

“Een alcoholprobleem is je eigen schuld, en andere mythes”

Destigmatisering van personen met een alcoholprobleem bij jongvolwassenen via het mythe-feitformat en geloofwaardige bronnen

Kim Claessens

Masterproef aangeboden binnen de opleiding
Master in de Bedrijfscommunicatie

Promotor: dr. Bart Vyncke
Verslaggever: Priscilla Van Even

Academiejaar 2020-2021

13.183 woorden

Inhoudsopgave

Lijst van tabellen	5
Lijst van figuren	5
Voorwoord	6
English summary	7
1. Inleiding en probleemstelling.....	9
2. Stigma en destigmatisering.....	11
2.1. Het stigmaconcept: definities en uitingsvormen	11
2.2. Stigma van psychische aandoeningen en alcoholproblemen in het bijzonder	12
2.3. Destigmatisering van psychische aandoeningen	14
2.3.1. Het mythe-feitformat als destigmatiserende strategie	14
2.3.2. Geloofwaardige corrigerende bronnen	16
2.4. Voorspellers van stigma	18
3. Methode.....	19
3.1. Participanten	19
3.2. Procedure	20
3.3. Stimuli.....	21
3.4. Meetschalen.....	23
3.4.1. Stimulusbeoordeling	23
3.4.2. Afhankelijke variabelen	24
3.4.3. Voorspellende variabelen	25
4. Resultaten	26
4.1. Beschrijvende statistieken	26
4.2. Manipulatiecheck.....	26
4.3. Stimulusbeoordeling	27
4.4. Publiek stigma	27
4.4.1. Hypothesen en onderzoeksvraag.....	27
4.4.2. Exploratieve analyses	31
5. Discussie.....	35
5.1. Corrigerende informatie als destigmatiserende strategie	35
5.1.1. Mythe-feit- versus feit-mythe-feitformat	36
5.1.2. Ervaringsdeskundige versus medisch expert	36
5.1.3. Invloed van persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid.....	37
5.2. Sterktes, beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek.....	37
5.2.1. Stigma, alcoholproblemen en sociaal wenselijk antwoordgedrag.....	38
5.2.2. Abstracte definiëring van alcoholproblemen.....	39

5.2.3.	Andere uitingsvormen van stigma	40
5.2.4.	Langetermijneffecten van correcties	40
5.3.	Aanbevelingen voor de praktijk	41
5.3.1.	Speel in op verantwoordelijkheidsovertuigingen	41
5.3.2.	Hanteer liefst een feit-mythe-feitformat	41
5.3.3.	Selecteer en train ervaringsdeskundigen.....	42
5.3.4.	Corrigeer regelmatig, maar focus op de feiten	42
5.4.	Conclusie	42
	Referenties	44
	Bijlage 1 – Briefing en informed consent	57
	Bijlage 2 – Vragenlijst	59
	Bijlage 3 – Debriefing	64
	Bijlage 4 – Gemanipuleerde artikels	65

Lijst van tabellen

Tabel 1 – Voorbeelden van uitingsvormen van stigma.....	12
Tabel 2 – Algemene beschrijvende statistieken ($N = 355$)	26
Tabel 3 – Beschrijvende statistieken stimulusbeoordeling.....	27
Tabel 4 – Groepsgemiddelden voor de drie stigmaschalen ($N = 355$)	28
Tabel 5 – Hiërarchische regressieanalyse voor de drie stigmaschalen ($N = 352$).....	29
Tabel 6 – Hiërarchische regressieanalyse voor de drie stigmaschalen ($N = 282$).....	30
Tabel 7 – Indirecte effecten van corrigerende informatie op gewenste sociale afstand, serieel gemedieerd door persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid, vooroordelen en affect ($N = 352$).....	33

Lijst van figuren

Figuur 1 – Varianten facebookbericht.....	22
Figuur 2 – Voorbeeldartikelen met aangeduide manipulaties: mythe-feitvariant met ervaringsdeskundige en feit-mythe-feitvariant met psychiater.....	23
Figuur 3 – Regressiecoëfficiënten voor de relatie tussen correcties en publiek stigma, gemedieerd door persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid ($N = 353$).....	32
Figuur 4 – Significante regressiecoëfficiënten voor de relatie tussen correcties en gewenste sociale afstand, serieel gemedieerd door persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid, vooroordelen en affect ($N = 352$).....	33

Voorwoord

Toen ik de kans kreeg om onderzoek te voeren naar het stigma van psychische aandoeningen, heb ik die met beide handen aangegrepen. Praten over geestelijke gezondheidsproblemen blijft immers taboe. Nochtans, zoals Bill Clinton het ooit perfect onder woorden bracht: ‘Een psychische aandoening is niets om je voor te schamen, maar stigma en vooroordelen maken ons allemaal te schande.’ Ik draag deze masterproef dan ook op aan iedereen die met een alcoholprobleem of een andere psychische aandoening worstelt. Stuk voor stuk verdienen jullie het om op meer begrip te kunnen rekenen, iets waar dit werk hopelijk aan kan bijdragen.

Ook wil ik graag een aantal mensen bedanken die me hebben geholpen om deze masterproef tot een goed einde te brengen. Eerst en vooral mijn promotor, dr. Bart Vyncke: bedankt dat ik een onderwerp mocht onderzoeken dat mij zo nauw aan het hart ligt, en nog meer bedankt voor je enorme betrokkenheid doorheen het jaar. Daar waar ik in het begin nog aan mezelf twijfelde, ontwikkelde ik onder jouw begeleiding de motivatie en de inzichten om mezelf uit te dagen en een werk af te leveren waar ik trots op ben. Verder verdienen ook mijn vriend, vrienden, ouders en broer een woord van dank: niet alleen voor alle bemoedigende woorden, maar ook om mij te assisteren tijdens de dataverzameling. Dat brengt me meteen bij de laatste groep die ik wil bedanken, namelijk iedereen die me heeft geholpen door mijn vragenlijst in te vullen – zonder jullie was dit onderzoek er uiteraard niet geweest.

English summary

The mass media are the primary public source of information about mental health. On the one hand, they play a key role in cultivating and perpetuating stigma associated with mental illness. On the other hand, they are able to promote mental health and contribute to the fight against stigma (Salter & Byrne, 2000; Wahl, 2004).

This master's thesis wanted to investigate how media representations can contribute to reducing public stigma towards alcohol use disorders, a category of mental illness characterized by heavy, compulsive and uncontrolled drinking behaviour (Carvalho, Heilig, Perez, Probst & Rehm, 2019). Alcohol use disorders are among the most prevalent mental illnesses worldwide and are associated with a high mortality and burden of disease (Carvalho et al., 2019). Moreover, the negative consequences of alcohol abuse are far-reaching on a socio-economic level (Klingemann & Gmel, 2001; Laramée et al., 2013).

Despite the serious consequences of alcohol use disorders, individuals suffering from the condition often go untreated (Cohen, Feinn, Arias & Kranzler, 2007; Mekonen et al., 2020). After all, the stigma of mental health problems in general (Clement et al., 2015; Corrigan, Druss & Perlick, 2014; Gulliver et al., 2010) and alcohol abuse in particular (Fortney et al., 2004; Schomerus et al., 2011) is an important help-seeking barrier: people are afraid to get labelled as alcoholics and become a victim of discrimination, which results in a reluctance to seek professional help (Room, 2005). In other words, the stigma associated with alcohol use disorders tends to worsen rather than diminish the problems of individuals suffering from the disorder (Schomerus, 2014).

Therefore, it is crucial to tackle the stigma surrounding addiction as it can help to improve both the physical and social health of individuals with an alcohol problem (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2011). Nevertheless, research points to a striking scarcity of destigmatization initiatives targeting alcohol or other substance abuse disorders (Lavack, 2007; Schomerus, 2014).

In order to make a positive contribution in the fight against the stigma of alcohol problems, this study drew inspiration from initiatives that adopt a myth-factformat (e.g. 'Myth: people with an alcohol problem have a lack of willpower'; 'Fact: people with an alcohol problem do not choose their condition'). While some research suggest that such a format can be ineffective or even lead to counterproductive effects (Peter & Koch, 2016; Pluviano, Watt, Ragazzini & Della Sala, 2019; Yeh & Jewell, 2015), many other studies indicate that the myth-factformat is effective (Ecker, Hogan & Lewandowsky, 2017; Paynter et al., 2019; Yeh & Jewell, 2015). This master's thesis therefore wanted to investigate whether corrective information can be a suitable strategy to reduce the stigma towards people with an alcohol problem, as well as which factors play a role in this.

To achieve this objective, an online experiment using a 2 (type format: myth-fact vs. fact-myth-fact) x 2 (corrective information source: ex-patient vs. psychiatrist) between-subjects factorial design was conducted. The study sample included 355 Dutch-speaking Belgian young adults between the ages of 18 and 30, an age group that was particularly relevant to the study topic – not only is there a dangerous drinking culture among Belgian youngsters (Bräker & Soellner, 2016), the developmental risk of alcohol use disorders also peaks during adolescence and the transition to young adulthood (Chung, Martin & Winters, 2005). Furthermore, the experimental stimuli focused on two pervasive myths, namely 'an alcohol use disorder is one's own fault' and 'an alcohol use disorder is a sign of weakness' (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2014). These myths were countered by two facts: 'alcohol problems are no one's fault' (Pickard, 2017; Clark, 2020) and 'the social threshold for seeking help is currently very high' (Fortney et al., 2004; Schomerus et al., 2011). In other words, the participants' perceptions of responsibility, an important predictor of stigma associated with mental illness, were explicitly addressed (Corrigan et al., 2003).

After a thorough analysis of the results, this master's thesis concluded that corrective information that taps into readers' personal responsibility beliefs can successfully reduce the public stigma of individuals with alcohol problems. More specifically, the participants perceived patients as less responsible for their condition, which led to a favourable re-evaluation of their stigmatizing prejudices and feelings, and ultimately a reduced inclination to keep social distance. Admittedly, the study could not confirm that the fact-myth-factformat is significantly more effective than the myth-factformat: the corrective formats were equally capable of reducing the public stigma of persons with an alcohol problem. Furthermore, the expert by experience and the medical expert also did not appear to perform significantly different: both corrective sources proved to be good candidates for disproving myths about alcohol problems. All in all, this study succeeded in illustrating the importance of communication in the fight against stigma, thereby providing some useful insights for practitioners.

1. Inleiding en probleemstelling

De massamedia vormen de voornaamste publieke informatiebron over geestelijke gezondheid. Enerzijds spelen ze daarbij een sleutelrol in de cultivering en bestendiging van het stigma ten aanzien van psychische aandoeningen, anderzijds zijn ze in staat om psychische gezondheid te promoten en bij te dragen aan de strijd tegen het stigma (Salter & Byrne, 2000; Wahl, 2004).

Deze masterproef zal onderzoeken hoe mediabeeldvorming kan bijdragen aan een verlaagd publiek stigma ten aanzien van alcoholgebruiksstoornissen, een categorie van psychische aandoeningen die wordt gekenmerkt door zwaar, dwangmatig en ongecontroleerd drinkgedrag (Carvalho et al., 2019). Ze behoren wereldwijd tot de meest prevalentie psychische aandoeningen en worden bovendien in verband gebracht met een hoge mortaliteit en ziektelast (Carvalho et al., 2019). Zo tonen globale schattingen dat er in 2016 meer dan 100 miljoen mensen een alcoholprobleem hadden (Degenhardt et al., 2018), waaronder bijna 800.000 personen binnen de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder (Gisle, Demarest & Drieskens, 2019). Bovendien kan ongeveer 4 procent van alle wereldwijde sterfgevallen en 5 procent van alle disability-adjusted life years (DALYs) – een omvattende maat voor ziektelast en mortaliteit (WHO, z.d.) – worden toegeschreven aan alcohol (Rehm et al., 2009). De negatieve consequenties van alcoholmisbruik beperken zich overigens niet tot de fysieke gezondheid, want ook op socio-economisch vlak zijn ze verregaand (Klingemann & Gmel, 2001; Laramée et al., 2013).

Ondanks de ernstige gevolgen van alcoholgebruiksstoornissen, blijven personen met de aandoening vaak onbehandeld. Zo wordt geschat dat slechts 20 procent van alle gevallen de nodige hulp ontvangt (Cohen et al., 2007; Mekonen et al., 2020), terwijl de meeste personen met een alcoholprobleem niet in staat zijn om zelfstandig te herstellen (Dawson et al., 2015; Wang et al., 2005). Een belangrijke barrière om hulp te zoeken, is dan ook het stigma dat rust op psychische gezondheidsproblemen in het algemeen (Clement et al., 2015; Corrigan et al., 2014; Gulliver et al., 2010) en alcoholmisbruik in het bijzonder (Fortney et al., 2004; Schomerus et al., 2011). Mensen zijn namelijk bang om als alcoholist te worden bestempeld en daarbij aan statusverlies en discriminatie te lijden, waardoor ze vaak niet om professionele hulp durven te vragen (Room, 2005). Bovendien kan het stigma ook structurele discriminatie tegen alcoholafhankelijke personen in de hand werken, bijvoorbeeld wat betreft de financiering van verslavingsbehandelingen (Earnshaw, 2020; Schomerus, Holzinger, Matschinger, Lucht & Angermeyer, 2010). Met andere woorden: het stigma van alcoholgebruiksstoornissen zorgt ervoor dat de problemen van personen met de aandoening eerder verergeren dan verminderen (Schomerus, 2014).

Het is dan ook cruciaal om het stigma rond verslaving aan te pakken, aangezien dit zowel de lichamelijke als de sociale gezondheid van personen met een alcoholprobleem kan helpen verbeteren (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2011). Desalniettemin wijst onderzoek op een opvallende schaarste aan destigmatiseringsinitiatieven die zich op alcohol- of andere middelenmisbruikstoornissen richten (Lavack, 2007; Schomerus, 2014), iets waar deze masterproef verandering in wil brengen. Gelet op de prevalentie, ernst (Carvalho et al., 2019, Degenhardt et al., 2018; Rehm et al., 2009) en het hoge stigma van de aandoening (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2010; Schomerus et al., 2011; Schomerus, Matschinger & Angermeyer, 2014), is er immers veel ruimte tot verbetering.

Om te onderzoeken hoe het stigma van alcoholproblemen kan worden verminderd, put deze studie inspiratie uit interventies die een mythe-feitformat hanteren, bijvoorbeeld de 'Time To Change' campagne in Groot-Brittannië (z.d.) en de 'What a Difference a Friend Makes' campagne in de Verenigde Staten (z.d.). Daarbij wordt telkens eerst een mythe herhaald (bv. 'Mythe: personen met een alcoholprobleem hebben een gebrek aan wilskracht'), om die onmiddellijk daarna met een feit te ontkrachten (bv. 'Feit: personen met een alcoholprobleem kiezen niet voor hun aandoening'). Recent onderzoek suggereert weliswaar dat zo'n format niet alleen ineffectief kan zijn, maar soms zelfs tot averechtse effecten leidt (Peter & Koch, 2016; Pluviano, Watt, Ragazzini & Della Sala, 2019; Yeh & Jewell, 2015). Tegelijkertijd zijn er ook aanwijzingen dat het mythe-feitformat wel degelijk effectief is (Ecker, Hogan & Lewandowsky, 2017; Paynter et al., 2019; Yeh & Jewell, 2015).

Deze masterproef wil daarom nagaan of corrigerende informatie een geschikte strategie kan zijn om het stigma ten aanzien van personen met een alcoholprobleem te verminderen, evenals welke factoren daarbij een rol spelen. Ook wordt getest of een alternatief format, het feit-mythe-feitformat, een meerwaarde kan bieden ten opzichte van het originele mythe-feitformat. Bovendien wordt onderzocht of twee types geloofwaardige bronnen, een ervaringsdeskundige en een medisch expert, de effectiviteit van de corrigerende formats kunnen ondersteunen. Hiermee hoopt de studie waardevolle inzichten voor de praktijk te genereren, om zo een positieve bijdrage in de strijd tegen het stigma van alcoholproblemen te leveren.

2. Stigma en destigmatisering

2.1. Het stigmaconcept: definities en uitingsvormen

Onderzoek naar succesvolle destigmatisering vereist in de eerste plaats een duidelijk begrip van het stigmaconcept. Volgens de invloedrijke definitie van Erving Goffman (1963) is stigma een eigenschap die iemand sterk te schande maakt, en de drager ervan reduceert van een geheel, gewoon persoon tot een bedorven, misprezen iemand (p. 3). Goffmans werk is niet vrij van kritiek (zie Livingston & Boyd, 2010), maar toch bouwen veel hedendaagse definities erop voort. Daarbij conceptualiseren Dovidio, Major en Crocker (2000) stigma als een sociaal construct dat telkens de volgende twee elementen omvat: de erkenning van verschillen op basis van een of ander onderscheidend kenmerk of merkteken, en de daaruit voortvloeiende devaluatie van een persoon (p. 3). Bovendien benadrukken ze de contextuele en dynamische aard van stigma. Terwijl een groep in de ene sociale context of door een specifiek persoon wordt gestigmatiseerd, zal dat in een andere context juist niet het geval zijn (Crocker, Major & Steele, 1998; Jones, Farina, Hastorf, Markus & Miller, 1984).

Ook Link en Phelan (2001) bouwen verder op het werk van Goffman (1963), maar gaan nog een stap verder dan hun voorgangers. Volgens hen is stigmatisering enkel mogelijk binnen een context van ongelijke machtsverhoudingen, waarbij een machtige groep een label op een minder machtige groep kleeft. Bovendien spreken ze over een stigmaproces, waarin een aantal onderling gerelateerde componenten voorkomen. Vooreerst moet het publiek een verschil tussen zichzelf en de gestigmatiseerde groep herkennen en labelen. Stigma komt vervolgens pas tot stand wanneer stereotypes met betrekking tot de gelabelde groep worden geactiveerd en dominante culturele overtuigingen dat label als negatief bestempelen. De gelabelde personen ervaren dan statusverlies en discriminatie, met verminderde kansen in de maatschappij tot gevolg.

Tegelijkertijd heerst er tegenwoordig veel conceptuele onduidelijkheid. Zo blijkt dat sociale wetenschappers maar al te vaak onderzoek voeren naar stigma zonder de conceptuele elementen en grenzen ervan te begrijpen (Link & Phelan, 2001; Livingston & Boyd, 2010). De literatuur omtrent stigma is dan ook zeer divers. Voortbouwend op de theorieën van Corrigan (2004) en Herek (2007), hebben Pryor en Reeder (2011) daarom een conceptueel model ontwikkeld dat meer duidelijkheid moet scheppen. Het omvat vier uitingsvormen van stigma die elkaar onderling beïnvloeden: publiek stigma, zelfstigma, stigma door associatie en institutioneel stigma. Publiek stigma vormt de kern van het model en daarmee ook de focus van deze masterproef, aangezien het aan de basis ligt van alle andere vormen van stigma (en ze – tenminste in theorie – allemaal beïnvloedt). Het omvat de sociale en psychologische reacties op gestigmatiseerde personen (Pryor & Reeder, 2011, p. 791) en doet zich voor wanneer het algemene publiek stereotypen van psychische aandoeningen onderschrijft en er op

discriminerende wijze naar handelt (Corrigan, 2016). Zelfstigma staat dan weer voor de sociale en psychologische impact van stigma (Pryor & Reeder, 2011, p. 791). Het bestaat uit drie subcategorieën (Bos et al., 2013; Herek, 2007): uitgevoerd stigma (de sociale gevolgen voor de gestigmatiseerde groep), aangevoeld stigma (de indruk of verwachting dat men van buitenaf gedevalueerd en gediscrimineerd zal worden) en geïnternaliseerd stigma (het publieke stigma dat mensen met een psychische aandoening op zichzelf toepassen). Stigma door associatie daarentegen, houdt in dat personen die zelf geen stigmatiserende eigenschap bezitten soms toch slachtoffer worden van stigma omdat zij geassocieerd worden met een gestigmatiseerd persoon (Pryor, Reeder & Monroe, 2012). Institutioneel of structureel stigma, ten slotte, omvat de legitimering en bestendiging van stigma door maatschappelijke instanties en ideologische systemen (Pryor & Reeder, 2011, p. 791). In Tabel 1 worden die verschillende uitingsvormen telkens geïllustreerd met een voorbeeld.

Tabel 1 – Voorbeelden van uitingsvormen van stigma

Uitingsvorm	Voorbeeld
Publiek stigma	“Die man is onvoorspelbaar, hij is alcoholicus. Ik zou er niet mee afspreken.”
Zelfstigma	
Uitgevoerd stigma	“Ik ben mijn job kwijt. Mijn overste heeft me ontslagen omdat ze mijn drankprobleem heeft ontdekt.”
Aangevoeld stigma	“Als mijn baas erachter komt dat ik een alcoholprobleem heb, zal ik voor mijn job moeten vrezén.”
Geïnternaliseerd stigma	“Mijn verslaving wijst op een gebrek aan karakter. Ik zal nooit veranderen.”
Stigma door associatie	“Kind, jij moet later oppassen met de drank. Verslaving zit in de familie hé!”
Institutioneel stigma	“Ik kan geen psycholoog betalen, want de verzekering komt niet tussen.”

2.2. Stigma van psychische aandoeningen en alcoholproblemen in het bijzonder

Wanneer wordt gekeken naar de evolutie van publieke attitudes ten opzichte van psychische aandoeningen, vallen twee tegenstrijdige trends op. Enerzijds komt naar voren dat het publiek meer inzicht heeft in mentale gezondheidsproblemen, maar anderzijds blijken vooroordelen ten opzichte van personen met een psychische aandoening onveranderd of zelfs sterker aanwezig (Pescosolido, Medina, Martin & Long, 2013; Schomerus et al., 2012). Aangezien zulke vooroordelen het verband tussen stereotypes en discriminerend gedrag verklaren, kunnen ze gebruikt worden om het publieke stigma ten opzichte van psychische aandoeningen beter te begrijpen. Daarbij wijzen Sheehan et al. (2017) op drie categorieën van stereotypen die het algemene publiek vaak toepast op personen met

een psychische aandoeningen: (1) ze zijn gevaarlijk of onvoorspelbaar, (2) ze zijn incompetent, en (3) psychische aandoeningen zijn chronisch en ongeneeslijk.

De veronderstelling dat personen met een psychische aandoening gevaarlijk of onvoorspelbaar zijn, is een van de meest prominente en problematische stereotypes waarmee zij te maken krijgen (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999). Nochtans komt het idee dat zij gewelddadiger dan gemiddeld zijn niet overeen met de werkelijkheid. Zo zijn mensen met een psychische aandoening vaker slachtoffers dan plegers van geweld (Choe, Teplin & Abram, 2008), en is psychische gezondheid een slechtere voorspeller van geweld dan demografische factoren zoals leeftijd, geslacht en etniciteit (Corrigan, Markowitz & Watson, 2004). Verder worden personen met een psychische aandoening ook vaak als incompetent beschouwd (Pescosolido, Monahan, Link, Stueve & Kikuzawa, 1999; Pescosolido et al., 2013). Vooral hun geschiktheid om gezaghebbende posities (bv. supervisor, overheidsfunctionaris) of opvoedende functies (bv. leerkracht, ouder) op zich te nemen, wordt over het algemeen sterk in vraag gesteld (Pescosolido et al., 2013). Ten slotte blijkt dat het algemene publiek psychische aandoeningen als iets chronisch en onveranderbaar bekijkt. Onderzoekers wijten dat grotendeels aan het 'decennium van de hersenen': een tijdlang benadrukten destigmatiseringsinspanningen de genetische en biologische oorsprong van mentale ziekten, maar achteraf bleek dat deze strategie een averechts effect had. Meer bepaald blijkt dat, alhoewel personen met hersenaandoeningen hierdoor minder verantwoordelijk worden gehouden voor hun ziekte, het grote publiek toch minder snel zal geloven dat dergelijke personen beter kunnen worden (Lebowitz & Ahn, 2012; Pescosolido et al., 2010).

Naast een aantal gelijkenissen, toont onderzoek dat het stigma van psychische aandoeningen op verschillende vlakken varieert. Zo verschilt de mate van stigmatisering per land, waarbij België zich ongeveer in het midden bevindt, tussen de Verenigde Staten en Spanje in (Pescosolido et al., 2013). Nog belangrijker om rekening mee te houden, is het gegeven dat stigma ziektespecifiek is (Schomerus et al., 2011; Schomerus et al., 2012; Pescosolido et al., 2013). Wanneer daarbij wordt ingezoomd op personen met een verslavingsproblematiek, tonen verschillende studies dat alcoholgebruiksstoornissen ernstiger gestigmatiseerd worden dan psychische aandoeningen die geen verband houden met middelenmisbruik. Meer bepaald worden personen met een alcoholprobleem minder vaak als geestesziek beschouwd en dus meer verantwoordelijk gehouden voor hun situatie, lokken ze meer sociale afwijzing en negatieve emoties uit, worden ze als onvoorspelbaarder en gevaarlijker beschouwd, en lopen ze een bijzonder risico op structurele discriminatie (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2010; Schomerus et al., 2011; Schomerus et al., 2014). Ook hier wijzen onderzoekers erop dat het stigma relatief stabiel is gebleven doorheen de voorbije decennia (Kilian et

al., 2021; Schomerus et al., 2014) – niet verrassend, gelet op het gebrek aan destigmatiseringsinitiatieven die zich focussen op alcoholproblemen (Lavack, 2007; Schomerus, 2014).

2.3. Destigmatisering van psychische aandoeningen

Om het stigma ten aanzien van alcoholproblemen te verminderen, kan worden gekeken naar destigmatiseringsinspanningen die zich focussen op andere mentale gezondheidsproblemen. Daarbij onderscheiden Corrigan en Penn (1999) drie benaderingen om het publieke stigma ten aanzien van psychische aandoeningen te verminderen, namelijk (1) protest, (2) contact en (3) educatie. De protestbenadering speelt in op het morele bewustzijn van mensen door stigmatiserende beleidsbeslissingen of attitudes aan te kaarten (“het is een schande dat we mensen met een psychische aandoening niet respecteren”), dit in de hoop dat het publiek ze in vraag zal stellen en ze voortaan zal proberen te onderdrukken (Corrigan, 2016, p.68). Het zijn echter vooral de laatste twee benaderingen, contact en in het bijzonder educatie, die relevant zijn voor deze masterproef. De contactbenadering wil het stigma verminderen door interacties tussen het algemene publiek en personen met een psychische aandoening te bevorderen, terwijl de educatiebenadering probeert om stigmatiserende mythes te ontkrachten door ze tegenover feiten omtrent psychische aandoeningen te plaatsen (Corrigan, 2016). Overigens zouden beide benaderingen in het algemeen effectief zijn om het publieke stigma ten aanzien van psychische aandoeningen te verminderen (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rüsck, 2012; Griffiths, Carron-Arthur, Parsons & Reid, 2014). Een meta-analyse wijst er weliswaar op dat contact het meest doeltreffend zou zijn bij oudere doelgroepen, terwijl jonge mensen net iets beter zouden reageren op educatieve benaderingen (Corrigan et al., 2012) – iets waar deze masterproef op inspeelt door op die laatste groep te focussen.

2.3.1. Het mythe-feitformat als destigmatiserende strategie

Campagnes en websites die het stigma rond psychische aandoeningen proberen te reduceren, maken soms gebruik van een educatief mythe-feitformat (Paynter et al., 2019; Yeh & Jewell, 2015). Terwijl een aantal studies suggereren dat zo’n format wel degelijk een geschikte strategie is (Ecker et al., 2017; Paynter et al., 2019; Yeh & Jewell, 2015), wijzen andere onderzoekers erop dat het niet alleen ineffectief kan zijn, maar soms zelfs het geloof in mythes zou vergroten (Peter & Koch, 2016; Pluviano et al., 2019; Yeh & Jewell, 2015). De literatuur wijst dan ook op tal van barrières om misopvattingen succesvol te corrigeren, waaronder het boemerangeffect (*backfire effect*), de voortgezette invloed van misinformatie (*continued influence of misinformation*) en geloofsregressie (*belief regression*).

In het geval van een boemerangeffect, ten eerste, zorgen destigmatiseringsinspanningen er ironisch genoeg voor dat misvattingen versterkt in plaats van verminderd worden (Lewandowsky et

al., 2020). Sommige studies suggereren bijvoorbeeld dat het mythe-feitformat een averechts effect op basis van vertrouwdheid in de hand werkt: mythes herhalen zou bijdragen aan de acceptatie ervan, doordat mensen vertrouwder worden met de misinformatie die men juist probeert te ontkrachten (Peter & Koch, 2016; Pluviano et al., 2019). Recent onderzoek spreekt dat nochtans tegen, na verschillende mislukte pogingen om zo'n effect op te wekken (Ecker et al., 2017; Ecker, Lewandowsky & Chadwick, 2020; Swire, Ecker & Lewandowsky, 2017; Swire-Thompson, DeGutis & Lazer, 2020). Wat betreft de voortgezette invloed van misinformatie, ten tweede, wijst meta-analytisch onderzoek op een zwak effect (Walter & Tukachinsky, 2020). Meer bepaald blijkt dat, na blootstelling aan geloofwaardige correcties, kleine stukjes misinformatie standhouden in het geheugen van mensen en hun redenering blijven beïnvloeden (Johnson & Seifert, 1994; Lewandowsky et al., 2020; Walter & Tukachinsky, 2020). Wanneer zich ten slotte geloofsregressie voordoet, neemt de gewenste geloofsverandering gedeeltelijk af doorheen de tijd (Swire et al., 2017). Zelfs bij effectieve correcties zullen de effecten na verloop van tijd immers afnemen, waardoor het belangrijk is om herhaaldelijk te corrigeren (Paynter et al., 2019; Swire et al., 2017).

Ondanks dat het mythe-feitformat dus niet vrij is van uitdagingen, argumenteren Lewandowsky et al. (2020) dat praktijkbeoefenaars niet al te veel moeten vrezen voor ongewenste effecten van het format: over het algemeen is het een goede strategie om misopvattingen tegen te gaan. In tegenstelling tot het ernstiger maar zeldzame boemerangeffect, is er in het geval van voortgezette invloed van misinformatie en geloofsregressie immers nog steeds sprake van geloofsverandering in de beoogde richting (Swire-Thompson et al., 2020). Bovendien wijzen recente meta-analyses erop dat correcties over het algemeen wel degelijk tot een significante vermindering van misopvattingen leiden (Chan, Jones, Jamieson & Albarracín, 2017; Walter & Murphy, 2018; Walter & Tukachinsky, 2020).

Desalniettemin zien Lewandowsky et al. (2020) ruimte voor verbetering, en stellen ze het feit-mythe-feitformat voor. In plaats van te beginnen met een mythe, begint men in dat geval bij de feiten. Vervolgens wordt eenmalig een mythe aangehaald en uitgelegd hoe die misleidend werkt, om af te sluiten met een herhaling van de feiten. De auteurs argumenteren dat die aanpak het toelaat om de boodschap als eerste te kaderen vanuit de juiste informatie: de feiten bieden het referentiekader, niet de mythe (Lewandowsky et al., 2020). Verschillende onderzoekers hebben immers aangetoond dat lezers ieder binnenkomend bewijs wegen en interpreteren in het licht van eerder ontvangen informatie (Ecker, Lewandowsky, Chang & Pillai, 2014; Otero & Kintsch, 1992; Surber & Schroeder, 2007). Door bovendien te eindigen met een herhaling van de feiten, zorgt men ervoor dat de correcte informatie vertrouwder wordt en ook het laatste is dat mensen binnenkrijgen (Lewandowsky et al., 2020). Het zou namelijk onvoldoende zijn om slechts een feit-mytheformat te hanteren, waarbij eerst de feiten worden toegelicht en daarna wordt gewezen op een mythe die rond het onderwerp bestaat:

opdat mensen hun overtuigingen actualiseren, is het noodzakelijk om misinformatie op te volgen met corrigerende feiten (Ecker, Lewandowsky, Cheung & Mayberry, 2015).

Overigens zou een eenmalige herhaling van een mythe, vlak voor de verbetering ervan, de kennisherziening positief beïnvloeden (Lewandowsky et al., 2020) – wat relevant is voor beide formats. Zo bleek in het experiment van Ecker et al. (2017) dat correcties die misinformatie expliciet aanhaalden zelfs effectiever waren in het verminderen ervan, vergeleken met correcties die herhaling van misinformatie vermeden. Dat is in lijn met de coactiveringshypothese van Kendeou en O’Brien (2014), die stelt dat de gelijktijdige activatie van correcte en eerder verkregen incorrecte informatie cruciaal is om kennisherziening op gang te brengen. Door mythes te herhalen worden ze dus vertrouwder, maar de ontkrachting ervan lijkt de toename in vertrouwdheid te overheersen (Lewandowsky et al., 2020). Daarbij benadrukken onderzoekers wel dat het belangrijk is dat misinformatie altijd duidelijk gekoppeld wordt aan het corrigerende element, en dat onnodige herhaling van misvattingen nog steeds vermeden moet worden (Swire-Thompson et al., 2020).

Het alternatieve format van Lewandowsky et al. (2020) weerspiegelt de huidige wetenschappelijke consensus, aangezien het werd voorgesteld door 22 vooraanstaande wetenschappers op het gebied van misinformatiebestrijding. Toch lijkt het erop dat onderzoekers de effectiviteit van de formats nog niet met elkaar hebben vergeleken in een experimentele setting – iets waar deze masterproef aan wil tegemoetkomen. Op basis van het voorgaande worden de volgende drie hypothesen naar voren geschoven:

H1a: *‘Personen die worden blootgesteld aan het mythe-feitformat zullen significant minder publiek stigma vertonen dan mensen die geen boodschap te zien krijgen.’*

H1b: *‘Personen die worden blootgesteld aan het feit-mythe-feitformat zullen significant minder publiek stigma vertonen dan mensen die geen boodschap te zien krijgen.’*

H2: *‘Personen die worden blootgesteld aan het feit-mythe-feitformat zullen significant minder publiek stigma vertonen dan mensen die het mythe-feitformat te zien krijgen.’*

2.3.2. Geloofwaardige corrigerende bronnen

Naast een alternatief format, hebben onderzoekers heel wat mechanismen voorgesteld om de impact van correcties te verbeteren (Ecker et al., 2012; Guillory & Geraci, 2013; Homsey & Fielding, 2017; Pluviano et al., 2017; Schwarz, Newman & Leach, 2016); Sherman & Cohen, 2002; Swire et al., 2017). De effectiviteit van deze mechanismen werd al eerder getest en bevestigd door ze te combineren in een ‘geoptimaliseerde ontkrachtingsstrategie’ (Paynter et al., 2019). Voortbouwend op

eerder onderzoek, wil deze masterproef verder onderzoeken hoe één element, brongeloofwaardigheid, de effectiviteit van de formats kan verbeteren.

Brongeloofwaardigheid is een belangrijke determinant van hoe mensen reageren op informatie (Cone, Flaharty & Ferguson, 2019): doorgaans zijn bronnen met een hoge geloofwaardigheid significant overtuigender dan bronnen met een lage geloofwaardigheid (Hovland & Weiss, 1951; Pornpitakpan, 2004). Soms besteden mensen weliswaar te weinig aandacht aan broninformatie, (Henkel & Mattson, 2011; Sparks & Rapp, 2011), waardoor een effect uitblijft. Daarom is het raadzaam om informatie omtrent de bron expliciet te benadrukken (van Boekel, Lassonde, O'Brien & Kendeou, 2017). Tegelijkertijd benadrukken onderzoekers dat wanneer personen geen gebruik maken van broninformatie, er niet altijd sprake is van een tekort aan aandacht (Foy, LoCasto, Briner & Dyay, 2017). Soms zijn mensen zich namelijk wel bewust van de geloofwaardigheid van een bron, maar gebruiken ze die informatie niet. Daarbij tonen de onderzoekers dat brongeloofwaardigheid vooral belangrijk is wanneer lezers stoten op informatie die niet strookt met hun algemene wereldkennis (Foy et al., 2017). Het *Plausibility Analysis Model* van Connell en Keane (2006) biedt een logische verklaring voor dat fenomeen: wanneer informatie goed aansluit bij iemands algemene wereldkennis, bereikt de plausibiliteit mogelijk een plafond, waardoor brongeloofwaardigheid geen meerwaarde kan bieden. In het tegenovergestelde geval, wanneer nieuwe informatie tegen iemands algemene wereldkennis ingaat, kan een geloofwaardige bron de plausibiliteit wel verhogen – een mechanisme dat mogelijk ook relevant is bij het ontkrachten van wijdverspreide mythes.

Het is overigens belangrijk om de verschillende dimensies van brongeloofwaardigheid in achtting te nemen. Hoewel die zeer talrijk en gevarieerd zijn (Pornpitakpan, 2004), komen de meeste onderzoekers overeen dat betrouwbaarheid en expertise de belangrijkste zijn (Ecker & Antonio, 2021; Guillory & Geraci, 2013). Betrouwbaarheid verwijst naar hoezeer iemand bereid lijkt om nauwkeurige informatie te verstrekken (Sparks & Rapp, 2011), terwijl expertise verwijst naar de mate waarin iemand competent lijkt om correcte uitspraken te doen (Pornpitakpan, 2004). Soms probeert men dus geloofwaardigheid te genereren door experts aan het woord te laten (Walter & Tukachinsky, 2020), bijvoorbeeld een wetenschapper die mythes ten aanzien van psychische aandoeningen ontkracht. Bepaalde experimentele studies suggereren weliswaar dat enkel bronbetrouwbaarheid, niet bronexpertise, invloed heeft op de doeltreffendheid van correcties (Ecker & Antonio, 2021; Guillory & Geraci, 2013). Niettemin stellen andere onderzoekers dat bronnen die hoog scoren op beide dimensies, zoals gezondheidsorganisaties en -werkers, de voorkeur verdienen (van der Meer & Yin, 2020; Vraga & Bode, 2017). Nog een bron die mogelijk hoog scoort op beide dimensies, is de ervaringsdeskundige. Een ex-patiënt kan bijvoorbeeld mythes ontkrachten en daarbij uit eigen ervaringen putten, wat de boodschap persoonlijker maakt (NAS, 2017). Interventies zoals deze, waarbij

de educatie- en contactbenadering gecombineerd worden (Corrigan & Penn, 1999), zouden over het algemeen meer effectief zijn dan educatie alleen (Borschmann, Greenberg, Jones & Henderson, 2014; Corrigan et al., 2012). Toch worden ze minder vaak toegepast in de praktijk (Borschmann et al., 2014).

Vooralsnog lijken er geen gegevens beschikbaar over de corrigerende effectiviteit van ervaringsdeskundigen ten opzichte van gezondheidswerkers – bronnen die beide hoog scoren op het vlak van expertise en betrouwbaarheid. Deze masterproef wil daarom onderzoeken of één van de twee bronnen best de voorkeur van praktijkbeoefenaars geniet. Vandaar wordt de vraag gesteld:

OV1: 'Hoe verschilt het publieke stigma jegens personen met een alcoholprobleem naargelang de corrigerende informatiebron (ervaringsdeskundige vs. gezondheidswerker)?'

2.4. Voorspellers van stigma

De literatuur wijst op een aantal variabelen die het stigma van personen met een alcoholprobleem mee kunnen voorspellen. Zo zouden leden uit het algemene publiek die vertrouwd zijn met psychische aandoeningen, bijvoorbeeld door persoonlijk contact en/of ervaring, minder geneigd zijn om stigmatiserende attitudes te onderschrijven (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001a; Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003; Crisp, Gelder, Goddard & Meltzer, 2005). Daartegenover staat dat mensen doorgaans een hoger publiek stigma onderschrijven wanneer zij personen met een psychische aandoening als meer verantwoordelijk achten voor de oorzaak van hun ziekte (Corrigan et al., 2003; Dolphin & Hennessy, 2014), wat ook geldt binnen de specifieke context van middelenmisbruik (Rise, Aarø, Halkjelsvik & Kovač, 2014). De data-analyse van deze masterproef zal dan ook rekening houden met de mogelijke invloed van de variabelen vertrouwdheid met alcoholproblemen en persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid. Bovendien zal ook het religiositeitsniveau van de deelnemers opgenomen worden als controlevariabele, aangezien een hogere mate van religiositeit geassocieerd wordt met meer afkeurende attitudes ten aanzien van alcoholgebruik (Vaughan, de Dios, Steinfeldt & Kratz, 2011). Tot slot zal ook gecontroleerd worden voor een aantal persoonsgegevens die het stigma ten opzichte van alcoholmisbruik kunnen verklaren, namelijk leeftijd, geslacht en opleidingsniveau (Crisp, Gelder, Goddard & Meltzer, 2005, de Montellano, 2017, Wong, Collins, Cerully, Seelam & Roth, 2017).

3. Methode

Om te onderzoeken hoe personen met een alcoholprobleem effectief kunnen worden gedestigmatiseerd, koos deze masterproef voor een online experiment met behulp van het programma Qualtrics. Daarbij werd een 2 (type format: mythe-feit vs. feit-mythe-feit) x 2 (corrigerende informatiebron: ex-patiënt vs. psychiater) *between-subjects factorial design* gehanteerd. Om het effect van de loutere aanwezigheid van corrigerende informatie te observeren, werd bovendien gewerkt met een controleconditie waarin de deelnemers geen stimulus te zien kregen.

3.1. Participanten

De onderzoekspopulatie omvatte Nederlandstalige Belgische jongvolwassenen tussen 18 en 30 jaar, een leeftijdsgroep die bijzonder relevant is voor het onderzoeksonderwerp. Niet alleen heerst er een gevaarlijke drinkcultuur bij Belgische jongeren (Bräker & Soellner, 2016), ook het ontwikkelingsrisico van alcoholgebruiksstoornissen piekt tijdens de adolescentie en de overgang naar jongvolwassenheid (Chung, Martin & Winters, 2005). Overigens zou een educatieve benadering om het stigma van psychische aandoeningen te verminderen – zoals het mythe-feitformat – het meest geschikt zijn voor deze jongere leeftijdsgroep (Corrigan et al., 2012).

Om voldoende deelnemers binnen de doelgroep te werven, hanteerde deze studie een gelegenheidssteekproef (Roose & Meuleman, 2014). Meer bepaald werden oproepen gedeeld via Facebook, Facebook Messenger en SurveySwap. Aanvullend maakte de dataverzameling gebruik van een sneeuwbalsteekproef (Roose & Meuleman, 2014): om nog meer mensen te bereiken, werden vrienden en familie aangemoedigd om de oproep met hun netwerk te delen. Overigens bleek in eerste instantie dat aanzienlijk meer vrouwen dan mannen de vragenlijst hadden ingevuld. Om de man-vrouwverdeling enigszins recht te trekken, werd daarom een nieuwe oproep geplaatst die zich specifiek tot mannen richtte.

In de periode van 28 mei tot 3 juni 2021 doorliepen 385 personen de volledige vragenlijst. De dataverzameling gebeurde dus op één week tijd, waardoor eventuele invloeden van externe gebeurtenissen zo beperkt mogelijk werd gehouden. Nadere inspectie van de dataset leidde tot de uitsluiting van 30 participanten, aangezien zij de aandachtscontrole (zie 3.2.) niet hadden doorstaan en/of de vragenlijst onrealistisch snel of traag – buiten een tijdsperiode van 3 tot 30 minuten – hadden ingevuld. De uiteindelijke steekproef omvatte dus $N = 355$ personen, die in vergelijkbare aantallen ($n = 70-72$) over de verschillende condities verspreid waren.

3.2. Procedure

Voor aanvang van het onderzoek, werden de deelnemers geïnformeerd over hun rechten en het feit dat de Sociale en Maatschappelijke Ethische Commissie (SMEC) van de KU Leuven de studie had goedgekeurd. Pas nadat zij hun geïnformeerde toestemming hadden gegeven, konden ze effectief deelnemen aan het experiment.

In het begin van de vragenlijst werden enkele persoonsgegevens opgevraagd. Op die manier konden personen buiten de doelgroep van het onderzoek onmiddellijk naar het einde van de vragenlijst worden geleid. Bovendien werd de term 'alcoholprobleem' verduidelijkt, om te verzekeren dat alle deelnemers de betekenis ervan begrepen en dezelfde conceptualisatie volgden. De gebruikte definitie was als volgt: 'Iemand heeft een alcoholprobleem als hij/ zij het moeilijk heeft om te stoppen met drinken of om minder te drinken, ondanks dat zijn/ haar alcoholgebruik negatieve gevolgen heeft op sociaal of professioneel vlak, of negatieve effecten heeft op de gezondheid.'

Naderhand werden de deelnemers willekeurig aan de controlegroep of één van de vier experimentele condities toegewezen. Deelnemers uit de controlegroep kregen geen stimulus te zien: zij werden meteen doorverwezen naar de verdere vragenlijst. Deelnemers uit de experimentele groepen daarentegen, moesten eerst de stimuli doorlopen (zie 3.3.). Eén van die stimuli – een krantenartikel – moest minimaal 30 seconden worden doorgenomen. Die minimumvereiste werd ingevoerd om de deelnemers aan te sporen het artikel effectief te lezen, maar uiteraard stond het hen vrij om alle tijd te nemen die zij hiervoor nodig hadden. Aansluitend werden de deelnemers uit de experimentele condities gevraagd om de stimuli te beoordelen op basis van een aantal variabelen (zie 3.4.1), dit om eventuele variaties in destigmatiserende effectiviteit te kunnen verklaren.

De verdere vragenlijst, die door alle deelnemers werd ingevuld, polste naar alle afhankelijke variabelen en een aantal bijkomende voorspellende variabelen (zie 3.4.2-3). Daarbij werd ervoor gezorgd dat de vragen in willekeurige volgorde aan bod kwamen, om op die manier volgorde-effecten te voorkomen. Om bovendien te vermijden dat lukraak ingevulde responsen zouden worden opgenomen in de dataset, werd halverwege de vragenlijst een aandachtscntrole toegevoegd: deelnemers werden erop gewezen dat sommige mensen vragen beantwoorden zonder ze goed te lezen, waarna ze hun aandachtigheid konden bevestigen door één opgedragen antwoordoptie aan te duiden. De vragenlijst eindigde met een manipulatiecheck die naging of de deelnemers uit de experimentele condities de bron in het krantenartikel juist konden aanduiden. Daarmee werd niet alleen vastgesteld of de deelnemers de bron al dan niet hadden opgemerkt, maar ook of dat tot significant verschillende uitkomsten leidde. Overigens kwam de manipulatiecheck pas aan het einde van de vragenlijst voor, zo werden de antwoorden op de eigenlijke vragenlijst er niet door beïnvloed.

Voordat ze naar het einde van de vragenlijst werden geleid, kregen de deelnemers de mogelijkheid om opmerkingen na te laten. Zo kon rekening worden gehouden met eventuele moeilijkheden die de participanten hadden ervaren terwijl ze de vragenlijst doorliepen. Hierna volgde een debriefing waarin de deelnemers werden bedankt voor hun deelname. Indien ze nood hadden aan meer informatie over alcoholgebruik, alcoholmisbruik, of de beschikbare hulpinstanties, konden ze doorklikken naar enkele specifieke webpagina's van 'De Druglijn' en 'Alcoholhulp'.

3.3. Stimuli

De onderzoeksstimuli bestonden uit twee elementen: een facebookbericht en een online krantenartikel. Het facebookbericht kwam in twee varianten, waarin enkel het format werd gemanipuleerd. Dat gebeurde door in de titel ofwel een mythe, ofwel een feit aan te halen (zie figuur 1). Het artikel daarentegen, kwam in vier varianten, waarin zowel de bron als het format werden gemanipuleerd. Ook hier werden de manipulaties beperkt gehouden: op de titel, de bronaanduiding en één paragraaf na, verschilden de varianten niet van elkaar (zie figuur 2). Overigens vereiste het feit-mythe-feitartikel iets meer ruimte dan het mythe-feitformat, maar dat verschil beperkte zich tot één extra zin. Op die manier werd vermeden dat een langere leestijd tot eventuele variaties in effectiviteit kon leiden. Ten slotte, doordat de deelnemers zowel een sociale-mediabericht als een krantenartikel te zien kregen, werd ervoor gezorgd dat zij twee keer werden blootgesteld aan de titel van het artikel – één van de belangrijkste manipulaties, aangezien er ofwel een mythe, ofwel een feit in voorkwam.

In de onderzoeksstimuli werd gefocust op twee mythes die onderzoekers aanwijzen als diep ingeworteld in de samenleving, namelijk 'alcoholproblemen zijn iemands eigen schuld' en 'alcoholproblemen getuigen van een zwak karakter' (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2014). Tegenover die mythes werden twee feiten geplaatst, opnieuw gebaseerd op de onderzoeksliteratuur: 'alcoholproblemen zijn niet iemands eigen schuld' (Pickard, 2017; Clark, 2020) en 'de maatschappelijke drempel om er hulp voor te zoeken ligt momenteel zeer hoog' (Fortney et al., 2004; Schomerus et al., 2011). Er werd met andere woorden expliciet ingespeeld op de verantwoordelijkheidsovertuigingen van de deelnemers, een belangrijke voorspeller van het stigma ten aanzien van psychische aandoeningen (bv. Corrigan et al., 2003). Daarbij werd de *onset responsibility* volledig buiten het individu gelegd ('personen met een alcoholprobleem kiezen er niet voor om ziek te worden'), wat tot meer begrip en bijgevolg een lager stigma zou moeten leiden (Corrigan et al., 2003; Dolphin & Hennessey, 2014; Rise et al., 2014). De *offset responsibility* werd daarentegen bij zowel het individu als de maatschappij gelegd ('het is de verantwoordelijkheid van personen met een alcoholprobleem om de nodige hulp te zoeken, maar tegelijkertijd is het onze maatschappelijke verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat zij daarbij niet hoeven te vrezen voor discriminatie en afkeurende blikken'). De

mogelijkheid tot herstel benadrukken, zou immers een gunstig effect moeten uitoefenen op het stigma ten aanzien van personen met een middelenmisbruikprobleem (Sattler, Escande, Racine & Göritz, 2017).

Figuur 1 – Varianten facebookbericht



Noot. De afbeelding met de alcoholglazen is auteursrechtenvrij (Burrow, z.d.).

De stimuli speelden in op de journalistieke realiteit in België, waar nieuwsmaken en storytelling hand in hand gaan (Boesman & Costera-Meijer, 2018): enerzijds werd de campagnelancering van Roes(t) gebruikt als aanknopingspunt (*news peg*) voor het onderwerp ‘alcoholproblemen’, anderzijds werd aandacht geschonken aan het verhaal van de ex-patiënt of de psychiater. Daarbij werd bewust de keuze gemaakt voor een nieuwsevent dat acht maanden voor het experiment plaatsvond, zodat de participanten zich niet zouden afvragen waarom ze zich het artikel niet meer konden herinneren. Verder werd de bron in de artikels (‘ervaringsdeskundige’ en ‘ex-patiënt’ vs. ‘psychiater’ en ‘medisch expert’) telkens vijfmaal expliciet genoemd, dit om de kans te vergroten dat de deelnemers aandacht zouden besteden aan de broninformatie. Zij werden overigens bewust aan het woord gelaten in kwaliteitskrant De Standaard, de krant die het hoogste vertrouwen van het Vlaamse publiek geniet (Newman et al., 2021).

Meer algemeen gingen de stimuli bewust niet in op de biologische en genetische kant van verslaving, aangezien dat een averechts effect zou kunnen uitoefenen (Lebowitz & Ahn, 2012; Pescosolido et al., 2010). Verder werd stigmatiserend taalgebruik vermeden, bijvoorbeeld door te spreken over ‘personen met een alcoholprobleem’ in plaats van ‘alcoholverslaafden’. Dergelijk taalgebruik kan namelijk onbedoeld het stigma rond alcoholmisbruik bekrachtigen (Broyles et al., 2014; Earnshaw, 2020) en dus de effectiviteit van het stimulusmateriaal verminderen. Tot slot werd de *processing fluency* van het stimulusmateriaal bevorderd door middel van eenvoudig taalgebruik en

vetgedrukte tekstdelen. Informatie blijft doorgaans immers beter hangen naarmate ze gemakkelijker kan worden verwerkt (Schwarz et al., 2016).

Figuur 2 – Voorbeeldartikelen met aangeduide manipulaties: mythe-feitvariant met ervaringsdeskundige en feit-mythe-feitvariant met psychiater

“Een alcoholprobleem is je eigen schuld”, en andere mythes

20/09/2020 om 18:00 door kle



Foto: Pexels

Te Gek!?, de organisatie die ernstige psychische problemen bespreekbaar wilt maken, start dit jaar op 1 oktober met Roes(t). De focus van de campagne: drank-, drug- en gokproblemen.

“Er wordt wel eens gedacht dat mensen met een alcoholprobleem een zwak karakter hebben: ze kunnen gemakkelijk stoppen, maar kiezen er zogezeegd voor om te blijven drinken. Maar dat is dus een mythe.” Dat zegt Joost Peters, **ervaringsdeskundige** op het gebied van alcoholgebruiksstoornissen. Als **ex-patiënt** kreeg hij jaren geleden met succes zijn alcoholprobleem onder controle. Vanuit die ervaring wil hij schadelijke mythes over de aandoening ontkrachten.



Joost Peters, **ex-patiënt**

Zulke mythes hebben immers verschillende schadelijke effecten: “Personen met een alcoholprobleem willen hun probleem verbergen uit angst voor discriminatie en afkeurende blikken. Dat weerhoudt hen ervan om hulp te zoeken, wat hun problemen uiteraard kan doen verergeren. Maar hoewel alcoholgebruiksstoornissen ernstig zijn, kunnen ze met de juiste hulp wel degelijk worden overwonnen. Het belangrijkste is dat mensen de stap tot hulp durven te zetten”, aldus de **ervaringsdeskundige**.

Geen angst

“Net zoals bij andere psychische problemen, kunnen personen met een alcoholprobleem er niet aan doen dat ze ziek worden: het is niet iets waar je voor kiest. Wel kan worden gesteld dat het hun verantwoordelijkheid is om de nodige hulp te zoeken, maar het is ingewikkelder dan dat. Als maatschappij dienen we er namelijk voor te zorgen dat mensen met een alcoholgebruiksstoornis geen angst zullen voelen om openlijk naar buiten te komen met hun probleem, aangezien die angst een enorme drempel vormt om hulp te zoeken.”

Door schadelijke mythes de wereld uit te helpen, wordt dus een stap in de goede richting gezet. De **ervaringsdeskundige** hoopt dan ook dat mensen onthouden dat alcoholproblemen iedereen kunnen treffen, dat ze wel degelijk overkomelijk zijn, en nooit iemands schuld zijn.

“Een alcoholprobleem is niet je eigen schuld”, en andere feiten

20/09/2020 om 18:00 door kle



Foto: Pexels

Te Gek!?, de organisatie die ernstige psychische problemen bespreekbaar wilt maken, start dit jaar op 1 oktober met Roes(t). De focus van de campagne: drank-, drug- en gokproblemen.

“Het is een feit dat personen met een alcoholprobleem geen schuld dragen voor hun ziekte, net zoals dat het geval is bij andere psychische aandoeningen. Toch wordt wel eens gedacht dat mensen met een alcoholprobleem een zwak karakter hebben: ze kunnen gemakkelijk stoppen, maar kiezen er zogezeegd voor om te blijven drinken. Maar dat is dus een mythe.” Dat zegt Joost Peters, **medisch expert** op het gebied van alcoholgebruiksstoornissen. Als **psychiater** helpt hij al jarenlang mensen om hun alcoholprobleem met succes onder controle te krijgen. Vanuit die ervaring wil hij schadelijke mythes over de aandoening ontkrachten.



Joost Peters, **psychiater**

Zulke mythes hebben immers verschillende schadelijke effecten: “Personen met een alcoholprobleem willen hun probleem verbergen uit angst voor discriminatie en afkeurende blikken. Dat weerhoudt hen ervan om hulp te zoeken, wat hun problemen uiteraard kan doen verergeren. Maar hoewel alcoholgebruiksstoornissen ernstig zijn, kunnen ze met de juiste hulp wel degelijk worden overwonnen. Het belangrijkste is dat mensen de stap tot hulp durven te zetten”, aldus de **psychiater**.

Geen angst

“Net zoals bij andere psychische problemen, kunnen personen met een alcoholprobleem er niet aan doen dat ze ziek worden: het is niet iets waar je voor kiest. Wel kan worden gesteld dat het hun verantwoordelijkheid is om de nodige hulp te zoeken, maar het is ingewikkelder dan dat. Als maatschappij dienen we er namelijk voor te zorgen dat mensen met een alcoholgebruiksstoornis geen angst zullen voelen om openlijk naar buiten te komen met hun probleem, aangezien die angst een enorme drempel vormt om hulp te zoeken.”

Door schadelijke mythes de wereld uit te helpen, wordt dus een stap in de goede richting gezet. De **psychiater** hoopt dan ook dat mensen onthouden dat alcoholproblemen iedereen kunnen treffen, dat ze wel degelijk overkomelijk zijn, en nooit iemands schuld zijn.

Noot. Het gezicht van Joost Peters werd artificeel gegenereerd via Generated Photos (<https://generated.photos/faces>). Alle manipulaties (mythes vs. feiten; ervaringsdeskundige vs. psychiater) zijn in verschillende kleuren aangeduid – in de eigenlijke stimuli was dat niet het geval.

3.4. Meetschalen

3.4.1. Stimulusbeoordeling

De experimentele groepen beoordeelden hun stimulus op basis van een aantal variabelen. Zo werden zij gevraagd om op een 7-puntsschaal te beoordelen in welke mate een aantal adjectieven de geloofwaardigheid van de inhoud (accuraat, authentiek en geloofwaardig) en de bron (respectabel,

betrouwbaar en gezaghebbend) omschreven (Appelman & Sundar, 2016). Wat betreft de inhoud, bevestigde een principiële componentenanalyse (PCA) dat de drie adjectieven op één factor laadden, wat 65.39 % van de variantie verklaarde (Cronbach's $\alpha = 0.73$). Ook wat betreft de bron, bevestigde een PCA dat de drie adjectieven op één factor laadden, wat 61.52 % van de variantie verklaarde ($\alpha = 0.67$).

Overigens dienden de deelnemers op een 5-puntsschaal aan te geven in welke mate ze de inhoud van de stimulus aan zichzelf relateerden (bv. 'Deze tekst deed me nadenken over hoe ik me zou voelen wanneer iemand me zou stigmatiseren' en 'Ik kan de boodschap van deze tekst in verband brengen met mijn eigen leven'), via een aangepaste versie van de *Self-Referencing Scale* (SRS) van Dunlop, Wakefield en Kashima (2009). Een PCA onthulde één enkele factor waar alle vier de items op laadden, wat 52.73% van de variantie verklaarde ($\alpha = 0.73$).

3.4.2. Afhankelijke variabelen

Om het publieke stigma ten opzichte van personen met een alcoholprobleem op een genuanceerde manier te meten, hanteerde de masterproef drie maten van publiek stigma. Daarbij werd in de eerste plaats uitgegaan van het onderzoek van Brown (2011), die twee schalen met goede psychometrische eigenschappen heeft aangepast naar de context van middelenmisbruik. Meer bepaald ging het om gewijzigde versies van de *Social Distance Scale* (SDS; Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987) en de *Affect Scale* (AS; Penn et al., 1994). Verder baseerde de studie zich op de *Stigma of Drug Users Scale* (SDUS; Palamar, Kiang, Halkitis, 2011). Al deze schalen werden verder afgestemd op de specifieke context van alcoholmisbruik.

De gewijzigde SDS, ten eerste, onderzocht iemands bereidheid om in zeven situaties te om te gaan met een persoon die aan een alcoholgebruiksstoornis lijdt (bv. 'Een kamer in jouw huis verhuren aan iemand met een alcoholprobleem' en '[...] een paar uur voor je kinderen laten zorgen'). Deelnemers werden gevraagd om hun interactiebereidheid aan te geven op een 4-puntsschaal, waarbij hogere scores op een lager stigma wezen – in dit geval een lagere voorkeur voor sociale afstand. Een PCA bevestigde dat die zeven items op één factor laadden, wat 48.01 % van de variantie verklaarde ($\alpha = 0.82$).

De gewijzigde AS, ten tweede, vroeg deelnemers naar hoe zij zich zouden voelen in interactie met iemand met een alcoholgebruiksstoornis. Meer bepaald dienden zij tien bipolaire dimensies (bv. pessimistisch – optimistisch, ontspannen – nerveus) op een 7-puntsschaal te beoordelen, waarna sommige items uit de vragenlijst werden omgeschaald. Op die manier kwamen hogere scores telkens overeen met een lager stigma, meer bepaald een lagere mate van stigmatiserende gevoelens. Een PCA bevestigde dat de items op één factor laadden, wat 45.48 % van de variantie kon verklaren ($\alpha = 0.87$).

De aangepaste SDUS, ten slotte, bevatte zes items. De deelnemers moesten op een 5-puntsschaal aangeven in welke mate zij het eens waren met stigmatiserende vooroordelen (bv. 'Personen met een alcoholprobleem hebben geen toekomst' en '[...] zijn niet hoogopgeleid'), waarbij hogere scores overeenkwamen met een hoger stigma. Weliswaar werd één van de zeven oorspronkelijke items ('Gebruikers zouden naar de gevangenis moeten gaan') weggelaten in de vragenlijst, aangezien alcoholgebruik – in tegenstelling tot druggebruik – legaal is. Een PCA werd vervolgens gedwongen om de items op één factor te doen laden, met een eerder lage verklaarde variantie tot gevolg (38.41 %; $\alpha = 0.67$). Niettemin werd ervoor gekozen om de schaal in haar geheel te gebruiken, dit om vergelijkingen met andere studies mogelijk te maken.

3.4.3. Voorspellende variabelen

Om te controleren voor de mate waarin de deelnemers vertrouwd zijn met personen met een alcoholprobleem, gebruikte de studie een aangepaste versie van de *Level of Contact Report* (LCR; Holmes, Corrigan, Williams, Canar & Kubiak, 1999) – de validiteit en betrouwbaarheid van deze maat werd bevestigd door Corrigan, Edwards, Green, Diwan en Penn (2001b). In de LCR moesten de deelnemers aangeven aan welke van de twaalf contactniveaus zij voldoen, gaande van een lage (bv. 'Ik heb nog nooit een persoon gezien waarvan ik wist dat hij of zij een alcoholprobleem had') over matige (bv. 'Ik heb gewerkt met een persoon die een alcoholprobleem had') tot hoge intimiteit (bv. 'Ik heb een alcoholprobleem'). Vervolgens telde het hoogste contactniveau van iedere deelnemer als zijn/haar score, waarbij een hogere score wees op een grotere vertrouwdheid met alcoholproblemen.

Om de verantwoordelijkheidsovertuigingen van de participanten te meten, werd gebruik gemaakt van de *Personal Responsibility Beliefs Scale* van Corrigan et al. (2003). Daarbij moesten de deelnemers op een 9-puntsschaal aangeven in welke mate zij al dan niet akkoord waren met drie uitspraken: mensen met een alcoholprobleem (1) zijn schuldig voor hun situatie, (2) zijn er verantwoordelijk voor, en (3) hebben er controle over. Een PCA bevestigde dat de items op één factor laadden, wat 66.30 % van de variantie verklaarde ($\alpha = 0.75$).

Om ten slotte het religiositeitsniveau van de deelnemers te meten, gebruikte de vragenlijst de *Level Of Religiosity Scale* (Palamar et al., 2011). Daarbij werden de participanten gevraagd om op een 4-puntsschaal te beoordelen hoe belangrijk religie is in hun leven en hoe vaak zij religieuze diensten bijwonen. Een PCA bevestigde dat beide items op één factor laadden, wat 70.10 % van de variantie kon verklaren ($\alpha = 0.60$).

4. Resultaten

4.1. Beschrijvende statistieken

In de steekproef waren er 55.8% vrouwen ($n = 198$) en 43.4% mannen ($n = 154$) – een lichte oververtegenwoordiging van vrouwen in vergelijking met de Vlaamse bevolking tussen 18 en 30 jaar, waar er 49% vrouwen en 51% mannen zijn (Statbel, 2021). Daarnaast waren er enkele personen die hun geslacht niet hadden gespecificeerd (0.08%; $n = 3$). De gemiddelde deelnemer was 23.72 jaar oud ($SD = 2,77$), hoogopgeleid ($n = 263$; 70.08%) en beschouwde religie als eerder onbelangrijk ($M = 0.42$; $SD = 0.53$). Overigens gaf een klein percentage van de deelnemers aan zelf een alcoholprobleem te hebben ($n = 13$; 3.70%) – dat terwijl ongeveer 9% van de Vlaamse bevolking tussen de 18 en 30 jaar een alcoholprobleem heeft (Gisle et al., 2019). Tabel 2 geeft aanvullende beschrijvende statistieken.

Tabel 2 – Algemene beschrijvende statistieken ($N = 355$)

	<i>M(SD)</i>	Range	Theoretische range
<i>Afhankelijke variabelen</i>			
Sociale afstand	1.31 (0.51)	0.00-3.00	0-3
Affect	3.25 (0.94)	0.00-5.70	0-6
Vooroordelen	1.11 (0.59)	0.00-2.83	0-3
<i>Controlevariabelen</i>			
Vertrouwdheid	6.32 (3.09)	0.00-11.00	0-11
Verantwoordelijkheidsovertuigingen	3.59 (1.39)	0.00-8.00	0-8
Religiositeitsniveau	0.42 (0.53)	0.00-3.00	0-3

4.2. Manipulatiecheck

Uit een manipulatiecheck kwam naar voren dat sommige deelnemers de bron in het artikel waren vergeten ($n = 43$; 15.20%), er niet op hadden gelet ($n = 17$; 6.00%), of de verkeerde optie hadden aangeduid ($n = 4$; 1.40%). Niettemin kon het overgrote merendeel van de deelnemers juist aangeven of de bron een psychiater of een ervaringsdeskundige was ($n = 219$; 77.40%). De manipulatie was dus

geslaagd. Overigens werden alle deelnemers – ook diegenen die de bron waren vergeten, er niet op hadden gelet, of de verkeerde optie hadden aangeduid – opgenomen in de analyses. Bijkomende, exploratieve analyses waarin deze groepen uitzonderlijk wel werden weggelaten, leidden immers niet tot extra significante resultaten.

4.3. Stimulusbeoordeling

Met een *one-way independent* ANOVA werd onderzocht of er significante verschillen waren in hoe de deelnemers uit de vier experimentele condities de onderzoeksstimuli beoordeelden. De analyse liet zien dat dit niet het geval was voor zowel brongeloofwaardigheid ($F(3.25) = 0.72; p = 0.541$), inhoudelijke geloofwaardigheid ($F(3.28) = 0.69; p = 0.560$) als zelfverwijzing ($F(3.28) = 0.37; p = 0.770$). Hieruit volgde dat mogelijke variaties in destigmatiserende doeltreffendheid niet aan deze variabelen konden worden geweten. Tabel 3 geeft aanvullende beschrijvende statistieken.

Tabel 3 – Beschrijvende statistieken stimulusbeoordeling

	<i>N</i>	<i>M(SD)</i>	Range	Theoretische range
Geloofwaardigheid inhoud	283	4.04(0.87)	0.00-6.00	0-6
Geloofwaardigheid bron	257	3.91(0.86)	1.33-6.00	0-6
Zelfverwijzing	283	2.03(0.88)	0.00-4.00	0-4

4.4. Publiek stigma

4.4.1. Hypothesen en onderzoeksvraag

Vooreerst werd gekeken naar de gemiddelde scores die de deelnemers behaalden op drie schalen van publiek stigma – de SDS, AS en SDUS – na blootstelling aan één van vier (feit-)mythe-feitformats, gebracht door een psychiater dan wel een ervaringsdeskundige. Hieruit bleek dat de experimentele groepen telkens gunstiger scoorden op de stigmaschalen dan de controlegroep (zie tabel 4). Om na te gaan of die verschillen significant waren, werden drie meervoudige lineaire regressieanalyses uitgevoerd (zie tabel 5).

De eerste analyse onderzocht de voorspellers van sociale afstand (SDS), $adj. R^2 = .11, F(10,340) = 5.52, p < .001$. In lijn met wat werd voorspeld, kwam hierbij naar voren dat de feit-mythe-feitartikels met zowel de psychiater ($b = 0.19; \beta = 0.15; p < .05$) als de ervaringsdeskundige ($b = 0.17; \beta = 0.13; p <$

.05) de gewenste sociale nabijheid bij de deelnemers significant konden verhogen. Het stigma werd dus verlaagd in beide feit-mythe-feitcondities, al suggereerden de verschillende β -scores dat de psychiater net iets effectiever was in dat opzet. Wat betreft de mythe-feitartikels, was er dan weer enkel sprake van een significant verschil in de conditie met de ervaringsdeskundige ($b = 0.30$; $\beta = 0.24$; $p < .001$); In de conditie met de psychiater was dit verschil bijna statistisch significant ($b = 0.14$; $\beta = 0.11$; $p = .098$). Het waren dus vooral de feit-mythe-feitartikels die erin slaagden het stigma te verlagen.

De daaropvolgende analyse ging de voorspellers voor affect (AS) na, $\text{adj. } R^2 = .08$, $F(10,340) = 4.23$, $p < .001$. Tegen de verwachtingen in, toonden de experimentele condities geen statistisch significant verschil ten opzichte van de controlegroep: niet in de mythe-feitcondities met de psychiater ($b = 0.12$; $\beta = 0.05$; $p = .420$) of de ervaringsdeskundige ($b = 0.23$; $\beta = 0.10$; $p = .130$), noch in de feit-mythe-feitcondities met de psychiater ($b = 0.14$; $\beta = 0.06$; $p = .371$) of de ervaringsdeskundige ($b = 0.21$; $\beta = 0.09$; $p = .181$). Het was met andere woorden niet zo dat de deelnemers significant minder stigmatiserende gevoelens rapporteerden na blootstelling aan één van de vier varianten.

De laatste analyse spitste zich toe op de voorspellers van vooroordelen (SDUS), $\text{adj. } R^2 = .15$, $F(10,340) = 7.10$, $p < .001$. In tegenstelling tot wat werd verwacht, bleek ook hier dat er geen statistisch significant verschil tussen de controlegroep en de experimentele condities was: opnieuw niet in de mythe-feitcondities met de psychiater ($b = -0.13$; $\beta = -0.09$; $p = .165$) of de ervaringsdeskundige ($b = -0.08$; $\beta = -0.05$; $p = .423$), noch in de feit-mythe-feitcondities met de psychiater ($b = -0.06$; $\beta = -0.04$; $p = .549$) of de ervaringsdeskundige ($b = -0.13$; $\beta = -0.09$; $p = .176$). De deelnemers vertoonden met andere woorden niet significant minder vooroordelen na blootstelling aan één van de vier varianten.

Tabel 4 – Groepsgemiddelden voor de drie stigmaschalen (N = 355)

	Sociale afstand		Affect		Vooroordelen	
	<i>M(SD)</i>	Range (0-3)	<i>M(SD)</i>	Range (0-6)	<i>M(SD)</i>	Range (0-3)
Controlegroep	1.13(0.45)	0.29-2.14	3.06(0.92)	1.00-5.40	1.25(0.51)	0.00-2.67
MF x Psychiater	1.29(0.55)	0.14-3.00	3.25(0.92)	1.20-5.10	1.06(0.63)	0.00-2.50
MF x Ex-patiënt	1.44(0.46)	0.14-2.29	3.33(0.92)	0.30-5.70	1.13(0.62)	0.00-2.50
FMF x Psychiater	1.38(0.53)	0.14-2.57	3.28(1.01)	0.00-5.70	1.09(0.58)	0.00-2.83
FMF x Ex-patiënt	1.31(0.52)	0.00-2.57	3.35(0.95)	0.80-5.30	1.03(0.61)	0.00-2.50

Op het eerste gezicht konden zowel H1a als H1b dus slechts deels worden bevestigd. Ondanks het feit dat de experimentele groepen – vergeleken met de controlegroep – telkens betere gemiddelde scores neerzetten op de drie stigmaschalen, waren die verschillen immers enkel statistisch significant op het vlak van de gewenste sociale afstand die de deelnemers rapporteerden.

Tabel 5 – Hiërarchische regressieanalyse voor de drie stigmaschalen (N = 352)

	Sociale afstand			Affect			Vooroordelen		
	<i>b</i>	β	<i>p</i>	<i>b</i>	β	<i>p</i>	<i>b</i>	β	<i>p</i>
Constant	1.53		***	3.28		***	0.45		***
Leeftijd	0.00	0.00		0.02	0.07		-0.01	-0.03	
Geslacht	-0.23	-0.22	***	-0.45	-0.24	***	0.12	-0.10	*
Opleidingsniveau	-0.02	-0.02		0.00	0.02		0.01	0.02	
Religiositeitsniveau	0.00	0.00		0.13	0.07		0.02	0.01	
Vertrouwdheid	0.02	0.11	*	0.01	0.02		0.00	-0.02	
Verantwoordelijkheids-overtuigingen	-0.08	-0.20	***	-0.15	-0.23	***	0.17	0.40	***
MF x Psychiater	0.14	0.11		0.12	0.05		-0.13	-0.09	
MF x Ex-patiënt	0.30	0.24	***	0.23	0.10		-0.08	-0.05	
FMF x Psychiater	0.19	0.15	*	0.14	0.06		-0.06	-0.04	
FMF x Ex-patiënt	0.17	0.13	*	0.21	0.09		-0.13	-0.09	

Noot: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Om de rol van de verschillende formats en bronnen nader te onderzoeken, werd een nieuwe reeks van meervoudige lineaire regressieanalyses uitgevoerd (zie tabel 6). In tegenstelling tot voordien, richtten de analyses zich uitsluitend op de experimentele groepen en gebruikten ze de binaire variabelen formattype (mythe-feit vs. feit-mythe-feit) en brontype (psychiater vs. ervaringsdeskundige).

Tabel 6 – Hiërarchische regressieanalyse voor de drie stigmaschalen (N = 282)

	<i>Sociale afstand</i>			<i>Affect</i>			<i>Vooroordelen</i>		
	<i>b</i>	<i>β</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>β</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>β</i>	<i>p</i>
Constant	1.85		***	3.48		***	0.28		***
Leeftijd	0.00	-0.02		0.02	0.06		0.00	-0.01	
Geslacht	-0.22	-0.21	***	-0.51	-0.27	***	0.12	0.10	
Opleidingsniveau	-0.04	-0.05		-0.02	-0.02		0.02	0.03	
Religiositeitsniveau	-0.01	-0.01		0.11	0.06		0.01	0.01	
Vertrouwdheid	0.02	0.13	*	0.02	0.06		-0.01	-0.05	
Verantwoordelijkheids- overtuigingen	-0.08	-0.23	***	-0.17	-0.25	***	0.18	0.42	***
Formattype	-0.04	-0.04		-0.02	-0.01		0.02	0.02	
Brontype	0.08	0.07		0.10	0.05		-0.01	-0.01	

*Noot: *p < .05, **p < .01, ***p < .001.*

Vooreerst werd gekeken naar de voorspellers van sociale afstand, adj. $R^2 = .09$, $F(8,272) = 4.27$, $p < .001$. In tegenstelling tot wat werd voorspeld, kwam daarbij naar voren dat het feit-mythe-feitformat niet statistisch significant beter presteerde dan het mythe-feitformat ($b = -0.04$; $\beta = -0.04$; $p = .455$). Bovendien bleek uit de analyse dat de artikels waarin de ervaringsdeskundige aan het woord kwam – ten opzichte van de artikels met de psychiater – niet tot significant verschillende scores leidden ($b = 0.08$; $\beta = 0.07$; $p = .200$).

Vervolgens werden de voorspellers van affect onderzocht, adj. $R^2 = .10$, $F(8,272) = 5.00$, $p < .01$. Tegen de verwachting in, bleek ook hier dat het feit-mythe-feitformat niet statistisch significant beter scoorde dan het mythe-feitformat ($b = -0.02$; $\beta = -0.01$; $p = .875$). Ook werd opnieuw duidelijk dat de artikels met de ervaringsdeskundige niet significant beter presteerden dan de artikels waarin de psychiater aan het woord kwam ($b = 0.10$; $\beta = 0.05$; $p = .366$).

Ten slotte spitste een analyse zich toe op de voorspellers van vooroordelen. Andermaal bleek de voorspelling niet te kloppen: het feit-mythe-feitformat kon geen significant betere prestatie neerzetten dan het mythe-feitformat ($b = 0.02$; $\beta = 0.07$; $p = .792$). Daarnaast bleek dat ook de ervaringsdeskundige niet significant gunstiger scoorde dan de psychiater ($b = -0.01$; $\beta = -0.01$; $p = .890$).

Alles overziend, kwam dus naar voren dat het het feit-mythe-feitformat niet significant beter leek te presteren dan het mythe-feitformat – hypothese 2 werd daarom verworpen. Bovendien gaven de analyses aan dat de ene corrigerende bron evenmin significant effectiever was dan de andere. Daarbij bleek geen sprake te zijn van een interactie-effect tussen het format- en brontype – de interactieterm werd dan ook weggelaten uit de rapportering. Het mythe-feitformat presteerde dus even goed als het feit-mythe-feitformat, ongeacht welke bron er werd opgevoerd (OV1).

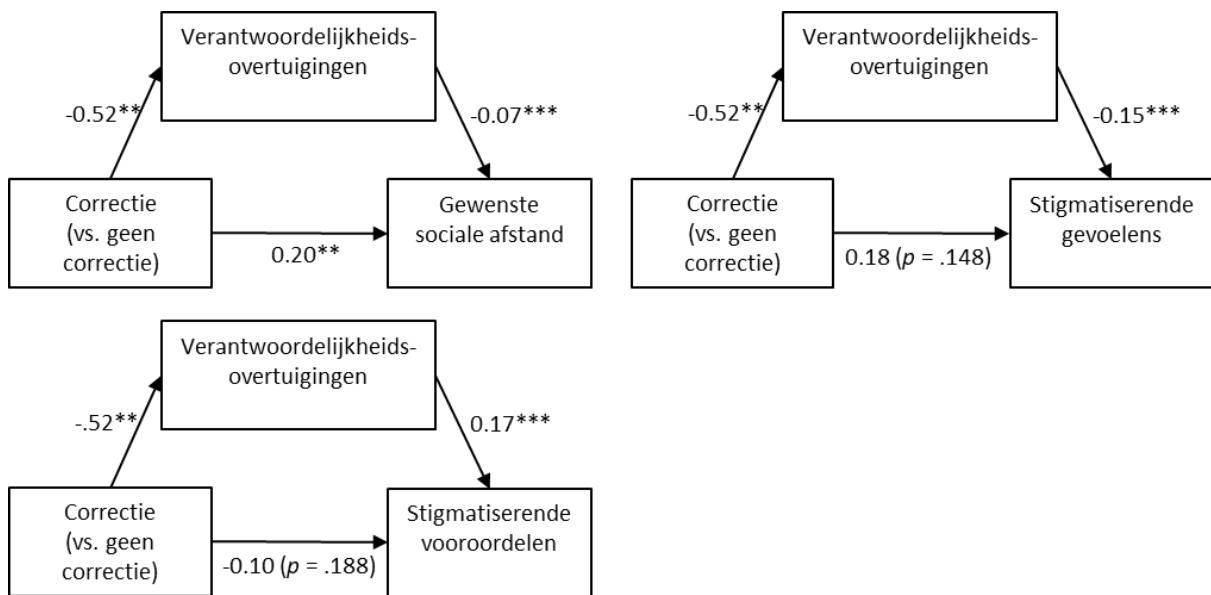
4.4.2. Exploratieve analyses

Bijkomende exploratieve analyses werden uitgevoerd om na te gaan of het effect van corrigerende informatie op de drie stigmaschalen gemedieerd werd door persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid. Een *independent samples t-test* gaf immers aan dat er een significant verschil in persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid was tussen de controleconditie ($M = 4.97$, $SD = 1.22$) en de experimentele condities ($M = 4.50$, $SD = 1.42$), $t(353) = 2.56$, $p < .01$. Om de controlegroep van de experimentele groepen te onderscheiden, werd een binaire variabele gebruikt met 0 = geen corrigerende informatie en 1 = corrigerende informatie. Vervolgens werd het indirecte effect van verantwoordelijkheidsovertuigingen onderzocht met behulp van de *PROCESS* macro van Hayes (2017). Hiervoor werd model 4 tezamen met de *bootstrapping*-procedure ingezet, dat telkens 95%-betrouwbaarheidsintervallen op basis van 5000 *bootstraps* genereerde. Die betrouwbaarheidsintervallen werden telkens berekend door de indirecte effecten op het 2.5^e en 97.5^e percentiel te bepalen.

Uit de analyses kwam naar voren dat er voor alle drie de stigmaschalen sprake was van een mediatie-effect (zie figuur 3): corrigerende informatie oefende een direct effect uit op de verantwoordelijkheidsovertuigingen van de deelnemers ($b = -0.52$; $p < .01$), wat telkens een significant indirect effect uitoefende op het stigma ten aanzien van personen met een alcoholprobleem. Het effect van correcties op de gewenste sociale afstand van de deelnemers, ten eerste, werd partieel gemedieerd door hun persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid ($-0.52 \cdot 0.07 = 0.04$; $LLCI = 0.0160$; $ULCI = 0.0728$). Het effect van correcties op stigmatiserende gevoelens, ten tweede, werd volledig gemedieerd door verantwoordelijkheidsovertuigingen ($-0.52 \cdot -0.15 = 0.08$; $LLCI = 0.0240$; $ULCI = 0.1479$). Ten slotte werd ook het effect van correcties op stigmatiserende vooroordelen volledig gemedieerd door persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid ($-0.52 \cdot 0.17 = -0.09$; $LLCI =$

0.2446; $ULCI = 0.0482$). De resultaten boden dus verdere ondersteuning voor hypothesen 1a en 1b, ditmaal voor alle drie de stigmaschalen: wanneer rekening werd gehouden met het mediërend effect van verantwoordelijkheidsovertuigingen, vertoonden de jongvolwassenen die werden blootgesteld aan corrigerende informatie significant minder publiek stigma dan diegenen die geen stimuli te zien kregen.

Figuur 3 – Regressiecoëfficiënten voor de relatie tussen correcties en publiek stigma, gemedieerd door persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid (N = 353)



Noot. $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$. In de mediatie-analyses werd gecontroleerd voor de variabelen leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, religiositeit en vertrouwdheid met alcoholproblemen.

Er werden bijkomende analyses uitgevoerd om na te gaan of er ook voor de variabelen bron- en formatype sprake was van een eenvoudig mediatie-effect via verantwoordelijkheidsovertuigingen, maar dat bleek niet het geval. Met andere woorden: ook wanneer de mediërende invloed van persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid in achtning werd genomen, bleven de verschillende formats en bronnen even goed presteren – daarom wordt er in de rapportering niet over uitgeweid.

Hierna werd opnieuw een exploratieve analyse uitgevoerd, ditmaal om na te gaan of het verband tussen blootstelling aan corrigerende informatie en de gewenste sociale afstand van de deelnemers serieel gemedieerd werd door verantwoordelijkheidsovertuigingen, stigmatiserende gevoelens, en stigmatiserende vooroordelen. Uit de vorige analyses bleek immers dat die laatste twee variabelen slechts indirect werden beïnvloed werden door corrigerende informatie. Hiervoor werd opnieuw de

PROCESS macro van Hayes (2017) ingezet, die dezelfde bootstrapping-procedure als voordien uitvoerde, maar dan met behulp van model 6.

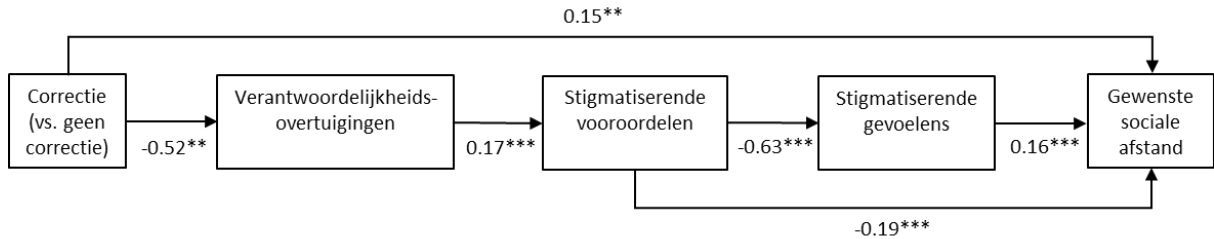
Vervolgens werd duidelijk dat er inderdaad sprake was van een serieel mediatie-effect: naast het directe effect van corrigerende informatie op de gewenste sociale afstand van de deelnemers ($b = 0.15$; $p < .01$), was ook het totale indirecte effect statistisch significant ($b = 0.08$; $LLCI = 0.0243$; $ULCI = 0.1516$). Meer bepaald zorgde blootstelling aan corrigerende informatie ervoor dat personen met een alcoholprobleem als minder verantwoordelijk voor hun aandoening werden geacht, waardoor de deelnemers minder stigmatiserende vooroordelen en gevoelens onderschreven, hetgeen zich uitte in een lagere gewenste sociale afstand ten opzichte van personen met de aandoening. Tabel 7 overloopt alle individuele indirecte effecten; Figuur 4 geeft de regressiecoëfficiënten voor alle significante directe effecten.

Tabel 7 – Indirecte effecten van corrigerende informatie op gewenste sociale afstand, serieel gemedieerd door persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid, vooroordelen en affect ($N = 352$)

	Effect	LLCI	ULCI
Totale indirecte effect	0.0849	0.0243	0.1516*
X > M₁ > Y	0.0087	-0.0111	0.0310
X > M₂ > Y	0.0188	-0.0076	0.0525
X > M₃ > Y	0.0185	-0.0156	0.0578
X > M₁ > M₂ > Y	0.0166	0.0047	0.0345*
X > M₁ > M₃ > Y	0.0037	-0.0021	0.0119
X > M₂ > M₃ > Y	0.0099	-0.0040	0.0254
X > M₁ > M₂ > M₃ > Y	0.0088	0.0028	0.0173*

Noot. *Significant effect. M₁ = verantwoordelijkheidsovertuigingen, M₂ = stigmatiserende vooroordelen, M₃ = stigmatiserende gevoelens.

Figuur 4 – Significante regressiecoëfficiënten voor de relatie tussen correcties en gewenste sociale afstand, serieel gemedieerd door persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid, vooroordelen en affect (N = 352)



Noot. $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$. In de analyse werd gecontroleerd voor de variabelen leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, religiositeit en vertrouwdheid met alcoholproblemen. Aangezien de directe relaties tussen corrigerende informatie en vooroordelen ($b = -0.09$; $p = .188$), corrigerende informatie en affect ($b = 0.12$; $p = .310$), verantwoordelijkheids-overtuigingen en affect ($b = -0.04$; $p = .206$), en verantwoordelijkheids-overtuigingen en gewenste sociale afstand ($b = -0.02$; $p = .367$) niet significant waren, werden ze voor de overzichtelijkheid niet opgenomen in het mediatiemodel.

5. Discussie

Deze masterproef onderzocht hoe corrigerende informatie het publieke stigma van personen met een alcoholprobleem kan verminderen bij jongvolwassenen. Enerzijds probeerde de studie daarmee een antwoord te bieden op tegenstrijdige bewijzen met betrekking tot de effectiviteit van correcties (Ecker et al., 2017; Peter & Koch, 2016; Paynter et al., 2019; Pluviano et al., 2019; Yeh & Jewell, 2015). Anderzijds hoopte de studie een antwoord te bieden op het gebrek aan destigmatiseringsinitiatieven die zich richten op alcoholgebruiksstoornissen (Lavack, 2007; Schomerus, 2014), één van de meest gestigmatiseerde categorieën van psychische aandoeningen (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2010; Schomerus et al., 2011; Schomerus et al., 2014).

Om inzicht te verwerven in effectieve correctiestrategieën, werden verschillende varianten van een fictief krantenartikel getest waarin verschillende formats (mythe-feit; feit-mythe-feit) en corrigerende bronnen (medisch expert; ervaringsdeskundige) voorkwamen. Om een genuanceerd beeld van de destigmatiserende effectiviteit van de artikels te verkrijgen, werd daarbij gewerkt met meerdere stigmaschalen en controlevariabelen. In de onderstaande secties worden de belangrijkste bevindingen, sterktes, beperkingen en praktische implicaties van het onderzoek besproken.

5.1. Corrigerende informatie als destigmatiserende strategie

In tegenstelling tot wat eerdere bevindingen suggereerden (Peter & Koch, 2016; Pluviano et al., 2019), vond deze studie geen bewijs voor een averechts effect: mythes omtrent alcoholproblemen herhalen, droeg niet bij aan de acceptatie ervan. Daarmee sluit deze masterproef zich aan bij voorgaand onderzoek dat evenmin zo'n effect kon vaststellen (Ecker et al., 2017, 2020; Swire et al., 2017; Swire-Thompson et al., 2020). Sterker nog, in lijn met hypothesen 1a en 1b, vertoonden de jongvolwassenen die een correctie te zien kregen een lager publiek stigma dan diegenen die geen correctie zagen. Rekening houdend met de mediërende invloed van persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid (zie 5.1.3.), werd immers aangetoond dat het stigma van alcoholproblemen significant kan worden gereduceerd door mythes met betrekking tot de aandoening te ontkrachten. Zodoende bevestigen de huidige onderzoeksresultaten dat correcties tot een significante vermindering van misopvattingen kunnen leiden (Chan et al., 2017; Ecker et al., 2017; Lewandowsky et al., 2020; Paynter et al., 2019; Walter & Murphy, 2018; Walter & Tukachinsky, 2020; Yeh & Jewell, 2015). Daarbij biedt de coactiveringsthypothese van Kendeou en O'Brien (2014) een potentiële verklaring: om een revisie van overtuigingen op gang te brengen, moeten verouderde en correcte informatie gelijktijdig geactiveerd worden. Meer bepaald zou de expliciete link tussen de misopvatting en de correctie ervoor zorgen dat lezers het conflict tussen beide opmerken, waardoor zij de nieuwe,

juiste informatie makkelijker in hun bestaande mentale model kunnen integreren (Kendeou, Butterfuss, van Boekel & O'Brien, 2017; Putnam, Wahlheim & Jacoby, 2014; Stadtler, Scharrer, Brummernhenrich & Bromme, 2013).

In wat volgt, wordt dieper ingegaan op de specifieke rol van de verschillende corrigerende formats en bronnen, evenals de invloed van verantwoordelijkheidsovertuigingen op het stigma van alcoholproblemen.

5.1.1. Mythe-feit- versus feit-mythe-feitformat

De verwachting in hypothese 2, die stelde dat het feit-mythe-feitformat beter zou presteren dan het mythe-feitformat, werd niet ingelost: beide formats bleken even succesvol in hun opzet om het stigma van alcoholproblemen te verlagen. Er waren dan ook veel gelijkenissen tussen de formats die waarschijnlijk een sterkere invloed uitoefenden dan de tekst te laten beginnen met feitelijke in plaats van verkeerde informatie, waardoor dat laatste geen toegevoegde waarde meer kon bieden. Zo is het mogelijk dat het vooral belangrijk was om de mythes niet onnodig te herhalen en ze op te volgen met corrigerende feiten die duidelijk aan de misinformatie worden gekoppeld (Ecker et al., 2015; Ecker et al., 2020; Swire-Thompson et al., 2020) – strategieën die in allebei de formats werden toegepast – eerder dan die misinformatie ook te laten voorafgaan door feiten.

5.1.2. Ervaringsdeskundige versus medisch expert

Net zoals dat het geval was bij de verschillende formats, bleken de verschillende corrigerende bronnen evenmin significant anders van elkaar te presteren. Als antwoord op de eerste onderzoeksvraag, wijst de studie er dus op dat zowel ervaringsdeskundigen als medische experts geschikte kandidaten zijn om misopvattingen omtrent alcoholproblemen te ontcrachten. Daarbij tonen de onderzoeksresultaten dat naast gezondheidswerkers (van der Meer & Yin, 2020; Vraga & Bode, 2017), ook ervaringsdeskundigen sterk scoren op de belangrijkste dimensies van brongeloofwaardigheid: expertise en betrouwbaarheid (Ecker & Antonio, 2021; Guillory & Geraci, 2013). Verder suggereren de bevindingen dat een combinatie van de educatie- en contactbenadering (m.n. het artikel met de ex-patiënt) niet effectiever is dan de educatiebenadering op zich (m.n. het artikel met de medische expert), dit in tegenstelling tot wat sommige studies suggereren (Borschmann et al., 2014; Corrigan et al., 2012). Niettemin bestaat de kans dat een combinatie van beide benaderingen wel een toegevoegde waarde kan bieden bij oudere doelgroepen, aangezien zij doorgaans beter reageren op de contactbenadering dan jongeren (Corrigan et al., 2012). Tegelijkertijd is het mogelijk dat het krantenoptreden van de ex-patiënt gewoonweg onvoldoende was om van een

volwaardige contactbenadering te spreken – onderzoek toont bijvoorbeeld dat persoonlijk contact dubbel zo effectief is als videocontact, waar geen interactie mogelijk is (Corrigan et al., 2012).

5.1.3. Invloed van persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid

Deze studie legt de mechanismen bloot waarmee corrigerende informatie over het schuld- en verantwoordelijkheidsaspect van alcoholproblemen ervoor kan zorgen dat het stigma ten aanzien van de aandoening afneemt. Meer bepaald beïnvloedde deze informatie de persoonlijke overtuigingen van de deelnemers over de verantwoordelijkheid voor de aanvang en het verdere verloop van een alcoholgebruiksstoornis. In het algemeen leidde dat tot een gunstige herevaluatie van hun stigmatiserende vooroordelen en gevoelens ten aanzien van de aandoening, met bijgevolg een verminderde wens tot sociale afstand van alcoholpatiënten. Dit alles past binnen het kader van de attributietheorie van Weiner (1995) en het attributiemodel van Corrigan et al. (2003), die beiden een verklaring bieden voor de relatie tussen stigmatiserende attitudes en gedrag: vooreerst maken personen attributies over de oorzaak en beheersbaarheid (*controllability*) van iemands aandoening, van waaruit ze zijn/ haar persoonlijke verantwoordelijkheid afleiden; op hun beurt leiden die inferenties tot emotionele reacties (bv. stigmatiserende vooroordelen en gevoelens herevalueren), die vervolgens de waarschijnlijkheid van bepaalde gedragssuitkomsten (bv. sociale afstand verminderen) beïnvloeden. In het geval van de huidige studie ging men dankzij de interventie bijvoorbeeld minder geloven in het vooroordeel dat personen met een alcoholprobleem zwak van geest zijn, wat ervoor zorgde dat men eerder sympathie dan afkeer voelde, waarna men er meer toe neigde om een buur met een alcoholprobleem te accepteren.

5.2. Sterktes, beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Deze masterproef slaagde erin om de manier waarop correcties in staat zijn om het publieke stigma van alcoholproblemen te verlagen, gedetailleerd te verklaren. Om de bevindingen en bijhorende praktische aanbevelingen van het onderzoek kracht bij te zetten, werd daarbij rekening gehouden met enkele *best practices* voor stigmaonderzoek.

Ten eerste besteedde dit onderzoek bijzondere aandacht aan de manier waarop het publieke stigma van alcoholproblemen werd gemeten en geanalyseerd. Geïnspireerd door Vyncke en Van Gorp (2020), bijvoorbeeld, hanteerde de studie drie verschillende stigmaschalen die peilden naar zowel gevoelens, vooroordelen als intenties – één afhankelijke variabele zou alle dimensies en processen van stigma immers onvoldoende kunnen vatten (Link & Phelan, 2001). Aangezien stigma ziektespecifiek is (Schomerus et al., 2011; Schomerus et al., 2012; Pescosolido et al., 2013), werd bovendien gekozen voor stigmaschalen die zich goed leenden aan de context van middelenmisbruik (Brown et al., 2011;

Palamar et al., 2011). Om ten slotte niets over het hoofd te zien, hielden de analyses rekening met verschillende relevante voorspellers van stigma (Corrigan et al., 2001a, 2003; Crisp et al., 2005; Dolphin & Hennessy, 2014; Rise et al., 2014 ; Vaughan et al., 2011 ; de Montellano et al., 2017).

Ten tweede werden de experimentele stimuli – een facebookbericht en een online artikel – ontworpen met oog voor de ecologische validiteit van het onderzoek. Zo werden twee diepgewortelde mythes met betrekking tot alcoholproblemen ontkracht (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2014), dit naar aanleiding van een relevant en non-fictief nieuwsfeit: de lancering van Roest, een campagne die verslavingsproblemen bespreekbaar wil maken. Bovendien kregen de deelnemers de stimuli te zien in hun natuurlijke omgeving, op hun persoonlijke digitale apparaat. Om een levensechte ervaring na te bootsen, moesten ze daarbij effectief doorklikken op de facebookpost om het artikel te kunnen lezen.

Op aanraden van eerder anti-stigmaonderzoek, werd er ten slotte voor gezorgd dat de stimuli zo vergelijkbaar mogelijk waren (Vyncke & Van Gorp, 2018). Meer bepaald werden de manipulaties bewust beperkt gehouden: op de titel, één extra zin en de bronaanduidingen na, verschilden de stimuli niet van elkaar. Het is mogelijk dat de effecten hierdoor minder uitgesproken waren, maar niettemin gaf het een duidelijk inzicht in welke specifieke kenmerken van de correcties het stigma van alcoholproblemen al dan niet beïnvloedden.

Ondanks al die sterke punten, kende de methodologie ook enkele beperkingen waaraan vervolgonderzoek kan tegemoetkomen. In wat volgt, wordt over de belangrijkste beperkingen gereflecteerd in het licht van mogelijke alternatieven.

5.2.1. Stigma, alcoholproblemen en sociaal wenselijk antwoordgedrag

Deze studie spitste zich toe op het stigma van personen met een alcoholprobleem, aangezien zij tot één van de meest prevalente, ernstig getroffen (Carvalho et al., 2019, Degenhardt et al., 2018; Rehm et al., 2009) en gestigmatiseerde categorieën van personen met een psychische aandoening behoren (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2010; Schomerus et al., 2011; Schomerus, Matschinger & Angermeyer, 2014). Juist doordat alcoholgebruiksstoornissen zo gestigmatiseerd zijn, is het bijzonder nuttig om te onderzoeken hoe dat stigma aangepakt kan worden. De keerzijde van de medaille is weliswaar dat dit sociaal wenselijke antwoorden in de hand kan werken. De vragenlijst werd dan ook online en met een uitdrukkelijke anonimiteitsgarantie afgenomen – volgens Joinson (1999) zou dit antwoordbiases enigszins moeten beperken.

Niettemin is het mogelijk dat de stimuli ervoor zorgden dat de deelnemers meer terughoudend werden om hun stigmatiserende gevoelens, vooroordelen en intenties te uiten, eerder dan dat de stimuli het stigma effectief konden verlagen (Link & Cullen, 1983). Vervolgonderzoek kan daarom

overwogen om gebruik te maken van een impliciete maat, bijvoorbeeld de impliciete associatietest (IAT). Die methode is weliswaar niet waterdicht: ondanks dat de IAT over het algemeen goede psychometrische eigenschappen heeft (Nosek, Greenwald & Banaji, 2006), betwijfelt ander onderzoek dat de test discriminerend gedrag kan voorspellen (Oswald, Mitchell, Blanton, Jaccard & Tetlock, 2015). Met dit in het achterhoofd, kan het waardevol zijn om in de toekomst zowel impliciete als expliciete maten te hanteren – zo kan worden vergeleken of en in hoeverre het stigma verschilt naargelang de meetmethode.

Daarnaast is het niet onwaarschijnlijk dat het onderwerp ‘alcoholmisbruik’ sociaal wenselijk antwoordgedrag in de hand heeft gewerkt: door het grote stigma dat erop rust, waren deelnemers met de aandoening misschien wel bang om ervoor uit te komen (Latkin, Edwards, Davey-Rothwell & Tobin, 2017). Het aandeel personen met een zelfgerapporteerd alcoholprobleem week bijvoorbeeld sterk af van de meest recente cijfers over de onderzoeksdoelgroep (Gisle et al., 2019), wat mogelijk wijst op een antwoordbias. Tegelijkertijd kan die discrepantie wellicht deels worden geweten aan de oververtegenwoordiging van vrouwen in de gelegenheidssteekproef, aangezien zij doorgaans minder vaak een alcoholprobleem ontwikkelen (Gisle et al., 2019). Hoe dan ook doen onderzoekers er goed aan om in de toekomst alcoholproblemen op te sporen aan de hand van een gevalideerd screeningsinstrument (bv. de AUDIT¹) in de plaats van meer onbetrouwbare zelfdiagnoses. Op die manier zal men minder sociaal wenselijke antwoorden uitlokken, waardoor beter rekening kan worden gehouden met de invloed van vertrouwde met alcoholproblemen, een belangrijke voorspeller van stigma (Corrigan et al., 2001, 2003; Crisp et al., 2005).

5.2.2. Abstracte definiëring van alcoholproblemen

Deze studie stelde vast hoe corrigerende informatie bewust op iemands persoonlijke overtuigingen van verantwoordelijkheid kan inspelen om zo het stigma van alcoholproblemen te verlagen. Eerder onderzoek naar de algemene invloed van verantwoordelijkheidsovertuigingen op het stigma van psychische aandoeningen (Corrigan et al., 2003; Dolphin & Hennessey, 2014; Rise et al., 2014) gebruikte daarbij telkens vignetten als stimuli, een methode die meer valide en betrouwbare metingen kan produceren dan wanneer men met abstractere vragen werkt (Alexander & Becker, 1978). Niettemin koos de huidige studie ervoor om hier bewust van af te zien, zodat de gevonden resultaten met meer zekerheid aan de manipulaties konden worden gelinkt. Aangezien er al andere stimuli waren, moest immers worden vermeden dat een vignet onbedoeld als extra stimulus zou kunnen fungeren,

¹ De *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) is 's werelds meest gebruikte alcoholscreeningsinstrument en is beschikbaar in ongeveer veertig talen, waaronder het Nederlands: <https://auditscreen.org/cmsb/uploads/audit-dutch-new.pdf>

bijvoorbeeld doordat de specifieke karaktereigenschappen die erin voorkomen de participanten zouden beïnvloeden (bv. 'Is het iemand die zijn/ haar alcoholprobleem onder controle heeft?'; 'Hoe uit het alcoholprobleem zich bij die specifieke persoon?').

Om toch te verzekeren dat alle deelnemers de betekenis van een alcoholprobleem begrepen en dezelfde conceptualisatie volgden, bevatte de vragenlijst een abstracte beschrijving van 'iemand met een alcoholprobleem'. Een veelgemaakte opmerking bij de deelnemers was bijgevolg dat zij zich moeilijk zo iemand konden inbeelden: ze misten een stukje context en nuance, wat het invullen van de vragenlijst bemoeilijkte – een probleem dat een vignet grotendeels had kunnen vermijden (Alexander & Becker, 1978). Met dit in gedachten zou toekomstig onderzoek kunnen nagaan hoe de resultaten worden beïnvloed wanneer een vragenlijst wordt ingevuld op basis van een specifieke persoonsbeschrijving in plaats van een abstracte definitie.

5.2.3. Andere uitingsvormen van stigma

De huidige studie bood een genuanceerd beeld van de invloed die corrigerende informatie op het publieke stigma van alcoholproblemen kan uitoefenen. Alhoewel interventies die het publieke stigma verlagen er – althans in theorie – toe moeten leiden dat andere uitingsvormen van stigma na verloop van tijd eveneens afnemen (Pryor & Reeder, 2011), kan toekomstig onderzoek nagaan of correcties er ook rechtstreeks op kunnen inwerken. Daarbij is het belangrijk dat onderzoekers de verschillende uitingsvormen van stigma gelijktijdig meten. Eerder onderzoek toont immers dat stimuli met een gunstig effect op het publieke stigma soms een averechts effect kunnen uitlokken op het zelfstigma van personen met een psychische aandoening, of geen effect hebben op discriminerende beleidskeuzes (Vyncke & Van Gorp, 2018; Siegel, Flores-Medel, Martinez & Berger, 2019). Door in de toekomst simultaan rekening te houden met de verschillende uitingsvormen van stigma, kan hopelijk worden uitgesloten dat corrigerende informatie er tegengestelde, ongewenste effecten op uitoefent.

5.2.4. Langetermijneffecten van correcties

Ten slotte, ondanks dat dit onderzoek waardevolle inzichten met betrekking tot de kortetermijneffectiviteit van correcties naar voren bracht, blijven potentiële effecten op de lange termijn voorlopig onontdekt. Uit de bevindingen kwam bijvoorbeeld naar voren dat het mythe-feitformat even effectief is om het stigma van alcoholproblemen te verlagen als het feit-mythe-feitformat, maar dat neemt niet weg dat er na verloop van tijd alsnog verschillen in effectiviteit tussen de formats kunnen ontstaan. Zo kan mogelijk blijken dat het ene format minder gevoelig is aan geloofsregressie dan het andere, met langetermijnverschillen in effectiviteit tot gevolg (Paynter et al., 2019; Swire et al., 2017). Aangezien zulke bevindingen belangrijke implicaties zouden hebben voor de

praktijk, is het aangewezen om in de toekomst een longitudinaal onderzoeksdesign te hanteren dat de langetermijneffecten van de verschillende formats met elkaar vergelijkt en/of het effect van herhaalde blootstelling aan de formats onderzoekt.

5.3. Aanbevelingen voor de praktijk

Deze masterproef levert bruikbare inzichten voor allerhande praktijkbeoefenaars (bv. overheidsinstanties, sociale marketeers, journalisten en gezondheidsprofessionals) die het publieke stigma ten aanzien van personen met een alcoholprobleem willen reduceren bij jongeren – inzichten die hoogstwaarschijnlijk ook toepasbaar zijn om andere psychische aandoeningen te destigmatiseren. In de onderstaande secties worden de belangrijkste praktische aanbevelingen opgesteld.

5.3.1. Speel in op verantwoordelijkheidsovertuigingen

Voortbouwend op de inzichten van Weiner (1995) en Corrigan et al. (2003), tonen de bevindingen dat corrigerende informatie die het schuld- en verantwoordelijkheidsaspect van alcoholproblemen expliciet aanhaalt met succes kan worden ingezet om het publieke stigma van alcoholproblemen te reduceren. Praktijkbeoefenaars die de impact van hun destigmatiserende communicatie willen vergroten, kunnen dat dus verwezenlijken door op heldere wijze uit te leggen waarom personen met een alcoholprobleem niet simpelweg schuldig zijn voor hun situatie.

5.3.2. Hanteer liefst een feit-mythe-feitformat

Verder suggereren de bevindingen dat zowel het mythe-feit- als het feit-mythe-feitformat goede strategieën zijn om het stigma van alcoholproblemen terug te dringen. In tegenstelling tot waar sommige onderzoekers voor waarschuwden (Peter & Koch, 2016; Pluviano et al., 2019), hoeft men dus niet te vrezen voor een averechts effect. Niettemin kan worden geargumenteed dat het feit-mythe-feitformat de voorkeur van praktijkbeoefenaars verdient. Tegenwoordig zien internetgebruikers immers allerhande krantenkoppen op hun online nieuwsoverzicht voorbijkomen, vaak zonder de eigenlijke artikels te lezen (Dor, 2003; Ecker et al., 2014; Gabielkov, Ramachandran, Chaintreau & Legout, 2016). Het is dan ook cruciaal dat alle lezers, inclusief diegenen die niet doorklikken naar de verdere inhoud, meteen de juiste informatie voorgeschoteld krijgen in de titel. Door enkel een mythe aan te halen in een krantenkop, is het namelijk onvermijdelijk dat een grote groep personen de correctie ervan zal missen – dat terwijl verschillende studies benadrukken dat misinformatie duidelijk en onmiddellijk aan een correctie moet worden gekoppeld (Ecker et al., 2015; Kendeou & O'Brien, 2014; Swire-Thompson et al., 2020).

5.3.3. Selecteer en train ervaringsdeskundigen

Deze masterproef wijst op twee geschikte categorieën van bronnen die praktijkbeoefenaars kunnen inzetten om mythes omtrent alcoholproblemen te ontcrachten: medische experts en ervaringsdeskundigen. Dat wil weliswaar niet zeggen dat zij onmiddellijk in staat zijn om het stigma effectief te verlagen. Zo zouden psychiaters uit zichzelf waarschijnlijk biologische en genetische argumenten aanhalen, een goedbedoelde strategie die weliswaar bekendstaat om haar ongewenste effecten (Broyles et al., 2014; Earnshaw, 2020; Lebowitz & Ahn, 2012; Pescosolido et al., 2010). Het is dan ook aangewezen dat anti-stigmaorganisaties een aantal gezondheidsprofessionals en ervaringsdeskundigen selecteren en hen mediatraining geven, zodat zij de nodige inzichten en competenties opdoen om met gepaste commentaar in de media te verschijnen. Overigens kan ook hier worden geargumenteed dat één van beide bronnen – de ex-patiënt als ervaringsdeskundige – toch de voorkeur verdient. Corrigan et al. (2012) wijzen er immers op dat de contactbenadering bijzonder geschikt is om naast het publieke stigma, ook het zelfstigma van personen met een psychische aandoening aan te pakken – iets wat vervolgonderzoek verder moet uitwijzen (zie 5.2.3). Hoe dan ook dienen praktijkbeoefenaars de bron steeds duidelijk in de kijker te zetten (van Boekel et al., 2017), bijvoorbeeld door de bronaanduiding in een artikel meermaals te herhalen. Op die manier vermijdt men dat lezers geen informatie over de bron meekrijgen, iets wat wel vaker gebeurt (Henkel & Mattson, 2011; Sparks & Rapp, 2011).

5.3.4. Corrigeer regelmatig, maar focus op de feiten

Ten slotte dienen praktijkbeoefenaars er rekening mee te houden dat een éénmalige correctie waarschijnlijk niet zal volstaan om een duurzaam destigmatiserend effect te verwezenlijken. Het blijft namelijk essentieel om ongewenste effecten zoals geloofsregressie en de voortgezette invloed van misinformatie zo veel mogelijk te beperken (Paynter et al., 2019; Swire et al., 2017). Dus, ondanks dat de huidige bevindingen erop wijzen dat zowel het mythe-feit- als het feit-mythe-feitformat met succes kunnen worden ingezet om het stigma te verlagen, is het noodzakelijk om corrigerende boodschappen op regelmatige basis te herhalen. Tegelijkertijd is het allesbehalve de bedoeling dat praktijkbeoefenaars in een individuele correctie meermaals naar dezelfde mythe verwijzen. Op die manier riskeert men immers dat lezers onnodig vertrouwd worden met de misinformatie, wat alsnog tot ongewenste effecten kan leiden (Ecker et al., 2020; Swire-Thompson et al., 2020).

5.4. Conclusie

Alcoholgebruiksstoornissen behoren tot de meest prevalente, ernstige en gestigmatiseerde psychische aandoeningen. Ondanks het feit dat de media kunnen bijdragen aan het stigma van de

aandoening, toont deze masterproef dat ze ook een destigmatiserend effect kunnen uitoefenen. De huidige studie kon namelijk aantonen dat corrigerende informatie die inspeelt op persoonlijke verantwoordelijkheidsovertuigingen met succes het publieke stigma van alcoholproblemen kan verminderen bij jongvolwassenen. Meer bepaald werden alcoholpatiënten als minder verantwoordelijk voor hun aandoening geacht, waardoor stigmatiserende gevoelens en vooroordelen afnamen, met een verhoogde neiging tot sociale inclusie tot gevolg. Weliswaar kon de studie niet bevestigen dat het feit-mythe-feitformat daarin significant effectiever is dan het mythe-feitformat: de corrigerende formats waren even geschikt om het publieke stigma van personen met een alcoholprobleem te verlagen. Overigens bleken de ervaringsdeskundige en de medische expert evenmin significant anders van elkaar te presteren: beide corrigerende bronnen waren goede kandidaten om mythes omtrent alcoholproblemen te ontkrachten. Aldus slaagde dit onderzoek erin om het belang van communicatie in de strijd tegen stigma te illustreren, en daarbij enkele bruikbare inzichten voor praktijkbeoefenaars te leveren.

Referenties

- Alexander, C. S., & Becker, H. J. (1978). The use of vignettes in survey research. *Public Opinion Quarterly*, 42(1), 93-104. <https://doi.org/10.1086/268432>
- Appelman, A., & Sundar, S. S. (2016). Measuring message credibility: Construction and validation of an exclusive scale. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 93(1), 59-79. <https://doi.org/10.1177/1077699015606057>
- Boesman, J. L. J., & Costera-Meijer, I. C. (2018). "Don't read me the news, tell me the story": How news makers and storytellers negotiate journalism's boundaries when preparing and presenting news stories. *Official Research Journal of the International Symposium on Online Journalism*, 8(1), 13-32. Geraadpleegd op <http://isoj.org/wp-content/uploads/2018/04/FINALISOJ.pdf>
- Borschmann, R., Greenberg, N., Jones, N., & Henderson, R.C. (2014). Campaigns to reduce mental illness stigma in Europe: a scoping review. *Die Psychiatrie*, 11(1), 43-50. <https://doi.org/10.1055/S-0038-1670735>
- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
- Bräker, A. B., & Soellner, R. (2016). Alcohol drinking cultures of European adolescents. *European Journal of Public Health*, 26(4), 581-586. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw033>
- Brown, S. A. (2011). Standardized measures for substance use stigma. *Drug and Alcohol Dependence*, 116(1-3), 137-141. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.005>
- Burrow (z.d.). *Shadows of glasses on wall* [afbeelding]. Geraadpleegd op <https://www.pexels.com/photo/shadows-of-glasses-on-wall-5987212/>
- Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *The Lancet*, 394(10200), 781-792. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31775-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31775-1)
- Chan, M.P., Jones, C.R., Hall Jamieson, K., & Albarracín, D. (2017). Debunking: A meta-analysis of the psychological efficacy of messages countering misinformation. *Psychological Science*, 28(11), 1531-1546. <https://doi.org/10.1177%2F0956797617714579>

- Choe, J. Y., Teplin, L. A., & Abram, K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153-164. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.2.153>
- Chung, T., Martin, C. S., & Winters, K. C. (2005). Diagnosis, course, and assessment of alcohol abuse and dependence in adolescents. In M. Galanter, C. Lowman, G. M. Boyd, V. B. Faden, E. Witt & D. Lagressa (Eds.), *Recent developments in alcoholism: Alcohol problems in adolescents and young adults* (p.5-27). Boston, MA: Springer. https://doi.org/10.1007/0-306-48626-1_1
- Clark, T. W. (2020). Determinism and destigmatization: Mitigating blame for addiction. *Neuroethics*. <https://doi.org/10.1007/s12152-020-09440-w>
- Cohen, E., Feinn, R., Arias, A., & Kranzler, H. R. (2007). Alcohol treatment utilization: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(2-3), 214-221. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.06.008>
- Cone, J., Flaherty, K., & Ferguson, M. J. (2019). Believability of evidence matters for correcting social impressions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116, 9802-9807. <https://doi.org/10.1073/pnas.1903222116>
- Connell, L., & Keane, M. T. (2006). A Model of Plausibility. *Cognitive Science*, 30(1), 95-120. https://doi.org/10.1207/s15516709cog0000_53
- Corrigan P. W., & Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-76. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001a). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953-958. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.953>
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001b). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868>
- Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179. <https://doi.org/10.2307/1519806>

- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 481-491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüschi, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, *63*(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, *15*(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*, *15*(1), 67-73. <https://doi.org/10.1002/wps.20295>
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World psychiatry*, *4*(2), 106-13. Geraadpleegd op <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414750/>
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4^e ed., p. 504-553). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, *100*(3), 281-292. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00964.x>
- de Montellano, P.M.O. (2017). The Viewpoint of GAMIAN-Europe. In: W. Gaebel, W., Rössler & N. Sartorius (Eds.), *The stigma of mental illness - End of the story?*. Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_10
- Degenhardt L., Charlson F., Ferrari A., Santomauro D., Erskine H., Mantilla-Herrera A., ... Vos, T. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet Psychiatry*, *5*, 987-1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)

- Dolphin, L., & Hennessey, E. (2014). Adolescents' perceptions of peers with depression: An attributional analysis. *Psychiatry Research*, 218(3), 295-302. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.051>
- Dor, D. (2003). On newspaper headlines as relevance optimizers. *Journal of Pragmatics*, 35, 695-721. [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(02\)00134-0](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(02)00134-0)
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (p. 1-28). New York, NY: Guilford. Geraadpleegd op https://www.researchgate.net/publication/224012639_Stigma_Introduction_and_overview
- Dunlop, S. M., Wakefield, M., & Kashima, Y. (2010). Pathways to persuasion: Cognitive and experiential responses to health-promoting mass media messages. *Communication Research*, 37(1), 133-164. <https://doi.org/10.1177/0093650209351912>
- Earnshaw V. A. (2020). Stigma and substance use disorders: A clinical, research, and advocacy agenda. *The American Psychologist*, 75(9), 1300-1311. <https://doi.org/10.1037/amp0000744>
- Ecker, U. K. H., & Antonio, L. (2021). Can you believe it? An investigation into the impact of retraction source credibility on the continued influence effect. *Memory and Cognition*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/qt4w8>
- Ecker, U. K. H., Hogan, J. L., & Lewandowsky, S. (2017). Reminders and repetition of misinformation: Helping or hindering its retraction? *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 6(2), 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2017.01.014>
- Ecker, U. K. H., Lewandowsky, S., Chang, E. P., & Pillai, R. (2014). The effects of subtle misinformation in news headlines. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 20(4), 323-335. <https://doi.org/10.1037/xap0000028>
- Ecker, U. K. H., Lewandowsky, S., Cheung, C. S. C., & Maybery, M. T. (2015). He did it! She did it! No, she did not! Multiple causal explanations and the continued influence of misinformation. *Journal of Memory and Language*, 85, 101-115. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2015.09.002>
- Ecker, U., Lewandowsky, S., & Chadwick, M. (2020). Can corrections spread misinformation to new audiences? Testing for the elusive familiarity backfire effect. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 5(41), 1-25. <https://doi.org/10.1186/s41235-020-00241-6>

- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., & Booth, B. M. (2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(4), 418-429. <https://doi.org/10.1007/BF02287693>
- Foy, J.E., LoCasto, P.C., Briner, S.W., & Dyen (2017). "Would a madman have been so wise as this?" The effects of source credibility and message credibility on validation. *Memory and Cognition*, 45, 281-295. <https://doi.org/10.3758/s13421-016-0656-1>
- Gabiolkov, M., Ramachandran, A., Chaintreau, A., & Legout, A. (2016). Social clicks: What and who gets read on Twitter?. *ACM SIGMETRICS Performance Evaluation Review*, 44(1), 179-192. <https://doi.org/10.1145/2964791.2901462>
- Gisle, L., Demarest, S., & Drieskens, S. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van alcohol*. Brussel, België: Sciensano. Geraadpleegd op <http://www.gezondheidsenquête.be/>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 13(2), 161-175. <https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- Guillory, J. J., & Geraci, L. (2013). Correcting erroneous inferences in memory: The role of source credibility. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 2(4), 201-209. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2013.10.001>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press. Geraadpleegd op <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kuleuvenul/detail.action?docID=5109647>
- Henkel, L. A., & Mattson, M. E. (2011). Reading is believing: The truth effect and source credibility. *Consciousness and Cognition*, 20(4), 1705-1721. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2011.08.018>

- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63, 905-925. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x>
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033392>
- Hovland, C. I., & Weiss, W. (1951). The influence of source credibility on communication effectiveness. *Public Opinion Quarterly*, 15, 635-650. <https://doi.org/10.1086/266350>
- Johnson, H. M., & Seifert, C. M. (1994). Sources of the continued influence effect: When misinformation in memory affects later inferences. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 20, 1420-1436. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.20.6.1420>
- Joinson, A. (1999). Social desirability, anonymity, and Internet-based questionnaires. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers: A Journal Of The Psychonomic Society*, 31(3), 433-438. <https://doi.org/10.3758/bf03200723>
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York, NY: Freeman.
- Kendeou, P., & O'Brien, E. J. (2014). The Knowledge Revision Components (KReC) framework: Processes and mechanisms. In D. N. Rapp & J. L. G. Braasch (Eds.), *Processing inaccurate information: Theoretical and applied perspectives from cognitive science and the educational sciences* (p. 353-377). London, England: MIT Press. Geraadpleegd op <http://www.jstor.org/stable/j.ctt9qf9b7.20>
- Kendeou, P., Butterfuss, R., Van Boekel, M., & O'Brien, E. J. (2017). Integrating relational reasoning and knowledge revision during reading. *Educational Psychology Review*, 29(1), 27-39. <https://doi.org/10.1007/s10648-016-9381-3>
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1111/acer.14598>
- Klingemann H., & Gmel G. (2001) Introduction: Social consequences of alcohol — the forgotten dimension?. In: H. Klingemann, G. Gmel (Eds.), *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht, Nederland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-015-9725-8_1

- Laramée, P., Kusel, J., Leonard, S., Aubin, H. J., François, C., & Daeppen, J. B. (2013). The economic burden of alcohol dependence in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 48(3), 259-269. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt004>
- Latkin, C. A., Edwards, C., Davey-Rothwell, M. A., & Tobin, K. E. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive Behaviors*, 73, 133-136. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.005>
- Lebowitz, M. S., & Ahn, W. K. (2012). Combining biomedical accounts of mental disorders with treatability information to reduce mental illness stigma. *Psychiatric Services*, 63(5), 496-499. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100265>
- Lewandowsky, S., Cook, J., Ecker, U. K. H., Albarracín, D., Amazeen, M. A., Kendeou, P., ... Zaragoza, M. S. (2020). *The debunking handbook 2020*. <https://doi.org/10.17910/b7.1182>
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1983). Reconsidering the social rejection of ex-mental patients: Levels of attitudinal response. *American Journal of Community Psychology*, 11(3), 261-273. <https://doi.org/10.1007/BF00893367>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500. <https://doi.org/10.1086/228672>
- 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(9), 1328-1333. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1328>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Loch A. A., & Rössler W. (2017) Who Is Contributing?. In: W. Gaebel, W. Rössler & N. Sartorius (Reds.) *The stigma of mental illness – End of the story?*, Cham, Zwitterland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_6

- Mekonen, T., Chan, G., Connor, J., Hall, W., Hides, L., & Leung, J. (2020). Treatment rates for alcohol use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.15357>
- National Academy of Sciences. (2017). Approaches to reduce stigma. In: *Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: The evidence for stigma change* (p. 69-92). Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23442>
- Newman, N., Fletcher, R., Schultz, A., Andi, S., Robertson, C. T., & Nielsen, R. K. (2021). *The Reuters Institute Digital News Report 2021*. Oxford, Verenigd Koninkrijk: Reuters Institute for the Study of Journalism. Geraadpleegd op https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/2021-06/Digital_News_Report_2021_FINAL.pdf
- Nosek, B. A., Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (2007). The implicit association test at age 7: A methodological and conceptual review. In J. A. Bargh (Red.), *Social psychology and the unconscious: The automaticity of higher mental processes* (p. 265-292). Psychology Press. Geraadpleegd op <http://faculty.washington.edu/agg/IATmaterials/PDFs/NGB.BarghBookChapter.3Feb05.pdf>
- Oswald, F. L., Mitchell, G., Blanton, H., Jaccard, J., & Tetlock, P. E. (2015). Using the IAT to predict ethnic and racial discrimination: Small effect sizes of unknown societal significance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(4), 562-571. <https://doi.org/10.1037/pspa0000023>
- Otero, J., & Kintsch, W. (1992). Failures to detect contradictions in a text: What readers believe versus what they read. *Psychological Science*, 3(4), 229-235. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1992.tb00034.x>
- Palamar, J. J., Kiang, M. V., & Halkitis, P. N. (2011). Development and psychometric evaluation of scales that assess stigma associated with illicit drug users. *Substance Use & Misuse*, 46(12), 1457-1467. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.596606>
- Paynter, J., Luskin-Saxby, S., Keen, D., Fordyce, K., Frost, G., Imms, C., ... Ecker, U. (2019). Evaluation of a template for countering misinformation – Real-world Autism treatment myth debunking. *PLoS ONE*, 14(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210746>

- Penn, D. L., Guynan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., & Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best?. *Schizophrenia Bulletin*, *20*(3), 567-578. <https://doi.org/10.1093/schbul/20.3.567>
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, *89*(9), 1339-1345. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1339>
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). A “disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, *167*, 1321-1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2013). The “backbone” of stigma: Identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health*, *103*, 853-860. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147>
- Peter, C., & Koch, T. (2016). When debunking scientific myths fails (and when it does not): The backfire effect in the context of journalistic coverage and immediate judgments as prevention strategy. *Science Communication*, *38*(1), 3-25. <https://doi.org/10.1177/1075547015613523>
- Pickard, H. (2017). Responsibility without blame for addiction. *Neuroethics*, *10*, 169-180. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9295-2>
- Pluviano, S., Watt, C., Ragazzini, G., & Della Sala, S. (2019). Parents' beliefs in misinformation about vaccines are strengthened by pro-vaccine campaigns. *Cognitive Processing*, *20*(3), 325-331. <https://doi.org/10.1007/s10339-019-00919-w>
- Pornpitakpan, C. (2004). The persuasiveness of source credibility: A critical review of five decades' evidence. *Journal of Applied Social Psychology*, *34*(2), 243-281. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02547.x>
- Pryor, J. B., & Reeder, G. D. (2011). HIV-related stigma. In J. C. Hall, B. J. Hall & C. J. Cockerell (Eds.), *HIV/AIDS in the post-HAART era: Manifestations, treatment, and epidemiology* (p. 790-806). Shelton, CT: PMPH-USA. Geraadpleegd op <https://b-ok.global/book/3108920/8cfdcc>

- Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Monroe, A. E. (2012). The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(2), 224-241. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0026270>
- Putnam, A. L., Wahlheim, C. N., & Jacoby, L. L. (2014). Memory for flip-flopping: Detection and recollection of political contradictions. *Memory & cognition*, 42(7), 1198-1210. <https://dx.doi.org/10.3758%2Fs13421-014-0419-9>
- Rehm J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373, 2223-2233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)
- Rise, J., Aarø, L., Halkjelsvik, T., & Kovač, V. (2014). The distribution and role of causal beliefs, inferences of responsibility, and moral emotions on willingness to help addicts among Norwegian adults. *Addiction Research & Theory*, 22, 117-125. <https://doi.org/10.3109/16066359.2013.785532>
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Review*, 24, 43-55. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>
- Rüsch, N., Muller, M., Lay, B., Corrigan, P. W., Zahn, R., Schonenberger, T., ... Rössler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264, 35-43. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0412-5>
- Salter, M., & Byrne, P. (2000). The stigma of mental illness: How you can use the media to reduce it. *Psychiatric Bulletin*, 24(8), 281-283. <https://doi.org/10.1192/pb.24.8.281>
- Sattler, S., Escande, A., Racine, E., & Göritz, A. S. (2017). Public stigma toward people with drug addiction: A factorial survey. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(3), 415-425. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.415>
- Schomerus, G. (2014). The stigma of alcohol and other substance abuse. In P. W. Corrigan (Red.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (p. 57-72). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14297-004>
- Schomerus, G., Holzinger, A., Matschinger, H., Lucht, M., & Angermeyer, M. C. (2010). Public attitudes towards alcohol dependence. *Psychiatrische Praxis*, 37(3), 111-118. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223438>

- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223438>
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2014). Attitudes towards alcohol dependence and affected individuals: Persistence of negative stereotypes and illness beliefs between 1990 and 2011. *European Addiction Research*, 20(6), 293-299. <https://doi.org/10.1159/000362407>
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 163-176. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>
- Schwarz, N., Newman, E., & Leach, W. (2016). Making the truth stick & the myths fade: Lessons from cognitive psychology. *Behavioral Science & Policy* 2(1), 85-95. <https://doi.org/10.1353/bsp.2016.0009>
- Sheehan L., Nieweglowski K., & Corrigan P.W. (2017) Structures and Types of Stigma. In: W. Gaebel, W. Rössler & N. Sartorius (Reds.). *The stigma of mental illness - End of the story?*. Cham, Zwitterland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_3
- Sherman, D. K., & Cohen, G. L. (2002). Accepting threatening information: Self-affirmation and the reduction of defensive biases. *Current Directions in Psychological Science*, 11(4), 119-123. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00182>
- Siegel, J. T., Flores-Medel, E., Martinez, D. A., & Berger, D. E. (2019). Can mental health anti-stigma messages have untoward effects on some people with depression?: An exploratory study. *Journal of Health Communication*, 24(11), 821-828. <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1672838>
- Sparks, J. R., & Rapp, D. N. (2011). Readers' reliance on source credibility in the service of comprehension. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 37(1), 230-247. <https://doi.org/10.1037/a0021331>
- Stadtler, M., Scharrer, L., Brummernhenrich, B., & Bromme, R. (2013). Dealing with uncertainty: Readers' memory for and use of conflicting information from science texts as function of presentation format and source expertise. *Cognition and Instruction*, 31(2), 130-150. <https://doi.org/10.1080/07370008.2013.769996>

- Statbel (2021). *Bevolking naar woonplaats, nationaliteit (Belg/niet-Belg), burgerlijke staat, leeftijd en geslacht*. Geraadpleegd op <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=161080d2-d411-4e40-9a0f-a27db5e2b6e1>
- Stuenkel, D.L., & Wong, V.K. (2009). Stigma. In P.D. Larsen & I.M. Lubkin (Eds.), *Chronic Illness: Impact and Intervention*. (p. 47-74). Boston, MA: Jones and Bartlett.
- Surber, J. R., & Schroeder, M. (2007). Effect of prior domain knowledge and headings on processing of informative text. *Contemporary Educational Psychology*, 32(3), 485-498. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2006.08.002>
- Swire, B., Ecker, U. K., & Lewandowsky, S. (2017). The role of familiarity in correcting inaccurate information. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 43(12), 1948-1961. <https://doi.org/10.1037/xlm0000422>
- Swire-Thompson, B., DeGutis, J., & Lazer, D. (2020). Searching for the backfire effect: Measurement and design considerations. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 9(3), 286-299. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2020.06.006>
- Time to Change. (z.d.). *Myths and facts*. Geraadpleegd op <https://www.time-to-change.org.uk/about-mental-health/myths-facts>
- van Boekel, M., Lassonde, K. A., O'Brien, E. J., & Kendeou, P. (2017). Source credibility and the processing of refutation texts. *Memory and Cognition*, 45, 168-181. <https://doi.org/10.3758/s13421-016-0649-0>
- van der Meer, T. G., & Jin, Y. (2020). Seeking formula for misinformation treatment in public health crises: The effects of corrective information type and source. *Health Communication*, 35(5), 560-575. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1573295>
- Vraga, E. K., & Bode, L. (2017). Using expert sources to correct health misinformation in social media. *Science Communication*, 39(5), 621-645. <https://doi.org/10.1177/1075547017731776>
- Vyncke, B., & van Gorp, B. (2018). An experimental examination of the effectiveness of framing strategies to reduce mental health stigma. *Journal of Health Communication*, 23(10-11), 899-908. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1538272>

- Vyncke, B., & Van Gorp, B. (2020). Using counterframing strategies to enhance anti-stigma campaigns related to mental illness. *Social Science & Medicine*, 258, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113090>
- Wahl, O. F. (2004). Stop the presses: Journalistic treatment of mental illness. In L. D. Friedman (Red.), *Cultural sutures: Medicine and media* (p. 55-69). New York, NY: Duke University Press. <https://doi.org/10.1515/9780822385530>
- Walter, N., & Murphy, S.T. (2018). How to unring the bell: A meta-analytic approach to correction of misinformation. *Communication Monographs*, 85(3), 423-441. <https://doi.org/10.1080/03637751.2018.1467564>
- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62, 603-613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.603>
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (z.d.) *DALYs/ YLDs definition*. Geraadpleegd op <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>
- What a Difference. (z.d.). *Myths and facts*. Geraadpleegd op <http://mhaac.org/uploads/documents/What%20A%20Difference-ENG.pdf>
- Wong, E. C., Collins, R. L., Cerully, J., Seelam, R., & Roth, B. (2017). Racial and ethnic differences in mental illness stigma and discrimination among Californians experiencing mental health challenges. *Rand Health Quarterly*, 6(2), 6. <https://doi.org/10.7249/RR1441>
- Yeh, M. A., & Jewell, R. D. (2015). The myth/fact message frame and persuasion in advertising: Enhancing attitudes toward the mentally ill. *Journal of Advertising*, 44(2), 161-172. <https://doi.org/10.1080/00913367.2015.1018466>

Bijlage 1 – Briefing en informed consent

Welkom bij dit onderzoek!

Doel en methodologie van het onderzoek:

Dit onderzoek maakt gebruik van een online experiment. Op basis van de resultaten zal inzicht worden verzameld in de invloed van beeldvorming van personen met een alcoholprobleem. Het is de bedoeling om op basis hiervan wetenschappelijk advies te formuleren om communicatie rond dit onderwerp te verbeteren.

Duur van het onderzoek:

Dit onderzoek zal gemiddeld 6 à 8 minuten van jouw tijd in beslag nemen.

Geïnformeerde toestemming:

- Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek, en weet dat ik zal deelnemen aan een online experiment. Ik besef ook dat er mogelijk confronterende vragen worden gesteld die negatieve gevoelens kunnen losmaken.
- Ikzelf of anderen kunnen baat bij dit onderzoek hebben op volgende wijze: de onderzoeksresultaten kunnen bijdragen aan een meer genuanceerde beeldvorming van personen met een alcoholprobleem.
- Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan. Onvolledige vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de uiteindelijke dataset.
- Voor de verdere verwerking van de verzamelde gegevens geldt het algemeen belang als rechtsgrond volgens de AVG/GDPR. Stopzetting van deelname aan de studie houdt dus in dat de eerder verzamelde gegevens nog verder rechtsgeldig kunnen worden betrokken in de studie en niet moeten worden verwijderd door KU Leuven.
- Ik begrijp dat in de context van dit onderzoek gegevens worden verzameld die volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming als bijzonder gevoelig worden beschouwd. Met name zal mij gevraagd worden of ik ooit zelf een alcoholprobleem heb ervaren en in welke mate religie voor mij belangrijk is ([meer informatie](#)). Ik geef expliciet mijn toestemming om deze gegevens in de context van dit onderzoek te verzamelen.
- De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en

de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd. Voor vragen evenals voor de uitoefening van mijn rechten (inzage gegevens, correctie ervan,...) weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij masterstudent Kim Claessens (kim.claessens@student.kuleuven.be) en dr. Bart Vyncke (bart.vyncke@kuleuven.be). Meer informatie met betrekking tot privacy kan ik terugvinden op www.kuleuven.be/privacy. Verdere vragen over privacyaspecten kan ik richten tot de data protection officer: dpo@kuleuven.be. Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van deze studie kan ik contact opnemen met de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van KU Leuven: smec@kuleuven.be

- Ik weet dat ik bij onderstaande terecht kan indien ik na het onderzoek ongemakken of moeilijkheden ervaar als gevolg van de thema's die in het onderzoek aan bod kwamen:

Kim Claessens
Masterstudent
e-mail: kim.claessens@student.kuleuven.be

dr. Bart Vyncke
KU Leuven, Instituut voor Mediastudies
tel.: +32 16 37 25 84
e-mail: bart.vyncke@kuleuven.be

- Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen. Ik stem toe om deel te nemen aan deze studie. Indien ik mij tijdens het invullen van de vragenlijst zou bedenken, dan kan ik de pagina gewoon afsluiten. Onvolledige vragenlijsten zullen niet opgenomen worden in de dataset.
- Ik wens niet deel te nemen aan deze studie.

Bijlage 2 – Vragenlijst

Wat is jouw leeftijd (in jaren)?

Wat is jouw geslacht?

- Man
 - Vrouw
 - Anders
-

Wat is jouw hoogst behaalde opleidingsniveau?

- Geen opleiding/ basisschool niet afgemaakt
 - Basisschool
 - Middelbaar
 - Professionele bachelor
 - Academische bachelor
 - Master(-na-master)
 - Doctoraat
 - Anders: ...
-

Beantwoord de volgende vragen over religie (Level of Religiosity; Palamar, Kiang & Halkitis, 2011):

- Hoe belangrijk is religie in je leven? (1 = niet belangrijk; 4 = zeer belangrijk)
 - Als je terugdenkt aan het leven voor de lockdown: hoe vaak woonde je religieuze diensten bij (bv. in de kerk of de moskee)? (1 = nooit; 2 = zelden ; 3 = één of twee keer per maand; 4 = ongeveer één keer per week of meer)
-

Alvorens je verdergaat, gelieve de volgende definitie van 'een alcoholprobleem' te lezen: Iemand heeft een alcoholprobleem als hij/zij het moeilijk heeft om te stoppen met drinken of om minder te drinken, ondanks dat zijn/ haar alcoholgebruik negatieve gevolgen heeft op sociaal of professioneel vlak, of negatieve effecten heeft op de gezondheid.

Zo dadelijk krijg je een facebookbericht van De Standaard te zien, waarin wordt verwezen naar een online artikel dat vorig jaar verscheen in de krant. Gelieve het facebookbericht aandachtig te bekijken, om daarna door te klikken naar het online artikel. Gelieve het artikel aandachtig te lezen. Pas na 30 seconden zal je kunnen overgaan, maar voel je vrij om het artikel langer te bekijken.

[Facebookpost]

[Artikel]

In welke mate beschrijven de volgende adjectieven volgens jou de inhoud van de tekst die je zonet hebt gelezen? (Message Credibility; Appelman & Sundar, 2016):

- Accuraat (1 = zeer slechte omschrijving; 7 = zeer goede omschrijving)
- Authentiek (1 = zeer slechte omschrijving; 7 = zeer goede omschrijving)
- Geloofwaardig (1 = zeer slechte omschrijving; 7 = zeer goede omschrijving)

In welke mate beschrijven de volgende adjectieven volgens jou de bron van de tekst die je zonet hebt gelezen? (Source Credibility; Appelman & Sundar, 2016):

- Gezaghebbend (1 = zeer slechte omschrijving; 7 = zeer goede omschrijving)
- Betrouwbaar (1 = zeer slechte omschrijving; 7 = zeer goede omschrijving)
- Respectabel (1 = zeer slechte omschrijving; 7 = zeer goede omschrijving)

Gelieve de volgende vragen over de tekst te beantwoorden (Self-Referencing Scale; Dunlop, Wakefield & Kashima, 2009):

- Deze tekst deed me nadenken over hoe ik naar mezelf en naar anderen kijk (1 = helemaal oneens; 5 = helemaal eens)
- Deze tekst deed me nadenken over hoe ik me zou voelen wanneer iemand me zou stigmatiseren (1 = helemaal oneens; 5 = helemaal eens)

- Ik kan de boodschap van deze tekst in verband brengen met mijn eigen leven (1 = helemaal oneens; 5 = helemaal eens)
- Tijdens het lezen van deze tekst dacht ik aan mijn eigen ervaringen (1 = helemaal oneens; 5 = helemaal eens)

Gelieve aan te geven in welke mate je (niet) bereid zou zijn tot de volgende denkbeeldige situaties (Social Distance Scale; Brown, 2011):

- Een kamer in jouw huis verhuren aan iemand met een alcoholprobleem (1 = zeker bereid; 2 = waarschijnlijk bereid; 3 = waarschijnlijk niet bereid; 4 = zeker niet bereid)
- Een directe collega zijn van iemand met een alcoholprobleem (1 = zeker bereid; 4 = zeker niet bereid)
- Een buur zijn van iemand met een alcoholprobleem (1 = zeker bereid; 4 = zeker niet bereid)
- Iemand met een alcoholprobleem een paar uur voor je kinderen laten zorgen (1 = zeker bereid; 4 = zeker niet bereid)
- Eén van jouw kinderen laten trouwen met iemand met een alcoholprobleem (1 = zeker bereid; 4 = zeker niet bereid)
- Iemand met een alcoholprobleem voorstellen aan iemand waar je goed mee overeenkomt (1 = zeker bereid; 4 = zeker niet bereid)
- Iemand met een alcoholprobleem aanbevelen voor een job bij een van jouw vrienden (1 = zeker bereid; 4 = zeker niet bereid)

Gelieve aan te geven hoe je je zou voelen in een interactie met iemand die een alcoholprobleem heeft (Affect Scale; Brown, 2011):

Pessimistisch									Optimistisch
Gerust									Ongerust
Ondersteunend									Minachtend
Angstig									Zelfverzekerd
Meevoelend									Kwaad
Vol afkeer									Met sympathie

Ongemakkelijk									Op uw gemak
Geïrriteerd									Geduldig
Ontspannen									Gespannen
Kalm									Nerveus

Gelieve aan te geven in welke mate je (niet) akkoord gaat met de volgende uitspraken (Stigma of Drug Users Scale; Palamar et al., 2011):

- Alcoholmisbruik is moreel verkeerd (1 = helemaal niet mee eens; 5 = helemaal mee eens)
- Personen met een alcoholprobleem zijn zwak van geest (1 = helemaal niet mee eens; 5 = helemaal mee eens)
- Personen met een alcoholprobleem hebben geen toekomst (1 = helemaal niet mee eens; 5 = helemaal mee eens)
- Het gebeurt dat mensen vragenlijsten invullen zonder de vragen goed te lezen. Gelieve hier daarom 'helemaal eens' aan te duiden (1 = helemaal niet mee eens; 5 = helemaal mee eens)
- Personen met een alcoholprobleem zijn niet hoogopgeleid (1 = helemaal niet mee eens; 5 = helemaal mee eens)
- Personen met een alcoholprobleem zijn oneerlijk (1 = helemaal niet mee eens; 5 = helemaal mee eens)
- Personen met een alcoholprobleem maken me boos (1 = helemaal niet mee eens; 5 = helemaal mee eens)

Gelieve elk van de volgende uitspraken zorgvuldig te lezen. Kan je alle uitspraken die jouw ervaring met personen met een alcoholprobleem vertegenwoordigen, aanvinken? (Level of Contact Report; Holmes, Corrigan, Williams, Canar & Kubiak, 1999):

- Ik heb een film of televisieshow gezien waarin een personage een alcoholprobleem had (3)
- Voor mijn werk behandel ik personen met een alcoholprobleem (8)
- Ik heb terloops een persoon gezien die volgens mij een alcoholprobleem zou kunnen hebben (2)
- Ik heb al vaak personen met een alcoholprobleem gezien (5)

- Ik heb een alcoholprobleem (12)
 - Op mijn werkplek heb ik samengewerkt met een collega die een alcoholprobleem had (6)
 - Ik heb nog nooit iemand gezien waarvan ik wist dat hij/ zij een alcoholprobleem had (1)
 - Mijn baan omvat het verlenen van diensten aan personen met een alcoholprobleem (7)
 - Een vriend van de familie heeft een alcoholprobleem (9)
 - Ik heb een familielid met een alcoholprobleem (10)
 - Ik heb op televisie een documentaire gezien over alcoholproblemen (4)
 - Ik woon samen met iemand met een alcoholprobleem (11)
-

Gelieve de volgende vragen te beantwoorden (Personal Responsibility Questionnaire; Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003):

- In welke mate is het volgens jou iemands eigen schuld dat hij/ zij een alcoholprobleem heeft? (1 = helemaal niet eigen schuld; 9 = volledig eigen schuld)
 - Hoe controleerbaar is de oorzaak van een alcoholprobleem volgens jou? (1 = helemaal niet onder persoonlijke controle; 9 = volledig onder persoonlijke controle)
 - Hoe verantwoordelijk is iemand met een alcoholprobleem voor zijn/ haar toestand volgens jou? (1 = helemaal niet verantwoordelijk; 9 = heel erg verantwoordelijk)
-

Heb je nog opmerkingen bij de vragenlijst die je zonet hebt ingevuld?

Opgelet: de vragenlijst is nog niet ingediend. Gelieve door te gaan naar de volgende pagina om de vragenlijst in te dienen.

Bijlage 3 – Debriefing

Je hebt de vragenlijst met succes ingediend. Nogmaals bedankt voor jouw deelname!

In het geval van eventuele vragen, opmerkingen of feedback bij dit onderzoek, kan je steeds de onderzoekers en/of het SMEC contacteren:

Kim Claessens

Masterstudent Bedrijfscommunicatie

e-mail: kim.claessens@student.kuleuven.be

dr. Bart Vyncke

Promotor

Instituut voor Mediastudies (KU Leuven)

tel.: +32 16 37 25 84

e-mail: bart.vyncke@kuleuven.be

SMEC

smec@kuleuven.be

Indien je na deze vragenlijst met vragen zou zitten rond alcohol, kan je terecht bij De Druglijn en Alcoholhulp. Hier vind je meer informatie over alcoholgebruik, alcoholmisbruik, en de verschillende hulpopties:

De Druglijn (<https://www.druglijn.be/>)

Telefoon: 078 15 10 20 (alle weekdays van 10-20u)

Chat: <https://www.druglijn.be/stel-je-vraag/chat> (alle weekdays van 12-18u)

E-mail: <https://www.druglijn.be/stel-je-vraag/mail>

Alcoholhulp (<https://www.alcoholhulp.be/home>)

Alcohol zelftest: <https://www.alcoholhulp.be/alcoholtest>

Online zelfhulp: <https://www.alcoholhulp.be/zelfhulp>

Online begeleiding: <https://www.alcoholhulp.be/begeleiding>

Bijlage 4 – Gemanipuleerde artikels

MF x Psychiater

“Een alcoholprobleem is je eigen schuld”, en andere mythes

20/09/2020 om 18:00 door kle



Foto: Pexels

Te Gek!?, de organisatie die ernstige psychische problemen bespreekbaar wilt maken, start dit jaar op 1 oktober met Roes(t). De focus van de campagne: drank-, drug- en gokproblemen.

“Er wordt wel eens gedacht dat mensen met een alcoholprobleem een zwak karakter hebben: ze kunnen gemakkelijk stoppen, maar kiezen er zagezegd voor om te blijven drinken. Maar dat is dus een mythe.” Dat zegt Joost Peters, medisch expert op het gebied van alcoholgebruiksstoornissen. Als psychiater helpt hij al jarenlang mensen om hun alcoholprobleem met succes onder controle te krijgen. Vanuit die ervaring wil hij schadelijke mythes over de aandoening ontkrachten.



Joost Peters,
psychiater

Zulke mythes hebben immers verschillende schadelijke effecten: “Personen met een alcoholprobleem willen hun probleem verbergen uit angst voor discriminatie en afkeurende blikken. Dat weerhoudt hen ervan om hulp te zoeken, wat hun problemen uiteraard kan doen verergeren. Maar hoewel alcoholgebruiksstoornissen ernstig zijn, kunnen ze met de juiste hulp wel degelijk worden overwonnen. Het belangrijkste is dat mensen de stap tot hulp durven te zetten”, aldus de psychiater.

Geen angst

“Net zoals bij andere psychische problemen, kunnen personen met een alcoholprobleem er niet aan doen dat ze ziek worden: het is niet iets waar je voor kiest. Wel kan worden gesteld dat het hun verantwoordelijkheid is om de nodige hulp te zoeken, maar het is ingewikkelder dan dat. Als maatschappij dienen we er namelijk voor te zorgen dat mensen met een alcoholgebruiksstoornis geen angst zullen voelen om openlijk naar buiten te komen met hun probleem, aangezien die angst een enorme drempel vormt om hulp te zoeken.”

Door schadelijke mythes de wereld uit te helpen, wordt dus een stap in de goede richting gezet. De psychiater hoopt dan ook dat mensen onthouden dat alcoholproblemen iedereen kunnen treffen, dat ze wel degelijk overkomelijk zijn, en nooit iemands schuld zijn.

“Een alcoholprobleem is je eigen schuld”, en andere mythes

20/09/2020 om 18:00 door kle



Foto: Pexels

Te Gek!?, de organisatie die ernstige psychische problemen bespreekbaar wilt maken, start dit jaar op 1 oktober met Roes(t). De focus van de campagne: drank-, drug- en gokproblemen.

“Er wordt wel eens gedacht dat mensen met een alcoholprobleem een zwak karakter hebben: ze kunnen gemakkelijk stoppen, maar kiezen er zoezegd voor om te blijven drinken. Maar dat is dus een mythe.” Dat zegt Joost Peters, ervaringsdeskundige op het gebied van alcoholgebruiksstoornissen. Als ex-patiënt kreeg hij jaren geleden met succes zijn alcoholprobleem onder controle. Vanuit die ervaring wil hij schadelijke mythes over de aandoening ontcrachten.



Joost Peters,
ex-patiënt

Zulke mythes hebben immers verschillende schadelijke effecten: “Personen met een alcoholprobleem willen hun probleem verbergen uit angst voor discriminatie en afkeurende blikken. Dat weerhoudt hen ervan om hulp te zoeken, wat hun problemen uiteraard kan doen verergeren. Maar hoewel alcoholgebruiksstoornissen ernstig zijn, kunnen ze met de juiste hulp wel degelijk worden overwonnen. Het belangrijkste is dat mensen de stap tot hulp durven te zetten”, aldus de ervaringsdeskundige.

Geen angst

“Net zoals bij andere psychische problemen, kunnen personen met een alcoholprobleem er niet aan doen dat ze ziek worden: het is niet iets waar je voor kiest. Wel kan worden gesteld dat het hun verantwoordelijkheid is om de nodige hulp te zoeken, maar het is ingewikkelder dan dat. Als maatschappij dienen we er namelijk voor te zorgen dat mensen met een alcoholgebruiksstoornis geen angst zullen voelen om openlijk naar buiten te komen met hun probleem, aangezien die angst een enorme drempel vormt om hulp te zoeken.”

Door schadelijke mythes de wereld uit te helpen, wordt dus een stap in de goede richting gezet. De ervaringsdeskundige hoopt dan ook dat mensen onthouden dat alcoholproblemen iedereen kunnen treffen, dat ze wel degelijk overkomelijk zijn, en nooit iemands schuld zijn.

“Een alcoholprobleem is niet je eigen schuld”, en andere feiten

20/09/2020 om 18:00 door kle



Foto: Pexels

Te Gek!?, de organisatie die ernstige psychische problemen bespreekbaar wilt maken, start dit jaar op 1 oktober met Roes(t). De focus van de campagne: drank-, drug- en gokproblemen.

“Het is een feit dat personen met een alcoholprobleem geen schuld dragen voor hun ziekte, net zoals dat het geval is bij andere psychische aandoeningen. Toch wordt wel eens gedacht dat mensen met een alcoholprobleem een zwak karakter hebben: ze kunnen gemakkelijk stoppen, maar kiezen er zoezegd voor om te blijven drinken. Maar dat is dus een mythe.” Dat zegt Joost Peters, medisch expert op het gebied van alcoholgebruiksstoornissen. Als psychiater helpt hij al jarenlang mensen om hun alcoholprobleem met succes onder controle te krijgen. Vanuit die ervaring wil hij schadelijke mythes over de aandoening ontkrachten.



Joost Peters,
psychiater

Zulke mythes hebben immers verschillende schadelijke effecten: “Personen met een alcoholprobleem willen hun probleem verbergen uit angst voor discriminatie en afkeurende blikken. Dat weerhoudt hen ervan om hulp te zoeken, wat hun problemen uiteraard kan doen verergeren. Maar hoewel alcoholgebruiksstoornissen ernstig zijn, kunnen ze met de juiste hulp wel degelijk worden overwonnen. Het belangrijkste is dat mensen de stap tot hulp durven te zetten”, aldus de psychiater.

Geen angst

“Net zoals bij andere psychische problemen, kunnen personen met een alcoholprobleem er niet aan doen dat ze ziek worden: het is niet iets waar je voor kiest. Wel kan worden gesteld dat het hun verantwoordelijkheid is om de nodige hulp te zoeken, maar het is ingewikkelder dan dat. Als maatschappij dienen we er namelijk voor te zorgen dat mensen met een alcoholgebruiksstoornis geen angst zullen voelen om openlijk naar buiten te komen met hun probleem, aangezien die angst een enorme drempel vormt om hulp te zoeken.”

Door schadelijke mythes de wereld uit te helpen, wordt dus een stap in de goede richting gezet. De psychiater hoopt dan ook dat mensen onthouden dat alcoholproblemen iedereen kunnen treffen, dat ze wel degelijk overkomelijk zijn, en nooit iemands schuld zijn.

“Een alcoholprobleem is niet je eigen schuld”, en andere feiten

20/09/2020 om 18:00 door kle



Foto: Pexels

Te Gek!?, de organisatie die ernstige psychische problemen bespreekbaar wilt maken, start dit jaar op 1 oktober met Roes(t). De focus van de campagne: drank-, drug- en gokproblemen.

“Het is een feit dat personen met een alcoholprobleem geen schuld dragen voor hun ziekte, net zoals dat het geval is bij andere psychische aandoeningen. Toch wordt wel eens gedacht dat mensen met een alcoholprobleem een zwak karakter hebben: ze kunnen gemakkelijk stoppen, maar kiezen er zoegezegd voor om te blijven drinken. Maar dat is dus een mythe.” Dat zegt Joost Peters, ervaringsdeskundige op het gebied van alcoholgebruiksstoornissen. Als ex-patiënt kreeg hij jaren geleden met succes zijn alcoholprobleem onder controle. Vanuit die ervaring wil hij schadelijke mythes over de aandoening ontcrachten.



**Joost Peters,
ex-patiënt**

Zulke mythes hebben immers verschillende schadelijke effecten: “Personen met een alcoholprobleem willen hun probleem verbergen uit angst voor discriminatie en afkeurende blikken. Dat weerhoudt hen ervan om hulp te zoeken, wat hun problemen uiteraard kan doen verergeren. Maar hoewel alcoholgebruiksstoornissen ernstig zijn, kunnen ze met de juiste hulp wel degelijk worden overwonnen. Het belangrijkste is dat mensen de stap tot hulp durven te zetten”, aldus de ervaringsdeskundige.

Geen angst

“Net zoals bij andere psychische problemen, kunnen personen met een alcoholprobleem er niet aan doen dat ze ziek worden: het is niet iets waar je voor kiest. Wel kan worden gesteld dat het hun verantwoordelijkheid is om de nodige hulp te zoeken, maar het is ingewikkelder dan dat. Als maatschappij dienen we er namelijk voor te zorgen dat mensen met een alcoholgebruiksstoornis geen angst zullen voelen om openlijk naar buiten te komen met hun probleem, aangezien die angst een enorme drempel vormt om hulp te zoeken.”

Door schadelijke mythes de wereld uit te helpen, wordt dus een stap in de goede richting gezet. De ervaringsdeskundige hoopt dan ook dat mensen onthouden dat alcoholproblemen iedereen kunnen treffen, dat ze wel degelijk overkomelijk zijn, en nooit iemands schuld zijn.