



# **SAMEN STERK ZONDER STIGMA**

**AFSTUDEEROPDRACHT 2019**

EMMA HOOGENRAAD

## VOORWOORD

Vanuit een zeer persoonlijke interesse in het onderwerp *stigma* ben ik begonnen met het schrijven van deze scriptie. Ik had de eer te mogen afstuderen bij de stichting Samen Sterk zonder Stigma, wat naast een bedrijf dat een belangrijk doel met mij gemeen heeft, ook een bedrijf bleek te zijn waar ik mij thuisvoel.

Tijdens mijn afstudeerstage werd ik in het bedrijf begeleid door Judith de Laat, die mij vrij liet waar het kon en hulp bood waar nodig. Dankzij haar kritische maar ondersteunende houding kwam ik verder waar ik vastliep en kwam ik op ideeën die ik anders niet had kunnen bedenken. Het is geen makkelijk onderwerp, maar dankzij Judith kreeg ik de kennis die ik nodig had om het op de juiste manier te benaderen.

Voor het maken van de video's was ik dankbaar voor Sanne Kooiman, die mij al voor was gegaan met het maken van video's voor de stichting. Door haar ervaring en creativiteit kon ik met haar sparren over mijn video's en kwamen we op interessante nieuwe ideeën. Het was met haar dat ik het uiteindelijke concept heb bedacht.

In het bijzonder wil ik nog Gerdien Rabbers, Xandra Leuverink, Kees Dijkman en Jaapjan Boer bedanken dat zij de tijd namen om mijn vragen te beantwoorden. Ook Jolanda Niemantsverdriet wil ik bedanken voor het tegenlezen van mijn scriptie en de feedback hierop. Als laatste wil ik Eline Kolijn bedanken voor de feedback op mijn concept.

Graag wil ik ook de rest van Samen Sterk zonder Stigma bedanken. Vanaf het begin heb ik de ervaring gehad dat ik gewaardeerd werd en werd ik opgenomen als deel van het team. Dit was een zeer prettige en motiverende ervaring.

Voor de kans om mijn producten te testen wil ik Marjan Oosterdijk en haar leerlingen bedanken. Het was een eer om met twee van haar klassen in gesprek te mogen gaan.

Dan veel dank aan mijn afstudeerbegeleider vanuit school, Kirsten Hofman. De manier waarop ze mij begeleid heeft vond ik erg fijn. Ze maakte tijd vrij voor ons afstudeerders en ik wist dat ik met een vraag altijd meteen bij haar terecht kon voor een snel en goed antwoord. Bedankt ook Peter Dubois en Marianne Koren voor het tegenlezen en de behulpzame feedback.

Als laatste is mijn dank natuurlijk groot aan de deelnemers van de video's, die hun zeer persoonlijke verhalen met mij en de wereld durfden delen. Dankzij hen kunnen we samen stappen zetten voor een inclusievere samenleving.

Emma Hoogenraad

Enschede, 1 juni 2019

## **SAMENVATTING**

Op psychische aandoeningen rusten veel stigma's. Dit houdt in dat er veel negatieve vooroordelen zijn over mensen met een psychische aandoening. Eén op de vijf jongeren heeft te maken heeft met psychische klachten. Het stigma op deze aandoeningen wordt vaak als erger ervaren dan de aandoening zelf. Het doorbreken van deze stigmatisering is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat jongeren hulp durven zoeken.

## **DOELSTELLING**

Om stigma's op psychische aandoeningen te verminderen, wil Samen Sterk zonder Stigma een aantal video's laten maken die een destigmatiserende werking hebben onder jongeren.

## **PROBLEEMSTELLING**

Stigmatisering is een ingewikkeld en diepgeworteld probleem. Het hebben van vooroordelen is menselijk en noodzakelijk om gevaarlijke situaties snel te herkennen. Stigma's gaan namelijk vaak over zogenaamde 'gevoelige bedreigingen', zoals de persoonlijke veiligheid. Uit zelfbescherming is het daarom makkelijker om mensen uit te sluiten van de maatschappij aan de hand van een aantal (negatieve) kenmerken. Dit begint al door mensen te labelen als 'anders' doordat zij afwijkend gedrag vertonen. Deze labels reduceren mensen tot niets meer dan de negatieve kenmerken van hun aandoening.

## **ONDERZOEKSVRAGEN**

### **HOOFDVRAAG**

Welke elementen moet een video, voor de doelgroep jongeren in de leeftijd 12 – 18 jaar, bevatten om aantoonbaar het stigma te verminderen dat de kijker heeft op de psychische aandoening die in de video aan bod komt?

### **DEELVRAGEN**

- Wat is een stigma?
- Hoe ontstaat een stigma?
- Wat zijn de effecten van stigma?
- Wat is de invloed van media op stigma?
- Wat is destigmatisering?
- Hoe kan destigmatisering bevorderd worden?
- Hoe is destigmatisering meetbaar?
- Op welke manier kan video bijdragen aan destigmatisering?
- Op welke manier kan de doelgroep 12 – 18 het beste worden bereikt?
- Welk type videoproductie bevat elementen die bij kunnen dragen aan het verminderen van stigma?

## **METHODE**

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek naar (de)stigmatisering en zijn verschillende experts geïnterviewd. Aan de hand van dit onderzoek zijn een aantal audiovisuele producties ontwikkeld. Deze zijn getest voor de doelgroep en de resultaten zijn verwerkt in de aanbevelingen.

## **CONCLUSIE**

Om stigmatisering te verminderen moeten structurele veranderingen plaatsvinden. Algemene interventies blijken weinig op te leveren. Ook moet een campagne tegen stigma iets te bieden hebben voor de kijker. Video's moeten een realistisch beeld geven van de aandoening en iemand vooral laten zien als mens. De video's moeten de kijker met zijn/haar denkbeelden confronteren en een dialoog op gang brengen. Hoewel deze elementen bijdragen aan het verminderen van stigma, is destigmatisering is moeilijk te meten. Dit wordt vaak gedaan door attitude te meten aan de hand van de Likertschaal.

## **CONCEPT**

Het concept bestaat uit een aantal video's die onderdeel kunnen gaan zijn van een lesprogramma dat als doel heeft stigmatisering te verminderen. Deze video's tonen verschillende mensen waarvan een aantal een psychische aandoening heeft. De leerlingen moeten hierbij raden wie van deze mensen een aandoening heeft. Tijdens en na de video's wordt in gesprek gegaan over de denkbeelden die de jongeren hebben en in hoeverre deze overeenkomen met de werkelijkheid. Met behulp van een vragenlijst die gebruik maakt van de Likertschaal wordt de attitude van de jongeren zowel voor als na het kijken van de video gemeten.

## **RESULTAAT**

Het is aannemelijk dat de video's een destigmatiserende werking hebben. De video's bevatten de eerdergenoemde elementen en er was na het zien van de video's een positief verschil zichtbaar in de houding van de jongeren ten opzichte van het specifieke onderdeel van psychische aandoeningen dat belicht werd in de video's. Naast de resultaten vanuit de vragenlijsten waren er ook positieve bevindingen vanuit de klassikale gesprekken die onderdeel vormen van het lesprogramma.

## **AANPASSINGEN**

Naast enkele verbeteringen in de montage en een toevoeging van een derde (mannelijke) deelnemer, zijn er geen aanpassingen nodig in het huidige product om het gestelde doel te behalen.

# INHOUDSOPGAVE

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| VOORWOORD .....                         | 2  |
| SAMENVATTING .....                      | 3  |
| DOELSTELLING .....                      | 3  |
| PROBLEEMSTELLING .....                  | 3  |
| ONDERZOEKSVRAGEN .....                  | 3  |
| METHODE .....                           | 4  |
| CONCLUSIE .....                         | 4  |
| CONCEPT .....                           | 4  |
| RESULTAAT .....                         | 4  |
| AANPASSINGEN .....                      | 4  |
| INHOUDSOPGAVE .....                     | 5  |
| 1.    INLEIDING .....                   | 9  |
| 1.1    BESCHRIJVING ORGANISATIE .....   | 9  |
| 1.1.1    ACHTERGROND .....              | 9  |
| 1.1.3    STRATEGIE .....                | 10 |
| 1.1.4    DOELGROEP .....                | 10 |
| 1.1.5    MISSIE .....                   | 11 |
| 1.1.6    VISIE .....                    | 11 |
| 1.1.7    ORGANISATIESTRUCTUUR .....     | 11 |
| 1.2    AANLEIDING .....                 | 12 |
| 1.3    BESCHRIJVING PROBLEEM .....      | 12 |
| 1.3.1    PROBLEEMANALYSE .....          | 13 |
| 1.3.2    VRAAG VAN OPRDRACHTGEVER ..... | 14 |
| 1.4    VRAAG- EN DOELSTELLING .....     | 15 |
| 1.4.1    DOELGROEP .....                | 15 |
| 1.4.2    HOOFDVRAAG .....               | 15 |
| 1.4.3    DEELVRAGEN .....               | 15 |
| 2.    ONTWERPPLAN BEROEPSPRODUCT .....  | 16 |
| 2.1    BESCHRIJVING .....               | 16 |

|       |                                                                                                         |    |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.2   | RANDVOORWAARDEN/CRITERIA.....                                                                           | 17 |
| 2.3   | STAPPENPLAN .....                                                                                       | 17 |
| 2.4   | ONDERZOEKSPPLAN .....                                                                                   | 18 |
| 2.4.1 | ONDERZOEKSMETHODE .....                                                                                 | 18 |
| 2.4.2 | VERWERKING ONDERZOEKSRESULTATEN .....                                                                   | 18 |
| 2.4.3 | PRAKTIJKONDERZOEK (TESTFASE).....                                                                       | 18 |
| 3.    | LITERATUURONDERZOEK (THEORETISCH KADER).....                                                            | 20 |
| 3.1   | STIGMA.....                                                                                             | 20 |
| 3.1.1 | WAT IS EEN STIGMA? .....                                                                                | 20 |
| 3.1.2 | HOE ONTSTAAT EEN STIGMA? .....                                                                          | 21 |
| 3.1.3 | WAT ZIJN DE EFFECTEN VAN STIGMA? .....                                                                  | 22 |
| 3.1.4 | WAT IS DE INVLOED VAN MEDIA OP STIGMA? .....                                                            | 22 |
| 3.2   | DESTIGMATISERING .....                                                                                  | 22 |
| 3.2.1 | WAT IS DESTIGMATISERING? .....                                                                          | 22 |
| 3.2.2 | HOE KAN DESTIGMATISERING BEVORDERD WORDEN? .....                                                        | 24 |
| 3.2.3 | HOE IS DESTIGMATISERING MEETBAAR?.....                                                                  | 25 |
| 3.3   | VIDEOPRODUCTIE.....                                                                                     | 26 |
| 3.3.1 | OP WELKE MANIER KAN VIDEO BIJDAGEN AAN DESTIGMATISERING? .....                                          | 26 |
| 3.3.2 | OP WELKE MANIER KAN DE DOELGROEP 12 – 18 HET BESTE WORDEN<br>BEREIKT?.....                              | 27 |
| 3.3.3 | WELK TYPE VIDEOPRODUCTIE BEVAT ELEMENTEN DIE BIJ KUNNEN DRAGEN<br>AAN HET VERMINDEREN VAN STIGMA? ..... | 27 |
| 4.    | CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN .....                                                                        | 30 |
| 4.1   | CONCLUSIE .....                                                                                         | 30 |
| 4.1.1 | STIGMA.....                                                                                             | 30 |
| 4.1.2 | DESTIGMATISERING .....                                                                                  | 30 |
| 4.1.3 | VIDEOPRODUCTIE .....                                                                                    | 31 |
| 4.2   | AANBEVELINGEN .....                                                                                     | 31 |
| 4.3   | BEPERKINGEN.....                                                                                        | 32 |
| 4.4   | ONTWIKKELING .....                                                                                      | 32 |

|       |                                             |    |
|-------|---------------------------------------------|----|
| 4.4.1 | PREPRODUCTIE.....                           | 32 |
| 4.4.2 | PRODUCTIE.....                              | 33 |
| 4.4.3 | POSTPRODUCTIE.....                          | 33 |
| 4.5   | MIDDELEN.....                               | 33 |
| 5.    | CONCEPT.....                                | 34 |
| 5.1   | BESCHRIJVING.....                           | 34 |
| 5.2   | VERANTWOORDING.....                         | 34 |
| 5.3   | DOELSTELLING.....                           | 35 |
| 6.    | REALISATIE.....                             | 36 |
| 6.1   | ONTWIKKELING.....                           | 36 |
| 4.4.1 | PREPRODUCTIE.....                           | 36 |
| 4.4.2 | PRODUCTIE.....                              | 36 |
| 4.4.3 | POSTPRODUCTIE.....                          | 38 |
| 6.2   | PRAKTIJKONDERZOEK (TESTFASE).....           | 38 |
| 6.2.1 | ONTWIKKELING VRAGENLIJST.....               | 38 |
| 6.2.2 | TESTEN.....                                 | 39 |
| 6.3   | RESULTATEN.....                             | 40 |
| 6.4   | AANPASSINGEN.....                           | 41 |
| 7.    | REFLECTIE.....                              | 42 |
| 7.1   | EINDRESULTAAT.....                          | 42 |
| 7.2   | PROCES.....                                 | 42 |
| 8.    | BRONNENLIJST.....                           | 46 |
|       | BIJLAGE 1 – INTERVIEW JUDITH DE LAAT.....   | 51 |
|       | BIJLAGE 2 – INTERVIEW KEES DIJKMAN.....     | 52 |
|       | BIJLAGE 3 – INTERVIEW JAAPJAN BOER.....     | 55 |
|       | BIJLAGE 4 – INTERVIEW XANDRA LEUVERINK..... | 58 |
|       | BIJLAGE 5 – INTERVIEW GERDIEN RABBERS.....  | 61 |
|       | BIJLAGE 6 – INTERVIEW SANNE KOOIMAN.....    | 63 |
|       | BIJLAGE 7 – INTERVIEW SUZAN OUDEJANS.....   | 65 |
|       | BIJLAGE 8 – RESULTATEN TESTFASE.....        | 68 |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| TABEL .....                   | 69 |
| ANALYSE / INTERPRETATIE ..... | 70 |
| BIJLAGE 9 – SCENARIO .....    | 73 |

# **1. INLEIDING**

In de inleiding wordt een beschrijving gegeven van de organisatie waarvoor de opdracht zal worden uitgevoerd. Hierbij wordt de achtergrond, strategie, doelgroep, missie, visie en organisatiestructuur van dit bedrijf toegelicht. Vervolgens wordt de aanleiding voor de opdracht gegeven en volgt een probleemanalyse en de vraag van de opdrachtgever. Vanuit deze vraag worden de onderzoeksvragen geformuleerd en de doelgroep bepaald.

## **1.1 BESCHRIJVING ORGANISATIE**

Samen Sterk zonder Stigma is een organisatie die streeft naar een inclusieve samenleving waarin het hebben van een psychische aandoening niet meer leidt tot stigmatisering: mensen met een psychische aandoening zijn gelijkwaardig aan ieder ander, ervaren dat zo en worden ook zo behandeld, zowel in de hulpverlening, op school, op het werk, in de wijk, in de media als in de maatschappij als geheel (J. de Laat, persoonlijke communicatie, 18 februari 2019).

### **1.1.1 ACHTERGROND**

(Zelf)stigmatisering maakt dat mensen met een psychische aandoening belemmerd worden om hulp te zoeken, uit angst voor afkeuring. Zo blijkt dat 62,5% van de mensen met een depressie te maken krijgt met discriminatie of er vanuit ging gediscrimineerd te worden (Brouwers, Matijssen, Van Bortel, Knifton, Wahlbeck, Van Audenhove, Kadri, Chang, Goud, Ballester, Tófoli, Bello, Jorge-Monteiro, Zäske, Milačić, Uçok, Bonetto, Lasalvia, Thornicroft & Van Weeghel, 2016).

Er zijn helaas nog veel vooroordelen over psychische aandoeningen, zoals dat mensen gevaarlijk zouden zijn of niet zouden kunnen werken. Het doorbreken van deze stigma's is erg moeilijk. Door (onder andere) mensen bewust te maken van hun vooroordelen en de impact daarvan, probeert Samen Sterk zonder Stigma stigmatisering te bestrijden (Smit, Verhoeven & van Vuuren, 2017).

In 2013 is de stichting opgericht vanuit een samenwerking tussen verschillende organisaties, namelijk het Landelijk Platform GGZ (LPGGz), het Fonds Psychische Gezondheid (FPG), de GGZ Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (Smit, Verhoeven & van Vuuren, 2017).

### 1.1.3 STRATEGIE

Samen Sterk zonder Stigma doet voor alle projecten verschillende niet-wetenschappelijke onderzoeken naar stigmatisering en de bestrijding hiervan. In samenwerking met verschillende partners worden er ook verschillende wetenschappelijke onderzoeken uitgevoerd en worden tools gevalideerd. Enkele voorbeelden van recente onderzoeken die door de stichting zijn uitgevoerd, zijn een onderzoek van Sikkema (2017) naar psychische diversiteit op school en een onderzoek van Verhoeven (2018) genaamd *'Openheid over psychische aandoeningen op het werk.'* Deze onderzoeken werden gedaan voor respectievelijk de domeinen 'op school' en 'op het werk'.

Op verschillende fronten probeert Samen Sterk zonder Stigma te werken aan een samenleving zonder stigmatisering. Zo wordt er gewerkt met verschillende domeinen waar een planmatige aanpak wordt ingezet. Per domein wordt onderzocht wat het beste werkt om stigmatisering tegen te gaan (Samen Sterk, z.d.).

De stichting is onder andere actief in de volgende domeinen: op het werk, in de media, op school en in de wijk. Ze bieden tools, delen kennis en roepen op tot deelname om op ieder domein stigmatisering te verminderen (Samen Sterk, z.d.).

### 1.1.4 DOELGROEP

De doelgroep van de stichting is per domein verschillend. Per project wordt gekeken op welke manier stigma het beste tegen kan worden gegaan. Zo richt stichting Samen Sterk zonder Stigma zich bij het project 'op het werk' bijvoorbeeld op grote werkgevers en vakbonden en bij 'in de media' op woordvoerders. Vaak richt de stichting zich op mensen met veranderkracht, zoals instanties, andere stichtingen met veel invloed en koepelorganisaties. Daarnaast richten ze zich in het domein 'op school' op docenten en schoolbesturen en 'in de wijk' op woningcorporaties, welzijnswerk en andere professionals in de wijk (Samen Sterk, z.d.). Bij 'in de GGZ' bestaat de doelgroep uit GGZ-instellingen en andere hulpverleners, die in direct contact staan met mensen met een psychische aandoening.

### 1.1.5 MISSIE

“Samen Sterk zonder Stigma werkt aan een samenleving waarin psychische problematiek bespreekbaar is” (Samen Sterk, z.d.).

Deze missie wordt vormgegeven door ambassadeurs, supporters en betrokkenen. Er wordt bewustwording gecreëerd van stigma en de impact die het kan hebben op mensen met een psychische aandoening.

De missie van stichting Samen Sterk zonder Stigma is gebaseerd op drie pijlers:

1. *Gelijkwaardig*. Volgens artikel 1 van de grondwet is iedereen gelijkwaardig en is er een verbod op discriminatie. Samen Sterk zonder Stigma baseert haar werk op dit grondbeginsel.
2. *Meedoen*. Mensen met een psychische aandoening moeten kunnen participeren in de samenleving en daarbij gezien worden als mens, niet als de aandoening die zij hebben. Er moeten kansen voor hen zijn en ruimte.
3. *Menselijke samenleving*. Mensen met een psychische aandoening kunnen beter functioneren wanneer zij mee kunnen doen in de samenleving. Doordat zij beter functioneren nemen klachten en daarmee zorgkosten af.

### 1.1.6 VISIE

“Aandacht voor psychische verschillen en handvatten hoe hiermee om te gaan leiden tot meer wederzijds begrip. Het draagt bij aan een maatschappij waarin iedereen gelijke kansen heeft, ook mensen met een psychische aandoening.” (Samen Sterk, z.d.).

Samen Sterk zonder Stigma baseert haar werk op artikel 1 van de Grondwet en artikelen 1 en 2 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. De stichting gaat hierbij uit van de gelijkwaardigheid van mensen en het recht gelijk behandeld te worden.

### 1.1.7 ORGANISATIESTRUCTUUR

De organisatie van Samen Sterk zonder Stigma bestaat uit een bestuur en een bureau. De vier directeurs van de verschillende stichtingen en fondsen die Samen Sterk zonder Stigma hebben opgericht, vormen het bestuur. Deze organisaties zijn LPGGz, Fonds Psychische Gezondheid, GGZ Nederland en NVvP.

Het bureau bestaat uit dertien medewerkers vanuit het kantoor in Amersfoort. Van ieder project is er een projectmanager en projectmedewerkers of -begeleiders. Ook zijn er soms ZZPers werkzaam, waaronder voor de website en social media. Zelf werk ik direct samen

met het communicatieteam, dat bestaat uit een communicatiemanager en –medewerker. Zij houden zich bezig met de externe communicatie van Samen Sterk zonder Stigma.

## **1.2 AANLEIDING**

In 2017 begon ik met het verfilmen van verhalen van mensen. Deze verhalen hadden als doel om meer begrip te brengen voor elkaar. Naar mijn idee konden verhalen vooroordelen verminderen en tot meer empathie leiden. Deze verhalen werden deel van mijn project Space of Stories, wat onder andere een YouTube-kanaal werd waarop ik deze verhalen deel.

Vanuit mijn eigen visie op verhalen ben ik op zoek gegaan naar een organisatie die hierbij aansluit. Samen Sterk zonder Stigma heeft veel onderzoek gedaan naar het verminderen van stigma's en draagt daarmee bij aan meer begrip voor elkaar. Zij geven aan dat video een krachtig medium is om in te zetten bij het bestrijden van stigma's. De doelgroep waarop ik mij zal richten met deze video's zal bestaan uit jongeren van 12 – 18 jaar. Deze leeftijdscategorie valt gedeeltelijk onder het project 'op school'. Daarmee voorzie ik met het maken van de video's in de behoefte van de organisatie om deze doelgroep te bereiken.

## **1.3 BESCHRIJVING PROBLEEM**

Op psychische aandoeningen rusten veel stigma's: als je bijvoorbeeld een burn-out hebt zou je zwak zijn, als je AD(H)D hebt zou je gewoon niet streng genoeg opgevoed zijn, als je een depressie hebt zul je daar altijd in terugvallen en als je een psychose hebt zou je onvoorspelbaar en zelfs gevaarlijk zijn (GGZ, 2016). Deze stigma's leiden ertoe dat mensen met een psychische aandoening niet de hulp durven zoeken die zij nodig hebben. Mensen met een psychische aandoening kunnen daarnaast zelf gaan geloven dat de stigma's over hun aandoening waar zijn (Samen Sterk, z.d).

Jongeren willen op veel verschillende gebieden goed zijn. Knap, sportief, populair en vooral heel sociaal. Als het op één van deze gebieden niet of minder goed gaat, wordt dit vaak al ervaren als falen. Jongeren vergelijken zichzelf met anderen en willen niet anders zijn dan hen. Toegeven dat ze kampen met psychische klachten, is daarom sowieso al erg moeilijk. De stigma's die er rusten op psychische aandoeningen maken hulp vragen voor hen daarnaast nog veel moeilijker (GGZ, 2016).

Het is daarom belangrijk dat stigma's op psychische aandoeningen verdwijnen, zodat jongeren met een aandoening de hulp durven zoeken die ze nodig hebben.

### 1.3.1 PROBLEEMANALYSE

Uit onderzoek blijkt dat 1 op de 5 jongvolwassenen te maken heeft met psychische klachten (GGZ, 2016). Veel jongeren ervaren het stigma als erger dan de aandoening zelf (Samen Sterk, z.d). Ook leidt het vaak tot zelfstigma; jongeren geloven de stereotypen en vinden zichzelf een loser, een buitenbeentje, een mislukking (GGZ, 2016).

Het aantal jongeren met psychische problemen neemt al jarenlang toe. Van 2001 tot 2011 nam het aantal jongeren onder de 17 jaar die met een hulpvraag naar de GGZ kwamen, ieder jaar toe met gemiddeld 10,3%.

In het onderwijs is ook zichtbaar dat steeds meer jongeren te maken krijgen met psychische problemen. Het aantal leerlingen in het voortgezet onderwijs met een rugzakje is tussen 2004 en 2012 toegenomen van 4.600 tot bijna 20.000, meer dan het viervoudige.

Ook was er, voor de invoering van het Passend Onderwijs, een grote toename van het aantal leerlingen op cluster 4-scholen (speciaal onderwijs), van 15.817 in 2000 naar 34.193 in 2013 (Gezondheidsraad, 2014).

Het is moeilijk vast te stellen wat de oorzaak is van de toename van het aantal psychische aandoeningen onder jongeren. Er wordt over het algemeen daarom uitgegaan van twee perspectieven die de toename zouden kunnen verklaren:

- *Het universalistische perspectief.* Dit perspectief gaat er vanuit dat een psychische aandoening genetisch bepaald wordt en een biologische oorzaak heeft. De samenleving speelt hier dan ook geen rol in en de toename van de hulpvraag is te verklaren omdat de drempel om hulp te vragen steeds lager komt te liggen.
- *Het sociaal-maatschappelijk perspectief.* Dit perspectief stelt dat de samenleving van invloed is op het ontstaan van psychische problematiek. Bepaalde structuren en processen in de samenleving maken mensen ziek. Door psychosociale problematiek in de samenleving, zou het aantal psychische aandoeningen toenemen. Hervorming van de samenleving zou daarom de oplossing zijn voor dit probleem (Gezondheidsraad, 2014).

Er is geen eenduidig antwoord te geven op de vraag waardoor er een toename is van het aantal jongeren dat psychische hulp nodig heeft. Daarom stelt de Gezondheidsraad (2014) dat het zinnvoller is om te spreken over ziektebeleving. Of er namelijk een toename is van het exacte aantal aandoeningen, of dat er alleen vaker gediagnosticeerd wordt, is niet met zekerheid te zeggen. Wel is met zekerheid te zeggen dat er sprake is van een toename van de ziektebeleving onder jongeren en dat stigma vaak als erger wordt ervaren dan de aandoening zelf. Stigmatisering is daarom een groeiend probleem dat een oplossing behoeft.

### 1.3.2

### VRAAG VAN OPRDRACHTGEVER

De stichting vraagt om een oplossing voor het probleem dat jongeren in de leeftijd 12 – 18 jaar niet altijd om de hulp durven te vragen die zij nodig hebben. Deze opdracht ligt binnen het domein Jeugd en Onderwijs ('op school'). De stichting zet bij deze doelgroep tot nu toe voornamelijk stigmapreventie in, omdat stigmatisering zich op deze leeftijd begint te ontwikkelen. Deze preventieve aanpak betekent dat de stichting probeert te voorkomen zich teveel te richten op de specifieke aandoeningen en daarbij horende stigma's, maar op een bredere manier inzet. De lesprogramma's maken daarom op dit moment gebruik van de tool 'Binnenstebuiten'. Hierbij leren scholieren hun eigen 'binnenkant' te begrijpen en zichtbaar te maken. Ook wordt besproken wat psychische diversiteit en stigma zijn (Samen Sterk, z.d.). Ook probeert de stichting om jongeren niet 'buiten de groep' te stellen. Door het over één aandoening te hebben in plaats van meerdere, bestaat de kans dat er toch sprake zal zijn van uitsluiting van jongeren die zichzelf herkennen in die specifieke aandoening. Zij kunnen zich bijvoorbeeld erg 'anders' gaan voelen, wat het tegengestelde effect heeft dat met de video's bereikt wil worden. Daarom wil de stichting graag dat het over meerdere psychische aandoeningen gaat.

De stichting wil met behulp van video bestaande stigma's onder jongeren in de leeftijd van 12 – 18 jaar verminderen, zodat zij de hulp durven zoeken die ze nodig hebben. Om aan deze opdracht te voldoen, moet bepaald worden aan welke randvoorwaarden een video moet voldoen om een destigmatiserende werking te hebben onder jongeren. De stichting verwacht daarom een antwoord op de vraag welke elementen een video, met als doel om stigma's te verminderen bij jongeren in de leeftijd 12 – 18, moet bevatten. Ook verwacht de stichting een aantal video's die een destigmatiserende werking hebben onder jongeren.

## **1.4 VRAAG- EN DOELSTELLING**

Naar aanleiding van de vraag vanuit de organisatie, zullen de volgende onderzoeksvragen gesteld worden.

### **1.4.1 DOELGROEP**

De doelgroep van de opdracht bestaat uit Nederlandse jongeren in de leeftijd 12 – 18 jaar. Deze doelgroep valt gedeeltelijk in het domein Jeugd en Onderwijs ('op school'). Op advies van Boer (Bijlage 3) is gekozen voor een bredere doelgroep. In deze leeftijdsfase zou volgens hem de meeste impact kunnen worden gemaakt.

Er is echter een groot verschil tussen een 12- en 18-jarige wanneer het gaat om de manier waarop zij het beste benaderd kunnen worden. Hier zal tijdens de opdracht rekening mee gehouden worden. Het verschil in benadering zal echter niet zichtbaar worden in de video's zelf, maar in het lesprogramma dat er omheen door de stichting vormgegeven zal worden. Door de video's op verschillende manieren aan te bieden en te bespreken met jongeren van verschillende leeftijden, wordt er gedifferentieerd in de manier waarop zij worden benaderd.

### **1.4.2 HOOFDVRAAG**

Welke elementen moet een video, voor de doelgroep jongeren in de leeftijd 12 – 18 jaar, bevatten om aantoonbaar het stigma te verminderen dat de kijker heeft op de psychische aandoening die in de video aan bod komt?

### **1.4.3 DEELVRAGEN**

Vanuit de bestaande hoofdvraag kunnen drie categorieën deelvragen worden afgeleid.

#### **STIGMA**

- Wat is een stigma?
- Hoe ontstaat een stigma?
- Wat zijn de effecten van stigma?
- Wat is de invloed van media op stigma?

#### **DESTIGMATISERING**

- Wat is destigmatisering?
- Hoe kan destigmatisering bevorderd worden?
- Hoe is destigmatisering meetbaar?

#### **VIDEOPRODUCTIE**

- Op welke manier kan video bijdragen aan destigmatisering?
- Op welke manier kan de doelgroep 12 – 18 het beste worden bereikt?
- Welk type videoproductie bevat elementen die bij kunnen dragen aan het verminderen van stigma?

## **2. ONTWERPPLAN BEROEPSPRODUCT**

In dit hoofdstuk wordt beschreven aan welke inhoudelijke eisen het uiteindelijke product zal moeten voldoen, waaronder welk doel het product zal hebben en een afbakening van de mogelijkheden voor het product. Vervolgens worden de randvoorwaarden benoemd en wordt een beschrijving gegeven van de stappen die doorlopen moeten worden om tot het uiteindelijke product te komen. Als laatste volgt het onderzoeksplan, waar beschreven wordt hoe deze stappen doorlopen zullen worden.

### **2.1 BESCHRIJVING**

Het uiteindelijke product dat voor stichting Samen Sterk zonder Stigma opgeleverd zal worden, zijn meerdere audiovisuele producties van maximaal 15 minuten per stuk, omdat jongeren volgens Judith de Laat (Bijlage 1) een korte spanningsboog hebben. Vanuit verder onderzoek zal bepaald worden welke onderwerp(en) deze video's zullen belichten en op welke manier. Ook zal het medium waarop deze video's uit zullen komen bepaald worden.

Eventuele mogelijkheden voor deze producties zijn onder andere een documentaire, een korte film en/of meerdere kortere documentaires waarin één of meerdere onderwerpen belicht worden. Deze producties zullen gebruik maken van storytelling. Storytelling is een krachtig medium om mensen ergens betrokken bij te laten zijn en wordt daarom op veel fronten ingezet, waaronder in reclames en sportprogramma's (Gottschall, 2013).

Het doel van de producties is het verminderen van stigma's op psychische aandoeningen. Het doel van de video's komt daardoor overeen met het doel van de organisatie om stigmatisering te verminderen.

Het onderwerp dat in de producties aan bod komt is stigmatisering. Er zijn veel stigma's over verschillende psychische aandoeningen. Onder psychische aandoeningen verstaan we psychiatrische aandoeningen zoals vermeld in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2013). Hieronder vallen bijvoorbeeld ADHD, depressie, angststoornissen en autisme (Sikkema, 2017). Bestaande stigma's zijn bijvoorbeeld dat mensen met psychische aandoeningen niet kunnen functioneren in de maatschappij, dat psychische aandoeningen altijd zichtbaar zijn of dat mensen met een psychische aandoening niet écht ziek zijn (Stuart, Arboleda-Florez & Sartorius, 2012).

## 2.2 RANDVOORWAARDEN/CRITERIA

De video's moeten aan de volgende randvoorwaarden voldoen. Deze specificaties zijn de Europese standaard voor (online) video.

- Formaat: 1920x1080 px (Full HD)
- Frames per seconde: 25fps
- Audio: 126kbps AAC
- Extensie: H.264, MPEG-4, AVC

De volgende randvoorwaarden komen voort uit de eisen van de opdrachtgever:

- Speelduur: 1 – 15 min
- Platform: onderdeel van lesprogramma

## 2.3 STAPPENPLAN

Dit plan komt voort vanuit het Plan van Aanpak. Van daaruit worden de volgende stappen doorlopen. Dit proces wordt in 2.4 verder toegelicht.

1. Literatuuronderzoek. Hierbij worden bronnen verzameld die antwoord geven op (een deel van) de deelvragen van het onderzoek.
2. Interviews. Hierbij worden experts op gebied van stigmatisering geïnterviewd. De informatie uit deze interviews zal gebruikt worden voor het verdere beantwoorden van de deelvragen.
3. Conclusie en aanbevelingen schrijven. Aan de hand van het onderzoek zal een conclusie worden geschreven met aanbevelingen voor een bepaald product.
4. Preproductie concept. Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek en op basis van de aanbevelingen zal een scenario worden geschreven.
5. Productie concept. Wanneer het scenario geschikt is bevonden door Samen Sterk zonder Stigma, zal over worden gegaan tot het produceren van de video's.
6. Postproductie concept. Na de opnames zullen de video's gemonteerd worden.
7. Praktijkonderzoek (testfase). De voltooide video's zullen worden voorgelegd aan 20 – 40 jongeren in de leeftijd 14 – 16.
8. Resultaten verwerken. Er wordt een conclusie getrokken uit de resultaten van het praktijkonderzoek.
9. Concept aanpassen aan de hand van resultaten. Eventuele wijzigingen aan de video's zullen hier worden doorgevoerd.
10. Reflectie schrijven.

## **2.4 ONDERZOEKSPLAN**

### **2.4.1 ONDERZOEKSMETHODE**

Om het onderzoek uit te voeren zal bezig worden gegaan met een kwalitatieve onderzoeksmethode. Door middel van literatuuronderzoek zal antwoord worden gegeven op de deelvragen van het onderzoek. Naast literatuuronderzoek zullen er ook een aantal experts op het gebied van stigmatisering geïnterviewd worden.

### **2.4.2 VERWERKING ONDERZOEKSRÉSULTATEN**

Met behulp van dit literatuuronderzoek zal ook bepaald worden wat voor type videoproductie (portret, korte film, etc) de elementen bevat die bij kunnen dragen aan destigmatisering en hoe deze moet worden ingezet. Hierbij wordt informatie verzameld over het type productie dat het beste werkt bij de doelgroep.

Na het onderzoek zal over worden gegaan tot de productie van deze video's. Het productieproces staat beschreven in 4.4.

### **2.4.3 PRAKTIJKONDERZOEK (TESTFASE)**

Om het product te testen zal een deel van de video's volgens de aanbevelingen uit dit onderzoek geproduceerd worden. Deze video's zullen worden voorgelegd aan 20 – 40 jongeren van een gemiddeld opleidingsniveau (theoretische leerweg) met als leeftijd tussen de 14 en 16 jaar. Deze leeftijdsgroep vormt namelijk het midden van de doelgroep. Het gaat hier om een zo gelijk mogelijke verdeling van jongens en meisjes.

Omdat het gaat om een les zullende jongeren deze video's in de klas te zien krijgen. Er zal contact worden opgenomen met een middelbare school in Nederland. Bij voorkeur wordt de les gegeven tijdens een vak als Maatschappijleer of Levensbeschouwing, omdat deze vakken de beste aansluiting bieden voor het onderwerp.

Het aantal deelnemers is onvoldoende om te kunnen spreken over een betrouwbare steekproef. De schaal waarop een steekproef moet worden uitgevoerd is te groot in het kader van dit afstudeeronderzoek. Om een betrouwbaarheidsniveau van 95% te behalen met een foutmarge van 3% zouden namelijk 1.067 respondenten moeten deelnemen aan het onderzoek. De populatieomvang (het totale aantal Nederlandse jongeren van 12 – 18 jaar) is namelijk ruim 1,4 miljoen (CBS, 2018).

Daarom is gekozen voor een kwalitatief onderzoek. De resultaten zijn dan ook slechts een interpretatie van de gegeven antwoorden en eventuele conclusies zijn hoogstens aannemelijk. In het kader van een lesprogramma is gekozen voor een aantal jongeren dat overeenkomt met ongeveer één of twee klassen.

Voor het kijken van de video's zullen de jongeren een vragenlijst invullen waarbij gebruik wordt gemaakt van de Likertschaal, om informatie te verzamelen over welke houding deze jongeren hebben ten opzichte van mensen met psychische aandoeningen. De vragenlijst wordt specifiek voor dit onderzoek opgesteld aan de hand van bestaande vragenlijsten. De lijst zal bestaan uit een aantal stellingen over psychische aandoeningen en bepaalde stigma's, waarbij de respondenten kunnen invullen in hoeverre ze het met deze stelling eens zijn. Na de video's zullen de jongeren deze vragenlijst opnieuw invullen, om aan te kunnen tonen of hun houding ten opzichte van deze stellingen na het zien van de video's is veranderd.

De video's hebben een destigmatiserende werking, wanneer een positief verschil te zien is in de antwoorden die de jongeren geven op de vragen na het zien van de video's. Wat bedoeld wordt met een positief verschil, zal per vraag besproken worden.

Wanneer de video's geen destigmatiserende werking hebben, zullen deze met behulp van montage worden aangepast aan de hand van verder onderzoek over destigmatiserende elementen in video.

### 3. LITERATUURONDERZOEK (THEORETISCH KADER)

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van wetenschappelijk literatuur een antwoord gegeven op de deelvragen van dit onderzoek. De conclusie is opgenomen in hoofdstuk 4.

#### 3.1 STIGMA

##### 3.1.1 WAT IS EEN STIGMA?

Stigmatisering is een veelvoorkomend probleem. Een stigma, ook wel een schandvlek, wordt gekoppeld aan een groep mensen. Dit negatieve kenmerk benadeeld de persoon waarop dit wordt toegepast; stigma's leiden tot discriminatie (Stuart, Arboleda-Florez & Sartorius, 2012).

Het woord stigma komt van het Griekse woord stig, wat een stok was waarmee een tattoo werd aangebracht, een merkteken voor wie 'anders' was. Eind zestiende eeuw begonnen mentale ziektes als zondig gezien te worden. Mensen met een psychische aandoening werden bijvoorbeeld vervolgd als heksen.

Lange tijd werd gedacht dat psychische aandoeningen gepaard gingen met fysieke abnormaliteiten, zoals puntoren of groeiproblemen. Ook werd gedacht dat mentale ziekte een erfelijke fout was en dat het daarom toch niet te genezen zou zijn. Het eerste asiel voor mensen met een psychische aandoening was bedoeld als een veilige plek, maar veranderde in de loop van de tijd meer in een gevangenis (Sartorius & Schulze, 2005). Nog steeds kennen we de afschrikwekkende 'gekkehuizen' waar mensen met afwijkend gedrag in werden opgesloten.

De reden dat er gestigmatiseerd wordt, zijn de zogenaamde 'gevoelige bedreigingen'. Gevaarlijkheid is bijvoorbeeld een bedreiging voor de persoonlijke veiligheid, wat maakt dat mensen uit angst de neiging hebben anderen te wantrouwen en te veroordelen. Mensen die eigenschappen hebben die overeen komen met de eigenschappen van mensen die gevaarlijk zouden kunnen zijn, worden onmiddellijk zelf ook bestempeld als gevaarlijk.

Ook is er vaak sprake van systeemrechtvaardiging: als mensen met een psychische aandoening door de maatschappij worden geïsoleerd, zal dat wel goed zijn. Mensen hebben er namelijk vertrouwen in dat 'het systeem' juist en eerlijk is (Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer & Kienhorst, 2016).

Om de mate van stigma vast te stellen wordt er uitgegaan van zes dimensies van stigma:

1. *Zichtbaarheid*. Hoe zichtbaar is de aandoening voor anderen?
2. *Tijdsduur*. Is de aandoening levenslang of is er mogelijkheid tot herstel op termijn?
3. *Impact*. Welk effect heeft de aandoening op relaties met anderen?
4. *Esthetiek*. Wordt de aandoening gezien als onaantrekkelijk of roept het afschuw op?

5. *Oorzaak*. Waardoor ontstaat de aandoening en in hoeverre kan iemand zelf verantwoordelijk gehouden worden?
6. *Risico*. Kan degene met een psychische aandoening een gevaar vormen voor zichzelf of zijn/haar omgeving?

Hoe sterker de verschillende dimensies bij een psychische aandoening aanwezig zijn, hoe meer personen met de aandoening gestigmatiseerd blijken te worden. Deze mensen worden verklaard als 'onwettig', wat andere mensen het 'recht' geeft om hen buiten te sluiten en af te wijzen (Brohan, Slade, Clement & Thornicroft, 2010).

### **3.1.2 HOE ONTSTAAT EEN STIGMA?**

Bij de Labeling-theorie wordt er vanuitgegaan dat mensen een 'label' krijgen aan de hand van hoe ze zich houden aan de gestelde sociale norm. Deze theorie houdt zich bezig met mensen die gelabeld worden als 'afwijkend' omdat zij zich niet gedragen naar de gestelde norm. Dit is een sociaal stigma.

Stigmatisering is dan ook een sociaal proces. Het begint met het identificeren van mensen die anders zijn dan de rest van de sociale groep. Zij krijgen een label opgeplakt dat vervolgens geassocieerd wordt met negatieve stereotypes. Dan ontstaat er een schijntegenstelling tussen "zij" en "wij". Dit leidt tot uitsluiting en discriminatie van de gelabelde persoon.

Stigmatisering ontstaat alleen in grote, complexe groepen. Door stigmatisering ontstaat een vicieuze cirkel - negatieve eigenschappen worden toegekend aan iemand, waardoor ze minder toegang krijgen tot de hulp die ze nodig hebben, hun zelfvertrouwen beschadigt en de aandoening steeds ernstiger wordt. Omdat het niet goed gaat met deze mensen, versterkt het stigma, wat ertoe leidt dat er ook minder budget beschikbaar wordt gesteld om mensen te helpen genezen (Sartorius & Schulze, 2005).

Volgens Phelan, Link en Dovidio (2008) hebben stigma's en vooroordelen de volgende drie functies:

1. Het uitbuiten en domineren van mensen
2. Het vermijden van ziektes door mensen weg te houden
3. Het stellen en handhaven van een sociale norm (sommige mensen er bij houden door anderen uit te sluiten)

Doordat deze functies er zijn, is het moeilijk om een oplossing te vinden voor stigmatisering en blijven de bestaande stigma's in stand.

### 3.1.3 WAT ZIJN DE EFFECTEN VAN STIGMA?

Nog steeds zijn er veel stigma's omtrent psychische aandoeningen. Mensen met een psychische aandoening zouden gestoord, raar, gevaarlijk of verward zijn. Doordat grote groepen mensen dit geloven, durven mensen met een psychische aandoening soms geen hulp te zoeken, wat de klachten verergert. Ook kan het stigma leiden tot zelfstigma; mensen met een psychische aandoening gaan zelf geloven dat ze zijn wat over hen gezegd wordt (Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer & Kienhorst, 2016).

Het is opvallend dat mensen vaker hulp bieden en empathie voelen voor mensen met een fysieke aandoening, dan voor mensen met een psychische aandoening. Ook wordt over mensen met een psychische aandoening vaak gezegd dat ze hun ziekte zijn ('zij is schizofreen'), terwijl dit niet wordt gezegd over mensen met een fysieke aandoening ('zij heeft kanker'). (Stuart, Arboleda-Florez, & Sartorius, 2012).

Dit creëert schijntegenstellingen; we zijn allemaal mensen. Sommigen van ons *hebben* een aandoening, maar het is niet wie diegene *is*.

### 3.1.4 WAT IS DE INVLOED VAN MEDIA OP STIGMA?

Berichtgeving in de media houdt het stigma op psychische aandoeningen in stand en versterkt het mogelijk zelfs. Er is onvoldoende begrip in de samenleving voor psychische aandoeningen en stigmatisering en discriminatie komen vaak voor. Daardoor heeft media grote invloed op de vorming van kennis, houding en gedrag bij het algemene publiek.

De invloed van de media is aantoonbaar negatief wanneer het gaat over psychische aandoeningen. Na het kijken van negatieve berichtgeving over iemand met schizofrenie, werd de aandoening door de onderzoeksgroep beschreven als 'gevaarlijk' en 'onvoorspelbaar' terwijl dat voorheen niet het geval was (van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer & Kienhorst, 2016).

## 3.2 DESTIGMATISERING

### 3.2.1 WAT IS DESTIGMATISERING?

Stigma's zijn een hardnekkig probleem, omdat deze diep geworteld zijn in onze maatschappij. Daardoor hebben tijdelijke campagnes veel minder zin dan structurele, diepgaande methoden om stigma te bestijden. Dit soort tijdelijke campagnes zijn bovendien duur, omdat het doel vaak is om zoveel mogelijk mensen te bereiken. Daardoor zijn ze vaak kort en hebben geen tot nauwelijks invloed op de bestaande stigma's. Ook wanneer veel mensen bereikt worden en zich het bericht deels kunnen herinneren, bleek

er geen verschil qua stigma's die mensen hadden (Stuart, Arboleda-Florez & Sartorius, 2012).

In Australië wordt er gebruik gemaakt van een uitgebreid programma waarmee suicide verder voorkomen zou moeten worden. Het programma is bedoeld om tools te bieden om te zorgen voor verantwoorde berichtgeving. Dit werkt; (kranten)koppen werden accurater en consistent, sensatie nam af, er werd respectvoller gesproken, vaker naar hulplijnen gerefereerd en er was minder stereotypering. Door de media zelf in te lichten over de manier waarop berichtgeving wordt gedaan, kan stigma geleidelijk verminderen.

Toch is het moeilijk om met behulp van media stigma in de maatschappij te verminderen. Commercials bieden namelijk iets wat video's die stigma willen verminderen niet kunnen bieden: quid pro quo (voor wat hoort wat). Een reclame voor een bepaald product biedt de kijker iets wat hij wil (het product) en in ruil daarvoor ontvangt de verkoper iets wat hij wil (geld). Dit geldt ook voor bijvoorbeeld speelfilms; de kijker wil graag iets leuks kijken (entertainment) en de maker wil dat zijn film verkocht wordt (geld).

Omdat video's die bedoeld zijn om stigma te bestrijden niets 'te bieden' hebben voor de kijker, zullen deze heel weinig opleveren. De kijker krijgt namelijk een video te zien die geen entertainmentwaarde biedt, maar wel iets van hem/haar vraagt (bijvoorbeeld anders kijken naar psychische aandoeningen). Vooral wanneer de video die bedoeld is om stigma te verminderen gepaard gaat met sensationele, maar negatieve en stigmatiserende berichtgeving in het nieuws (entertainment), is de invloed van de video beperkt.

Wat ook vaak vergeten wordt, is een goed marktonderzoek. De wens van degene die het destigmatiserende bericht wil delen krijgt meer aandacht dan de behoeften en wensen van de doelgroep. Ook wordt een campagne vaak gericht op het individu bij het bestrijden van stigma, terwijl het een complex structureel probleem is. Destigmatisering zou beter een structureel onderdeel moeten zijn van verschillende organisaties en instanties.

Beleidsmakers, journalisten en leerkrachten zouden een grotere rol moeten spelen (Stuart, Arboleda-Florez & Sartorius, 2012).

Toch is het niet zo dat media niet bij kan dragen aan het bestrijden van stigma; juist door goede berichtgeving en door mensen met een psychische aandoening in films en video neer te zetten als mensen, met persoonlijkheden en wensen en behoeften, dragen ze bij aan het verminderen van stigma (Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer, & Kienhorst, 2016).

Waar grote campagnes gericht op het beïnvloeden van de publieke opinie amper bijdragen aan destigmatisering, kunnen video's zelf dus wel degelijk invloed hebben op de individuen die deze video's te zien krijgen, mits deze aan bepaalde voorwaarden voldoen.

*Capability* is het hebben van mogelijkheden om te zijn wie je wil zijn en te kunnen doen wat je wil doen. Participatie in de maatschappij zou tot de mogelijkheden (capability) van ieder mens moeten horen. Bij mensen die gediscrimineerd worden, is een gebrek aan mogelijkheden om te participeren in de samenleving, terwijl dat juist ook hun herstel zou bevorderen. Er zullen in een maatschappij altijd mensen zijn die 'anders' zijn (Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer & Kienhorst, 2016).

### **3.2.2 HOE KAN DESTIGMATISERING BEVORDERD WORDEN?**

Stigmatisering is een ingewikkeld fenomeen dat moeilijk te bestrijden is, omdat het diep geworteld is in de maatschappij. Het gaat vaak om denkbeelden die al generaties lang worden gezien als waarheid en daardoor zeer hardnekkig zijn. Ondanks het vele onderzoek naar stigmatisering, zijn er nog geen duidelijke oplossingen aan te wijzen. Wel zijn er een aantal methodes voor het bestrijden van stigma's, die een zekere mate van effect hebben (Gezondheidsraad, 2014).

Destigmatisering vindt plaats op verschillende niveaus. Er zijn maatregelen te treffen op maatschappelijk, interpersoonlijk en individueel niveau (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010).

Het doel van programma's op maatschappelijk niveau is om de mening van mensen als geheel te veranderen over een gestigmatiseerde minderheid. Verschillende strategieën bestaan uit het betrekken van mensen met een psychische aandoening, het aanpassen van wetten en regels en het protesteren tegen stigma en discriminatie. Protesteren heeft echter niet altijd een positief effect; mensen kunnen de neiging hebben zich er tegen te verzetten (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010).

De strategieën zijn de volgende:

- *Proteststrategieën.* Deze strategieën doen een beroep op de samenleving als geheel. Ze proberen te laten zien dat de vooroordelen die veel mensen hebben over bepaalde psychische aandoeningen, negatieve effecten hebben op die mensen. Burgers worden aangesproken op hun negatieve houding en er wordt geprobeerd een positievere houding naar psychische aandoeningen te creëren. In de praktijk blijkt dit echter vooral stereotypen te onderdrukken, niet weg te nemen.
- *Voorlichting.* Deze methode gaat er vanuit dat stigma ontstaat door een gebrek aan (juiste) kennis over een bepaalde gestigmatiseerde psychische aandoening. Er wordt informatie verspreid, bijvoorbeeld door feiten en cijfers te delen. Deze informatie kan ook hardnekkige ideeën die mensen hebben, bijvoorbeeld dat mensen met een psychische aandoening agressief zijn, ontkrachten. Ook kan deze methode helpen om te benadrukken dat er ook bij psychische aandoeningen vaak herstel mogelijk is. Het beeld dat psychische aandoeningen bij iemand 'horen' en ongeneeslijk zijn, kan stigmatiserende effecten hebben. Het idee dat iemand een aandoening heeft en niet is wordt namelijk versterkt wanneer iemand ervan kan herstellen.

Toch blijkt ook hier dat voorlichting weliswaar kennis vergroot, maar niet veel invloed heeft op de houding van mensen.

- *Contactstrategieën*. Door mensen in direct contact te laten komen met iemand die een psychische aandoening heeft, ontstaat wederzijds begrip omdat je iemand als persoon leert kennen. Het delen van persoonlijke verhalen via film of video blijkt ook een bewezen effectieve methode tegen stigmatisering (Gezondheidsraad, 2014).

In tegenstelling tot vroeger wordt er tegenwoordig vanuit gegaan dat antistigmatprogramma's maar gedeeltelijk en alleen op de lange termijn werken.

Om destigmatisering effectief te laten zijn, moet het op zoveel mogelijk niveaus worden ingezet. Ook moet er grote sociale verandering plaatsvinden; barrières moeten actief worden weggenomen door de GGZ wanneer mensen integreren en er moeten actief mogelijkheden worden geschapen tot participatie door de maatschappij zelf (Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer, & Kienhorst, 2016).

Verder zijn er volgens Leuverink (Bijlage 4) nog een aantal elementen die destigmatiserend kunnen werken, namelijk:

- het gesprek aangaan met toehoorders (dialoog) in plaats van alleen zenden;
- het laten ervaren van het stigma en vooroordelen dat de toehoorder zelf heeft. Dit confronteert mensen met zichzelf;
- niet alleen de ellende vertellen, maar juist het positieve, hoe het anders kan. Voorbeelden laten zien van dat het goed gaat, oplossingsgericht zijn en vooral heel concreet.

### **3.2.3 HOE IS DESTIGMATISERING MEETBAAR?**

Een meetinstrument voor stigmatisering bestaat niet, volgens Oudejans (Bijlage 7). Om stigmatisering te meten zou zowel houding (attitude) als gedrag gemeten moeten worden. Stigmatisering is namelijk een combinatie van houding en gedrag (J. de Laat, persoonlijke communicatie, 28 maart 2019). Er is echter nog geen instrument ontwikkeld dat het gedrag van mensen kan meten.

In 2018 werd onderzoek gedaan onder 2376 respondenten naar de mate van stigmatisering op psychische aandoeningen in Nederland. Hierbij werd een combinatie gemaakt van het meten van houding, met behulp van een Likertschaal, en sociale afstand (Oudejans & Spits, 2018). Sociale afstand blijkt een goede indicator te zijn in hoeverre mensen stigmatiseren. Waar sommige mensen bij een meting van hun houding sociaal wenselijke antwoorden geven, geven vragen over sociale afstand soms een realistischer beeld van de stigma's die mensen hebben. Sociale afstand wordt gemeten door een respondent te vragen of ze iemand met een bepaalde psychische aandoening bijvoorbeeld als vriend, collega of buurman zouden willen hebben.

Ook bij het onderzoek van Clement, Van Nieuwenhuizen, Kassam, Flach, Lazarus, De Castro, McCrone, Norman en Thornicroft (2012) werd met behulp van een vragenlijst die attitude meet onderzoek gedaan naar het effect van een gefilmd sociaal contact met iemand met een psychische aandoening.

De afgelopen 10 jaar is er veel onderzoek gedaan naar stigma op psychische aandoeningen (Brohan, Slade, Clement & Thornicroft, 2010). Om dit stigma te meten wordt vaak een vragenlijst ingezet die gebruik maakt van de Likertschaal (Likert, 1932), waarmee de attitude van iemand meetbaar wordt gemaakt, ten opzichte van bijvoorbeeld een product. Op deze manier kan ook de attitude van iemand over mensen met een psychische aandoening gemeten worden. Hoewel dit niet per definitie stigma meet, is attitude wel een belangrijk onderdeel van stigmatisering. Een positievere houding ten opzichte van mensen met een psychische aandoening leidt namelijk wel tot de afname van stigma (J. de Laat, persoonlijke communicatie, 28 maart 2019).

Een mogelijke methode voor het meten van stigma en daarmee destigmatisering, is de zogenaamde MICA-schaal. Deze schaal is gecreëerd voor het meten van stigma in de zorg (Gabbidon, Clement, Nieuwenhuizen, Kassam, Brohan, Norman & Thornicroft, 2013). Omdat deze schaal specifiek is gericht op zorgmedewerkers en niet aangepast mag worden, is deze niet inzetbaar voor het meten van destigmatisering bij de doelgroep 12 – 18 jaar. Daarom zal voor het meten van destigmatisering bij deze doelgroep speciaal voor dit onderzoek een vragenlijst gemaakt worden die gebruik maakt van de Likertschaal. Zo is namelijk wel een verschil in attitude te meten.

In het *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen* (Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer & Kienhorst, 2016) staan een aantal voorbeelden van vragenlijsten die gebruikt zullen worden voor de uiteindelijke vragenlijst voor het testen van het product.

### **3.3 VIDEOPRODUCTIE**

#### **3.3.1 OP WELKE MANIER KAN VIDEO BIJDAGEN AAN DESTIGMATISERING?**

Het tonen van video's die een realistisch beeld geven van mensen met een psychische aandoening, blijkt een destigmatiserende werking te hebben op degenen die deze video te zien krijgen. Uit verschillende onderzoeken, onder andere van Tolomiczenko, Goering en Durbing (2001) en van Laroi en Van der Linden (2009), bleek dat de interventiegroep die een video te zien kreeg over iemand met een psychische aandoening, meer geneigd was tot een positievere houding ten opzichte van de psychische aandoening, terwijl er bij de controlegroep geen verschil meetbaar was.

Uit onderzoek blijkt dat het effect van een video net zo groot kan zijn als een live-contact met iemand die een psychische aandoening heeft. Zo bleek dat de groep die een DVD te

zien kreeg, een grote verbetering toonde in hun sociale houding naar mensen met een psychische aandoening. Belangrijk is hierbij dat de kijker iemand met een psychische aandoening leert kennen met behulp van de video. Dit 'leren kennen' bestond in deze video's uit een persoonlijke narratief over mentale gezondheid en stigma door mensen die die zelf een psychische aandoening hebben en door zorgverleners. In het tweede deel van de video gaan de mensen met een psychische aandoening in gesprek met de zorgverleners. Na de video's werden deze besproken (Clement, van Nieuwenhuizen, Kassam, Flach, Lazarus, De Castro, McCrone, Norman & Thornicroft, 2012).

Wanneer de kijker iemand persoonlijk leert kennen, wordt deze gezien als meer dan zijn/haar aandoening en wordt daarom een persoon. Het blijkt dat afwijzing namelijk het meeste voorkomt door mensen die zelf geen psychische aandoening hebben en nauwelijks contact hebben met iemand met een psychische aandoening (van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer & Kienhorst, 2016).

Elyn Sax, een hoogleraar met schizofrenie, bedankte de pers en entertainmentindustrie voor de manier waarop ze geholpen hadden met het bestrijden van stigma's, door personages op een sympathieke manier af te schilderen, met alle rijkdom van de diepte van hen als mens, en niet als diagnose. Door (film)personages als mensen af te schilderen en niet als de ziekte die zij hebben, verminderen stigma's (van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer & Kienhorst, 2016).

### **3.3.2 OP WELKE MANIER KAN DE DOELGROEP 12 – 18 HET BESTE WORDEN BEREIKT?**

De video is volgens JaapJan Boer (Bijlage 3) het beste in te zetten binnen de context van het scholenproject dat Samen Sterk zonder Stigma heeft. Op deze manier wordt de video deel van een meer structurele aanpak om stigmatisering tegen te gaan, waardoor er een betere werking is. Bovendien is het bijzondere van de doelgroep 12 – 18 dat zij dankzij school met zeer veel verschillende leeftijdsgenoten in aanraking komen, iets wat op latere leeftijd steeds minder aan de orde is.

Daarom is school een zeer geschikte plek om een zo gevarieerd mogelijke samenstelling van jongeren te bereiken, door de video's bijvoorbeeld onderdeel te maken van een lesprogramma.

### **3.3.3 WELK TYPE VIDEOPRODUCTIE BEVAT ELEMENTEN DIE BIJ KUNNEN DRAGEN AAN HET VERMINDEREN VAN STIGMA?**

Uit dit onderzoek blijkt dat het belangrijk is om een realistisch beeld te geven van een psychische aandoening en dat video een goed alternatief is voor persoonlijk contact.

Daarom zullen de video's in ieder geval over echte mensen moeten gaan, omdat geacteerde scènes afbreuk doen aan de authenticiteit van de video's. Wanneer gebruik wordt gemaakt van acteurs is er namelijk geen sprake van een alternatief voor persoonlijk contact.

De verhalen die deze echte mensen vertellen gaan over henzelf en zijn daardoor persoonlijk. Daarom is het inzetten van een portret of documentaire de beste optie. Hoewel ook deze videoproducties geen objectief beeld (kunnen) geven, gaan deze wel over (de levens van) echte mensen.

Documentaires zijn namelijk in staat tot het zichtbaar maken van bestaande issues, door gebruik te maken van de mogelijkheden van audio en cinematografie. Documentaires geven een interpretatie aan bepaalde gebeurtenissen of processen, waardoor deze betekenisvol worden voor de kijker (Nichols, 1991).

Film, waaronder documentaire, is nooit de werkelijkheid zelf maar een afgeleide daarvan. Om betekenis te geven aan de beelden zijn woorden nodig, de beelden zelf dienen om iets te illustreren. Het commentaar onder de documentaire is hetgene dat betekenis geeft aan de beelden die we zien. De betekenis die wij geven aan de beelden hangt af van de manier waarop de documentairemaker er voor kiest die beelden te tonen. Zo kunnen beelden op zichzelf een verhaal 'vertellen'.

In tegenstelling tot fictiefilms houden documentaires zich bezig met (sociale) issues waar we in werkelijkheid mee te maken hebben. Het feit dat documentaires gebruik maken van het principe dat de inhoud *echt* is (ook al is deze subjectief), maakt dat mensen meer betrokken zijn bij de documentaire. We voelen ons namelijk minder verbonden met fictieve personages dan met echte mensen.

Zoals bleek uit het onderzoek van Clement, van Nieuwenhuizen, Kassam, Flach, Lazarus, De Castro, McCrone, Norman en Thornicroft (2012), kan het effect van video net zo groot zijn als live-contact, wanneer er gebruik wordt gemaakt van een persoonlijke narratief.

Narratief als mechanisme voor storytelling is niet per definitie iets dat hoort bij fictiefilms. De expositie van de documentaire kan bijvoorbeeld vele narratieve elementen bevatten. In deze vorm heeft de documentaire een begin waarin een probleem duidelijk wordt, een midden waarin het probleem erger en complexer wordt, en een einde waarbij een soort oplossing wordt geboden. Documentaires kunnen ook een zekere mate van personageontwikkeling en subjectiviteit hebben. Net als fictie kan ook documentaire de suggestie wekken dat datgene wat in de documentaire wordt gezegd deel is van de personages, alsof zij het 'verhaal' meemaken (Nichols, 1991).

Specifiek voor jongeren zijn er een aantal andere punten om rekening mee te houden. Zo blijkt dat meisjes graag vrouwelijke meisjes willen zien en jongens machojongens. Ook

gebruiken jongeren programma's die zij kijken als spiegel voor hun eigen gevoelens en gedrag. Belangrijk is hierbij voor hen dat de personages waar zij naar kijken geloofwaardig zijn (Nederlands Jeugdinstituut, 2015).

Om de verhalen persoonlijk te maken, kan gekozen worden voor het maken van direct oogcontact met de kijker. Hierdoor wordt het idee gegeven dat de verteller het persoonlijk tegen de kijker heeft. Een shot waarin iemand direct in de lens kijkt, creëert een intiem en kwetsbaar effect (Till, 2018).

Om de verhalen te vertellen kan gebruik worden gemaakt van beeldtaal. Net als gewone taal hebben ook beelden een bepaalde grammatica waarmee een verhaal verteld kan worden. Bij een juiste toepassing vullen beeld en tekst elkaar aan in plaats van precies hetzelfde te zeggen (De Graaff, 2012).

De invloed van social media, waar een constante stroom van nieuwe content voorbij komt, kan volgens sommige psychiaters en neurowetenschappers negatieve invloed hebben op de concentratie van jongeren (Nederlands Jeugdinstituut, 2015). Het is daarom belangrijk dat de video's niet te lang zullen zijn (1 – 15 minuten).

## 4. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk wordt een conclusie getrokken uit de antwoorden op de deelvragen van het literatuuronderzoek. Vanuit deze conclusie volgen een aantal aanbevelingen voor het te maken product. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de beperkingen die het dit product zou kunnen hebben voor het bereiken van het gestelde doel. Dan wordt beschreven hoe het product het beste ontwikkeld kan worden en welke middelen hiervoor nodig zullen zijn.

### 4.1 CONCLUSIE

#### 4.1.1 STIGMA

Een stigma is een negatief kenmerk dat wordt gekoppeld aan een groep mensen, waardoor deze mensen benadeeld worden. Vooral op psychische aandoeningen rusten veel stigma's.

Stigmatisering ontstaat vaak vanuit angst. Gevoelige bedreigingen, zoals de persoonlijke veiligheid, spelen hierbij een rol. Mensen met een psychische aandoening worden bijvoorbeeld gelabeld als 'gevaarlijk', waardoor mensen uit de buurt blijven en degene met een aandoening geïsoleerd raakt.

#### 4.1.2 DESTIGMATISERING

Omdat stigmatisering diep geworteld is in de samenleving, moeten structurele veranderingen worden aangebracht als onderdeel van verschillende instellingen, zoals bijvoorbeeld op scholen. Algemene interventies hebben weinig tot geen effect.

Een campagne tegen stigma moet daarnaast altijd iets te bieden hebben voor degene waar deze zich op richt, anders ontbreekt een reden om zijn of haar gedrag aan te passen. Het is belangrijk om ook rekening te houden met de behoeften van de doelgroep.

Strategieën die wel werken, bestaan uit het voeren van protest (tegen het onrecht dat mensen met een psychische aandoening wordt aangedaan door stigmatisering), het geven van voorlichting (door het verspreiden van kennis verminderen foutieve denkbeelden) en het zorgen voor contact met iemand met een psychische aandoening (maakt deze persoon tot meer dan zijn/haar aandoening).

Wat ook werkt, is het aangaan van de dialoog met de toehoorder, het confronteren van de toehoorder met zijn/haar eigen denkbeelden en een positieve benadering wanneer de psychische aandoening wordt besproken.

Destigmatisering is erg moeilijk te meten. Vaak wordt een Likertschaal ingezet om de attitude van iemand te meten. Hoewel attitude niet hetzelfde is als stigma, wordt dit vaak wel op deze manier gemeten.

### 4.1.3 VIDEOPRODUCTIE

Om video in te zetten voor het bestrijden van stigma is het belangrijk dat er een realistisch beeld gegeven wordt van de aandoening. De mens moet hierin centraal staan - iemand is veel meer dan zijn of haar aandoening. Daarom is het meest geschikte type videoproductie een documentaire.

Het effect van video kan net zo groot zijn als het effect van live contact met iemand met een psychische aandoening, wanneer de kijker degene met de aandoening leert kennen met behulp van de video. Dit wordt gedaan door een persoonlijk verhaal te vertellen, waarbij de deelnemer direct in de lens kijkt en daarmee persoonlijk contact maakt met de kijker.

Ook kan gebruik gemaakt worden van beeldtaal om ervoor te zorgen dat beeld en tekst elkaar aanvullen in plaats van precies hetzelfde te zeggen.

Om zowel mannelijke als vrouwelijke kijkers aan te spreken, moeten zowel mannelijke als vrouwelijke deelnemers voorkomen in de video's. Daarnaast is het voor de doelgroep belangrijk dat de video's niet langer duren van 15 minuten.

De doelgroep van de video's is het beste te bereiken door hen op school te benaderen. Op deze plek komen jongeren van alle achtergronden samen en kan destigmatisering structureel (in lesprogramma's) worden toegepast.

## 4.2 AANBEVELINGEN

Aan de hand van het onderzoek blijkt dat de video's de volgende inhoudelijke elementen moeten bevatten om aantoonbaar het stigma te verminderen dat de kijker heeft over een onderdeel van psychische aandoeningen dat in de video aan bod komt:

- **Realisme.** De video's gaan over echte mensen met een psychische aandoening en de verhalen die zij vertellen zijn echt. Om dit element in te zetten mag geen gebruik worden gemaakt van acteurs.
- **Protest.** De deelnemers vertellen welke (negatieve) impact stigmatisering heeft op hen persoonlijk.
- **Voorlichting.** De deelnemers vertellen wat hun psychische aandoening voor effect heeft op hen. Belangrijk hier is een positieve, maar realistische benadering.
- **Contact.** De deelnemers vertellen zelf een persoonlijk verhaal. Hierbij wordt gebruik gemaakt van beeldtaal, waarbij beeld en tekst elkaar aanvullen. Ook kijkt de deelnemer in de lens, waardoor oogcontact wordt gemaakt met de kijker.

De video's moeten daarnaast de volgende functies vervullen:

- **Confronteren.** De video's confronteren de kijker met zijn/haar eigen denkbeelden.
- **Dialog op gang brengen.** De video's nodigen uit tot een dialoog met de kijker.

- **Entertainment.** De video's hebben iets te bieden voor de kijker.

De manier waarop de video's moeten worden ingezet is:

- **Structureel.** De video's worden structureel ingezet, als onderdeel van een lesprogramma. De video's worden na het kijken besproken.

De voorwaarden voor de deelnemers voor de video's zijn als volgt:

- **Ervaring:** De deelnemers hebben zelf een psychische aandoening en zijn bereid en in staat te vertellen over zichzelf en hun aandoening.
- **Geslacht:** zowel mannelijke als vrouwelijke deelnemers.
- **Leeftijd:** 18 – 25 jaar. Deelnemers uit de doelgroep 12 – 18 kunnen volgens Leuvenink (Bijlage 4) nog onvoldoende de langetermijnrisico's van het delen van hun aandoening overzien.

Als laatste is er de voorwaarde dat de video's maximaal 15 minuten duren.

Wanneer de productie al deze elementen bevat en aan alle voorwaarden voldoet, zal deze het gestelde doel behaald hebben. De productie heeft dan een destigmatiserende werking voor jongeren in de leeftijd 12 – 18 jaar. Tijdens het testen van de video's zal, nadat de jongeren de video's gezien hebben, een positief verschil zichtbaar moeten worden in de houding van de jongeren ten opzichte van het specifieke onderdeel van psychische aandoeningen dat belicht wordt in de video's.

Een aanbeveling die los staat van de video's is het ontwikkelen van een valide vragenlijst die geschikt is voor het meten van de houding van jongeren van 12 – 18 jaar ten opzichte van mensen met een psychische aandoening.

### 4.3 BEPERKINGEN

Omdat destigmatisering op kleine schaal vrijwel niet te meten is, zal het effect van de video's erg lastig meetbaar zijn. Uit onderzoek blijkt ook dat het effect van destigmatiserende interventies beperkt is en alleen op lange termijn effect heeft. De beperking zit daarom vooral in de mate van effect dat de video's zullen hebben.

### 4.4 ONTWIKKELING

Het uiteindelijke product zal in drie fasen tot stand komen.

#### 4.4.1 PREPRODUCTIE

Tijdens de preproductie zullen een aantal ideeën besproken worden met stichting Samen Sterk zonder Stigma. Deze ideeën worden getoetst aan de hand van realiseerbaarheid (is het haalbaar) en effectiviteit (kan dit het gewenste resultaat opleveren).

Wanneer een idee geschikt is bevonden, zal dit worden uitgewerkt tot een scenario.

Voor het produceren van de video's wordt een aantal deelnemers gezocht. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de online kanalen van Samen Sterk zonder Stigma, bijvoorbeeld voor het plaatsen van een openbare oproep.

#### **4.4.2 PRODUCTIE**

Met de deelnemers zal een aantal opnamedagen gepland worden. Op deze opnamedagen zullen de video's worden opgenomen.

#### **4.4.3 POSTPRODUCTIE**

Na de opnames zullen de video's gemonteerd worden. Hierbij wordt rekening gehouden met de spanningsboog van de doelgroep.

### **4.5 MIDDELEN**

Om de video's te maken zijn er een aantal materialen en andere middelen nodig.

Als eerste is het belangrijk dat er een lesprogramma is waar de video's in passen. Dit lesprogramma vormt ook een kader waar de video's in horen. Het lesprogramma zorgt voor de verdere dialoog die de video's op gang brengen en de confrontatie van de kijkers met hun eigen denkbeelden.

Daarnaast zullen er verschillende mensen nodig zijn die een psychische aandoening hebben en deel willen nemen aan de video's. Door deze mensen aan het woord te laten, ontstaat er een realistisch beeld van de aandoening. Omdat jongeren in de leeftijd 12 – 18 niet kunnen overzien wat de consequenties zijn van het vertellen over hun aandoening, zal er gebruik worden gemaakt van meerderjarige deelnemers. Bij voorkeur zijn deze deelnemers tussen de 18 – 25 jaar, om zo dicht mogelijk bij de doelgroep te blijven.

De volgende technische materialen zijn nodig:

- Camera(s), bijvoorbeeld een DSLR;
- Lenzen, zoals een 35mm of 50mm lens;
- Statief en/of stabilizer;
- Microfoon(s), zoals boom, richtmicrofoon en/of clip-ons;
- Lampen voor het creëren van driepuntsverlichting;
- Montageprogramma, bijvoorbeeld Adobe Premiere Pro.

De opnames van deze video's kunnen op verschillende locaties plaatsvinden. Eventueel kan hiervoor een studio worden gehuurd.

## 5. CONCEPT

In dit hoofdstuk wordt het concept beschreven dat tot stand is gekomen vanuit de conclusie en aanbevelingen (hoofdstuk 4) die voortkwamen uit het literatuuronderzoek (hoofdstuk 3). Dit concept is ontwikkeld en getoetst zoals beschreven in 4.4. Na de beschrijving wordt een verantwoording gegeven van de gemaakte keuzes aan de hand van het onderzoek en wordt het doel dat de video's zullen hebben beschreven.

### 5.1 BESCHRIJVING

Het concept bestaat uit een twee video's die samen een geheel vormen dat aansluit bij een lesprogramma. Een samenvatting van het script (Bijlage 9):

Een klas leerlingen krijgt de eerste video te zien. In deze video worden de leerlingen voorgesteld aan drie verschillende mensen. Een voiceover vertelt dat één van deze mensen een psychische aandoening heeft en dat het aan de kijker is om er achter te komen wie dat is. Alle drie de mensen zullen vervolgens iets over zichzelf vertellen (2 – 3 minuten per persoon), zonder te benoemen of ze een aandoening hebben.

Wanneer de video afgelopen is zal de leerkracht deze kort met de klas bespreken. Zijn er al leerlingen die een idee hebben wie welke aandoening heeft? Waarom denken ze dat? De leerkracht zal hierbij een niet-veroordelende houding aannemen. Er is geen 'goed' of 'fout'.

Vervolgens wordt de tweede video getoond. Alle drie de mensen blijken een psychische aandoening te hebben. Ieder van hen vertelt heel kort (1 – 2 minuten per persoon) welke aandoening zij hebben en welk effect dat heeft op hun leven. Er wordt aangegeven dat het hebben van een psychische aandoening vaak niet zichtbaar is en dat mensen het soms heel goed kunnen verbergen.

Als laatste wordt ook deze video met de klas besproken. Kwam het overeen met wat zij eerder dachten? Waarom wel/niet? De leerkracht bespreekt de (on)zichtbaarheid van psychische aandoeningen en de impact die deze kunnen hebben.

### 5.2 VERANTWOORDING

Dit concept komt voort uit de conclusies van het onderzoek en voldoet aan alle eerder genoemde voorwaarden. Verdere verantwoording:

- De video's zijn onderdeel van een structurele oplossing, omdat deze deel zullen zijn van een lesprogramma dat als doel heeft stigma te verminderen.
- Om de video's een zekere entertainmentwaarde te bieden en de jongeren actief bij de video's te betrekken, is ervoor gekozen de jongeren als het ware de rol van detective te geven, om uit te zoeken wie van de mensen een aandoening heeft. Dit

prikkelt de nieuwsgierigheid (wie gaat het zijn?) en speelt in op de competitieve houding die jongeren onderling hebben (wie zal het goed raden?).

- Door de video's persoonlijke verhalen te maken van de verschillende mensen, wordt een realistisch beeld gegeven van de aandoening. Zo wordt storytelling ingezet om een boodschap over te brengen.
- De video's confronteren de jongeren met hun eigen denkbeelden, door een conclusie te geven die af zou kunnen wijken van de bestaande denkbeelden die zij hebben. Een aantal psychische aandoeningen zijn bijvoorbeeld helemaal niet zichtbaar, hoewel dat vaak gedacht wordt. Ook andere denkbeelden die zij zouden kunnen hebben over specifieke aandoeningen kunnen onwaar blijken.
- Als laatste brengen de video's ook een dialoog op gang, omdat de leraar de video's tussendoor en achteraf met de klas bespreekt. Na het kijken van de video's zal een gesprek worden gestart over de (on)zichtbaarheid van psychische aandoeningen en de (on)juistheid van denkbeelden die jongeren eventueel hebben over psychische aandoeningen.

### **5.3 DOELSTELLING**

Het doel van de video's zal zijn om het bestaande stigma dat psychische aandoeningen altijd zichtbaar zijn, te verminderen. De video heeft dit doel behaald wanneer te zien is in de antwoorden van jongeren van 12 – 18 jaar op de vragen van de vragenlijst dat er een positief verschil is tussen het aantal jongeren dat vóór de video aangaf te denken dat psychische aandoeningen altijd zichtbaar zijn en het aantal jongeren dat na het zien van de video dacht dat psychische aandoeningen altijd zichtbaar zijn.

## 6. REALISATIE

In dit hoofdstuk wordt per productiefase beschreven hoe het uiteindelijke product tot stand is gekomen en hoe de testfase is doorlopen. Vervolgens is een samenvatting van de resultaten beschreven. De volledige resultaten zijn te vinden in bijlage 8. Vanuit de resultaten is beschreven welke eventuele aanpassingen aan het product nodig zijn.

### 6.1 ONTWIKKELING

#### 4.4.1 PREPRODUCTIE

De preproductie vond plaats conform het eerder beschreven plan. De verschillende ideeën werden getoetst en aangepast tot het concept zoals eerder omschreven (5.1). Het hieruit voortgekomen scenario is te vinden in bijlage 9.

Aan het begin van de productiefase is op verschillende manieren gezocht naar mogelijke deelnemers. Zo is er een oproep geplaatst via de Facebook-pagina van Samen Sterk zonder Stigma en zijn enkele mogelijke deelnemers persoonlijk benaderd. Via de openbare oproep kwamen alleen aanmeldingen van vrouwelijke kandidaten. Pas later werd door persoonlijke benadering een mannelijke kandidaat gevonden.

De kandidaten werd gevraagd een video van zichzelf te sturen waarin ze zich voorstellen. Het doel van deze voorstelvideo's was om te zien hoe de mogelijke deelnemers voor een camera spreken. De geselecteerde deelnemers werden vervolgens verder ingelicht over wat de video's in zullen houden en het scenario werd hen met toelichting toegestuurd.

Met de verschillende deelnemers werd vervolgens een opnamedag gepland.

#### 4.4.2 PRODUCTIE

Een geplande opnamedag duurde gemiddeld 5 uur, exclusief reis- en pauzetijd.

##### 1. KENNISMAKING EN OPZETTEN | 15 MINUTEN

Hier werd kennis gemaakt met de deelnemer en toegelicht wat de bedoeling zou zijn van de video. De deelnemer werd gevraagd naar zijn/haar ideeën en of hij/zij vragen heeft over de video. Hierbij was het belangrijk dat de deelnemer begreep wat van hem/haar verwacht werd en hiermee akkoord ging. Ook was het belangrijk dat hij/zij zich op zijn/haar gemak voelde om te kunnen praten, omdat er vaak persoonlijke verhalen gedeeld werden.

##### 2. OPZETTEN APPARATUUR | 15 MINUTEN

De camera, het licht en geluid werden opgezet. De deelnemer werd gevraagd op een specifieke plek te gaan zitten en of hij/zij het goed vond als een aantal dingen voor de opnames verplaatst werden. Vervolgens werd de camera ingesteld en de kadrering bepaald.

### **3. TESTEN | 5 MINUTEN**

Hier werd een proefopname van de deelnemer gemaakt, inclusief geluid om te controleren of alle instellingen correct waren. De deelnemer werd gevraagd of hij/zij deze opname wou zien. Sommige deelnemers wilden dit graag, anderen juist niet.

Tijdens de opnames kon de deelnemer zichzelf echter niet zien. Dit voorkwam afleiding.

### **4. BESPREKING EN VORMGEVING VERHAAL | 30 MINUTEN**

Hier werd met de deelnemer in gesprek gegaan over wat hij/zij wilde vertellen. Er werden verhelderingsvragen gesteld en aanknopingspunten gezocht waarover te vertellen. Vanuit dit gesprek werd met de deelnemer een verhaal bepaald, waar een logische opbouw in zit en dat tot een toepasselijke conclusie komt. De complexiteit van dit verhaal verschilde per video.

### **5. OPNAMES | 1 – 2,5 UUR**

De deelnemer werd gevraagd om tijdens de opname in de camera te kijken, waardoor zo veel mogelijk persoonlijk contact (oogcontact) wordt gemaakt met de kijker. Dit kon voor de deelnemer onwennig zijn. Om dit zo soepel mogelijk te laten gaan, werd benadrukt dat de beelden altijd verwijderd kunnen worden en dat de opname dan gewoon opnieuw gedaan wordt. Ook werd in plaats van het gebruikelijke 'actie' gebruik gemaakt van uitnodigende woorden als 'ja' of 'toe maar', omdat deze toepasselijker waren voor deze opnamesetting.

Tijdens de opnames keek de filmmaker naar het scherm in plaats van naar de deelnemer, om te voorkomen dat de deelnemer oogcontact maakt (waardoor hij/zij van de camera wegstijgt) en om de opname in de gaten te houden. Wanneer de deelnemer stopte met spreken of wanneer de filmmaker ophield met opnemen, werd weer tot de deelnemer gericht. Hierdoor ontstond een duidelijk onderscheid tussen de momenten dat wel en niet werd opgenomen, zodat de deelnemer daarover zekerheid had.

### **6. BESPREKING | 5 MINUTEN**

Na het opnemen van de interviewbeelden wordt met de deelnemer besproken welke b-roll het beste zou kunnen passen bij het opgenomen verhaal. Afhankelijk van de lengte van de video en het aantal benoemde onderwerpen, wordt tussen de 3 – 5 'b-roll-scènes' gekozen om te verfilmen. In elk van deze scènes laat de deelnemer een toepasselijk aspect van zijn/haar leven zien, zoals eten koken, de auto wassen of een wandeling maken.

### **7. B-ROLL OPNEMEN | 2 – 3 uur**

De eerder besproken beelden worden opgenomen.

### **8. NABESPREKING EN AFRONDING | 15 MINUTEN**

Het proces van het maken van de video wordt nabesproken, de spullen worden opgeruimd en eventuele vragen worden beantwoord.

#### **4.4.3 POSTPRODUCTIE**

Na de opnames volgde de montage van de video's in combinatie met opgenomen voice-overs.

## **6.2 PRAKTIJKONDERZOEK (TESTFASE)**

### **6.2.1 ONTWIKKELING VRAGENLIJST**

Voor het ontwikkelen van de vragenlijst werd gebruik gemaakt van een vijfpunts Likertschaal. Deze schaal meet de houding die iemand heeft ten opzichte van in dit geval iemand met een psychische aandoening.

Er bestaan (nog) geen Nederlandstalige vragenlijsten en het rechtstreeks vertalen van bestaande vragenlijsten is vaak niet toegestaan. Daarom is er gebruik gemaakt van de overeenkomsten van de verschillende vragenlijsten voor het creëren van een nieuwe vragenlijst. Hoewel de oorspronkelijke vragenlijsten bedoeld zijn voor kwantitatief onderzoek, kan in het kader van dit afstudeeronderzoek geen valide en betrouwbare vragenlijst ontwikkeld worden. Van de resultaten zal een kwalitatieve analyse gegeven worden. Per vraag zal daarom verantwoord worden waarom deze keuze werd gemaakt.

De Percieved Devaluation and Discrimination Scale (Björkman, Svensson, & Lundberg, 2007) werd gekozen als uitgangspunt, omdat deze lijst het meest geschikt was voor het te meten effect. Veel lijsten zijn namelijk specifiek ontwikkeld voor bepaalde doelgroepen, zoals de MICA-schaal voor hulpverleners (Gabbidon, Clement, Nieuwenhuizen, Kassam, Brohan, Norman & Thornicroft, 2013). Een valide vragenlijst voor jongeren bestaat (nog) niet. De Percieved Devaluation and Discrimination Scale is gericht op de algemene bevolking en meet zowel publiek- als zelfstigma.

Omdat het in dit onderzoek niet gaat om het meten van zelfstigma, zijn een aantal vragen vervangen door vragen die geschikter waren voor het te meten effect. In verschillende lijsten komen (varianties op) de gestelde vragen voor. Er is gekozen om de volgende verdeling aan te houden:

- Twee vragen over sociale afstand. Dit is een goede indicator in hoeverre mensen stigmatiseren (Oudejans & Spits, 2018).
- Vier vragen over kennis, omdat een gebrek aan kennis kan leiden tot onjuiste denkbeelden over een bepaalde gestigmatiseerde psychische aandoening (Gezondheidsraad, 2014).
- Vier vragen over bestaande stigma's. Hier is voor gekozen om aan te kunnen tonen of de houding van jongeren ten opzichte van het specifieke stigma dat in de video's behandeld werd veranderd is.

Deze verdeling qua aantal vragen komt voort uit de bestaande lijsten en de behoefte van deze specifieke lijst. Sociale afstand geeft vooral een algemeen beeld van de mate van stigmatisering. Omdat dit geen onderwerp is dat in de les behandeld zal worden, zijn twee vragen hierover voldoende. Kennisvragen zijn belangrijk om een nulmeting te kunnen doen van wat de leerlingen weten. In de les wordt ook nieuwe kennis aangeboden over verschillende psychische aandoeningen, waardoor deze vragen voor en na de video verschillend zouden kunnen worden ingevuld. De vragen over de bestaande stigma's zijn noodzakelijk om te kunnen zien of de houding van jongeren tegenover het specifieke stigma dat verminderd zou moeten worden ook daadwerkelijk in positieve zin is veranderd. De andere drie vragen vormen een controle of het effect zich beperkt tot het gestelde doel. In het geval dat er geen verschil zichtbaar is bij de antwoorden op de vragen voor en na de video over de onderwerpen die niet behandeld zijn, maar wél bij de vraag waarvan het onderwerp wel behandeld is, zijn de video's geslaagd. Uiteraard zijn de video's ook geslaagd wanneer op alle punten een positief verschil zichtbaar is, maar dat zijn deze niet wanneer op één of meerdere punten een positief verschil zichtbaar is, behalve op het te verminderen specifieke stigma.

Het aantal vragen (10) komt voort uit de Percieved Devaluation and Discrimination Scale. Er is echter een wijziging gemaakt in het aantal punten van de schaal. Waar de Percieved Devaluation and Discrimination Scale een vierpuntsschaal hanteert, is bij deze vragenlijst gekozen voor een vijfpuntsschaal. Dit biedt de leerlingen de mogelijkheid een antwoord te kiezen dat in het midden ligt (3, neutraal) wanneer zij onvoldoende kennis hebben van de gestelde vraag om een goed antwoord te kunnen geven. Het invullen van een vierpuntsschaal kan namelijk misleidende resultaten geven, omdat de deelnemer gedwongen wordt het ergens wel of niet mee eens te zijn, ongeacht of ze er echt een mening over hebben. Bij de Percieved Devaluation and Discrimination Scale wordt uitgegaan van mensen die zelf een psychische aandoening hebben, waardoor er vanuit wordt gegaan dat zij de nodige kennis hebben over het onderwerp. Voor jongeren van 12 – 18 jaar kan er niet vanuit worden gegaan dat zij (voldoende) kennis hebben over psychische aandoeningen.

De vragen zijn na ontwikkeling willekeurig verdeeld over de lijst. De verschillende vragen en de reden voor het toevoegen van die specifieke vragen wordt behandeld in bijlage 8.

### **6.2.2      TESTEN**

Om de video's te testen werd contact opgenomen met een middelbare school in Losser. De video's konden op deze school getest worden in twee gemengde derde klassen van het niveau theoretische leerweg (in totaal 48 leerlingen). In één derde klas zaten 15 meisjes en 11 jongens in de leeftijd van 14 jaar en 7 maanden t/m 15 jaar en 7 maanden. In de andere

klas zaten 13 meisjes en 12 jongens in de leeftijd van 14 jaar en 1 maand t/m 16 jaar en 3 maanden.

De video's werden getest tijdens de uren dat deze klassen het vak Levensbeschouwing zouden hebben. De docente was hierbij aanwezig voor ondersteuning. De onderzoeker werd aangekondigd en de bedoeling van de les werd toegelicht. Vervolgens kregen de leerlingen een vragenlijst (Bijlage 8) op papier die zij voor het kijken van de video's moesten invullen. Na het invullen werd hen gevraagd het papier om te draaien.

De les werd vervolgens gegeven door de onderzoeker zoals beschreven in het concept (5.1). De video's werden klassikaal besproken. Vervolgens werd de leerlingen gevraagd het papier weer terug te draaien en opnieuw in te vullen met een andere kleur pen, waarbij de gekozen kleur vóór en na het invullen genoteerd werden. De antwoorden werden anoniem gegeven, om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen.

Na de les was er ruimte voor leerlingen om met verdere vragen de onderzoeker of docent te benaderen (zie 6.2).

### **6.3 RESULTATEN**

Het is aannemelijk dat de video's een destigmatiserende werking hebben. De video's bevatten de eerdergenoemde elementen en er was na het zien van de video's een positief verschil zichtbaar in de houding van de jongeren ten opzichte van het specifieke onderdeel van psychische aandoeningen dat belicht werd in de video's. Een gedetailleerd overzicht van de resultaten is opgenomen in bijlage 8.

Naast de resultaten vanuit de vragenlijsten waren er ook bevindingen vanuit de klassikale gesprekken die onderdeel zullen gaan vormen van het lesprogramma. Zo maakten de video's bij beide klassen veel reacties los. Van het eerste meisje in de video (Larissa) kwam vaak de reactie dat zij 'niets' had, terwijl sommigen vonden dat ze 'teveel lachte, altijd maar blij was, dat kan helemaal niet'. Over het tweede meisje (Willemijn) werd geopperd dat ze misschien een eetstoornis had, omdat ze het veel had over eten in haar video. Een aantal dachten ook dat zij misschien een depressie had. Na de tweede video werden deze bevindingen besproken. Een aantal leerlingen gaf aan dat ze het niet verwacht hadden, vooral niet van Larissa. Het viel een aantal leerlingen op dat Larissa goed was in het verbergen van haar depressie. Er volgden vragen over het verbergen van een depressie, waarbij als antwoord werd gegeven dat erover praten het belangrijkste is, wanneer je je zelf niet goed voelt of het vermoeden hebt dat iemand anders zich niet goed voelt. Het advies was eerlijk te zijn, te laten weten dat je er voor iemand bent en als je je zorgen maakt naar een vertrouwenspersoon te gaan.

Na de les kwamen er meer (niet-klassikale) reacties. In de eerste klas deelde een meisje dat ze zelf een keer was opgenomen wegens haar depressie. In de tweede klas kwamen twee leerlingen vragen wat je moet doen als iemand je vertelt dat hij/zij een depressie heeft. Ook stelde een meisje de vraag waarom iemand zichzelf soms pijn doet.

De docent omschreef zelf de les als 'enorm waardevol'. Het paste volgens haar goed bij de ontwikkelingsfase van de leerlingen en bracht een belangrijke dialoog op gang (M. Oosterdijk, persoonlijke communicatie, 24 mei 2019).

## **6.4 AANPASSINGEN**

Aan de hand van de behaalde resultaten zijn er geen aanpassingen nodig in het huidige product om het gestelde doel te behalen. Wel zullen er nog enkele verbeteringen worden gemaakt, zoals colour grading en het herstellen van enkele montagefoutjes. Ook zal een derde (mannelijke) deelnemer worden toegevoegd aan de video's. De video's die tijdens de testfase werden gebruikt, bestonden uit twee vrouwelijke kandidaten. Helaas konden de opnamen met de derde deelnemer niet binnen de termijn van de testfase plaatsvinden.

## **7. REFLECTIE**

In dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op het gemaakte beroepsproduct en het daarbij behorende proces.

### **7.1 EINDRESULTAAT**

Over het behaalde resultaat ben ik tevreden. Niet alleen bleken de video's de werking te hebben die ik bedoeld had, de positieve reactie van de docent gaf de extra bevestiging dat dit product een waardevolle toevoeging kan zijn voor jongeren van 12 – 18 jaar. Dat was voor mij de voornaamste reden om te beginnen aan deze opdracht: mijn overtuiging dat verhalen leiden tot meer begrip voor elkaar.

Ook ben ik er trots op dat ik de les zelf heb gegeven. Hoewel dit geen onderdeel is van mijn opleiding, is het iets wat ik door mijn ervaring op de PABO heb kunnen doen. Door de les zelf te geven had ik de zekerheid dat de les voldeed aan de gestelde voorwaarden en dat er op de bedoelde manier met de leerlingen in gesprek werd gegaan.

Waar ik minder tevreden over ben is de tijd die beschikbaar was voor de opdracht. Het combineren van een onderzoek, het schrijven van een scriptie en het maken van meerdere video's maakt dat er snel tijdgebrek ontstaat. Hierdoor ging de aandacht vooral uit naar het onderzoek en de onderbouwing van de video's, terwijl ik graag meer tijd had besteed aan het produceren en perfectioneren van de video's.

Verder ben ik trots op hoe de video's geworden zijn. Ik hou ervan om gebruik te maken van beeldtaal om een verhaal te vertellen en maak ook graag gebruik van symboliek en metaforen in mijn video's. Zo hield Larissa, een meisje met een depressie dat studeert als verpleegkundige, een klaproos vast. De klaproos heeft veel betekenissen, waaronder als symbool voor slaap en vrede. Ik vind het mooi om dit soort details aan mijn video's toe te voegen, ook al weet ik dat de meeste mensen het niet zullen zien.

### **7.2 PROCES**

Over de ontwikkeling van het beroepsproduct ben ik zeer tevreden. Samen Sterk zonder Stigma bleek een fantastisch bedrijf waarmee ik veel van mijn ambities deel. Ik kreeg de ruimte om zelfstandig bezig te gaan met mijn product, maar kon waar nodig de begeleiding en feedback krijgen die ik zocht. De communicatie tussen mij en de opdrachtgever verliep dan ook soepel en prettig. Naast mijn taken voor het afstuderen werd ik ook bij andere bezigheden van het bedrijf betrokken. Zo werd ik betrokken in het communicatieteam en mocht ik over veel verschillende dingen meedenken, zoals de social media, evenementen en andere communicatiestrategieën.

Tijdens het proces had ik echter wel moeite met het afbakenen van het onderzoek. Stigmatisering is een enorm en zeer complex fenomeen. Bovendien is het ook een gevoelig onderwerp, waardoor ik het erg belangrijk vond om geen fouten te maken in de uitvoering. Hierdoor was het lastig om het onderzoek beperkt te houden. Ook het meten van stigma leverde problemen op – nergens kon ik een meetinstrument vinden waarmee stigma gemeten kon worden. Een afspraak met een onderzoeker (Oudejans, zie bijlage 7) bevestigde mijn vermoedens: een meetinstrument bestaat (nog) niet. Het opzetten van een wetenschappelijk verantwoord onderzoek naar de werking van de video's zou te groot zijn voor de schaal van deze opdracht, waardoor ik er een kwalitatief onderzoek van besloot te maken. Daarbij was het wel van belang dat ik benadrukte dat de resultaten slechts mijn interpretatie van de antwoorden was en dat eventuele conclusies alleen *aannemelijk* kunnen zijn. Het maken van de vragenlijst was ook erg lastig. Hoe stel je een lijst samen? Hoeveel vragen moet zoiets hebben en waarom? Waarop baseer je de keuzes voor welke vragen je wel en niet gaat stellen? Ik besloot dat het beste was om zoveel mogelijk te kijken naar waar andere lijsten op gebaseerd zijn en die basis te vertalen naar een lijst die inhoudelijk klopte bij wat ik wou meten. Dit vond ik lastig, maar het is binnen de mogelijkheden die ik had gelukt.

Wat ook een probleem vormde bij het ontwikkelen van de producten was het verschil van meningen dat ik terugkreeg via de feedback. Vanuit de kennis van de stichting kreeg ik adviezen die tegenstrijdig waren met enkele adviezen die ik kreeg vanuit school. Zo was het hebben over een 'specifiek stigma' iets waar Samen Sterk zonder Stigma zich van afhoudt; de benadering van hun project voor jongeren is sterk vanuit het algemene, dat niemand 'normaal' is. Door specifieke stigma's te noemen zet je jongeren die 'die aandoening' hebben alsnog buiten 'de groep', wat juist averechts kan werken, ook wanneer het doel is dat specifieke stigma te ontcrachten. Vanuit school had ik echter het advies gekregen om me te richten op een specifiek stigma over één aandoening. Uiteindelijk besloot ik daarom me wel te richten op een specifiek stigma, maar dan níet op een specifieke aandoening. Het stigma dat je psychische aandoeningen zou kunnen zien aan iemand, bleek hier geschikt voor. Dit is namelijk niet waar.

Een moeilijkheid van de opdracht was de afhankelijkheid van anderen. Voor de video's moest ik een aantal mensen zoeken die zouden willen deelnemen. Van tevoren wist ik dat dit wel eens een probleem kon zijn – je vraagt immers een aantal mensen om voor de camera iets heel persoonlijks te vertellen, wat hen heel kwetsbaar maakt. De eerste oproep leverde een handjevol reacties op, maar ook dat leverde weer problemen op. Ten eerste hadden er alleen vrouwelijke kandidaten gereageerd, terwijl ik zowel mannelijke als vrouwelijke deelnemers nodig had. Ten tweede moest ik nu keuzes gaan maken uit de mensen die gereageerd hadden. Hoe maak je zo'n keuze? Ik moest van deze mensen weten

of ze pasten bij de opdracht. Ze moesten kunnen en durven vertellen over zichzelf en het was natuurlijk belangrijk dat ze een zo 'normaal mogelijk' leven hadden, zodat dat gefilmd kon worden. De video's konden natuurlijk niet werken als ik ze bijvoorbeeld zo opnemen bij iemand die op een gesloten afdeling zit; de omgeving geeft het antwoord dan al weg. Ook aandoeningen die nog niet voorkomen bij jongeren van 12 – 18 jaar of dermate ernstig waren dat het mij geen goed idee leek te gaan filmen, moest ik afwijzen. Ik vond het ontzettend moeilijk om mensen te moeten afwijzen voor de video's omdat ze niet voldeden aan de eisen. Op deze aanmeldingen heb ik zo open en eerlijk mogelijk gereageerd, met de nadruk dat het niet betekent dat hun verhaal niet belangrijk of goed genoeg is, maar dat het simpelweg niet past bij de opdracht. Het lastige was dat ik zocht naar mensen die hun aandoening goed verborgen houden voor de buitenwereld, terwijl we juist willen dat mensen het niet hoeven verbergen. Ik vond het heel erg moeilijk om dit goed te doen, zonder te kwetsen of juist te stigmatiseren.

Uiteindelijk vroeg ik de overgebleven kandidaten om een video te maken van zichzelf, waar ze zich kort voorstellen, om een idee te krijgen of deze persoon geschikt was voor de camera. Ook deze keuze maken vond ik moeilijk.

Op dat moment had ik nog steeds geen mannelijke deelnemer gevonden. Hiervoor begon ik via-via mensen te benaderen die misschien zouden willen deelnemen. Dit leverde in eerste instantie helaas niets positiefs op – een jongen reageerde erg aangevallen dat ik zijn autisme had geschaard onder 'psychische aandoening' (volgens hem een neurologische afwijking), wat voor mij alleen maar benadrukte hoe ernstig gestigmatiseerd psychische aandoeningen zijn. Het kan blijkbaar als erg negatief ervaren worden om alleen maar geassocieerd te worden met psychische aandoeningen. Ook liet dit me verder denken over terminologie – zouden we het toch moeten hebben over psychische klachten? Nee, want iemand anders die ik sprak gaf aan wel een aandoening te hebben, maar geen klachten te ervaren. Psychische diversiteit kan ook, maar dat is een erg breed begrip. Iemand kan een aandoening hebben, maar niet een 'diversiteit' hebben. 'Stoornis' laat het klinken als een fout, een verstoring, en het woord 'afwijking' heeft weer de negatieve lading van 'er niet bij horen'. De conclusie was voor mij dat iedereen anders kijkt naar zijn of haar aandoening en er dus andere woorden voor zal gebruiken. Ik ben bij 'psychische aandoening' gebleven.

Uiteindelijk is het gelukt om een jongen te vinden die geschikt was voor de video's en er aan wou deelnemen.

De volgende moeilijkheid was tijdens de opnames; het is altijd de vraag of het mensen lukt te vertellen over zichzelf. Ik ben met ieder van hen zo goed mogelijk in gesprek gegaan over henzelf, hun grenzen en wat ze wel en niet wilden vertellen. Wanneer nodig deed ik iets van mezelf. Het geven van vertrouwen levert ook weer vertrouwen op.

De opnames gingen allemaal eigenlijk verrassend goed. De deelnemers waren oprecht blij met het resultaat, wat ik erg fijn vond om te horen. Twee van hen wilden ook erg graag hun 'eigen' video om aan andere mensen te kunnen laten zien, één vroeg of er meer was dat ze voor de stichting kon betekenen met haar verhaal.

Na de opnames van de eerste video's en helaas nog voor de opnames van de laatste, was het tijd de video's te gaan testen. Ook dit bracht moeilijkheden met zich mee. Ik kreeg contactgegevens van een leerlingenraad die in eerste instantie enthousiast was, maar vervolgens niet meer terugmailde. Andere contactgegevens leidden uiteindelijk tot een school waar de docente Levensbeschouwing op zich wel aan de opdracht wou deelnemen, hoewel ze aan de hand van de omschrijving van de opdracht in eerste instantie twijfelde of de inhoud niet te schokkend zou kunnen zijn voor de leerlingen. Na een telefoongesprek was ze gerustgesteld dat de video's niet als doel hadden te shockeren en ook geen details bevatten van de soms heftige impact die bepaalde psychische aandoeningen met zich mee kunnen brengen. Na het zien van de video's was ze er zelfs juist erg positief over.

Het geven van de lessen was spannend, omdat je voor een onbekende klas komt te staan die jou niet kent, maar waar je wel wat van verwacht. Vooral bij dit niveau en deze leeftijdsgroep weet ik dat de band van de docent met de leerlingen erg belangrijk is.

Gelukkig had de docente een heel goede band met beide klassen. Ook heb ik voor de lessen verteld wie ik ben, wat ik doe en waarom en na de les de leerlingen laten weten hoe fijn ik het vond dat ze mij wilden helpen en hoe belangrijk hun hulp is. Ik merkte aan de klassen dat dit gewaardeerd werd en vond het bijzonder om te zien met wat voor vragen ze na de les naar me toe kwamen. Dit was iets waar ik me wel op had voorbereid – sommige vragen zijn erg gevoelig en een 'verkeerd' antwoord kan onvoorziene gevolgen hebben. Als ik het antwoord echt niet had, is dat wat ik hen ook eerlijk vertelde. 'Waarom doen sommige mensen zichzelf pijn?' 'Dat weet ik niet. Daar kan iemand heel veel redenen voor hebben. Maar als je ziet dat iemand zichzelf pijn doet, probeer erover te praten. Spreek uit dat je je zorgen maakt, als dat zo is. Ga er mee naar je mentor, of iemand anders die je vertrouwt. Zij kunnen hulp zoeken die diegene nodig heeft.'

Tot slot was het maken van dit beroepsproduct een grote klus die me met veel bijzondere mensen in contact bracht en veel geleerd heeft over de werkwijze van een ideële stichting. Ik leerde goed te plannen, op tijd hulp te vragen en gewoon stug door te gaan, een werkwijze die in mijn ogen uiteindelijk geleid heeft tot een mooi resultaat.

## 8. BRONNENLIJST

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5 (5e editie). Washington: Amer Psychiatric Pub Incorporated.

Björkman, T., Svensson, B., & Lundberg, B. (2007). Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 332–338. <https://doi.org/10.1080/08039480701642961>

Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10(1). Geraadpleegd op 14 maart 2019, van <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>

Brouwers, E., P., M., Matijssen, J., Bortel van, T., Knifton, L., Wahlbeck, K., Van Audenhove, C., Kadri, N., Chang, Ch., Goud, B., Ballester, D., Tófoli, L., Bello, R., Jorge-Monteiro, M., Zäske, H., Milačić, I., Uçok, A., Bonetto, C., Lasalvia, A., Thornicroft, G., Van Weeghel, J., Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ Open*, 6(2), (e009961), 10.1136/bmjopen-2015-009961.

CBS. (2018). Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari. Geraadpleegd op 13 juni 2019 van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7461bev/table?dl=1EFBB>

Clement, S., Van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., De Castro, M., McCrone, P., Norman, I. & Thornicroft, G. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 57–64. Geraadpleegd van [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/6FF8D25719C2D892554799A9178B9147/S0007125000271638a.pdf/filmed\\_v\\_live\\_social\\_contact\\_interventions\\_to\\_reduce\\_stigma\\_randomised\\_controlled\\_trial.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/6FF8D25719C2D892554799A9178B9147/S0007125000271638a.pdf/filmed_v_live_social_contact_interventions_to_reduce_stigma_randomised_controlled_trial.pdf)

De Graaff, G. (2012). Beeldtaal artikelen. Geraadpleegd op 14 juni 2019 van <https://www.gravioli.nl/diverse/beeldtaal-artikelen/>

De Vries, C. (2018). Journalisten over (de)stigmatisering. Geraadpleegd van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/assets/20180316-Journalisten-over-destigmatisering.pdf>

Gabbidon J., Clement S., Nieuwenhuizen AV., Kassam A., Brohan E., Norman I., Thornicroft G. (2013). Mental illness: clinicians' attitudes (MICA) scale. Psychometric properties of a version for students and professionals in any healthcare discipline. *Psychiatry Research*, 206, 81-87

Gaebel, W., Ahrens, W., & Schlamann, P. (2010). German Alliance for Mental Health: anti-stigma project. Geraadpleegd van [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/konzeption\\_sum\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/konzeption_sum_en.pdf).

Gezondheidsraad. (2014). Participatie van jongeren met psychische problemen. Geraadpleegd op 12 maart 2019 van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-422400.pdf>

GGZ. (2016, 9 februari). Stop stigmatisering van jongeren met psychische problemen: 'losers bestaan niet'. Geraadpleegd op 22 februari 2019, van <https://www.ggznieuws.nl/home/stop-stigmatisering-van-jongeren-met-psychische-problemen-losers-bestaan-niet/>

GGZ. (z.d.). Overzicht Psychische Aandoeningen. Geraadpleegd op 15 februari 2019, van <https://www.ggznieuws.nl/home/overzicht-psychische-aandoeningen/>

Gottschall, J. (2013). *The Storytelling Animal: How Stories Make Us Human*. Buena Vista, Verenigde Staten: Mariner Books.

Koekkoek, B. (2016). *Verward in Nederland*. Amsterdam, Nederland: Lannoo.

Laroi, F. & Van der Linden, M. (2009). The effects of a documentary film on reducing stigmatization about schizophrenia. *Psychosis*, 1, 61 – 72.

Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 1-55

Nederlands Jeugdinstituut. (2015). *Factsheet mediagebruik 13- tot en met 16-jarigen*. Geraadpleegd op 12 april 2019 van <https://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Publicatie-Nji/Factheet-mediagebruik-13-16-jaar.pdf>

Nichols, B. (1991). *Representing Reality: Issues and Concepts in Documentary*. Bloomington, Verenigde Staten: Indiana University Press.

Oudejans, S., & Spits, M., (2018). Stigmatisering van mensen met een psychische aandoening in Nederland. Amsterdam/Utrecht: Mark Bench/Kenniscentrum Phrenos.

Phelan, J. Link, B. & Dovidio J. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science & Medicine*, 67, 358-367.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33 en E14 meldingen in de politieregistratie. Geraadpleegd van [https://www.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/010422\\_Factsheet%20personen%20met%20verward%20gedrag\\_V5\\_TG.pdf](https://www.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/010422_Factsheet%20personen%20met%20verward%20gedrag_V5_TG.pdf)

Samen Sterk zonder Stigma. (2016). Gouden Regels Stigma en Woordvoering. Geraadpleegd van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/assets/20161222-Gouden-regels-voor-woordvoerders.pdf>

Samen Sterk zonder Stigma. (z.d.). Organisatie. Geraadpleegd op 22 februari 2019 van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/over-ons/organisatie/>

Samen Sterk zonder Stigma. (z.d.). Over het project. Geraadpleegd op 22 februari 2019 van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/stigma-en-jeugd/overhetprojectjeugdenonderwijs/>

Samen Sterk zonder Stigma. (z.d.). Over het project. Geraadpleegd op 22 februari 2019 van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/stigma-in-de-wijk/over-het-project-in-de-wijk/>

Samen Sterk zonder Stigma. (z.d.). Over het project. Geraadpleegd op 22 februari 2019 van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/stigma-en-werk/over-het-project/>

Samen Sterk zonder Stigma. (z.d.). Over het project. Geraadpleegd op 10 februari 2019 van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/ambassadeurs/over-het-project/>

Samen Sterk zonder Stigma. (z.d.). Over het project. Geraadpleegd op 23 februari 2019 van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/stigma-in-de-media/een-ander-beeld/>

Samen Sterk zonder Stigma. (z.d.). Presentatie voor mediaprofessionals. op 24 februari 2019 Geraadpleegd van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/stigma-in-de-media/tips-en-tools/presentatie-voor-mediaprofessionals/>

Samen Sterk zonder Stigma. (z.d.). Zes tips voor woordvoerders. Geraadpleegd op 13 februari 2019, van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/stigma-in-de-media/tips-en-tools/zes-tips-voor-woordvoerders/>

Samen Sterk zonder Stigma. (z.d.). Zeven tips voor journalisten. Geraadpleegd op 10 februari 2019 van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/stigma-in-de-media/tips-en-tools/zeven-tips-journalisten/>

Sartorius, N., and Schulze, H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Sikkema, P. (2017). Psychische diversiteit op school. Geraadpleegd op 5 maart 2019 van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/assets/Onderzoek-Psychische-diversiteit-op-school-30paginas.pdf>

Smit, A., Verhoeven, D., & Van Vuuren, T. (2017). Stigmatisering van werknemers met een psychische aandoening en hoe HR dit tegen kan gaan. Geraadpleegd van <https://tijdschriftvoorhrm.nl/newhrm/downloaddocument.php?document=628>

Smit, K. (2018). Ruim 2 op de 5 Nederlanders krijgt een psychische aandoening. Waarom dan die stigma's? Geraadpleegd op 13 februari 2019, van <https://constructievejournalistiek.nl/watnu/ruim-2-op-de-5-nederlanders-krijgt-een-psychische-aandoening-waarom-dan-die-stigmas/>

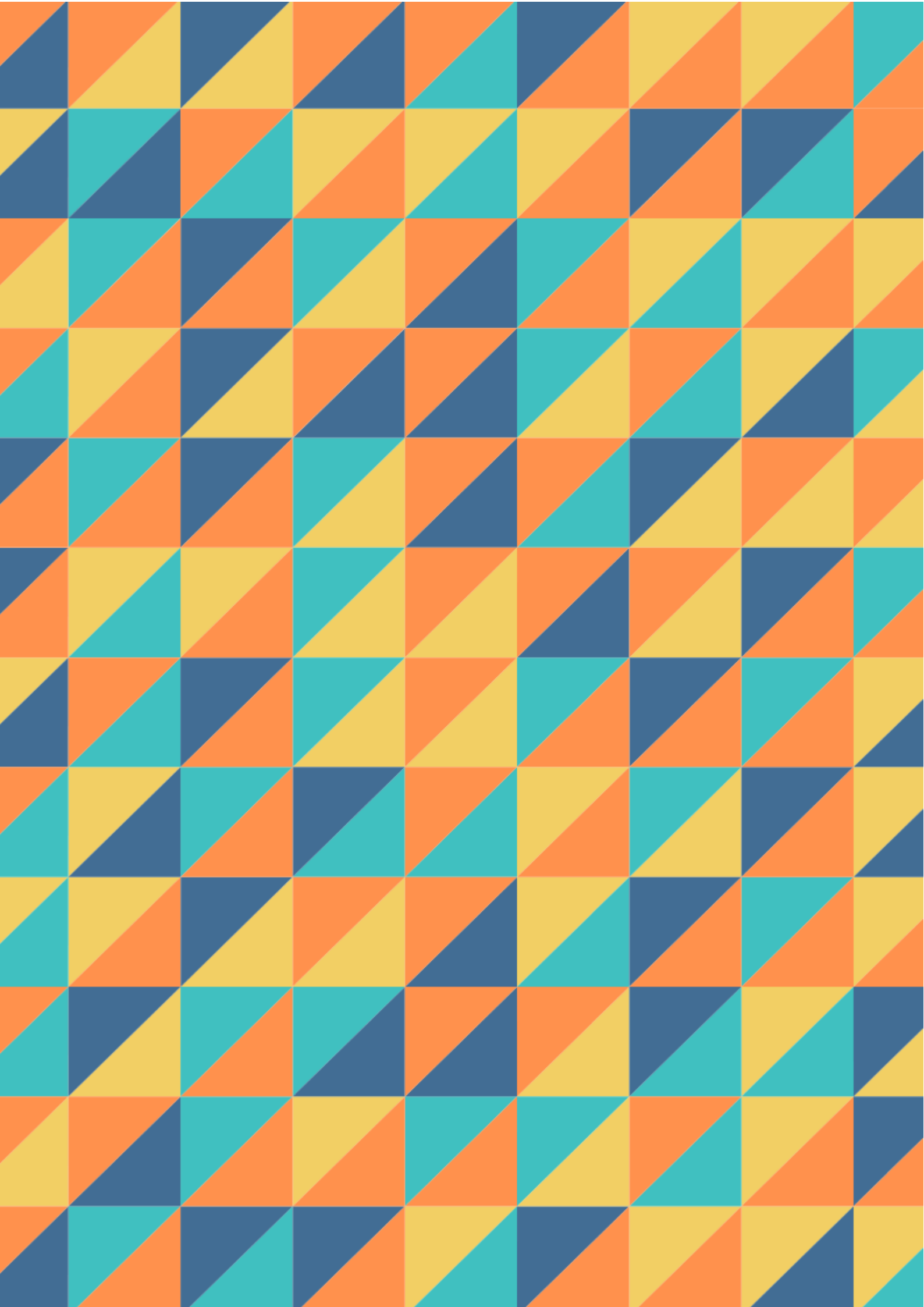
Stuart, H., Arboleda-Florez, J., & Sartorius, N. (2012). *Paradigms Lost: Fighting Stigma and the Lessons Learned*. Oxford, Groot-Brittannië: Oxford University Press.

Till, C. (2018). On-camera interviews and why eye line is important. Geraadpleegd op 14 juni 2019 van <http://clinttill.net/blog/2018/10/4/looking-to-camera-or-not>

Tolomiczenko, G., Goering, P. & Durbin, J. (2001). Educating the public about mental illness and homelessness: A cautionary note. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 253-257

Van Weeghel, J., Pijnenborg, M., Van 't Veer, J., & Kienhorst, G. (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen*. Bussum, Nederland: Coutinho.

Verhoeven, D. (2018). *Openheid over psychische aandoeningen op het werk*. Geraadpleegd van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/assets/Openheid-over-psychische-aandoeningen-op-het-werk-Onderzoek-naar-praktijkervaringen-en-succesfactoren.pdf>



## BIJLAGE 1 – INTERVIEW JUDITH DE LAAT

Gesprek met Judith de Laat, communicatiemanager van Samen Sterk zonder Stigma en afstudeerbegeleider, 18/02/19

Telefonisch, op kantoor van Samen Sterk zonder Stigma in Amersfoort.

Vraag: Hoeveel video's wil de organisatie dat ik maak?

Meerdere, omdat jongeren een korte spanningsboog hebben en graag zelf willen kiezen wat ze willen kijken. Die keuzevrijheid zorgt dat ze meer betrokken zijn.

Vraag: Wat voor soort video's kunnen dit het beste zijn?

Samen Sterk maakt vaak portretten (die doen het goed). Ze laten zien wat voor impact stigma heeft op iemand (persoonlijk).

Vraag: Welke onderwerpen zijn geschikt voor de video's?

Veelvoorkomende onderwerpen zijn angststoornissen en depressies, maar hier rusten niet de meeste stigma's op. Er rust vooral veel stigma op psychoses. Dit begint vaak rond 18 - 19 jaar. Jongeren beginnen vaak net met studeren, mensen kennen je nog niet, je gaat alleen op kamers, en je krijgt voor het eerst te maken met psychoses.

Ook is er veel sprake van zelfstigma:

- ik mag me niet aanstellen
  - het is vast niet erg
  - bij mij is het niet zo erg, bij andere mensen is het erger
- grote angst voor oordeel van de ander
  - blind voor zichzelf en hun problemen

Vraag: Op welk medium kunnen de video's het beste uitkomen?

Samen Sterk plaatst vaak lange video's op YouTube en korte teasers op Facebook. Lange/korte versies van dezelfde film wordt gewaardeerd.

## BIJLAGE 2 – INTERVIEW KEES DIJKMAN

Gesprek met Kees Dijkman, projectmanager Media van Samen Sterk zonder Stigma,  
04/03/19

Aan het begin van het gesprek laat Kees een aantal video's zien, waaronder één van 'Je zal het maar hebben', over Carlijn die borderline heeft.

Wat goed is aan deze video, is dat de presentator (Tim Hofman) aan Carlijn vraagt: 'Wat is borderline *voor jou?*' omdat borderline voor iedereen verschillend is.

Carlijn kan erg goed praten over haar aandoening en wat het voor haar betekent. Ook wordt benadrukt dat het iets is wat ze *heeft*, niet wie ze *is*.

Sterk ook aan de video is dat er gebruik wordt gemaakt van een contrast tussen de zware, best duistere manier waarop de documentaire begint en waar de presentator Carlijn vervolgens ontmoet - bij een optreden voor haar theatergroep. Dit benadrukt dat borderline niet betekent dat iemand geen normaal en leuk leven kan hebben.

Vervolgens laat Kees een trailer van de documentaire over Amy Winehouse zien. Goed hieraan is dat er een volledig, diepgaand beeld van haar wordt gegeven in deze documentaire, in plaats van haar simpelweg weg te zetten als 'verslaafde'. Ze is zoveel meer dan dat.

Het volgende fragment is minder positief. In een uitzending van EenVandaag zegt de verslaggever dat er een 'recordaantal verwarde mensen' op straat loopt en dat de straat op gaan eigenlijk niet meer kan. Dat de omgeving van deze mensen 'machteloos' staat en dat een groot deel 'met regelmaat dreigt zichzelf wat aan te doen'.

Deze informatie is niet alleen overdreven, het is ook feitelijk onjuist. Bij de politie komen steeds meer meldingen van 'verwarde personen' omdat iedereen melding kan maken van wat zij ervaren als verward gedrag. Iemand die drugs heeft gebruikt, dronken of dement is valt allemaal onder verwarde personen.

Verward is een veel te breed begrip, en maar een heel klein deel van de verwarde personen is iemand met een psychische aandoening. Bovendien heeft 'verward' ook niets te maken met gevaarlijk.

De E33, het meldpunt verwarde personen van de politie, is een verzamelbak van verwarde personen en iedereen die ook maar een beetje anders gedraagt, is 'verward'. De toename van het aantal verwarde personen, komt juist doordat mensen er meer over horen.

Aandacht voor verwarde personen maakt dat mensen er meer aandacht aan gaan besteden en dat het erger lijkt te worden, terwijl er feitelijk geen enkele toename is en al helemaal geen gevaar dreigt.

Vraag: **Bij wat voor mediatypen komt stigmatisering op welke manier voor? Bijvoorbeeld artikelen, journaals, documentaires, films?**

Het is vooral de meer populaire pers (SBS, RTL, EenVandaag, Telegraaf, AD) die stigmatiserende berichtgeving hebben. De stigmatisering zit vooral in verslaggeving. Human interest kan ook misgaan, maar vaak zie je dat meer informatie leidt tot meer nuance. Het komt vaak door sensatiezucht en een gebrek aan kennis dat het mis gaat. Het is eigenlijk geen verhaal, maar een journalist wil er een verhaal van maken.

Volkskrant en Trouw hebben wel nuanceren en hielden bepaalde cijfers een tijd uit het nieuws. Helaas zijn ze daar nu ook mee gestopt. Documentaires zijn vaak veel genuanceerder. Je ziet veel meer van de persoon waar die over gaat, dan alleen de aandoening waar hij/zij misschien om bekend staat.

Film heeft Kees niet onderzocht, maar ook dat gaat vaak mis, net als met romans. Er is vaak sprake van oubollige beelden van psychische aandoeningen. Autisten die extreem slim zijn (Rain Man), psychopaten die een moeilijke jeugd hadden (Hannibal), enzovoort.

Gelukkig zijn er een aantal films en series bijgekomen die een reëler, beter beeld geven van psychische aandoeningen, zoals de film *Extremely loud and incredibly close* en de serie *Atypical*, beiden over autisme. Ook bijvoorbeeld *Homeland* geeft een reëel beeld van een manische depressie.

Wat vaak ontbreekt in media is dat je niets merkt van de meerderheid van de mensen met een psychische aandoening. Heel veel aandoeningen zijn onzichtbaar en degenen die het hebben kunnen het goed verbergen.

Vraag: **Wat werkt in de media om stigmatisering tegen te gaan?**

Het helpt om een tegengeluid te laten horen, om iemand van een andere kant te laten zien. Danny Jacksteit is hier een goed voorbeeld van. Hij heeft zelf in een psychose geprobeerd zijn huis af te breken en zijn auto in brand gestoken. Op dat moment was de politie een bedreiging voor hem, waardoor zijn gedrag escaleerde. Verward gedrag is vaak angstig gedrag. Toen hij uiteindelijk rode laserlampjes op zich gericht zag, besepte hij zich pas waar hij mee bezig was. Hij was verward geweest, maar hij wist dat hij niet dood wilde.

Nu houdt hij TEDtalks over zijn psychose en kan goed vertellen wat er met hem gebeurde, toen. Als iemand die avond had gezegd, 'kom maar, ik neem je mee naar de kliniek, kun je daar even rustig worden,' dan was hij rustig gebleven. Wat hij nodig had was een luisterend oor, wat hij kreeg was politie. Hij wil graag dat meer mensen begrijpen wat je moet doen wanneer je merkt dat iemand in een psychose zit, zodat situaties niet hoeven escaleren.

## BIJLAGE 3 – INTERVIEW JAAPJAN BOER

Gesprek met Jaapjan Boer, projectmanager Jeugd en Onderwijs van Samen Sterk zonder Stigma, 04/03/19

Jaapjan houdt zich bezig met één van de jongste projecten; het ontwikkelen van een schoolproject. Dit wordt voornamelijk gedaan door beleidsbeïnvloeding en door onderwerpen in het curriculum te brengen.

Op verschillende niveaus worden lessen ontwikkeld. Zo zijn er workshops die zich richten op leerkrachten en ouders en worden er gesprekken gevoerd met bestuurders. Ook worden er gastlessen gegeven op lerarenopleidingen en zijn ze bezig met jonge kinderen te trainen tot ambassadeur, omdat zij het dichtst bij de doelgroep staan.

Het uiteindelijke doel is dat er altijd over gepraat wordt in een open gesprek.

Jaapjan adviseert me om de leeftijd van de doelgroep te veranderen naar 12 tot 18 jaar, omdat hier volgens hem de meeste impact te maken is. In deze leeftijd zijn jongeren nog heel erg aan het ontdekken wie ze zijn en willen zijn. Hoe ouder ze worden, hoe lastiger ze te bereiken gaan zijn. Ook zouden de video's dan heel bruikbaar kunnen zijn in de context van het scholenproject. Het heeft bijvoorbeeld veel aanknopingspunten met maatschappijleer. Bovendien is dit de enige tijd in hun leven dat kinderen met zoveel verschillende leeftijdsgenoten in aanraking komen en van en met elkaar leren.

Vraag: **Wat voor stigma's zien jullie vaak bij kinderen en op scholen?**

Er is een onderzoek gedaan voor het project Jeugd en Onderwijs, waaruit blijkt dat 1 op de 3 leerlingen niet zichzelf is op school en zich schaamt voor wie hij/zij is. Hoe stigmatisering nu wordt benaderd in dit project is voornamelijk preventief; er is nog niet zozeer sprake van stigma's, maar dat deze ontstaan kan voorkomen worden.

Op de middelbare school is anders zijn nog spannender. Doordat lessen steeds van verschillende leerkrachten zijn en er steeds andere leerlingen in de klas zitten, is het nog moeilijker om iets persoonlijks te delen.

Ook gaat het vaak mis doordat leerlingen met speciale leerbehoefte bij elkaar in de klas worden gezet. Het idee is dat ze, doordat ze dezelfde behoefte hebben, op deze manier beter kunnen presteren. In de realiteit betekent dit dat er stigma's ontstaan om deze klassen heen. Als je er in zit, ben je een 'loser', bijvoorbeeld. Door zo sterk leerlingen te scheiden, ontstaat er een schijntegenstelling dat die jongeren anders zouden zijn. In werkelijkheid is dat niet zo; om de groep te maken is *ergens* een lijn getrokken qua

leerbehoeftes, terwijl sommige leerlingen misschien maar nét onder die grens vallen. Een oplossing zou zijn: het er meer over hebben, zorgen dat er contact ontstaat. De leerlingen niet apart zetten (afzonderen). Dit leidt tot stigma.

Vraag: **Op wat voor manier ondernemen jullie actie tegen stigma's op school?**

Er wordt uitgegaan van een gelijkwaardige benadering, positief contact en het delen van ervaringen. Ook is het van belang om dit een terugkerend thema te maken, dus het gesprek aan *blijven* gaan. Daarnaast worden peers ingezet, die zijn er op bijna elke school. Aan die leerling kun je vragen naar zijn of haar ervaringen. Een peer is beter benaderbaar voor een leerling dan een leraar, omdat deze dichter bij de leerling staat. Bovendien heeft de peer zelf ervaring met datgene waar de leerling mee zit, wat maakt dat de leerling weet dat hij/zij begrepen zal worden.

Vraag: **Welke rol kan video spelen bij het bestrijden van stigma's onder jongeren?**

Video's kunnen een verrijking van het lesmateriaal zijn, bijvoorbeeld in de vorm van fictieve klasgenoten. Je ziet dan een video waar iemand vertelt hoe het met hem/haar gaat, en mag dan een advies bedenken. Je hoeft het dus niet over jezelf te hebben, maar over iemand anders.

De video heeft dus een educatieve functie. Embedding is ook heel belangrijk (wat voor les er omheen zit) en het moet heel herkenbaar zijn voor de leerlingen. Portretten van kinderen met een diagnose is oké, maar laat ook leerlingen zien die geen diagnose hebben, dat verlaagt de drempel. Het is niet erg om hulp te zoeken, ook waar jij last van hebt is 'erg'.

Gelijkwaardigheid is heel belangrijk in de film. Iedereen is gewoon raar. Met niemand gaat het alleen maar slecht, met niemand alleen maar goed. Humor en herkenning zijn elementen die zeker moeten worden toegevoegd.

Ook interessant: elke klas bestaat uit 7 typen leerlingen. Dus alle typen hebben een andere manier waarmee ze benaderd willen worden. Misschien is het een idee om hier iets mee te doen.

Jaapjan oppert het idee voor een video waarin leerlingen de vierde muur breken, en dus opeens rechtstreeks tegen de camera zeggen wat ze écht denken. Ze spreken de kijker dus aan met hun werkelijke gevoelens.

Vraag: Welke elementen zou je terug willen zien in een video die als doel heeft stigma's onder jongeren te bestrijden?

Het brengen van begrip bij elkaar. Video's die een gesprek op gang brengen en een sfeer van gelijkwaardigheid creëren. Iedereen is anders, niemand is normaal.

Vraag: Hoe kan een video het beste geïntroduceerd worden aan leerlingen?

Als onderdeel van een lesprogramma.

## **BIJLAGE 4 – INTERVIEW XANDRA LEUVERINK**

**Gesprek Xandra Leuverink**, projectmanager Ambassadeurs van Samen Sterk zonder Stigma, 14/03/19

Xandra is samen met Erica verantwoordelijk voor de werving en selectie van ambassadeurs. Ze houden zich bezig met deskundigheidsbevorderingen van de ambassadeurs, zodat zij nog beter wat ze meer en gerichtere kennis en tools in kunnen zetten voor het verspreiden van de boodschap van Samen Sterk zonder Stigma.

Ook werkt Xandra er aan om de verbinding tussen de ambassadeurs onderling te bevorderen, bijvoorbeeld met een groep op Facebook. Verder houdt ze zich steeds bezig met de vraag hoe de ambassadeur(s) het beste ingezet kunnen worden, zodat hun boodschap en verhaal de meeste impact kunnen maken. Dit doet ze doordat ze aanvragen krijgt (bijvoorbeeld van bedrijven) en ambassadeurs dan inzet op projecten om hun verhalen te verspreiden.

De opdracht voor het project met de ambassadeurs dit jaar: het vrijwilligersbeleid op de loop nemen, overeenkomsten bepalen en eventueel vergoedingen regelen. Dit jaar is ze dus vooral bezig met management.

De ambassadeurs zelf doen heel veel met storytelling. Dit kan van pas komen voor de video.

Xandra probeert altijd te kijken naar de kwaliteiten van de ambassadeurs zelf. Wat hebben zij zelf te bieden, waar zijn ze goed in en in wat juist niet? Ook zijn ze bezig om de ambassadeurs vaker lokaal/regionaal in te zetten. Het voordeel hiervan is dat ambassadeurs bereikbaarder zijn (dichter bij) en op deze manier de schaal wordt vergroot, doordat een soort web van ambassadeurs wordt gecreëerd. Het is goed wanneer ambassadeurs in hun eigen omgeving stigma bestrijden.

Wanneer ambassadeurs worden ingezet vervlechten zij hun boodschap met die van Samen Sterk zonder Stigma. Hier krijgen ze wel eerst trainingen voor, bijvoorbeeld 'Hoe vertel ik mijn verhaal'.

Ook laat Samen Sterk haar ambassadeurs bepaalde door hen ontwikkelde werkvormen inzetten. Zo dragen de ambassadeurs de boodschap van Samen Sterk verder uit.

Er zijn een aantal bewezen destigmatiserende elementen in het algemeen:

- het gesprek aangaan met toehoorders (dialoog) in plaats van alleen zenden

- laten ervaren van eigen stigma en vooroordelen, want iedereen heeft vooroordelen, het is goed om je hier bewust van te zijn. Hoe voelt het namelijk als jij die labels zou krijgen? Dit confronteert mensen met zichzelf.  
(beyond the label, publiek in groepen verdelen, stellingen noemen)
- niet ellende vertellen, maar het positieve, hoe het anders kan. Voorbeelden laten zien van dat het goed gaat, oplossingsgericht zijn en vooral heel concreet.

Daarnaast heel belangrijk: vraag iemand wat ze nodig hebben, niet voor hen invullen. Veel stigma is ook 'goedbedoeld'. Mensen denken dat je iets niet gaat kunnen en doen het vast voor je, zonder jou te vragen of je het kan.

Trainingen voor ambassadeurs bestaan uit:

- storytelling aanleren
- wat werkt voor jou, maak het persoonlijk, niet je aandoening generaliseren

Tip: vul de zelfstigmatest in. In hoeverre stigmatiseer jij jezelf?

Vraag: **Werken jullie met kindambassadeurs (12 - 18)?**

Nee, en gaan we waarschijnlijk ook niet. Kinderen kunnen onvoldoende in zien wat het risico op de lange termijn is van het openlijk vertellen over hun aandoening.

Vraag: **Hoe meten jullie destigmatisering?**

Er is geen onderzoek gedaan naar de destigmatiserende werking van de verschillende projecten van Samen Sterk zonder Stigma. Organisatiebreed is wel onderzocht of je impact maakt, maar dat is meer in het algemeen. Stigma en zelfstigma zijn heel erg moeilijk te meten, ook omdat meerdere factoren er invloed op hebben en je dus niet kunt stellen dat het alleen ligt aan de inspanningen van één campagne.

Vaak wel vragen om een evaluatie van de mensen die deelnamen aan een gastles, hoe ging het (terugkoppeling).

## TIPS

Contact opnemen met Phrenos Kennisinstituut - afspraak maken over hoe destigmatisering meetbaar is

Impact gemeten bij Samen Sterk

Destigmatiserende elementen halen uit TED-talks

Roy doet veel met storytelling (is een ambassadeur die rapt & TED-talk heeft gegeven)

## BIJLAGE 5 – INTERVIEW GERDIEN RABBERS

Gesprek met **Gerdien Rabbers**, Directrice van Samen Sterk zonder Stigma, 14/03/19

Gerdien is de directrice van Samen Sterk zonder Stigma.

Ze raadt aan dat ik eens ga spreken met Ellen. Zij werkt aan het project 'Een steekje los'. Dit is een spel voor kinderen over stigma. Ze heeft onderzoek gedaan naar hoe kinderen het beste kunnen worden benaderd en wat het verschil is tussen kinderen en volwassenen qua benadering.

Klokhuis blijkt heel erg stigmatiserende video's te hebben, zoals over autisme. De eerste reclames van de mediamarkt waren ook heel erg stigmatiserend. Ze gingen over een 'gek' in de winkel. Dus ook educatieve programma's en reclames stigmatiseren.

Vraag: **Hebben jullie eerder video ingezet voor het bestrijden van stigma's?**

Nee, maar we hebben wel eerder portretten gemaakt. Deze staan op YouTube en zijn bedoeld om te laten zien wie de ambassadeurs zijn. Video's die echt werken om te destigmatiseren ontbreken nog. De video's die we nu hebben zijn namelijk alleen bedoeld om te informeren over de stichting (wat we doen en wie we zijn), niet om te destigmatiseren.

Ook hebben we meegewerkt aan een campagne van SIRE, namelijk Psychisch Ziek in 2013. In deze video's wordt een hulplijn voorgesteld voor mensen zónder een aandoening om hen te confronteren met stigmatiserend gedrag.

SIRE doet wel een communicatieonderzoek voor hun campagnes.

De campagne van de GGD van dit jaar heet 'Hey het is oké' en heeft als doel om depressie bespreekbaar te maken.

In Schotland is er een campagne over dat het oké is om niet oké te zijn. Met de vraag om mensen vaker te vragen of ze oké zijn. Hier zijn meerdere video's over gemaakt. De campagne is van See Me Scotland.

Vraag: **Hebben jullie iets ontwikkeld voor het meetbaar maken van destigmatisering?**

Nee. We is er de zogenaamde *Generieke module destigmatisering*. Dat zijn richtlijnen waar behandelmodules aan moeten voldoen.

Misschien dat het Kenniscentrum jeugdpsychiatrie nog wat kan toevoegen voor het onderzoek. Ze hebben misschien informatie over aandoeningen, wel minder over stigma. Ze zijn misschien te benaderen via Eline (Projectbegeleider Jeugd en Onderwijs).

Verder gaat het nogal eens mis in de media met hoe met kwetsbare mensen wordt omgegaan. Hier is een artikel over op Lindanieuws.nl. 'Hoe ga je om met kwetsbare mensen wanneer je gaat filmen'. Dit kan van pas komen voor het onderzoek.

Gevonden link: <https://www.linda.nl/nieuws/interview/jessica-villerius-kwetsbare-mensen/>

Gerelateerde link: <https://www.linda.nl/nieuws/krantentip/kritiek-selectietraject-anorexia-eetclub/>

Artikel NRC: <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/03/11/patienten-waren-voor-tv-niet-ziek-genoege-a3952843>

## **BIJLAGE 6 – INTERVIEW SANNE KOOIMAN**

Gesprek met **Sanne Kooiman**, Freelancer bij Samen Sterk zonder Stigma, 14/03/19

Sanne werkt freelance voor stichting Samen Sterk zonder Stigma. Ze maakt voor hen de verschillende videoproducties en houdt de social media bij. Ze werkt daarnaast als documentairemaker voor Stichting Scherp.

Ik bespreek met Sanne een aantal ideeën die ik heb en de uitdagingen die daarbij komen kijken. In sommige video's wil ik bijvoorbeeld acteurs gebruiken, maar het nadeel van acteren is dat het afbreuk doet aan het realisme, terwijl dat juist heel belangrijk is.

Kinderen interviewen is geen optie, omdat zij de gevolgen van open zijn over hun aandoening nog niet kunnen overzien, maar het zou wel heel goed zijn, omdat je dan een andere kant de zien krijgt.

Ander idee: zet meerdere leerlingen op een rij en laat de klas reageren wie de aandoening heeft, waarvan bijvoorbeeld blijkt dat er maar twee een aandoening hebben.

Stichting Tweestrijd is een stichting die gastlessen geeft op scholen in de doelgroep. Hun doel is om jongeren aan te sporen open over hun problemen te praten.

Sanne vertelt over een spel dat hoort bij hun programma. Er wordt een bal de klas in gegooid, met een vraag. Is het antwoord ja, dan gooien ze de bal terug. Is het antwoord nee, dan gooien ze de bal naar iemand anders. Dit maakt de drempel om bijvoorbeeld te vertellen dat je gepest bent, lager. Je moet sowieso iets doen, en beide acties zijn even makkelijk, dus waarom niet de waarheid 'zeggen'? Dit spel maakt de drempel van zeggen lager.

Hokjesdenken is een methode die Samen Sterk heeft ontwikkelt. Het is een lesprogramma van onderwijs. Meer informatie heeft Jaapjan of Eline wel. Deze methode maakt veel verhalen los bij leerlingen.

Wat ook werkt: laten zien wat verschillen zijn, tussen alle mensen. Dus dat echt iedereen anders is.

Het is aan het veranderen wat we denken van psychische aandoeningen. Heel veel mensen hebben wel iets. Maar noem je dat een aandoening?

Goed misschien voor de video: die kan indirect gaan over stigma, zonder te hoeven benoemen? De destigmatiserende factor is juist dat je mensen niet apart zet. Door te zeggen dat iemand gestigmatiseerd wordt zet je diegene ook in een hokje.

Stigma is een woord dat we nooit echt benoemen, waar ook niet iedereen direct mee te maken heeft. Je gaat het niet uit de weg, maar hebt het er ook niet over als een specifiek probleem.

Het hebben van een psychische aandoening is nog steeds een taboe. Dus heel veel mensen hebben een weerstand daartegen. De symptomen van de aandoening geven veel meer herkenning dan de benaming. We moeten niet de labels vermijden of wegmoffelen, maar ook niet daar teveel de nadruk op leggen.

Een voorbeeld: Jeroen Zwaal heeft 5 psychoses gehad, dat is erg veel. Maar tegelijkertijd is hij volgens Sanne de liefste man ooit. Rustig, kalm, welbespraakt. Dit ontkracht het idee dat iemand 'gek' is. Hij heeft het wel eens moeilijk gehad in het verleden, maar hij is niet gek.

Kijken:

psychosenet → de video van Sanne over Jeroen.

CUT YouTube → mensen raden dingen over elkaar.

Kun jij zien wie depressief is? Als deel van de docu 'To my loved ones'.

Idee: Video over kinderen die er normaal uitzien maar dan met een praatwolkje blijkt dat er iets aan de hand is dat je niet kunt zien. Risico: als het niet echt is, kunnen ze zeggen dat het niet klopt en als het wel echt is, mag het dan wel?

## **BIJLAGE 7 – INTERVIEW SUZAN OUDEJANS**

Gesprek met **Suzan Oudejans**, coördinator Kennisconsortium Destigmatisering en sociale inclusie bij kenniscentrum Phrenos, 04/04/19.

Er is in recent onderzoek helaas weinig te vinden op het gebied van de meetbaarheid van destigmatisering. Voor het meten van stigma is geen instrument te vinden.

Daarom maak ik een telefonische afspraak met Suzan Oudejans. Bij kennisinstituut Phrenos is er onderzoek gedaan naar stigmatisering. Mijn voornaamste vraag aan haar is of er een meetinstrument is ontwikkeld voor destigmatisering.

Er is volgens haar op dit moment geen instrument dat destigmatisering meet.

Stigmatisering is namelijk een combinatie van houding en gedrag. De tools die er nu zijn meten alleen houding (attitude) met behulp van de zogenaamde Likertschaal. Idealiter wil je het gedrag van mensen meten, maar daar bestaat nog geen tool voor.

Op dit moment kan stigmatisering op twee manieren gemeten worden. Als eerste door iemand direct te vragen naar zijn/haar overtuigingen. Het risico hier is dat er sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden. De tweede manier is indirect, door de sociale afstand te meten. Respondenten wordt dan gevraagd of ze zouden willen dat iemand met een psychische aandoening naast hen zou komen te wonen, of vrienden met hen zou kunnen worden.

De reden voor de tweede manier van meten is dat er bewezen is dat mensen stigmatisering ontstaat bij een grotere sociale afstand. Door die te meten, heeft Phrenos een landelijke nulmeting stigmatisering gedaan in juni 2018. Bij deze nulmeting werd gebruik gemaakt van de sociale afstandsschaal.

Bij het vragen naar iemands overtuigingen wordt gebruik gemaakt van een aantal bestaande vragenlijsten uit het Handboek Destigmatisering. Echter zijn hier nog geen vragenlijsten die zich richten op jongeren. Ook zijn er een aantal vragenlijsten die alleen nog in het Engels beschikbaar zijn.

Suzan noemt de optie om contact op te nemen met de auteurs van het Handboek Destigmatisering, om hen te vragen of er eventueel inmiddels vragenlijsten ontwikkeld zijn voor jongeren. Het hoofdstuk dat hierover gaat komt namelijk uit 2015. De contactgegevens van de onderzoekers staan in het boek zelf.

Bij het opstellen van een vragenlijst raadt Suzan me aan om altijd uit te gaan van (een variatie op) de bestaande vragenlijsten. Deze zijn specifiek opgesteld om bepaalde onderdelen van stigmatisering te meten.

Als laatste noemt Suzan de optie om de controlegroep wel een zekere vorm van aandacht te geven, naast alleen het laten invullen van de vragenlijst, om uit te sluiten dat elk soort video of aandacht werkt, in plaats van alleen een video met die specifieke elementen.



## BIJLAGE 8 – RESULTATEN TESTFASE

De volgende vragenlijst werd ontwikkeld op basis van een vijfpunts Likertschaal is gebaseerd op een combinatie van vragenlijsten, waaronder voornamelijk de Zweedse variant op de Percieved Devaluation and Discrimination Scale (Björkman, Svensson, & Lundberg, 2007). Een geschikte en Nederlandse vragenlijst bestaat (nog) niet. Per vraag zal daarom verantwoord worden waarom deze keuze werd gemaakt en wat de betekenis is van de resultaten. Deze verantwoording is terug te vinden bij de analyse.

1. Ik denk dat ik niemand ken die een psychische aandoening heeft.
2. Ik kan geen psychische aandoening krijgen.
3. Ik zou geen vrienden kunnen zijn met iemand die een psychische aandoening heeft.
4. Mensen met een psychische aandoening zijn gevaarlijk.
5. Mensen met een psychische aandoening doen vaak alsof of stellen zich aan.
6. Mensen met een psychische aandoening kunnen niet normaal meedoen op school.
7. Mensen met een psychische aandoening worden nooit meer beter.
8. Ik denk dat je het meestal wel kan zien wanneer iemand een psychische aandoening heeft.
9. Als iemand een psychische aandoening heeft, is dat vaak (deels) hun eigen schuld.
10. Ik denk dat niet veel mensen een psychische aandoening hebben.

De vragenlijst werd ingezet zoals beschreven in het onderzoeksplan (2.3). De les werd gegeven door de onderzoeker zoals beschreven in het concept (5.1). De vijf punten werden als volgt toegelicht aan de leerlingen:

- 1 = dit klopt niet / ik ben het hier helemaal niet mee eens
- 2 = ik denk niet dat dit klopt / ik ben het hier niet mee eens
- 3 = ik weet niet zeker of dit klopt / ik weet niet zeker of ik het hier mee eens ben
- 4 = ik denk dat dit klopt / ik ben het hier mee eens
- 5 = dit klopt / hier ben ik het helemaal mee eens

De vragenlijst is afgenomen bij 48 leerlingen van 14 – 16 jaar, derde klas theoretische leerweg, gemengde (jongens en meisjes) klassen.

## TABEL

Aantal leerlingen (percentage van totaal%) = voor (bovenste rij)

Aantal leerlingen (percentage van totaal%) = na (onderste rij)

| Vraag                                                                                      | 1                        | 2                      | 3                        | 4                      | 5                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| 1. Ik denk dat ik niemand ken die een psychische aandoening heeft.                         | 19 (39,5%)<br>24 (50%)   | 5 (10,4%)<br>3 (6%)    | 6 (12,5%)<br>9 (19%)     | 5 (10,4%)<br>3 (6%)    | 13 (27%)<br>9 (19%)    |
| 2. Ik kan geen psychische aandoening krijgen.                                              | 14 (29%)<br>18 (37,5%)   | 5 (10,4%)<br>8 (17%)   | 9 (19%)<br>6 (12,5%)     | 6 (12,5%)<br>5 (10,4%) | 14 (29%)<br>11 (23%)   |
| 3. Ik zou geen vrienden kunnen zijn met iemand die een psychische aandoening heeft.        | 33 (69%)<br>32 (67%)     | 8 (17%)<br>9 (19%)     | 4 (8%)<br>4 (8%)         | 2 (4%)<br>2 (4%)       | 1 (2%)<br>1 (2%)       |
| 4. Mensen met een psychische aandoening zijn gevaarlijk.                                   | 17 (35,4%)<br>19 (39,5%) | 13 (27%)<br>13 (27%)   | 17 (35,4%)<br>14 (29%)   | 0 (0%)<br>1 (2%)       | 1 (2%)<br>1 (2%)       |
| 5. Mensen met een psychische aandoening doen vaak alsof of stellen zich aan.               | 16 (33%)<br>18 (37,5%)   | 7 (14,6%)<br>11 (23%)  | 16 (33%)<br>12 (25%)     | 6 (12,5%)<br>3 (6%)    | 3 (6%)<br>4 (8%)       |
| 6. Mensen met een psychische aandoening kunnen niet normaal meedoen op school.             | 13 (27%)<br>12 (25%)     | 14 (29%)<br>17 (35,4%) | 13 (27%)<br>15 (31%)     | 5 (10,4%)<br>1 (2%)    | 3 (6%)<br>3 (6%)       |
| 7. Mensen met een psychische aandoening worden nooit meer beter.                           | 12 (25%)<br>13 (27%)     | 15 (31%)<br>14 (29%)   | 9 (19%)<br>13 (27%)      | 5 (10,4%)<br>3 (6%)    | 7 (14,6%)<br>5 (10,4%) |
| 8. Ik denk dat je het meestal wel kan zien wanneer iemand een psychische aandoening heeft. | 8 (17%)<br>20 (41,6%)    | 12 (25%)<br>12 (25%)   | 14 (29%)<br>12 (25%)     | 10 (21%)<br>1 (2%)     | 4 (8%)<br>3 (6%)       |
| 9. Als iemand een psychische aandoening heeft, is dat vaak (deels) hun eigen schuld.       | 19 (39,5%)<br>20 (41,6%) | 10 (21%)<br>12 (25%)   | 13 (27%)<br>13 (27%)     | 4 (8%)<br>1 (2%)       | 2 (4%)<br>2 (4%)       |
| 10. Ik denk dat niet veel mensen een psychische aandoening hebben.                         | 7 (14,6%)<br>7 (14,6%)   | 12 (25%)<br>12 (25%)   | 19 (39,5%)<br>20 (41,6%) | 8 (17%)<br>6 (12,5%)   | 2 (4%)<br>3 (6%)       |

## ANALYSE / INTERPRETATIE

1. Ik denk dat ik niemand ken die een psychische aandoening heeft.

Deze vraag meet sociale afstand. Uit het literatuuronderzoek (3.2.4) blijkt dat een grotere sociale afstand leidt tot meer stigmatisering. Bij deze vraag is veel verschil te zien voor en na het kijken van de video's. Vóór de video's dacht 40% dat ze iemand kennen met een psychische aandoening, na het kijken denkt de helft van de leerlingen dit (50%). Minder leerlingen denken niemand te kennen met een psychische aandoening en meer leerlingen weten het niet zeker.

2. Ik kan geen psychische aandoening krijgen.

Deze vraag gaat over kennis over psychische aandoeningen. Meer kennis leidt namelijk tot minder stigmatisering. Uit onderzoek (hoofdstuk 3) blijkt dat bijna iedereen een psychische aandoening kan krijgen. De antwoorden van de leerlingen op deze vraag zijn heel wisselend. Vóór de video denkt 30% dat ze een aandoening zouden kunnen krijgen en 30% dat ze géén aandoening kunnen krijgen. De overige 40% is verdeeld over het midden. Na het kijken van de video's is er een kleine verschuiving. Meer dan 50% van de leerlingen kiest nu voor een 1 of 2. Het aantal keer dat leerlingen 4 en 5 kiezen, daalt van 43% naar 33%. Hierdoor is het aannemelijk dat meer leerlingen door de nieuwe kennis uit de video's en bijbehorende les nu weten dat ook zij een psychische aandoening kunnen krijgen.

3. Ik zou geen vrienden kunnen zijn met iemand die een psychische aandoening heeft.

Ook deze vraag meet sociale afstand. Hier is te zien dat er geen tot amper verschil te zien is voor en na het kijken van de video's. Het percentage dat 1 of 2 kiest is voor en na het kijken van de video's gelijk gebleven. Dat geldt ook voor de overige opties. Echter is dit geen negatief effect: maar liefst 86% denkt wel vrienden te kunnen zijn met iemand die een psychische aandoening heeft.

4. Mensen met een psychische aandoening zijn gevaarlijk.

Deze vraag gaat over de gevoelige bedreigingen en is een bestaand stigma. Er is weinig verschil waar te nemen voor en na het zien van de video. Een aannemelijke reden hiervoor kan zijn dat dit stigma niet behandeld is in de video's en dus ook niet zou moeten veranderen.

5. Mensen met een psychische aandoening doen vaak alsof of stellen zich aan.

Deze vraag is mondeling toegelicht om andere interpretaties uit te sluiten. Met deze vraag wordt bedoeld dat mensen met een psychische aandoening doen alsof ze ziek zijn, of hun ziekte erger laten lijken dan het is. Dit is een bestaand stigma. De antwoorden zijn verdeeld: voor de video twijfelt 33% en vindt 47% dat het niet waar is (1 en 2). Na de video neemt de twijfel af naar 25% en vindt 60,5% dat het niet waar is. Het is aannemelijk dat een aantal van de leerlingen door het zien van de video's minder vinden dat mensen met een psychische aandoening zich aanstellen of doen alsof.

6. Mensen met een psychische aandoening kunnen niet normaal meedoen op school.

Dit is een kennisvraag. Een psychische aandoeningen kan in verschillende mate voorkomen en iemand meer of minder beperken in zijn of haar leven. Echter kan niet gezegd worden over mensen met een psychische aandoening in het algemeen dat zij niet “normaal” mee kunnen doen op school. Met deze vraag wordt bedoeld dat leerlingen met een psychische aandoening meer begeleiding nodig hebben dan andere leerlingen (op een andere manier deelnemen) of zelfs helemaal niet kunnen deelnemen aan het onderwijs.

De meningen hierover veranderden niet veel. Voor de video's koos 56% 1 of 2, na de video was dit 60,4%. Het aantal leerlingen dat twijfelde nam toe. Wel verminderde het aantal leerlingen dat voor 4 koos. Het aantal dat 5 koos, bleef gelijk.

Hoewel de video's lieten zien dat iemand met een psychische aandoening probleemloos haar studie kon doen, is de mening van de leerlingen hierover nauwelijks veranderd.

7. Mensen met een psychische aandoening worden nooit meer beter.

Dit is een kennisvraag. Sommige psychische aandoeningen zijn ongeneeslijk, bij anderen is herstel mogelijk. Wel blijkt uit het literatuuronderzoek (hoofdstuk 3) dat er veel vaker herstel mogelijk is dan vaak wordt gedacht.

Er is goed te zien dat leerlingen verschillen van mening over de (on)geneeslijkheid van psychische aandoeningen in het algemeen. Na het zien van de video's neemt het aantal keer dat 4 en ook 5 gekozen wordt wel af. Echter neemt vooral het aantal leerlingen dat twijfelt toe. Het is aannemelijk dat dit komt omdat dit onderwerp niet wordt behandeld in de video's en er dus ook geen verschil zichtbaar zou moeten zijn.

8. Ik denk dat je het meestal wel kan zien wanneer iemand een psychische aandoening heeft.

Bij deze vraag is het meeste verschil te zien tussen de antwoorden voor en na de video. Waar vóór de video nog bijna 30% dacht een psychische aandoening te kunnen zien (4 en 5), dacht na de video nog 8% dat. Het aantal dat twijfelde nam iets af en het aantal dat voor 1 koos nam toe van 17% naar 41,6%. Het is aannemelijk dat dit resultaat voortkomt uit het feit dat de (on)zichtbaarheid van psychische aandoeningen de focus was van de video's. Het doel van de video's zoals eerder beschreven, is dan ook gehaald.

9. Als iemand een psychische aandoening heeft, is dat vaak (deels) hun eigen schuld.

Deze vraag gaat over een bestaand en onwaar stigma. Hoewel bij enkele psychische aandoeningen de keuzes van degene die het heeft een rol spelen, is het stellen dat het krijgen van een aandoening (deels) iemand's eigen schuld is, onjuist. Dit is altijd een combinatie van genetische- en omgevingsfactoren. Iemand met een burn-out krijgt deze

weliswaar door zich 'zelf' te overwerken, iemand anders had onder dezelfde omstandigheden wellicht geen burn-out gekregen.

Er is weinig verschil te zien tussen de antwoorden van de leerlingen voor en na de video's. Rond de 60% koos de eerste keer voor antwoord 1 of 2, 66% koos hier de tweede keer voor. Het is aannemelijk dat dit komt omdat er in de video's geen aandacht is besteed aan het bepalen waardoor een psychische aandoening ontstaat.

10. Ik denk dat niet veel mensen een psychische aandoening hebben.

Dit is een kennisvraag over psychische aandoeningen. Er zijn veel mensen met een psychische aandoening, maar omdat deze vaak onzichtbaar zijn, is de ervaring van veel mensen dat psychische aandoeningen (zeer) weinig voorkomen. Hierdoor ontstaat ook het idee dat psychische aandoeningen extremer zijn dan werkelijk het geval is; de extreme gevallen zijn de uitzonderingen die mensen wél te zien krijgen.

Wat opvalt is dat de meeste leerlingen het niet weten. Zowel voor als na de video kiest rond de 40% voor een 3. Dan kiest nog 25% een 2, maar slechts 15% een 1.

Het gebrek aan kennis en de niet-veranderde houding van de leerlingen is te verklaren doordat er in de video's geen aandacht besteed wordt aan hoe vaak psychische aandoeningen voorkomen.

## BIJLAGE 9 – SCENARIO

N.B.: Dit scenario is geschreven met fictieve personen ter illustratie van de structuur van de video's.

### VIDEO 1

Fade-in

INT.KAMER.DAG

1

Drie mensen stellen zich voor.

V.O.

In deze video stellen deze drie mensen zich aan jullie voor. De vraag is wie van hen een psychische aandoening heeft. Waar zie je dat aan? Daarover gaan jullie zo in gesprek. Dit zijn hun verhalen.

We zien de tekst "Amber".

Fade-in

INT.KAMER.DAG

2

We zien Amber in haar eigen omgeving. Ze vertelt over haar dagelijkse leven, waarin ze een opleiding volgt en een bijbaan heeft bij een bloemenwinkel.

We zien haar de dingen doen die ze dagelijks doet: ontbijten, naar school gaan, studeren, werken.

Ze sluit af met een algemene opmerking over haar leven, bijvoorbeeld dat ze later graag als presentatrice wil werken.

Fade-out

We zien de tekst "Bram".

Fade-in

INT.KAMER.DAG

3

We zien Bram in zijn eigen omgeving. Hij vertelt over zijn dagelijkse leven, waarin hij werkt in een motorzaak en reparaties uitvoert. Daarnaast vindt hij het leuk om wat te drinken met vrienden.

We zien hem de dingen doen die hij dagelijks doet: naar zijn werk rijden, aan motoren sleutelen, met zijn baas praten, wat drinken met vrienden. Hij sluit af met een algemene zin over zijn leven, bijvoorbeeld dat hij hoopt later het bedrijf van zijn baas over te nemen.

Fade-out

We zien de tekst "Lucille".

Fade-in

INT.KAMER.DAG

4

We zien Lucille in haar eigen omgeving. Ze vertelt over haar dagelijkse leven, waar ze naar school gaat en wat haar hobby's zijn. Ze wil in de zorg werken en we zien haar de dingen doen die ze dagelijks doet: naar school gaan, ouderen verzorgen, met vriendinnen afspreken.

Ze sluit af met een algemene opmerking over haar leven, bijvoorbeeld dat het haar veel voldoening geeft om met vriendinnen bij te kunnen kletsen.

Fade-out

*Tijd voor bespreking.  
Zie volgende pagina voor video 2.*

## VIDEO 2

Fade-in

INT.KAMER.DAG

1

V.O.

In de vorige video's hebben jullie de verhalen van Amber, Bram en Lucille gezien. Wie van hen heeft een psychische aandoening?

Alle deelnemers vertellen dat ze een psychische aandoening hebben en hoe deze heet.

De deelnemers vertellen dan kort iets over de impact van hun aandoening.

V.O.

Wat zouden jullie mensen willen meegeven?

De deelnemers benoemen iets wat ze anderen zouden willen meegeven.

AMBER

Dat echt iedereen een psychische aandoening kan hebben of krijgen, jij ook en anderen om je heen ook, het komt veel vaker voor dan je denkt.

BRAM

Vooraf dus omdat je het niet kan zien denken veel mensen dat bijna niemand het heeft, en degenen waarbij je het wel kan zien zijn altijd de extreme gevallen. Daardoor denkt iedereen ook dat het zo extreem moet zijn, anders heb je 'niks'. Daardoor durven mensen ook geen hulp te zoeken.

LUCILLE

Dus alsjeblieft vraag wel hulp want jouw klachten moet je echt niet negeren. Ik heb het ook gedaan en ik kan nu zoveel dingen weer. Voel je je heel lang verdrietig of angstig of gestresst, of wat dan ook, praat er gewoon over met iemand. Laat je helpen.

*Nabespreking met de klas.*