

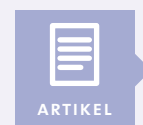
Psychische zorg, stigma van psychische problemen en competentiegevoel van artsen; een onderzoek onder Vlaamse toekomstige artsen

K. VAN DEN BROECK, B. VAN GORP

- ACHTERGROND** Stigmatisering van mensen met psychische problemen door zorgverleners vergroot de behandelingskloof van geestesziekten en de discriminatie van deze patiënten in de somatische zorg. Toekomstige artsen kunnen cruciaal zijn om deze ongelijkheden te verminderen.
- DOEL** Onderzoeken van de opvattingen die toekomstige artsen hebben over mensen met (verschillende) psychische klachten, en de relatie met hun competentiegevoel inzake behandeling van deze patiënten.
- METHODE** In april-mei 2018 kregen Vlaamse laatstejaarsstudenten geneeskunde online drie psychiatrische (en twee andere) vignetten aangeboden, telkens gevolgd door stellingen over hun houding betreffende de beschreven casus.
- RESULTATEN** De respondenten dachten het vaakst over mensen met een psychische aandoening in termen van de frames 'de reis', 'het mozaïek' en 'het monster'. Dit laatste frame kan stigma voeden; de andere kunnen het verminderen. De aandoening bepaalde in belangrijke mate de houding van de respondenten. De mate waarin respondenten 'de reis' en 'het mozaïek' overnamen, droeg bij aan hun competentiegevoelens.
- CONCLUSIE** Vlaamse laatstejaarsstudenten geneeskunde staan doorgaans constructief tegenover (mensen met) een psychische aandoening, al worden hun ideeën sterk bepaald door het ziektebeeld van patiënten. Media en onderwijsinstellingen moeten zich inzetten om stigma te verminderen en een zo gunstig mogelijke blik op psychische klachten te stimuleren. Stigma-reducerende houdingen dragen bij aan de competentiegevoelens van professionals t.a.v. de behandeling van patiënten met een psychische stoornis.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)9, 750-759

TREFWOORDEN artsenopleiding, competentiebeleving, stigma



ARTIKEL



Ondanks de toename van geestesziekten in de afgelopen decennia (Rehm & Shield 2019), bestaat er een belangrijke behandelingskloof: in landen met een hoog inkomen krijgen naar schatting minder dan twee op de vijf mensen die aan psychische stoornissen lijden een adequate behandeling (Evans-Lacko e.a. 2018). Factoren die hieraan bijdragen, zijn onvoldoende overheidsuitgaven en tekorten aan

personeel, maar ook stigma van mensen met een psychische aandoening (Saxena e.a. 2007).

Stigma en framing

Onder stigma verstaan wij negatieve oordelen die we tegen elkaar uiten op basis van gedevalueerde groepsidentiteiten (Lucksted & Drapalski 2015). Talrijke onderzoeken en

getuigenissen tonen aan hoe schadelijk stigma kan zijn voor mensen met psychische problemen. Geïnternaliseerd stigma, bijvoorbeeld, gaat gepaard met ernstiger symptomen, een verminderd gevoel van eigenwaarde en minder kwaliteit van leven (Livingston & Boyd 2010). Stigma weerhoudt patiënten ervan om hulp te zoeken (Clement e.a. 2015) en om de ingestelde behandeling te continueren (Livingston & Boyd 2010). En in het geval van comorbide lichamelijke klachten zorgt stigma bij zorgverleners voor discriminatie in de hulpverlening (Thornicroft e.a. 2007; Van Nieuwenhuizen e.a. 2013; Corrigan e.a. 2014), wat een lagere levensverwachting bij mensen met een psychische aandoening in de hand werkt (Cattloor 2019).

Aan stigma gerelateerde concepten zijn 'framing' en 'frames'. Frames zijn de cultureel gedeelde schema's van waaruit mensen betekenis geven aan een specifieke situatie (Goffman 1974). De manier waarop de media bijvoorbeeld mensen met psychische klachten neerzetten, of hoe men informatie over psychiatrische stoornissen organiseert en construeert, houdt een zekere framing in; men kijkt door een bepaalde bril. Stigma is dan het resultaat van het toepassen van een specifiek frame om de oorzaken, gevolgen en oplossingen van een psychische stoornis in kaart te brengen (Goffman 1974); een frame verwordt tot een bron van stigma.

Framing in de media draagt -minstens gedeeltelijk- bij aan de ontwikkeling en het voortbestaan van opvattingen over mensen met een psychische aandoening (Sieff 2003; Klin & Lemish 2008). Dit geldt met name voor mensen die geen of minimaal contact hebben gehad met mensen met een psychische aandoening, al oefent de ontvanger steeds een actieve rol uit in het al dan niet volledig overnemen van het gepresenteerde frame (Baden & Lecheler 2012; Van Gorp e.a. 2017).

Goffman bestudeerde de manier waarop frames kunnen worden ontkracht en vervangen door andere frames. Dit zou een weg naar destigmatisering kunnen inhouden. Frames die tegengewicht bieden aan problematische, dominante frames noemt men 'counterframes' (Noakes 2005; Waller & Conaway 2011).

Recent voerden Van Gorp e.a. (2017) een inductieve framinganalyse uit op Belgische kranten- en tijdschriftartikelen, advertenties, boeken, films en aankondigingen op radio en tv om de frames te inventariseren die in de Belgische cultuur bestaan als het gaat om mensen met een psychische aandoening. Ze identificeerden zeven frames en vijf counterframes (ZIE TABEL 1). De eerste kunnen leiden tot een verhoogd stigma, terwijl de laatste in minder stigma zouden kunnen resulteren (Vyncke & Van Gorp 2018).

Toekomstige artsen en hun opvattingen over (mensen met) een psychische aandoening kunnen een sleutelrol

AUTEURS

KRIS VAN DEN BROECK, psycholoog-gedragstherapeut en postdoctoraal onderzoeker, Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen (ELIZA) & Collaborative Antwerp Psychiatric Research Initiative (CAPRI).

BALDWIN VAN GORP, hoogleraar Journalistiek en Communicatiemanagement, Instituut voor Mediastudies, Faculteit Sociale Wetenschappen, KU Leuven, Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Kris Van den Broeck, Universiteit Antwerpen, Gouverneur Kinsbergen Centrum, Doornstraat 331, B-2610 Wilrijk, België.

E-mail: kris.vandenbroeck@uantwerpen.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-3-2020.

spelen bij het verminderen van de aangehaalde ongelijkheden. Immers, hun opvattingen als student staan niet los van de ideeën die ze later als arts zullen hebben, en waar ze naar zullen handelen (Suwalska e.a. 2017).

Onderzoeksdoelen

Een eerste doel van deze studie was dan ook om, gebruikmakend van het werk van het werk van Van Gorp e.a. (2017), de opvattingen van toekomstige artsen over (mensen met) psychische problemen in kaart te brengen. Meer specifiek bestudeerden we in welke mate Vlaamse laatstejaarsstudenten geneeskunde denken vanuit de door Van Gorp e.a. (2017) geïdentificeerde (counter)frames wanneer ze geconfronteerd worden met (scripts over) mensen met psychische klachten.

De mate waarin iemand zich competent voelt om een bepaalde problematiek te behandelen, bepaalt mee de klinische uitkomst (Opacic 2003). Een tweede doelstelling van ons onderzoek was dan ook om na te gaan of en in welke mate iemands opvattingen over psychische klachten verband houden met de mate waarin een toekomstig arts zich competent voelt om patiënten met psychische problemen te behandelen. Dit is belangrijk voor opleiders: als stereotypen over psychische problemen de klinische interactie mede vormgeven, is het relevant om stereotypen die de therapeutische relatie gunstig dan wel ongunstig beïnvloeden te onderkennen (Metzl & Hansen 2014), en vooral de eerste soort te promoten.

Eerder onderzoek suggereert dat stigma fluctueert afhankelijk van de aard van de aandoening: men staat doorgaans negatiever tegenover mensen met een middenproblematiek, schizofrenie of borderlinepersoonlijkheidsstoornis

(BPS) dan tegenover mensen met een depressie of een angststoornis (Scambler & Paoli 2008; Gunningham 2018). Als derde doel onderzochten we dan ook of we dit patroon konden herkennen, gebruikmakend van de frames van Van Gorp e.a. (2017). We presenteerden de studenten daarom een script van een patiënt met een depressieve stoornis, een patiënt met een alcoholprobleem en een patiënt met een BPS.

Omdat iemands affiniteit met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) van invloed kan zijn op diens opvattingen en (counter)frames, hebben we geprobeerd om voor deze variabele te controleren in onze analyses.

METHODE

Deelnemers

In april en mei 2018 werden alle laatstejaarsstudenten geneeskunde van de KU Leuven (KUL; $n = 226$), de Universiteit Antwerpen (UA; $n = 127$) en de Vrije Universiteit Brussel (VUB; $n = 100$) via e-mail uitgenodigd om een onlinevragenlijst (Qualtrics) in te vullen 'om de opvattingen van medische studenten t.a.v. bepaalde maatschappelijke thema's en ethische dilemma's te bestuderen'. (Wegens de veelheid aan aanvragen gaf de UGent aan niet te willen participeren aan deze studie.)

Vragenlijst

De vragenlijst is verkrijgbaar op verzoek. In het eerste deel van de vragenlijst inventariseerden we het geslacht en de moederuniversiteit van de respondent. In het tweede deel werd de affiniteit met de ggz van de deelnemer in kaart gebracht. We operationaliseerden dit aspect op twee manieren. Ervan uitgaande dat affiniteit met ggz zich reflecteert in een hogere interesse in psychiatrie, vroegen we de deelnemers eerst aan te geven hoe geïnteresseerd ze waren in elk van de verschillende medische specialisatieopleidingen, waaronder 'psychiatrie', door een knop te verschuiven op een schaal variërend van 0 ('helemaal niet geïnteresseerd') tot 100 ('zeer geïnteresseerd'). Met als aanname dat affiniteit met ggz zich reflecteert in een bereidheid tot investering in de ggz, vroegen we ze daarna hoeveel geld ze bereid waren te investeren in de ggz, als ze betrokken zouden zijn bij het maken van de begroting.

Het derde en laatste deel van de vragenlijst bestond uit 5 vignetten die in gerandomiseerde volgorde aan de respondenten werden gepresenteerd. Bij 3 vignetten ging het om mensen met een psychische aandoening (zoals genoemd met verschillende diagnoses: een patiënt met een depressieve stoornis, met een alcoholprobleem en met een BPS), terwijl de twee andere gevallen werden beschouwd als 'filler items' om *face validity* te verminderen (één geval ging over een niet-reanimatieverklaring, het andere over een

patiënt die gebruikmaakt van alternatieve geneeswijzen - deze vragen worden in dit artikel niet besproken).

Na elke psychiatrisch vignet werden 12 items (gerandomiseerd) aangeboden, gepersonaliseerd voor de gepresenteerde casus, waarbij we in elk item vroegen naar een (counter)frame (zie **TABEL 1**). In een bijkomend item vroegen we of de respondent zich in staat voelde om vergelijkbare casussen te behandelen. De items werden gescoord op een 5-puntslikertschaal ('helemaal oneens' - 'helemaal eens').

Data-analyse

Data werden geanalyseerd met SPSS v24; we gebruikten t-tests, variantieanalyse of niet-parametrische varianten indien van toepassing, en regressieanalyse.

Deze studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité Sociale en Humane Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen (SHW_I8_I2_02).

RESULTATEN

Responsratio

88 respondenten (van de 453; 19,4%) reageerden op onze uitnodiging. De respons per universiteit was 21,7%, 18,9% en 15,0% voor respectievelijk de KUL, UA en VUB. De meeste reacties kwamen van vrouwelijke studenten (63,6%). Er waren geen verschillen tussen de universiteiten in dit opzicht.

Algemeen: het gebruik van (counter)frames

Over het geheel genomen waren 'de reis', 'het mozaïek' en 'het monster' de (counter)frames die door onze respondenten het meest werden toegepast (zie ook **FIGUUR 1**). 'De zwakste schakel' en 'een gemakkelijke prooi' zijn de minst populaire frames.

We gingen na of het gebruik van (counter)frames (over alle psychiatrische gevallen) verschilde afhankelijk van de affiniteit die de respondenten hadden met de ggz. Daartoe verdeelden we de deelnemers op basis van de mediaan ($M = 63,0$) in een groep met weinig ($M = 30,98$) en een met veel belangstelling ($M = 78,95$) voor psychiatrie als medisch specialisme. Aannames voor normaliteit en homoscedasticiteit (homogeniteit van variantie) werden voor alle (counter)frames geschonden, behalve voor 'angst voor het onbekende' en 'een ongenode gast'. Voor deze dimensies werden bijgevolg reguliere t-toetsen uitgevoerd; alle andere de groepen werden vergeleken met U-toets van Mann-Whitney. Interesse in psychiatrie bleek bij geen enkele van de gedefinieerde (counter)frames een rol te spelen. Respondenten met veel interesse in de psychiatrie voelden zich daarentegen competent om mensen met psychische aandoeningen te behandelen: $\text{rank}_{\text{veel_interesse}} = 41,62$, vs. $\text{rank}_{\text{weinig_interesse}} = 31,99$, met $U = 489,50$; $p = 0,048$.

TABEL 1 Beschrijving van de frames en counterframes, zoals gedefinieerd door Van Gorp e.a. (2017); in de laatste kolom staan de items die we gebruikten om na te gaan in welke mate de deelnemers de (counter)frames gebruikten bij elk van de casussen die we in de onlinevragenlijst presenteerden, ook naar Van Gorp e.a. (2017) (we gebruiken gemakshalve enkel de mannelijke vorm)

(Counter)frame	Kernidee	Item
Frames		
Angst voor het onbekende	Een psychische aandoening is een angst inboezemend en allesbepalend kenmerk van sommige onberekenbare individuen.	X is onberekenbaar.
Zelfcontrole	Een psychische aandoening is een probleem dat mensen zichzelf aandoen door een gebrek aan (voldoende) zelfcontrole.	X's klachten worden veroorzaakt door een gebrek aan zelfcontrole.
Het monster	Een psychische aandoening is de schaduwzijde van de persoon in kwestie, die zijn of haar leven overneemt, voortdurend op de loer ligt en bekampt moet worden.	X zal de rest van zijn leven op zijn hoede moeten zijn voor nieuwe klachten.
De zwakste schakel	Een psychische aandoening is een uiting van zwakte van iemand die niet meekan, die niet aan de verwachtingen in de moderne maatschappij voldoet.	X is zwak. Zijn probleem toont aan dat hij niet aan de verwachtingen van de maatschappij kan voldoen.
Een gemakkelijke prooi	Een psychische aandoening is zodanig vaag dat er een industrie rond is ontstaan, van middeltjes, therapeuten en wetenschappelijk onderzoek, die alleen een graantje willen meepikken van het lijden van anderen.	Pseudowetenschappers en therapeuten 'promoten' psychische klachten om er beter van te worden; X laat zich uitbuiten.
Counterframes		
Het mozaïek	Een psychische aandoening is de veruitwendiging van een gevoeligheid, kwetsbaarheid of aanleg, die echter slechts één van de vele facetten van een mens uitmaakt.	X's klachten reflecteren een kwetsbaarheid of aanleg, maar iedereen heeft zijn gevoeligheden.
Het bijzonder aspect	Een psychische aandoening is een uiting van een bijzondere karaktertrek of mentale kracht; het is iets dat enkel weggelegd is voor buitengewone mensen of voor mensen die als uniek gezien willen worden.	Enkel buitengewone mensen kunnen dergelijke problemen krijgen; X beschikt over bijzondere karaktertrekken.
Een gebroken been	Een psychische aandoening is niet ingebeeld, maar een waarneembaar lichamelijk defect dat meetbaar is, of: de wens of hoop dat ze dat zou zijn.	X's klachten worden louter veroorzaakt door fysische of fysiologische lichamelijke of hersenprocessen.
Een ongenode gast	Een psychische aandoening zorgt voor een niet-voorzienende wending in het leven, een last en wispelturigheid waarmee de persoon moet leren omgaan.	De klachten die X kreeg, zijn onvoorzien, en daar moet hij mee leren omgaan.
Een aardverschuiving	Een psychische aandoening is een begrijpbare reactie op een externe, traumatiserende gebeurtenis in het leven.	X's klachten zijn het gevolg van eerdere traumatische ervaringen.
De reis	Een psychische aandoening is een ware beproeving, maar ze biedt eveneens kansen om zichzelf te herdefiniëren en te groeien, met inspanning en de hulp van anderen.	Een dergelijk probleem overwinnen is niet eenvoudig, maar X kan er sterker uitkomen.
De kanarie in de mijn	Een psychische aandoening is een symptoom van een samenleving die te veeleisend is geworden en die structureel stresserend en destructief is.	Niet moeilijk dat X zulke klachten kreeg; we leven in een veeleisende, stresserende maatschappij.

We onderzochten verder of het gebruik van (counter)frames verschilde afhankelijk van het geld dat de respondenten over hadden voor ggz. De deelnemers werden verdeeld op basis van de mediaan ($Me = \text{€ } 120.654,30$) in degenen die relatief weinig wilden uitgeven ($M = \text{€ } 79.976,80$) en degenen die relatief veel geld wilden uitgeven aan de ggz ($M = \text{€ } 178.018,70$). Veronderstellingen voor normaliteit en homoscedasticiteit werden voor alle (counter)frames geschonden, behalve voor 'angst voor het onbekende', 'zelfbeheersing' en 'een ongenode gast'. Voor

79.976,80) en degenen die relatief veel geld wilden uitgeven aan de ggz ($M = \text{€ } 178.018,70$). Veronderstellingen voor normaliteit en homoscedasticiteit werden voor alle (counter)frames geschonden, behalve voor 'angst voor het onbekende', 'zelfbeheersing' en 'een ongenode gast'. Voor

deze dimensies werden bijgevolg reguliere t-toetsen uitgevoerd; alle andere groepen werden vergeleken met U-toetsen van Mann-Whitney. Respondenten die minder bereid waren om geld uit te geven aan de ggz waren het significant meer eens met het counterframe 'een gemakkelijke prooi', $\text{rank}_{\text{meer_geld}} = 30,33$, $\text{rank}_{\text{minder_geld}} = 40,97$; $U = 426,00$; $p = 0,025$. Er werden geen verschillen gevonden voor andere (counter)frames of voor competentiegevoelens.

Tot slot onderzochten we het gebruik van (counter)frames en competentiegevoelens wat betreft patiënten met een psychische aandoening, opgesplitst naar geslacht van de deelnemers. Veronderstellingen voor normaliteit en homoscedasticiteit werden voor alle (tegen)frames geschonden, behalve voor 'angst voor het onbekende'. Voor deze dimensies werd dus een reguliere t-toets uitgevoerd; alle andere dimensies gebruikten we U-toetsen van Mann-Whitney. We vonden dat mannen meer dan vrouwen mentale ziekten toeschrijven aan een gebrek aan zelfcontrole: $\text{rank}_{\text{mannen}} = 43,40$ vs. $\text{rank}_{\text{vrouwen}} = 32,60$; $U = 418,50$; $p = 0,033$. Het gebruik van andere (counter)frames verschilde niet tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten, hun competentiebeleving evenmin.

De relatie tussen (counter)frames en competentiebeleving

We voerden een stapsgewijze regressieanalyse uit met het algemene (gemiddeld, over alle casussen) competentiegevoel als afhankelijke variabele, (counter)framescores (gemiddeld over alle gevallen) in blok 1, en de operationalisaties van affiniteit met ggz in blok 2 (zie **TABEL 2**). Het

finale model verklaarde 27,2% van de variantie. Hoe meer respondenten het eens waren met de opvattingen die werden geïncludeerd in 'de reis' en 'het mozaïek', en hoe meer respondenten bereid waren om geld te besteden aan ggz, des te competenter respondenten zich voelden om de patiënten met een psychische aandoening te behandelen.

Het gebruik van (counter)frames bij verschillende psychische klachten

FIGUUR 1 geeft een overzicht van de gemiddelde scores voor alle (counter)frames per psychiatrische casus en de mate waarin respondenten zich competent voelden bij de behandeling van soortgelijke patiënten. Omdat geen van deze variabelen normaal verdeeld waren (Shapiro-Wilk, alle $p < 0,010$), gebruikten we friedmanstatistieken om te vergelijken of de deelnemers meer of minder gebruik maakten van bepaalde (counter)frames bij specifieke casussen.

Significante verschillen werden gevonden voor 'angst voor het onbekende' ($\chi^2 = 83,50$; $p < 0,001$), 'zelfcontrole' ($\chi^2 = 56,22$; $p < 0,001$), 'het monster' ($\chi^2 = 25,40$; $p < 0,001$), 'de zwakste schakel' ($\chi^2 = 10,44$; $p < 0,010$), 'het bijzondere aspect' ($\chi^2 = 32,95$; $p < 0,001$), 'de ongenode gast' ($\chi^2 = 10,57$; $p < 0,010$), 'de aardverschuiving' ($\chi^2 = 35,15$; $p < 0,001$), 'de reis' ($\chi^2 = 13,98$; $p < 0,005$), en 'de kanarie in de mijn' ($\chi^2 = 38,94$; $p < 0,001$). Ook de competentiegevoelens verschilden: $\chi^2 = 40,04$; $p < 0,001$.

We voerden post-hocanalyses uit, waarbij we gebruikmaakten van de rangwaarden van de diverse casusgerelateerde scores voor elk (counter)frame (en van de competentiescores) waarvoor significante friedmanstatistieken

TABEL 2 Resultaat van de stapsgewijze regressieanalyse, met competentiegevoelens als afhankelijke variabele, en (counter-)frames (stap 1) en de affiniteit met ggz (stap 2) als voorspellers

	B	SE B	β	p	R ²	p
DV: Competentiebeleving						
Stap 1						
Constant	1,99	0,53				
De reis	0,39	0,13	0,34	0,004	0,12	0,004
Stap 2						
Constant	1,06	0,64				
De reis	0,31	0,13	0,27	0,020		
Het mozaïek	0,32	0,13	0,27	0,020	0,19	0,001
Stap 3						
Constant	0,91	0,62				
De reis	0,26	0,13	0,22	0,047		
Het mozaïek	0,32	0,13	0,26	0,014		
Bereidheid om geld te besteden aan ggz	0,01	0,00	0,30	0,007	0,27	0,000

werden gevonden (zie **TABEL 3**). Na bonferronicorrecties voor meerdere testen vonden we geen significante verschillen tussen de cases voor ‘de zwakste schakel’, ‘de ongenode gast’ of ‘de reis’.

De patiënt met een depressieve stoornis werd echter als het minst onvoorspelbaar en de patiënt met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (veruit) als het meest onvoorspelbaar beschouwd, en de patiënt met een alcoholverslaving ergens daartussenin (‘angst voor het onbekende’). Bovendien werden alcoholverslaving en BPS meer dan een depressie ervaren als een gevolg van een gebrek aan ‘zelfcontrole’, terwijl depressie meer werd beschouwd als een gevolg van onze stressvolle samenleving (‘kanarie in de mijn’). Alcoholverslaving werd meer dan een depressie (maar niet dan een BPS) als ‘een monster’ ervaren. De patiënt met een BPS werd meer dan iemand met een depressie of alcoholverslaving als bijzonder ervaren (‘het bijzon-

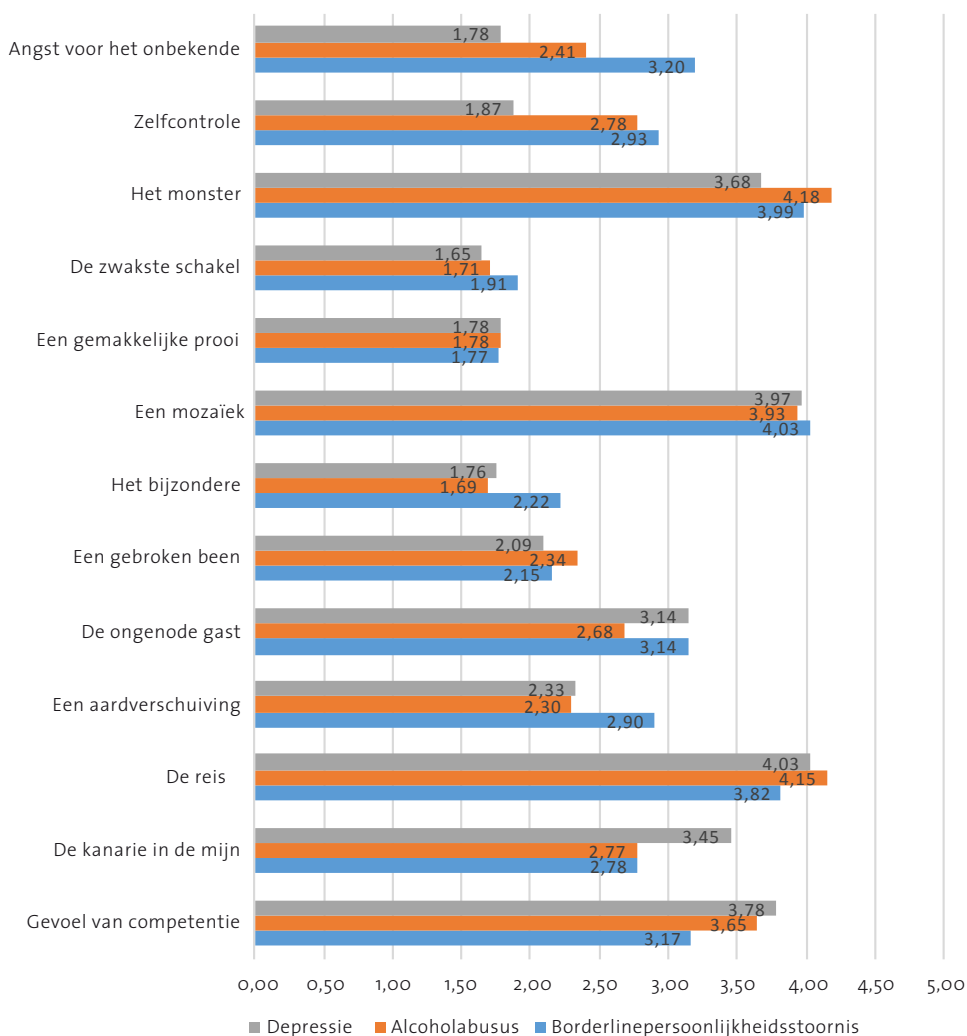
dere aspect’) en deze klachten werden in de beleving van de deelnemers vaker veroorzaakt door traumatische gebeurtenissen (‘de aardverschuiving’). Respondenten voelden zich het minst in staat om deze patiënten te behandelen.

DISCUSSIE

Samenvatting van de bevindingen

De opvattingen van toekomstige Vlaamse artsen over mensen met een psychische aandoening sluiten het vaakst aan bij de frames ‘de reis’, ‘het mozaïek’ en ‘het monster’. Dat laatste frame is potentieel het meest problematisch in termen van stigmaontwikkeling, terwijl de andere frames het stigma kunnen helpen verminderen. Het gebruik van (counter)frames verschilde doorgaans niet per geslacht, noch in de affiniteit met de ggz (beide operationalisaties).

FIGUUR 1 Gemiddelde scores per (counter)frame voor de klinische vignetten van de patiënt met een depressie, de patiënt met een alcoholprobleem en de patiënt met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis



TABEL 3 Rangwaarden van de verschillende casusgerelateerde scores voor elk (counter)frame (en competentiebeleving) waarvoor significante friedman-tests werden gevonden. Verschillende superscriptletters in een rij representeren significante verschillen, $p < 0,05$

	Depressie	Alcoholafhankelijkheid	Borderlinepersoonlijkheidsstoornis
Angst voor het onbekende	1,36 ^a	1,96 ^b	2,68 ^c
Zelfcontrole	1,38 ^a	2,29 ^b	2,33 ^b
Het monster	1,71 ^a	2,28 ^b	2,01 ^{a, b}
De zwakste schakel	1,86 ^a	1,95 ^b	2,19 ^a
Het bijzondere aspect	1,86 ^a	1,77 ^b	2,37 ^b
De ongenode gast	2,14 ^a	1,77 ^b	2,09 ^a
Een landverschuiving	1,81 ^a	1,78 ^b	2,41 ^b
De reis	2,02 ^a	2,18 ^b	1,80 ^a
De kanarie in de mijn	2,46 ^a	1,78 ^b	1,75 ^b
Ik voel me in staat om met deze soort casussen om te gaan.	2,30 ^a	2,15 ^b	1,55 ^b

a, b en c drukken al dan niet significante verschillen uit tussen de waarden in eenzelfde rij: verschillende letters tussen twee waarden in eenzelfde rij wijzen op een significant verschil tussen beide waarden

Competentiegevoelens blijken te worden voorspeld door de mate waarin respondenten ‘de reis’ en ‘het mozaïek’ aanhangen, en door hun bereidheid om geld te spenderen aan ggz.

Belangrijk is dat de attitudes van de respondenten sterk verschillen in functie van het psychiatrische probleem van de patiënt. Potentieel problematische counterframes worden vaker toegepast bij patiënten met BPS, maar dat geldt ook voor ‘het bijzondere aspect’ en ‘een aardverschuiving’. De respondenten voelden zich het minst in staat om patiënten met een BPS te behandelen, vergeleken met patiënten met een depressie en alcoholafhankelijkheid.

Sterktes en zwaktes

Bij de interpretatie van onze bevindingen moet rekening worden gehouden met een aantal beperkingen.

Ten eerste is het responspercentage vrij laag, mogelijk omdat deze drukbezette doelgroep veel verzoeken krijgt om deel te nemen aan studies. Echter, de man-vrouwverdeling binnen onze respondentengroep komt overeen met die binnen de masteropleiding geneeskunde (ongeveer 60% vrouwen).

Ten tweede kunnen we ondanks de aanwezigheid van filler items niet volledig uitsluiten dat het doel van het onderzoek voor de meerderheid van de respondenten duidelijk was.

Een derde element van discussie betreft de manier waarop we de affiniteit van onze respondenten met de ggz operationaliseerden. De twee variabelen - de belangstelling voor psychiatrie als medisch specialisme en het geld dat men bereid is te investeren in ggz - bleken onderling niet gere-

lateerd te zijn ($r = 0,095$; $p = 0,423$). De verschillende aard van deze variabelen wordt bevestigd in onze bevindingen; enkel de bereidheid om geld te investeren in ggz blijkt een impact te hebben op de competentiebeleving van de deelnemers.

Tot slot hebben we nagelaten te inventariseren in hoeverre respondenten contacten hebben gehad met personen met een psychische aandoening. Dit is relevant, want het contact met patiënten kan iemands houding t.a.v. (mensen met) psychische aandoeningen beïnvloeden. Niettegenstaande deze beperkingen, menen we dat deze studie praktische implicaties heeft voor de onderwijspraktijk binnen zorgopleidingen.

Vergelijking met eerder onderzoek

Volgens eerder onderzoek nemen geneeskundestudenten een stigmatiserende houding aan tegenover mensen met een psychische stoornis, en binnen deze groep meer tegenover mensen met een alcoholproblematiek of BPS dan depressie - zie Suwalska e.a. (2017) voor een overzicht. Onze respondenten lijken doorgaans met mededogen patiënten met psychische klachten te benaderen, al stellen we ook vast dat potentieel problematische counterframes vooral bij casussen met alcoholverslaving of een BPS op de voorgrond treden. Aangezien het laatstejaarsstudenten betreft, ligt dit ligt mogelijk in lijn van de bevindingen dat stigma afneemt over de tijd naarmate de kennis over psychische stoornissen bij studenten toeneemt (Papish e.a. 2013; Janoušková e.a. 2017).

Eerdere bevindingen suggereren dat mannelijke studenten meer stigmatiseren dan vrouwelijke respondenten

(Korszun e.a. 2012), en dat studenten die zich liever specialiseren in de psychiatrie een toleranter houding aannemen tegenover mensen met een psychische aandoening (Janoušková e.a. 2017). We vonden dat mannen vaker dan vrouwen psychische klachten toeschrijven aan een gebrek aan zelfcontrole, maar voorts bleken we niet in staat eerdere bevindingen te repliceren. In tegenstelling tot veel andere instrumenten en schalen die gericht zijn op het inventariseren van stigma (Sastre-Rus e.a. 2019), bevat onze methode geen gedragsvariabelen.

Het verband tussen de opvattingen over patiënten met psychische problemen en de competentiebeleving van zorgprofessionals is, voor zover we weten, nooit eerder bestudeerd. Onze bevindingen sluiten aan bij de vaststelling dat toekomstige zorgverleners meer bereidheid tonen om patiënten met een depressie te behandelen dan patiënten met alcohol- of nicotineverslaving (Ahmedani e.a. 2011).


Implicaties voor onderzoek en/of praktijk

Ingegeven door de sterke verschillen in het gebruik van (counter)frames afhankelijk van de aanwezige stoornis, met alle potentiële gevolgen van dien, stellen we dat de media en onderwijsinstellingen een grote verantwoordelijkheid hebben in het verminderen van stigma bij toekomstige zorgverleners en om hen te stimuleren zo con-

structief mogelijk na te denken over patiënten met een psychische aandoening.

Journalisten, docenten en praktijkopleiders moeten zich bewust zijn van (de gevaren van) stigma, en er expliciet over berichten, om zodoende het bewustzijn bij studenten (en breder) te verhogen en foute conclusies bij te sturen. Deze actoren hebben bovendien een belangrijke voorbeeldfunctie; een correcte communicatie over mensen met psychische klachten is te allen tijde essentieel. Binnen opleidingsprogramma's kunnen studenten veel leren uit de verhalen van ervaringsdeskundigen (over gewenste behandeling en goede en minder goede ervaringen). De impliciete aannames van studenten die voortvloeien uit onbewust stigma moeten expliciet gemaakt en gecorrigeerd worden in rollenspelen en integratieonderwijs. Zo reduceren we stigma, wat vervolgens – zo tonen onze data aan – bijdraagt aan het competentiegevoel van een (toekomstig) professional.

Toekomstig onderzoek kan zich richten op de ontwikkeling van de gebruikte frames in de loop van de tijd en hoe de door ons gemeten frames zich verhouden tot meer gedragsmaten die in eerdere studies zijn gebruikt.

 Dit project werd gefinancierd door de Koning Boudewijnstichting, referentie 2017-J20000-208191.

LITERATUUR

- Ahmedani BK, Kubiak SP, Rios-Bedoya CF, Mickus M, Anthony JC. Willingness to treat drug dependence and depression: comparisons of future health professionals. *Subst Abuse Rehabil* 2011; 2011: 43.
- Baden C, Lecheler S. Fleeting, fading, or far-reaching? A knowledge-based model of the persistence of framing effects. *Communication Theory* 2012; 22: 359-82.
- Catthoor K. 13 reasons why. *Tijdschrift Klinische Psychologie* 2019; 49: 97-107.
- Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, e.a. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2015; 45: 11-27.
- Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, e.a. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res* 2014; 218: 35-8.
- Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, e.a. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med* 2018; 48: 1560-71.
- Goffman E. *Frame analysis: An essay on the organization of experience*: Harvard University Press; 1974.
- Gunningham B. Prejudice towards people with mental illness: measurement, structure, and antecedents in mental health professionals and the general population. Canberra: The Australian National University; 2018.
- Janoušková M, Weissová A, Formánek T, Pasz J, Bankovská Motlová L. Mental illness stigma among medical students and teachers. *Int J Soc Psychiatry* 2017; 63: 744-51.
- Klin A, Lemish D. Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *J Health Commun* 2008; 13: 434-49.
- Korszun A, Dinos S, Ahmed K, Bhui K. Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma? *Acad Psychiatry* 2012; 36: 197-204.
- Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010; 71: 2150-61.
- Lucksted A, Drapalski AL. Self-stigma regarding mental illness: Definition, impact, and relationship to societal stigma. *Psychiatr Rehabil J* 2015; 38: 99-102.
- Metzl JM, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med* 2014; 103: 126-33.

- Noakes JA. Official frames in social movement theory: The FBI, HUAC, and the communist threat in Hollywood. Johnston H, Noakes JA, red. *Frames of protest: social movements and the framing perspective*. Lanham: Rowman & Littlefield; 2005. p. 89-112.
- Opacic DA. The relationship between self-efficacy and student physician assistant clinical performance. *J Allied Health* 2003; 32: 158-66.
- Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ* 2013; 13: 141.
- Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21: 10.
- Sastre-Rus M, García-Lorenzo A, Lluch-Canut MT, Tomás-Sábado J, Zabaleta-Del-Olmo E. Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic psychometric review. *J Adv Nurs* 2019; 75: 1838-53.
- Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007; 370: 878-89.
- Scambler G, Paoli F. Health work, female sex workers and HIV/AIDS: Global and local dimensions of stigma and deviance as barriers to effective interventions. *Soc Sci Med* 2008; 66: 1848-62.
- Sieff E. Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *J Ment Health* 2003; 12: 259-69.
- Suwalska J, Suwalska A, Neumann-Podczaska A, Łojko D. Medical students and stigma of depression. Part I. Stigmatization of patients. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 495-502.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19: 113-22.
- Van Gorp B, Vyncke B, Vergauwen J, Smits T, Vercruyse T, Vroonen E. Een inspirerende kijk op de beeldvorming over personen met psychische problemen. Brussel: Koning Boudewijnstichting; 2017.
- Van Nieuwenhuizen A, Henderson C, Kassam A, Graham T, Murray J, Howard LM, e.a. Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013; 22: 255-62.
- Vyncke B, Van Gorp B. An experimental examination of the effectiveness of framing strategies to reduce mental health stigma. *J Health Commun* 2018; 23: 899-908.
- Waller RL, Conaway RN. Framing and counterframing the issue of corporate social responsibility: The communication strategies of Nikebiz. com. *Journal of Business Communication* 2011; 48: 83-106.

SUMMARY

Psychological care, stigma of mental problems and the sense of competence of doctors; a survey among Flemish future doctors

K. VAN DEN BROECK, B. VAN GORP

BACKGROUND Stigmatisation by health care providers of people suffering from mental health problems adds to the treatment gap of mental illnesses and discrimination of people with a mental illness in somatic care. Future physicians' effort may be key to reduce these inequalities.

AIM To inventorise the attitudes towards (different) mental illnesses in future physicians, and to determine whether they affect one's feelings of being capable to treat people with mental illness.

METHOD In April and May 2018, Flemish last-year medical students were presented with three psychiatric (and two other) cases online, each followed by statements on their attitude towards the described case.

RESULTS When considering people suffering from mental illness, the ideas of our respondents most often corresponded with those included in the frames 'the journey', 'the mosaic' and 'the monster'. The latter may be most problematic in terms of stigma development, whereas the others may be helpful in reducing stigma. Importantly, respondents' attitudes strongly differed in function of the psychiatric problem the patient had. The extent to which respondents adopted 'the journey' and 'the mosaic' added to one's feelings of being capable to treat mental illness.

CONCLUSION Flemish final year medical students often have a rather compassionate view on (people with) mental illness, but their ideas strongly differ between patients with different diagnoses. Mass media and educational institutions have a large responsibility in reducing stigma in future physicians and in learning them to think in the best possible way about mental illness. Moreover, attitudes helpful in reducing stigma add to a professional's feeling of being capable to treat patients with mental illness.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)9, 750-759

KEY WORDS competence, medical trainees, stigma