

Narratieven in gezondheidscommunicatie over mentale aandoeningen

Perspectief op het doorbreken van stigma's rondom postnatale depressie

Masterscriptie

Aantal woorden: 8627

Cursus: Master Scriptie - Communicatie en Beïnvloeding

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

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



Radboud Universiteit Nijmegen

Door: A. Kloosterboer (4638506)

E-mail: a.kloosterboer@student.ru.nl

Datum: 15 juni 2017

Communicatie- en Informatiewetenschappen (Communicatie & Beïnvloeding)

Faculteit der Letteren

Samenvatting

Uit onderzoek is gebleken dat stigmatisering van mentale aandoeningen kan leiden tot onderschatting van de symptomen, te late aanvang van behandeling en daardoor een verergering van de klachten. Door transportatie en identificatie is het mogelijk om deze stigmatisering te verminderen. In dit onderzoek is in de vorm van een experiment met twee condities een narratief gebruikt vanuit verschillende perspectieven: een eerstpersoons versus een derdepersoons perspectief.

Het doel van dit experiment was het onderzoeken van de rol van perspectief (en de werking van transportatie en identificatie hierin) bij stigmavermindering rondom mentale aandoeningen. In totaal hebben 159 participanten het online experiment afgerond. Uit de resultaten is gebleken dat een eerstpersoons perspectief het meeste effect heeft op zowel transportatie als identificatie. Transportatie en identificatie bleken tevens invloed te hebben op attitude en sociaal vermijdingsgedrag. Er was echter geen direct verband tussen perspectief en respectievelijk attitude en sociaal vermijdingsgedrag. Issue involvement bleek de relatie tussen perspectief en respectievelijk transportatie en identificatie te modereren. Bij hoge issue involvement maakte perspectief geen verschil in transportatie en identificatie, bij lage issue involvement bleek een eerstpersoons perspectief effectiever voor transportatie en identificatie. Narratieven spelen dus een positieve rol bij stigmavermindering, maar vervolgonderzoek is nodig om de meest effectieve kenmerken van een narratief samen te voegen.

Sleutelwoorden: narratieven, gezondheidscommunicatie, mentale aandoening, postnatale depressie, stigma, transportatie, identificatie, attitude, sociaal vermijdingsgedrag, issue involvement

Inhoudsopgave

- Aanleiding.....3
- Theoretisch kader.....5
- Methode.....14
- Resultaten.....20
- Conclusie.....26
- Discussie.....27
- Literatuurlijst32
- Bijlage I.....37

Aanleiding

“Ik ben een vrouw.

Ik heb een kind gebaard.

Mijn zwangerschap duurde negen maanden en twaalf dagen.

Na negen maanden en twaalf dagen was Harry vader en ik moeder.

Van de ene dag op de andere hadden we levenslang.”

(Citaat uit de Gelukkige Huisvrouw, Heleen van Royen, 2000, p.10)

De geboorte van een kind is voor de meeste moeders de gelukkigste tijd in hun leven. Maar wat als dit niet zo voelt? Door een postnatale depressie kunnen zij zich verdrietig, depressief, onbegrepen en gestigmatiseerd voelen. Dit overkomt 10 tot 15% van de moeders (Leverton & Everett, 2000). Bovenstaand fragment uit het boek De Gelukkige Huisvrouw van Heleen van Royen (2000) beschrijft wat vrouwen met een postnatale depressie kunnen voelen. Postnatale depressies kunnen niet alleen negatieve gevolgen hebben voor de moeder, maar ook voor andere leden in het gezin. Onderzoek heeft aangetoond dat het hebben van een postnatale depressie bij een moeder ook voor hogere percentages van depressies onder vaders in het gezin zorgt. Eén op de 25 van deze mannen vertoont volgens dit onderzoek symptomen van depressie wanneer de vrouw in het gezin een postnatale depressie heeft (Underwood, Waldie & Peterson, 2016).

Vrouwen die lijden aan een postnatale depressie, hebben klachten als neerslachtigheid, prikkelbaarheid, een laag zelfbeeld en lusteloosheid (American Psychological Association, 2007). Lichtere verschijnselen van postnatale depressies, ook wel ‘babyblues’ of kraamtranen genoemd, worden zelfs door 50 tot 80% van de vrouwen ervaren (Psychische Gezondheid, 2013). Een depressie (waar 1 op de 20 mensen last van heeft in Nederland) is de meest voorkomende reden voor ziekteverzuim, maar is vaak moeilijk bespreekbaar vanwege het stigma dat rust op mentale aandoeningen. Stigma wordt genoemd als één van de belangrijkste redenen om geen psychische hulp te zoeken (Pinto-Foltz & Logsdon, 2008). Het stigma dat op depressie rust is dus een belangrijk maatschappelijk probleem.

Om de kennis over depressies te verhogen en het taboe dat op depressie rust te doorbreken, is het Ministerie van Volksgezondheid gestart met een publiekscampagne: Omgaan met Depressie. Door middel van tv-commercials en de

inzet van social media wordt het publiek aangezet om over depressies te gaan praten en vooral om informatie te gaan zoeken. In deze campagne worden de algemene kenmerken van depressies kenbaar gemaakt (Rijksoverheid, 2016). Of de nadruk op informatieve inhoud in campagnes ook daadwerkelijk leidt tot vermindering van stigma's rondom (postnatale) depressies, is volgens Mann en Himelein (2008) discutabel. Door het verstrekken van informatie wordt het tekort aan kennis wel aangevuld, maar begrip wordt nog niet gecreëerd omdat men zich de situatie van een depressief persoon niet kan voorstellen (Mann & Himelein, 2008). Om dit begrip te bewerkstelligen kan ervoor gekozen worden om verhalende gezondheidscommunicatie in te zetten. Uit eerder onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat verhalende gezondheidscommunicatie (hierna narratieve gezondheidscommunicatie genoemd) over fysieke aandoeningen effectief is bij gedragsverandering (Niederdeppe et al., 2011; Murphy et al., 2013). Naar de effecten van narratieven in de context van mentale gezondheid is echter nog weinig onderzoek gedaan.

Bij gezondheidscommunicatie over fysieke aandoeningen is het uiteindelijke doel gedragsverandering. Bij mentale aandoeningen wordt meer aandacht besteed aan attitudeverandering. Omdat het doel van de communicatie verschilt, is het belangrijk om te kijken of narratieven vanuit verschillende perspectieven ook effectief zijn in attitudeverandering bij mentale aandoeningen waar stigma's op rusten. Ook is het interessant om te onderzoeken welke onderliggende mechanismen (transportatie en identificatie) invloed op attitudeverandering en sociaal vermijdingsgedrag hebben. Daarnaast wordt gekeken naar wat de rol van betrokkenheid bij het onderwerp (issue involvement) hierin is. In dit onderzoek worden deze mechanismen in de context van mentale gezondheid getoetst en wordt gekeken naar de effectiviteit van narratieve gezondheidscommunicatie op het verminderen van het stigma rondom mentale aandoeningen.

Theoretisch kader

Het proces van stigmatisering en sociaal vermijdingsgedrag

Stigmatisering

Volgens Baumann (2007) voelt men over het algemeen van nature een wens om afstand te nemen van mensen die niet in de maatschappij passen. Dit is één van de verklaringen voor het ontstaan van stigmatisering (Baumann, 2007). Stigma wordt door Baumann (2007) gedefinieerd als “Een onderscheidende eigenschap die ervoor zorgt dat er een scheiding ontstaat tussen een gestigmatiseerd persoon en anderen, waardoor negatieve karakteristieken aan een gestigmatiseerd persoon worden toegeschreven” (p.131). Het gaat om de sociale afwijzing van individuen gebaseerd op bepaalde karakteristieken zoals ras, religie en mentale of fysieke gezondheid (Corrigan, 2000). Volgens onderzoek van Pinto-Foltz en Logsdon (2008) heeft stigma rondom mentale aandoeningen een serieuze impact op het functioneren van een individu in de maatschappij, omdat het hem of haar ervan weerhoudt om hulp te zoeken, vanwege de angst om buitengesloten te worden.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat narratieven een goede manier kunnen zijn om de lezer op een niet-bedreigende manier in contact te brengen met personen bij wie zij zich in het echte leven ongemakkelijk zouden voelen en afstand van zouden willen nemen, zoals mensen met een mentale aandoening (Schiappa, Gregg & Hewes, 2005).

Social Identity Theory (SIT)

Het bestaan van stigma's rondom mentale aandoeningen valt deels te verklaren aan de hand van de Social Identity Theory (SIT). De SIT wordt door Tajfel (1979) omschreven als een perceptie van hoe een persoon zichzelf ziet, gebaseerd op het lid zijn van een bepaalde groep (zoals een sportteam, kerkgenootschap of gelijkgestemden). Volgens de SIT streeft de mens naar het bereiken en behouden van een positieve sociale identiteit door zich goed te voelen over de groepen waar hij of zij toe behoort (Brown, 2000). Dit verklaart het proces dat men anderen die tot hun groep (*in-group* leden) behoren beter behandelt dan buitenstaanders, ook wel *out-group* leden. Mensen sluiten hierdoor de *out-group* leden eerder buiten. Dit zorgt vervolgens voor negatieve stereotypingen en vooroordelen (Brewer, 2007).

De Social Identity Theory verklaart dus (deels) waardoor stigma's kunnen ontstaan rondom groepen waar mensen liever niet bij willen horen. Men krijgt een onprettig gevoel bij mensen die "anders" zijn dan hun groep en ontwikkelt negatieve attitudes over deze personen, zoals depressieve mensen.

De rol van sociaal vermijdingsgedrag bij stigmatisering

Als een persoon afwijkt van wat 'normaal' is in een bepaalde groep, is men volgens de SIT eerder geneigd afstand te nemen van deze persoon. Dit proces dat door stigmatisering ontstaat wordt door onder anderen Corrigan en Kleinlein (2005) sociaal vermijdingsgedrag genoemd. Sociaal vermijdingsgedrag wordt door Baumann (2007) gedefinieerd als "de afstand die iemand wil nemen tussen zichzelf en iemand anders in een sociale situatie" (p.132). Het construct van sociale vermijding wordt vaak gebruikt om het uitsluiten van mensen met mentale aandoeningen te meten.

Het proces van sociaal vermijdingsgedrag begint bij het ontvangen van signalen van een gestigmatiseerd persoon, zoals abnormaal gedrag. Dit leidt vervolgens tot stereotypering, waardoor discriminatie ontstaat (Corrigan & Kleinlein, 2005). Een gestigmatiseerd persoon wordt door de buitenwereld gezien als minder menselijk, waardoor de buitenwereld meer afstand voelt tot die gestigmatiseerde persoon (Goffman, 1963). Wanneer de sociale afstand hoog is, betekent dit volgens Baumann (2007) dat iemand een buitenstaander is in een samenleving. Deze afstand wordt niet alleen door de omgeving van de gestigmatiseerde omgeving gevoeld, maar ook door gezondheidsprofessionals (López-Ibor, Cuenca & Reneses, 2005).

Onderzoek naar het ontstaan en voorkomen van sociaal vermijdingsgedrag kan bijdragen aan een verklaring voor stigmatisering bij mentale aandoeningen. De mate van sociaal vermijdingsgedrag kan onder andere liggen aan de mate van toegeschreven verantwoordelijkheid voor de mentale aandoening (Dietrich, Beck, Bujantugs, Kenzine, Matschinger & Angermeyer, 2004). Om te trachten het stigma rondom postnatale depressie te verminderen zou het dus bevorderlijk kunnen zijn om ontvangers van een gezondheidsboodschap over postnatale depressies duidelijk te maken dat een postnatale depressie geen keuze van een persoon is, maar net zo goed een ziekte als iedere andere fysieke aandoening (Dietrich et al., 2004). Het publiek kan hiervan worden overtuigd middels informatieverstrekking, maar de inzet

van narratieve gezondheidscommunicatie zou effectiever kunnen zijn. Door lezers middels een narratief onder te dompelen in een andere wereld, zouden zij meer begrip voor de situatie van personen met mentale aandoeningen kunnen ontwikkelen.

Narratieve gezondheidscommunicatie

Narratieven worden gedefinieerd als “een weergave van samenhangende gebeurtenissen en personages met een herkenbare structuur, die tijd- en plaatsgebonden is en impliciete of expliciete boodschappen over het desbetreffende onderwerp bevat” (Kreuter, Green, Cappella, Slater, Wise, Storey & Woolley, 2007, p. 222). Dat narratieven meer empathische attitudes naar gestigmatiseerde groepen (zoals manisch depressieve mensen) opwekken is bekend. Uit eerder onderzoek is gebleken dat participanten meer empathisch reageerden naar gestigmatiseerde personen (in dit onderzoek immigranten, gedetineerden en ouderen) wanneer een verhaal in een narratief werd verteld, vergeleken met een non-narratief (Oliver, Dillard, Bae & Tamul, 2012).

Narratieven kunnen een manier zijn om lezers te overtuigen hun gedrag te veranderen, omdat narratieve verwerking over het algemeen een plezierig karakter heeft (van Laer, de Ruyter, Visconti & Wetzels, 2014). Narratieven zijn daarnaast ook een ‘veilige omgeving’ om minder plezierige thema’s aan te halen, zoals ziekte of de dood (Gottschall, 2012). Deze betekenisvolle vorm van narratieven staan voor de perceptie van diepere betekenis in een verhaal, waardoor de boodschap makkelijker wordt overgedragen. Dit wordt verklaard doordat het ervaren van emoties via een personage gelijk kan staan aan het ervaren van emoties in het echte leven (Green & Brock, 2000).

Verschillende onderzoeken hebben al aangetoond dat narratieven effectiever zijn in onder andere het veranderen van de attitude (bij fysieke aandoeningen) dan informatieve stukken in gezondheidscommunicatie (Murphy et al., 2013; Hamby et al., 2016). Ook naar gezondheidscommunicatie bij mentale aandoeningen en stigmavermindering wordt inmiddels onderzoek gedaan. Onderzoeken hierover maken echter vaak de vergelijking tussen een narratief en een non-narratief (Oliver et al., 2012; Mann & Himelein, 2008; Chung & Slater, 2013). Hierbij wordt het stigma ook vaak genoemd als beschrijving van het ziektebeeld en barrière om hulp te zoeken (onder anderen Pinto-Foltz en Logsdon, 2008). Echter, naar effectieve

kenmerken binnen een narratief met stigmavermindering als *doel* is nog maar weinig onderzoek gedaan.

Transportatie en identificatie bij narratieve overtuiging

Transportatie

Eén van de factoren die een rol speelt bij narratieve overtuiging is transportatie. Transportatie wordt door Green, Brock en Kaufman (2004) gedefinieerd als “het proces dat ervoor zorgt dat ontvangers van een boodschap de realiteit tijdelijk achterlaten en door het lezen van het verhaal veranderen in vergelijking met hoe zij vóór het lezen van het verhaal waren” (p. 315). Transportatie is een proces dat emotionele betrokkenheid bij een bepaald onderwerp genereert en voor meer aandacht voor de boodschap zorgt (Murphy, Chatterjee & Baezconde-Garbanati, 2013).

Door het meevoeren van een lezer in een verhaal is er minder ruimte voor het genereren van tegenargumenten, waardoor lezers eerder overtuigd zijn van een boodschap (Green & Brock, 2000). Het meenemen van een lezer in de belevingswereld van een gestigmatiseerde persoon (met behulp van een narratief) zou daarom een effectieve manier kunnen zijn om stigma's te proberen te verminderen (Chung & Slater, 2013).

Het door de lezer kennis te laten maken met een gestigmatiseerd persoon middels een verhaal kan er namelijk voor zorgen dat de lezer de belevingswereld van deze persoon beter begrijpt, en hierdoor positievere attitudes over deze persoon ontwikkelt (Mann & Himelein, 2008). Hierdoor zal de lezer waarschijnlijk ook minder sterk sociaal vermijdingsgedrag vertonen. De hypothesen die voortvloeien uit de bevindingen van Murphy et al. (2013), Green en Brock (2000) en Mann en Himelein (2008) luiden dan ook:

H1: Transportatie heeft een positieve invloed op de attitude over mensen met een mentale aandoening

H2: Een hogere mate van transportatie zorgt voor minder sociaal vermijdingsgedrag ten opzichte van mensen met een mentale aandoening

Identificatie

Naast transportatie is ook identificatie een onderliggend proces van narratieve overtuiging en attitudeverandering. Identificatie wordt door Cohen (2001) gedefinieerd als “een denkbeeldig proces waarbij iemand uit het publiek de identiteit, doelen en het perspectief aanneemt van een personage” (p. 261). Door het overnemen van deze doelen en plannen kan een lezer zich de gebeurtenissen die een personage overkomen beter voorstellen. Een lezer kan zich indenken dat hij of zij dat personage is (Cohen, 2001).

Volgens Bandura (2004) zijn mensen eerder geneigd om gewenst gedrag over te nemen wanneer zij zich met een gelijk iemand identificeren. Dit is ook gebleken uit studies van Singhal en Rogers (1999) en Mc Queen et al. (2011), waar respectievelijk een zwarte en latino bevolkingsgroep werd blootgesteld aan een boodschap over borstkanker in de vorm van een narratief. Een hoofdpersoon waarmee de participanten zich konden identificeren (een persoon uit dezelfde bevolkingsgroep) zorgde voor een grotere acceptatie van de boodschap en een lagere gepercipieerde barrière om hulp te zoeken, vergeleken met een hoofdpersoon uit een andere bevolkingsgroep die verder van hen af stond (Singhal & Rogers, 1999; Mc Queen et al., 2011).

Bovenstaande onderzoeken gaan vooral over de effectiviteit van identificatie in de context van gedragsverandering. Identificatie staat ook in verband met verandering in attitudes (de Graaf, Hoeken, Sanders & Beentjes, 2011). Het onderzoek van de Graaf et al. (2011) is uitgevoerd met behulp van een verhaal over iemand met een fysieke handicap. Het valt te verwachten dat identificatie met een personage met een mentale aandoening moeilijker is, vanwege het gebrek aan gelijkennis met het personage in een narratief. Bij een fysieke handicap kan de persoonlijkheid van het personage veel gelijkenissen vertonen, bij een mentale aandoening kunnen de gedragingen van het personage verder van de lezer af staan, waardoor identificatie bemoeilijkt zou kunnen worden. Deze bevindingen leiden tot de volgende hypothesen:

H3: Een hogere mate van identificatie met het hoofdpersoon heeft een positieve invloed op de attitude over mensen met een mentale aandoening

H4: Een hogere mate van identificatie met het hoofdpersonage zorgt voor minder sociaal vermijdingsgedrag ten opzichte van mensen met een mentale aandoening

De rol van narratieve perspectieven: een eerstepersoons versus derdepersoons perspectief

Een hoge mate van transportatie en identificatie wijzen op betrokkenheid bij de lezer. Het bestaan van een stigma wijst juist op vermijding. Omdat een persoon met een mentale aandoening zo ver van de lezer afstaat, vormt dat waarschijnlijk een obstakel voor identificatie (Chung & Slater, 2013). Een manier om toch te zorgen voor identificatie met een gestigmatiseerd persoon is het gebruiken van een ik-perspectief in een narratief. Hierdoor kan men het perspectief van een personage overnemen. Het overnemen van het perspectief van een personage wordt vergemakkelijkt wanneer een verhaal vanuit de ik-vorm wordt verteld, vergeleken met een verhaal dat van buitenaf (hij/zij-vorm) wordt verteld. Een verhaal dat vanuit de ik-vorm is geschreven, wordt een eerstepersoons perspectief genoemd (Cohen, 2001).

Een vergelijking tussen een verhaal met een eerstepersoons perspectief en een non-narratief is al eerder gemaakt. In hun onderzoek manipuleerden Mann en Himelein (2008) het perspectief door iemand met depressie te laten vertellen over zijn ervaringen over het stigma dat op depressie rust (een *testimonia*) en de andere groep participanten informatie over depressies voor te leggen. In dit onderzoek werd gevonden dat de attitudes over personen met depressie van de participanten in de conditie die het ervaringsverhaal hoorden positiever waren, vergeleken met participanten die het non-narratief lasen. Uit het onderzoek van Mann en Himelein (2008) bleek dat een eerstepersoons narratieve aanpak de-stigmatiserend werkte, vergeleken met een non-narratief.

Of een eerstepersoons perspectief ook voor positievere attitudes en minder sociaal vermijdingsgedrag zorgt, vergeleken met een derdepersoons perspectief (een verteller van bovenaf) is nog niet onderzocht. Door het mogelijk te maken voor een lezer om zich te wanen in de wereld van iemand anders en hierbij zijn manieren van denken te zien, wordt de begrijpelijkheid van de wereld van het gestigmatiseerde personage in het verhaal waarschijnlijk ook vergroot (Cohen, 2001). Hierdoor valt het te verwachten dat de lezer minder geneigd is om een gestigmatiseerde persoon te vermijden. Bij het vertellen van een verhaal vanuit een derdepersoons perspectief wordt het de lezer moeilijker gemaakt om de belevingswereld en gedachtegang van

de hoofdpersoon te volgen. Een derdepersoons perspectief zou daardoor voor minder identificatie, en een hogere mate van sociaal vermijdingsgedrag kunnen zorgen, vergeleken met een eerstepersoons perspectief. Ook de attitude over mentale aandoeningen zal waarschijnlijk niet (of minder) veranderen door het lezen van een verhaal over deze aandoening in een derdepersoons perspectief. De hypothesen die uit deze bevindingen voortkomen zijn als volgt:

H5: Bij een eerstepersoons perspectief zullen lezers meer getransporteerd raken dan bij een derdepersoons perspectief

H6: Bij een eerstepersoons perspectief kunnen lezers zich meer identificeren met de hoofdpersoon dan bij een derdepersoons perspectief

H7: Door een eerstepersoons perspectief ontwikkelen lezers positievere attitudes ten opzichte van mentale aandoeningen dan bij een derdepersoons perspectief

H8: Door een eerstepersoons perspectief vindt er minder sociaal vermijdingsgedrag plaats ten opzichte van mensen met een mentale aandoening dan bij een derdepersoons perspectief

H9: Transportatie en identificatie mediëren de relatie tussen perspectief en attitude over mensen met een mentale aandoening

H10: Transportatie en identificatie mediëren de relatie tussen perspectief en sociaal vermijdingsgedrag ten opzichte van mensen met een mentale aandoening

De (modererende) invloed van issue involvement in narratieve overtuiging

Mogelijk hangt de impact van perspectief op transportatie en identificatie af van issue involvement. Issue involvement wordt beschreven als de persoonlijke relevantie van een bepaald onderwerp (Petty & Cacioppo, 1986, p.145). Wanneer lezers een verhaal persoonlijk relevant vinden, kunnen zij zich waarschijnlijk (nog) beter inleven in een narratief (Chung & Slater, 2013).

Een hoge mate van issue involvement bij het onderwerp postnatale depressie zou voor een hogere mate van transportatie en identificatie kunnen zorgen,

vergeleken met mensen met een lage issue involvement. Het valt daarom te verwachten dat het perspectief waarin het narratief wordt verteld een minder sterke invloed heeft op transportatie en identificatie bij mensen met een hoge issue involvement, omdat issue involvement ervoor zorgt dat lezers meer aandacht hebben voor de boodschap. Hierdoor letten zij beter op details in die boodschap (Petty & Cacioppo, 1986). Wanneer zij meer aandacht voor de boodschap hebben, kunnen transportatie en identificatie makkelijker plaatsvinden (Green & Brock, 2000), wat vervolgens zorgt voor een grotere kans op acceptatie van de boodschap. Dit vindt dan ongeacht het perspectief van de boodschap plaats.

Bij een lage mate van issue involvement zou het perspectief waarin het verhaal wordt verteld wel een rol kunnen spelen. Omdat het onderwerp van het verhaal verder van de lezer af staat en het voor de lezer moeilijker is om zich de situatie waarin de gestigmatiseerde hoofdpersoon zich bevindt voor te stellen, worden transportatie en identificatie bemoeilijkt. Een eerstpersoons perspectief zou hierin uitkomst kunnen bieden. Door het eerstpersoons perspectief zal de lezer zich waarschijnlijk beter in kunnen leven in het verhaal en in de hoofdpersoon, vergeleken met een derdepersoons perspectief. De hypothese die uit bovenstaande bevindingen voortkomt luidt daarom:

H11a: Bij een *hoge* mate van issue involvement is er sprake van een hoge mate van transportatie, ongeacht het perspectief waarin het verhaal is geschreven; Bij een *lage* mate van issue involvement vindt een hogere mate van transportatie en identificatie plaats bij een eerstpersoons perspectief, vergeleken met een derdepersoons perspectief.

H11b: Bij een *hoge* mate van issue involvement is er sprake van een hoge mate van identificatie, ongeacht het perspectief waarin het verhaal is geschreven; Bij een *lage* mate van issue involvement vindt een hogere mate van transportatie en identificatie plaats bij een eerstpersoons perspectief, vergeleken met een derdepersoons perspectief.

Stigmavermindering door narratieve gezondheidscommunicatie

Zoals beschreven krijgt 1 op de 10 zwangere vrouwen te maken met klachten die met postnatale depressie te maken hebben. Rekening houdend met de sociale omgeving van deze vrouwen gaat het daarom in Nederland om een paar miljoen mensen die bij dit maatschappelijke issue betrokken zijn. De bevindingen die uit dit huidige onderzoek naar boven komen, kunnen bijdragen aan een betere benadering van het oplossen van het stigma dat op (postnatale) depressies rust, waardoor vrouwen met postnatale depressie eerder hulp zullen zoeken en de impact van deze postnatale depressie op haarzelf en haar gezin verminderd kan worden. Het huidige onderzoek tracht daarom bij te dragen aan het vergaren van meer kennis over effectieve mechanismen in het doorbreken van het stigma rondom postnatale depressie - maar ook op mentale aandoeningen in het algemeen - door het inzetten van narratieven.

In het onderzoek van Dennis en Chung-Lee (2006) geven vrouwen met postnatale depressie aan dat een barrière om hulp te zoeken het gebrek aan kennis over het onderwerp is bij zowel gezondheidsprofessionals als hun sociale kring. Hierdoor zoeken vrouwen te laat hulp, waardoor symptomen verergeren (Pinto-Foltz & Logsdon, 2008). Vanwege deze afbreuk aan de gezondheid is het van belang dat gezocht wordt naar mogelijkheden om dit stigma rondom postnatale depressie te verminderen.

In wetenschappelijk onderzoek op het gebied van narratieve gezondheidscommunicatie wordt vooral de focus gelegd op fysieke aandoeningen. Of dezelfde mechanismen in narratieve overtuiging werkzaam zijn bij mentale aandoeningen wat betreft de inzet van perspectief en de werking van transportatie en identificatie, maar ook de rol van issue involvement is nog weinig bekend. Dit onderzoek draagt bij aan het vergaren van meer kennis omtrent dit onderzoeksgebied om zo een bredere basis te leggen voor de narratieve gezondheidscommunicatie op het gebied van mentale aandoeningen.

Methode

Materiaal

Om bovenstaande hypothesen te toetsen is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een experiment met twee condities. De ene groep participanten kreeg een verhaal over een vrouw met postnatale depressie vanuit de eerste persoon (het ik-perspectief) te lezen, de andere groep participanten las een verhaal over een vrouw met postnatale depressie vanuit de derde persoon (het zij-perspectief). Het verhaal bestond uit een lopend, coherent verhaal dat samengesteld is uit ervaringsverhalen uit de documentaire *Roze Wolk* van Anne-Marieke Graafmans voor de VPRO (2016), boekfragmenten uit *De Gelukkige Huisvrouw* van Heleen van Royen (2000) en eigen inbreng. De lengte van het leesfragment is in beide condities gelijk gehouden.

In het verhaal werd de belevingswereld van een vrouw met postnatale depressie geschetst. Het verhaal begon met een uiteenzetting van de ideale situatie waarin de hoofdpersoon zich bevond voordat ze een postnatale depressie kreeg. Ze beschrijft vervolgens wat haar omgeving vindt en hoe onbegrepen zij zich voelt. Daarna geeft ze een evaluatie van haar week die helemaal niet goed ging. Ze beschrijft dat ze nergens van kan genieten en dat alles als 'zwaar' voelde. Als haar kind hilde, voelde het alsof spijkers over haar hele lichaam kwamen. Ze geeft daarnaast aan dat ze het als zeer zwaar ervaart dat zij niet zelf voor haar kind kan zorgen. Ze ziet haar kind, voelt heel veel negatieve gevoelens *tegen* haar, maar voelt geen liefde *voor* haar. De liefde die ze wil voelen is er niet. Alle zinnen waren per conditie hetzelfde. Het enige verschil was de verwijzing naar de hoofdpersoon die in de ene versie 'ik' was, en in de andere versie 'zij'.

In onderstaand schema staan fragmenten uit beide perspectieven.

Fragment eerstepersoons perspectief	Fragment derdepersoons perspectief
<p><i>“Ik ben vorig jaar via de natuurlijke weg bevallen van een meisje. Tot die tijd was ik een vrouw die alles had wat haar hartje begeerde. Een heerlijke vent, een mooi huis en een sociaal leven waar je ‘u’ tegen zegt. Genoeg geld om nog wel 120 jaar van te leven. Geen zorgen en doodnormaal. Tot ik zwanger werd. Ik heb een hele fijne zwangerschap gehad en een makkelijke bevalling. Maar toen ik stopte met borstvoeding liep het vast in mijn hoofd. (...) Ben ik dan raar? Hoort het niet zo? Ik heb toch een wolk van een baby? (...) Ik kan het ze honderd keer vertellen, maar ik zie in hun ogen dat ze het niet begrijpen. Ik ziet mijn kind waarvan ik weet dat ze het mooiste en het kostbaarste en het liefste is dat ik kan bezitten. Maar ik voel het niet. Ik voel niet die vlindertjes in mijn buik die ik hoor te voelen. Ik knuffel met haar en ik wil haar beschermen maar het gevoel is leeg.”</i></p>	<p><i>“Lea is vorig jaar via de natuurlijke weg bevallen van een meisje. Tot die tijd was ze een vrouw die alles had wat haar hartje begeerde. Een heerlijke vent, een mooi huis en een sociaal leven waar je ‘u’ tegen zegt. Genoeg geld om nog wel 120 jaar van te leven. Geen zorgen en doodnormaal. Tot ze zwanger werd. Ze heeft een hele fijne zwangerschap gehad en een makkelijke bevalling. Maar toen ze stopte met borstvoeding liep het vast in haar hoofd. (...) Is zij dan raar? Hoort het niet zo? Ze heeft toch een wolk van een baby? (...) Ze kan het ze honderd keer vertellen, maar ze ziet in hun ogen dat ze het niet begrijpen. Ze ziet haar kind waarvan ze weet dat zij het mooiste en het kostbaarste en het liefste is dat ze kan bezitten. Maar ze voelt het niet. Ze voelt niet die vlindertjes in haar buik die ze hoort te voelen. Ze knuffelt met haar en ze wil haar beschermen maar het gevoel is leeg.”</i></p>

Proefpersonen

In totaal hebben 180 participanten deelgenomen aan het onderzoek. Hiervan zijn 17 participanten uit het dataverzamelingsbestand verwijderd omdat zij de vragenlijst niet volledig hadden afgerond. Ook de participanten die te kort (bijvoorbeeld een minuut) of veel te lang (bijvoorbeeld 5 dagen) over de vragenlijst hebben gedaan zijn verwijderd. Dit waren in dit onderzoek vier participanten.

Van de participanten voor dit onderzoek was 82.2% vrouw en 17.8% man ($N = 157$). De gemiddelde leeftijd van de participanten was 31.9 jaar ($SD = 12.28$), met een spreiding van 18 tot 75 jaar. Het meest frequente opleidingsniveau was hoger beroepsonderwijs (45.9%). Van de participanten heeft 2.5% als hoogste opleidingsniveau voortgezet onderwijs afgerond, 20.4% middelbaar beroepsonderwijs, 45.9% het hoger beroepsonderwijs en 29.9% wetenschappelijk onderwijs ($N = 159$).

Om te kijken naar de gelijkheid van opleidingsniveau en geslacht tussen de twee condities van het experiment zijn χ^2 -toetsen uitgevoerd. Uit de χ^2 -toets tussen Conditie en opleidingsniveau bleek geen verband te bestaan ($\chi^2(4) = 2.18, p = .702$). Ook uit de χ^2 -toets tussen Conditie en geslacht bleek geen verband te bestaan ($\chi^2(1) = .84, p = .359$). De niveaus van opleidingsniveau en geslacht waren per conditie dus gelijk.

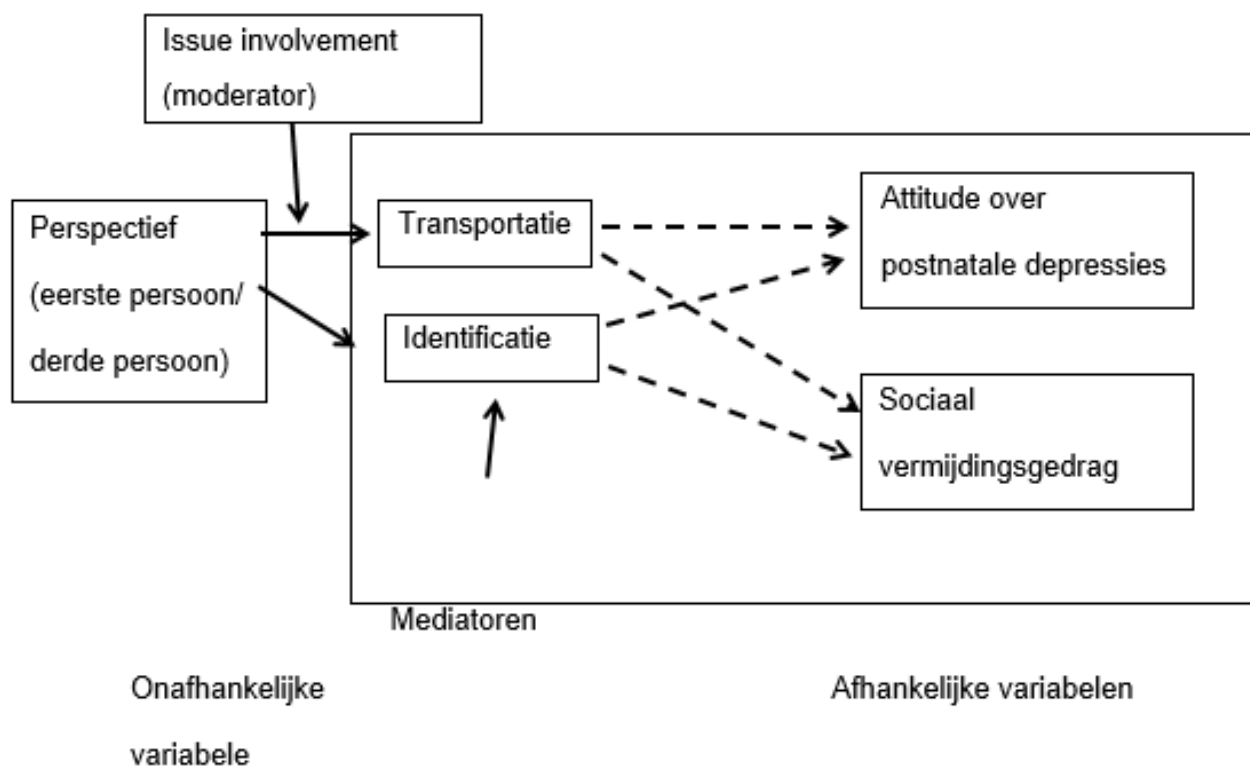
Om te controleren op gelijke leeftijd tussen de condities is een eenweg variantieanalyse uitgevoerd. Uit een eenweg variantie-analyse van Conditie op Leeftijd bleek geen significant hoofdeffect van Conditie ($F(1,156) < 1$). Er bleek dus geen verschil te zijn in leeftijd tussen de twee condities.

In dit onderzoek werd ook gevraagd naar de aanwezigheid van een mentale aandoening bij de participant zelf en in zijn of haar omgeving. Van de participanten had 31.3% een mentale aandoening en 66.3% geen mentale aandoening. Om te controleren of deze aantallen per conditie hetzelfde verdeeld waren, is een χ^2 -toets uitgevoerd. Uit de χ^2 -toets tussen Conditie en de groep participanten die zelf een mentale aandoening hadden bleek geen verband te bestaan ($\chi^2(1) = .48, p = .487$). In de directe omgeving van de participanten had 50.3% een mentale aandoening en 47.2% geen mentale aandoening. Om te controleren op gelijke aantallen per conditie is ook voor deze vraag een χ^2 -toets uitgevoerd. Uit de χ^2 -toets tussen Conditie en de groep participanten die mensen met een mentale aandoening in hun omgeving hadden, bleek geen verband te bestaan ($\chi^2(1) = .01, p = .925$). Bij beide vragen over mentale gesteldheid waren de groepen dus gelijk verdeeld over de condities.

Onderzoeksontwerp

Het huidige onderzoek heeft gebruik gemaakt van een 2 (eerstepersoons versus derdepersoons perspectief) x 2 (hoge/lage issue involvement) tussenproefpersoonontwerp. In Figuur 1 staat de veronderstelde relatie tussen de constructen perspectief als onafhankelijke variabele, transportatie en identificatie als mediators, issue involvement als moderator en attitude over postnatale depressie en sociaal vermijdingsgedrag als afhankelijke variabelen schematisch weergegeven:

Figuur 1: Analysemodel



Instrumentatie

Dit onderzoek is uitgevoerd door gebruik te maken van verschillende schalen voor de factoren transportatie, identificatie, issue involvement en sociaal vermijdingsgedrag. In bijlage I is een volledig overzicht van alle bevroegde items uit deze schalen opgenomen.

Transportatie

De mate van transportatie werd gemeten middels de transportatieschaal van Green en Brock (2000). De schaal bestond uit 11 items die middels een zevenpunts

Likertschaal gemeten werden (1= helemaal mee oneens, 7 = helemaal mee eens). Een voorbeeldvraag uit deze schaal is: "Terwijl ik het verhaal las, kon ik me gemakkelijk de situatie voorstellen". De schaal bleek betrouwbaar: $\alpha = .75$.

Identificatie

Om de mate van identificatie met het personage te meten werd dezelfde schaal gebruikt als gecreëerd door Cohen (2001), maar toegespitst op het onderzochte onderwerp van dit experiment. Deze schaal bestond uit acht items die middels een zevenpunts Likertschaal werden gemeten (1= helemaal mee oneens, 7 = helemaal mee eens). Een voorbeeldvraag uit deze schaal is: "Ik begreep de situatie in het verhaal op de manier waarop Lea die ook begreep". De schaal bleek goed: $\alpha = .80$

Issue involvement

Om de mate van betrokkenheid bij het onderwerp te meten werd de gereviseerde personal involvement schaal van Zaichkowsky (1994) gebruikt. De schaal bestond uit vier items die middels een zevenpunts Likertschaal werden bevraagd (1= helemaal mee oneens, 7 = helemaal mee eens). De schaal is toegespitst op vragen over issue involvement bij postnatale depressies en is hierdoor aangepast voor dit onderzoek. Een voorbeeldvraag uit de schaal luidde: "Het onderwerp postnatale depressie is relevant voor mij". De schaal bleek goed: $\alpha = .91$.

Attitude

Attitudes over mentale aandoeningen werden gemeten middels de *Community Attitudes Toward Mental Illness (CAMI)*- schaal die door Taylor en Dear (1981) is ontwikkeld. Om een volledig beeld te krijgen van de attitudes omtrent postnatale depressie, werden er ook een aantal vragen toegevoegd uit de *Depression Stigma Scale* van Griffiths, Christensen en Jorm (2008). De schaal is toegespitst op postnatale depressie en bestond uit negen items die middels een zevenpunts Likertschaal bevraagd werden (1= helemaal mee oneens, 7 = helemaal mee eens). Een voorbeeldvraag uit de schaal was: "Postnatale depressie is een ziekte zoals iedere andere (fysieke) ziekte dat ook is. De schaal bleek betrouwbaar: $\alpha = .76$.

Sociaal vermijdingsgedrag

Voor het meten van het sociale vermijdingsgedrag werd de aangepaste schaal van Caputo en Rouner (2011) gebruikt. De schaal is voor dit onderzoek ingekort en aangepast op postnatale depressies en bestond in deze vorm uit vijf items die middels een zevenpunts Likertschaal worden gemeten (1= helemaal mee oneens, 7 = helemaal mee eens). Een voorbeeldvraag uit deze schaal luidde: “Als ik zou weten dat een vrouw een postnatale depressie had, dan zou ik haar minder vertrouwen als vriendin”. De schaal bleek goed: $\alpha = .81$.

Procedure

Het experiment werd online afgenomen via het programma Qualtrics. De participanten werden via het persoonlijke netwerk van de onderzoeker benaderd middels een e-mail of sociale media. De participanten werden willekeurig aan een conditie toegewezen. Voor aanvang van het onderzoek werd allereerst een korte introductie op het onderzoek gegeven. Er werd kort uitgelegd wat de globale essentie van het onderzoek was, zonder de participant te ‘primen’ over het daadwerkelijke doel van het onderzoek. Ook werd de participanten medegedeeld dat het onderzoek volledig anoniem zou plaatsvinden en dat de resultaten alleen voor wetenschappelijke doeleinden gebruikt zouden worden.

Na de introductie werd het narratief getoond. Afhankelijk van de conditie waar de participant was ingedeeld, werd het narratief vanuit het eerstpersoons perspectief getoond, of vanuit een derdepersoons perspectief. Daarna werden vragen met betrekking tot transportatie, identificatie, issue involvement, attitude en sociaal vermijdingsgedrag gesteld. Tot slot werd naar demografische kenmerken als leeftijd, geslacht en opleidingsniveau gevraagd.

Het onderzoek vond op vrijwillige basis plaats. De participanten hebben gemiddeld 11.9 minuten ($SD = 24.1$) over de vragenlijst gedaan.

Statistische toetsing

Om de verbanden tussen de bovengenoemde variabelen te onderzoeken, werd gebruik gemaakt van variantie-analyses, correlaties en regressie-analyses.

Resultaten

Tabel 1 laat de gemiddelden en standaarddeviaties zien per getoetste variabele.

Tabel 1. Gemiddelden, standaarddeviaties en aantallen (*N*, *M* en *SD*) van transportatie, identificatie, attitude en sociaal vermijdingsgedrag per perspectief

	Perspectief	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Transportatie	Eerstpersoons	4.34	.86	86
	Derdepersoons	3.99	.86	74
Identificatie	Eerstpersoons	4.65	.98	86
	Derdepersoons	4.35	1.01	74
Attitude	Eerstpersoons	5.41	.78	84
	Derdepersoons	5.42	.83	74
Sociaal vermijdingsgedrag	Eerstpersoons	2.60	1.07	83
	Derdepersoons	2.44	1.22	74

Uit de eenweg variantieanalyse die gebruikt werd om de invloed van het perspectief op transportatie te toetsen bleek een significant effect van perspectief op transportatie ($F(1,158) = 6.27, p = .013$). Participanten die het eerstpersoons perspectief lazen waren significant meer getransporteerd, vergeleken met participanten die het derdepersoons perspectief lazen. Hypothese 5 werd hiermee bevestigd.

Daarnaast bleek uit de eenweg variantie-analyse die werd gebruikt om de invloed van het perspectief op identificatie te toetsen een marginaal significant effect van perspectief op identificatie ($F(1,158) = 3.58, p = .060$). Participanten die het eerstpersoons perspectief lazen konden zich significant meer identificeren met de hoofdpersoon, vergeleken met participanten die het derde persoons perspectief lazen. Hypothese 6 werd hiermee bevestigd.

Uit de eenweg variantie-analyse die gebruikt werd om de invloed van het perspectief op attitude te toetsen bleek echter geen significant effect ($F(1,157) < 1$). Hypothese 7 werd hiermee verworpen. Ook uit de eenweg variantie-analyse die gebruikt werd om de invloed van het perspectief op sociaal vermijdingsgedrag te toetsen bleek geen significant effect ($F(1,156) < 1$). Ook Hypothese 8 werd hiermee verworpen.

Omdat de hoofdeffecten van perspectief op respectievelijk attitude en sociaal vermijdingsgedrag niet significant bleken, kan geconcludeerd worden dat deze variabelen geen mediërende factoren waren tussen perspectief en attitude of sociaal vermijdingsgedrag. Hypothese 9 en 10 werden dus verworpen.

Transportatie had echter wel een positieve invloed op de attitude over mentale aandoeningen. Uit een regressie-analyse bleek namelijk dat attitude voor 5.3% te verklaren was door de ingebrachte variabele transportatie ($F(1,156) = 9.80, p = .002$). Transportatie bleek dus een significante voorspeller voor de attitude ($\beta = .243, p = .002$). Hypothese 1 werd hiermee bevestigd.

Tabel 2. Regressie-analyse voor transportatie als voorspeller van de attitude ten opzichte van mentale aandoeningen ($N = 157$)

Variabele	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Intercept	4.48	.31	
Transportatie	.23	.07	.24**
R^2	.053		
<i>F</i>	9.80**		

** $p = < .010$

Transportatie had ook invloed op de vermindering van sociaal vermijdingsgedrag. Uit een regressie-analyse bleek dat sociaal vermijdingsgedrag voor 2.7% te verklaren was door de ingebrachte variabele transportatie ($F(1,155) = 5.26, p = .023$).

Transportatie was dus een significante voorspeller voor sociaal vermijdingsgedrag ($\beta = -.181, p = .023$). Hypothese 2 werd hiermee bevestigd.

Tabel 3. Regressie-analyse voor transportatie als voorspeller van sociaal vermijdingsgedrag ten opzichte van mentale aandoeningen ($N = 157$)

Variabele	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Intercept	3.53	.45	
Transportatie	-.24	.11	-.18*
R^2	.027		
<i>F</i>	5.26*		

* $p < .05$

Naast het effect van transportatie had ook identificatie effect op de attitude. Uit een regressie-analyse bleek dat attitude voor 12.5% te verklaren was door de ingebrachte variabele identificatie ($F(1,156) = 23.45, p < .001$). Identificatie bleek dus een significante voorspeller voor de attitude ($\beta = .362, p < .001$). Hypothese 3 werd hiermee bevestigd.

Tabel 4. Regressie-analyse voor identificatie als voorspeller van de attitude ten opzichte van mentale aandoeningen ($N = 157$)

Variabele	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Intercept	4.12	.27	
Identificatie	.29	.06	.36***
R^2	.013		
<i>F</i>	23.45***		

*** $p < .001$

Uit een regressie-analyse bleek daarnaast dat identificatie voor 7.7% te verklaren was door de ingebrachte variabele sociaal vermijdingsgedrag ($F(1,155) = 14.09$, $p = <.001$). Identificatie bleek dus een significante voorspeller voor sociaal vermijdingsgedrag ($\beta = -.289$, $p = <.001$). Hypothese 4 werd hiermee bevestigd.

Tabel 5. Regressie-analyse voor identificatie als voorspeller van sociaal vermijdingsgedrag ten opzichte van mentale aandoeningen ($N = 157$)

Variabele	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Intercept	3.99	.40	
Identificatie	-.33	.09	-.29***
R^2	.077		
<i>F</i>	11.69***		

*** $p = <.001$

Tabel 6 laat de gemiddeldes en standaarddeviaties van transportatie en identificatie zien, verdeeld over de mate van issue involvement.

Tabel 6. Gemiddelden, standaarddeviaties en aantallen (N , M en SD) van de transportatie en identificatie per gerapporteerde issue involvement en perspectief

	Issue involvement	Perspectief	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Transportatie	Laag	Eerstpersoons	4.18	.77	44
		Derdepersoons	3.64	.78	42
	Hoog	Eerstpersoons	4.50	.92	42
		Derdepersoons	4.45	.73	32
Identificatie	Laag	Eerstpersoons	4.51	.95	44
		Derdepersoons	3.99	1.06	42
	Hoog	Eerstpersoons	4.80	1.01	42
		Derdepersoons	4.83	.73	32

Uit de tweeweg variantie-analyse van issue involvement en perspectief op transportatie bleek een significant hoofdeffect van issue involvement ($F(1,156) = 19.02, p < .001, \text{partiële } \eta^2 = .109$). De participanten werden ingedeeld naar hoge en lage issue involvement door een *median split* uit te voeren. De groep die een hoge mate van issue involvement rapporteerde bleek significant meer getransporteerd te zijn ($M = 4.48, SD = .84$) vergeleken met de groep die een lage issue involvement rapporteerde ($M = 3.92, SD = .81$).

Ook bleek er een significant hoofdeffect van perspectief ($F(1,156) = 5.03, p = .026, \text{partiële } \eta^2 = .031$). De groep die het eerstpersoons perspectief las was significant meer getransporteerd ($M = 4.34, SD = .86$), vergeleken met de groep die het derdepersoons perspectief las ($M = 3.99, SD = .86$).

Tevens was er een (marginaal) significant interactie-effect tussen issue involvement en perspectief op transportatie ($F(1,156) = 3.70, p = .056, \text{partiële } \eta^2 = .023$). Bij een hoge mate van issue involvement bleek perspectief niet van invloed te zijn op transportatie ($F(1,72) < 1$). Bij de groep met lage issue involvement bleek het verschil in transportatie per perspectief echter wel significant ($F(1,84) = 10.38, p = .002$). Bij de mensen die een lage mate van issue involvement rapporteerden was de mate van transportatie hoger bij het eerstpersoons perspectief ($M = 4.18, SD = .77$), vergeleken met het derdepersoons perspectief ($M = 3.65, SD = .78$). De moderator issue involvement bleek dus van invloed te zijn tussen de relatie van perspectief met transportatie. Hypothese 11A werd hiermee bevestigd.

Issue involvement had ook een modererend effect op de relatie tussen perspectief en identificatie. Uit de tweeweg variantie-analyse van issue involvement en perspectief op identificatie bleek een significant hoofdeffect van issue involvement ($F(1,156) = 13.78, p < .001, \text{partiële } \eta^2 = .081$). De groep die een hoge mate van issue involvement rapporteerde bleek zich significant meer met de hoofdpersoon te kunnen identificeren ($M = 4.81, SD = .89$), vergeleken met de groep die een lage mate van issue involvement had ($M = 4.26, SD = 1.03$).

Er bleek geen significant hoofdeffect van perspectief ($F(1,156) = 52.61, p = .108, \text{partiële } \eta^2 = .016$). Wel was er een marginaal significant interactie-effect tussen issue involvement en perspectief op identificatie ($F(1,156) = 3.16, p = .077, \text{partiële } \eta^2 = .020$). De participanten die een hoge mate van issue involvement rapporteerden konden zich niet significant meer identificeren met het hoofdpersonage bij het lezen van het eerstpersoons perspectief vergeleken met het derdepersoons perspectief (F

(1,74) <1). Bij de groep met lage issue involvement bleek het verschil in identificatie per perspectief echter wel significant ($F(1,84) = 5.69, p = .019$). Bij de mensen die een lage mate van issue involvement rapporteerden was het eerstpersoons perspectief effectiever voor de identificatie met het hoofdpersonage ($M = 4.51, SD = .95$), vergeleken met het derdepersoons perspectief ($M = 3.99, SD = 1.06$). Hypothese 11B werd hiermee bevestigd.

Additionele analyses

Om te controleren op effecten van het zelf hebben van een mentale aandoening ofwel het kennen van iemand met een mentale aandoening zijn additionele toetsen uitgevoerd. Over het algemeen bleek dat er geen verschillende uitkomsten waren bij deze controlevariabelen. De toetsen die wel verschilden van de originele analyses worden hieronder gerapporteerd.

Voor participanten die zelf wel een mentale aandoening hadden bleek geen significant effect van perspectief op transportatie ($F(1,49) <1$). Voor participanten die iemand kenden met een mentale aandoening bleek ook geen significant effect van perspectief op transportatie ($F(1,78) <1$). Hypothese 5 werd voor deze groepen dus verworpen.

Voor participanten die zelf wel een mentale aandoening hadden bleek geen significant effect van perspectief op identificatie ($F(1,49) <1$). Voor participanten die iemand kenden met een mentale aandoening bleek geen significant effect van perspectief op identificatie ($F(1,78) <1$). Hypothese 6 werd voor deze groepen dus verworpen.

Verder bleek transportatie geen invloed te hebben op sociaal vermijdingsgedrag bij de mensen die geen mentale aandoening hebben ($F(1,104) = 1.08, p = .301$). Hypothese 2 werd voor deze groep dus verworpen.

Conclusie

Uit dit experiment is gebleken dat de participanten die het eerstpersoons perspectief lazen significant meer getransporteerd waren en zich meer konden identificeren met het hoofdpersonage, vergeleken met de participanten die het derdepersoons perspectief lazen. Dit bleek echter niet het geval te zijn bij de mensen die zelf een mentale aandoening hadden. Perspectief bleek in dit onderzoek geen directe invloed te hebben op de attitude of het gerapporteerde sociale vermijdingsgedrag ten opzichte van mentale aandoeningen. Transportatie en identificatie medieerden de relatie tussen perspectief en respectievelijk attitude en sociaal vermijdingsgedrag niet. Wel bleek dat transportatie en identificatie een positieve invloed hadden op het verhogen van de attitude en het verminderen van sociaal vermijdingsgedrag ten opzichte van mentale aandoeningen.

Bij de groep participanten met een lage issue involvement bleek het eerstpersoons perspectief tot meer transportatie en identificatie te leiden dan het derdepersoons perspectief. Uit de resultaten is gebleken dat de participanten met een hoge issue involvement (en dus een hoge betrokkenheid bij het onderwerp) niet significant meer getransporteerd waren en zich ook niet meer konden identificeren met het hoofdpersonage bij het lezen van het eerstpersoons perspectief, vergeleken met de participanten die het derdepersoons perspectief lazen. Wel bleek dat bij de groep met een hoge issue involvement sprake was van een hogere (overall) mate van transportatie en identificatie, ongeacht het perspectief waar vanuit het narratief werd verteld.

Discussie

Terugkoppeling en aansluiting wetenschappelijke literatuur

Al veel onderzoekers maakten de vergelijking in overtuigingskracht tussen een narratief en een non-narratief (Mann en Himelein, 2008; Oliver et al., 2012). Naar de kenmerken (zoals perspectief) *binnen* het verhaal en de overtuigingskracht daarvan is beduidend minder onderzoek gedaan, zeker als gekeken wordt naar het onderzoeksgebied van mentale gezondheid. Het huidige onderzoek heeft getracht aan dit gebrek aan kennis bij te dragen door te kijken naar narratieve overtuigingskracht en het verschil dat perspectief daarin kan maken.

Het gedane experiment geeft meer inzicht in het proces van narratieve betrokkenheid bij gestigmatiseerde personages (door mentale aandoeningen) in narratieven. Zo is gebleken dat een eerstpersoons perspectief een positieve invloed had op de narratieve overtuigingskracht (in de vorm van transportatie en identificatie), vergeleken met een derdepersoons perspectief. Alleen het veranderen van de persoonsvorm heeft dus al effect op de mate van transportatie en identificatie. Deze bevinding zorgt voor een verdere uitbreiding van de kennis over de rol van perspectief in het tegengaan van stigmatisering, waarvan de basis al gelegd was door Mann en Himelein (2008).

Een andere toevoeging aan de bevindingen van Mann en Himelein (2008) is het gebrek aan invloed van perspectief op transportatie en identificatie bij participanten die zelf een mentale aandoening hadden (of iemand kenden met een mentale aandoening). Dit zou verklaard kunnen worden door feit dat deze participanten vanwege de affiniteit met het onderwerp mentale aandoeningen sowieso al meer geneigd waren om zich in te kunnen leven in het verhaal. Het gemiddelde niveau van transportatie en identificatie lag echter rond de vier, waardoor er genoeg ruimte is voor de werking van andere factoren.

In dit onderzoek bleek betrokkenheid van participanten bij het onderwerp (issue involvement) in de relatie tussen perspectief en respectievelijk transportatie en identificatie een belangrijke rol te spelen. Volgens Chung en Slater (2013) zorgt issue involvement ervoor dat wanneer iemand betrokken is bij een onderwerp, er meer aandacht voor de boodschap is waardoor deze beter wordt verwerkt. Door het meenemen van issue involvement als moderator op perspectief en respectievelijk transportatie en identificatie heeft dit onderzoek bijgedragen aan de kennis rondom

de werking van issue involvement en narratieve overtuiging. Uit dit onderzoek is namelijk gebleken dat een eerstpersoons perspectief bij een laag betrokken groep (lage issue involvement) een positief effect heeft op de acceptatie van de boodschap in een verhaal. Deze bevindingen over perspectief en issue involvement voegen daarom nieuwe kennis toe aan onderzoeken van onder andere Chung en Slater (2013) en Zaichkowsky (1994).

Hoewel perspectief en issue involvement dus inderdaad een positieve invloed hadden op de gerapporteerde waarden van transportatie en identificatie, is het opvallend dat deze gemiddelden relatief laag waren vergeleken met onderzoeken naar gezondheidscommunicatie bij fysieke aandoeningen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het moeilijker voor participanten zou kunnen zijn om zich in te leven in het verhaal waar een gestigmatiseerd personage met een mentale aandoening de hoofdrol speelt. Deze mogelijke verklaring sluit aan bij de bevindingen van onderzoekers die al eerder onderzoek deden naar sociaal vermijdingsgedrag (Corrigan & Kleinlein, 2005; Baumann, 2007). Doordat de sociale afstand ten opzichte van een persoon hoger is dan bij een "gezond" personage, kan men zich wellicht moeilijker inleven in zowel het verhaal als het personage.

Transportatie en identificatie bleken in dit onderzoek ook invloed te hebben op attitude en sociaal vermijdingsgedrag. Door het ervaren van transportatie en identificatie in een verhaal leken participanten inderdaad meer aandacht voor de boodschap te hebben (aansluitend op Green & Brock, 2000), waardoor er hogere waarden voor attitude en lagere waarden voor sociaal vermijdingsgedrag gerapporteerd werden. Dit sluit aan op onderzoeken van onder andere de Graaf et al. (2011) en Chung en Slater (2013).

Verder is er geen direct effect van perspectief op respectievelijk attitude en sociaal vermijdingsgedrag gevonden. Een eerstpersoons perspectief zorgde in dit experiment dus niet voor een verschil in gerapporteerde attitude en sociaal vermijdingsgedrag. Mann en Himelein (2008) vonden wel een effect van een eerstpersoons perspectief, maar dan vergeleken met een non-narratief. Mogelijk zijn er dus ook andere factoren aanwezig die invloed uitoefenen op het beïnvloeden van attitudes en sociaal vermijdingsgedrag met betrekking tot vrouwen met een postnatale depressie en mentale aandoeningen in het algemeen die in vervolgonderzoek getoetst moeten worden.

Limitaties en aanbevelingen vervolgonderzoek

Tijdens de uitvoering van dit experiment zijn een aantal beperkingen aan het licht gekomen. Een mogelijke beperking wat betreft het gebruikte materiaal was de inhoud van het narratief zelf. In het narratief ging een groot gedeelte over de bevalling van het hoofdpersonage, en hoe zij zichzelf de periode erna voelde. Het narratief ging minder over het stigma dat zij vanuit haar omgeving ervaarde, waardoor er wellicht minder ruimte was voor het verminderen van een eventueel stigma dat er van tevoren bij de participanten zou kunnen zijn. Voor vervolgonderzoek zou het allereerst aan te raden zijn om meer in te gaan op hoe de omgeving op het gestigmatiseerde personage reageert.

In het huidige experiment was er verder sprake van lage gemiddelden van transportatie en identificatie. Een verklaring hiervoor zou bijvoorbeeld de vormgeving van het materiaal kunnen zijn. Het gebruikte narratief was relatief kort (vergeleken met bijvoorbeeld een heel boek) en er werd vaak gewisseld van werkwoordstijden (flashbacks en flashforwards), waardoor het voor de participanten moeilijker zou kunnen zijn om zich in het verhaal onder te dompelen. Bij vervolgonderzoek dat verdergaat op stigmavermindering bij mentale aandoeningen zou het dus raadzaam kunnen zijn om ook op het effect van werkwoordstijd op transportatie en identificatie te controleren.

De gerapporteerde waarden voor attitude waren daarnaast opvallend hoog, waar de waarden voor sociale vermijding opvallend laag waren. Dit zou verklaard kunnen worden door de opzet van het experiment. Het zou kunnen zijn dat de participanten door het invullen van een vragenlijst de neiging hadden om sociaal wenselijke antwoorden te geven op de stellingen die hen voorgelegd werden (Holtgraves, 2004). Wellicht zouden de antwoorden 'eerlijker' kunnen zijn wanneer via bijvoorbeeld een *Implicit Associations Test (IAT)* de associaties met personen met mentale aandoeningen gemeten hadden kunnen worden. Met een IAT worden door middel van een reactietaak begrippen en de associatie van de participant hierbij aan elkaar gelinkt. Op deze manier kan men niet bewust sociaal wenselijke antwoorden geven, maar kan meer gezegd worden over het automatische gedrag dat zo'n grote rol speelt bij gedragsverandering (Maio et al., 2007; Hoeken et al., 2012).

Het onderzoek kende ook een aantal algemene beperkingen. Van de participanten voor dit onderzoek was 82.2% vrouw en 17.8% man. Dit zou te

verklaren kunnen zijn door het feit dat een groter deel van de benaderde participanten in het netwerk van de onderzoeker uit vrouwen bestond. Hoewel de mannen en vrouwen wel gelijk waren verdeeld tussen de condities, zou het wel kunnen zijn dat de resultaten anders zouden kunnen zijn wanneer er meer mannen zouden meedoen. Voor vervolgonderzoek is het dus aan te raden om meer aandacht te besteden aan de balans tussen mannen en vrouwen in de participantengroep, vanwege de betere mogelijkheid om dan meer generaliserende uitspraken te doen over stigmavermindering.

Een andere limitatie wat betreft generalisering was het gebruik van een narratief dat over postnatale depressie ging. Dit is één van de honderden mentale aandoeningen die bekend zijn. Omdat elke mentale aandoening verschilt in ziektebeeld, zou het kunnen zijn dat de resultaten met betrekking tot stigmavermindering anders uitvallen. Voor vervolgonderzoek zou het daarom interessant kunnen zijn om een narratief met een andere mentale aandoening als onderwerp te gebruiken.

Ook zou het interessant kunnen zijn om twee versies van een verhaal te vergelijken met een non-narratief. Uit het huidige onderzoek is al wel gebleken dat een narratief vanuit de eerste persoon beter werkt dan de derde persoon, maar de vergelijking tussen verschillende perspectieven en het objectief verstrekken van informatie is nog niet gemaakt. Op deze manier zou onderzocht kunnen worden welke manier van het voorleggen van stigmaverminderende informatie het meest effectief is.

Implicaties van onderzoek voor de praktijk

Tot slot is zoals eerder benoemd het bestaan van postnatale depressies een groot probleem voor families in Nederland. Ongeveer tien procent van de moeders krijgt met klachten te maken die samenhangen met postnatale depressie (Leverton & Everett, 2000). Omdat het hele gezin lijdt onder deze aandoening en vanwege het stigma dat nog steeds op dit onderwerp rust, is onderzoek naar manieren waarop dit stigma verminderd kan worden zeer nuttig voor de maatschappij. De belangrijkste bevinding ten gunste van de vermindering van het stigma dat op mentale aandoeningen rust is het inzetten van narratieven (vanuit een eerstepersoons perspectief) waardoor transportatie en identificatie bevorderd worden. Dit zorgt uiteindelijk voor stigmavermindering. Op deze manier wordt ook de lezer die minder

betrokken is bij het onderwerp beïnvloed om empathisch tegenover mensen met deze aandoening te staan. Bij een doelgroep die een lage mate van betrokkenheid bij het onderwerp heeft, zou een narratief vanuit de eerste persoon effectiever kunnen zijn. Door het afstemmen van de boodschap op basis van issue involvement en het gebruik van een eerstpersoons perspectief zou men voor een betere verwerking van het verhaal kunnen zorgen, waardoor meer begrip ontstaat voor mensen met mentale aandoeningen. Het zou daarom voor zorgverleners raadzaam kunnen zijn om bij voorlichting naar “leken” een andere versie van een narratief te gebruiken dan bij vrouwen die al eerder met het onderwerp in aanraking zijn gekomen.

Wat de beste manier voor het verminderen van het stigma op mentale aandoeningen (en daarmee ook postnatale depressie) is, blijft nog niet volledig duidelijk. Verder onderzoek kan uitwijzen of en welke constructen uit de narratieve gezondheidscommunicatie effectief zijn bij het verminderen van stigma's bij (postnatale) depressies, maar ook bij mentale aandoeningen in het algemeen. Op deze manier kunnen professionals in de gezondheidszorg zich optimaal inzetten bij het verminderen van het stigma dat nog steeds op mentale aandoeningen rust.

Literatuurlijst

- American Psychological Association. (2007). Brochure Postpartum depression. Opgehaald van American Psychological Association, van: <http://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression-brochure2007.pdf>
- Ballard, C., Davies, R. (1996). Postnatal Depression in Fathers. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 65-71. doi: 10.3109/09540269609037818
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. doi: 10.1177/1090198104263660.
- 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, 131-135. doi: 10.1080/09540260701278739
- Brewer, M.B. (2007). The importance of being we: Human nature and intergroup relations. *American Psychologist*, 62(8), 728-738. doi: 10.1037/0003-066X.62.8.728
- 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(7), 595-604. doi: 10.1080/10410236.2011.560787
- Chung, A.H., Slater, M.D. (2013). Reducing stigma and out-group distinctions through perspective-taking in narratives. *Journal of Communication*, 63, 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, 245-264. doi: 10.1207/S15327825MCS0403_01
- Corrigan, P.W. (2000). Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attribution: implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 48-67. doi: 10.1093/clipsy.7.1.48

- Corrigan, P.W., Kleinlein, P. (2005). On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. *American Psychological Association, 15*, 11-44. doi: 10.1037/10887-001
- Dennis, C.L., Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth, 33*(4), 323-331. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 348–354. doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01363.x
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Gottschall, J. (2012). *The storytelling animal: How stories make us human*. Boston: Mariner Books.
- Graaf, de A., Hoeken, H., Sanders, J., & Beentjes, W. J. (2011). Identification as a mechanism of narrative persuasion. *Communication Research, 20*(10), 1–22. doi: 10.1177/0093650211408594
- Graaf, de 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.22554165.2016.04.01.011
- Graafmans, A-M. (2016). *Roze Wolk* [Documentaire]. Hilversum, Nederland: VPRO
- Green, M.C., Brock, T.C. (2000). The role of transportation in the persuasiveness of public narratives. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(5), 701–721. doi: 10.1037/0022-3514.79.5.701
- Green, M. C., Brock, T. C., Kaufman, G. F. (2004). Understanding media enjoyment: The role of transportation into narrative worlds. *Communication Theory, 14*, 311-327. doi: 10.1111/j.1468-2885.2004.tb00317.x
- Griffiths, K.M., Christensen, H., & Jorm, A.F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry, 25*(8), 1-7. doi: 10.1186/1471-244X-8-25
- Hamby, A., Brinberg, D., & Daniloski, K. (2016). Reflecting on the journey: Mechanisms in narrative persuasion. *Journal of Consumer Psychology*, in press. doi: 10.1016/j.jcps.2016.06.005

- Hoeken, H., Hornikx, J. & Hustinx, L. (2012). *Overtuigende teksten. Onderzoek en ontwerp* (2e ed.). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Holtgraves, T. (2004). Social desirability and self-reports: testing models of social desirably responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(2), 161-172. doi: 10.1177/0146167203259930
- Kreuter, M. W., Green, M. C., Cappella, J. N., Slater, M. D., Wise, M. E., 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
- Laer, van T., Ruyter, de J.C., Wetzels, M.G.M. (2014). The extended transportation imagery model: A meta-analysis of the antecedents and consequences of consumers' narrative transportation. *Journal of Consumer Research*, 40(5), 797-8137. doi: 10.1086/673383
- Leverton, T.J., Elliott, S.A. (2000). Is the EPDS a magic wand?: A comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and health visitor report as predictors of diagnosis on the Present State Examination. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8(4), 279-296. doi: 10.1080/713683046.
- López-Ibor, Cuenca, O., & Reneses, B. (2005). Stigma and health care staff. In Okasha, A. & Stefanis, C.N. (Hrsg.), *Perspectives on the Stigma of Mental Illness*. Geneva: World Psychiatric Association, 21–29.
- 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(7), 545-551. doi: 10.1007/s00127008-0324-2
- McQueen, A., Kreuter, M.W., Kalesan, B., Alcaraz, K.I. (2011). Understanding narrative effects: The impact of breast cancer survivor stories on message processing, attitudes and beliefs among African American women. *Health Psychology*, 30(6), 674-682. doi: 10.1037/a0025395
- 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

- Niederdeppe, J., Bigman, C.A., Gonzales, A.L., Gollust, S.E. (2013). Communication about health disparities in the mass media. *Journal of Communication*, 63(1), 8-30. doi: 10.1111/jcom.12003
- Oliver, M. B., Dillard, J. P., Bae, K., & Tamul, D. J. (2012). The effects of narrative news format on empathy for stigmatized groups. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 89(2), 205–224. doi: 10.1177/1077699012439020
- Petty, R.E., Cacioppo, J.T. (1986). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Association for Consumer Research*, 11, 123–205. doi: 10.1016/S0065-2601(08)60214-2
- Pinto-Foltz, M.D., Logsdon, M.C. (2008). Stigma towards mental illness: a concept analysis using postpartum depression as an exemplar. *Mental Health Nursing*, 29(1), 21-36. doi: 10.1080/01612840701748698.
- Psychische gezondheid (2013). *Postnatale depressie – somberheid na de bevalling*. Geraadpleegd van http://www.psychischegezondheid.nl/action/psychowijzer/302/postnatale_depressie.html
- Rijksoverheid (2016). *Landelijke campagne moet taboe op depressie wegnemen*. Geraadpleegd van: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/09/25/landelijke-campagne-moet-taboe-op-depressie-wegnemen>
- Royen, H. v. (2000). *De gelukkige huisvrouw*. Amsterdam: Lebowski Publishers.
- Schiappa, E., Gregg, P.B., Hewes, D.E. (2005). The parasocial contact hypothesis. *Communication Monographs*, 72(1), 92-115. doi: 10.1080/0363775052000342544
- Singhal, A., Rogers, E.M. (1999). *Entertainment-Education: A communication strategy for social change*. Londen: Lawrence Erlbaum.
- 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.
- Taylor, S.M., Dear, M.J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Bulletin of Schizophrenia*, 7(2), 225-240. doi: 10.1093/schbul/7.2.225
- Underwood, L., Waldie, K., D'Souza, S., Peterson, E.R., Morton, S. A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archive of Womens Mental Health*, 19(5), 11-20. doi: 10.1007/s00737-016-0629-1

Vliegen, N., Casalin, S., Luyten, P. (2013). The course of postpartum depression: A review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 1-22. doi: 10.1097/HRP.0000000000000013

Zaichkowsky J. L. (1994). The personal involvement inventory: reduction, revision and application to advertising. *Journal of Advertising*, 23, 59–70. doi: 10.1080/00913367.1943.10673459

Bijlage I: Vragenlijst experiment

Introductie

Bedankt dat je 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. De vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

Door te klikken op '>>' ga je akkoord met het gebruik van je gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. Alle verkregen informatie wordt anoniem verwerkt en vertrouwelijk behandeld.

Voor vragen kun je contact opnemen met: a.kloosterboer@student.ru.nl

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groet,

Anne-Wil

Instructie

Op de volgende pagina staat een verhaal. Lees dit verhaal in een rustige ruimte waar je zo min mogelijk afgeleid kan worden. Je bent ongeveer 3 minuten kwijt aan het lezen van het fragment.

Het fragment gaat over Lea. In dit verhaal worden Lea's ervaring met het hebben van een postnatale depressie beschreven. Lees het verhaal aandachtig en klik daarna verder naar de vragen.

Ofwel materiaal 1

Ik ben vorig jaar via de natuurlijke weg bevallen van een dochter. Tot die tijd was ik een vrouw die alles had wat mijn hartje begeerde. Een heerlijke vent, een mooi huis en een sociaal leven waar je 'u' tegen zegt. Genoeg geld om nog wel 120 jaar van te leven. Geen zorgen en doodnormaal. Tot ik zwanger werd. Wilde ik graag. Ik heb een zware zwangerschap gehad, maar wel een makkelijke bevalling. Maar toen ik stopte met borstvoeding ging het fout in mijn hoofd.

Nee, ik werd er niet echt mooier van, zo'n zwangerschap. Zwanger zijn was soms helemaal niet leuk. De enige vorm van aandacht die ik kreeg, waren vrouwen met zo'n weëë blik in hun ogen. Die begonnen me ongevraagd te vertellen hoe stralend ik eruitzag en begonnen me met hun gretige, vette vingers in mijn buik te prikken: 'O, ik geloof dat ik hem voelde schoppen!'. Dat ontroerde me dan wel weer, dat zo'n kind dezelfde neigingen had als ik. Ik haatte die prikkende moedertypjes, maar ik kon ze blijkbaar niks verwijten. Als ik begon over de kwalen die de veertig weken zwangerschap tot een hel maakten, werden ze kwaad. Zij vonden dat je alles voor zo'n kind over moet hebben. Ze zouden elke spatader met vreugde begroeten, ze zouden foto's van de eerste aambeï in het babyboek plakken en de losgeraakte hechtingen onder het kraambezoek verloten.

Ik ben allergisch voor echte moeders. Krijg er de kriebels van. De roze-wolken-Maria's zijn gespecialiseerd in het verdoezelen van de waarheid. Ze beschrijven het door je vagina persen van een achtponder als een orgastische ervaring die elke vrouw eenvoudigweg móet beleven. Geef ze drie tangverlossingen en ze blijven beweren dat je de pijn meteen vergeet als je de baby in je armen houdt. Ze zeveren over oergevoelens en een band met de aarde en met hun kind. Ik had die oergevoelens dus helemaal niet. Ik ben de pijn niet vergeten. Ik kon niet zitten, niet staan en niet lopen. Het schrijnde en brandde als een gek. Fysiek voelde ik de pijn nog wekenlang. Van binnen voelde ik niks. Snapten die oermoeders helemaal niks van. Harry (mijn man) trouwens ook niet.

Het is inmiddels bijna een jaar geleden dat ik ben bevallen. Vandaag een nieuwe dag van de week. Ik heb het weekend weer overleefd. Ik heb een heel leuk weekend gehad maar qua gevoel voel ik me kut, klote, shit. Wat ik voel en wat er ook echt zit is een soort blok in mijn buik. Ik moet er wel uit, maar eigenlijk wil ik blijven liggen en heb ik er geen reet zin in. Zal ik dan maar oppas regelen? Ik ben zo teleurgesteld in mezelf. Het liefst zou ik de hele dag in bed liggen. Elk geluidje is te veel. Geen energie. Maar toch proberen wel weer positief de dag door te komen. 's Avonds voel ik me goed, dan heb ik de dag overleefd. Vorige week ging het wel goed maar dit weekend was het weer knudde. Ik heb te veel gedaan, dat weet ik ook wel. Maar ik wil ook weer normaal mee gaan. Waarom lukt dat me niet?

Ben ik dan raar? Hoort het niet zo? Vraag ik me af. 'Nee joh, hoort er allemaal bij. Het zijn de babyblues. Gaat vanzelf weer over. Laat je nou maar lekker vertroetelen. Je hebt toch een wolk van een baby?'. Ik hoor het Machteld (mijn verloskundige) nog zeggen. Ook mijn schoonmoeder en eigenlijk iedereen met wie ik het erover heb. Ik kan het ze honderd keer vertellen, maar ik zie in hun ogen dat ze het niet begrijpen. Ik zie mijn kind waarvan ik weet dat ze het mooiste en het kostbaarste en het liefste is dat ik kan bezitten. Maar ik voel het niet. Ik voel niet die vliedertjes in mijn buik die ik hoor te voelen. Ik knuffel met haar en ik wil haar beschermen maar het gevoel is leeg. Helemaal leeg. Ik ben zó breekbaar. Ik ben niet meer de vrouw van Harry en voel me geen mens meer.

Ik zeg vaak tegen mijn man dat het lijkt of het vastloopt. Alsof dingen niet goed doorkomen. Hij heeft een blik in zijn ogen die ik niet ken. Waarom heb ik dat niet? O ja, dat is waar ook. Die lusteloosheid, prikkelbaarheid en totaal gebrek aan liefde voor dat propje in de wieg? Heet een postnatale depressie. Daar kwam ik maanden later pas achter. Want: niet normaal, niet begrepen en raar.

Ofwel materiaal 2

Lea is vorig jaar via de natuurlijke weg bevallen van een dochter. Tot die tijd was ze een vrouw die alles had wat haar hartje begeerde. Een heerlijke vent, een mooi huis en een sociaal leven waar je 'u' tegen zegt. Genoeg geld om nog wel 120 jaar van te leven. Geen zorgen en doodnormaal. Tot ze zwanger werd. Wilde ze graag. Ze heeft een zware zwangerschap gehad, maar wel een makkelijke bevalling. Maar toen ze stopte met borstvoeding ging het fout in haar hoofd.

Nee, ze werd niet echt mooier van, zo'n zwangerschap. Zwanger zijn was soms helemaal niet leuk. De enige vorm van aandacht die ze kreeg, waren vrouwen met zo'n weë blik in hun ogen. Die begonnen haar ongevraagd te vertellen hoe stralend ze eruitzag en begonnen haar met hun gretige, vette vingers in haar buik te prikken: 'O, ik geloof dat ik hem voelde schoppen!'. Dat ontroerde haar dan wel weer, dat zo'n kind dezelfde neigingen had als zij. Ze haatte die prikkende moedertypjes, maar ze kon ze blijkbaar niks verwijten. Als ze begon over de kwalen die de veertig weken zwangerschap tot een hel maakten, werden ze kwaad. Zij vonden dat je alles voor zo'n kind over moet hebben. Ze zouden elke spatader met vreugde begroeten, ze zouden foto's van de eerste aambeï in het babyboek plakken en de losgeraakte hechtingen onder het kraambezoek verloten.

Lea is allergisch voor echte moeders. Krijgt er de kriebels van. De roze-wolken-Maria's zijn gespecialiseerd in het verdoezelen van de waarheid. Ze beschrijven het door hun vagina persen van een achtponder als een orgastische ervaring die elke vrouw eenvoudigweg móet beleven. Geef ze drie tangverlossingen en ze blijven beweren dat je de pijn meteen vergeet als je de baby in je armen houdt. Ze zeveren over oergevoelens en een band met de aarde en met hun kind. Zij had die oergevoelens dus helemaal niet. Ze is de pijn niet vergeten. Ze kon niet zitten, niet staan en niet lopen. Het schrijnde en brandde als een gek. Fysiek voelde ze de pijn nog wekenlang. Van binnen voelde ze niks. Snapten die oermoeders helemaal niks van. Harry (haar man) trouwens ook niet.

Het is inmiddels bijna een jaar geleden dat Lea is bevallen. Vandaag een nieuwe dag van de week. Ze heeft het weekend weer overleefd. Ze heeft een heel leuk weekend gehad maar qua gevoel voelt ze zich kut, klote, shit. Wat ze voelt, en wat er ook echt zit is een soort blok in haar buik. Ze moet er wel uit, maar eigenlijk wil ze blijven liggen en heeft ze er geen reet zin in. Zal ze dan maar oppas regelen? Ze is zo teleurgesteld in zichzelf. Het liefst zou ze de hele dag in bed liggen. Elk geluidje is teveel. Geen energie. Maar toch proberen wel weer positief de dag door te komen. 's Avonds voelt ze zich goed, dan heeft ze de dag overleefd. Vorige week ging het wel goed maar dit weekend was het weer knudde. Ze heeft teveel gedaan, dat weet ze ook wel. Maar ze wil ook weer normaal mee gaan. Waarom lukt dat haar niet?

Is zij dan raar? Hoort het niet zo? Vraagt ze zich af. 'Nee joh, hoort er allemaal bij. Het zijn de babyblues. Gaat vanzelf weer over. Laat je nou maar lekker vertroetelen. Je hebt toch een wolk van een baby?'. Ze hoort het Machteld (haar verloskundige) nog zeggen. Ook haar schoonmoeder en eigenlijk iedereen met wie ze het erover heeft. Ze kan het ze honderd keer vertellen, maar ze ziet in hun ogen dat ze het niet begrijpen. Ze ziet haar kind waarvan ze weet dat ze het mooiste en het kostbaarste en het liefste is dat ze kan bezitten. Maar ze voelt het niet. Ze voelt niet die vlindertjes in haar buik die ze hoort te voelen. Ze knuffelt met haar en ze wil haar

beschermen maar het gevoel is leeg. Helemaal leeg. Lea is zó breekbaar. Ze is niet meer de vrouw van Harry en voelt zich geen mens meer.

Lea zegt vaak tegen haar man dat het lijkt of het vastloopt. Alsof dingen niet goed doorkomen. Hij heeft een blik in zijn ogen die ze niet kent. Waarom heeft zij dat niet? O ja, dat is waar ook. Die lusteloosheid, prikkelbaarheid en totaal gebrek aan liefde voor dat propje in de wieg? Heet een postnatale depressie. Daar kwam ze maanden later pas achter. Want: niet normaal, niet begrepen en raar.

Transportatie

	Volledig mee oneens	Mee oneens	Enigszins mee oneens	Neutraal	Enigszins mee eens	Mee eens	Volledig mee eens
Terwijl ik het verhaal las, kon ik me gemakkelijk de situatie voorstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terwijl ik het verhaal las, was ik op de hoogte van wat er om me heen gebeurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou mijzelf kunnen voorstellen in de gebeurtenissen in het verhaal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voelde mij mentaal betrokken bij het verhaal toen ik het las	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kon het verhaal gemakkelijk van mezelf afzetten nadat ik het had gelezen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik wilde graag weten hoe het verhaal zou eindigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het verhaal heeft mij emotioneel geraakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb nagedacht over de verschillende manieren waarop het verhaal nog meer zou kunnen eindigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voelde mijn gedachten afdwalen terwijl ik het verhaal las	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wat er in het verhaal gebeurt is relevant voor mijn eigen leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De gebeurtenissen in het verhaal hebben mijn leven veranderd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificatie

	Volledig mee oneens	Mee oneens	Enigszins mee oneens	Neutraal	Enigszins mee eens	Mee eens	Volledig mee eens
Ik begreep de situatie in het verhaal op de manier waarop Lea die ook begreep	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik denk dat ik een goed beeld heb van wie Lea is	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik begrijp de redenen waarom Lea zo reageert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terwijl ik het verhaal las, voelde ik de emoties van Lea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terwijl ik het verhaal las, voelde het alsof ik echt in het hoofd van Lea zat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Op belangrijke punten in het verhaal voelde ik precies waar Lea mee om moest gaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terwijl ik het verhaal las wilde ik heel graag dat Lea succesvol zou zijn in het leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wanneer Lea succesvol was voelde ik me blij, maar toen ze had gefaald voelde ik me verdrietig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Issue involvement

Het onderwerp postnatale depressie..

	Volledig mee oneens	Mee oneens	Enigszins mee oneens	Neutraal	Enigszins mee eens	Mee eens	Volledig mee eens
Is belangrijk voor mij	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is relevant voor mij	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betekent veel voor mij	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is interessant voor mij	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attitude

	Volledig mee oneens	Mee oneens	Enigszins mee oneens	Neutraal	Enigszins mee eens	Mee eens	Volledig mee eens
Vrouwen zouden zich zo over een postnatale depressie heen kunnen zetten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postnatale depressie is een teken van zwakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postnatale depressie is een ziekte zoals iedere andere (fysieke) ziekte dat ook is	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrouwen met postnatale depressie zijn gevaarlijk voor hun kinderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrouwen met postnatale depressie zijn onvoorspelbaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eén van de grootste oorzaken van postnatale depressie is het gebrek aan zelfdiscipline en wilskracht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iedere (zwangere/bevallende) vrouw kan last krijgen van postnatale depressie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrouwen met een postnatale depressie zouden moeten worden aangemoedigd om verantwoordelijkheden van het dagelijks leven op zich te nemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niemand heeft het recht om vrouwen met een postnatale depressie buiten te sluiten van het sociale leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sociaal vermijdingsgedrag

Geef aan in hoeverre je het eens bent met de onderstaande stellingen

	Volledig mee oneens	Mee oneens	Enigszins mee oneens	Neutraal	Enigszins mee eens	Mee eens	Volledig mee eens
Als mijn (toekomstige) partner een postnatale depressie zou hebben (gehad), dan zou ik het moeilijk vinden om een relatie met haar te onderhouden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou als werkgever niemand met een postnatale depressie aannemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou niet voor een politica stemmen als zij een postnatale depressie zou hebben (gehad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als ik zou weten dat een vrouw een postnatale depressie heeft (gehad), dan zou ik haar minder vertrouwen als vriendin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lea zou niet in mijn vriendenkring passen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mentale aandoening

Heb jij zelf een mentale aandoening?

- Ja
- Nee

Heeft iemand die dichtbij jou staat een mentale aandoening?

- Ja
- Nee

Demografische gegevens

Wat is je geslacht?

- Man
- Vrouw

Wat is je leeftijd?

Wat is je hoogst genoten opleidingsniveau/Welk opleidingsniveau volg je momenteel?

- Basisonderwijs
- Algemeen voortgezet onderwijs
- Middelbaar beroepsonderwijs
- Hoger beroepsonderwijs
- Wetenschappelijk onderwijs
- Anders

Afsluiting

Hartelijk dank voor je deelname aan mijn onderzoek! Met behulp van jouw medewerking hoop ik meer inzicht te verkrijgen in de rol van verhalen in gezondheidscommunicatie bij mentale aandoeningen. Heb je vragen over dit onderzoek? Stuur dan een mail naar: a.kloosterboer@student.ru.nl