

# Collectivisme, Mentale Gezondheid en Non-Heteroseksualiteit

*Hoe beïnvloedt collectivisme de kloof in mentale gezondheidsproblematiek tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen?*

## Abstract

Research shows that non-heterosexuals report more mental health problems than heterosexuals do. This study tests two competing hypotheses regarding this mental health gap and assesses if it is larger or smaller in countries that are more collectivist. A reason to expect this gap to be bigger in collectivist countries is the increased stigma that lies on people that differ from the norm. Collectivist cultures are on the other hand characterized by strong social bonds between people, which is a reason to expect the mental health gap to be smaller in these countries. Using the sixth and seventh round of the European Social Survey ( $n = 64547$ , nested in 21 countries) and separate data from Eurostat and Hofstede, multilevel analysis were conducted. The results showed only a slight significant relationship between non-heterosexuality and depression. No relationship was found for subjective wellbeing. The analysis displayed no difference in the mental health gap between non-heterosexuals and heterosexuals in collectivist countries compared to individualistic countries.

*Keywords:* collectivism, depression, mental health, non-heterosexuality, subjective wellbeing

Masterscriptie Sociologie: Arbeid, Organisatie en Management

Naam: Naomi Gouweleeuw

Student nummer: 438069ng

Begeleider: Jeroen van der Waal

Tweede Lezer: Josje ten Kate

Aantal woorden: 8417

Aantal woorden appendix: 846

## Inleiding

Onderzoek toont aan dat non-heteroseksuelen vaker te maken krijgen met mentale gezondheidsproblematiek dan heteroseksuelen. Zo wordt non-heteroseksualiteit in verband gebracht met mentale problemen als depressie, angst, fobie, obsessieve compulsieve stoornis, psychoses, suïcidaliteit, en verslaving (Chakraborty et al., 2011; King et al., 2008; Lewis, 2009; Mundle, Mahler, & Buhgra, 2015; Plöderl & Tremblay, 2015). Deze vergrote kans op mentale gezondheidsklachten bij homo- en biseksuelen wordt in veel gevallen verklaard door het stigma dat ligt op non-heteroseksueel zijn en de verminderde steun vanuit de omgeving waarmee deze mensen te maken kunnen krijgen (Chakraborty et al., 2011; King et al., 2008; Russel & Fish, 2016; Ryan, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2009).

Het afkeuren van afwijkend gedrag is een kenmerkende eigenschap van collectivistische culturen (Triandis, 1993), waardoor verwacht kan worden dat de mentale gezondheidsproblemen die gepaard gaan met non-heteroseksualiteit daar sterker zijn. Hiertegenover staat echter dat de sterke sociale bindingen in collectivistische culturen (Hofstede & Bond, 1984) er juist voor kunnen zorgen dat non-heteroseksuelen daar minder in mentale gezondheid verschillen van heteroseksuelen. Sterke banden met de sociale omgeving verkleinen namelijk de kans op mentale gezondheidsproblematiek (Wang, Cai, Qian, & Peng, 2014).

Gezien collectivisme de kloof in mentaal welzijn tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen op verschillende manieren kan beïnvloeden, onderzoek ik in deze scriptie wat deze invloed is. Hiervoor gebruik ik de volgende onderzoeksvraag: *Hoe beïnvloedt collectivisme de kloof in mentale gezondheidsproblematiek tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen?* Ik kies ervoor om me binnen mentale gezondheid zowel te focussen op depressiviteit als subjectief welzijn. Subjectief welzijn wordt vermoedelijk sterker bepaald door omgevingsfactoren dan depressie, gezien depressie ook een genetische factor heeft (Caunt, Franklin, Brodaty, & Brodaty, 2013; Lohoff, 2010). Mogelijk heeft collectivisme om deze reden meer invloed op de kloof in subjectief welzijn tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen dan op de kloof in depressie tussen deze twee groepen.

Naast de wetenschappelijke relevantie voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, heeft deze ook een maatschappelijke relevantie. Uit onderzoek onder jongeren in de Verenigde Staten blijkt dat non-heteroseksuelen significant vaker serieus zelfmoord overwegen dan heteroseksuelen, namelijk 42,8% tegenover 14,8% (Kann et al., 2016). Mentale gezondheidsproblematiek is een sterke indicator voor toekomstige suïcidepogingen (Takahashi, 2001). Om deze reden is het van belang te achterhalen welke factoren van invloed zijn op deze gevoelens bij non-heteroseksuelen.

## **Non-heteroseksualiteit en mentale gezondheidsproblematiek**

### *Stigma*

Zoals aangegeven toont onderzoek aan non-heteroseksuelen een grotere kans op mentale gezondheidsproblematiek hebben dan heteroseksuelen. Een verklaring hiervoor is het stigma dat op het hebben van een afwijkende seksualiteit ligt (Chakraborty et al., 2011; King et al., 2008; Russel & Fish, 2016). Het woord 'stigma' wordt gebruikt om aan te duiden dat een groep anders is dan de rest, maar op een manier die niet als gewenst ervaren wordt. Hierdoor wordt een gestigmatiseerde groep buiten de rest van de bevolking geplaatst, gezien als minder belangrijk en niet erkend als volledige burgers (Teliti, 2015). Het stigma dat op non-heteroseksuelen geplaatst wordt resulteert in discriminatie, sociale vijandigheid en vooroordelen (King et al., 2008; Russel & Fish, 2016). Veelal internaliseren non-heteroseksuelen dit stigma en vormen aan de hand hiervan hun identiteit (Kalra, Ventriglio, & Bhugra, 2015; Teliti, 2015).

### *Gebrek aan sociale steun*

Naast stigma, krijgen non-heteroseksuelen vaker te maken met een gebrek aan steun vanuit hun sociale omgeving dan heteroseksuelen (Ryan et al., 2009). Homo- of biseksuele kinderen krijgen bijvoorbeeld eerder een negatieve reactie van hun ouders op hun seksualiteit. Daarnaast worden zij vaker dan andere tieners fysiek of mentaal mishandeld en uit huis gezet (Russel & Fish, 2016; Ryan et al., 2009). Dit gebrek aan sociale steun resulteert in hogere depressie- en zelfmoordcijfers onder niet-heteroseksuelen jongeren (Ryan et al., 2009). Een gebrek aan sociale steun vanuit de omgeving van een tiener kan de mentale gezondheid tot op latere leeftijd blijven beïnvloeden (McConnell, Birkett, & Mustanski, 2016).

Of het nu ligt aan stigmatisering, een gebrek aan sociale steun of beide, non-heteroseksuelen rapporteren tot op heden vaker problemen met de mentale gezondheid dan heteroseksuelen. Dit is dan ook de eerste verwachting in dit onderzoek: *Non-heteroseksuelen kampen vaker met mentale gezondheidsproblematiek dan heteroseksuelen.*

## **Invloed van collectivisme**

### *Collectivisme en stigma*

Er zijn verschillende redenen om te verwachten dat de kloof tussen de mentale gezondheid van non-heteroseksuelen en heteroseksuelen in collectivistische culturen groter of kleiner is dan in individualistische culturen. Allereerst is er het verschil in hoe er in individualistische en collectivistische landen gekeken wordt naar mensen die afwijken van de orde. Individualistische culturen karakteriseren zich door de grote verscheidenheid in normen en waarden van mensen, zonder dat aan

deze verschillen consequenties kleven tijdens interacties (Triandis, 1993). Dit betekent onder andere dat deze culturen tolerant zijn en men over het algemeen geen druk voelt om zich aan te passen aan een heersende norm als men zich hierbij niet prettig voelt (ibid). Dit staat in contrast tot collectivistische culturen. Hofstede en Bond (1984) definiëren deze culturen als ‘een situatie waarin mensen toebehoren aan groepen of collectieven die voor hen zorgen in ruil voor loyaliteit’ (p. 419). Afwijken van de norm kan hierdoor grote gevolgen hebben. Zo is het in extreme vormen van collectivistische beschavingen niet vreemd om interacties met mensen die afwijken te vermijden (Triandis, 1993). Op basis van deze kenmerken wordt vermoed dat er binnen collectivistische culturen een groter stigma ligt op non-heteroseksualiteit dan in individualistische culturen, gezien homo- en biseksuelen doorgaans afwijken van de algemeen heersende norm over liefdesrelaties.

Ten tweede is er een verschil tussen landen die positief staan ten opzichte van seks en landen die hier negatief tegenover staan (Kalra et al., 2015). Landen met een positieve houding ten opzichte van seks zien dit in de eerste plaats als iets plezierigs, terwijl seks in landen met een negatieve houding vooral gezien wordt als een manier om de familienaam door te geven aan het nageslacht. Het zijn vooral individualistische landen die een positieve houding hebben naar seks, terwijl collectivistische culturen hier negatiever tegenover staan (ibid). Gezien non-heteroseksuelen doorgaans biologisch niet in staat zijn aan de hand van seks de familienaam en -eer door te geven aan hun nageslacht, wordt verwacht dat het stigma dat in deze landen op homo- en biseksuelen ligt groter is dan in individualistische landen. Deze en eerdergenoemde redenen leiden tot de tweede verwachting binnen dit onderzoek: *De kloof tussen de mentale gezondheid van non-heteroseksuelen en heteroseksuelen is groter in collectivistische landen.*

#### *Collectivisme en sociale steun*

Het is echter eveneens aannemelijk dat de kloof tussen de mentale gezondheid van non-heteroseksuelen en heteroseksuelen in collectivistische culturen kleiner is dan in individualistische culturen. Collectivistische culturen kenmerken zich namelijk onder andere door sterke sociale banden die individuen hebben met hun omgeving, waardoor zij vanuit deze omgeving meer sociale steun krijgen (Hofstede & Bond, 1984). Met sociale steun wordt hier de beschikbare steun vanuit een netwerk van sociale banden bedoeld, bijvoorbeeld door familie, vrienden of burens (Ozbay et al., 2007). Verschillend empirisch onderzoek laat zien dat mentale gezondheidsproblematiek zich over de gehele populatie eerder uit in individualistische culturen, omdat men hier minder sociale steun krijgt vanuit de directe omgeving (Chiao & Blizinsky, 2009; Grav, Hellzèn, Romild, & Storda, 2011; Mickuka, 2013; Ozbay et al., 2007). Zo kan een gebrek aan sociale steun er tijdens moeilijke periodes voor zorgen dat iemand eerder in een depressie geraakt dan als deze persoon wel sociale steun zou krijgen (Chiao & Blizinsky, 2009; Grav et al., 2011). Sociale steun zorgt er daarnaast voor dat stressoren vanuit de

omgeving minder snel resulteren in mentale gezondheidsklachten (Wang et al., 2014). Naar aanleiding hiervan is de derde verwachting: *De kloof tussen de mentale gezondheid van non-heteroseksuelen en heteroseksuelen is kleiner in collectivistische landen.*

Verwacht wordt dat de kloof in mentale gezondheidsproblematiek tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen kleiner is in collectivistische landen, doordat sterkere sociale bindingen zorgen voor een vangnet voor mensen die het risico lopen op klachten met hun mentale welzijn. Als dit blijkt te kloppen, dan kan ook verwacht worden dat de mentale gezondheidsproblematiek van non-heteroseksuelen minder is als zij sterkere sociale banden hebben. Om deze reden is de volgende verwachting opgesteld: *De kloof tussen de mentale gezondheid van non-heteroseksuelen en heteroseksuelen is kleiner als er sterkere sociale banden gerapporteerd worden.* Gezien echter verwacht wordt dat voornamelijk in collectivistische landen sterke sociale bindingen van invloed zijn op de mentale gezondheidskloof tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen, wordt hierbij nog een verwachting opgesteld: *Het afzwakkende effect van collectivisme op de kloof tussen de mentale gezondheid van non-heteroseksuelen en heteroseksuelen wordt deels overgenomen door het afzwakkende effect van het hebben van sterke sociale banden.*

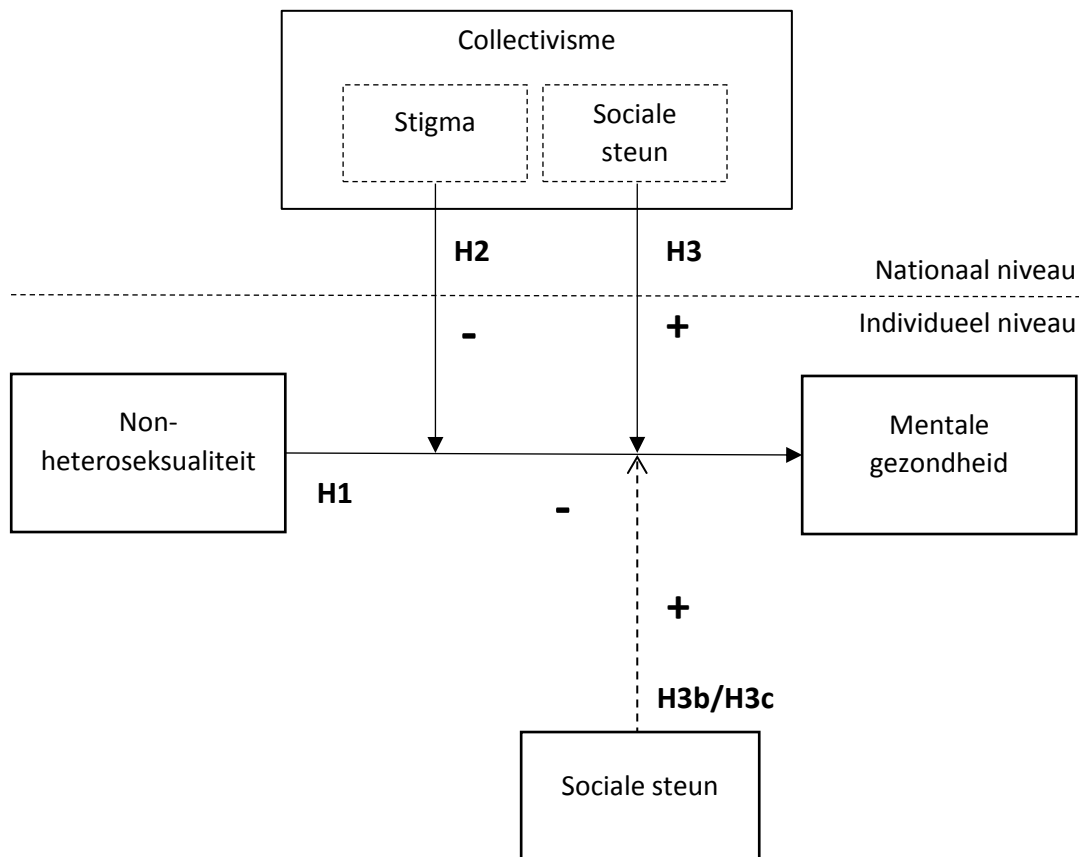
#### *Additionele verwachting*

Dit onderzoek richt zich met name op hoe de kloof in mentale gezondheidsproblematiek van non-heteroseksuelen en heteroseksuelen verschilt tussen collectivistische en individualistische landen. Om de empirische reikwijdte van de boven uiteengezette theorie te verkennen, zal ik de hypothesen ook toetsen voor een andere groep mensen die afwijken van de norm. De gebruikte data maakt het mogelijk om de hypothesen te testen voor lichamelijk zieken en gehandicapten. Verschillend onderzoek laat zien dat deze mensen evenals non-heteroseksuelen een verhoogde kans hebben op problemen met de mentale gezondheid (Jones et al., 2014; Noh, Kwon, Park, Oh, & Kim, 2016; Turner & Noh, 1988). Evenals het geval is bij non-heteroseksuelen komt een deel van deze mentale gezondheidsproblematiek voort uit stigma (Buljevac, Majdak, & Leutar, 2012; Green, 2003). Mensen met een handicap worden door anderen gezien als afwijkend, minder succesvol, minder gelukkig, en minder waardevol als partner (Buljevac et al., 2012).

#### **Conceptueel model**

De in het theoretisch kader opgestelde hypothesen zijn weergegeven als conceptueel model in Figuur 1. De kloof in mentale gezondheid tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen vormt in dit conceptueel model het hoofdverband en daarmee de eerste hypothese (H1). Zoals eerder aangegeven wordt onderzocht of deze kloof groter of kleiner is in collectivistische landen. Collectivistische culturen kenmerken zich door een sterk groepsgevoel. Dit groepsgevoel kan ervoor zorgen dat een afwijkende

groep, zoals non-heteroseksuelen, te maken krijgt met stigma. Dit kan vervolgens leiden tot problemen met de mentale gezondheid. Om deze reden is de tweede hypothese (H2) dat de kloof in mentale gezondheid tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen in collectivistische landen groter is. Een andere mogelijkheid is echter dat het sterke groepsgevoel er in collectivistische culturen voor zorgt dat non-heteroseksuelen meer sociale steun krijgen van hun omgeving, waardoor een afwijkende seksualiteit hier tot minder problemen met de mentale gezondheid leidt dan in individualistische culturen. Om deze reden is de derde hypothese (H3) dat de kloof in mentale gezondheid tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen in collectivistische landen kleiner is. Als de derde hypothese blijkt te kloppen moet het zo zijn dat sociale steun de kloof in mentale gezondheid kleiner maakt (H3b). Daarnaast zou dit een deel van het effect van collectivisme op de kloof in mentale gezondheid tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen moeten overnemen (H3c).



Figuur 1: Conceptueel model.

## Methodologie

### Data en methoden

Om te toetsen of de mate van collectivisme invloed heeft op het positieve verband tussen non-

heteroseksualiteit en depressieve gevoelens is data uit meerdere landen nodig die variëren in mate van collectivisme. Omdat deze data zich zowel op nationaal als op individueel niveau bevindt is een multilevel onderzoeksdesign toegepast. Er is hierbij gebruik gemaakt van een lineaire multilevel analyse.

De analyses zijn uitgevoerd aan de hand van twee bestaande datasets van de European Social Survey (ESS) uit 2012 en 2014. Deze twee datasets samen bevatten statistieken van 94.878 respondenten uit 28 Europese landen aangaande een groot aantal onderwerpen. Dit maakt deze datasets zeer geschikt voor het doen van landen-vergelijkende analyses. Naast data uit de ESS is gebruik gemaakt van additionele data van Hofstede en Eurostat om de variabele 'collectivisme' te meten. Dit wordt nader toegelicht bij de operationalisering van deze variabele.

Binnen de dataset van de ESS vormen non-heteroseksuelen een selecte groep. Een beperkt aantal respondenten kan uiteindelijk voor problemen zorgen in het uitvoeren van de analyses, vooral als er landenvergelijkend onderzoek plaatsvindt. Om dit probleem te voorkomen, heb ik ervoor gekozen de twee verschillende rondes van de ESS samen te voegen. Hierdoor wordt uitgekomen op een totaal aantal non-heteroseksuele respondenten van 704.

#### *Operationalisering variabelen op individueel niveau*

Binnen de ESS is geen variabele die concreet meet of een respondent non-heteroseksueel is. De onafhankelijke variabele 'non-heteroseksualiteit' is om deze reden geconstrueerd aan de hand van een aantal variabelen. Hiervoor is gebruik gemaakt van drie variabelen: 1) Geslacht, 2) Geslacht van de verschillende leden van het huishouden van de respondent, en 3) Relatie van de respondent met de verschillende leden van het huishouden. Met de aan de hand van deze variabelen gecreëerde nieuwe variabele kan bepaald worden of een respondent samenwoont met een partner van hetzelfde geslacht. Omdat het hier alleen non-heteroseksuelen met een partner binnen hun huishouden betreft, wordt een deel van de non-heteroseksuelen niet meegenomen in de analyses. Samenwonende non-heteroseksuelen zijn hoogstwaarschijnlijk echter een doelgroep die vaak te maken krijgt met stigma, omdat zij hun identiteit voor hun omgeving zichtbaar naar buiten brengen. Hierdoor vormen zij een geschikte groep voor het uitvoeren van de analyses. Aan de hand van de aangemaakte variabele die meet of iemand heteroseksueel of non-heteroseksueel is, is gekeken in welke landen zich binnen de dataset geen samenwonende non-heteroseksuelen bevinden. Er is voor gekozen deze landen niet mee te nemen in de verdere analyses, omdat het effect van non-heteroseksualiteit op de mentale gezondheid in deze landen niet te meten is. Dit maakt het niet mogelijk deze landen hierin te vergelijken met de andere landen. Landen waarin zich binnen de dataset geen samenwonende non-heteroseksuelen bevinden zijn bijvoorbeeld Bulgarije, Kosovo, Polen en Rusland.

De eerste afhankelijke variabele 'depressiviteit' wordt gemeten aan de hand van de variabelen

uit de ESS die overeenkomen met de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). De CES-D schaal is ontworpen om symptomen te meten die op een depressie kunnen duiden aan de hand van gevalideerde items (Radloff, 1977). De schaal heeft een hoge interne consistentie, en is betrouwbaar en valide (ibid). Dit maakt de CES-D schaal een acceptabele methode voor het meten van depressieve symptomen bij de respondenten. Binnen de ESS zijn acht vragen gesteld die afkomstig zijn uit de CES-D schaal. Iedere vraag begint met: 'Kunt u aan de hand van deze kaart zeggen, hoe vaak gedurende de afgelopen week...'. De vragen luiden vervolgens: '...u zich gedeprimeerd voelde?', '...u voelde dat alles wat u deed met moeite ging?', '...u slecht geslapen heeft?', '...u gelukkig was?', '...u zich eenzaam voelde?', '...u van het leven genoot?', '...u zich droevig voelde?', en '...u niet op gang kon komen?'. Het antwoord op deze vragen is gegeven op een vierpuntige Likertschaal met de volgende opties: 'Nooit of bijna nooit', 'Soms', 'Meestal', en 'Altijd of bijna de hele tijd'. De acht items hebben een Cronbach's Alpha van 0.820, wat indiceert dat deze ook binnen de ESS-dataset een betrouwbare meting vormen voor de mate van depressiviteit bij de respondenten. Om deze reden zijn de genoemde items samengevoegd tot een variabele die de respondent op basis van zijn of haar antwoorden een gedetailleerde score geeft tussen één en vier. Een score van één betekent op deze schaal dat de respondent geen depressieve symptomen ervaart, terwijl een score van vier betekent dat de respondent zeer vaak of altijd alle depressieve symptomen ervaart. Bij twee van de acht vragen betekent een score van één dat iemand het depressieve symptoom zeer vaak ervaart, terwijl dit bij de rest van de vragen andersom is. Om deze reden zijn deze twee vragen omgepoold, zodat ook bij deze vragen een hogere score op depressiviteit duidt.

De tweede afhankelijke variabele 'subjectief welzijn' wordt gemeten aan de hand van twee vragen uit de ESS. De eerste vraag luidt: 'Alles bij elkaar genomen, hoe tevreden bent u vandaag de dag met uw leven in het algemeen?', en de tweede vraag luidt: 'Alles bij elkaar genomen, hoe gelukkig zou u zeggen dat u bent?'. Deze twee items zijn geschikt om 'subjectief welzijn' mee te meten, omdat cognitieve en affectieve beoordeling van het eigen leven binnen dit concept cruciaal zijn (Diener, Lucas, & Oishi, 2002). Hoe iemand het leven cognitief beoordeeld laat zien hoe tevreden deze persoon is met hoe zijn of haar leven op dat moment loopt, terwijl de affectieve beoordeling weergeeft hoe iemand zich op dat moment voelt over zijn of haar leven (ibid). De gekozen vragen meten precies deze twee kanten van het concept. De antwoordmogelijkheden op beide vragen lopen van 0 ('Zeer ontevreden' en 'Zeer ongelukkig') tot en met 10 ('Zeer tevreden' en 'Zeer gelukkig'). Omdat het hier gaat om twee items is er gebruik gemaakt van een Spearman-Brown test om de betrouwbaarheid te meten (Spearman-Brown Coëfficiënt = 0.828). Op de uiteindelijk opgestelde schaal betekent een hogere score dat de respondent een groter subjectief welzijn ervaart.

Om de variabele 'sociale steun' voor hypothese 3b te meten is gebruik gemaakt van een drietal vragen uit de ESS. Deze luiden als volgt: 'Kunt u aangeven hoe vaak u om sociale redenen vrienden,



familieleden of collega's ontmoet?', 'Met hoeveel mensen kunt u intieme en persoonlijke kwesties bespreken?', en 'Hoe vaak neemt u, in vergelijking met andere mensen van uw leeftijd, deel aan sociale activiteiten?'. Deze drie vragen zijn bruikbaar bij het meten van sociale steun, omdat vriendschap, ervaren beschikbaarheid van sociale steun en de sociale rol die iemand heeft belangrijke aspecten zijn van sociale steun (Lakey & Cohen, 2000). Er zijn bij de eerste vraag zeven antwoordcategorieën. Deze luiden: 'Nooit', 'Minder dan 1 keer per maand', '1 keer per maand', 'Meerdere keren per maand', '1 keer per week', 'Meerdere keren per week', en 'Elke dag'. Bij de tweede vraag zijn eveneens zeven antwoordmogelijkheden, namelijk: 'Niemand', '1', '2', '3', '4-6', '7-9', en '10 of meer'. De laatste vraag heeft echter vijf antwoordcategorieën, welke luiden als volgt: 'Veel minder dan de meesten', 'Minder dan de meesten', 'Ongeveer evenveel', 'Meer dan de meesten', en 'Veel meer dan de meesten'. Om van deze variabelen een schaal te kunnen maken zijn de eerste twee vragen gehercodeerd, waardoor deze eveneens een range hebben van 1-5. Het uitvoeren van een factoranalyse wees uit dat alle drie de items laden op de eerste factor, met een eigenwaarde van 1.609 en een verklaarde variantie van 53.6 procent. De drie items hebben een Cronbach's Alpha van 0.567. Vanwege deze lage Cronbach's Alpha worden de samengevoegde items als index beschouwd. Een hogere score betekent op deze schaal dat iemand meer sociale steun ervaart.

#### *Additionele variabelen op individueel niveau*

Om te meten of een respondent gehandicapt is wordt gebruik gemaakt van één variabele uit de ESS waarin gevraagd wordt naar de belangrijkste activiteit van de respondent in de laatste zeven dagen. De respondent kan verschillende activiteiten aanvinken op deze lijst, waaronder 'Permanent ziek of gehandicapt'. Binnen de dataset is voor dit antwoord een aparte variabele aangemaakt (0 = niet aangevinkt en 1 = wel aangevinkt).

#### *Controlevariabelen*

Om de invloed van mogelijke externe factoren op het verband tussen non-heteroseksualiteit en mentale gezondheid uit te kunnen sluiten is gebruik gemaakt van verschillende controlevariabelen. Allereerst is er gecontroleerd op leeftijd (in jaren). Eerder onderzoek liet een relatie zien tussen leeftijd en problemen met mentaal welzijn, waarin mensen het minst vaak klachten rapporteren op middelbare leeftijd en het meest als zij 80 jaar of ouder zijn (Mirowsky & Ross, 1992). Daarnaast is er gecontroleerd op geslacht (1 = vrouw en 0 = man). Onderzoek wijst namelijk uit dat de kans op mentale gezondheidsproblematiek tweemaal hoger is onder vrouwen dan onder mannen (Weissman & Klerman, 1985). Ook is er gecontroleerd op opleidingsniveau (in het aantal jaren dat iemand onderwijs gevolgd heeft). Onderzoek laat zien dat lager opgeleiden vaker te maken krijgen met problemen met hun mentale gezondheid dan hoger opgeleiden (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007).

Ook arbeidssituatie kan van invloed zijn op het mentale welzijn van een respondent. Mentale gezondheidsproblematiek komt bijvoorbeeld significant vaker voor bij werklozen (Mickucka, 2014). Om deze reden is ook de arbeidssituatie van de respondenten meegenomen als controlevariabele. Hierbij is gebruik gemaakt van een variabele die de belangrijkste activiteit van de respondent meet (1 = betaald werk, 2 = educatie, 3 = werkloos, op zoek naar een baan, 4 = werkloos, niet op zoek naar een baan, 5 = permanent ziek of gehandicapt, 6 = met pensioen, 7 = vrijwilligerswerk of militaire diensten, 8 = huishouden, zorgen voor de kinderen, en 9 = anders). Van deze variabele is een dummyvariabele gemaakt, waarin 'betaald werk' gebruikt wordt als referentiecategorie.

Of iemand wel of geen onderdeel is van een etnische minderheid kan daarnaast invloed hebben op de mentale gezondheid. Onder andere de onmogelijkheid om beoogde doelen te bereiken en het gevoel niet bij de rest van de bevolking te horen na migratie, kan er bij mensen met een andere etniciteit dan het grootste deel van de bevolking voor zorgen dat zij eerder te maken krijgen met problemen met hun mentale gezondheid (Bhugra & Ayonrinde, 2003). Om deze reden is gecontroleerd op etniciteit en of iemand tot een etnische minderheid behoort (1 = behoort tot een etnische minderheid en 0 = behoort niet tot een etnische minderheid). De criteria voor wanneer iemand tot een etnische minderheid behoort verschillen per land. In veel Westerse landen wordt iemand niet gezien als onderdeel van een minderheid als deze uit een ander Westers land komt (Oudhof, 2007). De vraagstelling van de ESS is dan ook per land aangepast op de ideeën over welke inwoners behoren tot een etnische minderheid. In de Nederlandse vragenlijst luidde deze vraag bijvoorbeeld als volgt: 'Behoort u tot een etnische minderheid in Nederland? Daaronder verstaan we etnische groepen zoals Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen die oorspronkelijk niet afkomstig zijn uit Nederland'.

Mensen die in armoede leven hebben een hogere kans op problemen met hun mentale gezondheid dan mensen die meer voorzieningen tot hun beschikking hebben (Sareen, Afifi, McMillan, & Asmundson, 2011). Om deze reden is er tot slot gecontroleerd op het inkomen van de respondenten. Hiervoor is gebruik gemaakt van een variabele die meet hoe de respondent zich voelt over het huidige inkomen van het huishouden (1 = comfortabel leven met het huidige inkomen, 2 = het lukt om rond te komen met het huidige inkomen, 3 = moeilijk rondkomen met het huidige inkomen, en 4 = heel erg moeilijk rondkomen met het huidige inkomen).

#### *Operationalisering variabele op nationaal niveau*

Data over de modererende variabele 'collectivisme' is handmatig toegevoegd aan de dataset van de ESS. Hiervoor is gebruik gemaakt van de scores op de individualisme-schaal die Hofstede (z.d.) aan ieder land heeft toegekend. Deze scores zijn ontstaan op basis van enquêtes waarin gekeken werd naar de waarde die respondenten hechten aan baanzekerheid en het doorbrengen van tijd met hun familie (Hofstede, 2013). Daarnaast is gekeken naar de mate waarin de respondent belang hecht aan

het hebben van een interessante baan en het belang van een baan die door de sociale omgeving gerespecteerd wordt (ibid). Binnen de op basis van deze vragen per land opgestelde individualismeschalen betekent een sterke collectivistische cultuur dat van het individu verwacht wordt dat deze loyaal is naar de groep waar deze deel van uitmaakt (Hofstede, z.d.). Zoals eerder aangegeven kan deze sterke onderlinge afhankelijkheid zowel leiden tot sterkere stigmatisering van mensen die afwijken van de norm als tot sterkere sociale bindingen. Hierom is het gebruik van de individualismeschaal van Hofstede een bruikbaar middel om de mate van collectivisme in een land te meten. De schaal geeft ieder land een score tussen 0 en 100. Een hogere score op deze schaal staat voor een hogere mate van individualisme. De scores zijn omgepoold om een schaal te creëren die de mate van collectivisme meet.

Voor de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek is gebruik gemaakt van een tweede schaal om de mate van collectivisme in een land te meten. Hiervoor is gebruik gemaakt van de door Ten Kate (2015) toegepaste operationalisering van collectivisme, gebaseerd op de collectivisme-index van Vandello en Cohen (1999) en Eurostat data. Vandello en Cohen (1999) hebben een lijst opgesteld met acht indicatoren voor collectivisme. Deze indicatoren zijn op nationaal niveau meetbaar, waardoor de hiervoor benodigde data terug te vinden is in de database van Eurostat. Binnen dit onderzoek zijn drie van deze items gebruikt, namelijk: het percentage alleenwonenden, het percentage ouderen dat alleen woont, en het percentage huishoudens bestaande uit een alleenstaande ouder met tenminste één afhankelijk kind. Deze drie items meten een hoge mate van individualisme, waardoor deze omgepoold zijn voor verdere analyses. Een factoranalyse geeft voor deze drie items een eerste factor met een eigenwaarde van 2.147 en een verklaarde variantie van 71.57 procent. Als de collectivismeschaal van Hofstede meegenomen wordt in de factoranalyse geeft dit een eerste factor met een eigenwaarde van 2.553 en een verklaarde variantie van 63.83 procent. Om deze reden is ervoor gekozen beide schalen samen te voegen tot één schaal die het concept collectivisme meet.

In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de in de analyses gebruikte variabelen.

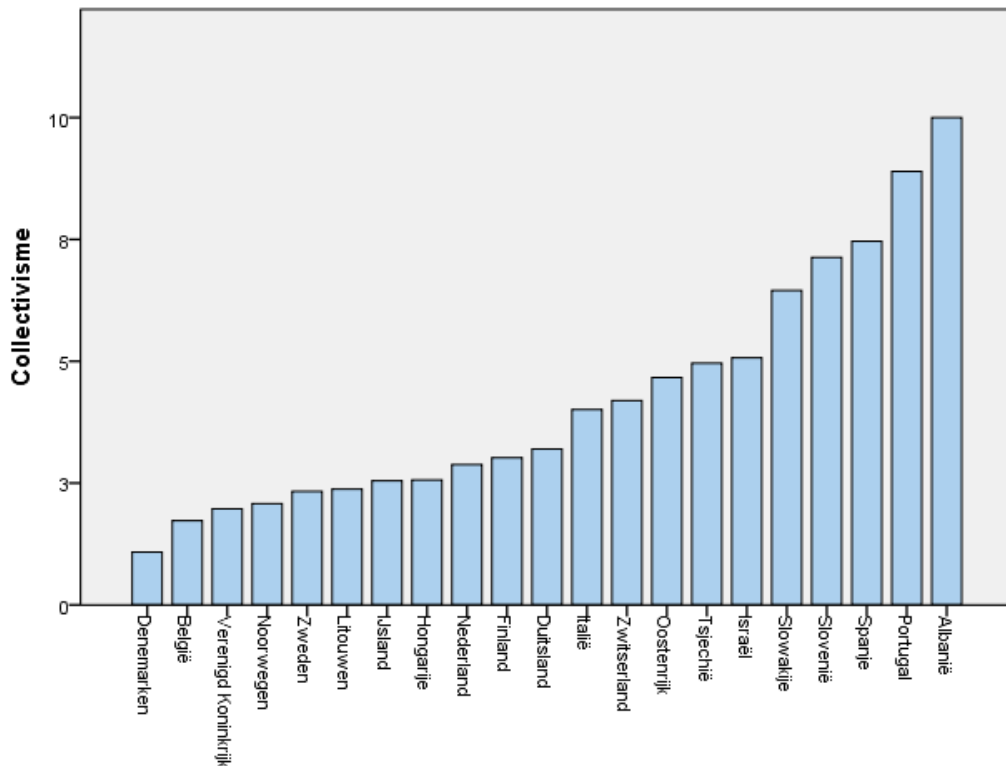
TABEL 1

## Beschrijvende statistieken

	N.	Std. dev.	Gemiddelde	Bereik
<i>Micro-niveau (individueel)</i>				
Seksualiteit (non-heteroseksueel)	64547	0.086	0.010	0-1
Depressiviteit	64547	0.517	1.710	1-4
Subjectief welzijn	64547	1.897	7.281	0-10
Sociale steun	64547	2.235	9.014	1-15
<i>Controlevariabelen</i>				
Leeftijd	64547	17.896	49.691	18-100
Geslacht (vrouw)	64547	0.499	0.530	0-1
Onderwijs	64547	4.060	12.814	0-30
Etniciteit (etnische minderheid)	64547	0.225	0.054	0-1
Inkomen	64547	0.876	1.995	1-4
Betaald werk (referentie)	64547	0.499	0.516	0-1
Werkloos	64547	0.244	0.064	0-1
Ziek of gehandicapt	64547	0.164	0.028	0-1
Pensioen	64547	0.431	0.246	0-1
Vrijwilliger	64547	0.042	0.002	0-1
Huishouden	64547	0.261	0.073	0-1
Studeren	64547	0.240	0.061	0-1
Overig	64547	0.100	0.010	0-1
<i>Additionele variabelen</i>				
Lichamelijk welzijn (ziek of gehandicapt)	64547	0.188	0.037	0-1
<i>Macro-niveau (landen)</i>				
Collectivisme	21	2.604	3.288	0-10
Hofstede	21	2.373	3.768	0-10
Eurostat	19	2.687	4.006	0-10

## Resultaten

In Figuur 2 zijn allereerst de collectivismescores weergegeven van de landen die meegenomen zijn in de analyses. De landen die het hoogst scoren op deze collectivismeschaal zijn Albanië, Portugal en Spanje. Landen met de laagste score op de collectivismeschaal zijn Denemarken, België en het Verenigd Koninkrijk.



Figuur 2: Mate van collectivisme in de gebruikte landen op basis van de opgestelde collectivismeschaal

De multilevel regressieanalyse heeft vervolgens de in Tabel 2 en 3 weergegeven resultaten opgeleverd. De volledige modellen met controlevariabelen zijn opgenomen in Appendix A. Tabel 2 en 3 rapporteren alleen de cruciale coëfficiënten voor het toetsen van de hypothesen. Allereerst zijn in Tabel 2 de uitkomsten opgenomen van de analyse met depressie als afhankelijke variabele. Als in deze tabel gekeken wordt naar het Nulmodel wordt duidelijk dat verschillen in depressie voor 10,87 procent bepaald worden door verschillen tussen de landen, en voor de overige 89,13 procent door verschillen tussen individuen. Model 1 laat vervolgens zien dat het model significant beter wordt na het toevoegen van de onafhankelijke variabele en de controlevariabelen. Bij 13 vrijheidsgraden zou de -2 Log Likelihood namelijk ten minste af moeten nemen met 27,69 voor een significantieniveau dat kleiner is dan 0,01. De tabel laat zien dat deze gedaald is met 9385,70. Model 1 laat daarnaast zien dat het hoofdverband tussen non-heteroseksualiteit en depressie positief en significant is als gecontroleerd wordt voor leeftijd, geslacht, educatie, etniciteit, subjectief inkomen en arbeidssituatie, en eenzijdig

getoetst wordt ( $p = 0,059$ ). Zoals verwacht in Hypothese 1 rapporteren non-heteroseksuelen vaker depressieve klachten dan heteroseksuelen. Het significantieniveau is echter minder overtuigend dan op basis van de eerder beschreven theorie verwacht werd.

In Tabel 3 zijn de uitkomsten van de regressieanalyse met subjectief welzijn als afhankelijke variabele weergegeven. Hier geldt dat 15,22 procent van het verschil in subjectief welzijn bepaald wordt door verschillen tussen de landen, en de rest (84,78 procent) door verschillen tussen individuen. Eveneens neemt de -2 Log Likelihood meer dan 27,69 af in het eerste model, namelijk met 10184,42. Echter is er geen significant verband tussen non-heteroseksualiteit en subjectief welzijn ( $p = 0,953$ ). Binnen deze dataset verschillen non-heteroseksuelen niet beduidend van heteroseksuelen in hun gerapporteerde subjectieve welzijn.

In zowel Tabel 2 als Tabel 3 laat Model 2 een niet-significante *random slope* zien van het verband tussen non-heteroseksualiteit en mentale gezondheidsproblematiek ( $p > 0,10$ ). Om deze reden kan gesteld worden dat er in de dataset geen significant verschil bestaat tussen de landen wat betreft het verband tussen non-heteroseksualiteit en depressieve klachten (Tabel 2) of subjectief welzijn (Tabel 3). Dat de random slope het model niet beter maakt blijkt ook uit de niet-significant gedaalde -2 Log Likelihood. Bij één vrijheidsgraad zou deze ten minste moeten dalen met 2,71 voor een significantie kleiner dan 0,10. Zoals echter te zien is in Tabel 2 is deze slechts gedaald met 0,604, en in Tabel 3 slechts met 0,2.

TABEL 2

Multilevel regressieanalyse waaruit geïnterpreteerd kan worden hoe collectivisme het verband tussen non-heteroseksualiteit en depressie beïnvloed

	Nulmodel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
<i>Individueel niveau</i>						
Constante	1,721***	1,276***	1,276***	1,227***	1,227***	1,691***
Non-heteroseksualiteit		0,038*	0,033	0,033	0,053	0,018
<i>Cross-level interacties</i>						
Collectivisme				0,013	0,013	0,010
Collectivisme*Non-heteroseksualiteit					-0,006	-0,001
Sociale relaties						-0,046***
Sociale relaties*Non-Heteroseksualiteit						0,001
Variantie, landniveau (n = 21)	0,030***	0,012***	0,012***	0,012***	0,011***	0,009***
Variantie, individueel niveau (n = 64547)	0,246***	0,212***	0,212***	0,212***	0,212***	0,204***
Random slope, non-heteroseksualiteit			0,003	0,003	0,004	
-2 Log Likelihood	92783,177	83397,478	83396,874	83402,023	83408,989	80778,307
Df		13	1	1	1	3

\* = Sig. <0,10/ \*\* = Sig. <0,05/ \*\*\* = Sig. < 0,01

TABEL 3

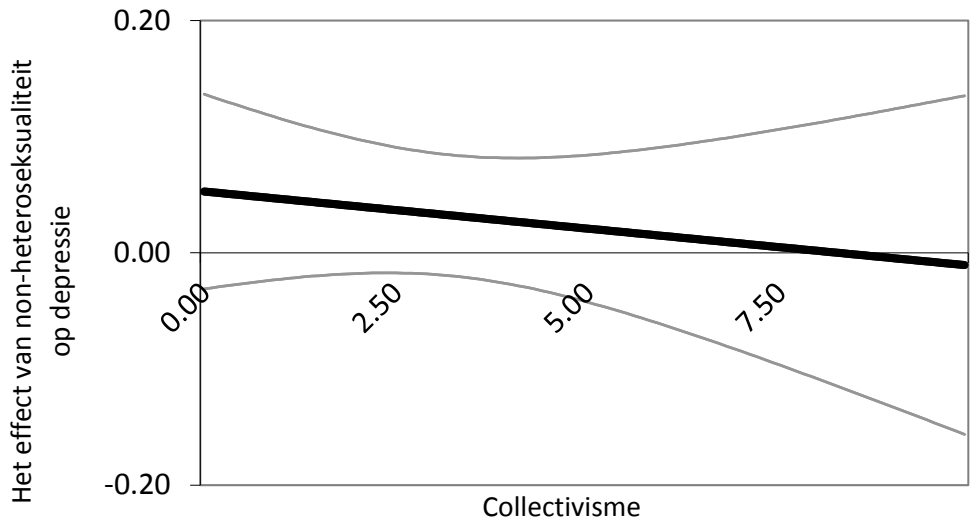
Multilevel regressieanalyse waaruit geïnterpreteerd kan worden hoe collectivisme het verband tussen non-heteroseksualiteit en subjectief welzijn beïnvloed

	Nulmodel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
<i>Individueel niveau</i>						
Constante	7,238***	8,951***	8,951***	9,167***	9,167***	7,544***
Non-heteroseksualiteit		0,011	0,005	0,005	0,052	0,454
<i>Cross-level interacties</i>						
Collectivisme				-0,057	-0,057	-0,047
Collectivisme*Non-heteroseksualiteit					-0,016	-0,026
Sociale relaties						0,162***
Sociale relaties*Non-Heteroseksualiteit						-0,035
Variantie, landniveau (n = 21)	0,555***	0,240***	0,240***	0,221***	0,221***	0,165***
Variantie, individueel niveau (n = 64087)	3,091***	2,635***	2,635***	2,635***	2,635***	2,531***
Random slope, non-heteroseksualiteit			0,017	0,017	0,023	
-2 Log Likelihood	254332,08	244147,66	244147,46	244149,66	244154,38	241579,83
df		13	1	1	1	3

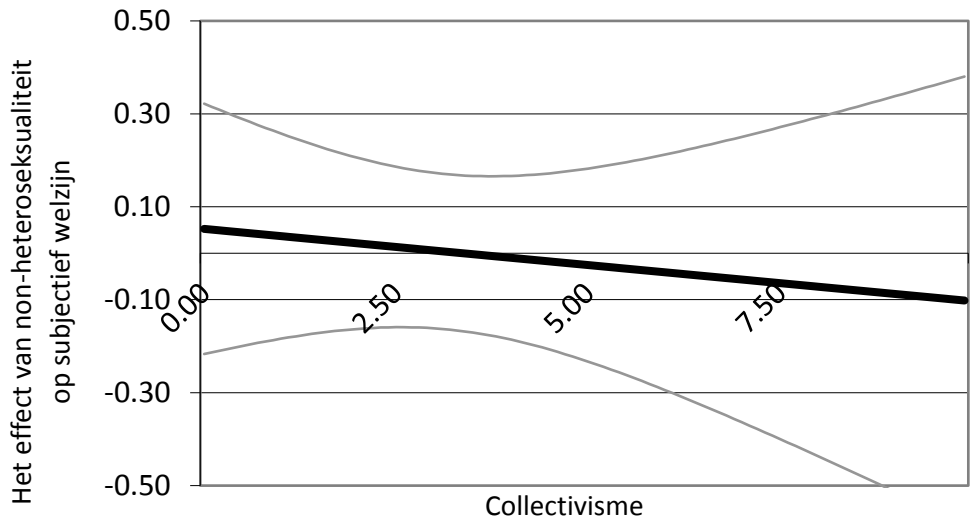
\* = Sig. <0,10/ \*\* = Sig. <0,05/ \*\*\* = Sig. < 0,01

Beide tabellen laten in Model 3 zien wat het effect is van collectivisme op mentale gezondheid. Echter is in zowel Tabel 2 als Tabel 3 de -2 Log Likelihood niet genoeg gedaald voor een significant effect. Daarnaast is het effect in beide tabellen niet significant ( $p > 0,10$ ). Dit indiceert dat er over het algemeen binnen de dataset geen significant verschil is tussen de mentale gezondheid van respondenten in collectivistische en individualistische landen.

Zowel in Tabel 2 als Tabel 3 is zichtbaar dat de -2 Log Likelihood in Model 4 toeneemt na het toevoegen van het interactie-effect. In beide tabellen is het interactieverband daarnaast niet significant ( $p > 0,10$ ). Deze resultaten laten zien dat er geen significant grotere kloof in mentaal welzijn is tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen naarmate een land meer of minder collectivistisch is. In Figuur 3 en Figuur 4 is weergegeven hoe dit interactieverband eruitziet voor depressie en subjectief welzijn. In beide figuren is een licht dalende lijn zichtbaar. Dit geeft aan dat het positieve effect van non-heteroseksualiteit op depressie (zie Figuur 3) en subjectief welzijn (zie Figuur 4) kleiner is in collectivistische landen. Het interactie-effect is echter niet significant, waardoor van een significante daling geen sprake is. Daarnaast wordt zichtbaar dat de betrouwbaarheidsintervallen van 95% (de bovenste en onderste lijnen) nergens de nullijn passeren. Het bovenste betrouwbaarheidsinterval ligt in beide figuren geheel boven de nullijn, terwijl het onderste betrouwbaarheidsinterval geheel onder de nullijn ligt. Dit betekent dat, hoe collectivistisch een land ook is, er geen significant effect is van non-heteroseksualiteit op depressie en subjectief welzijn.



Figuur 3: Het effect van non-heteroseksualiteit op depressie, gemodereerd door de mate van collectivisme



Figuur 4: Het effect van non-heteroseksualiteit op subjectief welzijn, gemodereerd door de mate van collectivisme

Ook als de analyses van Model 4 uitgevoerd worden met beide collectivismeschalen (Hofstede en Eurostat) los van elkaar wordt er nergens een significant interactie-effect gevonden. Bij het verband tussen non-heteroseksualiteit en depressie geeft het interactie-effect met de collectivismeschaal van Hofstede een coëfficiënt van 0,005 ( $p = 0,660$ ). Voor ditzelfde verband geeft het interactie-effect met de collectivismeschaal van Eurostat een coëfficiënt van -0,002 ( $p = 0,895$ ). Bij het verband tussen non-heteroseksualiteit en subjectief welzijn geeft het interactie-effect met de collectivismeschaal van Hofstede een coëfficiënt van -0,020 ( $p = 0,643$ ). Het interactie-effect met de collectivismeschaal van Eurostat levert bij dit verband een coëfficiënt van -0,008 ( $p = 0,835$ ) op.



De invloed van sociale bindingen op de kloof in mentale gezondheid tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen is terug te vinden in Model 5 van Tabel 2 en 3. Duidelijk wordt uit beide tabellen dat het hebben van sterke sociale banden positief is voor mentaal welzijn. Respondenten met sterke sociale banden rapporteren significant minder depressieve klachten en meer subjectief welzijn ( $p < 0,01$ ). Echter wordt er in beide tabellen geen significant interactie-effect gevonden ( $p > 0,10$ ).

#### *Additionele analyse*

De regressieanalyses met het hebben van een lichamelijke ziekte of handicap als onafhankelijke variabele, hebben de in Tabel 4 en Tabel 5 weergegeven resultaten opgeleverd. Wederom geldt dat de volledige modellen met controlevariabelen opgenomen zijn onder Appendix A, en dat alleen de hoofdzakelijke coëfficiënten voor het toetsen van de hypothesen zijn weergegeven.

TABEL 4

Multilevel regressieanalyse waaruit geïnterpreteerd kan worden hoe collectivisme het verband tussen het hebben van een fysieke ziekte of handicap en depressie beïnvloed

	Nulmodel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
<i>Individueel niveau</i>						
Constance	1,695***	1,261***	1,262***	1,235***	1,235***	1,701***
Handicap		0,311***	0,312***	0,312***	0,307***	0,549***
<i>Cross-level interacties</i>						
Collectivisme				0,009	0,009	0,007
Collectivisme*Handicap					0,002	0,001
Sociale relaties						-0,046***
Sociale relaties*Handicap						-0,030***
Variantie, landniveau (n = 21)	0,021***	0,008***	0,008***	0,008***	0,007***	0,004***
Variantie, individueel niveau (n = 57484)	0,241***	0,207***	0,207***	0,207***	0,207***	0,198***
Random slope, Handicap			0,008***	0,008***	0,008**	
-2 Log Likelihood	81340,877	72793,842	72743,378	72750,053	72757,386	70269,333
df		13	1	1	1	3

\* = Sig. <0,10/ \*\* = Sig. <0,05/ \*\*\* = Sig. < 0,01

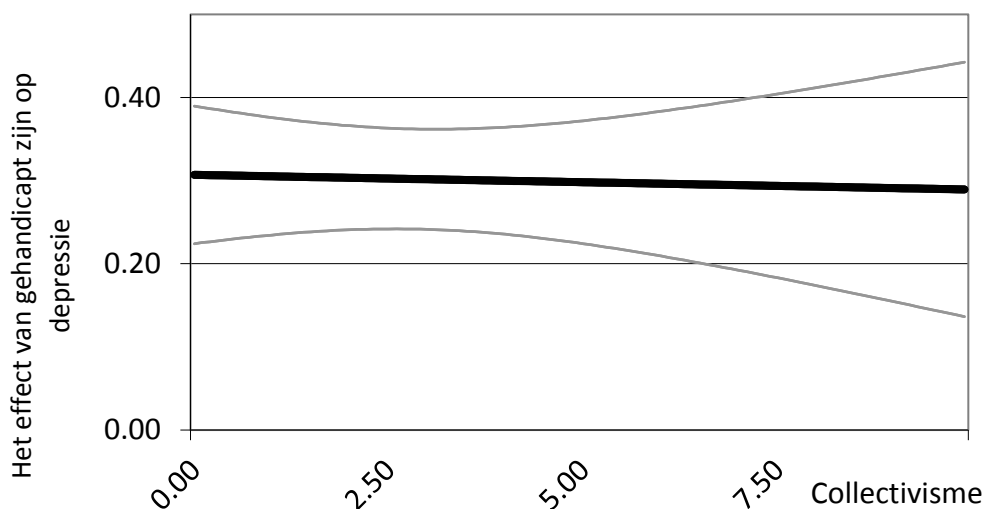
TABEL 5

Multilevel regressieanalyse waaruit geïnterpreteerd kan worden hoe collectivisme het verband tussen het hebben van een fysieke ziekte of handicap en subjectief welzijn beïnvloed

	Nulmodel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
<i>Individueel niveau</i>						
Constance	7,295***	8,949***	8,947***	9,207***	9,209***	7,567***
Handicap		-0,657***	-0,598***	-0,599***	-0,739***	-1,223***
<i>Cross-level interacties</i>						
Collectivisme				-0,084*	-0,084*	-0,079**
Collectivisme*Handicap					0,051*	0,046***
Sociale relaties						0,164***
Sociale relaties*Handicap						0,061***
Variantie, landniveau (n = 21)	0,553***	0,251***	0,252***	0,223***	0,222***	0,144***
Variantie, individueel niveau (n = 57484)	2,956***	2,498***	2,497***	2,497***	2,497***	2,390***
Random slope, Handicap			0,053*	0,053*	0,040	
-2 Log Likelihood	225550,18	215938,77	215921,81	215922,89	215924,92	213402,16
df		13	1	1	1	3

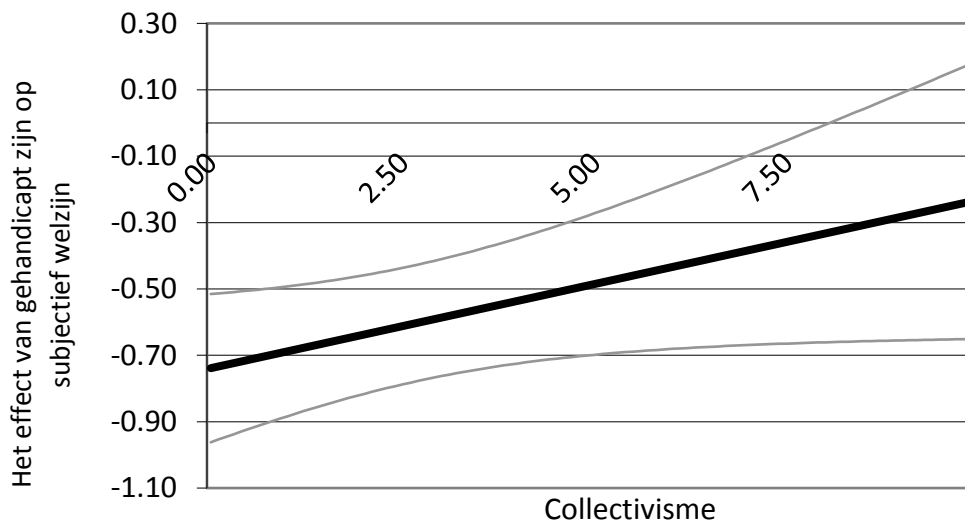
\* = Sig. <0,10/ \*\* = Sig. <0,05/ \*\*\* = Sig. < 0,01

Zoals zichtbaar wordt in beide tabellen is het verband tussen het hebben van een lichamelijke ziekte of handicap en mentale gezondheid hier significant en negatief ( $p < 0,01$ ). Ondanks het feit dat er in Tabel 4 echter een sterk positief verband gevonden wordt tussen gehandicapt zijn en depressiviteit, is het interactie-effect met collectivisme niet significant ( $p = 0,864$ ). Figuur 5 laat zien dat collectivisme geen significante invloed heeft op het verband tussen gehandicapt zijn en depressie. Zoals zichtbaar wordt passeren de betrouwbaarheidsintervallen van 95% de nullijn niet en laat de figuur een vrijwel horizontale lijn zien.



Figuur 5: Het effect van gehandicapt zijn op depressie, gemodereerd door de mate van collectivisme

Echter wordt in Tabel 5 wel een significant interactie-effect gevonden voor het negatieve verband tussen het hebben van een handicap en subjectief welzijn ( $p = 0,072$ ). Een weergave van dit interactie-effect is terug te vinden in Figuur 6. Zoals zichtbaar wordt in deze figuur passeert het bovenste betrouwbaarheidsinterval van 95% de nullijn aan de rechterkant van de figuur, terwijl dit aan de linkerkant van de figuur niet het geval is. Dit laat zien dat het effect van gehandicapt zijn op subjectief welzijn in collectivistischere landen mogelijk afwezig of zelfs positief is, in plaats van negatief zoals in de meer individualistische landen.



Figuur 6: Het effect van gehandicapt zijn op subjectief welzijn, gemodereerd door de mate van collectivisme

Naast het significante interactie-effect met collectivisme laat Tabel 5 zien dat de kloof in mentale gezondheidsproblematiek eveneens kleiner wordt naarmate iemand sterkere sociale banden rapporteert ( $p < 0,01$ ). Echter laat deze tabel ook zien dat het interactie-effect met collectivisme hierdoor niet wegvalt of deels overgenomen wordt.

### Conclusie en discussie

Middels de hoofdvraag: *Hoe beïnvloedt collectivisme de kloof in mentale gezondheidsproblematiek tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen?* heb ik binnen deze scriptie onderzocht of de kloof tussen de mentale gezondheid van non-heteroseksuelen en heteroseksuelen groter of kleiner is in collectivistische landen. Reden om te verwachten dat deze kloof zou verschillen tussen collectivistische en individualistische landen waren de kenmerkende eigenschappen van collectivistische culturen. Enerzijds kenmerkt een collectivistische cultuur zich door stigmatisering van mensen die afwijken. Verwacht werd dat het grotere stigma dat in deze landen op non-heteroseksualiteit rust ervoor zou zorgen dat de kloof in mentale gezondheidsproblematiek tussen non-heteroseksuelen en

heteroseksuelen groter zou zijn dan in individualistische landen. Een collectivistische cultuur kenmerkt zich anderzijds echter door de sterke sociale banden die mensen onderling hebben. Deze banden zouden kunnen zorgen voor een sterker sociaal vangnet van mensen die hen steunen. De alternatieve verwachting was hierdoor dat het verschil in mentale gezondheid tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen minder groot zou zijn in collectivistische landen.

Allereerst bleek uit de analyses dat de geanticipeerde kloof in mentaal welzijn tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen slechts matig aanwezig was in de dataset. Non-heteroseksuelen rapporteren in de dataset vaker depressieve klachten dan heteroseksuelen. Echter werd deze kloof niet gevonden voor subjectief welzijn, wat laat zien dat non-heteroseksuelen hier over het algemeen even gelukkig zijn als heteroseksuelen. Dit is een opvallende uitkomst, gezien eerder onderzoek uitwees dat non-heteroseksuelen beduidend minder mentaal welzijn ervaren dan heteroseksuelen (Chakraborty et al., 2011; King et al., 2008; Lewis, 2009; Mundle, Mahler, & Buhgra, 2015; Plöderl & Tremblay, 2015).

Een mogelijke verklaring voor de matige kloof in mentale gezondheidsproblematiek tussen non-heteroseksuelen en heteroseksuelen is de reikwijdte van dit onderzoek. De eerder gebruikte referenties over dit onderwerp hebben gemeen dat ze uitgevoerd zijn in de Verenigde Staten, Australië of het meest westelijke deel van Europa. Het huidige onderzoek heeft echter 21, voornamelijk Europese, landen met elkaar vergeleken. Mogelijk zorgt deze meer diverse groep non-heteroseksuelen voor andere uitkomsten dan eerder onderzoek liet zien. Figuur 3 zou dit kunnen bevestigen. Hoewel deze uitkomst niet significant is, lijken non-heteroseksuelen vaker depressieve symptomen te rapporteren in individualistische landen (oftewel, de landen waarin eerder onderzoek voornamelijk plaatsgevonden heeft). Figuur 4 ondersteunt dit echter niet, gezien non-heteroseksuelen hier juist meer subjectief welzijn lijken te rapporteren in individualistische landen dan in collectivistische landen.

Een andere verklaring voor deze tegenstelling in de resultaten is het feit dat in dit onderzoek gebruik is gemaakt van non-heteroseksuelen die samenwonen met hun partner van hetzelfde geslacht. Verondersteld werd dat samenwonende non-heteroseksuelen waarschijnlijk te maken krijgen met een groter stigma dan non-heteroseksuelen die geen partner hebben of hier niet mee samenwonen, gezien samenwonende non-heteroseksuelen openlijk hun seksualiteit uiten. Om deze reden werd dan ook verwacht dat bij deze non-heteroseksuelen een verschil zichtbaar zou worden tussen hun mentale gezondheid en die van heteroseksuelen. Nu echter geen significante kloof gevonden is op dit punt kan gesteld worden dat het samenwonen met een partner voor de sociale steun zorgt die in eerder onderzoek door veel non-heteroseksuelen gemist werd. Ook moet in ogenschouw genomen worden dat eerder onderzoek uit heeft gewezen dat mensen in serieuze relaties over het algemeen gelukkiger zijn dan singles (Braithwaite, Delevi, & Fincham, 2010; Stutzer & Frey, 2005). Onder andere seksueel risicovol gedrag kan ervoor zorgen dat mensen die zich niet in een serieuze relatie bevinden vaker last

hebben van problemen met hun mentale welzijn. Braithwaite et al. (2010) geven aan dat singles over het algemeen een groter aantal sekspartners hebben dan mensen met een serieuze relatie. Dit grotere aantal sekspartners gaat vaker gepaard met seksueel risicovol gedrag, wat weer in verband gebracht wordt met mentale gezondheidsproblematiek (ibid). Mogelijk wordt een deel van de mentale gezondheidsproblematiek van non-heteroseksuelen verklaard door factoren waarmee zij vooral te maken krijgen als ze single zijn, zoals seksueel risicovol gedrag.

Ook voor de tweede en derde verwachting werd geen bewijs gevonden in de analyses. Er werd in de dataset geen grotere of kleinere kloof in de mentale gezondheid van non-heteroseksuelen en heteroseksuelen zichtbaar in collectivistische landen. Dit resultaat werd zowel in de analyses met depressie als met subjectief welzijn als afhankelijke variabele gevonden.

Een verklaring voor dit resultaat is de mogelijkheid dat de gebruikte landen niet dusdanig van elkaar verschillen in hun mate van collectivisme dat dit significante resultaten oplevert. Landen die in de ESS-dataset het hoogst scoorden op de collectivismeschaal waren bijvoorbeeld Rusland, Kosovo en Bulgarije. Echter konden deze hoogst scorende landen niet meegenomen worden in de analyses, omdat er in deze landen geen non-heteroseksuele respondenten waren die samenwoonden met hun partner. Mogelijk is het stigma dat op non-heteroseksualiteit ligt in deze meest collectivistische landen dermate hoog dat non-heteroseksuelen hun seksualiteit niet openlijk kunnen uiten zonder consequenties. In dit geval lijkt de gebruikte dataset een beperking te zijn. Het is namelijk goed voor te stellen dat de onmogelijkheid om samen te zijn met een partner naar keuze van invloed is op het mentale welzijn van de respondent.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat het uitvoeren van de analyses met samenwonende non-heteroseksuelen ervoor gezorgd heeft dat er geen significant interactie-effect gevonden is. Mogelijk staan samenwonende non-heteroseksuelen in meer collectivistische landen sterker in hun schoenen dan non-heteroseksuelen die niet samenwonen, gezien ze openlijk voor hun geaardheid uitkomen. Denkbaar is dat stigma de mentale gezondheid van non-heteroseksuelen die sterker in hun schoenen staan minder beïnvloed. Hierdoor kunnen hun eventuele depressieve gevoelens en subjectieve welzijn overeenkomen met dat van samenwonende non-heteroseksuelen in individualistische landen.

Opvallend was het feit dat er wel een verschil in de kloof in mentaal welzijn tussen gehandicapten en niet-gehandicapten gevonden werd. Deze kloof is voor subjectief welzijn beduidend kleiner in collectivistischere landen. Daarnaast liet de analyse zien dat het hebben van sociale bindingen de kloof in mentaal welzijn tussen gehandicapten en niet-gehandicapten significant verkleinde, hoewel dit het effect van collectivisme niet overnam. Hieruit kan echter geconcludeerd worden dat collectivisme wel degelijk van invloed is op de mentale gezondheid van mensen die afwijken van de norm.

Deze uitkomst heeft echter ook beperkingen. Hoewel gehandicapten afwijken van de norm zien buitenstaanders deze conditie mogelijk als iets dat de gehandicapte is overkomen. Het stigma dat gehandicapten ervaren is dan ook meer gericht op het idee dat zij tekortkomen als mens (Buljevac et al., 2010). Het stigma dat non-heteroseksuelen ervaren is vijandiger en in de vorm van walging (King et al., 2008; Russel & Fish, 2016). Om deze reden is het dan ook goed voor te stellen dat gehandicapten in collectivistische landen vaker sterkere sociale relaties hebben dan non-heteroseksuelen. Toekomstig onderzoek naar mensen die afwijken van de norm en mentale gezondheidsproblematiek zou dan ook rekening moeten houden met de aard van het onderzochte stigma.

## Referentielijst

- Bhugra, D., & Ayonrinde, O. (2004). Depression in migrants and ethnic minorities. *Advances in Psychiatric Treatment*, *10* (1), 13-17. doi:10.1192/apt.10.1.13
- Braithwaite, S. R., Delevi, R., & Fincham, F. D. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal Relationships*, *17* (1), 1-12. doi:10.1111/j.1475-6811.2010.01248.x
- Buljevac, M., Majdak, M., & Lautar, Z. (2010). The stigma of disability: Croatian experiences. *Disability and Rehabilitation*, *34* (9), 725-732. doi:10.3109/09638288.2011.616570
- Caunt, B. S., Franklin, J., Brodaty, N. E., & Brodaty, H. (2013). Exploring the Causes of Subjective Well-Being: A Content Analysis of Peoples' Recipes for Long-Term Happiness. *Journal of Happiness Studies*, *14* (2), 475-499. doi:10.1007/s10902-012-9339-1
- Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T. S., Bebbington, P., & King, M. (2011). Mental health of the non-heterosexual population of England. *The British Journal of Psychiatry*, *198* (2), 143-148. doi:10.1192/bjp.bp.110.082271
- Chiao, J. Y., & Blizinsky, K. D. (2009). Culture-gene coevolution of individualism-collectivism and the serotonin transporter gene. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, *277* (1681), 529-537. doi:10.1098/rspb.2009.1650
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U., & Storda, E. (2011). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, *21* (1-2), 111-120. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x
- Green, S. E. (2003). "What do you mean 'what's wrong with her?'": stigma and the lives of families of children with disabilities. *Social Science & Medicine*, *57* (8), 1361-1374. doi:10.1016/S0277-9536(02)00511-7
- Hofstede, G. (z.d.). *Country comparison*. Verkregen op 13 maart, 2017, van <https://geert-hofstede.com/countries.html>
- Hofstede, G. (z.d.). *National culture*. Verkregen op 13 maart, 2017, van <https://geert-hofstede.com/national-culture.html>
- Hofstede, G. (2013). *VSM 2013*. Verkregen op 18 maart, 2017, van <http://geerthofstede.com/research-and-vsm/vsm-2013/>
- Hofstede, G., & Bond, M. H. (1984). Hofstede's Culture Dimensions; An Independent Validation Using Rokeach's Value Survey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *15* (4), 417-433. doi:10.1177/0022002184015004003

- Kalra, G., Ventriglio, A., & Bhugra, G. (2015). Sexuality and mental health: Issues and what next? *International Review of Psychiatry*, 27 (5), 463-469. doi:10.3109/09540261.2015.1094032
- Kann, L., O'Malley Olsen, E., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., et al. (2016). Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Related Behaviors Among Students in Grades 9–12 — United States and Selected Sites, 2015. *Surveillance Summaries*, 65 (9), 1-202. doi:10.15585/mmwr.ss6509a1
- Ten Kate, J. J. (2015). *Collectivism, marriage and well-being; How and why the extent to which marriage leads to greater subjective well-being depends on national collectivism* (masterscriptie). Geraadpleegd op 15 maart, 2017, van <https://thesis.eur.nl/pub/32518/>
- King, M., Semlyen, J., See Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., et al. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8 (70). doi:10.1186/1471-244X-8-70
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (p. 29-52). New York, NY: Oxford University Press.
- Lewis, N. M. (2009). Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health & Place*, 15 (4), 1029–1045. doi:10.1016/j.healthplace.2009.05.003
- Lohoff, F. W. (2010). Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12 (6), 539–546. doi:10.1007/s11920-010-0150-6
- Jones, K. H., Jones, P. A., Middleton, R. M., Ford, D. V., Tuite-Dalton, K., Lockhart-Jones, H., et al. (2016). Physical Disability, Anxiety and Depression in People with MS: An Internet-Based Survey via the UK MS Register. *PLoS ONE*, 9 (8): e104604. doi:10.1371/journal.pone.0104604
- McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2016). Families Matter: Social Support and Mental Health Trajectories Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 59 (6), 674–680. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.07.026
- Mikucka, M. (2014). Does Individualistic Culture Lower the Well-Being of the Unemployed? Evidence from Europe. *Journal of Happiness Studies*, 15, 673–691. doi:10.1007/s10902-013-9445-8
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1992). Age and Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 33 (3), 187-205.
- Mundle, G., Mahler, L., & Bhugra, G. (2015). Homosexuality and Mental Health. *International Review of Psychiatry*, 27 (5), 355-356. doi:10.3109/09540261.2015.1109790
- Noh, J.-W., Kwon, Y. D., Park, J., Oh, I.-H., & Kim, J. (2016). Relationship between Physical Disability and Depression by Gender: A Panel Regression Model. *PLoS ONE*, 11 (11), e0166238. doi:10.1371/journal.pone.0166238



- Oudhof, K. (2007). Ethnic Minorities, Discrimination and Well-being in the ESS. Geraadpleegd op 16 mei, 2017, van <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/1001617/4577877/3-2-UDHOF-EN.pdf>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social Support and Resilience to Stress. *Psychiatry (Edgmont)*, 4 (5), 35-40.
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27 (5), 367-385. doi:10.3109/09540261.2015.1083949
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 465–487. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123 (1), 346-52. doi:10.1542/peds.2007-3524.
- Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. (2011). Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 68 (4), 419-427. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.15
- Stutzer, A., & Frey, B. S. (2006). Does marriage make people happy, or do happy people get married?. *The Journal of Socio-Economics*, 35 (2), 326–347. doi:10.1016/j.socec.2005.11.043
- Takahashi, Y. (2001). Depression and Suicide. *Japan Medical Association Journal*, 44 (8), 359–363.
- Teliti, A. (2015). SEXUAL PREJUDICE AND STIGMA OF LGBT PEOPLE. *European Scientific Journal*, 11 (14), 60-69.
- Triandis, H. C. (1993). Collectivism and Individualism as Cultural Syndromes. *Cross-Cultural Research*, 27 (3-4), 155-180. doi:10.1177/106939719302700301
- Turner, R. J., & Noh, S. (1988). Physical Disability and Depression: A Longitudinal Analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 29 (1), 23-37.
- Vandello, J. A., & Cohen, D. (1999). Patterns of individualism and collectivism across the United States. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (2), 279-292.
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8 (41), 1-5. doi:10.1186/1752-4458-8-41
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1985). Gender and Depression. *Trends in Neurosciences*, 8, 416–420. doi:10.1016/0166-2236(85)90145-6

## APPENDIX A: VOLLEDIGE VERSIES TABELLEN

TABEL 2

Volledige versie van de multilevel regressieanalyse waaruit geïnterpreteerd kan worden hoe collectivisme het verband tussen non-heteroseksualiteit en depressie beïnvloed

	Nulmodel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
<i>Individueel niveau</i>						
Constante	1,721***	1,276***	1,276***	1,227***	1,227***	1,691***
Non-heteroseksualiteit		0,038*	0,033	0,033	0,053	0,018
<i>Controlevariabelen</i>						
Leeftijd		0,002***	0,002***	0,002***	0,002***	0,002***
Vrouw		0,090***	0,090***	0,090***	0,090***	0,093***
Educatie		-0,006***	-0,006***	-0,006***	-0,006***	-0,003***
Etniciteit		0,058***	0,058***	0,058***	0,058***	0,053***
Inkomen		0,159***	0,159***	0,159***	0,159***	0,142***
<i>Arbeidssituatie:</i>						
- Studerend		0,024***	0,024***	0,024***	0,024***	0,053***
- Werkloos		0,098***	0,098***	0,098***	0,098***	0,100***
- Ziekte of handicap		0,438***	0,438***	0,438***	0,438***	0,416***
- Pensioen		0,040***	0,040***	0,040***	0,040***	0,046***
- Vrijwilligerswerk		0,022	0,022	0,022	0,022	0,048
- Huishouden		0,017***	0,017***	0,017***	0,017***	0,015***
- Overig		0,057***	0,057***	0,057***	0,057***	0,056***
- Betaald werk (referentie)						
<i>Cross-level interacties</i>						
Collectivisme				0,013	0,013	0,010
Collectivisme*Non-heteroseksualiteit					-0,006	-0,001
Sociale relaties						-0,046***
Sociale relaties*Non-Heteroseksualiteit						0,001
Variantie, landniveau (n = 21)	0,030***	0,012***	0,012***	0,012***	0,011***	0,009***
Variantie, individueel niveau (n = 64547)	0,246***	0,212***	0,212***	0,212***	0,212***	0,204***
Random slope, non-heteroseksualiteit			0,003	0,003	0,004	
-2 Log Likelihood	92783,177	83397,478	83396,874	83402,023	83408,989	80778,307
df		13	1	1	1	3

\* = Sig. <0,10/ \*\* = Sig. <0,05/ \*\*\* = Sig. < 0,01

TABEL 3

Volledige versie van de multilevel regressieanalyse waaruit geïnterpreteerd kan worden hoe collectivisme het verband tussen non-heteroseksualiteit en subjectief welzijn beïnvloed

	Nulmodel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
<i>Individueel niveau</i>						
Constante	7,238***	8,951***	8,951***	9,167***	9,167***	7,544***
Non-heteroseksualiteit		0,011	0,005	0,005	0,052	0,454
<i>Controlevariabelen</i>						
Leeftijd		-0,006***	-0,006***	-0,006***	-0,006***	-0,003***
Vrouw		0,057***	0,057***	0,057***	0,057***	0,045***
Educatie		0,005***	0,005***	0,005***	0,005***	-0,004**
Etniciteit		-0,182***	-0,182***	-0,182***	-0,182***	-0,163***
Inkomen		-0,736***	-0,736***	-0,736***	-0,736***	-0,678***
<i>Arbeidssituatie:</i>						
- Studerend		0,147***	0,147***	0,147***	0,147***	0,049*
- Werkloos		-0,534***	-0,534***	-0,533***	-0,533***	-0,537***
- Ziekte of handicap		-0,860***	-0,860***	-0,860***	-0,860***	-0,788***
- Pensioen		0,040*	0,040*	0,040*	0,040*	0,017
- Vrijwilligerswerk		-0,226	-0,226	-0,226	-0,226	-0,315**
- Huishouden		0,167***	0,167***	0,168***	0,168***	0,177***
- Overig		-0,044	-0,044	-0,044	-0,044	-0,044
- Betaald werk (referentie)						
<i>Cross-level interacties</i>						
Collectivisme				-0,057	-0,057	-0,047
Collectivisme*Non-heteroseksualiteit					-0,016	-0,026
Sociale relaties						0,162***
Sociale relaties*Non-Heteroseksualiteit						-0,035
Variantie, landniveau (n = 21)	0,555***	0,240***	0,240***	0,221***	0,221***	0,165***
Variantie, individueel niveau (n = 64087)	3,091***	2,635***	2,635***	2,635***	2,635***	2,531***
Random slope, non-heteroseksualiteit			0,017	0,017	0,023	
-2 Log Likelihood	254332,08	244147,66	244147,46	244149,66	244154,38	241579,83
df		13	1	1	1	3

\* = Sig. <0,10/ \*\* = Sig. <0,05/ \*\*\* = Sig. < 0,01

TABEL 4

Volledige versie van de multilevel regressieanalyse waaruit geïnterpreteerd kan worden hoe collectivisme het verband tussen het hebben van een fysieke ziekte of handicap en depressie beïnvloed

	Nulmodel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
<i>Individueel niveau</i>						
Constante	1,695***	1,261***	1,262***	1,235***	1,235***	1,701***
Handicap		0,311***	0,312***	0,312***	0,307***	0,549***
<i>Controlevariabelen</i>						
Leeftijd		0,002***	0,002***	0,002***	0,002***	0,001***
Vrouw		0,088***	0,088***	0,089***	0,089***	0,092***
Educatie		-0,005***	-0,005***	-0,005***	-0,005***	-0,003***
Etniciteit		0,081***	0,081***	0,081***	0,081***	0,073***
Inkomen		0,162***	0,162***	0,162***	0,162***	0,146***
Belangrijkste activiteit:						
- Studerend		0,025***	0,024***	0,024***	0,024***	0,053***
- Werkloos		0,090***	0,091***	0,091***	0,091***	0,093***
- Ziekte of handicap		0,124***	0,115***	0,115***	0,115***	0,114***
- Pensioen		0,040***	0,041***	0,041***	0,041***	0,048***
- Vrijwilligerswerk		0,087	0,087	0,087	0,087	0,112
- Huishouden		0,012	0,012	0,012	0,012	0,011
- Overig		0,051***	0,051***	0,051***	0,051***	0,050***
- Betaald werk (referentie)						
<i>Cross-level interacties</i>						
Collectivisme				0,009	0,009	0,007
Collectivisme*Handicap					0,002	0,001
Sociale relaties						-0,046***
Sociale relaties*Handicap						-0,030***
Variantie, landniveau (n = 21)	0,021***	0,008***	0,008***	0,008***	0,007***	0,004***
Variantie, individueel niveau (n = 57484)	0,241***	0,207***	0,207***	0,207***	0,207***	0,198***
Random slope, Handicap			0,008***	0,008***	0,008**	
-2 Log Likelihood	81340,877	72793,842	72743,378	72750,053	72757,386	70269,333
df		13	1	1	1	3

\* = Sig. <0,10/ \*\* = Sig. <0,05/ \*\*\* = Sig. < 0,01

TABEL 5

Volledige versie van de multilevel regressieanalyse waaruit geïnterpreteerd kan worden hoe collectivisme het verband tussen het hebben van een fysieke ziekte of handicap en subjectief welzijn beïnvloed

	Nulmodel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
<i>Individueel niveau</i>						
Constante	7,295***	8,949***	8,947***	9,207***	9,209***	7,567***
Handicap		-0,657***	-0,598***	-0,599***	-0,739***	-1,223***
<i>Controlevariabelen</i>						
Leeftijd		-0,005***	-0,005***	-0,005***	-0,005***	-0,002***
Vrouw		0,050***	0,050***	0,050***	0,050***	0,036***
Educatie		0,006***	0,006***	0,006***	0,006***	-0,002
Etniciteit		-0,216***	-0,218***	-0,218***	-0,218***	-0,187***
Inkomen		-0,746***	-0,745***	-0,745***	-0,745***	-0,687***
<i>Arbeidssituatie:</i>						
- Studerend		0,158***	0,158***	0,158***	0,158***	0,056*
- Werkloos		-0,533***	-0,532***	-0,532***	-0,531***	-0,543***
- Ziekte of handicap		-0,221***	-0,273***	-0,273***	-0,273***	-0,197**
- Pensioen		0,041*	0,042*	0,042*	0,042*	0,015
- Vrijwilligerswerk		-0,042	-0,038	-0,038	-0,038	-0,048
- Huishouden		0,169***	0,169***	0,169***	0,169***	0,175***
- Overig		-0,024	-0,024	-0,024	-0,024	-0,019
- Betaald werk (referentie)						
<i>Cross-level interacties</i>						
Collectivisme				-0,084*	-0,084*	-0,079**
Collectivisme*Handicap					0,051*	0,046***
Sociale relaties						0,164***
Sociale relaties*Handicap						0,061***
Variantie, landniveau (n = 21)	0,553***	0,251***	0,252***	0,223***	0,222***	0,144***
Variantie, individueel niveau (n = 57484)	2,956***	2,498***	2,497***	2,497***	2,497***	2,390***
Random slope, Handicap			0,053*	0,053*	0,040	
-2 Log Likelihood	225550,18	215938,77	215921,81	215922,89	215924,92	213402,16
df		13	1	1	1	3

\* = Sig. <0,10/ \*\* = Sig. <0,05/ \*\*\* = Sig. < 0,01