

Stereotypering van rouw: onderzoek naar factoren die bijdragen aan de beeldvorming over rouwproblematiek

Linde Edelman
Studentnummer: 0478865
Master thesis klinische- en gezondheidspsychologie
Begeleidster: Prof. Dr. M.S. Stroebe-Harrold
September 2009

Universiteit Utrecht

Voorwoord

Wat begon met een idee, heeft inmiddels vorm gekregen in een thesis.

De weg ernaar toe kende zijn ups en downs, maar ik kan met recht zeggen dat ik er met plezier op terug kijk.

In het bijzonder wil ik Maggie Stroebe bedanken voor haar enthousiasme, geduld en uitstekende begeleiding. Ik heb veel van haar kunnen leren.

Daarnaast wil ik alle mensen bedanken die mij op welke manier dan ook gesteund hebben tijdens het proces.

Inhoudsopgave

Abstract (engels)	4
Abstract	5
Inleiding	6
Methoden	10
Resultaten	15
Discussie	20
Referentielijst	26
Bijlage A: overzicht van enkele eerdere labeling-studies	29
Bijlage B: document vragenlijsten	31

Abstract

Several studies have found a relationship between the labeling of psychiatric behavior (i.e. psychiatric diagnoses) and the existence of negative stereotype beliefs about mental problems in the general population. According to social psychological theories, these negative stereotype beliefs can have a detrimental effect on the self-image of patients diagnosed with mental illness. The possible inclusion of a new diagnostic category in DSM-V, “Complicated Grief”, therefore raises concerns about possible negative effects for the public imaging of grief and grieving. The current study investigates the impact of a label (diagnosis) ‘Complicated Grief Disorder’ and gender (of grieving person) on assigning negative stereotype beliefs and expectations about a grieving person in the Dutch population. Participants (N=109) were randomly assigned to one of four conditions, each of them presenting a vignette about a grieving person (manipulated by the presence of a label CGD and gender). On the basis of this vignette, participants were asked to fill in a questionnaire about stereotype expectations and beliefs. Also a questionnaire about the willingness to supply social support was filled in. Contrary to what was expected, the presence of a label CGD did not lead to a significant increase in stereotype beliefs and expectations about the person in the vignette. Also, gender of the grieving person did not seem to play a significant role in assigning these kinds of beliefs. The same was found with respect to social support. Although the main hypotheses had to be rejected, several features of the observer (i.e. participant) were found to have a significant effect on stereotyping and offering social support of/to the bereaved. Implications of these findings are discussed.

Abstract

Verscheidene studies hebben aangetoond dat psychiatrische labels (diagnosen) in de algemene bevolking geassocieerd worden met negatieve stereotype ideeën en verwachtingen omtrent mentale problematiek. Het bestaan van zulke negatieve denkbeelden in de bevolking kan volgens sociaalpsychologische theorieën negatieve (sociale) gevolgen hebben voor de patiënt. De mogelijke inclusie van een nieuwe diagnostische categorie in DSM-V, “Gecomplieerde Rouw”, roept derhalve vragen op over de mogelijk negatieve gevolgen van zo’n stoornis voor de algemene beeldvorming over rouw(problematiek). Huidige studie haakt op deze vraag in door te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op de beeldvorming van rouwproblematiek onder de Nederlandse bevolking, waarbij de invloed van een diagnose “Gecomplieerde Rouwstoornis” en de sekse van de rouwende persoon centraal staan. Participanten (N=109) zijn random toegewezen aan één van vier versies van een vignet over een persoon met rouwproblematiek (gemanipuleerd in aanwezigheid van een label GRS en sekse). Op basis van dit vignet werden vervolgens twee vragenlijsten aangeboden: één over stereotype ideeën en verwachtingen omtrent de persoon en de problematiek en één over de bereidheid tot het bieden van steun. In tegenstelling tot wat verwacht werd, bleek de aanwezigheid van een label GRS niet tot een negatiever (meer stereotype) beeld van de rouwende te leiden. Daarnaast werden mannelijke nabestaanden met rouwproblematiek niet anders beoordeeld dan vrouwelijke nabestaanden met dezelfde problematiek. Tevens bleken de twee gemanipuleerde kenmerken in het vignet (label en sekse) geen invloed uit te oefenen op sociale steun. Wel bleken bepaalde eigenschappen van de beoordelaar (participant) van invloed te zijn op stereotypering van personen met rouwproblematiek en de bereidheid tot het bieden van steun. Implicaties van deze bevindingen worden besproken.

1. Inleiding

Stereotypen zijn generalisaties over groepen mensen waarbij identieke karakteristieken aan alle groepsleden worden toegeschreven en waarbij blindheid voor individuele verschillen optreedt (Aronson, Wilkert & Akert, 2005). Mensen met psychiatrische problematiek zijn vaak het ‘doelwit’ van stereotypering (van 't Veer, Kraan, Drossaert, & Modde, 2006).

Hayward en Bright (1997) noemen vier veel voorkomende stereotypen over mensen met een mentale stoornis: mensen met een psychiatrische stoornis zijn gevaarlijk (gevaarlijkheid), mensen met een psychiatrische stoornis zijn onvoorspelbaar (onvoorspelbaarheid), het gedrag en de problematiek van mensen met een psychiatrische stoornis komt voort uit een interne, psychische kwetsbaarheid (interne attributie), een psychiatrische stoornis heeft een chronisch karakter (slechte prognose). Andere in de literatuur genoemde stereotypen zijn onverantwoordelijkheid, onvolwassenheid (Taylor & Dear, 1980; in Corrigan & Watson, 2002) en incompetentie of lage intelligentie (van 't Veer et. al., 2006).

De impact van zo'n negatieve beeldvorming over mensen met een mentale stoornis kan groot zijn wanneer die tot discriminatie of uitsluiting leidt (Scheff, 1974; Corrigan, 1998; Link & Phelan, 2001). Dit proces, aangeduid met de term 'stigmatisering', kan men ontleden in vier aan elkaar gerelateerde componenten (Link & Phelan, 2001):

1. Labeling: opmerken van inter-persoonlijke verschillen en categorisering
2. Stereotypering: labels in verband brengen met heersende stereotypen
3. Onderscheiding: duidelijk onderscheid maken tussen groepen ("wij" versus "zij")
4. Discriminatie: uitsluiting en of benadeling

Volgens sommigen speelt het huidige diagnostische classificatiesysteem (DSM-IV) een rol in het voortbestaan van stigmatisering van psychiatrisch patiënten, doordat labels (diagnoses) weinig nadruk leggen op individuele verschillen en stereotypering zodoende in de hand werken (o.a. Corrigan, 2007). Verscheidene onderzoeken hebben het al dan niet bestaan van deze relatie (label-stigma) onderzocht door na te gaan of een psychiatrisch label, onafhankelijk van gedrag, leidt tot discriminatie in de vorm van sociale distantie (uitsluiting). De meeste van deze onderzoeken vinden dat een psychiatrisch label, ongeacht gedrag, inderdaad leidt tot sociale distantie (zie voor een overzicht van studies bijlage A). Opvallend is echter, dat dit alléén gevonden wordt voor de meer 'ernstige' labels (met name schizofrenie) en niet voor 'mildere' labels (bijvoorbeeld depressie of angststoornissen) (Angermeyer & Matschinger, 2003; Nordt, Rössler & Lauber, 2006; Sari, Arkar & Alkin, 2005). Een verklaring die hiervoor wordt aangedragen is dat stoornissen met een meer vervreemdend karakter eerder als potentieel 'gevaarlijk' beschouwd worden dan stoornissen met een meer herkenbaar karakter (Baumann, 2007). Het eerdergenoemde stereotype 'gevaarlijkheid' blijkt dan ook een significante voorspeller van sociale distantie te zijn (o.a. Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999).

Hoewel hieruit geconcludeerd kan worden dat 'mildere' psychiatrische labels niet leiden tot

stigmatisering omdat zij geen ‘gevaarlijk’ imago hebben, lijkt er geen reden om aan te nemen dat zij geen negatieve invloed kunnen hebben op het leven van iemand met een dergelijke psychiatrische stoornis. Stereotypen als ‘slechte prognose’, ‘incompetentie’ en ‘interne attributie’, welke van toepassing zijn op psychiatrische stoornissen in het algemeen (o.a. van 't Veer, Kraan, Drossaert, & Modde, 2006), kunnen namelijk een ondermijnend effect hebben op het zelfvertrouwen van een patiënt (Corrigan, 1998). Dit fenomeen wordt aangeduid met ‘zelfstigmatisering’ en bestaat uit het internaliseren van heersende negatieve stereotypen. Het idee dat mensen met een depressie zwak zijn, zou iemand met een depressie bijvoorbeeld het gevoel kunnen geven dat hij of zij zwak is (Corrigan & Watson, 2002). Tevens zou zo’n stereotype self-fulfilling kunnen werken: men gaat zich ‘naar verwachting’ gedragen, ook wel aangeduid met de term ‘verwacht stigma’ (Corrigan & Watson, 2002). Zelf-stigma en verwacht stigma kunnen niet alleen een negatieve invloed hebben op zelfvertrouwen en zelf-effectiviteit (Corrigan, Watson, & Barr, 2006) maar tevens een belemmering vormen in het zoeken van adequate hulp (Barney, Griffiths, Jorm & Christensen, 2006; Bambauer & Prigerson, 2006).

Rouw als pathologie: Gecomplieerde rouw

Naar stereotypering van rouw en aan rouw gerelateerde problematiek is tot op heden nog geen onderzoek gedaan. De eventuele inclusie van een pathologische vorm van rouw in DSM-V maakt dit echter wel relevant. Het opnemen van dit ziektebeeld “Gecomplieerde rouw stoornis” (GRS) zou volgens voorstanders nodig zijn om mensen met specifieke en langdurige rouwklachten een adequate behandeling te kunnen bieden (Prigerson & Maciejewski, 2006). Hoewel het wetenschappelijke debat over de mogelijke opname van deze nieuwe stoornis zich voornamelijk richt op de validiteit en betrouwbaarheid van de diagnose (Parkes, 2005; Prigerson & Maciejewski, 2006), rijzen tevens vragen op over de mogelijk negatieve gevolgen van het pathologiseren van rouw (Hogan, Worden & Schmidt, 2004; Stroebe, Schut & Finkenauer, 2001). Juist omdat rouw in beginsel een natuurlijke reactie is op het verlies van een naaste of dierbare, is het van belang na te gaan wat de gevolgen zijn van een diagnose “gecomplieerde rouw stoornis” voor toekomstige patiënten (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007).

Mogelijk ‘sociale’ gevolgen van een label GRS

Gezien het ‘herkenbare’ en affectieve karakter van rouw lijkt het zeer onwaarschijnlijk dat een diagnose GRS gevoelens van gevaarlijkheid oproept en derhalve leidt tot sociale distantiëring. Echter, mogelijk zal zij wel leiden tot het activeren van algemene stereotypen van mentale stoornissen en zo leiden tot een negatieve beeldvorming. Naast de vraag wat hiervan de eventuele gevolgen zullen zijn voor het zelfbeeld van de rouwende (patiënt), kan men zich afvragen wat de gevolgen zullen zijn voor heersende opvattingen over ‘normale’ rouw en rouwverwerking (Stroebe, van Son, Stroebe, Kleber, Schut, & van den Bout, 2000).

Tevens heeft het labelen van rouwproblematiek als stoornis mogelijk nog een andere ‘sociale’ consequentie: namelijk een afname van sociale steun uit de directe omgeving. De fundering hiervoor

komt uit onderzoek naar sociale steun en professionele begeleiding bij rouw van de Keijser (1997). Hij doet hierin de ontdekking dat nabestaanden die professionele rouwbegeleiding krijgen, *minder* sociale steun rapporteren dan nabestaanden die géén professionele rouwbegeleiding (maar dezelfde mate van rouwproblematiek ervaren) krijgen (de Keijser, 1997). Een hiervoor aangedragen verklaring is dat het krijgen van professionele hulp bij de omgeving van nabestaanden leiden tot het idee dat zij zelf weinig meer kan toevoegen, of zelfs bang is om de effecten van de professionele hulp teniet te doen wanneer zij hiermee interfereert (de Keijser, 1997). Daarnaast is voor te stellen dat mensen uit de omgeving van de rouwende over het algemeen onzeker zijn over de omgang met diegene (bijvoorbeeld omdat zij niet goed weten wat ze moeten zeggen) en interactie daarom liever uit de weg gaan.

Beide kenmerken –afstand nemen door de omgeving vanwege het ontvangen van professionele hulp (hierna “afstand nemen” genoemd) en onzekerheid in interactie (hierna “interactieonzekerheid” genoemd)- worden mogelijk versterkt door de toewijzing van een diagnose (label); ten eerste omdat een diagnose doorgaans gepaard gaat met professionele hulp (waardoor men mogelijk geneigd is zich terug te trekken), ten tweede omdat een diagnose iets zegt over de ernst van de situatie en onzekerheid hierdoor mogelijk versterkt.

Huidig onderzoek

Huidig onderzoek stelt zich primair tot doel na te gaan of het label ‘Gecompliceerde rouwstoornis’ (GRS) negatieve sociale consequenties met zich meebrengt in de vorm van stereotypering en een afname van sociale steun. Naast het effect van het label GRS zal gekeken worden naar de invloed van de sekse van de rouwende persoon op stereotypering. Dit is met name relevant vanwege het feit dat affectieve problematiek vaker bij vrouwen wordt vastgesteld dan bij mannen (o.a. Sachs-Ericsson & Ciarlo, 2000). Affectieve problematiek wordt bij vrouwen dan ook eerder als ‘normaal’ en acceptabel beschouwd dan bij mannen (Schnittker, 2000). Dit kan erop wijzen dat mannen met rouwproblematiek *minder* onderhevig zijn aan stereotypering dan vrouwen met dezelfde problematiek (een man wordt waarschijnlijk eerder als ‘uitzondering’ beschouwd).

Uit verscheidene onderzoeken naar label en stigma blijkt tevens dat niet alleen de aanwezigheid van een psychiatrisch label, maar ook kenmerken van de observator invloed kunnen uitoefenen op het vormen van stereotype attitudes (Phelan & Basow, 2007; Corrigan & Watson, 2007). Derhalve zal de huidige studie, naast de invloed van het psychiatrisch label GRS en sekse, ook aandacht schenken aan de mogelijke effecten van een aantal participantkenmerken.

Om de invloed van een label GRS en de sekse van de rouwende op stereotypering en sociale steun te onderzoeken is gekozen voor een experimentele opzet waarbij – in navolging van enkele eerder aangehaald onderzoeken (bijv. Sari et. al., 2005) - gebruik wordt gemaakt van een vignet dat gemanipuleerd is in de aanwezigheid van een label en de sekse van de beschreven persoon. De condities van het vignet (resp. label en sekse) fungeren als onafhankelijke variabelen.

Hypothesen

□ Invloed van label GRS

Hypothese 1: Een diagnose leidt tot een hogere mate van stereotypering:

Verwacht wordt dat participanten met een gelabeld vignet (diagnose GRS) gemiddeld *hogere* scores op een stereotypen vragenlijst dan participanten met een niet-gelabeld vignet.

Hypothese 2: Een diagnose leidt tot een afname van sociale steun:

Verwacht wordt dat participanten met een gelabeld vignet (diagnose GRS) gemiddeld *lager* scores op een sociale steun vragenlijst dan participanten met een niet-gelabeld vignet.

□ Invloed van sekse (van de rouwende persoon)

Hypothese 3: Rouwende vrouwen worden meer stereotype beoordeeld dan rouwende mannen:

Verwacht wordt dat participanten met een vrouwelijk vignet gemiddeld hogere scores op een stereotypen vragenlijst dan participanten met een mannelijk vignet.

□ Gezamenlijke effecten van label en sekse (van de rouwende persoon)

Hypothese 4: Vrouwen met een diagnose GRS zijn het meest onderhevig aan stereotypering:

Verwacht wordt dat participanten met een vrouwelijk, gelabeld vignet (♀ + label) gemiddeld het hoogst zullen scoren op een stereotypen vragenlijst.

□ Additionele analyses: Invloed van participantkenmerken op stereotypering en sociale steun

Naast de hoofdanalyses, zoals in bovenstaande hypothesen geformuleerd, zal gekeken worden naar de mogelijke invloed van enkele kenmerken van de lezer van het vignet (participant) op stereotype attitudes en (het rapporteren van) sociale steun. De invloed van de volgende participantkenmerken zal worden nagegaan: **'afstand nemen'** (d.w.z. opvattingen over het met rust laten van een persoon wanneer hij of zij professionele hulp krijgt), **'interactieonzekerheid'** (d.w.z. de gerapporteerde mate van onzekerheid in omgang met personen in rouw), **sekse, opleidingsniveau, recente verlieservaring en ervaring met een psychiatrische stoornis.**

2. Methoden

Zoals in de inleiding vermeld, staat de invloed van een label GRS op stereotype attitudes en het geven van steun in dit onderzoek centraal. Tevens wordt de rol die de sekse van de rouwende persoon speelt in het toeschrijven van stereotypen en het geven van steun onderzocht. Tot slot wordt gekeken naar mogelijke invloeden van eigenschappen van de beoordelaar (participantkenmerken).

De onderzoeksopzet is experimenteel: participanten worden random toegewezen aan een van vier versies van een vignet over een rouwend persoon. Het vignet is gemanipuleerd in de aanwezigheid van een label GRS (wel/niet) en sekse (man/vrouw). Hierdoor ontstaan twee experimentele condities (te weten ‘label’ en ‘sekse’).

2.1 Participanten

In totaal hebben 109 participanten aan dit onderzoek deelgenomen. Er waren vooraf geen specifieke exclusie – criteria opgesteld, met uitzondering van de voorwaarde dat men voor deelname ten minste 18 jaar oud (meerderjarig) moest zijn. Van de participanten is 25,7 procent man (N=28) en 74,3 procent vrouw (N=81). Leeftijden van de participanten lopen uiteen van 18 tot 62 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 26.3 (SD 10). Bij mannen ligt dit gemiddelde op 29.1 jaar (SD 8.5), bij vrouwen op 25.4 jaar (SD 10.3). Voor een overzicht van demografische gegevens van de steekproef in zijn geheel en per vignet, zie tabel 1.

Tabel 1: Demografische kenmerken van de steekproef

Kenmerken	1.♂ neutraal N=23		2.♂ label N=30		3.♀ neutraal N=22		4.♀ label N=34		Totaal Steekproef N=109	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Leeftijd (gem.)	26.48 (9.13)		26.80 (10.83)		27.18 (10.10)		25.26 (9.94)		26.33	
Geslacht										
Man	6	26.1	5	16.7	6	27.3	11	32.4	28	25.7
Vrouw	17	73.9	25	83.3	16	72.7	23	67.6	81	74.3
Opl. niveau										
Laag	5	21.7	4	13.3	3	13.6	3	8.8	15	13.8
Hoog	18	78.3	26	86.7	19	86.4	31	91.2	94	86.2

2.2 Procedure

2.2.1 Ontwerp

Voor het ontwerpen en publiceren van het onderzoek is gebruik gemaakt van de online applicatie “Netquestionnaires”, die regelmatig wordt ingezet voor het afnemen van sociaalwetenschappelijk onderzoek (www.netq.nl).

2.2.2 Procedure voor het werven van participanten

Participanten zijn geworven via een uitnodiging per e-mail met daarin een link naar het onderzoek. Tevens is een oproep (met link) geplaatst op het forum van de website <http://www.psycholoog.net>, een website met nieuwtjes en wetenschappelijke bevindingen omtrent psychologie.

Wanneer participanten op de link van het onderzoek klikten, kregen zij eerst uitleg over het doel en de achtergrond van het onderzoek. Vanwege de experimentele aard van het onderzoek, is het precieze doel van het onderzoek vrij globaal gehouden en is de exacte procedure (manipulatie van de vignet) achterwege gelaten. Na het lezen van de introductie, de algemene voorwaarden (waaronder de garantie van anonimiteit en vertrouwelijkheid) en de rechten van de participant (o.a. de mogelijkheid te allen tijde te stoppen met het onderzoek zonder consequenties) werd er verzocht op “akkoord” te klikken (zie ook bijlage B). Hiermee werd door de participant zijn of haar toestemming voor deelname verschaft. Het gehele onderzoek nam gemiddeld ongeveer 15 minuten in beslag en bestond uit het invullen van in totaal vijf vragenlijsten en het lezen van een vignet. Participanten konden, wanneer zij na deelname een e-mail stuurden naar onderzoekrouw@live.nl, kans maken op een bioscoopbon.

2.2.3 Het vignet

Het vignet dat in huidig onderzoek is gebruikt gaat als volgt ; “Hans is een volwassen man. Hij heeft zes maanden geleden zijn neef (en tevens goede vriend) verloren. Hans vindt de dood van zijn neef erg moeilijk te accepteren en denkt hier dagelijks aan. Hij lijkt zelfs nergens anders meer aan te kunnen denken. Het overlijden van zijn neef heeft bij Hans geleid tot sterke gevoelens van ongeloof, machteloosheid en frustratie. Ook voelt Hans zich sindsdien vaak eenzaam. Soms heeft hij het gevoel dat de toekomst en het leven in zijn algemeenheid er niet veel meer toe doen. Hans omschrijft de dood van zijn neef als “het verlies van een stukje van mijzelf”.Tevens ervaart Hans sinds het overlijden veel problemen met de concentratie en ziet hij het nut van zijn werk niet meer in”.

Zoals eerder vermeld bestaan er van dit vignet nog drie andere versies. Bij de ‘label’-versie van het vignet vindt de volgende toevoeging plaats (welke bij de niet-gelabelde versie achterwege wordt gelaten);

”Drie weken geleden besloot Hans hulp te zoeken bij een psycholoog. Deze constateerde dat Hans lijdt aan het psychiatrisch ziektebeeld “Gecomplieerde Rouwstoornis”. Een week geleden is hij hiervoor in therapie gegaan”. De (extra) toevoeging over therapie heeft als reden dat verwacht wordt dat sociale steun afneemt wanneer sprake is van professionele hulpverlening (hypothese 2).

Tevens bestaat er van zowel de gelabelde als de niet-gelabelde versie een mannelijke en een vrouwelijke variant (Hans of Hanna). Het vignet is opgesteld aan de hand van de criteria die zijn opgesteld voor gecompliceerde rouw stoornis (Prigerson & Maciejewski, 2006).

Het vignet wordt op twee momenten gedurende het onderzoek aangeboden: een keer vóór de afname van de stereotypen vragenlijst en een keer vóór de afname van de sociale steun vragenlijst. Bij de tweede aanbieding wordt participanten gevraagd zich in te beelden dat degene waarover het vignet

gaat (Hanna of Hans) een bekende is. Zie voor de vier verschillende versies van het vignet alsmede volgorde van afname bijlage B.

2.2.4 Vragenlijsten ¹

De vragenlijsten en hun betrouwbaarheid (interne consistentie) worden hieronder kort toegelicht. De vragenlijsten staan in volgorde van afname. Voor inzage in de vragenlijsten, zie bijlage B.

1. *Demografische gegevens*

Participanten moesten vragen invullen met betrekking tot hun leeftijd, geslacht, opleidingsniveau (hoogst genoten opleiding), ervaring met psychiatrische stoornis (zelf of eerstegraads familielid) verlies van een dierbaar persoon in het afgelopen jaar (ja/nee) en (indien hiervan sprake was) de mate van huidig psychische ‘last’ van dit verlies (4-punts Likertschaal rangerend van “in het geheel niet” tot “heel erg”).

2. *Interactieonzekerheid*

De mate van onzekerheid in interactie met personen in rouw wordt gemeten met een korte vragenlijst “Interactieonzekerheid”, welke speciaal voor huidig onderzoek is ontwikkeld. De vragenlijst bevat zeven stellingen over gevoelens en gedachten die men kan hebben in de omgang met rouwende personen (bijvoorbeeld: “In de omgang met de betreffende persoon zou ik bang zijn dat hij of zij in huilen zou uitbarsten”). Participanten kunnen aangeven in hoeverre zij zich in elke stelling herkennen door middel van een vier puntsschaal, rangerend van “geheel niet op mij van toepassing” tot “geheel op mij van toepassing”. De schaal heeft een hoge betrouwbaarheid (α .77).

2. *Afstand nemen*

Om opvattingen over het geven van sociale steun náást professionele hulp te meten, is speciaal voor dit onderzoek een 4-item vragenlijst “Afstand Nemen” (AN) geconstrueerd. Een voorbeeld item is: “Wanneer iemand met psychische klachten professionele hulp krijgt (bijvoorbeeld van een psycholoog), moet de omgeving zich als ‘hulpverlener’ terugtrekken”. Antwoordmogelijkheden d.m.v. een 5-punts Likertschaal, rangerend van “geheel mee oneens” tot “geheel mee eens”. De schaal heeft een Cronbach’s alfa coëfficiënt van .69, wat een redelijke betrouwbaarheid impliceert (Pallant, 2001).

3. *Stereotypen*

Op basis van eerdere studies naar labeling en stigma van mentale stoornissen is in dit onderzoek gekozen voor drie (regelmatig gevonden) algemene stereotypen over mentale stoornissen, namelijk incompetentie, slechte prognose en interne attributie. Met het stereotype ‘incompetentie’ worden verwachtingen over het hebben van een lagere intelligentie en mindere arbeidsgeschiktheid bedoeld (van ’t Veer et. al., 2006). Het stereotype ‘slechte prognose’ verwijst naar verwachtingen over een

¹ Het vignet wordt voor en na afname van de stereotypen vragenlijst aangeboden. Het aanbieden van de vragenlijsten “Interactie onzekerheid” en “Afstand nemen” vóór het vignet betreft een constructiefout. Deze wordt in de Discussie verder besproken.

negatief verloop van de klachten (Hayward & Bright, 1997). Het stereotype ‘interne attributie’ verwijst naar verwachtingen over een ‘interne’ oorzaak (etiologie) van het klachtbeeld (persoon in plaats van situatie) (van 't Veer et. al., 2006). Voor het meten van elk van de drie stereotypen zijn zeven items geconstrueerd. In totaal bevat de vragenlijst derhalve eenentwintig items welke in een gerandomiseerde lijst (dus niet per stereotype) worden aangeboden. De totale schaal (21 items) heeft een Cronbach's alfa coëfficiënt van .83, wat een hoge betrouwbaarheid impliceert (Pallant, 2001). Cronbach's alfa coëfficiënten per stereotype:

Incompetentie schaal: α .70

Interne attributie schaal: α .71

Slechte prognose schaal: α .60

4. *Sociale steun*

Sociale steun kan omschreven worden als “elke interactie of transactie met een persoon uit het sociale netwerk, waarbij sprake is van een intentionele relatie tot het ontvangen van steun tussen steungever en ontvanger” (de Keijser, 1997). De vragenlijst sociale steun die in dit onderzoek wordt gebruikt is gebaseerd op de Sociale Steun Lijst-Interacties (van Sonderen, 1991). Er zijn hieruit alleen die items geselecteerd die voor huidig onderzoek van belang zijn. Dit zijn items die sociale steun op gebied van psychische hulpverlening en interactie reflecteren. Een item als “... spulletjes of een klein bedrag lenen” (uit de SSL-I, van Sonderen, 1991) zal bijvoorbeeld naar verwachting niet worden beïnvloed door de aanwezigheid van een diagnose of door ‘onzekerheid in interactie’. Derhalve is dit item niet in huidige sociale steun lijst opgenomen. De huidige sociale steun lijst is gelijkend aan de Globale Steun Lijst (de Keijser, 1997) die tevens is gebaseerd op de SSL-I (de Keijser, 1997). Om eerdergenoemde redenen zijn echter ook niet alle items meegenomen en zijn er een aantal items van de SSL-I toegevoegd. De schaal heeft een Cronbach's alfa coëfficiënt van .79. Dit impliceert een hoge betrouwbaarheid (Pallant, 2001).

5. *Empathie*

Empathie zal in dit onderzoek dienst doen als controle-variabele wanneer gekeken wordt naar de invloed van de onafhankelijke variabele (vignet) op stereotypen en sociale steun. Naar voorbeeld van Phelan en Basow (2007) worden voor het meten van empathie twee subschalen van de Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1980) gebruikt. Het gaat om de subschalen Perspectief Nemen (PN) en Empathische Betrokkenheid (EB). De items van beide schalen worden in een gerandomiseerde lijst aangeboden. In totaal bevat de huidige empathie vragenlijst veertien items. Omdat er geen Nederlandse vertaling gevonden was, zijn de twee subschalen voor dit onderzoek vertaald naar het Nederlands. Getracht is om de items zoveel mogelijk letterlijk te vertalen. Item 4 uit de vragenlijst is echter vertaald als “Ik ben een nogal zachtaardig persoon” (in plaats van de letterlijke vertaling “Ik zou mijzelf beschrijven als een nogal zachtaardig persoon”). Dit heeft als reden dat de antwoordmogelijkheden nu beter bij de vraagstelling aansluiten. De Cronbach's alfa van de vertaalde versie in deze studie bedraagt voor de gehele schaal (PN + EB) .72. Dit impliceert een voldoende

betrouwbaarheid (Pallant, 2001).

2.3 Statistiek

Voor data-analyse is gebruik gemaakt van het statistisch programma SPSS 15.0.

De gebruikte statistische analyses worden vermeld in het onderdeel Resultaten.

Niveau van alpha is vastgezet op .05, tenzij anders vermeld.

3. Resultaten

3.2 Preliminaire analyses

Voorafgaande aan het toetsen van de hypothesen is per afhankelijke variabele getoetst of er sprake was van een normaalverdeling van scores. Hieruit bleek dat de scores op de sociale steun vragenlijst niet-normaal verdeeld waren. Om deze reden zijn de scores op de sociale steun lijst getransformeerd of is er, wanneer mogelijk, non-parametrisch getoetst. Tevens zijn de correlaties tussen de gemiddelde scores op verschillende variabelen berekend (tabel 2). Zoals verwacht correleren de scores op de vragenlijsten ‘interactieonzekerheid’ en ‘afstand nemen’ beide in verwachte richting met de scores op de afhankelijke variabele sociale steun. Opvallend is dat empathie niet correleert met de scores op stereotypen of sociale steun. Op grond van deze bevinding zal empathie dan ook vervallen als controle-variabele.

Tabel 2: *Pearson Product-Moment correlaties tussen de vragenlijsten.*

Totaalscores	1	2	3	4
1. Empathie	-			
2. Afstand nemen	-.199*	-		
3. Interactie onz.	-.116	.149	-	
4. Stereotypen	-.091	.064	.148	-
5. Sociale steun	.179	-.267**	-.380**	.058

N= 109. *p<.05 **p<.01

Zie Tabel 3 voor het aantal participanten die ervaring heeft met een psychiatrische stoornis (“ervaring met psychiatrische stoornis”) en/of recent iemand verloren heeft (“verlieservaring”).

Tabel 3: *Ervaring met psychiatrische stoornis en verlieservaring per vignet.*

Kenmerken	1. ♂ neutraal N=23		2. ♂ label N=30		3. ♀ neutraal N=22		4. ♀ label N=34		Totaal Steekproef N=109	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Erv. met psych. stoornis										
Ja	5	21.7	7	23.3	6	27.3	4	11.8	22	20.2
Nee	18	78.3	23	76.7	16	72.7	30	88.2	87	79.8
Verlieservaring (≤1 jaar)										
Ja	3	13	12	40	4	18.2	9	26.5	28	25.7
Nee	20	87	18	60	18	81.8	25	73.5	81	74.3

3.2 Resultaten per hypothese

3.2.1 Invloed van label GRS

Verwacht wordt dat participanten met een gelabeld vignet hoger scoren op de stereotypen vragenlijst dan participanten die een neutraal vignet hebben gelezen (*hypothese 1*). Daarnaast wordt verwacht dat participanten met een gelabeld vignet lager scoren op de sociale steun vragenlijst dan participanten

met een neutraal vignet (*hypothese 2*).

Voor het toetsen van beide hypothesen is de onafhankelijke variabele “*label vignet*” aangemaakt, bestaande uit twee condities, te weten “*neutraal*” (participanten met vignet 1 en 3, N=45) en “*label*” (participanten met vignet 2 en 4, N=64).

Hypothese 1: Om na te gaan of er een verschil in gemiddelde scores bestaat op de stereotypen vragenlijst tussen participanten met een gelabeld vignet en participanten met een neutraal vignet is een onafhankelijke-groepen T-toets uitgevoerd. Uit de T-toets blijkt dat er géén significante verschillen bestaan tussen participanten met een gelabeld vignet (M= 45.01, SD=8.23) en participanten met een neutraal vignet [M=46.17, SD= 9.41, $t(107)=.684$, $p>.05$]. De toevoeging van een diagnose GRS blijkt derhalve geen invloed uit te oefenen op stereotypering in het algemeen.

Tevens is gekeken of er verschil optreedt tussen de condities “*label*” en “*neutraal*” van het vignet op de gemiddelde scores van *elk van de stereotypen apart* (incompetentie, interne attributie en slechte prognose). Hiervoor is een MANOVA uitgevoerd met als drie afhankelijke variabelen de drie schalen van de stereotypen vragenlijst en als onafhankelijke variabele “*label vignet*”.

Uit de MANOVA blijkt dat er géén significante verschillen zijn tussen de twee condities op de totaalscores van elk van de drie stereotypen (Wilks’ Lambda $p=.134$).

Op basis van de gevonden resultaten wordt geconcludeerd dat de conditie “*label*” geen verschil maakt met de conditie “*neutraal*” van het vignet als het gaat om het toeschrijven van stereotypen; *hypothese 1* wordt derhalve verworpen.

Hypothese 2: Om na te gaan of er een verschil bestaat in scores op de sociale steun vragenlijst tussen participanten met een gelabeld vignet en participanten met een neutraal vignet is een Mann-Whitney toets uitgevoerd. Er is géén significant verschil gevonden in scores tussen participanten met een gelabeld vignet (M=27.53, SD=5.09) en participanten met een neutraal vignet [M=26.86, SD=5.25, $z=-.33$ $p=>.05$]. Dit betekent dat *hypothese 2* wordt verworpen: een diagnose GRS blijkt geen invloed uit te oefenen op (het rapporteren van) het bieden van steun.

3.2.2 Invloed van sekse (van de rouwende persoon)

Verwacht wordt dat participanten met een vrouwelijk vignet hoger scoren op de stereotypen vragenlijst dan participanten met een mannelijk vignet (*hypothese 3*).

Voor het onderzoeken van mogelijke effecten van de sekse van de rouwende persoon op de afhankelijke variabelen is de onafhankelijke variabele “*sekse vignet*” aangemaakt, bestaande uit de conditie “*man*” (Hans; participanten met vignet 1 en 2) en de conditie “*vrouw*” (Hanna; participanten met vignet 3 en 4).

Hypothese 3: Om de gemiddelde scores op de stereotypen vragenlijst tussen participanten met een ‘mannelijk’ vignet en participanten met een ‘vrouwelijk’ vignet met elkaar te vergelijken is een onafhankelijke-groepen T-toets uitgevoerd. Er is géén significant verschil gevonden tussen de scores van participanten met een mannelijk vignet (M=44.66, SD=9.25) en participanten met een vrouwelijk

vignet [$M=46.28$, $SD=8.17$; $t(107)=-.973$, $p>.05$]. Ook voor de stereotypen apart zijn geen significante verschillen gevonden op basis van sekse van het vignet. Samenvattend kan gesteld worden dat de sekse van de rouwende in huidig onderzoek géén invloed heeft op de toeschrijving van stereotype attitudes; hypothese 3 wordt derhalve verworpen.

Tevens is nagegaan of de sekse van het vignet invloed heeft op de scores van de sociale steun vragenlijst. Hiervoor is een Mann-Whitney toets uitgevoerd, waaruit blijkt dat tevens géén significant bestaat in scores op de sociale steun vragenlijst tussen participanten met een mannelijk vignet ($M=27.22$, $SD=4.83$) en participanten met een vrouwelijk vignet [$M=27.28$, $SD=5.46$, $z=-.033$, $p>.05$]. De sekse van de rouwende persoon (sekse van het vignet) heeft derhalve ook geen invloed op het geven van sociale steun.

3.2.3 Invloed van label en sekse (interactie-effect)

Verwacht werd, dat de invloed van label en sekse (van het vignet) elkaar versterken. Anders gezegd: er werd verwacht dat een *vrouwelijk* vignet dat tevens over een label beschikt (beide voorspelde risicofactoren voor stereotypering) het hoogste ‘risico’ loopt op stereotypering (*hypothese 4*). Nu uit de vorige analyses is gebleken dat zowel de aanwezigheid van een label (wel/niet) alsmede de sekse van het vignet (Hans vs. Hanna) géén invloed uitoefenen op stereotypering, is het zinloos te veronderstellen dat deze factoren elkaar versterken. Het is echter nog wel mogelijk dat de invloed van de aanwezigheid van een label (wel/niet) *afhankelijk* is van de sekse van het vignet (en andersom). Om dit te toetsen is een tweeweg-ANOVA uitgevoerd met als onafhankelijke variabelen “*label vignet*” en “*sekse vignet*”. Zoals verwacht (zie resultaten hypothesen 1 en 3) zijn géén hoofd-effecten gevonden voor de onafhankelijke variabele “*label vignet*” en de onafhankelijke variabele “*sekse vignet*”. Wél is een significant interactie-effect van “*label vignet*” × “*sekse vignet*” gevonden [$F(2.105)= 6.128$, $p<.05$] met een effectgrootte van $\eta^2 .055$. Om na te gaan welke vignetten significant van elkaar verschillen zijn onafhankelijke groepen T-toetsen uitgevoerd tussen vignetten binnen de twee condities (“*label*” en “*sekse*”). Hieruit blijkt dat er sprake is van een significant verschil op de stereotypen scores tussen de “*neutrale*” vignetten (vignet 1 en 3), waarbij participanten met vignet 1 (Hans neutraal; $M=43.0$, $SD=9.33$) significant *lager* scoren dan participanten met vignet 3 [Hanna neutraal; $M=49.5$, $SD=8.47$, $t(43)=-2.44$, $p<.05$]. Dit betekent dat aan vrouwelijke vignetten *zonder diagnose* meer stereotypen worden toegekend dan aan mannelijke vignetten *zonder diagnose*.

Er kan nu geconcludeerd worden dat rouwende vrouwen en mannen (hoofdeffect sekse) niet verschillend beoordeeld worden. Tevens worden rouwende personen met een diagnose GRS niet anders (negatiever) beoordeeld dan rouwende personen zonder een diagnose GRS (hoofdeffect label). Wanneer echter beide factoren in interactie met elkaar bekeken worden, blijkt dat rouwende mannen en vrouwen zónder label wel van elkaar verschillen; namelijk, vrouwen worden meer stereotiep (negatief) beoordeeld dan mannen. Wanneer een diagnose (label) bekend is, valt dit verschil tussen mannen en vrouwen weg. Er is dus, zoals verwacht, een interactie-effect gevonden van sekse en label

van het vignet, echter niet in de verwachte richting.

3.2.4 Invloed van participantkenmerken op sociale steun

Afstand nemen: Om na te gaan of participanten met een hoge scores op ‘afstand nemen’ verschillen in scores op de sociale steun vragenlijst van participanten met lage scores op ‘afstand nemen’ is een Mann Whitney-toets uitgevoerd. Hieruit blijkt dat er een significant verschil in sociale steun scores bestaat tussen participanten die hoog scoren op afstand nemen ($M=25.45$, $SD=5.52$) en participanten die laag scoren op afstand nemen [$M=28.38$, $SD=4.58$, $z=-2.72$, $p<.01$]. Voor het toetsen van een interactie-effect tussen afstand nemen en label is een tweeweg-ANOVA uitgevoerd. Uit de output blijkt dat er géén sprake is van een interactie-effect [$F(2,101)=.780$, $p>.05$]. De conclusie is derhalve dat de conditie “label” van het vignet (label of neutraal) niets toe voegt.

Interactie-onzekerheid: Om na te gaan of participanten met hoge scores op interactieonzekerheid verschillen in hun scores op de sociale steun vragenlijst van participanten met lage scores op interactieonzekerheid is een Mann Whitney-toets uitgevoerd. Hieruit blijkt dat er een significant verschil in sociale steun scores bestaat tussen participanten die hoog scoren op interactieonzekerheid ($M=24.29$, $SD=5.22$) en participanten die laag scoren op interactieonzekerheid [$M=29.50$, $SD=3.80$, $z=-5.27$, $p<.01$]. Voor het toetsen van een mogelijk interactie-effect tussen interactieonzekerheid en label is een tweeweg ANOVA (met getransformeerde sociale steun scores) uitgevoerd. Er is géén interactie-effect van interactieonzekerheid en vignet op sociale steun gevonden [$F(2,101)=.583$, $p>.05$].

Ervaring met een psychiatrische stoornis:

Om te onderzoeken of participanten met ervaring met een psychiatrische stoornis verschillen in hun scores op een sociale steun vragenlijst van participanten die géén ervaring hebben met een psychiatrische stoornis, is een Mann Whitney toets uitgevoerd.

Hieruit blijkt dat participanten met ervaring met een psychiatrische stoornis significant hoger scoren op sociale steun ($M=29.31$, $SD=4.57$) dan mensen die géén ervaring hebben met een psychiatrische stoornis [$M=26.73$, $SD=5.17$, $z= -2.69$, $p<.05$].

Verlieservaring (<1jaar): Om na te gaan of er verschil optreedt tussen participanten mét en zónder een recente verlieservaring is een Mann Whitney toets uitgevoerd. Hieruit bleek dat er géén verschil optreedt in sociale steun scores tussen mensen met en zonder een recente verlieservaring ($p>.05$).

3.2.5 Invloed van participantkenmerken op stereotypen

Ervaring met een psychiatrische stoornis: Om na te gaan of participanten met ervaring met een psychiatrische stoornis verschillen in hun scores op de stereotypen vragenlijst van participanten zonder ervaring met een psychiatrische stoornis is een onafhankelijke groepen T-toets uitgevoerd. Hieruit blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen participanten met ervaring met een psychiatrische

stoornis ($M=41.72$, $SD=7.16$) en mensen zonder ervaring met een psychiatrische stoornis [$M=46.44$, $SD=8.84$, $t(107)=2.31$, $p<.05$]. Participanten die ervaring hebben met een psychiatrische stoornis (doordat zij zelf hieraan lijden of hebben geleden of een eerstegraads familielid hebben die hieraan lijdt of heeft geleden) blijken derhalve een positiever beeld te hebben van de rouwende dan participanten zonder ervaring met een psychiatrische stoornis.

Verlieservaring (<1jaar): Om na te gaan of participanten met een verlieservaring verschillen van participanten zonder verlieservaring op de scores van de stereotypen vragenlijst, zijn de scores van de groep participanten mét een verlieservaring vergeleken met de scores van participanten zonder een recente verlieservaring. Voor de analyse is gebruik gemaakt van een onafhankelijke groepen T-toets. Hieruit blijkt dat er géén significant verschil bestaat tussen de scores van beide groepen ($p>.05$). Een recente verlieservaring blijkt derhalve niet van invloed op de beeldvorming over rouwproblematiek.

3.3 Niveau van opleiding en sekse van de participant

De invloed van opleidingsniveau en sekse van de participant zijn voor de scores op de stereotypen vragenlijst alsmede de scores op de sociale steun lijst nagegaan. Voor de analyses met betrekking tot de stereotypen scores zijn T-toetsen gebruikt, voor de analyses met betrekking tot de sociale steun scores zijn Mann Whitney toetsen gebruikt.

Uit de analyses blijkt dat het niveau van opleiding géén invloed heeft op de scores van de stereotypen vragenlijst. Dit blijkt tevens het geval voor scores van de sociale steun vragenlijst. Deze resultaten impliceren dat hoogopgeleiden geen positievere of negatievere opvattingen hebben over personen in rouw dan laagopgeleiden. Tevens lijken hoogopgeleiden niet meer of minder bereid tot het bieden van steun aan personen in rouw.

Sekse van de participant blijkt alléén invloed uit te oefenen op de scores van het stereotype “interne attributie”. Mannelijke participanten blijken hierop significant hoger te scoren ($M=14.32$, $SD=3.07$) dan vrouwelijke participanten [$M=12.74$, $SD=3.31$, $t(107)=2.21$, $p<.05$]. Dit resultaat impliceert dat mannen ernstige/langdurige rouwproblematiek eerder toeschrijven aan een interne, biologische oorzaak (persoon vs. omgeving) dan vrouwen.

4. Discussie

Het verlies van een dierbare is een gebeurtenis die vrijwel iedereen al dan niet meer dan eens in zijn leven meemaakt. De emotionele gevolgen van zo'n verlies (rouw) kunnen voor de een sterker zijn dan voor de ander (o.a. Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006). Geprolongeerde of 'extreme' rouwreacties zouden volgens sommigen het best behandeld kunnen worden wanneer zij onder de noemer "gecompliceerde rouw" worden opgenomen in DSM-V. De inclusie van zo'n specifieke rouwstoornis zou echter mogelijk negatieve gevolgen kunnen hebben voor de beeldvorming over rouw(problematiek) en de persoon met rouwklachten. Als uitgangspunt bij deze veronderstelling dient het bestaan van allerhande negatieve stereotypen die in de algemene bevolking heersen over psychiatrische diagnoses (zie o.a. Hayward & Bright, 1997). Hoewel het al dan niet opnemen van een diagnose gecompliceerde rouw in DSM-V in eerste instantie moet afhangen van de validiteit van de diagnose (Prigerson & Macejiewski, 2006), lijkt het met oog op het welzijn van patiënten van belang om na te gaan of het categoriseren van rouwproblematiek als psychiatrische stoornis gevolgen heeft voor de beeldvorming over rouwproblematiek en de rouwende.

Huidig onderzoek is op dit onderwerp ingehaakt door na te gaan of 'gelabelde' rouwproblematiek (d.w.z. een diagnose gecompliceerde rouwstoornis) anders beoordeeld wordt dan 'ongelabelde' (niet-gediagnosticeerde) rouwproblematiek. Tevens is er gekeken naar overige factoren (waaronder sekse van de rouwende en kenmerken van de waarnemer) die van invloed zouden kunnen zijn op de beeldvorming over rouwproblematiek. Aangezien uit eerder onderzoek gebleken is dat professionele hulpverlening bij rouwproblematiek leidt tot een afname in de perceptie van ontvangen steun uit de omgeving bij de rouwende (de Keijser, 1997), lag de tweede focus van dit onderzoek op de mogelijke consequenties van een diagnose gecompliceerde rouwstoornis voor de mate van steungeving.

De resultaten van huidig onderzoek impliceren dat nabestaanden met rouwproblematiek geen negatieve sociale consequenties zullen ondervinden wanneer hun problematiek als psychiatrisch bestempeld wordt en zij professionele hulp ontvangen. In plaats daarvan lijkt stereotypering en de bereidheid tot het geven van sociale steun beter te kunnen worden voorspeld door kenmerken van de waarnemer. Zo blijkt persoonlijke ervaring met psychiatrische problematiek tot een meer positieve beeldvorming over rouwproblematiek te leiden alsmede een meer sociale (steunende) opstelling naar de rouwende persoon toe. De belangrijkste resultaten zullen hier per hypothese besproken worden. Tot slot worden pluspunten en tekortkomingen besproken alsmede aanbevelingen voor mogelijk vervolgonderzoek.

Invloed van label

Op basis van eerdere bevindingen uit labeling-studies werd verwacht dat de wetenschap dat iemand lijdt aan een stoornis (in dit geval gecompliceerde rouw) zou leiden tot negatieve verwachtingen over het verloop van de klachten (slechte prognose) en capaciteit van de rouwende persoon

(incompetentie). Tevens werd verwacht dat men de aard van de klachten eerder aan interne factoren zoals de persoonlijkheid zou toeschrijven dan aan situationele factoren (interne attributie).

Uit de resultaten van huidig onderzoek blijkt echter dat er geen verschil optreedt in mate van stereotypering van personen met ‘ongelabelde’ rouwproblematiek en personen met ‘gelabelde’ rouwproblematiek. Het labelen van (gecompliceerde) rouw als psychiatrische stoornis heeft derhalve, in tegenstelling tot wat werd verwacht, *geen* nadelige gevolgen voor de beeldvorming over rouwproblematiek en de rouwende persoon. Drie mogelijke verklaringen voor deze bevinding worden besproken.

Allereerst is het mogelijk zo dat gecompliceerde rouwreacties als negatief (stereotype) beoordeeld worden, maar een diagnose hieraan niets ‘extra’s’ toevoegt. Dit zou betekenen dat men niet zozeer op basis van het label heeft geoordeeld, maar eerder op basis van de beschreven problematiek. Hoewel deze verklaring indruist tegen de algemene bevinding uit eerder labeling-onderzoek (een label leidt *ongeacht gedrag*, tot een negatieve beeldvorming), moet rekening worden gehouden met de mogelijke impact van de extremiteit van de rouwreactie.

Een tweede mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat Nederlanders rouw en rouwproblematiek, zelfs wanneer sprake is van een diagnose GRS, niet negatief stereotyperen. Mogelijkerwijs wordt rouw en rouwproblematiek in Nederland voornamelijk als een sociaal-cultureel geaccepteerd, ‘natuurlijk’ fenomeen beschouwd en daardoor, ondanks classificatie als stoornis, niet als psychiatrisch herkend of aangemerkt. Dit zou kunnen betekenen dat er geen koppeling wordt gemaakt tussen “gecompliceerde rouwstoornis” en de algemene stereotypen van mentale stoornissen. Het zou interessant zijn de twee bovengenoemde verklaringen te exploreren door in verder onderzoek na te gaan in hoeverre (gecompliceerde) rouwproblematiek onderhevig is aan een negatieve beeldvorming. Zo zou er bijvoorbeeld een vignet met beschrijving van een *ongecompliceerde* rouwreactie (zonder label) kunnen worden meegenomen. De gemiddelde score op de stereotypen vragenlijst van participanten met dit vignet zou dan kunnen worden vergeleken met de gemiddelde score op de stereotypen vragenlijst van participanten met het (ongelabelde) gecompliceerde rouw vignet. Op die manier kan worden nagegaan of gecompliceerde rouwreacties meer stereotype (negatief) beoordeeld worden dan ‘normale’ (meer voorkomende) rouwreacties.

Tot slot lijkt het voor het verklaren van het uitblijven van een labeling-effect in huidige studie verstandig om een kritische blik te werpen op de constructie van het aangeboden vignet. In tegenstelling tot eerdere labeling-studies die gebruik maken van een vignet (o.a. Sari et. al, 2005) is hier bij de ‘gelabelde’ variant van het vignet gekozen voor een expliciete vermelding van hulpverlening (“Een week geleden is hij/zij hiervoor in therapie gegaan”). Tevens wordt benadrukt dat de persoon in het vignet (Hans of Hanna) “(zelf) hulp besloot te zoeken bij de psycholoog”. Het vermelden van hulpverlening alsmede de eigen initiatiefneming hiertoe van de persoon in het vignet impliceert een proactieve, ‘oplossingsgerichte’ persoonlijkheid. Hoewel bewust gekozen is voor deze constructie (vanwege de verwachte invloed van hulpverlening op sociale steun), heeft de proactieve

houding van Hans (Hanna) mogelijk méér invloed uitgeoefend op het al dan niet toeschrijven van de stereotypen dan het label op zich. Sterker nog: volgens de klassieke stereotypering van mentale stoornissen wordt een psychiatrisch label vaak geassocieerd met een gebrek aan wilskracht en inadequate coping (o.a. Hayward & Bright, 1997). Het vermelden van de hulpverlening zou het effect van het psychiatrisch label (de associatie daarmee van ‘zwakte’) derhalve teniet kunnen doen. Mogelijkerwijs was er in huidige studie wél een effect van label gevonden wanneer het ‘gelabelde’ vignet zich beperkt had tot de toevoeging van het label.

De verwachting dat een label GRS een negatieve invloed heeft op sociale steun vanuit de omgeving (hypothese 2), kon tevens niet worden bevestigd. Rouwende personen met of zonder diagnose (begeleiding) lijken in huidige studie niet te verschillen in de mate van ontvangen sociale steun. Dit resultaat is in tegenspraak met de bevinding dat nabestaanden die rouwbegeleiding krijgen een afname van sociale steun rapporteren (de Keijser, 1997). De Keijser noemt zelf twee mogelijke verklaringen voor zijn bevinding, namelijk (1) dat rouwbegeleiding nabestaanden kritischer maakt ten opzichte van hun omgeving en (2) dat de omgeving passiever zou worden wanneer een nabestaande rouwbegeleiding krijgt (de Keijser, 1997). Eerstgenoemde verklaring (een kritischere houding van nabestaanden t.o.v. de sociale omgeving en derhalve geen feitelijke afname van steun) sluit aan bij de huidige bevinding. Echter, gezien het feit dat in huidige studie percepties over het geven van sociale steun zijn gemeten in plaats van feitelijk sociaal gedrag, moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid van vertekening door sociale wenselijkheid (men is vaak geneigd zich ‘socialer’ voor te doen dan men is). Zo zal men wellicht niet graag van zichzelf toegeven een rouwende kennis of collega (om wat voor reden ook) niet te steunen, maar kan dit in realiteit wel het geval zijn. Het kan derhalve evengoed mogelijk zijn dat rouwbegeleiding de omgeving van nabestaanden wel degelijk passiever maakt, maar dat de expliciete manier van meten van de bereidheid tot het geven van sociale steun in huidige studie dit niet aan het licht brengt.

Aangezien de studie van de Keijser in de jaren negentig is uitgevoerd (meer dan tien jaar vóór huidige studie) moet tevens rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de discrepantie tussen de huidige bevinding en de bevinding van de Keijser te maken kan hebben met generatieverschillen met betrekking tot de visie op hulpverlening. De verklaring dat hulpverlening zou leiden tot een passievere opstelling van de omgeving zou hierdoor wellicht achterhaald kunnen zijn.

Invloed van sekse (van rouwende)

Onafhankelijk van label is in huidig onderzoek gekeken of er verschil bestaat in beoordeling tussen mannelijke en vrouwelijke personen met rouwproblematiek.

Tegengesteld aan wat werd verwacht, blijken vrouwen in deze studie niet méér onderhevig aan stereotypering dan mannen. Dit suggereert dat rouwproblematiek, in tegenstelling tot overige affectieve problematiek (bijv. depressie) niet als sekse-specifiek (kenmerkend voor een van beide

geslachten) beschouwd wordt.

Interactie-effect label & sekse

Ondanks het feit dat er geen hoofdeffecten gevonden zijn van label en sekse op de mate van stereotypering en het bieden van sociale steun, is er wel een klein interactie-effect gevonden van label en sekse op stereotypering. Deze bevinding, dat vrouwen met (ongelabelde) rouwproblematiek *meer* onderhevig zijn aan negatieve stereotypering dan mannen met (ongelabelde) rouwproblematiek valt echter niet logisch te verklaren. Dit resultaat is mogelijk dan ook een toevalsbevinding, echter replicatie of vervolgonderzoek zou dit moeten uitwijzen.

Invloed van participantkenmerken

Hoewel kenmerken van de rouwproblematiek (diagnose vs. geen diagnose) en de rouwende persoon (man vs. vrouw) beide niet van invloed bleken op beeldvorming en het bieden van sociale steun, bleken bepaalde kenmerken van de waarnemer (participant) dit wel. Implicaties hiervan zullen per kenmerk besproken worden.

‘Afstand nemen’ en ‘Interactieonzekerheid’

Zowel ‘afstand nemen’ als ‘interactieonzekerheid’ blijken significante voorspellers van sociale steun. De bevinding dat mensen die hoog onzeker (in interactie met rouwende personen) zijn zich minder steunend opstellen dan mensen die minder of niet onzeker zijn klinkt aannemelijk. Hetzelfde geldt voor participanten die er in hoge mate van overtuigd zijn dat het beter is om mensen met psychiatrische hulp met rust te laten (‘afstand nemen’). Een implicatie van deze bevindingen zou kunnen zijn dat professionals op het gebied van rouwbegeleiding zich ook zouden moeten richten op het wegnemen van onzekerheid in de omgeving van de rouwende (door bijvoorbeeld handvatten aan te bieden).

Ervaring met een psychiatrische stoornis

Participanten met persoonlijke ervaring met een psychiatrische stoornis blijken positiever te oordelen over (personen met) rouwproblematiek en zich tevens socialer (meer steunend) op te stellen. Dit resultaat ligt in lijn met resultaten uit stigma onderzoek waaruit blijkt dat familiariteit met een psychiatrische stoornis een positief (en dus reducerend) effect heeft op stereotypering en discriminatie van (mensen met) psychiatrische problematiek (o.a. Angermeyer & Matschinger, 1996; Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004). De bevinding suggereert het belang van psycho-educatie ten behoeve van een meer begripvolle houding ten aanzien van personen met ernstige rouwproblematiek (en psychische problematiek in het algemeen).

Een opvallende bevinding is tot slot dat participanten met een recente verlieservaring niet anders blijken te oordelen over de rouwende persoon in het vignet dan participanten zonder een recente verlieservaring. Ook blijken zij zich naar de rouwende toe niet socialer (meer steunend) op te stellen.

Een verklaring hiervoor is dat het mogelijk niet zozeer de verlieservaring op zich is, welke invloed heeft op de beeldvorming over rouwproblematiek, maar eerder de mate waarin iemand zich in de problematiek herkent. De mate van psychische ‘last’ die de participant op dit moment ervaart van het verlies zou derhalve een mogelijk betere voorspeller zijn. Hoewel er een variabele “last” is meegenomen (“In hoeverre heeft u psychisch gezien nog last van dit verlies?”), bleken er te weinig respondenten die daadwerkelijk last hadden van het verlies om een zinnige analyse te kunnen uitvoeren.

Pluspunten en tekortkomingen

Bij de interpretatie van de huidige bevindingen dient rekening te worden gehouden met enkele pluspunten en tekortkomingen van het onderzoek, welke met name betrekking hebben op de methodiek en uitvoering.

Een pluspunt betreft het constant houden van de gedragscomponent (d.w.z. de symptoombeschrijving) in elk van de vier versies van het vignet. Hierdoor konden optimale effecten van de gemanipuleerde kenmerken (label en sekse) gemeten worden. Tevens is getracht zoveel mogelijk rekening te houden met potentieel storende factoren: hoewel de persoonseigenschap ‘empathie’ uiteindelijk niet bleek te correleren met stereotypering is met deze mogelijkheid van tevoren wel rekening gehouden. De voor huidig onderzoek ontwikkelde vragenlijsten bleken daarnaast redelijk tot goed betrouwbaar en kunnen derhalve bij vervolgonderzoek opnieuw worden ingezet.

Een tekortkoming van huidige studie betreft de grootte en samenstelling van de steekproef. Doordat de participantgroep werd opgedeeld in verschillende condities, waren de afzonderlijke participantgroepen soms te klein om specifieke interactie-effecten na te gaan. De steekproef bleek tevens vrij homogeen van samenstelling. Participanten waren over het algemeen jong en hoogopgeleid, waardoor de gevonden resultaten niet zomaar gegeneraliseerd kunnen worden naar ‘de Nederlandse bevolking’. Doordat er voor het meten van de sociale constructen (stereotypering en sociale steun) gebruik gemaakt is van expliciete vragenlijsten is daarnaast mogelijk onvoldoende gecontroleerd voor eventueel sociaal wenselijke antwoorden. Dit maakt dat de scores op beide vragenlijsten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Een ander punt van kritiek is dat het gelabelde vignet mogelijk niet optimaal is geconstrueerd doordat er naast vermelding van de diagnose ook melding gemaakt werd van professionele hulpverlening. Men kan zich hierdoor afvragen in hoeverre er überhaupt een effect van label gemeten is.

Een belangrijk punt tot slot, betreft de volgorde van afname van de vragenlijsten. Zowel de vragenlijst ‘Interactieonzekerheid’ als ‘Afstand nemen’ zijn vóór het vignet aangeboden. Tengevolge hiervan fungeerden beide variabelen als algemene persoonskenmerken (onafhankelijke variabelen). Interessanter was het geweest, wanneer beide vragenlijsten *na* afname van het vignet waren aangeboden. Op deze manier had onderzocht kunnen worden in hoeverre een diagnose GRS beide kenmerken (interactieonzekerheid en terugtrekking van de sociale omgeving) versterkt.

Aanbevelingen

Naar de beeldvorming over rouw en rouwproblematiek is voor zover bekend geen eerder onderzoek gedaan. Dit, terwijl het onderwerp juist nu (in verband met de mogelijke opname van gecompliceerde rouw in DSM-V) zeer relevant is. Hoewel huidig onderzoek geen ‘labeling-effect’ voor rouwproblematiek laat zien, verdient het aanbeveling meer onderzoek te verrichten teneinde tot een goed onderbouwde conclusie te komen omtrent de invloed van een diagnose gecompliceerde rouwstoornis op de beeldvorming van rouwproblematiek. Met oog op de hierboven beschreven tekortkomingen zou het derhalve interessant zijn om eenzelfde studie met een grotere en meer heterogene participantgroep (d.w.z. een meer representatieve steekproef) uit te voeren. Tevens zou er voor het meten van stereotype attitudes alsmede de bereidheid tot het bieden van steun een meer impliciete methode gebruikt kunnen worden, of zou er een sociale wenselijkheidschaal in de betreffende vragenlijsten kunnen worden ingebouwd. Voor het meten van een optimaal “labeling effect” lijkt het tevens verstandig om het gelabelde vignet daadwerkelijk te beperken tot de toevoeging van een label (diagnose) en de vermelding van hulpverlening achterwege te laten.

Referentielijst

- Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R.M. (2005). *Social Psychology*. 5th Edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1996). The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 31, 321-326.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-310.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 38, 526-534.
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., & van Dijkum, C.J. (2003). *Basisboek Statistiek met SPSS*. Tweede druk, Wolters-Noordhoff.
- Bambauer, K.Z., & Prigerson, H.G. (2006). The Stigma Receptivity Scale and its association with mental health service use among bereaved older adults. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 194, 139-141.
- Barney, L. J, Griffiths, K. , Jorm, A.F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 40, 51-54.
- Baumann, A.E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a 'stranger'. *International Review Of Psychiatry*, 19, 131-135.
- Corrigan, P.W. (1998). Series Introduction: Stigma. *Cognitive And Behavioral Practice*, 5, 199-200.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16-20.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25, 875-884.
- Corrigan, P.W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work*, 52, 31-40.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2007). The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43, 439-458.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog Of Selected Documents In Psychology*, 10, 85.
- De Keijser, J. (1997). *Sociale steun en professionele begeleiding bij rouw*. Proefschrift Universiteit Utrecht.

- Gaebel, W., Zaska, H., & Baumann, A.E. (2006). The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 41-46.
- Hayward, P., & Bright, J.A. Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal Of Mental Health*, *6*, 345-355.
- Hogan, N.S., Worden, W.J., Schmidt, L.A. (2004). An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *Omega: Journal Of Death And Dying*, *48*, 263-277.
- Lauber, C., Nordt, C., Luis, F., & Rössler, W.(2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, *40*, 265-274.
- Link, B.G. (1982). Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *Annual Review Of Sociology*, *47*, 202-215.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B.A (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal Of Public Health*, *89*, 1328-1333.
- Link, B.G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review Of Sociology*, *27*, 363-385.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, *32*, 709-714.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival manual*. Open University Press.
- Parkes, C.M. (2005). Symposium on complicated grief. *Omega: Journal Of Death And Dying*, *1*, 1-7.
- Phelan, J.E., & Basow, S.A. (2007). College students' attitudes toward mental illness: an examination of the stigma process. *Journal of Applied Social Psychology*, *37*, 2877-2902.
- Prigerson, H.G., & Maciejewski, P.K. (2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega: Journal of Death and Dying*, *52*, 9-19.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J.A. (2000). Gender, social roles, and mental health: an epidemiological perspective. *Sex Roles*, *43*, 605-629.
- Sari, Ö., Arkar, H., & Alkin, (2005). Influence of psychiatric label attached to a normal case on attitudes towards mental illness. *Yeni Symposium*, *43*, 28-32.
- Scheff, J.T. (1974). The labelling theory of mental illness. *American Sociological Review*, *39*, 444-452.
- Schnittker, J. (2000). Gender and reactions to psychological problems: an examination of social tolerance and perceived dangerousness. *Journal Of Health And Social Behavior*, *41*, 224-240.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., & van den Bout, J.(2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, *20*, 57-75.
- Stroebe, M.S., Schut, H.A.W., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry*, *38*, 185-201.

- Stroebe, M.S., Folkman, S., Hansson, R.O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science And Medicine (1982)*, *63*, 2440-2451.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet (British Ed.)*, *370*, 1960-1973.
- Van Sonderen, E. (1991). *Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst-Interacties (SSL-i) en Sociale Steun Lijst Discrepanties (SSL-d) : een handleiding*. Groningen : Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, NCG.
- Van 't Veer, J.T.B., Kraan, H.F., Drosseart, S.H.C, & Modde, J.M. (2006). Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, *41*, 310-317.

Bijlage A: overzicht van enkele eerdere labeling-studies

Jaartal van publicatie en auteurs	Populatie	Onderzoekopzet	Metten van stigma	Labels / casussen	Effect label op stigma?	Tekortkomingen
Loeb, Wolf, Rosen en Rutman (1968)	120 Beroeps-consulenten voor mensen met een handicap. 120 Zakenmannen (N=240)	Invloed van label vs. gedrag in 4 casussen op arbeidsgeschiktheid en sociale acceptatie.	Vragenlijst: Arbeidsgeschiktheid: 5 vragen. Sociale acceptatie: 5 vragen.	Paranoïde schizofrenie, zenuwzinking, inter-persoonlijke problemen, geen.	Nee. Variantie wordt verklaard door de mate van abnormaliteit van het gedrag.	N=Alleen mannen. Homogene (beroeps) groep. Labels wellicht onduidelijk of onbekend. Meer nadruk op gedrag dan op label in casusbeschrijving.
Bentz en Edgerton (1971)	Plattelandsbewoners van N. Carolina en Virginia (US) (N=1405)	Invloed van labeling van 4 casussen op attitudes.	6 Sociale distantie items (Cummings, 1957).	'Simpele schizofrenie', alcoholverslaving, depressie, 'acting out child'	Nee	Geen expliciete labels (diagnoses) en invloed van persoonskenmerken (sekse, leeftijd) niet meegenomen in analyse.
Link en Cullen (1983)	Bewoners van een Amerikaanse stad (N=153)	Invloed van labels van 2 casussen (depressief vs. normaal gedrag) op 3 attitude-niveaus: zelf, anderen en ideaal persoon (met oog op sociale wenselijkheid).	5 Sociale distantie items voor 3 niveaus (zelf, anderen, ideaal persoon).	Wel/niet opgenomen geweest in psych. ziekenhuis.	Ja: label alleen van invloed bij 'normale' casus. Effect sterker naarmate niveau van soc. distantie verder van 'zelf' af staat. Impliceert rol van sociale wenselijkheid.	Geen sprake van expliciete labels. Drie "niveaus" van sociale distantie worden niet wetenschappelijk gefundeerd.
Eker (1989)	Turkse studenten. V=44 M= 41. (N=85)	Invloed van labeling van 4 casussen op attitudes.	8 Sociale distantie items	Paranoïde schizofrenie, depressie, simple schizophrenia (ICD-10), geen.	Ja: label heeft invloed op sociale distantie bij paranoïde schiz. en normale casus.	Proefpersonengroep homogeen
Angermeyer en Matschinger (2003)	Duitse burgers (N=5025)	Invloed van labeling , 2 stereotypen en emotionele reacties op attitudes.	7 Sociale distantie items (Link,1987)	Schizofrenie, depressie	Ja: label schizofrenie heeft direct en indirect (via stereotype 'gevaarlijkheid ') invloed op sociale distantie. Niet gevonden voor depressie.	Geen neutrale casus meegenomen.

Jaartal van publicatie en auteurs	Populatie	Onderzoeksofzet	Metten van stigma	Labels / casussen	Effect label op stigma?	Tekortkomingen
Markham en Trower (2003)	GGZ verplegers werkzaam in een inrichting (N=48)	Invloed van label op attitudes en causale attributies van gedrag.	-Sympathie: 7-punts schaal -Attribution Style Questionnaire	Depressie, schizofrenie, borderline PS	Ja: label BPS minst sympathie. Oorzaken van gedrag bij BPS als meer stabiel en intern beschouwd (attributies).	Within-subjects design: wat is de invloed op de validiteit van de gevonden resultaten?
Angermeyer en Matschinger (2005)	Duitse burgers (N=2378)	Invloed van labeling, 4 stereotypen en familiariteit met mentale stoornis op attitudes	7 Sociale distantie items (Link, 1987)	Schizofrenie	Ja: label heeft directe en indirecte (via 'gevaarlijkheid' en 'onvoorspelbaarheid van gedrag') invloed op sociale distantie. Tevens heeft labeling invloed op attributie van oorzaak. Effecten het sterkst bij non-familiariteit.	Alleen schizofrenie meegenomen. Attitudes zeggen nog niet per definitie iets over gedrag. Geen neutrale casus meegenomen.
Sari, Arkar en Alkin (2005)	Turkse studenten (N=129)	Invloed van label bij neutrale ('gezonde') casus op verschillende attitudes.	14 Sociale distantie items	Paranoïde schizofrenie, depressie, geen.	Ja: label van invloed op sociale distantie, perceptie van ernst en perceptie van noodzaak behandeling.	Er worden attitudes gemeten.
Nordt, Rössler en Lauber (2006)	1073 Zwitserse GGZ professionals 1737 inwoners van Zwitserland	Invloed van labeling, aanwezigheid stereotypen en sociale wenselijkheid meten bij twee groepen.	7 Sociale distantie items	Schizofrenie, depressie, geen.	Ja: label schizofrenie hoogste mate van sociale distantie. Geen verschil tussen label depressie en geen label. Psychiaters meer stereotypen dan bevolking. Geen verschil soc. distantie tussen prof. en bevolking.	Lange tijd (5 jaar) tussen meting inwoners en professionals.

Bijlage B: document vragenlijsten

1. Informed consent
2. Vragenlijst demografische gegevens
3. Vragenlijst “interactieonzekerheid”
4. Vragenlijst “afstand nemen”
5. Vignet
6. Vragenlijst Stereotypen
 - 6.1 Vragenlijst stereotypen Hans
 - 6.2 Vragenlijst stereotypen Hanna
7. Vragenlijst Sociale steun
8. Vragenlijst Empathie
9. Gerandomiseerde vragenlijsten “Stereotypen” en “Empathie” zoals aangeboden in NetQuestionnaires
10. Afsluiting

1. Informed Consent

Deelname aan onderzoek naar de sociale omgeving van personen in rouw

Geachte heer/mevrouw,

Gedurende dit onderzoek zult u verzocht worden om een aantal vragenlijsten in te vullen. Tevens zal u een vignet lezen dat gaat over een rouwend persoon. Het onderzoek zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen. Uw deelname is geheel vrijwillig en u kunt uw toestemming op ieder moment intrekken zonder daarvoor een reden op te geven. Wij willen u er tevens op wijzen dat deelname aan dit onderzoek volledig anoniem is en dat uw antwoorden vertrouwelijk verwerkt zullen worden.

Voordat u verder gaat naar het onderzoek, vragen wij u onderstaande te lezen en indien van toepassing, op "Akkoord" te klikken:

"Ik ga akkoord met de voorwaarden waaronder de vragenlijstgegevens zullen worden gebruikt en verwerkt voor wetenschappelijk onderzoek, zoals vermeld is. Tevens verklaar ik voldoende geïnformeerd te zijn over het onderzoek. Ik begrijp dat ik vrij ben op gelijk welk moment mijn deelname aan het onderzoek stop te zetten. Ik verklaar tevens dat ik niet verplicht werd om deel te nemen".

Indien u niet akkoord gaat met de voorwaarden vragen wij u dit scherm af te sluiten. U zal dan niet meedoen met het onderzoek.

Mocht u vragen hebben over het onderzoek of over de voorwaarden, dan kunt u een e-mail sturen naar: onderzoekrouw@live.nl.

"Akkoord"

2. Demografische gegevens

1. Wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw geslacht?
3. Wat is uw opleidingsniveau (hoogst genoten opleiding)?
4. Heeft u of een eerstegraads familielid (ouders, broer of zus) een psychiatrische diagnose (ziekte) of deze ooit gehad?
5. Heeft u het afgelopen jaar een belangrijk persoon in uw omgeving verloren?

[Indien "JA"]:

6. In hoeverre heeft u momenteel (psychisch gezien) nog last van dit verlies?

In het geheel niet

Een klein beetje

Redelijk erg

Heel erg

3. Vragenlijst “Interactieonzekerheid”

Vragenlijst naar omgang met personen in rouw

Mensen zijn vaak onzeker in de omgang met rouwende personen (mensen die een dierbare hebben verloren).

Stel dat u iemand kent (een kennis, collega of vriend/vriendin) die niet al te lange tijd geleden een dierbare heeft verloren.

Stelt u zich de omgang met deze persoon voor.

U krijgt nu zeven stellingen te lezen die gaan over de omgang met personen in rouw.

Wij vragen u van elke bewering aan te geven in hoeverre u denkt dat deze op u van toepassing is.

In de omgang met de betreffende persoon zou ik bang zijn...

	<i>Geheel niet op mij van toepassing</i>				<i>Geheel op mij van toepassing</i>
1. ...dat hij of zij in huilen zou uitbarsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...om iets verkeerd te zeggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...om me ongemakkelijk te voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...dat hij of zij liever even alleen gelaten wil worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...dat ik niet zou weten wat ik moet zeggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...dat ik dingen voor hem of haar erger maak door alles weer op te rakelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...dat hij of zij mijn initiatieven niet op prijs stelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Vragenlijst “Afstand nemen”

U krijgt zo vier beweringen te lezen die gaan over mensen met psychische klachten die professionele hulp krijgen (bijvoorbeeld van een psycholoog of psychiater). Geef aan in hoeverre u het met elke bewering eens bent. Let op: het gaat om uw eerste ingeving, denk er dus niet al te lang bij na.

Wanneer iemand met psychische klachten professionele hulp krijgt (bijvoorbeeld van een psycholoog)...

	<i>Geheel mee oneens</i>		<i>Geheel mee eens</i>		
1. ...moet de omgeving zich als “hulpverlener” terugtrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...zal de kans op beter worden toenemen wanneer de omgeving zo min mogelijk met de professionele hulp interfereert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...is mijn motto “laat het aan de professional over”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...zou het goed zijn wanneer de omgeving zich als “extra hulplijn” opstelt (naast de professionele hulp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Vignet

VIGNET 1: ♂ neutraal

Hans is een volwassen man.

Hij heeft zes maanden geleden zijn neef (en tevens goede vriend) verloren.

Hans vindt de dood van zijn neef erg moeilijk te accepteren en denkt hier dagelijks aan. Hij lijkt zelfs nergens anders meer aan te kunnen denken. Het overlijden van zijn neef heeft bij Hans geleid tot sterke gevoelens van ongeloof, machteloosheid en frustratie. Ook voelt Hans zich sindsdien vaak eenzaam. Soms heeft hij het gevoel dat de toekomst en het leven in zijn algemeenheid er niet veel meer toe doen.

Hans omschrijft de dood van zijn neef als “het verlies van een stukje van mijzelf”.

Tevens ervaart Hans sinds het overlijden veel problemen met de concentratie en ziet hij het nut van zijn werk niet meer in.

VIGNET 2: ♂ diagnose

Hans is een volwassen man.

Hij heeft zes maanden geleden zijn neef (en tevens goede vriend) verloren.

Hans vindt de dood van zijn neef erg moeilijk te accepteren en denkt hier dagelijks aan. Hij lijkt zelfs nergens anders meer aan te kunnen denken. Het overlijden van zijn neef heeft bij Hans geleid tot sterke gevoelens van ongeloof, machteloosheid en frustratie. Ook voelt Hans zich sindsdien vaak eenzaam. Soms heeft hij het gevoel dat de toekomst en het leven in zijn algemeenheid er niet veel meer toe doen.

Hans omschrijft de dood van zijn neef als “het verlies van een stukje van mijzelf”.

Tevens ervaart Hans sinds het overlijden veel problemen met de concentratie en ziet hij het nut van zijn werk niet meer in.

Drie weken geleden besloot Hans hulp te zoeken bij een psycholoog.

Deze constateerde dat Hans lijdt aan het psychiatrisch ziektebeeld “*Gecompliceerde Rouwstoornis*”.

Een week geleden is hij hiervoor in therapie gegaan.

VIGNET 3: ♀ neutraal

Hanna is een volwassen vrouw.

Zij heeft zes maanden geleden haar nicht (en tevens goede vriendin) verloren.

Hanna vindt de dood van haar nicht erg moeilijk te accepteren en denkt hier dagelijks aan. Ze lijkt zelfs nergens anders meer aan te kunnen denken. Het overlijden van haar nicht heeft bij Hanna geleid tot sterke gevoelens van ongelof, machteloosheid en frustratie.

Ook voelt Hanna zich sindsdien vaak eenzaam. Soms heeft zij het gevoel dat de toekomst en het leven in zijn algemeenheid er niet veel meer toe doen.

Hanna omschrijft de dood van haar nicht als “het verlies van een stukje van mijzelf”.

Tevens ervaart Hanna sinds het overlijden veel problemen met de concentratie en ziet zij het nut van haar werk niet meer in.

VIGNET 4: ♀ diagnose

Hanna is een volwassen vrouw.

Zij heeft zes maanden geleden haar nicht (en tevens goede vriendin) verloren.

Hanna vindt de dood van haar nicht erg moeilijk te accepteren en denkt hier dagelijks aan. Ze lijkt zelfs nergens anders meer aan te kunnen denken. Het overlijden van haar nicht heeft bij Hanna geleid tot sterke gevoelens van ongelof, machteloosheid en frustratie.

Ook voelt Hanna zich sindsdien vaak eenzaam. Soms heeft zij het gevoel dat de toekomst en het leven in zijn algemeenheid er niet veel meer toe doen.

Hanna omschrijft de dood van haar nicht als “het verlies van een stukje van mijzelf”.

Tevens ervaart Hanna sinds het overlijden veel problemen met de concentratie en ziet zij het nut van haar werk niet meer in.

Drie weken geleden besloot Hanna hulp te zoeken bij een psycholoog.

Deze constateerde dat Hanna lijdt aan het psychiatrisch ziektebeeld “*Gecompliceerde Rouwstoornis*”.

Een week geleden is zij hiervoor in therapie gegaan.

6.1 Vragenlijst stereotypen Hans

Wij willen graag van u weten wat uw indruk van Hans is. U krijgt daarom straks een aantal vragen voorgelegd die over Hans gaan.

*Let op: **het gaat om uw eerste indruk** en denk er dus niet te lang bij na.*

Incompetentie (I)

Hoe waarschijnlijk acht u het dat...

Geheel
onwaarschijnlijk

Geheel
waarschijnlijk

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ...Hans op een inefficiënte manier omgaat met alledaagse problemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ...Hans moeite heeft met het oplossen van taken en problemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ...Hans minder intelligent is dan gemiddeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ...Hans slecht kan omgaan met stress? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ...Hans weinig inzicht heeft in zijn problemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ...Hans op een volwassen manier omgaat met dagelijkse strubbelingen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ...Hans zich gemakkelijk aanpast aan nieuwe situaties? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Slechte prognose (SP)

Hoe waarschijnlijk acht u het dat...

	Geheel onwaarschijnlijk			Geheel waarschijnlijk	
1. ...de problemen van Hans nog lange tijd zullen aanhouden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Hans suïcidaal zal worden van zijn problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...Hans in een neerwaartse spiraal terecht komt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...Hans in zijn latere leven nog vaak last zal hebben van neerslachtigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...Hans zich steeds ongelukkiger zal gaan voelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...de problemen van Hans vanzelf weer overgaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Hans na niet al te lange tijd zijn leven weer zal kunnen oppakken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interne attributie (IA)

Hoe waarschijnlijk acht u het dat...

	Geheel onwaarschijnlijk			Geheel waarschijnlijk		
1. ...de problemen die Hans momenteel ervaart voortkomen uit zijn persoonlijkheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Hans over het algemeen een negatieve instelling heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...Hans vóór het overlijden van zijn neef al eens psychische problemen heeft gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...Hans biologisch gezien kwetsbaar is voor de ontwikkeling van psychische stoornissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...Hans een “labiele persoonlijkheid” heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...de problemen die Hans momenteel ervaart te wijden zijn aan ‘externe’ factoren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...Hans vroeger over het algemeen goed functioneerde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.1 Vragenlijst stereotypen Hanna

Wij willen graag van u weten wat uw indruk van Hanna is. U krijgt daarom straks een aantal vragen voorgelegd die over Hanna gaan.

*Let op: **het gaat om uw eerste indruk** en denk er dus niet te lang bij na.*

Incompetentie (I)

Hoe waarschijnlijk acht u het dat...

	Geheel onwaarschijnlijk			Geheel waarschijnlijk	
1. ...Hanna op een inefficiënte manier omgaat met alledaagse problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Hanna moeite heeft met het oplossen van taken en problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...Hanna minder intelligent is dan gemiddeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...Hanna slecht kan omgaan met stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...Hanna weinig inzicht heeft in haar problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...Hanna op een volwassen manier omgaat met dagelijkse strubbelingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...Hanna zich gemakkelijk aanpast aan nieuwe situaties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Slechte prognose (SP)

Hoe waarschijnlijk acht u het dat...

	Geheel onwaarschijnlijk				Geheel waarschijnlijk
1. ... de problemen van Hanna nog lange tijd zullen aanhouden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Hanna suïcidaal zal worden van haar problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...Hanna in een neerwaartse spiraal terecht komt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...Hanna in haar latere leven nog vaak last zal hebben van neerslachtigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...Hanna zich steeds ongelukkiger zal gaan voelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...de problemen van Hanna vanzelf weer overgaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Hanna na niet al te lange tijd haar leven weer zal kunnen oppakken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interne Attributie (IA)

Hoe waarschijnlijk acht u het dat...

	Geheel onwaarschijnlijk					Geheel waarschijnlijk				
1. ...de problemen die Hanna momenteel ervaart te maken hebben met haar persoonlijkheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Hanna over het algemeen een negatieve instelling heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...Hanna vóór het overlijden van haar nicht al eens psychische problemen heeft gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...Hanna biologisch gezien kwetsbaar is voor de ontwikkeling van psychische stoornissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...Hanna een “labiele persoonlijkheid” heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...de problemen die Hanna momenteel ervaart te wijden zijn aan ‘externe’ factoren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...Hanna vroeger over het algemeen goed functioneerde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Vragenlijst Sociale steun

Zojuist hebt u de casus nogmaals gelezen. Het is nu de bedoeling dat u zich zo goed mogelijk inbeeldt dat de persoon in de casus een goede bekende van u is. U krijgt nu een aantal beweringen die gaan over steungeving. Wij vragen u om per bewering aan te geven in hoeverre u het er mee eens bent (dat wil zeggen: in hoeverre de bewering op u van toepassing is indien de persoon in de casus een bekende van u zou zijn.) Het gaat wederom om uw eerste ingeving: denk er dus niet al te lang bij na.

Ik zou sterk de behoefte voelen om...

	Geheel mee oneens		Geheel mee eens		
1. ...zo goed mogelijk met hem/haar mee te voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...hem/haar te helpen om dingen op een rijtje te zetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...hem/haar een ruggesteuntje te geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...hem/haar een luisterend oor te bieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...hem/haar een duwtje in de goede richting te geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...mijzelf als vertrouwenspersoon op te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...opbouwende kritiek te geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...hem/haar op te bellen of een praatje te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...hem/haar uit te nodigen voor een etentje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Vragenlijst Empathie

Tot slot krijgt u veertien beweringen te lezen over gedachten en gevoelens in bepaalde situaties.
Deze staan los van het vignet en gaan meer algemeen over uw persoonlijkheid.
Lees elke bewering aandachtig en kies vervolgens in hoeverre deze bewering u beschrijft.

Perspectief Nemen (PN)

	Beschrijft mij niet erg goed					Beschrijft mij erg goed				
1. Ik vind het soms lastig om dingen vanuit een ander standpunt te bekijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik probeer mij bij geschillen in ieders standpunt te verplaatsen voor ik een kant kies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soms probeer ik mijn vrienden beter te begrijpen door de dingen vanuit hun perspectief te bekijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wanneer ik er zeker van ben dat ik ergens gelijk in heb, verspil ik weinig tijd met luisteren naar andermans argumenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik geloof dat er aan elke vraag twee kanten zitten en probeer beide kanten te bekijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wanneer ik overstuur ben door iemand, probeer ik mij over het algemeen een tijdje in "zijn of haar schoenen" te verplaatsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Voordat ik iemand bekritiseer, probeer ik voor te stellen hoe ik mij in zijn/haar plaats zou voelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empatische Betrokkenheid (EB)

	Beschrijft mij niet erg goed					Beschrijft mij erg goed				
1. Ik heb vaak tedere en bezorgde gevoelens voor mensen die het minder goed hebben dan mijzelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik heb niet altijd medelijden met andere mensen wanneer zij problemen hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wanneer ik zie dat er van iemand wordt geprofiteerd, voel ik mij nogal beschermend tegenover diegene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ongeluk van andere mensen doet mij over het algemeen niet erg veel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wanneer ik zie dat iemand oneerlijk wordt behandeld, voel ik soms niet veel medelijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik voel mij regelmatig nogal geraakt door dingen die ik om mij heen zie gebeuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik zou mijzelf beschrijven als een nogal zachtaardig persoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Gerandomiseerde vragenlijsten Stereotypen en Empathie zoals aangeboden in Netquestionnaires

1.1 Vragenlijst Stereotypen Hans

Hoe waarschijnlijk acht u het dat...

- 1 ...Hans op een inefficiënte manier omgaat met alledaagse problemen? **(I)**
- 2 ...Hans in een neerwaartse spiraal terecht komt? **(SP)**
- 3 ...Hans na niet al te lange tijd zijn leven weer zal kunnen oppakken? **(SP -)**
- 4 ...Hans moeite heeft met het oplossen van taken en problemen? **(I)**
- 5 ...Hans een "labiele persoonlijkheid" heeft? **(IA)**
- 6 ...Hans slecht kan omgaan met stress? **(I)**
- 7 ...de problemen van Hans nog lange tijd zullen aanhouden? **(SP)**
- 8 ...Hans biologisch gezien kwetsbaar is voor de ontwikkeling van psychische stoornissen? **(IA)**
- 9 ...Hans vroeger over het algemeen goed functioneerde? **(IA -)**
- 10 ...Hans zich gemakkelijk aanpast aan nieuwe situaties? **(I -)**
- 11 ...Hans op een volwassen manier omgaat met dagelijkse strubbelingen? **(I -)**
- 12 ...Hans over het algemeen een negatieve instelling heeft? **(IA)**
- 13 ...Hans vóór het overlijden van zijn neef al eens psychische problemen heeft gehad? **(IA)**
- 14 ...Hans weinig inzicht heeft in zijn problemen? **(I)**
- 15 ...Hans suïcidaal zal worden van zijn problemen? **(SP)**
- 16 ...de problemen die Hans momenteel ervaart te wijden zijn aan 'externe' factoren? **(IA -)**
- 17 ...Hans zich steeds ongelukkiger zal gaan voelen? **(SP)**
- 18 ...Hans minder intelligent is dan gemiddeld? **(I)**
- 19 ...de problemen van Hans vanzelf weer overgaan? **(SP -)**
- 20 ...de problemen die Hans momenteel ervaart voortkomen uit zijn persoonlijkheid? **(IA)**
- 21 ...Hans in zijn latere leven nog vaak last zal hebben van neerslachtigheid? **(SP)**

1.2 Vragenlijst stereotypen Hanna

Hoe waarschijnlijk acht u het dat...

- 1 ...Hanna op een inefficiënte manier omgaat met alledaagse problemen? **(I)**
- 2 ...Hanna in een neerwaartse spiraal terecht komt? **(SP)**
- 3 ...Hanna na niet al te lange tijd haar leven weer zal kunnen oppakken? **(SP -)**
- 4 ...Hanna moeite heeft met het oplossen van taken en problemen? **(I)**
- 5 ...Hanna een “labiele persoonlijkheid” heeft? **(IA)**
- 6 ...Hanna slecht kan omgaan met stress? **(I)**
- 7 ...de problemen van Hanna nog lange tijd zullen aanhouden? **(SP)**
- 8 ...Hanna biologisch gezien kwetsbaar is voor de ontwikkeling van psychische stoornissen? **(IA)**
- 9 ...Hanna vroeger over het algemeen goed functioneerde? **(IA -)**
- 10 ...Hanna zich gemakkelijk aanpast aan nieuwe situaties? **(I -)**
- 11 ...Hanna op een volwassen manier omgaat met dagelijkse strubbelingen? **(I -)**
- 12 ...Hanna over het algemeen een negatieve instelling heeft? **(IA)**
- 13 ...Hanna vóór het overlijden van haar nicht al eens psychische problemen heeft gehad? **(IA)**
- 14 ...Hanna weinig inzicht heeft in haar problemen? **(I)**
- 15 ...Hanna suïcidaal zal worden van haar problemen? **(SP)**
- 16 ...de problemen die Hanna momenteel ervaart te wijden zijn aan ‘externe’ factoren? **(IA -)**
- 17 ...Hanna zich steeds ongelukkiger zal gaan voelen? **(SP)**
- 18 ...Hanna minder intelligent is dan gemiddeld? **(I)**
- 19 ...de problemen van Hanna vanzelf weer overgaan? **(SP -)**
- 20 ...de problemen die Hanna momenteel ervaart voortkomen uit haar persoonlijkheid? **(IA)**
- 21 ...Hanna in haar latere leven nog vaak last zal hebben van neerslachtigheid? **(SP)**

2. Vragenlijst Empathie

- 1 Ik vind het soms lastig om dingen vanuit een ander standpunt te bekijken **(PN-)**
- 2 Wanneer ik zie dat iemand oneerlijk wordt behandeld, voel ik soms niet veel medelijden **(EB-)**
- 3 Wanneer ik zie dat er van iemand wordt geprofiteerd, voel ik mij nogal beschermend tegenover diegene **(EB)**
- 4 Ik zou mijzelf beschrijven als een nogal zachtaardig persoon **(EB)**
- 5 Ik probeer mij bij geschillen in ieders standpunt te verplaatsen voor ik een kant kies **(PN)**
- 6 Voordat ik iemand bekritiseer, probeer ik voor te stellen hoe ik mij in zijn/haar plaats zou voelen **(PN)**
- 7 Ongeluk van andere mensen doet mij over het algemeen niet erg veel **(EB-)**
- 8 Wanneer ik overstuur ben door iemand, probeer ik mij over het algemeen een tijdje in "zijn of haar schoenen" te verplaatsen **(PN)**
- 9 Ik geloof dat er aan elke vraag twee kanten zitten en probeer beide kanten te bekijken **(PN)**
- 10 Ik heb niet altijd medelijden met andere mensen wanneer zij problemen hebben **(EB-)**
- 11 Soms probeer ik mijn vrienden beter te begrijpen door de dingen vanuit hun perspectief te bekijken **(PN)**
- 12 Ik heb vaak tedere en bezorgde gevoelens voor mensen die het minder goed hebben dan mijzelf **(EB)**
- 13 Wanneer ik er zeker van ben dat ik ergens gelijk in heb, verspil ik weinig tijd met luisteren naar andermans argumenten **(PN-)**
- 14 Ik voel mij regelmatig nogal geraakt door dingen die ik om mij heen zie gebeuren **(EB)**
- 15 Ik heb vaak tedere en bezorgde gevoelens voor mensen die het minder goed hebben dan mijzelf **(EB)**

10. Afsluiting

Hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek naar de sociale omgeving van personen in rouw. Wij willen u er nogmaals op wijzen dat uw antwoorden vertrouwelijk zullen worden verwerkt.

Mocht u vragen hebben naar aanleiding van dit onderzoek of wilt u kans maken op een bioscoopbon, stuur dan een e-mail naar:

onderzoekrouw@live.nl