

**De Effecten van Cultuur, Gender en Opleidingsniveau op de Houding van
Nederlandse Jongeren over Psychologische Hulpverlening**

Marco Vuijk

Erasmus Universiteit Rotterdam

Clinical Psychology

Student ID: 581093

581093mv@eur.nl

31 juli 2021

Supervisor: Jessica Panman

Tweede supervisor: Miranda Lutz-Landesbergen

Abstract

Gezien de toename van mentale problematiek onder Nederlandse jongeren, is het belangrijk dat zij tijdig passende hulp voor hun klachten kunnen ontvangen. Echter, jongeren zijn vaak terughoudend in het aanpakken van hun problematiek, mede als gevolg van hun negatieve houding over het zoeken van professionele psychologische hulpverlening. Middels de *Attitudes towards seeking professional psychological help scale* (ATSPPHS) is er onderzocht wat de houding van Nederlandse jongeren is naar het zoeken van mentale hulpverlening. Daarnaast werden er met de ATSPPHS vier aparte dimensies van houding onderzocht. Dit waren: zelfherkenning, stigmatolerantie, interpersoonlijke openheid en vertrouwen in de hulpverlener. Om te onderzoeken of demografische karakteristieken van invloed konden zijn op de houding, werden culturele afkomst, gender en opleidingsniveau meegenomen als categorische voorspellers. De participanten waren jongeren tussen de 16 en 25 jaar uit de regio Rotterdam en Dordrecht ($N = 196$). Met een Factorial ANOVA werden mogelijke verschillen in de algemene houding getoetst. Hiervoor werd de totaalscore op de ATSPPHS meegenomen als afhankelijke variabele. Vervolgens is er met een Factorial MANOVA getoetst of er verschillen aanwezig waren binnen de vier dimensies. Uit de resultaten bleek dat jongeren over het algemeen konden inzien dat professionele hulp nuttig kon zijn, maar dat zij twijfelden om het daadwerkelijk te zoeken. Met name mannen en personen uit collectivistische culturen hadden een negatieve houding over het zoeken van professionele hulpverlening. Zo leken zij meer moeite te hebben met het herkennen van hun eigen psychische klachten en hadden zij minder vertrouwen in de hulpverlener. Daarnaast waren personen uit collectivistische culturen minder geneigd om hun problemen te delen met professionals. Psycho-educatie, cliëntgericht werken en het bijscholen van hulpverleners kunnen waardevolle handelingen zijn in het verbeteren van de houding over professionele hulpverlening. Zo kunnen preventieve interventies bij mannen er mogelijk voor zorgen dat zij minder risicovol gedrag gaan vertonen en kunnen vrouwen uit collectivistische culturen worden getraind om beter met stigma om te kunnen gaan.

Introductie

Tegenwoordig komt een mentale stoornis bij jongeren net zo vaak voor als fysieke klachten zoals de griep of een blessure. (Ormel et al., 2015). Van de jongeren in Nederland heeft 22% een ernstige vorm van psychopathologie ervaren. De helft van alle levenslange mentale problematiek ontwikkelt zich al op 14-jarige leeftijd en dit is voor driekwart het geval op 24-jarige leeftijd (Kessler et al., 2005). Volgens McGorry et al. (2011) worden mentale klachten op jongere leeftijd (<25 jaar) geassocieerd met slechtere klinische en functionele uitkomsten

op latere leeftijd. Een vroegtijdige interventie van een mentale stoornis kan ervoor zorgen dat in de toekomst de ernst van deze stoornis vermindert en helpt om eventuele secundaire stoornissen te voorkomen (McGorry et al., 2011). Echter, een hedendaagse uitdaging hiervoor is de terughoudendheid van jongeren in het zoeken naar professionele hulpverlening (Rickwood et al., 2007). Eén van de redenen dat jongeren terughoudend kunnen zijn, is hun negatieve houding ten opzichte van het zoeken naar professionele hulp. Uit onderzoek blijkt dat jongeren onder andere bang zijn dat wanneer zij professionele hulp zoeken, zij door hun vrienden en anderen worden gezien als “geestelijk gestoord” (Wisdom et al., 2006).

De houding ten opzichte van het zoeken naar professionele psychologische hulp

Uit een eerdere studie die de houding naar het zoeken van professionele hulp in de Verenigde Staten heeft onderzocht, blijkt dat jongeren en jongvolwassenen een negatievere houding hebben dan volwassenen (Gonzalez et al., 2005). Daarnaast blijkt uit een studie onder Noorweegse jongeren dat, zelfs in de ernstigste vormen van angst en depressie, maar één derde professionele hulp had gezocht, onder andere uit schaamte naar hun omgeving (Wisdom et al., 2006). Uit een recent onderzoek in Nederland van het HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) blijkt dat jongeren hun welbevinden in 2017 significant lager scoorden ten opzichte van 2009. Daarnaast kwam in dit onderzoek naar voren dat emotionele problemen onder Nederlandse jongeren tussen 2009 en 2017 significant zijn toegenomen (HBSC, 2017). Gezien deze toename is het belangrijk dat alle jongeren in Nederland gepaste professionele hulp ontvangen. Om de meest passende hulp te bieden aan hen, is het onder meer belangrijk om te onderzoeken welke houding er heerst over de huidige professionele psychologische hulpverlening.

Vier dimensies zijn belangrijk in het meten van de individuele houding ten opzichte van professionele psychologische hulp. Deze zijn: (1) het herkennen van de behoefte voor psychotherapeutische hulp, (2) stigmatolerantie, (3) interpersoonlijke openheid en (4) het vertrouwen in de hulpverlener van de geestelijke gezondheidszorg (Fischer & Turner, 1970).

De persoonlijkheidseigenschap ‘zelfbewustzijn’ speelt een rol bij het herkennen van een persoon zijn eigen geestelijke gezondheid en het zoeken naar professionele hulp (Rickwood & Braithwaite, 1994). Een hoog niveau op deze eigenschap, vergroot de aandacht en intensiteit van iemand zijn eigen mentale staat, waaronder psychologische symptomen (Franzoi, 1983). Meer zelfbewustzijn zou de kans dus kunnen vergroten dat er sneller psychotherapeutische hulp gezocht wordt, omdat deze personen eerder hun eigen mentale problematiek zouden kunnen herkennen (Rickwood & Braithwaite, 1994).

Zoals eerder besproken blijkt dat jongeren bang zijn dat wanneer zij professionele hulp zoeken, zij door hun omgeving als geestelijk gestoord worden gezien (Wisdom et al., 2006). Dit is een vorm van stigma (Rüsch et al., 2013). Expliciet kan stigma gezien worden als “een eigenschap die sterk in diskrediet wordt gebracht, die de drager ervan belast en zijn sociale waarde vermindert” (Stuart, 2016, p. 2). Volgens Rüsch et al. (2006) is schaamte sterk gerelateerd aan stigma. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat schaamte kan zorgen voor een belemmering in het zoeken naar professionele hulp (Schomerus et al., 2009).

Interpersoonlijke openheid wordt geassocieerd met de bereidheid om je persoonlijke mentale problemen te delen met anderen (Fischer & Turner, 1970). Openheid over mentale problematiek is een cruciale factor voor een succesvolle psychotherapie (Jourard, 1964). Daarentegen, zelfverberging van mentale problemen kan ook een factor zijn die de houding beïnvloedt (Cramer, 1999). Zelfverberging is de neiging om stressvolle en beschamende persoonlijke informatie verborgen te houden voor anderen (Cramer & Barry, 1999). Kelly en Achter (1995) toonden in hun studie aan dat personen met een hoog niveau van zelfverberging een negatieve houding hadden over psychotherapie. Echter, ondanks deze negatieve houding zochten zij eerder professionele hulp als gevolg van een beperkt sociaal netwerk.

Tot slot is het vertrouwen in de hulpverlener ook een factor die de houding beïnvloedt. Zo kunnen eerdere ervaringen met mentale hulpverlening het vertrouwen zowel negatief als positief beïnvloeden (Brown et al., 2009). Daarnaast kan de algemene kwaliteit van de hulpverlening ook een effect hebben op het vertrouwen, zoals toegankelijkheid en wachttijden (Gaebel et al., 2014). Tot slot kunnen sociale netwerken, social media en ervaringen met andere hulpverlening ook van invloed zijn op het vertrouwen in de mentale hulpverlening (Brown et al., 2009).

Omdat de houding van jongeren een mogelijke rol kan spelen in het zoeken naar mentale hulpverlening, kan het zinvol zijn om erachter te komen welke demografische en persoonlijke karakteristieken hierop van invloed kunnen zijn (Wisdom et al., 2006). Zo is uit eerdere onderzoeken gebleken dat culturele afkomst, gender en opleidingsniveau van invloed kunnen zijn op de houding van jongeren in het zoeken naar mentale hulpverlening (Tijhuis et al., 1990; Wendt & Shafer, 2015; Verhulp et al., 2017).

Culturele afkomst en de houding ten opzichte van professionele psychologische hulp

Niet-westerse landen worden vaak als een collectivistische cultuur gezien (Verhulp et al., 2017). Dit houdt in dat personen binnen deze cultuur zich eerder zullen identificeren als groep en het belang van onderlinge afhankelijkheid benadrukken (Markus & Kitayama, 1991). Als

gevolg kunnen inwoners uit collectivistische culturen mentale klachten eerder zien als iets wat een externe oorzaak heeft, en waarop individuele veranderingen geen invloed kunnen hebben. Hierdoor kunnen sommige personen uit deze culturen minder snel geneigd zijn om mentale hulpverlening te zoeken (Verhulp et al., 2017). Daarentegen, inwoners in Nederland zonder een niet-westerse migratieachtergrond worden meer herkend binnen een individualistische cultuur. Dit houdt in dat binnen deze cultuur het belang vooral ligt op je zelfstandig te ontwikkelen. Deze personen zullen hun klachten ook sneller zien als iets waar zij zelf wat aan kunnen veranderen, door bijvoorbeeld in therapie te gaan (Markus & Kitayama, 1991).

Daarnaast kan de etnische positie van inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond ook een negatief effect hebben op hun houding. Zo zijn etnische minderheden vaker terughoudend in het zoeken naar hulp omdat zij deze hulpverlening beschouwen als iets wat meer hoort bij de cultuur van de etnische meerderheid (Grinstein-Weiss et al., 2005). Aan de andere kant, een Nederlandse studie van Verhulp et al. (2017) toonde nauwelijks verschillen aan in houding naar het zoeken van mentale hulpverlening tussen jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond en autochtone jongeren. Het is dus mogelijk dat niet-westerse jongeren zich meer identificeren met de Nederlandse cultuur omdat zij vaker (in tegenstelling tot hun ouders) in Nederland zijn geboren. Echter, de opzet van deze studie bestond uit een casus waar jongeren hun mening moesten geven over problematiek van een fictief persoon. Omdat de huidige studie geen gebruik maakt van een fictieve casus, is het interessant om te kijken of er alsnog verschillen te zien zijn wanneer het over reële problematiek van de participanten zelf gaat.

Gender en de houding ten opzichte van professionele psychologische hulp

Er bestaan verschillen tussen mannen en vrouwen in hun houding naar het zoeken van professionele mentale hulpverlening (Payne et al., 2008; Haavik et al., 2017). Zo blijkt uit een studie in Australië dat ongeveer 30% van de mannelijke adolescenten weigert om hulp te zoeken wanneer zij mentale klachten ervaren. Daarentegen, deze terughoudendheid naar mentale hulpverlening is maar bij 6% van vrouwelijke adolescenten zichtbaar (Andrews et al., 1999). Een mogelijke reden voor dit verschil is dat mannen meer stigmatiserend kijken naar mentale hulpverlening (Wendt & Shafer, 2015). Zo kunnen mannen het zoeken van mentale hulpverlening zien als een teken van zwakte. Daarnaast blijkt dat sommige mannen minder snel erkennen dat zij professionele hulp nodig hebben (Brownhill et al., 2002). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zij openlijke reacties op mentale klachten, zoals huilen en het zoeken van hulpverlening, zien als iets wat meer past bij het “vrouwelijk” zijn. Daarentegen, het niet

uiten van gevoelens wordt eerder gezien als iets “mannelijks” (Warren, 1983). Mannen met mentale problematiek kunnen hierdoor in een interne strijd komen tussen het uiten en onder controle houden van negatieve gevoelens. (Brownhill et al., 2002). In plaats van over gevoelens te praten, proberen sommige mannen hun negatieve gevoelens weg te werken door middel van drugs- en alcoholgebruik (Mares et al., 2012). Mede door dit risicovol gedrag en het niet behandelen van mentale klachten, hebben mannen een vier keer grotere kans dan vrouwen om zelfmoord te plegen (Addis & Mahalik, 2003).

Opleidingsniveau en de houding ten opzichte van professionele psychologische hulp

Eerdere studies hebben aangetoond dat het opleidingsniveau ook van invloed kan zijn op het zoeken naar professionele hulpverlening. Zo blijkt uit een Nederlandse studie dat personen met een hoog opleidingsniveau sneller geneigd zijn om mentale hulpverlening te zoeken ten opzichte van mensen met een laag opleidingsniveau. Zij waren meer open over hun mentale gezondheid en hadden meer kennis die werkzaam waren in de mentale gezondheidszorg (Tijhuis et al., 1990). Daarnaast blijkt dat een laag opleidingsniveau is geassocieerd met een mindere neiging om mentale hulp op te zoeken (Leaf et al., 1987). Zo zien personen met een laag opleidingsniveau vaker financiële belemmeringen om deze hulp te krijgen en zijn ze het meest gevoelig voor reacties van anderen (Zwaanswijk et al., 2003).

Het huidige onderzoek

Mentale problemen onder jongeren uit westerse landen zijn de laatste jaren verder toegenomen (Bor et al., 2014; Potrebny et al., 2017; Twenge, 2017). Ook in Nederland blijkt dat een vijfde van de jongeren wel eens te maken heeft gehad met ernstige psychopathologie (Ormel et al., 2015). Jongeren zijn minder snel dan volwassenen geneigd om voor deze problemen professionele hulpverlening te zoeken (Gonzalez et al., 2005; Mackenzie et al., 2006). Een factor die hier mogelijk aan bijdraagt is de negatieve houding die zij hebben ten opzichte van het zoeken naar professionele hulpverlening (Rickwood et al., 2007). Het is dus onder andere belangrijk om de houding van Nederlandse jongeren beter in kaart te brengen en zo eventueel een duidelijker beeld te schetsen wat jongeren nodig hebben om deze houding te veranderen. Het huidige onderzoek omvat een *observational cross-sectional design* met als onderzoeksvraag: “Wat is de houding van jongeren uit de regio Rotterdam en Dordrecht op het zoeken naar professionele psychologische hulpverlening en wordt deze houding beïnvloed door culturele afkomst, gender en opleidingsniveau?” Omdat er in het huidige onderzoek gekeken wordt naar de regio Rijnmond en Dordrecht maakt het mogelijk om de houding te

meten van jongeren met een verschillende culturele afkomst. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (2020) meldt dat ongeveer 50% van de gemeente Rotterdam en 30% van de gemeente Dordrecht een migratieachtergrond heeft. Van de 50% met een migratieachtergrond in Rotterdam heeft bijna driekwart een niet-westerse migratie achtergrond. Dit geldt voor twee derde in de regio Dordrecht (CBS, 2020). Daarnaast blijkt dat de verdelingen in gender en de verschillende opleidingsniveaus in de regio Rotterdam en Dordrecht, ongeveer gelijk verdeeld zijn (CBS, 2020). Deze drie demografische karakteristieken zullen dan ook in het huidige onderzoek worden meegenomen bij het meten van de houding van jongeren uit de regio van Rotterdam en Dordrecht.

Zodra het duidelijker is wat jongeren nodig hebben om hun houding te verbeteren, kan hier in de toekomst mogelijk op geanticipeerd worden. Dat zou bijvoorbeeld bereikt kunnen worden door het stigma over psychologische problematiek te verminderen. Mensen met mentale problematiek hebben namelijk regelmatig te maken met vooroordelen, discriminatie en een te laag zelfbeeld (Sheehan et al., 2016). Door meer educatie over mentale problematiek te bieden bijvoorbeeld, kunnen bepaalde misvattingen hierover worden gecorrigeerd. Daarnaast worden in het huidige onderzoek verschillende demografische en karakteristieke kenmerken van de participanten in kaart gebracht. Dit maakt het mogelijk om binnen deze kenmerken specifieke interventies op te richten, zoals interventies die gericht zijn op een specifieke culturele afkomst of een bepaald gender.

Aan de hand van eerder onderzoek verwachten we dat jongeren in de regio Rotterdam en Dordrecht gemiddeld een lage score behalen op de ATSPPHS en dus negatiever kijken naar het zoeken van professionele hulpverlening (Fischer & Turner, 1970). Dit komt onder andere omdat jongeren bang zijn om door hun vrienden en omgeving als geestelijk gestoord te worden gezien wanneer zij daadwerkelijke professionele hulp zoeken (Wisdom et al., 2006). Daarnaast verwachten we dit, omdat er binnen de regio Rotterdam en Dordrecht een grote diversiteit is aan culturele afkomst (CBS, 2020). Eerdere studies toonden aan dat er binnen collectivistische culturen een negatievere houding van professionele hulp heerst, ten opzichte van individualistische culturen (Haslam et al., 2007; Koydemir et al., 2010; Verhulp et al., 2017). We verwachten daarnaast dat participanten binnen een collectivistische cultuur lager zullen scoren ten opzichte van jongeren uit individualistische cultuur op de sub score interpersoonlijke openheid. Op basis van eerder onderzoek blijkt namelijk dat deze participanten eerder gebruik maken van hun eigen sociale netwerk om problematiek te bespreken en dus minder snel professionele hulp zullen zoeken (Koydemir et al., 2010; Flink et al., 2013). Aanvullend hierop zijn de vragen op de dimensie interpersoonlijke openheid vooral gericht op openheid naar

professionals (Fischer & Turner, 1970). Daarnaast verwachten we dat participanten binnen individualistische culturen hoger zullen scoren dan participanten binnen de collectivistische cultuur op de sub score zelfherkenning. Zij zijn namelijk sneller geneigd om problematiek te zien als iets wat vanuit zichzelf komt en niet vanuit hun omgeving (Markus & Kitayama, 1991; Haslam et al., 2007; Verhulp et al., 2017).

Verder verwachten we dat in het huidige onderzoek, mannen een meer negatieve houding hebben dan vrouwen. Uit eerdere onderzoeken blijkt dat mannen over het algemeen een negatiever beeld hebben bij professionele hulp dan vrouwen (Courtenay, 2000; Wendt & Shafer, 2015). Met name op de sub scores interpersoonlijke openheid en zelfherkenning verwachten we dat mannen lager zullen scoren. Uit onderzoek van Warren (1983) blijkt namelijk dat mannen minder snel psychische symptomen herkennen dan vrouwen. Omdat zowel mannen als participanten binnen een collectivistische cultuur een meer negatieve houding hebben dan vrouwen en participanten binnen een individualistische cultuur, verwachten we een interactie-effect te vinden van mannelijke participanten binnen een collectivistische cultuur (Wendt & Shafer, 2015; Verhulp et al., 2017).

Tot slot verwachten we dat in het huidige onderzoek participanten met een lager opleidingsniveau een negatievere houding hebben ten opzichte van professionele psychologische hulp dan participanten met een hoger opleidingsniveau. Op basis van eerder onderzoek verwachten we dan ook dat participanten met een hoger opleidingsniveau hoger zullen scoren op de sub scores interpersoonlijke openheid en het vertrouwen in de hulpverlener (Tijhuis et al., 1990; Zwaanswijk et al., 2003).

Methode

Participanten

Voor het huidige onderzoek waren er een aantal exclusiecriteria opgesteld. Zo werd iedereen uitgesloten die jonger dan 16 jaar en ouder dan 25 jaar was. Participanten die de vragenlijst hadden ingevuld maar niet afkomstig waren uit de regio Rijnmond of uit de stad Dordrecht, zouden worden uitgesloten van de huidige studie. Daarnaast werden participanten uitgesloten wanneer zij niet in staat waren om in het Nederlands te kunnen lezen en schrijven. Tot slot werden participanten uitgesloten als zij op dat moment waren opgenomen wegens een ernstige (mentale) ziekte.

Procedure

De huidige studie was onderdeel van een grotere vragenlijst die de participanten werd verzocht in te vullen. Participanten werden middels social media uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Er werd eerst een informed consent verstrekt aan de participanten waarin zij toestemming moesten geven om de vragenlijst in te vullen. Aan het einde van de vragenlijst werden er een aantal tips gegeven aan de participanten, indien zij nog wilden doorpraten over mogelijke psychische klachten. Het onderzoek was goedgekeurd door de ethische commissie van de Erasmus Universiteit Rotterdam, School of Social and Behavioural Sciences.

De vragenlijst begon met demografische gegevens van de participanten en over oorzaken en oplossingen van emotionele problemen. De vragen die daarop volgden kwamen uit drie reeds bekende vragenlijsten: *Strength and difficulties questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997), CORE-10 (Beckham et al., 2013) en *Attitudes towards seeking professional psychological help scale* (ATSPPHS) (Fischer & Turner, 1970). De Strength and difficulties questionnaire bestond uit 25 vragen en mat vijf sub schalen: gedragsproblemen, hyperactiviteit, emotionele symptomen, problemen met leeftijdsgenoten en pro-sociaal gedrag (Goodman, 1997). De CORE-10 vroeg door middel van 10 vragen uit in hoeverre een participant psychologisch leed had ervaren in de afgelopen week. Hierin werden angst, depressie, trauma, fysieke klachten, dagelijks functioneren en suïcidaal risico meegenomen (Beckham et al., 2013). Tot slot werd participanten de Attitudes towards seeking professional psychological help scale (ATSPPHS) uitgevraagd (Fischer & Turner, 1970). De SDQ en CORE-10 werden in de huidige studie niet meegenomen.

Materialen

Om de houding ten opzichte van het zoeken naar professionele psychologische hulp te meten, werd gebruik gemaakt van de Attitudes towards seeking professional psychological help scale (ATSPPHS) (Fischer & Turner, 1970). Dit is een zelfrapportage vragenlijst die wordt gebruikt om de houding en mening ten opzichte van psychologische hulp te meten. De interne betrouwbaarheid van de vragenlijst is goed ($\alpha = .86$) (Fischer & Turner, 1970). Omdat het gehele onderzoek in het Nederlands werd afgenomen, was er gebruik gemaakt van een Nederlandse vertaling van de ATSPPHS. De vragenlijst mat in totaal vier dimensies: het herkennen van behoefte voor psychotherapeutische hulp, stigmatolerantie, interpersoonlijke openheid en het vertrouwen in de hulpverlener van de geestelijke gezondheidszorg. In totaal bestond de vragenlijst uit 29 vragen (zie bijlage D). Elf van de vragen werden positief gesteld en achttien vragen werden negatief gesteld. In de vragenlijst kwamen vragen voor als: “Iemand met een serieus psychisch probleem voelt zich waarschijnlijk het beste in een goed

psychiatrisch ziekenhuis (positief)” en “Ik zou liever met bepaalde psychische problemen leven dan al die moeite moeten doen die nodig is om psychiatrische of psychologische hulp te krijgen (negatief)”. De participanten werden gevraagd om aan te geven in hoeverre zij het (0) helemaal mee oneens, (1) mee oneens, (2) mee eens of (3) helemaal mee eens waren met de stellingen. De totaalscore op de ATSPPHS is gebruikt om per participant de algemene houding ten opzichte van professionele psychologische hulp te meten. Dat wil zeggen, hoe hoger de totaalscore, des te positiever was de houding over het zoeken van professionele psychologische hulp. Theoretisch gezien kon de totaalscore per participant liggen tussen de 0 en 87. Per dimensie gold een totaalscore van 24 voor Zelfherkenning, 15 voor Stigmatolerantie, 21 voor interpersoonlijke openheid en 27 voor het vertrouwen in de hulpverlener. Fischer en Turner (1970) hadden drie categorieën gemaakt om het scoren van de algemene houding gemakkelijk te maken en deze te interpreteren met als lage score: 29-49, gemiddelde score: 50-63 en hoge score: 64-87.

Statistische Analyse

Voor het toetsen van de hypothesen is er gebruik gemaakt van *SPSS Statistics 27* (IBM Corporation, New York). Om te kijken of er binnen de houding van Rotterdamse jongeren verschillen waren tussen culturele afkomst, gender of opleidingsniveau, werden deze variabelen meegenomen als categorische voorspellers. De categorische voorspeller culturele afkomst werd opgedeeld in twee categorieën. Hierbij bestond de eerste categorie uit personen afkomstig uit een individualistische cultuur. Binnen deze categorie vielen participanten die afkomstig waren uit Nederland of een andere westerse-migratieachtergrond hadden. Participanten met een westerse migratieachtergrond waren afkomstig uit (een ander land dan Nederland in) Europa, Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië en Japan (CBS, z.d.). De tweede categorie bestond uit personen afkomstig uit een collectivistische cultuur. Deze categorie bestond uit participanten die kwamen uit niet-westerse landen. Hierbinnen vielen participanten die een Aziatische (Excl. Japan & Indonesië), Afrikaanse, Zuid-Amerikaanse of Turkse migratieachtergrond hadden (CBS, z.d.)

De categorische voorspeller gender bestond uit man en vrouw. Participanten die zichzelf niet als man of vrouw beschouwden, werden uitgesloten van de analyse. De categorische voorspeller opleidingsniveau was een participant zijn/haar (hoogst afgeronde) opleiding en bestond uit: VMBO, HAVO, VWO, MBO HBO en WO. Deze werden opgedeeld in drie categorieën. Waarbij VMBO en MBO werden meegenomen als een laag opleidingsniveau, HAVO en HBO als een gemiddeld opleidingsniveau en VWO en WO als een hoog

opleidingsniveau. Participanten die nog op de middelbare school zaten, werden geplaatst bij de stroming waar zij op dat moment in zaten.

Middels een *Factorial ANOVA* kon de algemene houding van de participanten ten opzichte van het zoeken naar professionele psychologische hulp worden gemeten. Hierbij zou de totaalscore op de Attitudes towards seeking professional psychological help scale (ATSPPHS) gelden als de afhankelijke variabele die werd gemeten op continu niveau. Middels de *Factorial ANOVA* konden hoofdeffecten van de onafhankelijke variabelen op de totaalscore getoetst worden. Daarnaast werden de vier sub scores zelfherkenning, stigmatolerantie, interpersoonlijke openheid en vertrouwen in de hulpverlener ook meegenomen als vier afhankelijke variabelen die gemeten werden op continu niveau. Deze vier afhankelijke variabelen waren meegenomen in een secundaire analyse middels een *Factorial MANOVA*. De onafhankelijke variabelen die waren meegenomen in beide analyses zijn culturele afkomst, gender en opleidingsniveau. De *Factorial (M)ANOVA* maakte het mogelijk om naast de directe effecten ook mogelijke interactie-effecten van de onafhankelijke variabelen te testen op zowel de totaalscore van de ATSPPHS, als de vier verschillende sub scores binnen de ATSPPHS.

Voordat de analyse werd uitgevoerd, was eerst gekeken of de dataset uitbijters bevatte. Hiervoor werden z-scores gemaakt van de afhankelijke variabelen. Er was sprake van een uitbijter als deze score drie of meer standaarddeviatie van het gemiddelde lag (i.e. een z-waarde van -3 of + 3). Uitbijters zouden uit de dataset verwijderd worden omdat deze voor mogelijke vertekende resultaten konden zorgen (Field, 2013). Na het controleren op mogelijke uitbijters, werden statistische assumpties van de *Factorial (M)ANOVA* getoetst. De eerste assumptie die werd getoetst, is of de afhankelijke variabelen waren gemeten op continu niveau en de onafhankelijke variabelen op categorisch niveau. In de huidige studie werd er voldaan aan deze assumptie omdat zowel de totaalscore, als de vier sub scores van de ATSPPHS werden gemeten op continu niveau en culturele afkomst, gender en opleidingsniveau op categorisch niveau. De aanname van normaliteit werd getoetst door middel van de Kolmogorov-Smirnov test. Hierbij werd gekeken of de afhankelijke variabelen voor elke onafhankelijke variabele normaal verdeeld waren. Wanneer de p-waarde van deze test lager was dan 0.05, zou de assumptie van normaliteit geschonden worden (Field, 2013). Een mogelijke schending van de normaliteitsassumptie zou in de huidige studie geen grote effecten hebben, omdat de studie een grote sample bevat. Tot slot was met behulp van de *Levene's test* de assumptie van gelijke varianties binnen de afhankelijke variabelen gemeten. Omdat er daarnaast meerdere afhankelijke variabelen werden meegenomen, werd er getest of de varianties tussen de afhankelijke variabelen gelijk waren. De varianties tussen de groepen zijn de covarianties. Als

de p-waarden van deze testresultaten hoger waren dan 0.05, kon de aanname van homogeniteit bevestigd worden (Field, 2013). Na het toetsen van de assumpties werden de hypothesen getoetst. Hiervoor werd er bij de Factorial (M)ANOVA gebruik gemaakt van een significantieniveau van 0.05.

Resultaten

Sample

315 participanten namen deel aan het onderzoek. Omdat 119 van hen missing data had op de scores van de ATSPPHS, of uit een andere regio dan Rotterdam en Dordrecht kwamen, werden zij uitgesloten van het huidige onderzoek. Uiteindelijk bleven er 196 participanten over voor de huidige studie. Hiervan was 38.3% van het mannelijke en 61.7% van het vrouwelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 21.7 jaar. Van de negentien participanten die nog op de middelbare school zaten, waren er drie actief op het VMBO, drie op de HAVO en dertien op het VWO. 112 participanten volgden tijdens deelname aan het onderzoek een vervolgstudie. Hiervan volgde 15.2% een MBO studie, 48.2% een HBO studie en 36.6% zat op de Universiteit. Van de 65 participanten die al aan het werk waren en de vraag kregen wat hun hoogst afgeronde opleiding is, was er één participant die het VMBO had afgerond, vier participanten de HAVO en één participant die het VWO had afgerond. Daarnaast hadden zestien participanten het MBO afgerond, 34 het HBO en negen participanten die de Universiteit hadden afgerond. Van alle participanten was 59.2% afkomstig uit Rotterdam. 40.8% van de participanten was afkomst uit één van de andere plaatsen uit de regio Rijnmond of Dordrecht. Tot slot had 61.2% van de participanten de Nederlandse afkomst en 38.8% een andere afkomst. Zie Tabel 1 voor gedetailleerde informatie van de participanten.

Tabel 1

Sociaal demografische statistieken van de participanten

Karakteristiek		<i>n</i>	%
Gender	Man	75	38.3
	Vrouw	121	61.7
Woonplaats	Rotterdam	116	59.2
	Rijnmond/Dordrecht	80	40.8

Culturele afkomst	Individualistisch	119	61.0
	Collectivistisch	76	39.0
Opleidingsniveau	Laag	36	18.5
	Gemiddeld	95	48.7
	Hoog	64	32.8

Note. $N = 196$. Participanten hadden een gemiddelde leeftijd van 21.7 ($SD = 2.8$).

Assumpties Factorial (M)ANOVA

Vorbereidende analyses werden uitgevoerd om de assumptie van uitbijters te controleren. Uit de z-scores van de afhankelijke variabelen (totale houding, zelfherkenning, stigmatolerantie, interpersoonlijke openheid, vertrouwen in hulpverlener) bleek één score op de variabele ‘vertrouwen in hulpverlener’ en één score op de totaalscore onder de -3 te liggen. Omdat deze scores voortkwamen uit dezelfde participant, werd besloten om deze uit de analyse te houden om zo vertekende resultaten tegen te gaan. Uit de Kolmogorov Smirnov tests per onafhankelijke variabele bleek dat voor de drie onafhankelijke variabelen niet aan de aanname van normaliteit werd voldaan (zie Bijlage A, Tabel 1, Tabel 2 & Tabel 3). Echter, deze test is al snel significant bij grote steekproeven (Ghasemi & Zahediasl, 2012). Daarnaast kon er volgens de *Central Limit Theorem* vanuit worden gegaan dat door de grote van de huidige sample ($N = 195$), de Factorial (M)ANOVA robuust was tegen de schending van de normaliteitsassumptie (Field, 2013). Uit de Levene’s test van de Factorial ANOVA (zie Bijlage A, Tabel 4) bleek de assumptie van gelijke varianties niet te zijn geschonden voor de totaalscore, $F(11, 183) = 1.85, p = .049$. Uit de homogeniteit tests van de Factorial MANOVA bleek dat de onafhankelijke variabele geen verschillende covariantiematrices hadden, $F(110, 4806) = 1.12, p = .187$. Echter, de assumptie van gelijke varianties voor de afhankelijke variabele zelfherkenning was geschonden, $F(11, 183) = 1.99, p = .031$. Daarnaast was de assumptie van gelijke varianties voor de afhankelijke variabele vertrouwen in de hulpverlener geschonden, $F(11, 183) = 2.14, p = .190$. Deze schending van de homogeniteitsassumptie kon een mogelijk vertekend beeld van de resultaten van de F-testen geven (Field, 2013). Omdat deze variabelen niet voldeden aan de homogeniteitsassumptie, zouden voor beide variabelen een One-way ANOVA kunnen worden uitgevoerd, waarbij gekeken kon worden naar de *Welch* en *Brown-Forsythe* statistieken. De Welch en Brown-Forsythe zijn robuust tegen de schending van de homogeniteitsassumptie (Field, 2013). Voor de afhankelijke variabelen stigmatolerantie

en interpersoonlijke openheid werd er wel voldaan aan de assumptie voor gelijke varianties (zie Bijlage A, Tabel 4).

Hoofdeffecten geslacht, culturele afkomst en opleidingsniveau op de totaalscore

Gemiddeld scoorden de participanten een gemiddelde score op de Attitudes towards seeking professional psychological help scale (ATSPPHS) ($M = 51.88$, $SD = 10.19$) met een minimale score van 25 en een maximale score van 79. Door middel van een Factorial ANOVA was een significant hoofdeffect gevonden (zie Tabel 2) van culturele afkomst op de totaalscore van de ATSPPHS, $F(1, 183) = 16.13$, $p < .001$, $\eta^2 = .081$. Gemiddeld scoorden participanten uit een individualistische cultuur hoger op de ATSPPHS ($M = 53.08$, $SE = 1.05$), dan participanten uit een collectivistische cultuur ($M = 46.81$, $SE = 1.16$). Er was geen significant hoofdeffect van gender op de totaalscore van de ATSPPHS, $F(1, 183) = 3.32$, $p = .070$, $\eta^2 = .018$. Er was er ook geen hoofdeffect van opleidingsniveau te zien op de totaalscore van de ATSPPHS, $F(1, 183) = 2.68$, $p = .072$, $\eta^2 = .028$. Wel werd er een significant interactie-effect gevonden van culturele afkomst en gender op de totaalscore, $F(1, 183) = 5.92$, $p = .016$, $\eta^2 = .031$. Gemiddeld scoorden mannelijke participanten uit een individualistische cultuur lager op de ATSPPHS ($M = 49.76$, $SE = 1.54$) dan vrouwelijke participanten uit een individualistische cultuur ($M = 56.41$, $SE = 1.44$). Daarnaast scoorden mannelijke participanten uit een collectivistische cultuur hoger ($M = 47.28$, $SE = 1.82$) dan vrouwelijke participanten uit een collectivistische cultuur ($M = 46.33$, $SE = 1.42$). Omdat vrouwelijke participanten tussen beide culturen een groot verschil lieten zien in hun gemiddelden ($M = 56.41$, $M = 46.33$), is met behulp van een One-Way ANOVA getoetst of er ook daadwerkelijk een significant verschil aanwezig was. Uit deze analyse bleek inderdaad een significant verschil aanwezig te zijn tussen vrouwen uit een individualistische cultuur en vrouwen uit een collectivistische cultuur, $F(1, 119) = 33.60$, $p < .001$, $\eta^2 = .220$.

Tot slot was er geen significant interactie-effect te zien tussen de onafhankelijke variabelen culturele afkomst en opleidingsniveau. Daarnaast was er geen significant interactie-effect gevonden van gender en opleidingsniveau en van culturele afkomst, gender en opleidingsniveau op de totaalscore van de ATSPPHS (zie Tabel 2).

Tabel 2

Beschrijvende statistieken van de scores op de ATSPPHS en de hoofdeffecten van de Factorial ANOVA.

Onafhankelijke variabele	Niveau	Totaalscore ATSPPHS		ANOVA	
		<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>F</i> (1, 183)	η^2
Culturele afkomst				16.13**	.081
	Individualistisch	53.08	1.05		
	Collectivistisch	46.81	1.16		
Gender				3.32	.018
	Vrouw	48.52	1.92		
	Man	51.37	1.01		
Opleidingsniveau				2.68	.028
	Laag	47.28	1.59		
	Gemiddeld	51.58	1.02		
	Hoog	50.97	1.39		
Culturele afkomst *				5.92*	.031
Gender					
Culturele afkomst *				1.03	.011
Opleidingsniveau					
Gender *				.95	.010
Opleidingsniveau					
Culturele afkomst *				.88	.010
Gender *					
Opleidingsniveau					

Note. $N = 195$. De gemiddelde scores en standaarddeviaties op de *Attitudes towards seeking professional psychological help scale* (ATSPPHS) zijn gegeven per niveau van de drie onafhankelijke variabelen Culturele afkomst, Gender en Opleidingsniveau.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Effecten Culturele afkomst, Gender en Opleidingsniveau op de vier dimensies Zelfherkenning, Stigmatolerantie, Interpersoonlijke Openheid en Vertrouwen in de hulpverlener

Zie Tabel 3 voor een overzicht van de beschrijvende statistieken op de *Multivariate tests* van de Factorial MANOVA. Zie Tabel 1 in Bijlage B voor een overzicht van de beschrijvende statistieken per onafhankelijke variabele op de vier afhankelijke variabelen.

Wilks' Lambda toonde een significant effect van culturele afkomst, $F(4, 180) = 5.92, p < .001, \eta^2 = .116$. Er was een significant effect van culturele afkomst op de afhankelijke variabele interpersoonlijke openheid, $F(1, 183) = 18.70, p < .001, \eta^2 = .093$. *Pairwise comparisons* lieten zien dat participanten binnen een individualistische cultuur significant hoger scoren ($M = 13.40, SE = .38$) op interpersoonlijke openheid dan participanten binnen een collectivistische cultuur ($M = 10.95, SE = .42$), $p < .001$. Daarnaast was er een significant effect van culturele afkomst op de afhankelijke variabele zelfherkenning, $F(1, 183) = 10.87, p = .001, \eta^2 = .056$. Zo scoorden participanten binnen een individualistische cultuur significant hoger ($M = 13.68, SE = .36$) op zelfherkenning dan participanten binnen een collectivistische cultuur ($M = 11.92, SE = .40$), $p = .001$. Omdat de afhankelijke variabele zelfherkenning niet voldeed aan de homogeniteitsassumptie, was een One-way ANOVA uitgevoerd met culturele afkomst als onafhankelijke variabele, waarbij werd gekeken naar de *Welch* en *Brown-Forsythe* statistieken. Ook na het uitvoeren van de *Welch* en *Brown-Forsythe* test bleken er significante verschillen te bestaan van culturele afkomst op zelfherkenning, $F(1, 165) = 18.26, p < .001$. Tot slot werd er een significant effect gevonden van culturele afkomst op de variabele vertrouwen in de hulpverlener, $F(1, 183) = 6.24, p = .013, \eta^2 = .033$. Zo scoorden participanten uit een individualistische cultuur significant hoger ($M = 16.69, SE = .39$) dan participanten uit een collectivistische cultuur ($M = 15.23, SE = .43$) op vertrouwen in de hulpverlener. Omdat ook deze variabele niet voldeed aan de homogeniteitsassumptie, was besloten om hier een One-Way ANOVA uit te voeren met de robuuste *Welch* en *Brown-Forsythe* tests. Hieruit bleek dat er nog steeds significante verschillen waren tussen de individualistische en collectivistische cultuur, $F(1, 176) = 18.26, p < .001$.

Wilks' Lambda toonde ook een significant effect van gender, $F(4, 180) = 4.99, p < .001, \eta^2 = .100$. *Pairwise comparisons* toonden geen significant effect van gender op de afhankelijke variabele interpersoonlijke openheid, $F(1, 183) = .21, p = .647, \eta^2 = .001$. Wel werd er een significant effect gevonden van Gender op de afhankelijke variabele zelfherkenning, $F(1, 183) = 13.58, p < .001, \eta^2 = .069$. Zo scoorden participanten van het mannelijke geslacht significant lager ($M = 11.81, SE = .41$) dan participanten van het vrouwelijke geslacht ($M = 13.78, SE = .35$), $p < .001$ op zelfherkenning. Ook hier was een One-Way ANOVA toegepast met *Welch* en *Brown-Forsythe* als robuuste testen het schenden van de homogeniteitsassumptie. Hieruit bleek dat er significante verschillen waren van gender op zelfherkenning, $F(1, 154) = 24.20, p < .001$. Daarnaast werd er een significant effect gevonden van gender op de variabele vertrouwen in de hulpverlener, $F(1, 183) = 4.84, p = .029, \eta^2 = .026$. Zo scoorden vrouwen significant hoger ($M = 16.60, SE = .38$) dan mannen ($M = 15.32, SE = .45$) op vertrouwen in

de hulpverlener. Uit de Welch en Brown-Forsythe testen bleek dat er nog steeds een significant verschil was tussen mannen en vrouwen op vertrouwen in de hulpverlener, $F(1, 152) = 9.61$, $p = .002$.

Wilks's Lambda toonde een significant interactie-effect van de onafhankelijke variabele culturele afkomst en gender, $F(4, 180) = 3.10$, $p = .017$, $\eta^2 = .064$. Er was een significant effect gevonden van culturele afkomst en gender op de afhankelijke variabele Stigmatolerantie, $F(1, 183) = 11.85$, $p = <.001$, $\eta^2 = .061$. Zo scoorden mannelijke participanten uit een individualistische cultuur gemiddeld lager ($M = 8.89$, $SE = .44$) dan vrouwelijke participanten uit een individualistische cultuur ($M = 9.75$, $SE = .41$) op stigmatolerantie. Daarentegen scoorden mannelijke participanten uit een collectivistische cultuur gemiddeld hoger ($M = 9.80$, $SE = .52$) dan vrouwelijke participanten uit een collectivistische cultuur ($M = 7.61$, $SE = .40$) op stigmatolerantie.

Wilk's Lambda toonde geen significant effect van de onafhankelijke variabele opleidingsniveau, $F(8, 362) = 1.03$, $p = .416$, $\eta^2 = .022$. Omdat er geen significant verschil werd gevonden op opleidingsniveau werd er besloten om geen post-hoc analyse uit te voeren.

Tot slot toonde Wilk's Lambda een significant interactie-effect van de onafhankelijke variabelen culturele afkomst, gender en opleidingsniveau, $F(8, 360) = 2.04$, $p = .041$, $\eta^2 = .043$. Er werd een significant interactie-effect gevonden van deze drie variabelen op de afhankelijke variabele stigmatolerantie, $F(2, 183) = 5.93$, $p = .003$, $\eta^2 = .06$. In bijlage C is per opleidingsniveau de gemiddelde score op stigmatolerantie in een balkdiagram weergegeven van mannen en vrouwen in een individualistische en collectivistische cultuur.

Tabel 3

Beschrijvende statistieken van de Multivariate testen op de Factorial MANOVA.

Onafhankelijke variabele	ANOVA			
	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	η^2
Culturele afkomst	5.92**	4	180	.116
Gender	4.99**	4	180	.100
Opleidingsniveau	1.03	8	360	.022

Culturele afkomst * Gender	3.10*	4	180	.064
Culturele afkomst * Opleidingsniveau	1.18	8	360	.026
Gender * Opleidingsniveau	.78	8	360	.017
Culturele afkomst * Gender * Opleidingsniveau	.915*	8	360	.043

Note. $N = 195$. ANOVA = analysis of variance. Voor het verkrijgen van de statistieken op de multivariate testen is er in de analyse gekeken naar Wilks' Lambda.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Discussie

Met behulp van de Attitudes towards seeking professional psychological help scale (ATSPPHS) is gemeten hoe jongeren tegen mentale hulpverlening aankijken en welke rollen culturele afkomst, gender en opleidingsniveau hierop kunnen hebben (Fischer & Turner, 1970). Gemiddeld behaalden de participanten een gemiddelde score op deze schaal. Ten opzichte van een gemiddelde score van participanten uit een individualistische cultuur, behaalden participanten uit een collectivistische cultuur een lage totaalscore op de ATSPPHS. Verder scoorden zowel mannen als vrouwen uit een collectivistische cultuur laag op de ATSPPHS. Daarnaast bleken ook mannen uit een individualistische cultuur een lage score te hebben, waar vrouwen een gemiddelde score behaalden. Verder bleek de houding tussen vrouwen uit beide culturen significant te verschillen. Wanneer de vier sub scores van de ATSPPHS werden meegenomen, bleken participanten uit een individualistische cultuur significant hoger te scoren dan die uit een collectivistische cultuur op de subschaal interpersoonlijke openheid. Daarnaast scoorden participanten uit een individualistische cultuur significant hoger dan die uit een collectivistische cultuur op de sub score zelfherkenning. Er werd geen verschil gevonden tussen mannen en vrouwen op de sub score interpersoonlijke openheid. Daarentegen, mannen scoorden significant lager dan vrouwen op de sub score zelfherkenning. Verder bleek er een significant interactie-effect te zijn tussen culturele afkomst en gender, waarbij mannen uit een individualistische cultuur lager scoorden dan vrouwen op de subschaal stigmatolerantie. Dit effect bleek omgekeerd voor mannen en vrouwen uit een collectivistische cultuur. Tot slot werd er een significant interactie-effect gevonden van culturele afkomst, gender en opleidingsniveau op de variabele stigmatolerantie.

Hoofdeffecten geslacht, culturele afkomst en opleidingsniveau op de totaalscore

Met een gemiddelde van 51.88 scoorden de participanten gemiddeld op de ATSPPHS. Dit houdt in dat zij over het algemeen wel herkennen dat professionele psychologische hulp nuttig kan zijn, maar dat zij terughoudend zijn in het daadwerkelijk zoeken naar professionele hulp (Fischer & Turner, 1970). Participanten uit een individualistische cultuur scoorde gemiddeld op de ATSPPHS, waar participanten uit een collectivistische cultuur een lage scoorde behaalden. Dit houdt in dat laatstgenoemde negatief kijkt naar het zoeken van professionele psychologische hulp door zowel zichzelf als naasten (Fischer & Turner, 1970). Door het sterke collectivistische gevoel binnen deze cultuur kan een mentale stoornis bij één persoon in de familie ervoor zorgen dat de gehele familie reputatieschade oploopt. Schaamte voor zowel zichzelf als de gehele familie zou dan een mogelijke verklaring zijn waarom personen uit collectivistische culturen meer terughoudend zijn in het zoeken van professionele psychologische hulpverlening. (Hilderink et al., 2009; Flink et al., 2013). Daarnaast zijn personen uit een collectivistische cultuur over het algemeen meer geneigd om problematiek binnen de familie te bespreken (Koydemir et al., 2010). Wanneer zij er toch voor kiezen om professionele hulp te zoeken, kunnen zij in een loyaliteitsconflict komen, als gevolg van hun sterke band met de familie. Hierdoor kunnen deze personen er toch voor kiezen om te stoppen met professionele hulp of er niet eens mee te beginnen (Hilderink et al., 2009).

Hoewel werd verwacht dat er een significant verschil gevonden zou worden tussen mannen en vrouwen op de totaalscore, was dit in de huidige studie niet het geval. Wel werd er een significant interactie-effect gevonden van culturele afkomst en gender. Zo scoorden mannen uit een individualistische cultuur lager dan vrouwen uit deze cultuur ($M = 49.76$ & $M = 56.41$) en negatief op de ATSPPHS. Sommige mannen in individualistische kijken meer stigmatiserend dan vrouwen naar mentale hulpverlening en zijn minder snel geneigd om hulpverlening te zoeken (Wendt & Shafer, 2015). Daarnaast zijn ze zich mogelijk minder bewust van de hulp die beschikbaar is en vinden sommige mannen dat ze sterk genoeg horen te zijn om mentale problemen zelfstandig op te lossen (Warren, 1983; Jorm et al., 2007). Daarentegen, het verschil tussen mannen en vrouwen binnen de collectivistische cultuur was nihil ($M = 47.28$ & $M = 46.33$). Zij scoorden beiden laag op de ATSPPHS. Hiërarchische verschillen tussen individualistische en collectivistische culturen kunnen er mogelijk voor zorgen dat zowel mannen als vrouwen uit collectivistische culturen negatiever dan individualistische culturen kijken naar het zoeken van mentale hulpverlening. Zo is het in collectivistische culturen vanzelfsprekender dat de hulpverlener het initiatief neemt en cliënten vooral een afhankelijke rol hebben (Hilderink et al., 2009). Daarentegen, in een

individualistische cultuur staat met name de samenwerking tussen cliënt en therapeut centraal, waarbij het initiatief vooral bij de cliënt ligt. De kans is aanwezig dat personen uit collectivistische culturen bepaalde verwachtingen vanuit hun eigen cultuur meenemen naar de behandeling in een individualistische cultuur. Mogelijk dat zij hierdoor een negatieve ervaring opdoen omdat hun verwachtingen van de therapie niet worden waargemaakt (Hilderink et al., 2009). Wat daarnaast opviel was het significante verschil tussen vrouwen uit beiden culturen, waarbij vrouwen uit collectivistische culturen negatiever kijken naar professionele hulp dan vrouwen uit individualistische culturen ($M = 56.41$ & $M = 46.33$). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat vrouwen uit sommige collectivistische culturen (in tegenstelling tot individualistische) hun eigen gezondheid als een lagere prioriteit zien dan de gezondheid van hun familie. Als gevolg hiervan zijn zij minder geneigd om professionele hulpverlening te zoeken, ondanks zij weldegelijk mentale klachten ervaren (Douki et al., 2007).

Tegen de verwachtingen in werden er geen significante lagere scores gevonden van een laag opleidingsniveau in hun houding naar het zoeken van mentale hulpverlening. Een eerdere studie van Leaf et al., (1987) toonde aan dat personen met een laag opleidingsniveau meer financiële obstakels zagen bij het zoeken naar professionele hulp. Het is mogelijk dat in de huidige studie, personen met een laag opleidingsniveau minder financiële gevaren zien als gevolg van een goed georganiseerd gezondheidssysteem in Nederland. Dit systeem maakt het gemakkelijker om, ook met weinig financiën, professionele hulp te ontvangen (Zwaanswijk et al., 2003).

Effecten Culturele afkomst, Gender en Opleidingsniveau op de vier dimensies Zelfherkenning, Stigmatolerantie, Interpersoonlijke Openheid en Vertrouwen in de hulpverlener

Participanten afkomstig uit een individualistische cultuur scoorden significant hoger op de dimensie interpersoonlijke openheid ten opzichte van participanten uit een collectivistische cultuur. Mogelijk is dit verschil aanwezig omdat in collectivistische culturen vaak anders wordt omgegaan met het delen van psychische problematiek. Zo is één van de manieren om met psychologische problematiek om te gaan er simpelweg niet aan te denken of erover spreken (Cauce et al., 2002). Ook scoorden participanten uit een individualistische cultuur significant hoger op zelfherkenning dan participanten uit een collectivistische cultuur. In tegenstelling tot individualistische culturen zien personen in collectivistische culturen mentale problematiek vaak als iets dat wordt veroorzaakt door specifieke situaties in de omgeving en niet door het individu zelf (Markus & Kitayama, 1991). Zo kan bijvoorbeeld in deze culturen een

economische crisis worden gezien als een mogelijke oorzaak voor mentale problematiek (Nohr et al., 2019). Door deze externe attributie, kunnen zij het gevoel krijgen dat zij minder controle hebben over hun mentale klachten en zijn ze minder snel geneigd om professionele hulp te zoeken (Markus & Kitayama, 1991; Verhulp et al., 2017). Tot slot bleken personen uit collectivistische culturen minder vertrouwen te hebben in de hulpverlening dan personen uit individualistische culturen. Niet-westerse (e.g. collectivistische) cliënten in Nederland hebben vaak behoefte aan een hulpverlener met dezelfde etnische achtergrond of één die veel kennis en empathie heeft voor hun culturele afkomst. Zij ervaren meestal een betere band met deze hulpverleners dan hulpverleners met een individualistische (e.g. Nederlandse) afkomst (Knipscheer, 2000; Broers & Eland, 2000). Daarnaast blijken sommige cliënten uit collectivistische culturen meer moeite te hebben om zich in de Nederlandse taal te verwoorden tegenover hulpverleners. Hierdoor verloopt de behandeling vaak moeizamer omdat zowel cliënt als hulpverlener elkaar minder goed begrijpen (Hilderink et al., 2009).

Mannen bleken zoals verwacht significant lager dan vrouwen te scoren op zelfherkenning. (Brownhill et al., 2002). Het is mogelijk dat mannen minder snel erkennen dat zij hulp nodig hebben als gevolg van stereotyperende beelden vanuit de samenleving (Rickwood & Braithwaite, 1994). Zo worden gevoelens van zwakte, verdriet en somberheid minder geassocieerd met ‘mannelijke’ kenmerken zoals competitief zijn en zelfredzaamheid (Warren, 1983). Echter, er werd geen significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen op de sub score interpersoonlijke openheid. Er werd verwacht dat mannen minder open dan vrouwen zouden zijn over hun problematiek omdat zij minder snel geneigd zijn om mentale problematiek te delen met leeftijdsgenoten (Brownhill et al., 2002; MacKenzie et al., 2006). Zo zijn sommige mannen bang dat wanneer zij hun mentale problematiek delen met vrienden, dit slechte gevolgen kan hebben voor hun vriendschappen (Good et al., 1989). Echter, de vragen uit de ATSPPHS over interpersoonlijke openheid waren voornamelijk gericht op de neiging om problematiek te delen met professionals (Fischer & Turner, 1970). Mannen blijken minder terughoudend te zijn in het delen van problematiek met professionals ten opzichte van familie en vrienden (Rickwood & Braithwaite, 1994). Mogelijk kan dit verklaren waarom er in de huidige studie geen verschil werd gevonden tussen mannen en vrouwen in het delen van mentale problematiek. Tot slot hadden vrouwen in de huidige studie meer vertrouwen in de hulpverlening dan mannen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat mannen zich mogelijk ongewenst als cliënt voelen, zich niet begrepen voelen door de therapeut vanwege hun taalgebruik of zorgen hebben dat de therapeut niet capabel genoeg is om hen te helpen (Rochlen et al., 2009; Wendt & Schafer, 2015).

Mannelijke participanten uit een collectivistische cultuur scoorden significant hoger dan vrouwelijke participanten op stigmatolerantie. De man in collectivistische culturen heeft vaak meer autoriteit en verantwoordelijkheden binnen zijn familie, waar de vrouw juist meer afhankelijk is van de man (Ahmed & Alansari, 2004). Dit verantwoordelijkheidsgevoel naar de familie en de neiging om zwaktes niet te delen met de buitenwereld, kunnen een mogelijke verklaring zijn voor het feit dat mannen binnen deze culturen beter met stigma (dat voortkomt uit het zoeken van professionele hulp) om kunnen gaan (Ahmed & Alansari, 2004; Mackenzie et al., 2006).

Tot slot werd er een significant interactie-effect gevonden van culturele afkomst, gender en opleidingsniveau op stigmatolerantie. Wat met name opvalt is dat er vooral verschillen te zien zijn binnen een laag en een hoog opleidingsniveau (zie Bijlage C). Zo hebben vrouwen uit collectivistische culturen een mindere stigmatolerantie binnen een laag en hoog opleidingsniveau. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vrouwen binnen sommige collectivistische culturen (e.g. Arabische) meer stigmatiserend naar personen met een mentale stoornis kijken dan mannen, waardoor zij zich meer zouden kunnen schamen zodra zij zelf mentale klachten zouden krijgen (Bener & Ghuloum, 2010). Daarnaast ervaren vrouwen binnen deze culturen meer stigma op mentale problematiek dan mannen (Gearing et al., 2014). Uit een studie van Gearing et al. (2014) bleek dat participanten eerder geneigd waren om mannen met depressieve klachten aan te nemen dan vrouwen met depressieve klachten. Ten derde ervaren personen met een laag opleidingsniveau meer stigma en schaamte voor hun mentale problemen dan uit een hoger opleidingsniveau (Rüsch et al., 2014). Zo kunnen zij gevoeliger zijn voor reacties door anderen op hun mentale problemen (Zwaanswijk et al., 2003). Daarnaast kunnen hoogopgeleide vrouwen uit collectivistische culturen mogelijk minder goed met stigma omgaan door de sterke drang in deze culturen om familiereputaties hoog te houden (Masuda & Boone, 2011). Vrouwen met een hoog opleidingsniveau kunnen hierdoor mogelijk minder goed met stigma omgaan door de schaamte en waargenomen reputatieschade die mentale problematiek met zich mee kunnen brengen. Daarnaast scoren mannen lager dan vrouwen in een individualistische cultuur binnen een laag opleidingsniveau. Eerder onderzoek toonde aan dat opleidingsniveau een effect heeft op de houding van mannen, waar een gemiddeld en hoog opleidingsniveau zorgde voor een positievere houding van professionele hulpverlening. Dit suggereert dat meer opleiding mogelijk een positief effect heeft op de houding van mannelijke participanten (Mackenzie et al., 2006). Echter, er zijn weinig verschillen aanwezig van culturele afkomst en gender binnen een gemiddeld

opleidingsniveau. Verder onderzoek kan dus nuttig zijn om de verschillen tussen de opleidingsniveaus beter in kaart te brengen.

Sterktes en limitaties

Het huidige onderzoek was één van de eerste studies in Nederland dat onderzoek deed naar de houding van jongeren over professionele psychologische hulpverlening. De regio Rotterdam en Dordrecht maakte het mogelijk om participanten met diverse etnische achtergronden te benaderen. Daarnaast konden er via de Attitudes towards seeking professional psychological help scale (ATSPPHS) specifieke uitspraken worden gedaan over vier verschillende dimensies die invloed hebben op de houding van participanten naar het zoeken van professionele psychologische hulpverlening. Verder maakte de onafhankelijke variabelen het mogelijk om specifieke uitspraken te doen aan de hand van verschillende demografische karakteristieken van de participanten.

Er waren een aantal limitaties aan het onderzoek verbonden. Zo was het aantal participanten per onafhankelijke variabele (Culturele afkomst, Gender, Opleidingsniveau) niet gelijk verdeeld. Bijvoorbeeld, er namen meer vrouwen (121) dan mannen (75) deel aan de huidige studie. Omdat uit cijfers van het CBS (2020) bleek dat de verdelingen van de onafhankelijke variabelen in de bevolking gelijk verdeeld waren, was de huidige studie niet geheel representatief. Desondanks waren de verdelingen niet extreem afwijkend en waren er per variabele voldoende participanten aanwezig om tot een normale verdeling te komen ($N > 30$) (Field, 2013). In de toekomst zou dit probleem aangepakt kunnen worden door een wegingsfactor toe te passen, waardoor de steekproefgrootte wel representatief is voor de bevolking. Een tweede limitatie van de huidige studie is dat het alleen heeft gekeken naar de invloed van culturele afkomst, gender en opleidingsniveau op de houding naar het zoeken van mentale hulpverlening. Eerdere studies hebben aangetoond dat er ook andere factoren van invloed kunnen zijn op het zoeken naar professionele hulp zoals inkomen, leeftijd en een eerder verleden van professionele hulpverlening (Leaf et al., 1987; Tjihuis et al., 1990; Cheng et al., 2018). Een derde en laatste limitatie van de huidige studie was dat er niet is gekeken in hoeverre personen zich verbonden voelden met hun land van herkomst. In de huidige onderzoeksopzet is ervoor gekozen om participanten met een achtergrond van landen die voornamelijk binnen een collectivistische cultuur vallen (Turkije, Marokko, etc.) in dezelfde groep te plaatsen. Echter, deze participanten woonden wellicht hun hele leven al in Nederland en voelden zich mogelijk meer verbonden met de Nederlandse (en dus individualistische) cultuur. De uitspraken met betrekking tot culturele afkomst moeten dus vanwege de validiteit van het

onderzoek met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd (Furr, 2018). Mocht er in een toekomstige studie culturele afkomst worden meegenomen, kan het nuttig zijn om de participanten te vragen in hoeverre zij zich verbonden voelen met hun cultuur van herkomst en de cultuur van het land waar zij op dat moment in wonen. Op die manier kunnen zij geplaatst worden in de groep waarmee zij zich het meest verbonden voelen en wordt de validiteit van het onderzoek beter gewaarborgd (Furr, 2018).

Implicaties

De resultaten laten zien dat jongeren in de regio Rotterdam en Dordrecht over het algemeen nog twijfels hebben bij het zoeken van professionele psychologische hulp. In tegenstelling tot het onderzoek van Verhulp et al. (2017) werd er in de huidige studie weldegelijk een verschil gevonden in de houding tussen personen uit een individualistische (e.g. Nederlandse) en collectivistische (e.g. Turkse/Marokkaanse) cultuur. Psycho-educatie over wat de Nederlandse psychologische hulpverlening omvat, zoals een wederzijdse samenwerking tussen therapeut en cliënt, zou voor personen uit collectivistische culturen nuttig kunnen zijn om hun negatieve houding te verminderen. Zo kunnen hierdoor bepaalde verwachtingen over de therapie door de cliënt bijgesteld worden (Hilderink et al., 2009). Daarnaast kunnen zij bijgeschoold worden over welke mentale problematiek en symptomen bestaan, zodat zij zelf hun klachten beter kunnen herkennen en hiervoor hulp kunnen zoeken (Verhulp et al., 2017). Verder is het belangrijk dat ook hulpverleners worden bijgeschoold over de normen en waarden van andere culturen (e.g. collectivistisch) en waar nodig gebruik maken van een tolk, om op die manier meer cliënt gericht te werk te kunnen gaan. Tot slot zou een multidisciplinair team ingezet kunnen worden omdat er, naast psychologische problematiek, bij deze personen vaak ook sprake is van andere problematiek zoals financiële achterstanden (Hilderink et al., 2009). Om de stigmatolerantie van vrouwen uit collectivistische culturen te vergroten zouden zij geholpen kunnen worden middels stigma interventies, zoals trainingen om hun zelfbeeld te vergroten. Daarnaast is een effectieve manier om stigma aan te pakken door deze vrouwen in groepen samen te laten komen en hun ervaringen van stigma met elkaar te bespreken (Abdullah & Brown, 2011; Sheehan et al., 2016).

Interventies om de houding van mannen te verbeteren, kunnen zich het beste richten om hun zelfherkenning van mentale problematiek en het vertrouwen in de hulpverlening te vergroten. Zo kunnen landelijke campagnes worden opgezet om het stigma van mannen over mentale hulpverlening te verminderen en kunnen hulpverleners meer educatie krijgen over mentale problematiek bij mannen. Sommige huisartsen hebben bijvoorbeeld moeite met het herkennen

van mentale problemen bij mannen, wat een negatief effect kan hebben op het vertrouwen van mannen in de hulpverlening omdat zij zich niet gezien voelen (Rickwood et al., 2007; Corrigan et al., 2012). Tot slot kunnen er preventieprogramma worden opgezet voor mannen met een hoog risico voor mentale problematiek (De Girolamo et al., 2012). Op die manier kunnen zij tijdig hulp krijgen en zo verdere complicaties helpen te voorkomen. Mannen met mentale klachten hebben namelijk een grotere kans dan vrouwen om te maken te krijgen met middelenmisbruik, risicovol gedrag en suïcide wanneer mentale problematiek niet op tijd aangepakt wordt (Mares et al., 2012; Addis & Mahalik, 2003).

Conclusie

De huidige studie deed onderzoek naar de houding van Nederlandse jongeren over het zoeken van professionele psychologische hulpverlening. Middels de ATSPPHS werd er gekeken naar diverse factoren die hun houding konden beïnvloeden. Nederlandse jongeren lijken te erkennen dat professionele hulp nuttig kan zijn, maar hebben nog twijfels om dit daadwerkelijk te gaan zoeken. Met name binnen collectivistische culturen en mannen heerst er een negatief beeld van de huidige hulpverlening. Zij lijken meer moeite te hebben met het herkennen van hun eigen psychische klachten en hebben minder vertrouwen in de hulpverlening. Psycho-educatie, cliëntgericht werken en het bijscholen van hulpverleners kunnen belangrijke handelingen zijn om de houding van jongeren over mentale hulpverlening te verbeteren.

Referenties

- Abdullah, T., & Brown, T. L. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 934–948. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.003>
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist, 58*(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5>
- Ahmed M., A. K., & Alansari, B. M. (2004). Gender differences in anxiety among undergraduates from ten arab countries. *Social Behavior and Personality: an international journal, 32*(7), 649–655. <https://doi.org/10.2224/sbp.2004.32.7.649>
- Andrews, G., Hall, W., Teesson, M., & Henderson, S. (1999). *The mental health of Australians: National survey of mental health and wellbeing*. (Nr. 2). Commonwealth Department of Health and Aged Care.

- Bener, A., & Ghuloum, S. (2010). Gender differences in the knowledge, attitude and practice towards mental health illness in a rapidly developing Arab society. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 480–486. <https://doi.org/10.1177/0020764010374415>
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606–616. <https://doi.org/10.1177/0004867414533834>
- Broers, E., Eland, A. (2000). *Verslaafd, allochtoon en drop-out. Vroegtijdig vertrek van allochtone verslaafden uit de intramurale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Brown, P., Calnan, M., Scrivener, A., & Szmukler, G. (2009). Trust in Mental Health Services: A neglected concept. *Journal of Mental Health*, 18(5), 449–458. <https://doi.org/10.3109/09638230903111122>
- Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., & Parker, G. (2002). Detecting Depression in Men: A Matter of Guesswork. *International Journal of Men's Health*, 1(3), 259–280. <https://doi.org/10.3149/jmh.0103.259>
- Cauce, A. M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44–55. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.1.44>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020, 11 december). *Bevolking 15 tot 75 jaar; opleidingsniveau, wijken en buurten, 2019*. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84773NED?q=rotterdam>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020, 1 januari) *Migratie achtergrond per gemeente*. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-mensen-met-een-migratieachtergrond-wonen-in-nederland->
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020, 1 januari) *Hoeveel mannen en vrouwen wonen er per gemeente?* Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/verdeling/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (z.d.) *Wat is het verschil tussen een westerse en niet-westerse allochtoon?* Geraadpleegd van [https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/specifiek/wat-is-het-verschil-tussen-een-westerse-en-niet-westerse-allochtoon-#:~:text=Westers%3A,Indonesi%C3%AB%20en%20Japan\)%20of%20Turkije.](https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/specifiek/wat-is-het-verschil-tussen-een-westerse-en-niet-westerse-allochtoon-#:~:text=Westers%3A,Indonesi%C3%AB%20en%20Japan)%20of%20Turkije.)

- Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling & Development, 96*(1), 64–74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- Cramer, K. M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: A reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology, 46*(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.3.381>
- Cramer, K. M., & Barry, J. E. (1999). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Self-Concealment Scale. *Personality and Individual Differences, 27*(4), 629–637. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00222-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00222-0)
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services, 63*(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine, 50*(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1)
- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2011). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 21*(1), 47–57. <https://doi.org/10.1017/s2045796011000746>
- Douki, S., Ben Zineb, S., Nacef, F., & Halbreich, U. (2007). Women's mental health in the Muslim world: Cultural, religious, and social issues. *Journal of Affective Disorders, 102*(1–3), 177–189. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.027>
- Field (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. 4th Edition. London: Sage Publications Ltd.
- Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*(1), 79–90. <https://doi.org/10.1037/h0029636>
- Flink, I. J. E., Beirens, T. M. J., Butte, D., & Raat, H. (2013). Help-seeking behaviour for internalizing problems: perceptions of adolescent girls from different ethnic backgrounds. *Ethnicity & Health, 19*(2), 160–177. <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.801402>
- Folkins, C., Hersch, P., & Dahlen, D. (1980). Waiting time and no-show rate in a community mental health center. *American Journal of Community Psychology, 8*(1), 121–123. <https://doi.org/10.1007/bf00892287>

- Franzoi, S. L. (1983). Self-concept differences as a function of private self-consciousness and social anxiety. *Journal of Research in Personality*, 17(3), 275–287. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(83\)90019-3](https://doi.org/10.1016/0092-6566(83)90019-3)
- Furr, R. M. (2018). *Psychometrics*. SAGE Publications.
- Gaebel, W., Muijen, M., Baumann, A. E., Bhugra, D., Wasserman, D., van der Gaag, R. J., Heun, R., & Zielasek, J. (2014). EPA Guidance on Building Trust in Mental Health Services. *European Psychiatry*, 29(2), 83–100. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.01.001>
- Gearing, R. E., MacKenzie, M. J., Ibrahim, R. W., Brewer, K. B., Batayneh, J. S., & Schwalbe, C. S. J. (2014). Stigma and Mental Health Treatment of Adolescents with Depression in Jordan. *Community Mental Health Journal*, 51(1), 111–117. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9756-1>
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489. doi:10.5812/ijem.3505
- Gonzalez, J. M., Alegria, M., & Prihoda, T. J. (2005). How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults? *Journal of Community Psychology*, 33(5), 611–629. <https://doi.org/10.1002/jcop.20071>
- Good, G. E., Dell, D. M., & Mintz, L. B. (1989). Male role and gender role conflict: Relations to help seeking in men. *Journal of Counseling Psychology*, 36(3), 295–300. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.3.295>
- Grinstein-Weiss, M., Fishman, G., & Eisikovits, Z. (2005). Gender and ethnic differences in formal and informal help seeking among Israeli adolescents. *Journal of Adolescence*, 28(6), 765–779. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.01.002>
- Haavik, L., Joa, I., Hatloy, K., Stain, H. J., & Langeveld, J. (2017). Help seeking for mental health problems in an adolescent population: the effect of gender. *Journal of Mental Health*, 28(5), 467–474. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340630>
- Haslam, N., Ban, L., & Kaufmann, L. (2007). Lay conceptions of mental disorder: The folk psychiatry model. *Australian Psychologist*, 42(2), 129–137. <https://doi.org/10.1080/00050060701280615>
- Health Behaviour in School-aged Children (2017). *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Opgehaald van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1640-gezondheid-en-welzijn-van-jongeren-in-nederland>

- Koydemir, S., Erel, Ö., Yumurtacı, D., & Şahin, G. N. (2010). Psychological Help-Seeking Attitudes and Barriers to Help-Seeking in Young People in Turkey. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 32(4), 274–289. <https://doi.org/10.1007/s10447-010-9106-0>
- Kelly, A. E., & Achter, J. A. (1995). Self-concealment and attitudes toward counseling in university students. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 40–46. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.1.40>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Knipscheer, J. W. (2000). *Cultural convergence and divergence in mental health care. Empirical studies on mental distress and help-seeking behaviour of Surinamese, Ghanaian, Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Leaf, P. J., Bruce, M. L., Tischler, G. L., & Holzer, C. E. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology*, 15(2), 275–284. [10.1002/1520-6629\(198704\)15:2<275::aid-jcop2290150216>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198704)15:2<275::aid-jcop2290150216>3.0.co;2-j).
- Leary, M. L. (2012) *Introduction to Behavioral Research Methods* (6th edition). Boston, MA: Pearson.
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. J. (2007). Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 61–70. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00012.x>
- Jourard, S. M. (1964). *The Transparent Self; Self-disclosure and Well-being*. New York: Van Nostrand.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574–582. <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>
- Mares, S. H. W., Lichtwarck-Aschoff, A., Burk, W. J., van der Vorst, H., & Engels, R. C. M. E. (2012). Parental alcohol-specific rules and alcohol use from early adolescence to young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(7), 798–805. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02533.x>

- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224–253. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.98.2.224>
- Masuda, A., & Boone, M. S. (2011). Mental Health Stigma, Self-Concealment, and Help-Seeking Attitudes among Asian American and European American College Students with No Help-Seeking Experience. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 33(4), 266–279. <https://doi.org/10.1007/s10447-011-9129-1>
- McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S., & Amminger, G. P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 301–306. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3283477a09>
- Nohr, L., Steinhäuser, T., Ruiz, A. L., Ferrer, J. E. S., & Lersner, U. V. (2019). Causal attribution for mental illness in Cuba: A thematic analysis. *Transcultural Psychiatry*, 56(5), 947–972. <https://doi.org/10.1177/1363461519853649>
- Ormel, J., Raven, D., van Oort, F., Hartman, C. A., Reijneveld, S. A., Veenstra, R., Vollebergh, W. A. M., Buitelaar, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2014). Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, 45(2), 345–360. <https://doi.org/10.1017/s0033291714001469>
- Payne, S., Swami, V., & Stanistreet, D. L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*, 5(1), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2007.11.002>
- Potrebny, T., Wium, N., & Lundegård, M. M.-I. (2017). Temporal trends in adolescents' self-reported psychosomatic health complaints from 1980–2016: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(11), e0188374. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188374>
- Poulin, F., Cillessen, A. H. N., Hubbard, J. A., Coie, J. D., Dodge, K. A., & Schwartz, D. (1997). Children's Friends and Behavioral Similarity in Two Social Contexts. *Social Development*, 6(2), 225–237. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00035>
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine*, 39(4), 563–572. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90099-x](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90099-x)

- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, *187*(S7), 35–39. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>
- Rijksoverheid. (z.d.) *Waar vind ik hulp bij psychische problemen?* Opgehaald van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/vraag-en-antwoord/waar-vind-ik-hulp-bij-psychische-problemen>
- Rochlen, A. B., Paterniti, D. A., Epstein, R. M., Duberstein, P., Willeford, L., & Kravitz, R. L. (2009). Barriers in Diagnosing and Treating Men With Depression: A Focus Group Report. *American Journal of Men's Health*, *4*(2), 167–175. <https://doi.org/10.1177/1557988309335823>
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., Lieb, K., & Corrigan, P. W. (2006). Self-Stigma in Women With Borderline Personality Disorder and Women With Social Phobia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *194*(10), 766–773. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000239898.48701.dc>
- Rüsch, N., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Corrigan, P. W., & Rössler, W. (2013). Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *23*(2), 177–187. <https://doi.org/10.1017/s204579601300036x>
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *259*(5), 298–306. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0870-y>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, *18*(1). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
- Stuart, H. (2016). Reducing the stigma of mental illness. *Global Mental Health*, *3*, 1–14. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.11>
- Tijhuis, M. A. R., Peters, L., & Foets, M. (1990). An orientation toward help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine*, *31*(9), 989–995. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90108-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90108-5)
- Trimbos Instituut, Hilderink, I., Van 't Land, H., & Smits, C. (2009). *Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten*. <https://www.trimbos.nl/docs/bb0900a1-89a2-4762-9f81-6f60b08af20e.pdf>

- Twenge, J. M. (2017). *IGen: Why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy – and completely unprepared for adulthood - and what that means for the rest of us*. New York: Atria books.
- Van Dieren, Q., Rijckmans, M., & Vingerhoets, A. (2010). Therapietrouw bevorderende maatregelen binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een overzicht. *GZ - Psychologie*, 2(3), 28–33. <https://doi.org/10.1007/s41480-010-0033-9>
- Verhulp, E. E., Stevens, G. W. J. M., Pels, T. V. M., Van Weert, C. M. C., & Vollebergh, W. A. M. (2017). Lay beliefs about emotional problems and attitudes toward mental health care among parents and adolescents: Exploring the impact of immigration. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 23(2), 269–280. <https://doi.org/10.1037/cdp0000092>
- Warren, L. W. (1983). Male intolerance of depression: A review with implications for psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 3(2), 147–156. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(83\)90009-0](https://doi.org/10.1016/0272-7358(83)90009-0)
- Wendt, D., & Shafer, K. (2015). Gender and Attitudes about Mental Health Help Seeking: Results from National Data. *Health & Social Work*, 41(1), e20–e28. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv089>
- Wisdom, J. P., Clarke, G. N., & Green, C. A. (2006). What Teens Want: Barriers to Seeking Care for Depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(2), 133–145. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0036-4>
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(4), 153–161. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0322-6>

Bijlage A

Tabel A1. *Beschrijvende statistieken Kolmogorov Smirnov test voor de onafhankelijke variabele 'Culturele afkomst' (Test voor normaliteitsassumptie).*

Afhangelijke variabele	Niveau	Kolmogorov Smirnov		
		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Zelfherkenning	Individualistisch	.084	119	.039
	Collectivistisch	.110	76	.023
Stigmatolerantie	Individualistisch	.144	119	<.001
Openheid	Individualistisch	.111	119	.001
Vertrouwen	Individualistisch	.092	119	.014
	Collectivistisch	.115	76	.015

Note. $N = 195$. $p < .05$.

Tabel A2. *Beschrijvende statistieken Kolmogorov Smirnov test voor de onafhankelijke variabele 'Geslacht' (Test voor normaliteitsassumptie).*

Afhangelijke variabele	Niveau	Kolmogorov Smirnov		
		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Stigmatolerantie	Man	.127	74	.005
	Vrouw	.122	121	<.001
Vertrouwen	Vrouw	.110	121	.001

Note. $N = 195$. $p < .05$.

Tabel A3. Beschrijvende statistieken Kolmogorov Smirnov test voor de onafhankelijke variabele 'Opleidingsniveau' (Test voor normaliteitsassumptie).

Afhangelijke variabele	Niveau	Kolmogorov Smirnov		
		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Stigmatolerantie	Gemiddeld	.162	95	<.001
	Hoog	.160	64	<.001
Openheid	Laag	.162	36	.018
	Gemiddeld	.119	95	.002
Vertrouwen	Hoog	.158	64	<.001

Note. $N = 195$. $p < .05$.

Tabel A4. Beschrijvende statistieken Levene's test van de afhankelijke variabelen (Test voor homogeniteitsassumptie).

Afhangelijke variabele	Levene's Test			
	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
Totaalscore houding	1.85	11	183	.049
Zelfherkenning	1.99	11	183	.031*
Stigmatolerantie	1.53	11	183	.123
Openheid	.97	11	183	.477
Vertrouwen hulpverlener	2.14	11	183	.019*

Note. $N = 195$. Test de nulhypothese dat de error variantie van de afhankelijke variabele gelijk is over de groepen. * $p < .05$.

Bijlage B

Tabel B1. *Beschrijvende statistieken Factorial MANOVA van de onafhankelijke variabelen Culturele afkomst, Gender en Opleidingsniveau op de afhankelijke variabelen.*

Onafhankelijke Variabele	Afhankelijke variabele	ANOVA			
		<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	η^2
Culturele afkomst	Zelfherkenning	10.87**	1	183	.056
	Stigmatolerantie	1.89	1	183	.010
	Openheid	18.70**	1	183	.093
	Vertrouwen hulpverlener	6.24*	1	183	.033
Gender	Zelfherkenning	13.58**	1	183	.069
	Stigmatolerantie	2.24	1	183	.012
	Openheid	.221	1	183	.001
	Vertrouwen hulpverlener	4.84*	1	183	.026
Opleidingsniveau	Zelfherkenning	1.18	2	183	.013
	Stigmatolerantie	1.57	2	183	.017
	Openheid	2.68	2	183	.028
	Vertrouwen hulpverlener	1.49	2	183	.016
Culturele afkomst * Gender	Zelfherkenning	1.41	1	183	.008
	Stigmatolerantie	11.85**	1	183	.061
	Openheid	3.24	1	183	.017
	Vertrouwen hulpverlener	1.14	1	183	.006
Culturele afkomst * Opleidingsniveau	Zelfherkenning	.58	2	183	.006
	Stigmatolerantie	.321	2	183	.003
	Openheid	2.53	2	183	.027
	Vertrouwen hulpverlener	.67	2	183	.007

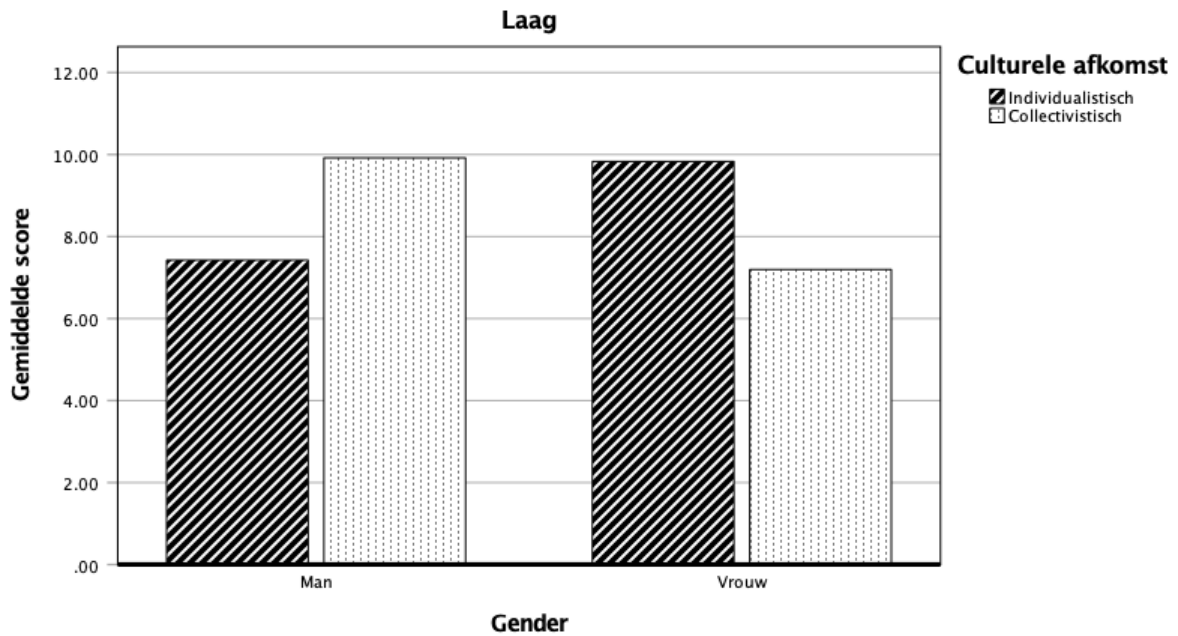
Gender *	Zelfherkenning	1.43	2	183	.015
Opleidingsniveau					
	Stigmatolerantie	.88	2	183	.010
	Openheid	.53	2	183	.006
	Vertrouwen hulpverlener	.56	2	183	.006
Culturele afkomst *	Zelfherkenning	.34	2	183	.004
Gender *					
Opleidingsniveau					
	Stigmatolerantie	5.94**	2	183	.061
	Openheid	1.21	2	183	.013
	Vertrouwen hulpverlener	.31	2	183	.003

Note. $N = 195$. ANOVA = analysis of variance.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

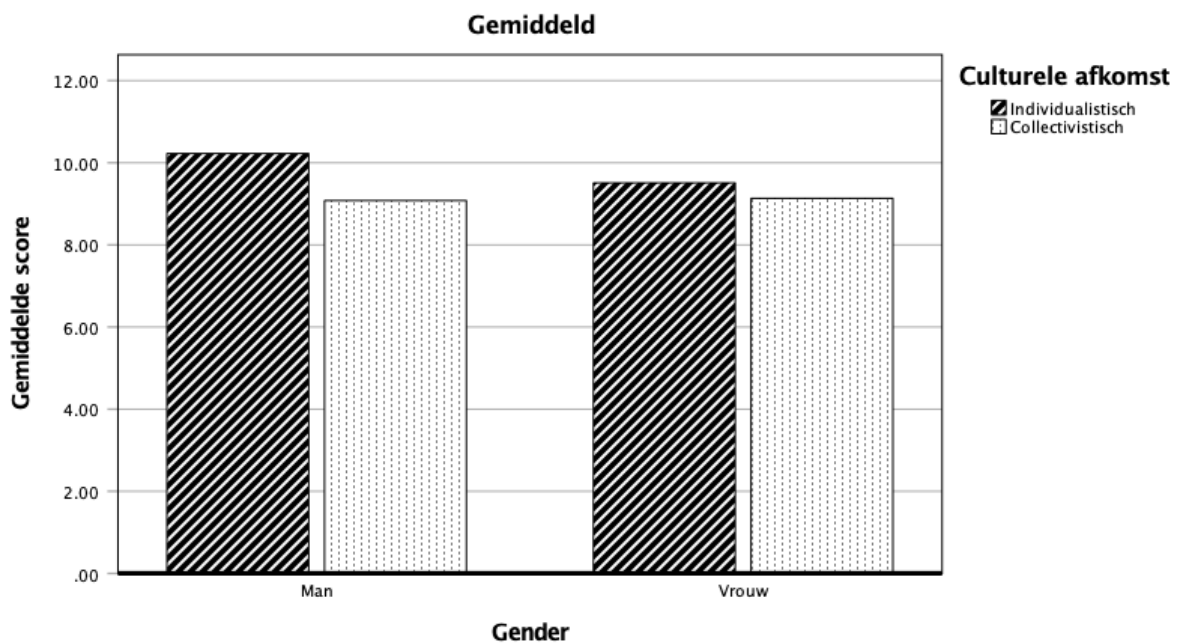
Bijlage C

Figuur C1. Gemiddelde scores van het interactie-effect van Culturele afkomst, Gender en Opleidingsniveau op de afhankelijke variabele Stigmatolerantie. Opleidingsniveau: laag.



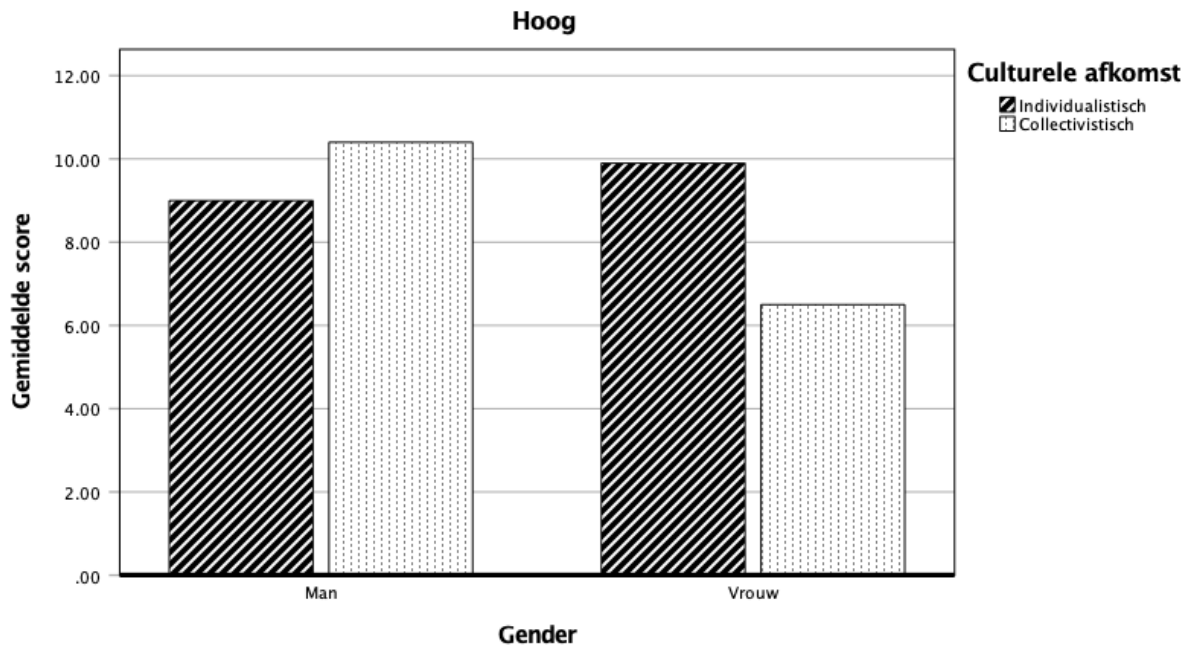
Note. Minimale score op de variabele Stigmatolerantie = 0, maximale score = 15

Figuur C2. Gemiddelde scores van het interactie-effect van Culturele afkomst, Gender en Opleidingsniveau op de afhankelijke variabele Stigmatolerantie. Opleidingsniveau: gemiddeld.



Note. Minimale score op de variabele Stigmatolerantie = 0, maximale score = 15

Figuur C3. Gemiddelde scores van het interactie-effect van Culturele afkomst, Gender en Opleidingsniveau op de afhankelijke variabele Stigmatolerantie. Opleidingsniveau: hoog.



Note. Minimale score op de variabele Stigmatolerantie = 0, maximale score = 15

Bijlage D

Attitudes towards seeking professional psychological help scale (ATSPPHS) (Nederlandse vertaling) (Fischer & Turner, 1970).

1. Ook al bestaan er klinieken voor mensen met psychische problemen; ik zou daar niet veel vertrouwen in hebben.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

2. Als een goede vriend mijn advies vroeg over een psychisch probleem, dan zou ik hem misschien aanraden om naar een psychiater of psycholoog te gaan.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

3. Ik zou me ongemakkelijk voelen wanneer ik naar een psychiater of psycholoog zou gaan, vanwege wat andere mensen dan zouden kunnen denken.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

4. Iemand met een sterk karakter kan zelf over een psychisch probleem heenkomen, en zou weinig behoefte hebben aan een psychiater of psycholoog.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

5. Er zijn soms tijden waarin ik me volledig verloren voel, en waarin professioneel advies over een persoonlijk of psychisch probleem erg welkom zou zijn.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

6. Gezien de tijd en het geld dat psychotherapie kost zou het weinig opleveren bij iemand zoals ik, en het zou zonde zijn van de investering.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

7. Ik zou zonder problemen vertrouwelijke zaken aan iemand toevertrouwen als ik dacht dat dat mij of een familielid zou kunnen helpen.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

8. Ik zou liever met bepaalde psychische problemen leven dan al die moeite moeten doen die nodig is om psychiatrische of psychologische hulp te krijgen.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

9. Zoals zo veel dingen, lossen emotionele problemen zich meestal vanzelf op.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

10. Er zijn nou eenmaal bepaalde problemen die je niet buiten je directe familie bespreekt, of besproken zouden moeten worden.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

11. Iemand met een serieus psychisch probleem voelt zich waarschijnlijk het beste in een goed psychiatrisch ziekenhuis.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

12. Als ik zou denken op het punt te staan van (psychisch) instorten, dan zou mijn eerste ingeving zijn hier professionele hulp bij te zoeken.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

13. Je gedachten op werk richten is een goede oplossing voor het vermijden van persoonlijke zorgen.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

14. Ooit een psychiatrisch patiënt geweest zijn, is een smet op iemands leven.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

15. Ik word liever geadviseerd door een goede vriend dan door een psychiater of psycholoog, zelfs bij een psychisch probleem.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

16. Het is onwaarschijnlijk dat iemand met een psychisch probleem dat zelf kan oplossen, maar met professionele hulp is dat echter wel waarschijnlijk.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

17. Ik verafschuw een persoon – professioneel opgeleid of niet – die alles over mijn persoonlijke problemen wil weten.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

18. Ik zou psychiatrische of psychologische steun willen krijgen als ik voor langere tijd bezorgd of van streek was.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

19. Praten met een psycholoog of psychiater vind ik een goedkope manier om van emotionele moeilijkheden af te komen.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

20. Geestelijk ziek geweest zijn is iets waar je je voor schaamt.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

21. Bepaalde gebeurtenissen uit mijn leven zou ik met niemand bespreken.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

22. Het is waarschijnlijk het beste niet alles over jezelf te weten.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

23. Als ik op dit punt in mijn leven een hevige emotionele crisis doormaakte, zou ik erop vertrouwen dat ik baat zou hebben bij therapie.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

24. Ik heb eigenlijk wel bewondering voor iemand die bereid is zelf zijn angsten en problemen aan te pakken zonder zich te wenden tot professionele hulp.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

25. Ooit in de toekomst wil ik misschien psychologische of psychiatrische hulp.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

26. Iemand moet zijn eigen problemen zelf aanpakken; psychologische hulp hierbij zou een laatste toevlucht moeten zijn.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

27. Als ik behandeling had ondergaan in een psychiatrisch ziekenhuis dan zou het me niet uitmaken wie daarvan op de hoogte zou zijn.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

28. Als ik van mening zou zijn dat ik psychische hulp nodig had, dan zou ik dat gaan halen, ongeacht wie daarvan op de hoogte zijn.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

29. Het is moeilijk om over persoonlijke zaken te praten met hoogopgeleide mensen zoals dokters, leraren, en advocaten.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Mee eens
- Helemaal mee eens