

Discriminatie en etnische ongelijkheden in depressie: een multilevelanalyse voor de Europese bevolking

Sarah Missinne & Katia Levecque

1. Inleiding

In Europa vonden tijdens de twintigste eeuw drie grote migratiebewegingen plaats, namelijk deze tijdens de periodes rond WO I en WO II en gedurende het laatste decennium (Lindert e.a. 2008). Er bevinden zich nu ongeveer 56,1 miljoen migranten in de Europese regio (Boswell 2005; Carta e.a. 2005). Als reactie op de grote toestroom van migranten in het laatste decennium, hebben de landen van de EU tijdens de jaren 90 een 'gesloten grenzen'-beleid gevoerd (Lindert e.a. 2008). Fort Europa is echter niet langer een optie (Ferrero-Waldner 2006). Alles wijst erop dat immigratie nog zal toenemen. Zo rekruteren Europese landen bijvoorbeeld steeds meer migranten om de gaten in de arbeidsmarkt, als gevolg van onder meer de vergrijzing, op te vangen (Boswell 2005; Snel & Marx 2007).

In de Verenigde Staten bestaat er een lange onderzoekstraditie naar de gevolgen van migratie voor de mentale gezondheid (Escobar, Nervi, & Gara 2000). Vroegere Amerikaanse studies tonen een sterke relatie tussen mentale stoornissen en de 'status van migrant' (Aronowitz 1984). Ze benadrukken de positieve effecten van acculturatie en assimilatie in de dominante samenleving van de Verenigde Staten (Escobar 1998; Escobar e.a. 2000). Recent onderzoek levert echter tegenstrijdige resultaten op en betwist het oude Amerikaanse dogma dat eerste generatie migranten noodzakelijkerwijs meer mentale stoornissen vertonen dan tweede generatie migranten (Levecque, Lodewyckx, & Bracke 2008; Miranda e.a. 2005) en autochtonen (Cheng & Chang 1999).

In tegenstelling tot de Verenigde Staten is er in Europa nog maar weinig geweten over de mentale gezondheid van etnische minderheden. De weinige Europese studies werden overwegend in Engeland uitgevoerd en concentreerden zich op

psychotische stoornissen (Bhugra & Mastrogianni 2004). Slechts weinig studies focussen op depressie (Levecque e.a. 2008), ondanks het feit dat depressie vaker voorkomt (World Health Organization 2005).

Na het overzicht van Carta e.a. in 2005 werden er slechts enkele andere bevolkingsstudies over depressie bij immigranten uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld in België (Levecque, Lodewyckx, & Vranken 2007; Levecque e.a. 2008), Duitsland (Glaesmer e.a. 2009; Wittig e.a. 2008), Nederland (De Wit e.a. 2008) en Zweden (Thinghög, Hemmingsson, & Lundberg 2007). Met uitzondering van Glaesmer e.a. (2009) vonden deze studies een hogere prevalentie van depressie bij etnische minderheden, al is dit niet altijd het geval voor alle etnische minderheidsgroepen (zie onder meer De Wit e.a. 2008). Een recente meta-analyse van Swinnen en Selten (2007) concludeerde dat er geen sluitend bewijs kon worden gevonden voor een groot verhoogd risico in gemoedsstoornissen bij etnische minderheden in Europa. Er waren echter te weinig studies om een aparte meta-analyse voor depressie uit te voeren.

Volgens sommige auteurs (Bhugra & Mastrogianni 2004; Escobar e.a. 2000; Nazroo 1997) spelen de condities in het gastland, eerder dan het migratieproces op zich, een cruciale rol. Zo heeft onderzoek inderdaad aangetoond dat etnische ongelijkheden in depressie grotendeels het gevolg zijn van socio-economische verschillen (Swinnen & Selten 2007) en etnische discriminatie in het gastland (Harris e.a. 2006; Lorant, van Oyen, & Thomas 2008). Naast deze (individuele) risicofactoren, kan het ook zijn dat de omgevingskenmerken van het gastland een invloed hebben op de mentale gezondheid van etnische minderheden. Meer bepaald willen we de invloed nagaan van de ongestvrijheid en de proportie immigranten in het gastland. Zo verschillen Europese landen bijvoorbeeld sterk in hun houding ten aanzien van nieuwkomers (Meuleman, Davidov, & Billiet 2009). Bhugra e.a. (2004) tonen aan dat deze ongestvrijheid belangrijk is in het proces van acculturatie. Wanneer het bovendien weerspiegeld wordt in het migratiebeleid, kan het op veel domeinen gevolgen hebben. Dit beleid kan bijvoorbeeld bepalen of de nieuwkomer een job mag of kan uitoefenen. Ook de proportie immigranten in een land kan een mogelijke bijkomende invloed hebben op de mentale gezondheid van etnische minderheden. Sommige onderzoeken wijzen immers op een beschermend effect van een grote proportie immigranten in een land via het *ethnic density*-effect (Becares, Nazroo, & Stafford 2009; Karlsen e.a. 2002; Lorant e.a. 2008).

De opzet van dit artikel is drievoudig: (i) het nagaan van etnische ongelijkheden in depressie in 23 Europese landen, op basis van betrouwbare data, (ii) het onderzoeken van de impact van socio-economische factoren en etnische discriminatie en (iii) het bekijken van de rol van twee landenspecifieke kenmerken in etnische ongelijkheden in depressie, namelijk: ongestvrijheid en de proportionele omvang van de migrantenpopulatie.

2. Etniciteit en depressie

2.1 Etniciteit: een conceptuele verduidelijking ter inleiding

Eerder onderzoek door Missinne & Bracke (2010) heeft aangetoond dat het bij dit thema belangrijk is voldoende aandacht te hebben voor de definiëring van de onderzoekspopulatie. Bovendien is er voorzichtigheid geboden omtrent de terminologie. Zo zijn ‘ras’, ‘cultuur’ en ‘etniciteit’ drie gerelateerde maar verschillende concepten (McKenzie e.a. 2008). In de Verenigde Staten worden etniciteit en ras vaak verkeerdelijk als synoniemen gebruikt. In Europa heeft men afgezien van de term ‘ras’ en gebruikt men ‘etniciteit’, door Bhopal (2004, 441) omschreven als: “a multi-faceted quality that refers to the group to which people belong, and/or are perceived to belong, as a result of certain shared characteristics, including geographical and ancestral origins, but particularly cultural traditions and languages”. Doordat etnische groepen gekenmerkt worden door een ‘*sense of belonging*’ zijn ze dynamisch en worden ze gevormd door sociale druk en psychologische noden (McKenzie e.a. 2008). Het gebruik van vooraf vastgelegde etnische categorieën is volgens McKenzie (2008) dus problematisch, aangezien de kernaspecten van etniciteit, namelijk ‘*sense of belonging*’ en ‘*changeability*’ niet aanwezig zijn. Bovendien reproduceren deze de etnische categorieën, overdrijven ze de homogeniteit binnen en het contrast tussen groepen, en kunnen ze personen met complexe identiteiten niet van een term voorzien (Bradby 2003). Door deze tekorten wint de zelfdefinitie van etniciteit aan populariteit (Bhopal 2004). Wij volgen deze redenering en opteren ook voor zelfgerapporteerde etnische minderheidsstatus. Omdat niet enkel de definitie van etnische minderheidsstatus maar ook de verscheidenheid van etnische groepen in Europa bijzonder complex is, nemen we in onze analyse bijkomend ook migrantenstatus (zie infra) op in een poging om deze complexiteit te herkennen.

2.2 Verklaringen voor de relatie tussen etniciteit en depressie

2.2.1 Migrantenstatus

Verhoogde depressieniveaus bij etnische minderheden worden vaak bekeken vanuit de migratiebeweging die personen zelf, dan wel hun ouders, hebben meegeemaakt. In het eerste geval spreekt men doorgaans van eerste generatie migranten, in het andere geval van tweede generatie migranten. Veel Amerikaanse studies gebruiken migrantenstatus om gezondheidsverschillen tussen eerste en tweede generatie migranten bloot te leggen. Vervolgens worden acculturatie, het ‘*healthy migrant*’-effect en migratiestress als verklaringen voor deze verschillen naar voor geschoven.

Acculturatie verwijst naar de aanpassing aan een nieuwe culturele omgeving. Vroeger werd er altijd van uitgegaan dat dit onvermijdelijk sociale en psychologi-

sche problemen met zich meebrengt (Berry 1997), maar dat deze na verloop van tijd grotendeels uitdoven (Escobar e.a. 2000). Tegenwoordig levert onderzoek eerder gemengde resultaten op (Koneru e.a. 2007) en spreken recente studies bij Latinopopulaties in de Verenigde Staten de assimilatietheorie tegen (Miranda e.a. 2005). Zo concludeert een overzichtsartikel van Escobar e.a. (2000) dat immigranten geboren in Mexico, ondanks hun zwakkere socio-economische positie, een betere mentale gezondheid hebben dan tweede generatie Mexicaanse Amerikanen.

Volgens sommigen biedt het *healthy migrant effect*, soms ook selectieve migratie genoemd, een verklaring. Gebruikmakend van ‘*migration of the fittest*’-theorieën stelt deze verklaring dat het de gezondste individuen zijn die migreren (Miranda e.a. 2005). Deze selectiebias wordt echter tegengesproken door de bevindingen van Vega e.a. (1998). Zo blijken Mexicaanse immigranten die minder dan 13 jaar in de Verenigde Staten verbleven gelijkaardige niveaus van psychiatrische stoornissen te hebben als de inwoners van Mexico City; terwijl de mentale gezondheidstoestand van de eerste generatie Mexicaanse immigranten die langer dan 13 jaar in de Verenigde Staten verbleven, vergelijkbaar was met deze van de Amerikaanse bevolking.

De migratiestress-theorie zet de psychosociale effecten van het migratieproces op zich centraal (Bhugra e.a. 2004; Nazroo 2003; Smaje 1996). Aangezien het migratieproces verhoogde stress met zich meebrengt, zou dit volgens het stresskwetsbaarheidsparadigma emotionele distress en psychiatrische stoornissen met zich meebrengen. Psychiaters in Barcelona omschrijven de gangbare symptomen van immigranten als “the chronic and multiple stress syndrome (or Ulyssesses)”, verwijzend naar de riskante en harde oversteek van deze immigranten (Carta e.a. 2005).

2.2.2 Socio-economische positie

Ook hangt, volgens het dominante stresskwetsbaarheidsparadigma (Eaton 2001) de verdeling van de kwetsbaarheidsfactoren samen met de positie op de sociale ladder (Pearlin & Schooler 1978; Scheid & Horwitz 1999; Turner & Turner 1999). Aangezien etnische minderheden vaak met socio-economische ongelijkheden geconfronteerd worden (Swinnen & Selten 2007), maakt dit hen kwetsbaarder voor depressie. Er bestaat reeds heel veel evidentie voor het feit dat etnische ongelijkheden in gezondheid grotendeels het gevolg zijn van de socio-economische positie¹ (Karlsen & Nazroo 2002; Lorant e.a. 2008; Nazroo 1997; Nazroo 2003; Williams 1999). Dit geldt zowel in de Verenigde Staten als in het Verenigd Koninkrijk, voor veel verschillende etnische minderheidsgroepen en gezondheidsuitkomsten, zoals depressie (Nazroo 2003).

2.2.3 Etnische discriminatie

Etnische ongelijkheden blijven echter vaak bestaan op equivalente SEP-levels (Williams 1999). Steeds meer evidentie vindt dat etnische discriminatie,² naast socio-economische positie een bijkomende stressor vormt (Clark e.a. 1999; Scheid & Horwitz 1999; Williams 1999) met een grote impact op gezondheid (Harris e.a. 2006; Lorant e.a. 2008). Hoewel het nog maar een relatief recent onderzoeksdomein betreft (Stuber e.a. 2003), werd het verband tussen etnische discriminatie en gezondheid reeds gevonden in de Verenigde Staten (Kessler, Mickelson, & Williams 1999; Krieger 2000; Stuber e.a. 2003; Williams 1999; Williams, Neighbors, & Jackson 2003; Williams & Mohammed 2009), het Verenigd Koninkrijk (Gee 2002; Karlsen e.a. 2005; Kelaher e.a. 2008; Nazroo 2003) en enkele andere landen waaronder Nieuw-Zeeland (Harris e.a. 2006), Canada (Noh & Kaspar 2003), Nederland (Verkuyten 1998; Verkuyten & Nekuee 1999) en Zweden (Wiking, Johansson, & Sundquist 2004). Het verband is het sterkst voor mentale gezondheid en wordt onder andere gevonden voor psychologische *distress*, angststoornissen en depressie (Gee 2002; Paradies 2006; Williams & Mohammed 2009).

2.3 Zijn ook condities in het gastland van belang?

Het belang van de leefomgeving in het onderzoek naar etnische ongelijkheden in gezondheid is lange tijd onderbelicht, met uitzondering van onder meer Karlsen, Nazroo en Stephenson (2002), Gee (2002), Subramanian, Acevedo-Garcia en Osypuk (2005). Dat de omgeving een belangrijke bijkomende netto-invloed kan hebben, blijkt bijvoorbeeld uit studies die aantonen dat de perceptie van een discriminerende samenleving een invloed heeft op zowel de fysieke als de mentale gezondheid van etnische minderheden (Gee e.a. 2006; Karlsen e.a. 2005; Karlsen & Nazroo 2002). Niettemin, wordt het effect van leven in een discriminerende samenleving in studies doorgaans genegeerd (Karlsen & Nazroo 2002; Nazroo 1997).

In deze studie onderzoeken we een aanverwant aspect hiervan en vragen we ons af of er een invloed bestaat van de ongestuurdheid van het gastland ten opzichte van nieuwkomers. Uit onderzoek blijkt immers dat attitudes ten opzichte van nieuwkomers behoorlijk tussen Europese landen kunnen verschillen. Hongarije, Oostenrijk en Portugal blijken de meest ongestuurd landen te zijn, terwijl Zweden, Finnen en Noorwegen het meest positief staan tegenover nieuwkomers (Meuleman e.a. 2009). Deze gastvrijheid is belangrijk in het proces van acculturatie. Zo is de kans groter dat migranten een eerder afstandelijke houding zullen hebben, wanneer de samenleving in het gastland ongestuurd staat tegenover hen (Bhugra e.a. 2004). Rack (1982, aangehaald in Bhugra e.a. 2004) bijvoorbeeld suggereerde dat door de koude houding van de Britse bevolking, immigranten in Engeland afstandelijk werden behandeld en de schuld kregen voor de stij-

gende werkloosheid en het uiteenvallen van de sociale cohesie. Deze houding kan bovendien op veel (beleids)domeinen gevolgen hebben. In een samenleving die ongestuurd is ten opzichte van nieuwkomers, zouden we dus grotere etnische ongelijkheden in depressie kunnen verwachten.

We willen ook nagaan of de proportie immigranten³ in het gastland de mentale gezondheid van etnische minderheden beïnvloedt. Zo vinden sommige auteurs een beschermend effect van een groot aandeel etnische minderheden via het *ethnic density*-effect. Volgens deze theorie zou de concentratie van etnische minderheden hen toelaten om positieve rollen en statussen te ontwikkelen, zou zij de sociale steun versterken en het effect van chronische stressoren zoals socio-economische problemen en etnische discriminatie bufferen (Smaje 1995 aangehaald in: Karlsen, Nazroo, & Stephenson 2002). Onderzoek naar het *ethnic density*-effect levert echter gemengde resultaten op (Becares, Nazroo, & Stafford 2009; Karlsen e.a. 2002; Lorant e.a. 2008).

3. Methodologie

3.1 Data: de European Social Survey, 2006/2007

Er wordt gebruikgemaakt van de derde ronde (2006/2007) van de *European Social Survey* (ESS). De ESS is een tweejaarlijkse survey die peilt naar Europa's sociale, politieke en morele klimaat. In de derde ronde wordt een module over persoonlijk en sociaal welzijn opgenomen, waaronder de CES-D 8-schaal voor depressie (European Social Survey 2007). De analyses worden uitgevoerd op 23 van de 25 landen: West-Europa (België, Duitsland, Frankrijk, Nederland, Oostenrijk en Zwitserland), Noord-Europa (Denemarken, Estland, Finland, Ierland, Noorwegen, Zweden en Verenigd Koninkrijk), Zuid-Europa (Cyprus, Portugal, Slovenië en Spanje) en Oost-Europa (Bulgarije, Hongarije, Polen, Rusland, Slowakije en Oekraïne) ((United Nation Statistics Division 2009), opdeling louter voor het bespreken van de resultaten, eerder dan voor het bespreken van substantiële inhoudelijke verschillen). De *response rate* varieert van 46% in Frankrijk tot 73,2% in Slowakije (Jowell 2007). Door het ontbreken van de design-gewichten worden Letland en Roemenië niet opgenomen in de analyse. De analyses worden beperkt tot de volwassen bevolking (18-65 jaar; N = 30 969). 6,2% van de bevolking geeft aan tot een etnische minderheid te behoren.

3.2 De CES-D 8

Depressie wordt gemeten met behulp van de CES-D 8-schaal. De *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) van Radloff (1977) is een korte zelf-

rapporteringsschaal die ontworpen is om symptomen van depressie in de algemene bevolking te meten. In haar oorspronkelijke vorm bestaat ze uit 20 items (Van de Velde e.a. 2010b). De CES-D 8 is een schaalvariabele, gebaseerd op 8 vragen die peilen naar depressieve gevoelens. De vragen meten hoe vaak men zich de laatste week depressief voelde, alles als een zware inspanning ervoer, onrustig sliep, zich gelukkig voelde, zich eenzaam voelde, genoot van het leven, zich ongelukkig voelde en zich gedemotiveerd voelde. Antwoordcategorieën variëren van nooit of bijna nooit (0) tot altijd of bijna altijd (3). De schaal gaat van 0 tot 24, waarbij hogere scores duiden op meer en heviger depressieve gevoelens. Er wordt gebruikgemaakt van imputatie vanaf vier geldige antwoorden. We maken hier geen gebruik van *cut-off-scores* maar beschouwen depressie als een continu gegeven (voor een discussie over de onderliggende structurele aard van depressie verwijzen we naar Mirowsky en Ross (1989)).

De betrouwbaarheid van de CES-D 8 is hoog, zoals aangegeven door een Chronbachs alpha van 0.81 voor zowel zij die wel als zij die niet tot een etnische minderheidsgroep behoren. We veronderstellen cross-culturele validiteit op basis van studies over de CES-D 20 (bijvoorbeeld Chapela & de Snyder 2009; Cheung & Bagley 1998; Fountoulakis e.a. 2001; Spijker e.a. 2004), die aantoonde dat de CES-D-20 een betrouwbare schaal is in verschillende immigranten- en etnische minderheidsgroepen. Er is echter nog geen onderzoek gevoerd naar de cross-culturele validiteit van de CES-D 8, behalve één studie (Van de Velde e.a. 2010b) die de validiteit heeft aangetoond naar gelang van gender in 25 Europese landen.

3.3 Individuele risicofactoren

Het al dan niet behoren tot een **etnische minderheidsgroep** (0 = nee; 1 = ja) gebeurt op basis van zelfrapportage aan de hand van de vraag “Do you belong to an ethnic minority group in (country)?”. Bovendien wordt ook voor elke respondent de **migrantenstatus** bepaald op basis van het eigen geboorteland en dat van de ouders. Wanneer zowel de respondent als zijn/haar ouders in het land geboren zijn, worden ze als autochtoon (= referentiecategorie) beschouwd. Tot de eerste generatie behoren zij die niet in het land geboren zijn, tot de tweede generatie zij die wel in het land geboren zijn, maar van wie beide ouders niet in het land geboren zijn. Wanneer de respondenten zelf in het land geboren zijn, maar één van de ouders niet in het land geboren is, worden ze in een aparte categorie ondergebracht, namelijk ‘tweede generatie, 1 ouder’. Ten slotte worden de respondenten die niet in het land geboren zijn, maar van wie beide ouders wel in het land geboren zijn (de zogenaamde expats) uit de eerste generatie (N = 302) gehaald en als autochtonen beschouwd. De overgrote meerderheid onder hen kwam immers 11 tot 20 jaar (19.9%) of meer dan 20 jaar geleden (72.9%) naar het land. Doordat de compositie van de immigranten tussen de Europese landen sterk verschilt (Carta e.a. 2005) wordt de regio van **herkomst**

in rekening gebracht in 6 categorieën (autochtoon, West-Europa, Noord-Europa, Zuid-Europa, Oost-Europa en buiten Europa; referentiecategorie = autochtoon en West-Europa). Voor de eerste generatie wordt de geboorteplaats van de respondent gebruikt, voor de ‘tweede generatie, 1 ouder’ die van de ouder die gemigreerd is en voor de tweede generatie die van de vader. Slechts bij 9.8% hebben vader en moeder een verschillende categorie van herkomst. De **socio-economische positie** wordt aan de hand van 3 indicatoren nagegaan: het aantal jaren genoten onderwijs, de arbeidsmarktpositie (dummy’s: student, werkloos, ziek/gehandicapt, pensioen en andere; referentiecategorie = tewerkgesteld) en *economic strain*. Deze laatste is een categorische variabele die peilt naar de mate waarin men het moeilijk heeft om rond te komen met het huidige gezinsinkomen (dummy’s: zeer moeilijk rondkomen, moeilijk rondkomen, comfortabel rondkomen; referentiecategorie = rondkomen) en het geeft ons een idee over de financiële situatie van de respondent. Whelan e.a. (2001) toonden immers op basis van het *European Community Household Panel* aan dat 84% van de variatie tussen landen in *economic strain* verklaard wordt door verschillen in inkomen en deprivatie. Ten slotte werd aan elke respondent, ook aan de ‘autochtonen’, gevraagd of ze **etnische discriminatie** ervaren. Dit is een samengestelde variabele die de antwoorden op “Would you describe yourself as being a member of a group that is discriminated against in this country?” en “On what grounds is your group discriminated against?” combineert. Wanneer de respondent positief antwoordt op de eerste vraag en rapporteert dat hij gediscrimineerd wordt op basis van huidskleur of ras, etniciteit of nationaliteit, wordt dit als etnische discriminatie beschouwd (0 = nee; 1 = ja).

De internationale literatuur heeft, naast de sterke evidentie voor het effect van SEP, al veelvuldig de verschillen in depressie aangetoond naar gelang van geslacht, leeftijd en huishoudtype (Bracke 2000; Eaton 2001; Faris & Dunham 1939; Hollingshead & Redlich 1958; Kessler & Zhao 1999; Levecque 2006; Levecque 2008; Lorant e.a. 2003; Mirowsky & Ross 1986; Pearlin 1989; Scheid & Horwitz 1999; Turner & Turner 1999; World Health Organization 2000). De demografische controlevariabelen zijn dan ook geslacht (0 = man; 1 = vrouw), leeftijd (tussen 18-65 jaar) en het al dan niet hebben van een partner (0 = nee; 1 = ja). Het kwadraat van leeftijd wordt ook opgenomen om te controleren voor de niet-lineaire relatie tussen depressie en leeftijd (Mirowsky & Ross 1992).

3.4 Landenkenmerken

In deze paper worden ook de invloed van twee omgevingskenmerken nagegaan: de ongestuurdheid en de omvang van de immigrantenpopulatie in het gastland. De **ongastvrijheid** van het gastland is het landelijk gemiddelde op de volgende schaalvariabele (Chronbachs alpha = 0,825), geconstrueerd aan de hand van twee keer drie vragen, gesteld in de ESS-3: “To what extent do you think [coun-

try] should allow people of the same race or ethnic group as most [country's] people to come and live here?”, “How about people of a different race or ethnic group from most [country] people?” en “How about people from the poorer countries outside Europe?”, met antwoordcategorieën “allow many to come and live her”, “allow some”, “allow a few” en “allow none”. En 3 vragen met een antwoordschaal van 0 tot 10: “Would you say it is generally bad or good for [country]’s economy that people come to live here from other countries?”, “Would you say that [country]’s cultural life is generally undermined or enriched by people coming to live here from other countries?” en “Is [country] made a worse or a better place to live by people coming to live here from other countries?”. Confirmatorische factoranalyse heeft reeds aangetoond dat deze eerste drie items één factor vatten, namelijk de verwerping van verdere immigratie (Davidov e.a. 2008; Meuleman 2005). Ook bij het gebruik van de zes items bevestigt een factoranalyse de unidimensionaliteit van de schaal (eigen analyses, resultaten niet weergegeven). We gebruiken de somscores op deze factor, waarbij hoge scores wijzen op een hogere ongestuurdheid.

De **omvang van de immigrantenpopulatie** wordt uitgedrukt als het percentage internationale immigranten ten opzichte van de totale bevolking. We controleren ook voor het effect van het **Bruto Binnenlands Product** (bbp, in *Power Purchasing Parity* (PPP) \$) van een land. Het is namelijk een consistente bevinding dat de economische welvaart van een land samenhangt met de gezondheid van de bevolking (Olsen & Dahl 2007). De gegevens voor deze twee laatste werden verzameld door het United Nations Development Program (2009) en zijn gebaseerd op cijfers van respectievelijk 2007 en 2005.

3.5 Statistische procedure

In een eerste fase wordt nagegaan of en in welke landen etnische minderheden meer depressieve symptomen ervaren, aan de hand van eenvoudige prevalenties en de ANOVA-procedure (tabel 1). Bij het opstellen van de profielen op de risicofactoren (tabel 2) wordt daarenboven voor de categorische variabelen gebruikgemaakt van de Pearson χ^2 -test. Vervolgens gebruiken we multilevelanalyses, aangezien deze toelaten om de invloed van risicofactoren zowel op het individuele als op het contextuele niveau na te gaan. Berekeningen werden uitgevoerd in SPSS 17.

Een eerste model, het *intercept-only*-model (niet weergegeven), neemt geen verklarende variabelen op, maar geeft een indicatie van de intraklass-correlatiecoëfficiënt (ρ). In een volgende stap gaan we de impact van migrantenstatus, regio van herkomst, etnische discriminatie en socio-economische positie na (model 1 t.e.m. 5, tabel 3). Het *random slopes*-model (model 6, tabel 4) geeft enerzijds de impact van de contextuele factoren weer en gaat anderzijds na of het effect

van etnische minderheid verschilt tussen de landen. Om de hypothese te toetsen of de ongestuurdheid van het gastland (model 7) en de proportie immigranten (model 8) een invloed hebben op de depressieniveaus van etnische minderheden, worden de respectievelijke cross-level-interacties getest.

De -2 Restricted Loglikelihood (-2LL)-statistiek geeft een indicatie van de goedheid van het model, waarbij een lagere score op een beter model wijst. Ook worden de resterende intralandelijke variatie ($\sigma^2\mu_0$), de interlandelijke (σ^2e) en de variatie van de slope ($\sigma^2\mu_1$) van het behoren tot een etnische minderheid in de tabellen weergegeven.

Er werden enkele transformaties uitgevoerd: de metrische variabelen werden gecentreerd en bbp werd logaritmisch getransformeerd. Respondenten met ontbrekende informatie op één van de risicofactoren (maximum 1.3%) werden uit de analyse verwijderd. Doordat in bepaalde landen niet iedereen dezelfde kans heeft om geselecteerd te worden, wordt gebruikgemaakt van de design-gewichten (European Social Survey 2007).

4. Resultaten

Tabel 1 toont de gemiddelde depressiescores per land, opgesplitst volgens het behoren tot een etnische minderheidsgroep. In alle Europese landen behalve Finland, Cyprus, de Russische Federatie en Oekraïne rapporteren etnische minderheden meer depressieve gevoelens (zie tabel 1). Voor 10 van de 23 landen is dit verschil significant. Ook voor de totale Europese bevolking is de gemiddelde score een stuk hoger voor etnische minderheden (6.83, $\Delta = 1.18$). Etnische ongelijkheden zijn het grootst in Zweden ($\Delta = 2.79$, $p < 0.001$) en afwezig in Slovenië.

Tabel 1. Gemiddelde scores op de CESD-8-depressieschaal (0-24) voor de volwassen Europese bevolking (18-65 jaar), opgesplitst volgens het behoren tot een etnische minderheid; χ^2 -test. ESS-3, 2006-2007.

	N	Etnische minderheidsgroep			Δ	sign
		N etnische minderheid	Nee	Ja		
<i>West-Europa</i>						
Oostenrijk	1816	53	5,16	5,75	0,59	
België	1332	37	5,30	6,89	1,60	*
Frankrijk	1558	60	5,24	6,81	1,57	**

	N	Etnische minderheidsgroep				sign
		N etnische minderheid	Nee	Ja	Δ	
Duitsland	2083	106	5,77	6,22	0,44	
Nederland	1479	98	4,74	7,21	2,47	***
Zwitserland	1358	105	4,49	5,16	0,67	*
<i>Noord-Europa</i>						
Denemarken	1107	29	4,67	7,10	2,43	***
Estland	974	307	6,35	6,58	0,23	
Finland	1353	11	4,81	3,55	-1,26	
Ierland	1230	48	4,69	4,82	0,13	
Noorwegen	1335	28	4,16	4,75	0,59	
Zweden	1453	41	4,80	7,59	2,79	***
Verenigd Koninkrijk	1669	101	5,45	6,59	1,14	**
<i>Zuid-Europa</i>						
Cyprus	782	15	5,01	4,27	-0,74	
Portugal	1516	69	6,88	7,44	0,57	
Slovenië	979	28	5,36	5,36	0,00	
Spanje	1331	54	5,23	6,56	1,33	*
<i>Oost-Europa</i>						
Bulgarije	973	163	7,07	8,33	1,26	***
Hongarije	1124	70	7,92	8,87	0,95	
Polen	1295	14	6,26	7,63	1,36	
Russische Federatie	1677	326	7,24	7,07	-0,16	
Slowakije	1261	109	6,97	7,79	0,82	*
Oekraïne	1285	57	7,47	6,71	-0,75	
Totaal	30969	1930	5,65	6,83	1,18	***

Bron: *European Social Survey*, 3e ronde, eigen berekeningen.

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Vooraleer we de invloed van de verschillende risicofactoren nagaan, bekijken we de profielen van de twee groepen voor deze risicofactoren (tabel 2). De groepen verschillen significant van elkaar in termen van leeftijd ($\Delta = 2.16$), migrantenstatus, regio van herkomst, *economic strain*, arbeidsmarktpositie, jaren onderwijs en etnische discriminatie. Van de respondenten die zich als etnische minderheid identificeren behoort 51.5% tot de eerste of tweede generatie, waarvan het grootste aandeel uit Oost-Europa (18.1%) en van buiten Europa (25.4%) komt. Zij

hebben ook een zwakkere socio-economische positie, met een veel groter aandeel dat (zeer) moeilijk kan rondkomen, het aantal jaren onderwijs dat gemiddeld 1 jaar lager ligt en het groter aandeel werklozen. Ten slotte ervaart 23.8% van de etnische minderheden etnische discriminatie. Er zijn geen significante verschillen in termen van geslacht en partner tussen beide groepen.

Tabel 2. Kenmerken van de volwassen Europese bevolking (18-65 jaar) in 2007, opgesplitst volgens het behoren tot een etnische minderheidsgroep (gewogen %, gewogen gemiddelde), χ^2 -test.

	Etnische minderheidsgroep		sign
	Nee	Ja	
<i>Geslacht (%)</i>			
Man	46.9	47.1	
vrouw	53.1	52.9	
<i>Partner (%)</i>			
Nee	39.6	39.6	
Ja	60.4	60.4	
<i>Leeftijd (gemiddelde, in jaren)</i>	42.00	39.84	***
<i>Migrantenstatus(%)</i>			
Autochtoon	88.3	48.5	***
Eerste generatie	5.1	36.4	
Tweede generatie, 1 ouder	5.0	4.8	
Tweede generatie	1.5	10.3	
<i>Herkomst (%)</i>			***
Autochtoon	88.3	48.5	
West-Europa	2.0	0.9	
Noord-Europa	1.4	2.1	
Zuid-Europa	1.8	5.0	
Oost-Europa	2.9	18.1	
Buiten Europa	3.4	25.4	
<i>Economic strain (%)</i>			
Zeer moeilijk rondkomen	5.8	17.4	***
Moeilijk rondkomen	17.5	28.3	
Rondkomen	45.8	40.1	
Comfortabel rondkomen	30.8	14.2	
<i>Arbeidsmarktpositie(%)</i>			
Tewerkgesteld	66.2	58.3	***
Student	6.9	7.1	
Werkloos	5.1	11.6	
Ziek/gehandicapt	2.5	2.5	

	Etnische minderheidsgroep		sign
	Nee	Ja	
Pensioen	7.5	7.1	
Andere	11.7	13.4	
Jaren onderwijs (gemiddelde)	12.94	11.94	***
Etnische discriminatie (%)			
Ja	1.1	23.8	***
Nee	98.9	76.2	

Bron: *European Social Survey*, 3e ronde, eigen berekeningen.

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Landen verschillen ook sterk op de contextuele variabelen (resultaten niet weergegeven). De ongestuurdheid is het hoogst in Cyprus, Hongarije en Rusland, terwijl de laagste graad van ongestuurdheid wordt opgetekend in Zweden, Polen en Ierland. De meest economisch welvarende Europese landen zijn Noorwegen (53.43), Ierland (44.61) en Zwitserland (40.66). Oekraïne (6.91), Bulgarije (11.2) en Rusland (14.69) hebben het laagste BBP per capita. Ten slotte wordt het hoogste aandeel immigranten gevonden in Rusland (28.4%), Zwitserland (22.30%) en Estland (15.00%) en de laagste in Bulgarije (1.3%), Polen (2.2%) en Slowakije (2.3%).

Tabel 3 geeft de resultaten van de multilevelanalyses weer. De intra-klass-correlatiecoëfficiënt van het *intercept-only*-model bedraagt 7.11%, wat betekent dat ongeveer 7% van de variatie in depressie te wijten is verschillen tussen landen. Model 1 bevestigt de etnische ongelijkheden in depressie ($p < 0.001$). Bovendien zien we, net zoals in de internationale literatuur, een hogere vatbaarheid bij vrouwen, singles en ouderen. Uit model 2 kunnen we afleiden dat 33% $((0.87 - 0.58)/0.87)$ van het effect van het behoren tot een etnische minderheid verklaard kan worden door hun migrantenstatus. Regio van herkomst (model 3) daarentegen blijkt voor etnische minderheden minder een rol te spelen. Het schadelijke effect van etnische discriminatie blijkt uit model 4. Ongeveer 43% $((0.53 - 0.30)/0.53)$ van het resterend effect van het behoren tot etnische minderheid wordt namelijk verklaard door etnische discriminatie. En ook socio-economische positie (model 5) blijkt etnische ongelijkheden in depressie in belangrijke mate mee te verklaren. Individuen die moeilijker rondkomen, niet tewerkgesteld zijn en minder jaren onderwijs genoten hebben rapporteren meer depressieve gevoelens. Zoals aangegeven door Bhugra & Mastrogianni (2004), Escobar e.a. (2000) en Nazroo (1997) blijken factoren in het gastland, socio-economische condities en ervaringen van etnische discriminatie in het bijzonder dus een belangrijke rol te spelen bij de verhoogde depressieniveaus van etnische minderheden. Daarentegen vinden we geen onafhankelijk effect van migranten status, na controle voor SEP. De laagste depressieniveaus worden gevonden bij immigranten afkomstig uit Noord-, West- en Zuid-Europa, terwijl immigranten van buiten en van Oost-Europa de meeste depressieve gevoelens ervaren.

Tabel 3. Multilevelanalyse: de invloed van individuele risicofactoren op depressie voor de volwassen Europese bevolking (18-65 jaar), 2007, ESS-3, gewogen dataset.

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	B	sign	B	sign	B	sign	B	sign	B	sign
<i>Individueel niveau:</i>										
Etnische minderheid (ref: nee)	0,87	***	0,58	***	0,53	***	0,30	**	-0,04	
Geslacht (ref: man)	0,73	***	0,72	***	0,72	***	0,73	***	0,60	***
Partner (ref: nee)	-1,30	***	-1,31	***	-1,32	***	-1,31	***	-1,00	***
Leeftijd	0,09	***	0,09	***	0,09	***	0,09	***	0,09	***
Leeftijd ²	0,00	***	0,00	***	0,00	***	0,00	***	0,00	***
<i>Migrantenstatus (ref: autochtoon)</i>										
Eerste generatie			0,79	***	0,39	*	0,35	*	0,26	
Tweede generatie, 1 ouder			0,20	*	-0,12		-0,10		-0,04	
Tweede generatie			0,49	**	0,08		-0,01		0,09	
<i>Herkomst (ref: autochtoon en West-Eur.)</i>										
Noord-Europa					0,03		0,03		-0,04	
Zuid-Europa					0,38		0,41		0,11	
Oost-Europa					0,41	*	0,39	*	0,43	*
Buiten Europa					0,62	***	0,52	***	0,37	*
<i>Economic strain (ref: rondkomen)</i>										
Zeer moeilijk rondkomen									2,86	***
Moeilijk rondkomen									1,34	***
Comfortabel rondkomen									-0,78	***
<i>Arbeidsmarktpositie (ref: tewerkgesteld)</i>										

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	B	sign	B	sign	B	sign	B	sign	B	sign
Student									0,16	
Werkloos									0,71	***
Ziek/gehandicapt									3,27	***
Pensioen									0,58	***
Andere									0,28	***
Jaren onderwijs									-0,04	***
Etnische discriminatie (ref: ja)									1,18	***
σ^2e	14,14	***	14,10	***	14,10	***	14,07	***	12,80	***
σ^2H_0	1.16	***	1.22	***	1.21	***	1.20	***	0.36	***
ρ	7.58%		7.95%		7.88%		7.86%		2.72%	
-2LL	172169,56	-	172093,50	-	172085,05	-	172020,26	-	169055,38	-

Bron: European Social Survey, 3e ronde, eigen berekeningen.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; ρ null model = 7,11%

Ook de contextuele factoren blijken een invloed te hebben op de depressieniveaus van de Europese bevolking. Er worden immers meer depressieve gevoelens opgetekend in ongestvrije en economisch minder welvarende landen. De proportie immigranten in een land blijkt geen bijkomende invloed te hebben op depressieve gevoelens. Bovendien toont model 6 ook aan dat het effect van het behoren tot een etnische minderheid significant tussen de landen verschilt ($\sigma^2\mu_1$). Vervolgens vroegen we ons af of de omgeving een bijkomende invloed heeft op de mentale gezondheid van etnische minderheden.

Tabel 4. Multilevelanalyse: de invloed landenkenmerken op depressie voor de volwassen Europese bevolking (18-65 jaar), 2007, ESS-3, gewogen dataset.

	Model 6 ⁺		Model 7 ⁺		Model 8 ⁺	
	B	sign	B	sign	B	sign
Etnische minderheid (ref: nee)	0,05		0,08		0,06	
<i>Macrovariabelen:</i>						
Ongastvrijheid	0,65	*	0,67	*	0,65	*
Logged BBP	-1,58	**	-1,58	**	-1,58	**
% Immigranten	-0,02		-0,02		-0,02	
<i>Cross-level-interacties:</i>						
Etnische minderheid* Ongastvrijheid			-0,94	*		
Etnische minderheid* % Immigranten					-0,02	
σ^2e	12.78	***	12.78	***	12.78	***
$\sigma^2\mu_0$	0.17	**	0.17	**	0.17	**
$\sigma^2\mu_1$	0.27	***	0.21	***	0.26	**
-2LL	169031.23	-	169025.75	-	169035.78	-

+ Er werd eveneens gecontroleerd voor alle besproken individuele risico factoren: geslacht, partner, leeftijd, migrantenstatus, herkomst, economicstrain, arbeidsmarktpositie, jaren onderwijs, etnische discriminatie

Bron: *European Social Survey*, 3e ronde, eigen berekeningen.

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Het cross-level-interactie-effect tussen etnische minderheid en een ongestvrije samenleving is significant (model 7). Het uitschrijven van de regressielijnen helpt bij de interpretatie (Hox 2002):

Etnische minderheidsgroep:

Nee: CESD-8 = -0.22 + **0.67** ongestvrijheid

Ja: CESD-8 = -0.14 - **0.27** ongestvrijheid

Volgens bovenstaande regressielijnen zouden, tegen de verwachtingen in, etnische minderheden juist minder depressieve gevoelens rapporteren in een ongest-

vrije samenleving. Doordat de resultaten van een interactie-effect echter getoond worden voor de case die nul scoort op alle andere onafhankelijke variabelen, de ‘gemiddelde case’ in het geval van gecentreerde variabelen (Hox 2002), is dit in het geval van etnische minderheden niet zo eenvoudig te interpreteren. Zij hebben namelijk duidelijk een ander risicoprofiel, zoals reeds bleek uit tabel 2. Anderzijds blijkt dat de prevalentie van depressieve gevoelens voor de ‘autochtone’ bevolking gemiddeld hoger is (0.67) in een ongestructureerde samenleving. Ongestructureerdheid op het landelijke niveau biedt dus geen (eenvoudige) verklaring voor etnische ongelijkheden in depressie.

De proportie immigranten van een land blijkt geen beschermend effect te hebben op de mentale gezondheid van etnische minderheden. We vinden immers geen evidentie voor het *ethnic density*-effect (model 8). Ten slotte observeren we dat de significante random slope van het behoren tot een etnische minderheid niet kan worden wegverklaard door het opnemen van deze cross-level-interacties.

5. Discussie

In Europa is er nog maar weinig geweten over etnische ongelijkheden in depressie. In deze studie werden aan de hand van data van de European Social Survey, prevalenties en determinanten van depressie bij etnische minderheden in 23 Europese landen nagegaan. Bovendien onderzochten we ook of de omgeving waarin etnische minderheden terechtkomen een bijkomende invloed heeft op depressieniveaus.

Uit deze studie blijkt dat in 10 Europese landen (België, Frankrijk, Nederland, Zwitserland, Denemarken, Zweden, Verenigd Koninkrijk, Spanje, Bulgarije en Slowakije), etnische minderheden significant meer depressieve gevoelens ervaren. Ook toont deze studie aan dat etnische minderheden in Europa vaker een zwakkere socio-economische positie hebben, en dat bovendien één op vier etnische discriminatie ervaart. Dat etnische discriminatie nog steeds aanwezig is in de Europese samenleving werd ook aangetoond in een speciale Eurobarometer over discriminatie. Maar liefst 19% van de ondervraagden rapporteerde dat discriminatie zeer wijd verspreid is in hun land, 45% geeft aan dat discriminatie redelijk verspreid is en slechts 2% is van mening dat er geen discriminatie aanwezig is in hun samenleving (European Commission 2007). In deze studie werd de gezondheidschadende invloed van etnische discriminatie bevestigd. Ook bekrachtigt dit onderzoek de vele internationale studies die de grote invloed aantonen van socio-economische positie op depressieve symptomen, zowel bij de algemene bevolking (Lorant e.a. 2003; Lorant e.a. 2007) als bij immigranten en etnische minderheidsgroepen (Levecque e.a. 2007; Levecque e.a. 2008; Nazroo 2003; Thinghög e.a. 2007). In tegenstelling tot onder meer Escobar e.a. (2000)

blijkt, na controle voor socio-economische positie en etnische discriminatie, geen bijkomende invloed uit te gaan van het behoren tot de eerste of tweede generatie van migranten. Dit suggereert het ontbreken van een directe acculturatie, 'healthy migrant'- of migratiestresseffect. We hebben in deze studie geen zicht op de mate waarin deze mogelijks samenhangen met de regio van herkomst.

Ook toonde dit onderzoek aan dat kenmerken van het land waarin men woont, onafhankelijk van individuele kenmerken, een invloed kunnen hebben op het niveau van depressieve gevoelens. Zo blijken de depressiescores hoger in ongestuvrijde landen en in economisch minder welvarende landen. Bovendien wilden we de hypothese testen dat de ongestuvrijheid van het gastland etnische ongelijkheden in depressie mee kan verklaren. In tegenstelling tot de verwachtingen heeft de ongestuvrijheid van een land een sterker effect op depressie voor zij die niet tot een etnische minderheid behoren. Hoewel intuïtief tegenstrijdig vonden ook Finch, Kolody & Vega (2000) de grootste effecten van gepercipieerde discriminatie op depressie bij de autochtone bevolking. De specifieke onderliggende mechanismen moeten echter nog uitgeklaard worden, al kunnen theorieën over sociaal wantrouwen hier mogelijk een verklaring bieden (zie bijvoorbeeld Kawachi & Kennedy 1997). Ten slotte vonden we geen evidentie voor het *ethnic density-effect*. De invloed van andere omgevingskenmerken zal dus verder moeten onderzocht worden.

Deze studie heeft haar beperkingen. Ten eerste werd de CES-D 8 nog maar weinig binnen de Europese context gebruikt (Van de Velde, Bracke, & Levecque 2008) en werd de cross-culturele validiteit van deze schaal nog niet nagegaan voor de verschillende etnische minderheidsgroepen die in Europa woonachtig zijn. Het gebruik van dit zelfrapporteringsinstrument doet de vraag rijzen of de items van deze schaal hetzelfde betekenen voor de verschillende cultuur- en taalgroepen (Feeney & Kelly 2008; Lindert e.a. 2008). De huidige wetenschappelijke evidentie ondersteunt echter geen volledig cultureel relativisme voor psychiatrische stoornissen (Corin 1994). Ten tweede kunnen we door het gebruik van cross-sectionele data geen causale uitspraken doen. Naast de veronderstelling dat etnische discriminatie tot mentale gezondheidsproblemen kan leiden, is het ook mogelijk dat een slechte mentale gezondheid (of bepaalde condities) leidt (leiden) tot een grotere perceptie van etnische discriminatie (Karlsen e.a. 2005). Een longitudinaal onderzoek toont echter aan dat de perceptie van discriminatie op het werk de ervaring van spanning in de hand werkt, zelfs na controle voor voorafgaande gezondheidstoestand en attitudes (Pavalko, Mossakowski, & Hamilton 2003). Hoewel sociale selectieprocessen ook met betrekking tot SEP niet volledig uitgesloten kunnen worden (Levecque e.a. 2008), toont een longitudinale studie een duidelijk verband tussen verslechterende socio-economische omstandigheden en depressie (Lorant e.a. 2007). Ten derde kunnen ook bepaalde problemen die eigen zijn aan comparatief onderzoek, zoals selectieve non-respons, verschillende wijzen van dataverzameling, vertaling en uitwerking niet

volledig uitgesloten worden. Wanneer deze samenhangen met depressie of met de onafhankelijke variabelen, kunnen de schattingen wat bias vertonen (Van de Velde, Bracke, & Levecque 2010a). Vervolgens hebben ook enkele onafhankelijke variabelen hun beperkingen. Zo kan de variabele regio van herkomst onmogelijk de verschillende migratiegeschiedenissen volledig in rekening brengen en werd de groep van buiten Europa niet verder gedifferentieerd wegens te kleine aantallen. Bovendien ontbrak informatie over de concrete etnische minderheidsgroep waartoe etnische minderheden behoren. Mogelijks is dit één van de redenen waarom we in tegenstelling tot Escobar e.a. (2000) geen onafhankelijk effect van migrantenstatus vinden. De identificatie van etnische minderheden gebeurt op basis van zelfrapportage. Daardoor kan het effect ervan op depressie wat overschat worden.

Het aantal etnische minderheden is in bepaalde landen erg klein. Dit heeft geen impact op de schattingen van de verschillende risicofactoren, aangezien deze voor de gehele Europese bevolking berekend worden. Maar het is wel goed mogelijk dat de etnische ongelijkheden in depressie in heel wat landen onderschat worden, als gevolg van een gebrek aan onderscheidend vermogen van de statistische tests.

Ook de invloed van discriminatie wordt mogelijks onderschat, doordat de gebruikte discriminatievariabele een *single-item*-maat is (Gee 2002). Bovendien was het binnen dit onderzoeksopzet ook niet mogelijk om de directe en indirecte invloed (via bijvoorbeeld SEP) van discriminatie op gezondheid na te gaan. De macrovariabele ongestuurdheid werd in dit onderzoek gezien als een aspect van een discriminerende samenleving. Hoewel de ongestuurdheid een houding weerspiegelt van hoe de samenleving naar nieuwkomers kijkt, geeft ze ons geen idee of er bijvoorbeeld sprake is van effectieve institutionele discriminatie. Ten slotte zijn landen misschien niet de meest geschikte eenheid van analyse om de effecten van de omgeving op depressie na te gaan. Landsgrenzen komen namelijk niet altijd overeen met de werkelijke verdeling van de omgevingskenmerken die de gezondheid kunnen beïnvloeden (Pickett & Pearl 2001). Zo zou het bijvoorbeeld vooral de etnische concentratie op het lokale, eerder dan het regionale of nationale niveau zijn die een rol speelt bij het *ethnic density*-effect (Karlsen e.a. 2002).

Deze bevindingen zijn zowel relevant voor de theorie als voor het beleid inzake migratie en sociale zekerheid en de gezondheidszorg. Doordat depressie gemeten werd aan de hand van zelfrapportage is het verhoogde risico op depressieve gevoelens bij etnische minderheden immers niet het gevolg van verschillen bij de psychiatrische diagnose of behandeling of van verschillen in het gebruik van psychiatrische zorg. Clinici zouden op dit verhoogde risico gewezen moeten worden (Levecque e.a. 2007). Het is duidelijk dat de steeds toenemende globalisering en migratie zowel wetenschappers als beleidsmakers voor belangrijke uitdagingen stelt.

NOTEN

1. In de literatuur over socio-economische ongelijkheid inzake mentale gezondheid, wordt niet altijd een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de termen sociale klasse en socio-economische status (SES), hoewel deze zowel theoretisch als empirisch niet aan elkaar gelijk zijn (Wohlfarth 1997). We volgen daarom Muntaner e.a. (2004) en gebruiken de term 'socio-economische positie' (verder SEP). Deze term omvat zowel sociale klasse (sociale relaties van bezit en controle over goederen in het productieproces) als socio-economische status (een rangschikking van personen volgens een continuüm van bepaalde gewaardeerde socio-economische eigenschappen zoals inkomen of opleiding).
2. Al te vaak worden termen zoals racisme, discriminatie en raciale discriminatie door elkaar gebruikt. Krieger (2000, 40) schrijft over discriminatie: "conceptualized more broadly, it refers to all means of expressing and institutionalizing social relationships of dominance and oppression". Het vormt één aspect van racisme, dat Williams (1999, 176-177) als volgt defineert: "an ideology of inferiority that is used to justify unequal treatment (discrimination) of members of groups defined as inferior, by both individuals and societal institutions". Aangezien we ons in deze studie enkel concentreren op discriminatie op basis van etniciteit, en dus niet ingaan op discriminatie ten gevolge van geslacht, leeftijd, seksuele voorkeur, enz., spreken we over etnische discriminatie.
3. Betrouwbare cijfers over het aandeel etnische minderheden in een land ontbreken. Doordat het aantal etnische minderheden in de ESS-3 in bepaalde landen te laag is om extrapolaties op landenniveau mogelijk te maken, werken we hier met de proportie immigranten van een land.

BIBLIOGRAFIE

- Aronowitz, M. (1984), The Social and Emotional Adjustment of Immigrant Children – A Review of the Literature, *International Migration Review*, 18, 237-257.
- Becares, L., Nazroo, J. & Stafford, M. (2009), The Buffering Effects of Ethnic Density on Experienced Racism and Health, *Health & Place*, 15, 700-708.
- Berry, J.W. (1997), Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology – An International Review – Psychologie Appliquée – Revue Internationale*, 46, 5-34.
- Bhopal, R. (2004), Glossary of Terms Relating to Ethnicity and Race: For Reflection and Debate, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 441-445.
- Bhugra, D. & Mastrogianni, A. (2004), Globalisation and Mental Disorders – Overview with Relation to Depression, *British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20.
- Bhugra, D., Still, R., Furnham, A. & Bochner, S. (2004), Migration and Mental Health, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.
- Boswell (2005), Migration in Europe. In Global Commission on International Migration (ed.).
- Bracke, P. (2000), Over macht en depressiviteit: een sociaal-relatieve visie, *Tijdschrift voor Sociologie*, 21, 5-32.

- Carta, M.G., Bernal, M., Hardoy, M.C., Haro-Abad, J.M., and 'Report on the Mental Health in Europe' Working Group (2005), Migration and Mental Health in Europe (The State of the Mental Health in Europe Working Group: Appendix I), *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1.
- Chapela, I.B. & de Snyder, N.S. (2009), Psychometric Characteristics of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), 20-and 10-item versions, in Women from a Mexican Rural Area, *Salud Mental*, 32, 299-307.
- Cheng, A.T.A. & Chang, J.C. (1999), Mental Health Aspects of Culture and Migration, *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 217-222.
- Cheung, C.K. & Bagley, C. (1998), Validating an American Scale in Hong Kong: The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), *Journal of Psychology*, 132, 169-186.
- Clark, R., Anderson, N.B., Clark, V.R. & Williams, D.R. (1999), Racism as a Stressor for African Americans – A Biopsychosocial model, *American Psychologist*, 54, 805-816.
- Corin, E. (1994), The Social & Cultural Matrix of Health and Disease, pp. 93-132 in R.G. Evans, M.L. Barer & T.R. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health in Populations* (pp. 93-132).
- Davidov, E., Meuleman, B., Billiet, J. & Schmidt, P. (2008), Values and Support for Immigration. A Cross-country Comparison, *European Sociological Review*, 24 (3), 1-17.
- De Wit, M.A.S., Tuinebreijer, W.C., Dekker, J., Beekman, A.J.T.F., Gorissen, W.H.M., Schrier, A.C. e.a. (2008), Depressive and Anxiety Disorders in Different Ethnic Groups. A Population Based Study among Native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese Migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 905-912.
- Diez-Roux, A.V.D. (2001), Investigating Neighborhood and Area Effects on Health, *American Journal of Public Health*, 91, 1783-1789.
- Eaton, W. (2001), *The Sociology of Mental Disorders*. Westport: Praeger Publishers.
- Escobar, J.I. (1998), Immigration and Mental Health – Why Are Immigrants Better off?, *Archives of General Psychiatry*, 55, 781-782.
- Escobar, J.I., Nervi, C.H. & Gara, M.A. (2000), Immigration and Mental Health: Mexican Americans in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 64-72.
- European Commission (2007), *Discrimination in the European Union*. European Commission, DC Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- European Social Survey (2007), *European Social Survey*. <http://www.europeansocialsurvey.org>.
- Faris, R.E.L. & Dunham, H.W. (1939), *Mental Disorders in Urban Areas. An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses*. Chicago: Chicago University Press.
- Feeney, L.K. & Kelly, B.D. (2008), Coping with Stressors: Racism and Migration Larkin Feeney and Brendan D. Kelly in D. Bhugra & K. Bhui (eds.), *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Finch, B.K., Kolody, B. & Vega, W.A. (2000), Perceived Discrimination and Depression among Mexican-origin Adults in California, *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 295-313.
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S.G., Sitzoglou, K. e.a. (2001), Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale, *BMC Psychiatry*, 1, 3-8.

- Gee, G.C. (2002), A Multilevel Analysis of the Relationship between Institutional and Individual Racial Discrimination and Health Status, *American Journal of Public Health*, 92, 615-623.
- Gee, G.C., Ryan, A., Laflamme, D.J. & Holt, J. (2006), Self-reported Discrimination and Mental Health Status among African Descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: The Added Dimension of Immigration, *American Journal of Public Health*, 96, 1821-1828.
- Glaesmer, H., Wittig, U., Brahler, E., Martin, A., Mewes, R. & Rief, W. (2009), Are Migrants More Susceptible to Mental Disorders? An Evaluation of a Representative Sample of the German General Population, *Psychiatrische Praxis*, 36, 16-22.
- Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S. & Nazroo, J. (2006), Racism and Health: The Relationship between Experience of Racial Discrimination and Health in New Zealand, *Social Science & Medicine*, 63, 1428-1441.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1958), *Social Class and Mental Illness*. New York: Wiley.
- Hox, J. (2002), *Multilevel Analysis – Techniques and Applications*. Mahwah (N.J.): Erlbaum.
- Jowell, R. and the Central Coordinating Team, European Social Survey 2006/2007 (2007), *Technical Report*. London: Centre for Comparative Social Survey, City University.
- Kawachi, I. & Kennedy, B.P. (1997), Education and Debate: Socioeconomic Determinants of Health: Health and Social Cohesion: Why Care about Income Inequality?, *British Medical Journal*, 314, 1037.
- Karlsen, S. & Nazroo, J.Y. (2002), Relation between Racial Discrimination, Social Class, and Health among Ethnic Minority Groups, *American Journal of Public Health*, 92, 624-631.
- Karlsen, S., Nazroo, J.Y. & Stephenson, R. (2002), Ethnicity, Environment and Health: Putting Ethnic Inequalities in Health in their Place, *Social Science & Medicine*, 55, 1647-1661.
- Karlsen, S., Nazroo, J.Y., McKenzie, K., Bhui, K. & Weich, S. (2005), Racism, Psychosis and Common Mental Disorder among Ethnic Minority Groups in England, *Psychological Medicine*, 35, 1795-1803.
- Kelagher, M., Paul, S., Lambert, H., Ahmad, W., Paradies, Y. & Smith, G.D. (2008), Discrimination and Health in an English Study, *Social Science & Medicine*, 66, 1627-1636.
- Kessler, R.C., Mickelson, K.D. & Williams, D.R. (1999), The Prevalence, Distribution, and Mental Health Correlates of Perceived Discrimination in the United States, *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 208-230.
- Kessler, R.C. & Zhao, S. (1999), Overview of Descriptive Epidemiology of Mental Disorders, pp. 127-150 in C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Koneru, V.K., de Mamani, A.G.W., Flynn, P.M. & Betancourt, H. (2007), Acculturation and Mental Health: Current Findings and Recommendations for Future Research, *Applied & Preventive Psychology*, 12, 76-96.
- Krieger, N. (2000), Discrimination and Health, pp. 36-75 in L.F. Berkman & I. Kawachi (eds.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

- Levecque, K. (2006), Generalized Anxiety and Depression in the General Population: Risk Factors According to the Belgian Health Interview Survey 2001, *Depression and Anxiety*, 23, 509-511.
- Levecque, K. (2008), *Armoede en depressie – Een (niet) evident verband?* Leuven: Acco.
- Levecque, K., Lodewyckx, I. & Bracke, P. (2008), Psychological Distress, Depression and Generalised Anxiety in Turkish and Moroccan Immigrants in Belgium. A General Population Study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 188-197.
- Levecque, K., Lodewyckx, I. & Vranken, J. (2007), Depression and Generalised Anxiety in the General Population in Belgium: A Comparison between Native and Immigrant Groups, *Journal of Affective Disorders*, 97, 229-239.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, A., Heinz, A. & Priebe, S. (2008), Mental Health, Health Care Utilisation of Migrants in Europe, *European Psychiatry*, 23, 14-20.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach, J. & Anseu, M. (2007), Depression and Socio-economic Risk Factors: 7-year Longitudinal Population Study, *British Journal of Psychiatry*, 190, 293-298.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Anseu, M. (2003), Socio-economic Inequalities in Depression: A Meta-analysis, *American Journal of Epidemiology*, 157, 98-112.
- Lorant, V., van Oyen, H. & Thomas, I. (2008), Contextual Factors and Immigrants' Health Status: Double Jeopardy, *Health & Place*, 14, 678-692.
- McKenzie, K., Fearon, P. & Hutchinson, G. (2008), Migration, Ethnicity and Psychosis in C. Morgan, K. McKenzie & P. Feron (eds.), *Society and Psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Meuleman, B. (2005), Attitudes Toward Migration in Europe: A Cross-cultural and Contextual Approach. *1st ESRA Conference*. Barcelona, Spain. July, 2005.
- Meuleman, B., Davidov, E. & Billiet, J. (2009), Changing Attitudes Toward Immigration in Europe, 2002-2007: A Dynamic Group Conflict Theory Approach, *Social Science Research*, 38, 352-365.
- Miranda, J., Siddique, J., Belin, T.R. & Kohn-Wood, L.P. (2005), Depression Prevalence in Disadvantaged Young Black Women – African and Caribbean Immigrants Compared to US-born African Americans, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 253-258.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1986), Social Patterns of Distress, *Annual Review of Sociology*, 12, 23-45.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1992), Age and Depression, *Journal of Health & Social Behavior*, 33, 187-205.
- Missinne, S. & Bracke, P. (2010), Depressive Symptoms among Immigrants and Ethnic Minorities: A Population-based Study in 23 European Countries, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. DOI: 10.1007/s00127-010-0321-0
- Nazroo, J.Y. (1997), *The Health of Britain's Ethnic Minorities: Findings from a National Survey*. London: Policy Studies Institute.
- Nazroo, J.Y. (2003), The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism, *American Journal of Public Health*, 93, 277-284.

- Noh, S. & Kaspar, V. (2003), Perceived Discrimination and Depression: Moderating Effects of Coping, Acculturation, and Ethnic Support, *American Journal of Public Health*, 93, 232-238.
- Olsen, K.M. & Dahl, S.A. (2007), Health Differences between European Countries, *Social Science & Medicine*, 64, 1665-1678.
- Paradies, Y. (2006), A Systematic Review of Empirical Research on Self-reported Racism and Health, *International Journal of Epidemiology*, 35, 888-901.
- Pavalko, E.K., Mossakowski, K.N. & Hamilton, V.J. (2003), Does Perceived Discrimination Affect Health? Longitudinal Relationships between Work Discrimination and Women's Physical and Emotional Health, *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 18-33.
- Pearlin, L.I. (1989), The Sociological Study of Stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). Structure of Coping, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pickett, K.E. & Pearl, M. (2001), Multilevel Analyses of Neighbourhood Socioeconomic Context and Health Outcomes: A Critical Review, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 111-122.
- Scheid, T.L. & Horwitz, A.V. (1999), The Social Context of Mental Health and Illness in Horwitz & Scheid (eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Smaje, C. (1996), The Ethnic Patterning of Health: New Directions for Theory and Research, *Sociology of Health & Illness*, 18, 139-171.
- Snel, E. & Marx, I. (2007), Editoriaal: Nieuwe migranten op zoek naar een beter bestaan, *Tijdschrift voor Sociologie*, 27, 233-496.
- Spijker, J., van der Wurff, F.B., Poort, E.C., Smits, C.H.M., Verhoeff, A.P. & Beekman, A.T.F. (2004), Depression in First Generation Labour Migrants in Western Europe: The Utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 538-544.
- Stuber, J., Galea, S., Ahern, J., Blaney, S. & Fuller, C. (2003), The Association between Multiple Domains of Discrimination and Self-assessed Health: A Multilevel Analysis of Latinos and Blacks in Four Low-income New York City Neighborhoods, *Health Services Research*, 38, 1735-1759.
- Subramanian, S.V., Acevedo-Garcia, D. & Osypuk, T.L. (2005), Racial Residential Segregation and Geographic Heterogeneity in Black/White Disparity in Poor Self-rated Health in the US: A Multilevel Statistical Analysis, *Social Science & Medicine*, 60, 1667-1679.
- Swinnen, S.G. & Selten, J.P. (2007), Mood Disorders and Migration – Meta-analysis, *British Journal of Psychiatry*, 190, 6-10.
- Thinghög, P., Hemmingsson, T. & Lundberg, I. (2007), To What Extent May the Association between Immigrant Status and Mental Illness Be Explained by Socioeconomic Factors?, *Social Psychiatry Psychiatric epidemiology*, 42, 990-996.
- Turner, R.J. & Turner, J.B. (1999), Social Integration and Social Support, pp. 301-320 in C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- United Nations Development Program (2009), *Human Development Report 2009*. New York, United States (<http://hdrstats.undp.org/en/indicators/>).
- United Nation Statistics Division (2009), *Composition of Macro Geographical (Continental) Regions, Geographical Sub-regions, and Selected Economic and other Groups*. New York, United States (<http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>).
- Van de Velde, S., Bracke, P. & Levecque, K. (2008), *The Psychometric Properties of the CES-D 8 Depression Inventory and the Estimation of Cross-national Differences in the True Prevalence of Depression* (<http://soc.kuleuven.be/ceso/dagvandesociologie/papers/CESD8%20in%20comparative%20perspective%20Vandevelde-Bracke-Levecque.pdf>).
- Van de Velde, S., Bracke, P. & Levecque, K. (2010a), Gender Difference in Depression in 23 European Countries. Cross-national Variation in the Gender Gap in Depression, *Social Science & Medicine*, 71, 2, 305-313.
- Van de Velde, S., Bracke, P., Levecque, K. & Meuleman, B. (2010b), Gender Differences in Depression in 25 European Countries after Eliminating Measurement Bias in the CES-D 8, *Social Science Research*, 39, 396-404.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R. & Caraveo-Anduaga, J. (1998), Lifetime Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders among Urban and Rural Mexican Americans in California, *Archives of General Psychiatry*, 55, 771-778.
- Verkuyten, M. (1998), Perceived Discrimination and Self-esteem among Ethnic Minority Adolescents, *Journal of Social Psychology*, 138, 479-493.
- Verkuyten, M. & Nekuee, S. (1999), Subjective Well-being, Discrimination and Cultural Conflict: Iranians Living in the Netherlands, *Social Indicators Research*, 47, 281-306.
- Weich, S., Nazroo, J., Sproston, K., McManus, S., Blanchard, M., Erens, B. e.a. (2004), Common Mental Disorders and Ethnicity in England: the EMPIRIC Study, *Psychological Medicine*, 34, 1543-1551.
- Whelan, C.T., Layte, R., Maitre, B. & Nolan, B. (2001), Income, Deprivation, and Economic Strain. An Analysis of the European Community Household Panel, *European Sociological Review*, 17, 357-372.
- Wiking, E., Johansson, S.E. & Sundquist, J. (2004), Ethnicity, Acculturation, and Self Reported Health. A Population Based Study Among Immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 574-582.
- Williams, D.R. (1999), Race, Socioeconomic Status, and Health – The Added Effects of Racism and Discrimination, *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations*, 896, 173-188.
- Williams, D.R. & Mohammed, S.A. (2009), Discrimination and Racial Disparities in Health: Evidence and Needed Research, *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 20-47.
- Williams, D.R., Neighbors, H.W. & Jackson, J.S. (2003), Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings from Community Studies, *American Journal of Public Health*, 93, 200-208.
- Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M. & Braehler, E. (2008), Mental Health of Patients from Different Cultures in Germany, *European Psychiatry*, 23, 28-35.
- World Health Organization (2000), Crossnational Comparisons of the Prevalences and Correlates of Mental Disorders, *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 413-426.

World Health Organization (2005), *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*. Report from the WHO Ministerial Conference. The Regional Office for Europe of the World Health Organization.