil zeggen dat een grotere identificatie met de patiënt zorgde voor een kleinere sociale afstand. Identificatie met de Naaste bleek, net als Transportatie ($\beta = .12, p = .178$), geen significante voorspeller van Sociale afstand ($\beta = -.14, p = .106$).

De resultaten laten zien dat hypothese 4 deels is aangenomen. Enkel identificatie met de patiënt zorgde voor een positievere attitude en een kleinere sociale afstand. Identificatie met de naaste en transportatie hadden geen effect op sociale afstand en attitude.

Identificatie en Transportatie als mediators van Perspectief op de afhankelijke variabelen

De resultaten hebben laten zien dat Perspectief geen significant effect had op Transportatie, maar wel op beide varianten van Identificatie. Vervolgens lieten ze zien dat alleen Identificatie met de Patiënt zorgt voor positievere attitude en een kleinere sociale afstand en Identificatie met de Naaste niet. Verder werd duidelijk dat er een marginaal significant effect van Perspectief op Sociale Afstand was en niet op Attitude. Omdat enkel Perspectief, Identificatie met de Patiënt en Sociale Afstand (marginaal) significante verbanden hadden, kon enkel Identificatie met de Patiënt de relatie tussen Perspectief en Sociale Afstand nog beïnvloeden. Tussen de overige variabelen kon geen mediatie meer bestaan wegens gebrek aan significantie. Om deze overgebleven mogelijke mediatie te toetsen werd er een multiple regressie met Perspectief en Identificatie met de Patiënt op Sociale Afstand uitgevoerd. Hieruit bleek dat Perspectief en Identificatie met de Patiënt een significant effect hadden op Sociale Afstand ($F(2,137) = 3.17, p = .045$). Hieruit bleek ook dat Sociale Afstand voor 3% te verklaren was door de twee ingebrachte variabelen. Identificatie met de Patiënt bleek een significante voorspeller van Sociale Afstand ($\beta = -.17, p = .049$) en Perspectief bleek geen significante voorspeller meer van Sociale Afstand ($\beta = -.09, p = .324$). Omdat Identificatie met de Patiënt nog significant is en omdat Perspectief geen effect had, is er sprake van mediatie. Dit gevonden mediatie-effect zorgt ervoor dat hypothese 5 deels is aangenomen.

In figuur 2 zijn de resultaten van het onderzoek samengevat en weergegeven in het onderzoeksmodel.



- H1)** Verworpen. Tegen verwachting in bleek Perspectief Patiënt wel tot een kleinere Sociale Afstand te leiden.
- H2)** Deels aangenomen. Perspectief had wel invloed op Identificatie, maar niet op Transportatie.
- H3)** Deels aangenomen. Identificatie bleek deels correct: Perspectief Patiënt + Sad-Ending zorgde voor meer identificatie, maar bij wat betreft Naaste was er een significant effect op Identificatie met de Naaste bij een Sad- en bij een Happy-ending.
- H4)** Deels aangenomen. Enkel Identificatie met de Patiënt zorgde voor een positievere attitude en een kleinere sociale afstand. Identificatie met de Naaste en Transportatie waren geen voorspellers van SA en Attitude.
- H5)** Deels aangenomen. Er werd enkel een mediatie-effect van Identificatie met de Patiënt tussen Perspectief en Sociale Afstand gevonden. Voor de overige 'paden' gold dit niet.

Figuur 2. Resultaten samengevat in onderzoeksmodel

Conclusie

Het huidige onderzoek heeft gepoogd aan te tonen wat de effecten van de twee variabele verhaalkenmerken Perspectief en Ending zijn op de Sociale Afstand die men ervaart en de Attitude die men heeft om de kennis over de narratieve gezondheidscommunicatie te vergroten. Er werd daarnaast gekeken of Identificatie en Transportatie deze mogelijke effecten versterkten.

De resultaten hebben laten zien dat hypothese 1 verworpen is, omdat Perspectief van het verhaal geen effect had op de Attitude. Wel bleek Perspectief een effect te hebben op Sociale Afstand, want er was een trend zichtbaar dat Perspectief van de Patiënt juist voor een kleinere Sociale Afstand zorgde. De tweede verwachting bleek deels aangenomen te zijn, omdat Perspectief wel invloed had op Identificatie, maar niet op Transportatie. Men identificeerde zich meer met de verteller dan met de tweede persoon in het verhaal, ongeacht of de verteller tot de gestigmatiseerde groep of de niet-gestigmatiseerde groep behoorde.

Verder werd duidelijk dat de Identificatie met de Patiënt groter was bij het Perspectief van de Patiënt in combinatie met een Sad-ending van het verhaal dan bij een Happy-ending. De mate van identificatie bij het Perspectief van de Naaste was echter niet groter bij een Happy-ending in vergelijking met een Sad-ending. Daardoor werd het gedeelte van hypothese 3 over Identificatie deels bevestigd.

Ook hypothese 4 werd deels bevestigd. Identificatie met de Patiënt zorgde namelijk voor een positievere Attitude en een kleinere Sociale Afstand. Identificatie met de Naaste en Transportatie bleken geen effect te hebben op Sociale Afstand en Attitude.

De resultaten toonden dat Perspectief geen effect had op Transportatie, maar wel op beide varianten van Identificatie. Vervolgens lieten ze zien dat alleen Identificatie met de Patiënt voor een positievere attitude en een kleinere sociale afstand zorgde en Identificatie met de Naaste niet. Verder werd duidelijk dat er een trend zichtbaar was tussen Perspectief en Sociale Afstand en niet tussen Perspectief en Attitude. Doordat enkel Perspectief, Identificatie met de Patiënt en Sociale Afstand (marginaal) significante effecten hadden, was dit de enige overgebleven mogelijke mediatie en die bleek ook te bestaan. Tussen de overige variabelen bleek geen mediatie te bestaan waardoor hypothese 5 enkel deels werd aangenomen.

Discussie

Dit onderzoek draagt bij aan de kennis over de effecten van narratieve gezondheidscommunicatie en heeft gepoogd duidelijkheid te verschaffen over de rol van identificatie en transportatie en de effecten van perspectief. Daarnaast was dit het eerste onderzoek dat de effecten van de afloop van het verhaal heeft onderzocht en een waargebeurd en gepubliceerd verhaal als materiaal gebruikt heeft. Hiermee heeft het huidige onderzoek bijgedragen aan een toename van de kennis over narratieve gezondheidscommunicatie en de effecten daarvan op stigmavermindering.

Chen et al. (2016) vonden dat het talige perspectief geen invloed had op identificatie, maar Hoeken et al. (2016) vonden daarentegen dat juist het talige perspectief ervoor zorgt dat de lezer zich in meer of mindere mate kan identificeren met de hoofdpersoon. Het huidige onderzoek sluit aan bij de vondsten van Hoeken et al. (2016) en niet bij Chen et al. (2016), want Perspectief had effect op de mate van identificatie. Mensen identificeerden zich namelijk met de verteller van het verhaal, een gestigmatiseerd of niet-gestigmatiseerd personage. Dit kwam ook naar voren uit het

onderzoek van Hoeken et al. (2016) want daar was de sterkere identificatie zelfs aanwezig op het moment dat er een tweede persoon in het verhaal voorkwam die eigenlijk meer persoonlijke overeenkomsten had met de lezer. Dit gold ook voor het huidige onderzoek, want als men het verhaal las vanuit de ogen van het gestigmatiseerde personage identificeerde men zich sterker met het gestigmatiseerde personage dan met het niet-gestigmatiseerde personage dat ook werd benoemd in het verhaal. Perspectief heeft dus, in tegenstelling tot de resultaten van Chen et al. (2016), weldegelijk invloed op identificatie, ook al staat dit personage misschien wat verder van de lezer af.

Een opvallende bevinding van dit onderzoek is de trend dat het Perspectief van het gestigmatiseerde personage tot een kleinere sociale afstand leidt dan het Perspectief van het niet-gestigmatiseerde personage. Hieruit wordt duidelijk dat bij het verkleinen van de sociale afstand beter gekozen kan worden voor een perspectief vanuit de persoon met een depressie dan voor het perspectief van degene die indirect te maken heeft met depressie. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat identificatie met de patiënt de effecten tussen perspectief en sociale afstand beïnvloedde. In tegenstelling tot de andere variabelen verklaarde identificatie met de patiënt het positieve effect van perspectief op sociale afstand. Caputo en Rouner (2011) toonden ook aan dat mensen die zich identificeerden met het personage een kleinere sociale afstand ten opzichte van een depressief persoon vertoonden in vergelijking met mensen die zich in mindere mate identificeerden. Het huidige onderzoek repliceerde deze resultaten ook voor identificatie met de patiënt, maar door het onderscheid in identificatie is er ook nieuwe aanvulling, namelijk de vondst dat identificatie met het niet-gestigmatiseerde personage geen voorspeller was van attitude en sociale afstand. De lezer kan zich dus met meerdere personages in een verhaal identificeren, maar deze resultaten laten zien dat niet iedere vorm van identificatie voor overtuiging zorgt.

Uit het onderzoek van Caputo en Rouner (2011) bleek ook dat getransporteerde mensen minder sociale afstand ten opzichte van een gestigmatiseerd persoon vertoonden dan niet-getransporteerde mensen. De vondst van dit huidige onderzoek dat transportatie in geen enkel geval invloed had, is dus zeer tegenstrijdig met de eerdere vondsten, omdat transportatie normaalgesproken één van de twee processen is die aan narratieve beïnvloeding ten grondslag ligt (De Graaf et al., 2012). In dit huidige onderzoek bleek transportatie geen voorspeller te zijn van attitude en ook niet van

sociale afstand, en daarmee zorgde het dus niet voor stigmavermindering. Dit zou eventueel verklaard kunnen worden doordat de lezers, ongeacht de mate van transportatie en ongeacht de verhaalversie, een vrij positieve sociale afstand rapporteerden. Mensen zouden sociaal wenselijke antwoorden hebben kunnen geven waardoor er geen verschillen meer optraden tussen de condities en mate van transportatie. Een andere mogelijke verklaring voor het ontbreken van de rol van transportatie is het feit dat in het huidige onderzoek voor het eerst in deze context gebruik is gemaakt van een waargebeurd gepubliceerd verhaal. Hierbij is er dus geen gebruikgemaakt van een verzonnen en zelfgeschreven verhaal waarbij trucjes zijn toegepast om de transportatie te verhogen, waardoor er mogelijk verschillen zijn opgetreden in vergelijking met eerdere onderzoeken.

Een ander gevolg van het feit dat transportatie geen rol bleek te spelen in het huidige onderzoek is dat dit onderzoek geen ondersteuning biedt voor de uitspraak 'contact hoeft niet live te zijn om effectief te zijn in stigmavermindering' (Mann & Himelein, 2008, p. 546). Hoewel een aantal onderzoekers (Reinke et al., 2004; Mann & Himelein, 2008) vonden dat contact niet 'live' hoeft te zijn om effectief te zijn, bleken de narratieven niet hetzelfde 'contactsimulerende' kenmerk te hebben als videoboodschappen. Dit is mogelijk te verklaren door het feit dat de ontvanger bij een videoboodschap beeld heeft van de verteller en bij een geschreven narratief is dit niet het geval. Toch zorgt transportatie normaalgesproken voor dat filmische effect, doordat getransporteerde mensen tijdens het lezen in het verhaal worden gezogen en zelf de rest eromheen gaan bedenken. Hier ligt daarom mogelijk de verklaring voor het feit dat het huidige onderzoek geen ondersteuning biedt voor de vondsten van de hiervoor genoemde onderzoekers, omdat transportatie in deze studie geen rol speelde. Vervolgonderzoek zal de rol van transportatie nogmaals onder de loep moeten nemen om duidelijkheid te verschaffen rondom deze kwestie. Interessant om te onderzoeken is het verschil tussen een geschreven ervaringsverhaal en een ervaringsverhaal in video-vorm, waarbij exact hetzelfde verhaal verteld wordt. Het enige verschil is dan wel of geen beeld bij het verhaal. Op deze manier kan de rol van transportatie verder worden uitgediept en kan er meer kennis opgedaan worden over ervaringsverhalen over mentale ziektes.

Uit het onderzoek bleek dat Ending enkel de relatie tussen het Perspectief van de Patiënt en Identificatie met de Patiënt versterkte. Ending bleek de relatie tussen

Perspectief van de Naaste en Identificatie met de Naaste niet te versterken, en ook niet met Transportatie. Toch kan er op basis van één onderzoek nog niet gezegd worden dat Ending weinig effect heeft. Mogelijkerwijs heeft het onderwerp van het verhaal effect gehad op de resultaten. Er zijn namelijk veel meer mentale ziektes dan depressie en het is mogelijk dat een andere mentale ziekte voor andere resultaten had gezorgd. Wegens het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek naar afloop van een film of verhaal zullen andere onderzoekers hier verder in moeten duiken. Vervolgonderzoek zal hier dus meer over te weten moeten komen, door meerdere soorten verhalen te gaan onderzoeken met meerdere onderwerpen en eventueel ook te vergelijken met, reeds hierboven genoemd, video.

Een andere bevinding van dit onderzoek is dat Bekendheid een grote rol speelt. Caputo en Rouner (2011) concludeerden dat bekendheid met een mentale ziekte invloed heeft op de sociale afstand en Corrigan et al. (2001) vonden dat mensen die ervaring hebben met mentaal zieke mensen minder gestigmatiseerde attitudes hebben. Ook dit onderzoek vond soortgelijke resultaten. Hoe bekender men was met depressie, hoe positiever de attitude en hoe kleiner de sociale afstand was. Bekendheid met depressie zorgt dus inderdaad voor een afname van stigma. Dit is in lijn met de theorieën van de Social Identity Theory (Brown, 2000), want hoe bekender men is met depressie, hoe sneller het personage tot de in-group zou behoren en hoe kleiner daarmee het stigma. Wat echter opviel was dat bekendheid wel een rol speelde bij de Identificatie met de Patiënt en niet bij de Identificatie met de Naaste. De mate van identificatie met de Naaste werd niet bepaald door hoe bekend de lezers waren met depressie. Dat wil zeggen dat iedereen zich in gelijke mate kon identificeren met de Naaste, ongeacht de mate van bekendheid met depressie. Voor de identificatie met de Patiënt gold wel dat hoe bekender men was, hoe beter men zich kon identificeren. Dit is in lijn met de uitingen van Van Krieken en Sanders (2017), namelijk dat identificatie versterkt wordt door gelijkenis, omdat het makkelijker is om je te identificeren met iemand waarvan je het gevoel hebt overeenkomsten te hebben dan met iemand die heel ver van je afstaat. Het verschil is wel dat uit het huidige onderzoek naar voren kwam dat mensen zich ook goed kunnen identificeren met een gestigmatiseerd persoon, een persoon die dus verder van de lezer afstaat. Bekendheid met depressie versterkte dit wel.

Het pluspunt van de huidige methode was het materiaal. De ecologische validiteit van dit onderzoek was namelijk erg hoog, omdat er gebruik is gemaakt van een bestaand en waargebeurd verhaal. Ook de variabelen perspectief en ending hebben een hoge ecologische validiteit, omdat het veelvoorkomende kenmerken van ervaringsverhalen over depressie zijn die in dit huidige onderzoek wetenschappelijk getoetst zijn. Door de hoge ecologische validiteit van het materiaal zijn de vondsten meer generaliseerbaar.

Een eventuele beperking van het materiaal zit mogelijk in de personages van het verhaal. Hoewel de lezers zich met beide personages konden identificeren, zou het eventueel zo kunnen zijn dat de vondsten anders zouden zijn geweest als de personages bijvoorbeeld jonger waren geweest. De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was namelijk 33,7 jaar en de personages in het verhaal waren ouder. Op het moment dat dit soort persoonlijke kenmerken meer overeenkomen zouden identificatie en transportatie hoger kunnen zijn, doordat de gelijkenis dan groter is. Het zou daarom interessant zijn om in vervolgonderzoek meer verhalen te gebruiken en ook de persoonlijke kenmerken van de personages te manipuleren om de effecten van die kenmerken ook te kunnen onderzoeken.

Een andere beperking zou kunnen zijn geweest dat het verhaal heel duidelijk over depressie ging en de vragen vervolgens ook. Mensen zouden ook daarom sociaal wenselijke antwoorden hebben kunnen invullen. Mogelijk kan er in vervolgonderzoek gebruik worden gemaakt van filleritems om de mentale ziekte minder nadruk te geven. Het nadeel daarvan is echter wel dat de vragenlijst dan veel langer wordt. Dat was ook de reden om de bestaande schalen iets in te korten. Dat zou eventueel ook een beperking van het onderzoek kunnen zijn en tevens ook een verklaring voor de (niet) gevonden effecten, omdat niet de volledige schalen gebruikt zijn, maar een selectie van de items. De schalen bleken echter wel adequaat of goed te zijn wat de betrouwbaarheid betreft en de huidige lengte was precies goed aangezien de deelnemers gemiddeld 11 tot 12 minuten nodig hadden voor het gehele onderzoek, waardoor het verhaal dan nog vers in het geheugen zit en het niet te veel tijd kost, waardoor het aantal afhakers beperkt bleef. Toch zou een uitgebreider vervolgonderzoek uitsluitsel kunnen geven over deze kwesties.

Concluderend kan er een maatschappelijk advies worden uitgebracht op basis van het huidige onderzoek. Bij het schrijven van een ervaringsverhaal over depressie vanuit het perspectief van de patiënt kan er het beste gebruik worden gemaakt van een

Sad-ending als er zoveel mogelijk Identificatie met de Patiënt teweeg gebracht moet worden. Vanuit het Perspectief van de Naaste maakt het niet uit voor welke afloop er gekozen wordt. Het is echter aan te raden om vanuit de Patiënt te schrijven, want dat zorgt voor een positievere attitude en het lijkt erop dat het ook voor een kleinere sociale afstand zorgt.

Literatuurlijst

- Arkar, H., & Eker, D. (1992). Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 151–155. doi: 10.1007/BF00788762
- Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a “stranger.” *International Review of Psychiatry*, 19(2), 131–135. doi: 10.1080/09540260701278739
- Biegler, K., Mollica, R., Sim, S. E., Nicholas, E., Chandler, M., Ngo-Metzger, Q., ..., & Sorkin, D. H. (2016). Rationale and study protocol for a multi-component health information technology (HIT) screening tool for depression and post-traumatic stress disorder in the primary care setting. *Contemporary Clinical Trials*, 50, 66–76. doi: 10.1016/j.cct.2016.07.001
- Brown, R. (2000). Social identity theory: Past achievements, current problems and future challenges. *European Journal of Psychology*, 30, 745–778. doi: 10.1002/1099-0992(200011/12)30:6<745::AID-EJSP24>3.0.CO;2-O
- Caputo, N.M., & Rouner, D. (2011). Narrative processing of entertainment media and mental illness stigma. *Health Communication*, 26, 595-604. doi: 10.1080/10410236.2011.560787
- Chen, M., Bell, R.A., & Taylor, L.D. (2016). Narrator point of view and persuasion in health narratives: The role of protagonist–reader similarity, identification, and self-referencing. *Journal of Health Communication*, 21(8), 908–918. doi: 10.1080/10810730.2016.1177147
- Chung, A.H., & Slater, M.D. (2013). Reducing stigma and out-group distinctions through perspectivetaking in narratives. *Journal of Communication*, 63(5), 894–911. doi: 10.1111/jcom.12050
- Cohen, J. (2001). Defining identification: A theoretical look at the identification of audiences with media characters. *Mass Communication and Society*, 4(3), 245–264. doi: 10.1207/S15327825MCS0403_01
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 953–958. doi: 10.1176/appi.ps.52.7.953

- Corrigan, P., & Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765–776. doi: 10.1037/0003-066X.54.9.765
- Corrigan, P., & Penn, D. (2004). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. In R.M. Kowalski & M.R. Leary (Red.), *Key readings in social psychology. The interface of social and clinical psychology*. (pp. 258 – 274). New York, NY: Psychology Press.
- Damman, O. C., Hendriks, M., Rademakers, J., Delnoij, D. M., & Groenewegen, P. P. (2009). How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews. *BMC Public Health*, 9(1), 423. doi: 10.1186/1471-2458-9-423
- De Graaf, A., Hoeken, H., Sanders, J., & Beentjes, H. (2012). Identification as a mechanism of narrative persuasion. *Communication Research*, 39(6), 802–823. doi: 10.1177/0093650211408594
- De Graaf, A., Sanders, J., Beentjes, H., & Hoeken, H. (2007). De rol van identificatie in narratieve overtuiging. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 29(3), 237-250.
- De Graaf, A., Sanders, J., & Hoeken, H. (2016). Characteristics of narrative interventions and health effects: A review of the content, form, and context of narratives in health-related narrative persuasion research. *Review of Communication Research*, 4, 88–131. doi: 10.12840/issn.2255-4165.2016.04.01.011
- Depressievereniging (z.j.) Wat is een depressie? Online geraadpleegd op 15 februari 2017 via <http://www.depressievereniging.nl/depressie/depressieve-stoornis/>
- Depressievereniging (2016). Onbegrip en angst. Online geraadpleegd op 22 februari 2017 via <http://www.depressievereniging.nl/ervaringen/ervaringsverhalen/onbegrip-en-angst/>
- Green, M. C. (2008). Research challenges in narrative persuasion. *Information Design Journal*, 16(1), 47– 52. doi: 10.1075/idj.16.1.07gre
- Green, M. C., & Brock, T. C. (2000). The role of transportation in the persuasiveness of public narratives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 701–721. doi: 10.1037//0022-3514.79.5.701
- Hinshaw, S., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 555–598. doi: 10.1017/S0954579400004028

- Hoeken, H., Hornikx, J., & Hustinx, L. (2012). *Overtuigende teksten. Onderzoek en ontwerp*. Bussum: Coutinho.
- Hoeken, H., Kolthoff, M., & Sanders, J. (2016). Story perspective and character similarity as drivers of identification and narrative persuasion. *Human Communication Research*, 42(2), 292–311. doi: 10.1111/hcre.12076
- Kreuter, M.W., Green, M.C., Cappella, J.N., Slater, M.D., Wise, M.G., Storey, D., ..., & Woolley, S. (2007). Narrative communication in cancer prevention and control: A framework to guide research and application. *Annual of Behavioral Medicine*, 33(3), 221-235. doi: 10.1007/BF02879904
- MacDowell, J. (2013). The happy ending: the making of. In J. MacDowell (Red.), *Happy endings in hollywood cinema: cliché, convention and the final couple*. Edinburgh University Press. doi: 10.3366/edinburgh/9780748680177.001.0001
- Madianos, M., Exonomou, M., Peppou, L.E., Kallergis, G., Rogakou, E., & Alevizopoulos, G. (2012). Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *The European Journal of Psychiatry*, 26, 55-67. doi: 10.4321/S0213-61632012000100006
- Mann, C.E., & Himelein, M.J. (2008). Putting the person back into psychopathology: An intervention to reduce mental illness stigma in the classroom. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 545-551. doi: 10.1007/s00127-008-0324-2
- Moyer-Gusé, E., & Nabi, R. L. (2010). Explaining the effects of narrative in an entertainment television program: Overcoming resistance to persuasion. *Human Communication Research*, 36(1), 26–52. doi: 10.1111/j.1468-2958.2009.01367.x
- Murphy, S. T., Frank, L. B., Chatterjee, J. S., & Baezconde-Garbanati, L. (2013). Narrative versus nonnarrative: the role of identification, transportation, and emotion in reducing health disparities. *Journal of Communication*, 63, 116–137. doi: 10.1111/jcom.12007
- Raney, A. A. (2006). The psychology of disposition-based theories of media enjoyment. In J. Bryant & P. Vorderer (Red.), *Psychology of entertainment* (pp. 137–150). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Reinke, R., Corrigan, P., Leonhard C., Lundin, R., & Kubiak, M. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 23, 377–389. doi: 10.1521/jscp.23.3.377.35457

- Samen Sterk Zonder Stigma (SSZS). (2016). Vooroordelen. Online geraadpleegd op 2 december 2016 via <https://www.samensterkzonderstigma.nl/wat-is-stigma/over-stigma/vooroordelen/>
- Sari, O., Arkar, H., & Alkin, T. (2005). Influence of psychiatric label attached to a normal case on attitudes towards mental illness. *Yeni Symposium*, 43(1), 28–32.
- Schumacher, M., Corrigan, P.W., & Dejong, T. (2003). Examining cues that signal mental illness stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 467-476. doi: 10.1521/jscp.22.5.467.22926
- Tajfel, H. (1979). Individuals and groups in social psychology. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 183–190. doi:10.1111/j.2044-8260.1979.tb00324.x.
- Van Krieken, K., & Sanders, J. (2017). Engaging doctors and depressed patients: effects of referential viewpoint and role similarity in health narratives. *International Journal of Communication*, 11, 1-18. doi: 1932-8036/20170005
- Van Krieken, K., Sanders, J., & Hoeken, H. (2015). Viewpoint representation in journalistic crime narratives: An analysis of grammatical roles and referential expressions. *Journal of Pragmatics*, 88, 220-230. doi: 10.1016/j.pragma.2014.07.012
- Zillmann, D. (2006). Exemplification effects in the promotion of safety and health. *Journal of Communication*, 56, 221-237. doi: 10.1111/j.1460-2466.2006.00291.x
- Zillmann, D., & Cantor, J. (1976). A disposition theory of humor and mirth. In A.J. Chapman & H.C. Foot (Red.), *Humor and laughter: Theory, research, and application* (pp. 93-115). London: Wiley.

Bijlage A: Vragenlijst

Introductietekst:

Beste deelnemer,

Bedankt dat u de tijd neemt om mee te doen aan mijn onderzoek. Ik doe dit onderzoek in het kader van mijn masteropleiding aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Meedoen houdt in dat u een online vragenlijst gaat invullen. Eerst zult u een verhaal te lezen krijgen en daarna vraag ik u een aantal vragen te beantwoorden. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. Ik ben benieuwd naar uw mening en daarom zijn er geen verkeerde antwoorden mogelijk.

U doet geheel vrijwillig en anoniem mee aan dit onderzoek en kunt op ieder moment tijdens het invullen van de vragenlijst uw deelname stopzetten.

Alvast bedankt voor uw deelname.

Met vriendelijke groet,

Anniek Ankersmit

Wanneer u op de onderstaande knop klikt, komt het verhaal in beeld en gaat het onderzoek van start.

Vervolgens las de proefpersoon één van de vier versies van het verhaal. *Zie bijlage C voor de verhalen.*

De vrouw uit het verhaal, Marieke, had een zware depressie. De volgende vragen gaan hierover. Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met de stellingen.

1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = enigszins mee oneens, 4 = noch mee eens noch mee oneens, 5 = enigszins mee eens, 6 = mee eens, 7 = helemaal mee eens

- 1) Ik zou het erg vinden om naast iemand met een zware depressie te zitten tijdens een lange busreis
- 2) Ik zou het erg vinden om te winkelen in een winkel die door iemand met een zware depressie wordt gerund
- 3) Als ik een huis te huur zou hebben, dan zou ik mijn huis niet aan iemand met een zware depressie verhuren
- 4) Ik zou iemand met een zware depressie niet over mijn persoonlijke problemen vertellen
- 5) Ik zou het erg vinden als iemand met een zware depressie mijn nieuwe buurman of buurvrouw zou worden
- 6) Ik zou mijn haren niet laten knippen door een kapper waarvan ik weet dat hij/zij zwaar depressief is
- 7) Ik zou het erg vinden om in een kantoorruimte te werken met een collega die zwaar depressief is

= Sociale afstand = 7 items van de Social Distance Scale van Arkar & Eker (1992)

De vrouw uit het verhaal, Marieke, had een zware depressie. De volgende vragen gaan hierover. Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met de stellingen.

1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = enigszins mee oneens, 4 = noch mee eens noch mee oneens, 5 = enigszins mee eens, 6 = mee eens, 7 = helemaal mee eens

- 1) Als iemand een depressie heeft gehad, dan zal hij/zij hier voor de rest van zijn/haar leven aan lijden
- 2) Mensen met een depressie zijn mislukkelingen
- 3) Mensen met een depressie zijn niet zoals alle andere mensen
- 4) Mensen met een depressie zijn gemakkelijk te herkennen
- 5) Mensen met een depressie zijn gevaarlijk
- ~~6) Depressie wordt veroorzaakt door pech~~
- = stereotypering*
- ~~7) Iemand met een depressie is in staat om te werken~~
- 8) Mensen met een depressie zijn niet anders dan andere mensen
- 9) Mensen met een depressie kunnen omgaan met lastige dingen in het leven
- 10) Als iemand psychiatrische medicatie gebruikt, maakt hem/haar dat nog niet anders

dan anderen

11) Mensen met een depressie kunnen genezen

= *optimisme*

12) Mensen die lijden aan een depressie hebben het gevoel dat ze hun familie tot last zijn

13) Mensen met een depressie voelen zich vaak minderwaardig

14) Mensen met een depressie worden vaak anders behandeld

15) Andere mensen geven mensen met een depressie vaak de schuld voor het laten lijden van hun familie

16) Iemand die lijdt aan een depressie voelt zich vaak verantwoordelijk voor zijn/haar probleem

17) Het is lastig voor andere mensen om iemand met een depressie te begrijpen

= *begrip*

= 17 items = *Attitude (ASMI-scale; Madianos et al., 2012)*

Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met onderstaande stellingen

1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = enigszins mee oneens, 4 = noch mee eens noch mee oneens, 5 = enigszins mee eens, 6 = mee eens, 7 = helemaal mee eens

1) Terwijl ik het verhaal las, kon ik me de gebeurtenissen in het verhaal makkelijk voorstellen

2) Terwijl ik het verhaal las, was ik heel erg bezig met de dingen die in de ruimte om mij heen gebeurden

3) Ik kon me voorstellen dat ik aanwezig was bij de gebeurtenissen die beschreven werden in het verhaal

4) Ik was mentaal betrokken bij het verhaal toen ik het aan het lezen was

5) Toen het verhaal eindigde, vond ik het makkelijk om het uit mijn gedachten te krijgen

6) Het verhaal raakte mij

7) Ik betrapte mijzelf erop dat ik manieren ging bedenken waarop het verhaal op een andere wijze had kunnen eindigen

8) De gebeurtenissen in het verhaal hebben mijn leven veranderd

= 8 items = *Narrative Transportation Scale (Green & Brock, 2000)*

De volgende stellingen gaan over de depressieve vrouw uit het verhaal, Marieke. Geef bij de onderstaande stellingen aan in hoeverre u het met de stelling eens of oneens bent.

1 = helemaal mee oneens, 2 = mee oneens, 3 = enigszins mee oneens, 4 = noch mee eens noch mee oneens, 5 = enigszins mee eens, 6 = mee eens, 7 = helemaal mee eens

- 1) Ik was in staat om de gebeurtenissen in het verhaal te begrijpen op een vergelijkbare manier zoals Marieke ze begreep
- 2) Ik denk dat ik Marieke goed begrijp
- 3) Ik heb de neiging om de redenen waarom Marieke doet wat zij doet te begrijpen
- 4) Tijdens het lezen voelde het alsof ik in het hoofd van Marieke kon kijken
- 5) Op belangrijke momenten in het verhaal, voelde het alsof ik precies wist waar Marieke doorheen ging

De volgende stellingen gaan over de man van Marieke, Freek. Geef bij de onderstaande stellingen aan in hoeverre u het met de stelling eens of oneens bent.

- 1) Ik was in staat om de gebeurtenissen in het verhaal te begrijpen op een vergelijkbare manier zoals Freek ze begreep
- 2) Ik denk dat ik Freek goed begrijp
- 3) Ik heb de neiging om de redenen waarom Freek doet wat hij doet te begrijpen
- 4) Tijdens het lezen voelde het alsof ik in het hoofd van Freek kon kijken
- 5) Op belangrijke momenten in het verhaal, voelde het alsof ik precies wist waar Freek doorheen ging

= 2 x 5 items = identificatie (Cohen, 2001)

Klik op de stelling(en) die voor u waar/juist zijn

- 1) Ik heb nog nooit iemand gezien met een depressie
- 2) Ik heb ooit iemand gezien met een depressie
- 3) Ik heb een film/documentaire gezien over depressie
- 4) Ik heb meerdere keren iemand met een depressie gezien of gesproken
- 5) Ik werk of heb gewerkt met een persoon met een depressie (als collega of als beroep)
- 6) Een bekende/familielid van mij heeft een depressie (gehad)
- 7) Ik woon samen met iemand die een depressie heeft/had
- 8) Ik heb een depressie (gehad)

Hoogste 'score' telt, dus men kan tussen de 1 en 8 scoren op bekendheid.

= 8 items = Level Of Contact Report: Familiarity items

Hoe vond u dat het verhaal afliep?

1 = zeer goed, 2 = goed, 3 = eerder goed, 4 = noch goed, noch slecht, 5 = eerder slecht, 6 = slecht, 7 = zeer slecht

= *manipulatiecheck*

Wat is uw geslacht? Man of vrouw

Wat is uw leeftijd? [tekstinvoer]

Wat is uw moedertaal? Nederlands of Anders, namelijk [tekstinvoer]

Wat is uw hoogst genoten opleiding of welke opleiding volgt u momenteel?

- basisonderwijs - lager/voorbereidend beroepsonderwijs (lbo/vmbo)
- hoger algemeen voortgezet onderwijs (havo)
- voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (vwo)
- middelbaar beroepsonderwijs (mbo)
- hoger beroepsonderwijs (hbo)
- wetenschappelijk onderwijs (wo)
- Anders, namelijk [tekstinvoer]

Mocht u de resultaten van dit onderzoek t.z.t. willen ontvangen, dan kunt u hier uw e-mailadres invullen.

Let op: deelname is dan niet meer geheel anoniem. Er wordt zorgvuldig en vertrouwelijk met de gegevens omgegaan.

[tekstinvoer]

Nogmaals hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek. Heeft u vragen over dit onderzoek? Stuur dan een mail naar anniek.ankersmit@student.ru.nl.

Door op onderstaande knop te klikken worden de gegevens opgeslagen en verzonden.

= Reverse scored

Bijlage B: Basisverhaal

Mijn verhaal – AD zaterdag 6 december 2014

Tekst: Pam van der Veen

‘Ik zie haar in een putje verdwijnen.’ Teun (62) is veertig jaar getrouwd met Anneke. Twaalf jaar geleden raakte zij in een diepe depressie. “Ik klamp me vast aan de goede dagen.”

Het was zondag 5 mei, de dag voordat Pim Fortuyn werd vermoord. Ik had hardgelopen, stond onder de douche en hoorde opeens een kabaal beneden, uit de garage. Toen ik ging kijken, zag ik een ketting op de grond liggen. De ketting waar je je fiets aan ophangt om ‘m te repareren.

Anneke had geprobeerd zich ermee van kant te maken, maar het haakje was uit het plafond geschoten. Dat was haar eerste poging tot zelfdoding. Er zouden er nog zes volgen.

Na de geboorte van onze dochter had ze zich ook slecht gevoeld. Het was een lange pijnlijke bevalling geweest en daarna werd ze somber en gespannen. Onrustig. Gingen we wandelen met de kinderwagen, dan moest ik moeite doen om haar bij te benen. Ze rende bijna over straat – alsof ze voor iets op de vlucht was. De zorg voor de baby viel haar zwaar, ze beleefde er weinig plezier aan. Maar een postnatale depressie, daar was toen nog heel weinig over bekend. Gewoon een beetje vitaminegebrek, zeiden ze bij het consultatiebureau. En na verloop van tijd ging het ook weer beter. Tot twaalf jaar geleden. Het begon met vage klachten, maar na een paar maanden voelde Anneke zich zo ziek, uitgeput en angstig, dat ze er geen gat meer in zag. Een depressie, zei de arts. Ze werd opgenomen, omdat ze een gevaar was voor zichzelf. Inmiddels hebben we zo ongeveer een abonnement op de crisisopvang. Al meerdere keren heb ik haar naar een gesloten afdeling gebracht. Zoals toen ze die verschrikkelijke paniekaanval kreeg. We zouden die ochtend naar de kleinkinderen gaan, maar zij begon opeens te trillen, te ijsberen, te hyperventileren. Ze liep rondjes als een bezetene, schuifelend, met heel kleine pasjes. Urenlang. En maar praten: ‘Ik wil dit niet meer, dit moet ophouden, laat het alsjeblieft stoppen.’ Ik zat erbij, maar kon haar niet bereiken. Ik moest haar achterlaten als een hoopje ellende. Machteloos ben je. Je kunt niks. Alleen maar erbij zijn en haar vasthouden. Maar ik moet ook werken. Dus dan zit zij alleen thuis, op haar stoel. Voor zich uit te staren. Suf van de antidepressiva en antipsychotica. Alles is haar te veel. Stofzuigen, ramenlappen, opruimen, boodschappen doen... Ze slaat op tilt en doet helemaal niks meer. Tussen de middag bel ik haar en aan de klank van haar stem hoor ik of ik wel of niet kan blijven werken. Vaak voelt ze zich zo alleen, dat ik maar weer naar huis ga. Al mijn verlofdagen gaan eraan op, maar ik wil haar niet in de steeklaten.

Van de vrouw waar ik ooit verliefd op werd, is niet veel meer over. We leerden elkaar kennen in een Twentse discotheek. Anneke was 16, slank, knap en verlegen, ze droeg zwarte kleren, witte laarzen tot over de knie en had heel lang haar. In haar schoolagenda hield ze bij hoeveel dagen we al met elkaar waren. Nu is ze flink aangekomen door de medicijnen en heeft ze haar haar kortgeknipt. Dat vind ik wel jammer, ja. Maar ik hou nog wel van haar. Tenminste, dat denk ik. Anders zou ik het toch niet volhouden? Ik

werk en ik zorg, ik doe het hele huishouden erbij en als ze opgenomen is, ga ik elke avond op bezoek. Ik wil niet dat we uit elkaar groeien. Maar het is ook plichtsgevoel. Veertig jaar geleden hebben we elkaar iets beloofd, en daar blijf ik trouw aan. Al zijn er momenten dat ik me erger aan haar passiviteit. We gaan nergens meer heen, want alles is haar te druk. De enkele keer dat ik ga eten met vrienden, belt ze dat ik naar huis moet komen. Gelukkig heb ik veel steun van onze dochter, die komt af en toe 'oppassen'. En ik weet: Anneke heeft hier ook niet om gevraagd. De depressie is een ziekte die haar is overkomen. Ooit was ze vrolijk en ondernemend, maar ze is weggezakt in de somberheid. Als ik na mijn werk kom aan fietsen, zie ik door het raam al hoe de vlag erbij hangt. Zit ze op haar stoel te staren, dan gaat het slecht. Ben ik eerst anderhalf uur op z'n janboerenfluitjes psychotherapie aan het geven, om haar uit de put te krijgen. Zit ze te lezen, dan heeft ze een goeie dag. Soms staat ze zelfs te koken. Ze staat verstijfd voor het fornuis, als een cowboy voor het duel, net zolang tot alles gaar is. Alsof ze gegijzeld wordt door het apparaat. Heel vreemd, ik heb er wel eens een foto van gemaakt. 's Avonds voor de tv dommelt ze weg van alle pillen die ze slikt. Dan roep ik: 'Hallo, ben je daar nog!' Vervolgens schrikt ze wakkeren moeten we allebei lachen. Die pillen heb ik trouwens achter slot en grendel gelegd, want ze heeft de neiging er te veel tegelijk in te nemen. Nooit levensbedreigend veel, maar wel genoeg om om te vallen en alles te laten lopen. Sta ik weer de troep op te ruimen. Toen was ik wel kwaad, die keer dat ik haar vond, geklemd tussen muur en wc-pot.

Het ergste is als ik geen contact met haar krijg. Ik zit tegenover haar aan tafel en zie haar in een putje verdwijnen. Dan is ze weg, ondefinieerbaar futloos en emotioneel. Er dooft iets en ik kan er niet meer bij komen. Op andere momenten vraagt ze juist of ze even met me kan praten. Dan is het vijf minuten doodstil. 'Wat is er?' vraag ik haar. 'Ik weet het niet,' kan ze alleen maar zeggen. 'Het gaat niet goed met me.' Zo te leven, ik kan haast niet begrijpen dat ze het al zo lang volhoudt. Ik had misschien de pijp allang aan Maarten gegeven. Ik zag laatst een film van een vrouw wier depressieve moeder van een flat is gesprongen. Zij leed zo, dat haar gezin heeft gezegd: toe maar. Ze hebben haar laten gaan. Wellicht komt er een moment dat we Anneke ook los moeten laten. Maar nu nog niet, ik heb nog hoop dat ze beter wordt. Ik klamp mij vast aan de goede dagen."

Bijlage C: Materiaal – verhaalversies

C.1 Perspectief Naaste (niet-gestigmatiseerd) – Happy Ending [915 woorden]

Het was zondag 5 mei, de dag voordat Pim Fortuyn werd vermoord. Ik had hardgelopen, stond onder de douche en hoorde opeens een kabaal beneden, uit de garage. Toen ik ging kijken, zag ik een ketting op de grond liggen. De ketting waar je je fiets aan ophangt om 'm te repareren.

Marieke had geprobeerd zich ermee van kant te maken, maar het haakje was uit het plafond geschoten. Dat was haar eerste poging tot zelfdoding. Er zouden er nog zes volgen. Ik zag haar in een putje verdwijnen.

Mijn lieve vrouw raakte lange tijd geleden in een diepe depressie, maar samen kropen we uit dit diepe donkere dal.

Na de geboorte van onze dochter had ze zich ook slecht gevoeld. Het was een lange bevalling geweest en daarna werd ze somber en gespannen. Onrustig. Gingen we wandelen met de kinderwagen, dan moest ik moeite doen om haar bij te benen. Ze rende bijna over straat – alsof ze voor iets op de vlucht was. De zorg voor de baby viel haar zwaar, ze beleefde er weinig plezier aan. Maar een postnatale depressie, daar was toen nog heel weinig over bekend. Gewoon een beetje vitaminegebrek, zeiden ze bij het consultatiebureau en na verloop van tijd ging het ook weer beter. Tot die dag in het schuurtje... Het begon met vage klachten, maar na een paar maanden voelde ze zich zo ziek, uitgeput en angstig, dat ze er geen gat meer in zag. Een depressie, zei de arts. Ze werd opgenomen, omdat ze een gevaar was voor zichzelf.

Inmiddels hadden we zo ongeveer een abonnement op de crisisopvang. Al meerdere keren heb ik haar naar een gesloten afdeling gebracht. Zoals toen ze die verschrikkelijke paniekaanval kreeg. Ze begon opeens te trillen, te ijsberen, te hyperventileren. Ze liep rondjes als een bezetene, schuifelend, met heel kleine pasjes. Urenlang. En maar praten: 'Ik wil dit niet meer, dit moet ophouden, laat het alsjeblieft stoppen.' Ik zat erbij, maar kon haar niet bereiken. Ik moest haar achterlaten als een hoopje ellende. Machteloos ben je. Je kunt niks. Alleen maar erbij zijn en haar vasthouden. Maar ik moest ook werken. Dus dan zat zij alleen thuis, op een stoel. Voor zich uit te staren. Suf van de antidepressiva en antipsychotica. Alles was haar te veel. Stofzuigen, ramenlappen, opruimen, boodschappen doen... Ze sloeg op tilt en deed helemaal niks meer. Tussen de middag belde ik haar en aan de klank van haar stem hoorde ik of ik wel of niet kon blijven werken. Vaak voelde ze zich zo alleen, dat ik maar weer naar huis kwam. Al mijn verlofdagen gingen eraan op, maar ik wilde haar niet in de steek laten.

Van de vrouw waar ik ooit verliefd op werd, was lange tijd niet veel meer over. We leerden elkaar kennen in een Twentse discotheek. Jarenlang leek ze, door de ziekte en door de medicijnen, in niets meer op die vrolijke meid van toen, op die vrouw waar ik verliefd op werd. Maar ik hield nog wel altijd van haar. Tenminste, dat denk ik, anders had ik het toch nooit volgehouden? Ik werkte en ik zorgde, ik deed het hele huishouden erbij en als ze opgenomen was, ging ik elke avond op bezoek. Ik wilde niet dat we uit elkaar groeiden. Maar het was ook plichtsgevoel. Wij hadden elkaar iets beloofd, en daar blijf ik trouw aan. Al zijn er momenten geweest dat ik me vreselijk ergerde aan haar

passiviteit. We gingen nergens meer heen, want alles was haar te druk. De enkele keer dat ik ging eten met vrienden, belde ze dat ik naar huis moest komen, want dan kon ze het niet aan om alleen te zijn.

Natuurlijk weet ik dat Marieke hier ook niet om gevraagd heeft. De depressie is een ziekte die haar is overkomen. Ooit was ze vrolijk en ondernemend, maar ze zakte weg in somberheid. Als ik na mijn werk aan kwam fietsen, zag ik door het raam al hoe de vlag erbij hing. Zat ze op haar stoel te staren, dan ging het slecht. Dan gaf ik eerst anderhalf uur op z'n janboerenfluitjes psychotherapie om haar uit de put te krijgen. Zat ze te lezen, dan had ze een goeie dag. Soms stond ze zelfs te 'koken': verstijfd voor het fornuis, als een cowboy voor het duel, net zolang tot alles gaar was. Alsof ze gegijzeld was door het apparaat. Heel vreemd. 's Avonds voor de tv dommelde ze weg van alle pillen die ze slikte. Dan riep ik: 'Hallo, ben je daar nog!' Vervolgens schrok ze wakker en moesten we allebei lachen. Die pillen heb ik trouwens achter slot en grendel moeten leggen, omdat ze de neiging had er te veel tegelijk in te nemen. Nooit levensbedreigend veel, maar wel genoeg om om te vallen en alles te laten lopen. Stond ik weer de troep op te ruimen. Toen was ik wel kwaad hoor, die keer dat ik haar vond, geklemd tussen muur en wc-pot...

Het ergste was als ik geen contact met haar kreeg, maar gelukkig zijn we die tijd voorbij. Ze zit niet meer tegenover me aan tafel alsof ze weg is, is niet meer ondefinieerbaar futloos en emotioneel. Haar vlammetje was gedoofd maar is weer opgelaaide. Ik kan eindelijk weer bij haar komen en gesprekken voeren. We zijn er natuurlijk nog niet, maar ik heb mijn vrouw weer terug. Ze vraagt nu ook weer hoe het met mij gaat en hoe mijn dag was. Ze heeft weer zin in het leven.

C.2 Perspectief Naaste (niet-gestigmatiseerd) – Sad Ending [949 woorden]

Het was zondag 5 mei, de dag voordat Pim Fortuyn werd vermoord. Ik had hardgelopen, stond onder de douche en hoorde opeens een kabaal beneden, uit de garage. Toen ik ging kijken, zag ik een ketting op de grond liggen. De ketting waar je je fiets aan ophangt om 'm te repareren.

Marieke had geprobeerd zich ermee van kant te maken, maar het haakje was uit het plafond geschoten. Dat was haar eerste poging tot zelfdoding. Ik zag haar steeds verder in een putje verdwijnen. Mijn lieve vrouw raakte lange tijd geleden in een diepe depressie en zag geen uitweg meer. Er zouden nog zes pogingen volgen, waarvan de laatste ervoor zorgde dat ik alleen achterbleef...

Na de geboorte van onze dochter had ze zich ook slecht gevoeld. Het was een lange bevalling geweest en daarna werd ze somber en gespannen. Onrustig. Gingen we wandelen met de kinderwagen, dan moest ik moeite doen om haar bij te benen. Ze rende bijna over straat – alsof ze voor iets op de vlucht was. De zorg voor de baby viel haar zwaar, ze beleefde er weinig plezier aan. Maar een postnatale depressie, daar was toen nog heel weinig over bekend. Gewoon een beetje vitaminegebrek, zeiden ze bij het consultatiebureau. En na verloop van tijd ging het ook weer beter. Tot die dag in het schuurtje... Het begon met vage klachten, maar na een paar maanden voelde ze zich zo

ziek, uitgeput en angstig, dat ze er geen gat meer in zag. Een depressie, zei de arts. Ze werd opgenomen, omdat ze een gevaar was voor zichzelf.

Inmiddels hadden we zo ongeveer een abonnement op de crisisopvang. Al meerdere keren heb ik haar naar een gesloten afdeling gebracht. Zoals toen ze die verschrikkelijke paniekaanval kreeg. Ze begon opeens te trillen, te ijsberen, te hyperventileren. Ze liep rondjes als een bezetene, schuifelend, met heel kleine pasjes. Urenlang. En maar praten: 'Ik wil dit niet meer, dit moet ophouden, laat het alsjeblieft stoppen. 'Ik zat erbij, maar kon haar niet bereiken. Ik moest haar achterlaten als een hoopje ellende. Machteloos ben je. Je kunt niks. Alleen maar erbij zijn en haar vasthouden. Maar ik moest ook werken. Dus dan zat zij alleen thuis, op een stoel. Voor zich uit te staren. Suf van de antidepressiva en antipsychotica. Alles was haar te veel. Stofzuigen, ramenlappen, opruimen, boodschappen doen... Ze sloeg op tilt en deed helemaal niks meer. Tussen de middag belde ik haar en aan de klank van haar stem hoorde ik of ik wel of niet kon blijven werken. Vaak voelde ze zich zo alleen, dat ik maar weer naar huis kwam. Al mijn verlofdagen gingen eraan op, maar ik wilde haar niet in de steek laten.

Van de vrouw waar ik ooit verliefd op werd, was niet veel meer over. We leerden elkaar kennen in een Twentse discotheek. Jarenlang leek ze, door de ziekte en door de medicijnen, in niets meer op die vrolijke meid van toen, op die vrouw waar ik verliefd op werd. Maar ik hield nog altijd wel van haar. Tenminste, dat denk ik, want anders zou ik het toch niet zo lang hebben volgehouden? Ik werkte en ik zorgde, ik deed het hele huishouden erbij en als ze opgenomen was, ging ik elke avond op bezoek. Ik wilde niet dat we uit elkaar groeiden. Maar het was ook plichtsgevoel. Wij hadden elkaar iets beloofd, en daar bleef ik trouw aan. Al zijn er momenten geweest dat ik me vreselijk ergerde aan haar passiviteit. We gingen nergens meer heen, want alles was haar te druk. De enkele keer dat ik ging eten met vrienden, belde ze dat ik naar huis moest komen, want dan kon ze het niet aan om alleen te zijn.

C.3 Perspectief Patiënt (gestigmatiseerd) – Happy Ending [939 woorden]

Het was zondag 5 mei, de dag voordat Pim Fortuyn werd vermoord, toen ik de garage in liep met het idee dat dit mijn laatste dag zou zijn geweest. Freek was na het hardlopen onder de douche gegaan toen ik aan dit leven probeerde te ontsnappen door het touw om mijn hals te doen, maar het haakje schoot uit het plafond... Door het kabaal stond hij heel snel naast mij.

Dit was mijn eerste poging tot zelfdoding. Er zouden er nog zes volgen. Ik raakte lang geleden in een diepe depressie en verdween in een diepe put, maar samen met mijn lieve man kroop ik uit dit diepe donkere dal.

Na de geboorte van onze dochter had ik mij ook slecht gevoeld. Het was een lange bevalling geweest en daarna werd ik somber en gespannen. Onrustig. Als we gingen wandelen met de kinderwagen, dan rende ik bijna over straat om zo snel mogelijk weer thuis te zijn. De zorg voor de baby viel mij zwaar en ik beleefde er weinig plezier aan. Maar een postnatale depressie, daar was toen nog heel weinig over bekend. Gewoon een beetje vitaminegebrek, zeiden ze bij het consultatiebureau en na verloop van tijd ging het ook weer beter. Tot die dag in het schuurtje... Het begon met vage klachten, maar na een paar maanden voelde ik me zo ziek, uitgeput en angstig, dat ik er geen gat meer in

zag. Een depressie, zei de arts. Ik werd opgenomen, omdat ik een gevaar was voor mezelf.

Inmiddels hadden we zo ongeveer een abonnement op de crisisopvang. Al meerdere keren ben ik door mijn man naar een gesloten afdeling gebracht. Zoals toen ik die verschrikkelijke paniekaanval kreeg. Ik begon opeens te trillen, te ijsberen, te hyperventileren. Ik liep rondjes als een bezetene, schuifelend, met heel kleine pasjes. Urenlang. En maar zeggen: 'Ik wil dit niet meer, dit moet ophouden, laat het alsjeblieft stoppen.' Freek zat erbij, maar kon me niet bereiken. Hij moest me achterlaten als een hoopje ellende. Machteloos was hij, maar ik ook. Je kunt niks. Hij was veel bij me en hield me vast. Maar hij moest ook werken. Dus dan zat ik alleen thuis, op een stoel. Voor me uit te staren. Suf van de antidepressiva en antipsychotica. Alles was me te veel. Stofzuigen, ramenlappen, opruimen, boodschappen doen... Ik sloeg op tilt en kon helemaal niks meer. Tussen de middag belde hij me altijd op en hij zegt dat hij al aan de klank van mijn stem hoorde of hij wel of niet kon blijven werken. Vaak voelde ik me zo alleen, dat hij maar weer naar huis kwam. Al zijn verlofdagen gingen eraan op, maar hij wilde mij niet in de steek laten.

Van de vrouw waar hij ooit verliefd op werd, was lange tijd niet veel meer over. We leerden elkaar kennen in een Twentse discotheek. Jarenlang leek ik, door de ziekte en door de medicijnen, in niets meer op die vrolijke meid van toen, op die vrouw waar hij verliefd op werd. Maar hij hield nog wel altijd van mij. Tenminste, dat denk ik, anders hadden wij het toch nooit volgehouden? Hij werkte en hij zorgde voor mij, hij deed het hele huishouden erbij en als ik opgenomen was, kwam hij elke avond op bezoek. Hij wilde niet dat we uit elkaar groeiden, maar het was ook plichtsgevoel. Wij hadden elkaar iets beloofd, en daar bleef hij trouw aan. Er zijn momenten geweest dat hij zich vreselijk ergerde aan mijn passiviteit. We gingen nergens meer heen, want alles was mij te druk. De enkele keer dat hij ging eten met vrienden, belde ik dat hij naar huis moest komen, want dan kon ik het niet aan om alleen te zijn.

Hij weet dat ik hier ook niet om gevraagd heb. De depressie is een ziekte die mij is overkomen. Ooit was ik vrolijk en ondernemend, maar ik zakte weg in somberheid. Als Freek thuiskwam na het werk, zag hij door het raam al hoe de vlag erbij hing. Zat ik op mijn stoel te staren, dan ging het slecht. Dan gaf hij eerst anderhalf uur op z'n janboerenfluitjes psychotherapie om mij uit de put proberen te krijgen. Zat ik te lezen, dan had ik een goeie dag. Soms probeerde ik voor hem te koken. Ik stond verstijfd voor het fornuis, als een cowboy voor het duel, net zolang tot alles gaar was. Alsof ik gegijzeld was door het apparaat. Heel vreemd. 's Avonds voor de tv dommelde ik weg van alle pillen die ik slikte. Dan riep hij: 'Hallo, ben je daar nog!' Vervolgens schrok ik wakker en moesten we allebei lachen. Die pillen heeft hij trouwens achter slot en grendel moeten leggen, omdat ik de neiging had er te veel tegelijk in te nemen. Achteraf bleek dat ik nooit levensbedreigend veel in nam, maar wel genoeg om om te vallen en alles te laten lopen. Stond hij weer de troep op te ruimen. Toen was hij wel kwaad hoor, die keer dat hij mij vond, geklemd tussen muur en wc-pot...

Gelukkig zijn we die tijd voorbij. Dankzij alle hulp en medicatie, zit ik niet meer aan tafel alsof ik weg ben, ben niet meer ondefinieerbaar futloos en emotieloos. Mijn vlammetje was gedoofd maar is weer opgelaaid. Freek kan eindelijk weer bij mij komen en ik kan weer gesprekken voeren. We zijn er natuurlijk nog niet, maar ik heb mijn leven weer terug en Freek zijn vrouw. Ik vraag nu ook weer hoe het met hem gaat en hoe zijn dag was. De kleine dingen doen het hem. Ik zie weer licht. Ik heb weer zin in het leven.

C.4 Perspectief Patiënt (gestigmatiseerd) – Sad Ending [935 woorden]

Het was zondag 5 mei, de dag voordat Pim Fortuyn werd vermoord toen ik de garage in liep met het idee dat dit mijn laatste dag zou zijn geweest. Freek was na het hardlopen onder de douche gegaan toen ik aan dit leven probeerde te ontsnappen door het touw om mijn hals te doen, maar het haakje schoot uit het plafond... Door het kabaal stond hij heel snel naast mij.

Dit was mijn eerste poging tot zelfdoding. Er zouden er nog 5 volgen die ik overleefde. Ik raakte lange tijd geleden in een diepe depressie en verdween in een diepe punt en ik zie nu echt geen uitweg meer. Poging zeven zal mijn laatste worden. Dag lieve mensen, dag lieve Freek.

Na de geboorte van onze dochter had ik mij ook slecht gevoeld. Het was een lange bevalling geweest en daarna werd ik somber en gespannen. Onrustig. Als we gingen wandelen met de kinderwagen, dan rende ik bijna over straat om zo snel mogelijk weer thuis te zijn. De zorg voor de baby viel mij zwaar en ik beleefde er weinig plezier aan. Maar een postnatale depressie, daar was toen nog heel weinig over bekend. Gewoon een beetje vitaminegebrek, zeiden ze bij het consultatiebureau en na verloop van tijd ging het ook weer beter. Tot die dag in het schuurtje... Het begon met vage klachten, maar na een paar maanden voelde ik me zo ziek, uitgeput en angstig, dat ik er geen gat meer in zag. Een depressie, zei de arts. Ik werd opgenomen, omdat ik een gevaar was voor mezelf.

Inmiddels hadden we zo ongeveer een abonnement op de crisisopvang. Al meerdere keren ben ik door mijn man naar een gesloten afdeling gebracht. Zoals toen ik die verschrikkelijke paniekaanval kreeg. Ik begon opeens te trillen, te ijsberen, te hyperventileren. Ik liep rondjes als een bezetene, schuifelend, met heel kleine pasjes. Urenlang. En maar zeggen: 'Ik wil dit niet meer, dit moet ophouden, laat het alsjeblieft stoppen.' Freek zat erbij, maar kon me niet bereiken. Hij moest me achterlaten als een hoopje ellende. Machteloos was hij, maar ik ook. Je kunt niks. Hij was veel bij me en hield me vast. Maar hij moest ook werken. Dus dan zat ik alleen thuis, op een stoel. Voor me uit te staren. Suf van de antidepressiva en antipsychotica. Alles was me te veel. Stofzuigen, ramenlappen, opruimen, boodschappen doen... Ik sloeg op tilt en kon helemaal niks meer. Tussen de middag belde hij me altijd op en hij zegt dat hij al aan de klank van mijn stem hoorde of hij wel of niet kon blijven werken. Vaak voelde ik me zo alleen, dat hij maar weer naar huis kwam. Al zijn verlofdagen gingen eraan op, maar hij wilde mij niet in de steek laten.

Van de vrouw waar hij ooit verliefd op werd, was niet veel meer over. We leerden elkaar kennen in een Twentse discotheek. Ik leek, door de ziekte en door de medicijnen, in

niets meer op die vrolijke meid van toen, op die vrouw waar hij verliefd op werd. Maar hij hield nog wel altijd van mij. Tenminste, dat denk ik, anders hadden wij het toch nooit zo lang volgehouden? Hij werkte en hij zorgde voor mij, hij deed het hele huishouden erbij en als ik opgenomen was, kwam hij elke avond op bezoek. Hij wilde niet dat we uit elkaar groeiden, maar het was ook plichtsgevoel. Wij hadden elkaar iets beloofd, en daar bleef hij trouw aan. Er zijn momenten geweest dat hij zich vreselijk ergerde aan mijn passiviteit, want we gingen nergens meer heen, want alles was mij te druk. De enkele keer dat hij ging eten met vrienden, belde ik dat hij naar huis moest komen, want ik kon het dan niet aan om alleen te zijn.

Hij weet dat ik hier niet om gevraagd heb. De depressie is een ziekte die mij is overkomen. Ooit was ik vrolijk en ondernemend, maar ik zakte weg in somberheid. Als Freek thuiskwam na het werk, zag hij door het raam al hoe de vlag erbij hing. Zat ik op mijn stoel te staren, dan ging het slecht. Dan gaf hij eerst anderhalf uur op z'n janboerenfluitjes psychotherapie om mij uit de put proberen te krijgen. Zat ik te lezen, dan had ik een goeie dag. Soms probeerde ik voor hem te koken. Ik stond verstijfd voor het fornuis, als een cowboy voor het duel, net zolang tot alles gaar was. Alsof ik gegijzeld was door het apparaat. Heel vreemd. 's Avonds voor de tv dommelde ik weg van alle pillen die ik slikte. Dan riep hij: 'Hallo, ben je daar nog!' Vervolgens schrok ik wakker en moesten we allebei lachen. Die pillen heeft hij trouwens achter slot en grendel moeten leggen, omdat ik de neiging had er te veel tegelijk in te nemen. Achteraf bleek dat ik nooit levensbedreigend veel in nam, maar wel genoeg om om te vallen en alles te laten lopen. Stond hij weer de troep op te ruimen. Toen was hij wel kwaad hoor, die keer dat hij mij vond, geklemd tussen muur en wc-pot...

Ik zie alleen al lange tijd geen andere uitweg meer. Ik weet dat ik je hier pijn mee doe lieve Freek, maar ik denk ook dat je het zult begrijpen. Ik ben al heel lang weg, ondefinieerbaar futloos en emotieloos. Er is iets in mij gedoofd. Het gaat niet goed met mij en ik belast jou. Ik lijd. Ik kan niet meer. Ik wil niet meer. Dit is het laatste wat ik schrijf. Ik ontsnap aan dit leven. Het is goed zo. Vergeef me.