

Discriminatie en depressie bij etnische minderheden*

Umar Z. Ikram, Marieke B. Snijder, Thijs J.L. Fassaert, Aart H. Schene, Anton E. Kunst en Karien Stronks

- DOEL** De bijdrage bepalen van ervaren etnische discriminatie aan depressie in verschillende etnische groepen in Amsterdam.
- OPZET** Dwarsdoorsnede-onderzoek
- METHODE** Op basis van de baselinegegevens van het HELIUS-onderzoek, verzameld in de periode januari 2011-juni 2013 in Amsterdam, includeerden we deelnemers van 18-70 jaar oud die van Nederlandse (n = 1744), Hindoestaans-Surinaamse (n = 1126), Creools-Surinaamse (n = 1770), Ghanese (n = 1072) of Turkse (n = 834) herkomst waren. De mate van ervaren etnische discriminatie bepaalden we met de Everyday Discrimination Scale, de ernst van de depressieve klachten met de Patient Health Questionnaire-9. De associatie tussen discriminatie en depressie onderzochten we met logistische regressie, de bijdrage van discriminatie kwantificeerden we met behulp van de populatie-attributieve fractie (PAF). De resultaten werden gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, migratiegeneratie, opleidingsniveau en arbeidsstatus.
- RESULTATEN** Depressieve symptomen en de depressieve stoornis kwamen het meest voor bij deelnemers van Turkse (respectievelijk 24% en 14%) en Hindoestaans-Surinaamse herkomst (19% en 10%), het minst bij deelnemers van Nederlandse herkomst (6% en 2%). Deelnemers uit etnische minderheden die meer discriminatie ondervonden, hadden vaker depressieve symptomen, met oddsratio's van 1,66-2,98. De PAF van ervaren discriminatie aan depressie was 18-28% onder mensen van Hindoestaans- of Creools-Surinaamse en Turkse herkomst, en 13-16% onder mensen van Ghanese herkomst.
- CONCLUSIE** Ervaren discriminatie draagt substantieel bij aan de prevalentie van depressie bij etnische minderheden in Amsterdam. Verschillen in de prevalentie van depressie in etnische minderheden vinden mogelijk voor een deel hun oorsprong in ervaren discriminatie.

'Ervaren etnische discriminatie' wordt gedefinieerd als het ervaren van ongelijke behandeling in het dagelijks leven op grond van afkomst.¹ Ten behoeve van de leesbaarheid zullen wij in dit artikel vaak kortweg spreken van 'discriminatie'. Sinds de eeuwwisseling is uit onderzoek steeds duidelijker geworden dat discriminatie een chronische stressor is, die schadelijk is voor de gezondheid.^{2,3} De meeste van deze onderzoeken zijn gedaan bij Afro-Amerikanen in de Verenigde Staten.³ Europees onderzoek naar de effecten van discriminatie op de gezondheid is schaars. Twee Britse onderzoeken vonden een associatie tussen 'racial harassment' en psychisch welbevinden.^{4,5} Een Spaans onderzoek onder immigranten en een Nederlands onderzoek onder adolescenten uit etnische minderheden vonden een vergelijkbaar verband.^{6,7}

Onderzoek naar de relatie tussen gezondheid en ervaren etnische discriminatie is om 2 redenen belangrijk. Openlijke discriminatie is grotendeels verdwenen uit het publieke domein, maar mensen uit etnische minderheden ondervinden nog regelmatig subtiele vormen van discriminatie, bijvoorbeeld doordat ze met minder respect behandeld worden.⁸ Een tweede reden is dat de percepties van discriminatie reflecteren hoe de betrokkenen sociale situaties interpreteren. Uit onderzoek is gebleken dat vooral stressoren die vaag, negatief, onvoorspelbaar

*Dit onderzoek is gepubliceerd in *The European Journal of Public Health*, met als titel 'The contribution of perceived ethnic discrimination to the prevalence of depression'. Afdrukt met toestemming.

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Afd. Sociale Geneeskunde: drs. U.Z. Ikram, arts; dr. M.B. Snijder; prof.dr. A.E. Kunst; prof.dr. K. Stronks, allen epidemioloog.

Afd. Psychiatrie: prof.dr. A.H. Schene, psychiater (tevens: Radboudumc, afd. Psychiatrie en Donders Institute for Brain, Cognition and Behavior, Nijmegen).

GGD Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg, Amsterdam.

Dr. T.J.L. Fassaert, epidemioloog.

Contactpersoon: drs. U.Z. Ikram (u.ikram@amc.uva.nl).

en oncontroleerbaar zijn, die interpretatie negatief beïnvloeden en daardoor stressreacties oproepen, het zelfbeeld aantasten en leiden tot inadequate copingstrategieën, waaronder ongezond gedrag.^{3,9}

Binnen verschillende etnische minderheden in Amsterdam onderzochten wij de associatie tussen discriminatie en depressie. Voor elke etnische groep kwantificeerden we de bijdrage die discriminatie leverde aan de prevalentie van depressieve symptomen en de depressieve stoornis. We kozen voor depressie vanwege de relatief hoge prevalentie daarvan binnen etnische minderheden in westerse landen en omdat depressie naar verwachting in 2030 een van de meest voorkomende ziekten zal zijn binnen de totale bevolking van deze landen.¹⁰

METHODE

ONDERZOEKOPZET EN POPULATIE

Voor uitgebreidere informatie over de methode verwijzen we naar onze originele publicatie.¹¹

Wij gebruikten de gegevens die zijn verzameld bij aanvang van Healthy Life in an Urban Setting (HELIUS), een multi-etnisch cohortonderzoek dat op dit moment loopt in Amsterdam. De deelnemers vormen een aselechte steekproef in de leeftijdsgroep 18-70 jaar, getrokken uit de gemeentelijke basisadministratie na stratificatie voor etniciteit op basis van het geboorteland of dat van de ouders. Omdat een groot deel van de beoogde deelnemers nog niet is benaderd, is de definitieve respons nog niet bekend, maar de eerste schattingen wijzen erop dat deze 20-40% zal bedragen, met enige variatie tussen de etnische groepen. Alle deelnemers gaven schriftelijk toestemming en het onderzoek werd goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het AMC. Na de inclusie ontvingen de deelnemers een vragenlijst. Het volledige onderzoeksprotocol is elders beschreven.¹²

Van de 7307 deelnemers die in de periode januari 2011-juli 2013 in HELIUS geïnccludeerd waren, sloten we mensen van Marokkaanse (n = 264), Javaans-Surinaamse (n = 113) en onbekende herkomst (n = 124) uit van deelname, omdat dit relatief kleine groepen waren. Ook geëxcludeerd werden deelnemers van wie de gegevens incompleet waren (n = 260). De onderzoekspopulatie bestond derhalve uit 6546 mensen, te weten 1744 van Nederlandse, 1126 van Hindoestaans-Surinaamse, 1770 van Creools-Surinaamse, 1072 van Ghanese en 834 van Turkse herkomst.

VARIABELEN

Wij vroegen de deelnemers de Everyday Discrimination Scale in te vullen.¹³ Dit is een vragenlijst met 9 items over de ervaren discriminatie in het dagelijks leven, zoals: 'U wordt met minder respect behandeld dan anderen'. De

respondent geeft voor ieder item de frequentie aan op een 5-punts likertschaal van 1 = nooit tot 5 = heel vaak. Wij berekenden de gemiddelde score over alle 9 items en bepaalden de prevalentie van de ervaren discriminatie aan de hand van het aantal deelnemers dat op minimaal 1 item een 4 (vaak) of 5 (heel vaak) scoorde.

De deelnemers vulden ook de Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in. Dit is een vragenlijst met 9 items, die corresponderen met de 9 criteria voor een depressieve stoornis in het psychiatrische classificatiesysteem DSM-IV.¹⁴ Voor elk item geeft de patiënt aan hoe vaak hij er de afgelopen twee weken last van had, op een schaal van 0 = nooit tot 3 = bijna dagelijks. De maximale score is 27. Als afkappunt voor depressieve symptomen gebruikten wij een score ≥ 10 ; voor het bepalen van een depressieve stoornis gebruikten we het algoritme volgens de DSM-IV.

STATISTISCHE ANALYSE

Met logistische regressie onderzochten wij de associatie tussen discriminatie en depressie, dat wil zeggen: depressieve symptomen of een depressieve stoornis. Daarbij corrigeerden we voor geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, migratiegeneratie, opleidingsniveau en arbeidsstatus. De bijdrage van discriminatie aan het vóórkomen van depressie kwantificeerden we met behulp van de populatie-attributieve fractie (PAF), dat is het percentage waarmee de prevalentie van depressie zou dalen in het hypothetische geval dat niemand discriminatie zou ervaren.¹⁵ De PAF werd berekend volgens de formule $P \times ((RR - 1) / RR) \times 100$, met P als de prevalentie van ervaren discriminatie onder mensen met depressie binnen een gegeven etnische groep en RR als de relatieve ratio van depressie binnen een etnische groep, gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, migratiegeneratie, opleidingsniveau en arbeidsstatus. We maakten voor iedere etnische groep een schatting van de RR met behulp van poissonregressie. Voor deelnemers van Nederlandse herkomst berekenden we geen PAF, omdat bij hen de associatie tussen discriminatie en depressie statistisch niet significant was.

De berekeningen werden uitgevoerd met SPSS, versie 21.0.

RESULTATEN

Voor uitgebreide informatie over de resultaten verwijzen we naar onze originele publicatie.¹¹

De deelnemers uit een etnische minderheid waren gemiddeld jonger en hadden een lager opleidingsniveau dan de deelnemers van Nederlandse herkomst (tabel). De prevalentie van ervaren discriminatie was ongeveer 30% onder etnische minderheden en 2% onder mensen van Nederlandse herkomst. Depressieve symptomen en de depressieve stoornis kwamen het meest voor onder men-

TABEL Kenmerken van de deelnemers aan een onderzoek naar de associatie van ervaren etnische discriminatie en depressie, gerecrueteerd via de gemeentelijke basisadministratie van Amsterdam in de periode januari 2011-juli 2013.

kenmerk	Nederlands (n = 1744)	Hindoestaans- Surinaams (n = 1126)	Creools-Surinaams (n = 1770)	Ghanees (n = 1072)	Turks (n = 834)
	%*	%*	%*	%*	%*
man	46,7	47,3	37,9	41,0	46,8
leeftijd in jaren, gemiddelde (SD)	46,48 (13,93)	45,77 (13,14)	46,81 (12,78)	45,01 (12,18)	39,76 (12,17)
eerste generatie	–	79,4	83,8	92,0	71,0
burgerlijke staat					
gehuwd/samenwonend	56,7	48,5	29,8	28,0	68,0
gescheiden/weduwe/weduwenaar	10,8	21,3	16,6	34,3	11,9
nooit gehuwd geweest	32,5	30,2	53,6	37,7	20,1
opleidingsniveau					
geen/lo	3,0	15,7	6,2	26,1	34,7
lbo/vbo/mavo	15,4	37,1	34,2	38,7	23,6
mbo/havo/vwo	23,2	26,9	36,7	24,4	28,3
hbo/wo	58,4	20,2	22,9	10,7	13,4
arbeidsstatus					
loondienst	73,0	61,7	65,1	57,4	53,7
werkloos	5,4	13,3	13,7	24,6	13,8
niet in de beroepsbevolking	21,6	25,0	21,1	18,0	32,5
ervaren discriminatie					
gemiddelde score (SD)†	1,13 (0,34)	1,97 (0,75)	2,00 (0,75)	1,87 (0,78)	1,86 (0,73)
prevalentie‡	1,8	29,7	31,4	28,8	30,6
depressie§					
depressieve symptomen	5,8	18,9	11,0	9,0	24,0
depressieve stoornis	2,3	10,2	4,2	3,8	12,9

* Tenzij anders aangegeven.

† Gemiddelde score op de Everyday Discrimination Scale, een vragenlijst van 9 items met scorebereik 1-5.

‡ Percentage respondenten dat 4 of 5 scoort op minstens 1 item van de Everyday Discrimination Scale.

§ Gemeten met de Patient Health Questionnaire-9, een vragenlijst van 9 items met scorebereik 0-3. Een score ≥ 10 wijst op depressieve symptomen; depressieve stoornis is bepaald met het algoritme volgens de DSM-IV.

sen van Turkse herkomst (respectievelijk 24% en 13%) en van Hindoestaans-Surinaamse herkomst (respectievelijk 19% en 10%), het minst onder mensen van Nederlandse herkomst (respectievelijk 6% en 2%).

Na correctie voor demografische en sociaal-economische variabelen bleken mensen uit een etnische minderheid vaker depressieve symptomen of een depressieve stoornis te hebben naarmate ze meer discriminatie ondervonden. Dit gold niet voor mensen van Nederlandse herkomst. In de verschillende etnische minderheden lagen de oddsratio's voor depressieve symptomen tussen 1,66 en 2,98, voor depressieve stoornis tussen 1,62 en 2,56.

In de figuur hebben wij voor elke etnische minderheid

afzonderlijk de bijdrage van discriminatie aan de prevalentie van depressie weergegeven. De PAF voor depressieve symptomen was 24,0% (95%-BI: 17,8-29,0) in de groep van Turkse herkomst, 18,5% (95%-BI: 10,4-24,9) in de groep van Creools-Surinaamse herkomst, 18,3% (95%-BI: 11,4-23,7) in de groep van Hindoestaans-Surinaamse herkomst en 16,4% (95%-BI: 4,9-24,1) in de groep van Ghanese herkomst. De PAF voor depressieve stoornis was 25,5% (95%-BI: 15,7-32,5) in de groep van Turkse herkomst, 27,5% (95%-BI: 15,5-36,0) in de groep van Creools-Surinaamse herkomst, 20,1% (95%-BI: 9,5-27,6) in de groep van Hindoestaans-Surinaamse herkomst en 12,8% (95%-BI: -8,0-24,1) in de groep van Ghanese herkomst.

LEERPUNTEN

- Discriminatie is een gezondheidsrisico.
- De prevalentie van depressie is hoger bij etnische minderheden en 15-25% van de depressies is toe te schrijven aan discriminatie.
- Mensen uit een etnische minderheid hebben vaker een depressie naarmate ze meer discriminatie ervaren.
- Er zijn grote onderlinge verschillen tussen etnische minderheden; het onderscheid 'autochtoon-allochtoon' is te simpel.

BESCHOUWING

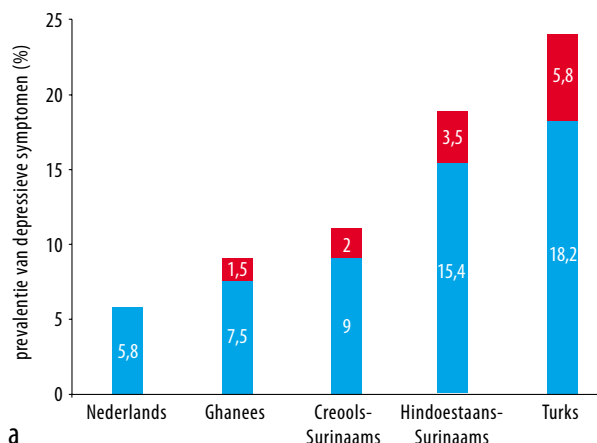
Blijkens dit onderzoek komen depressieve symptomen en de depressieve stoornis vaker voor bij mensen uit etnische minderheden dan bij mensen van Nederlandse herkomst. Ook vonden wij dat de ernst van de ervaren discriminatie verband houdt met de ernst van de depressieve symptomen of de depressieve stoornis. Aangezien mensen van Nederlandse herkomst vrijwel geen discriminatie ervaren, was dit verband bij hen niet waarneembaar. Binnen etnische minderheden lijkt de prevalentie van depressieve symptomen voor 16-24% te kunnen worden toegeschreven aan ervaren discriminatie en die van de depressieve stoornis voor 13-28%.

BEPERKINGEN

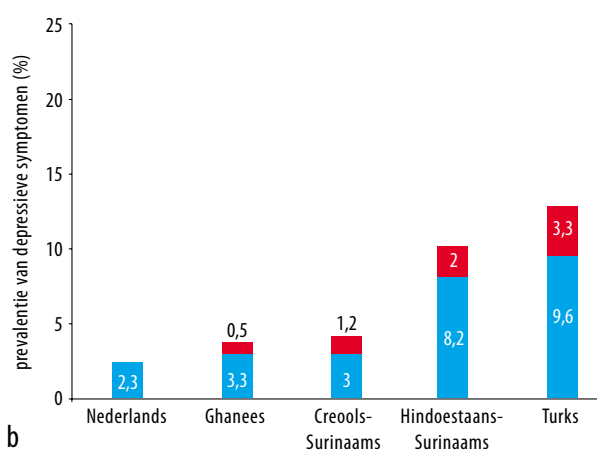
Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. Ten eerste kan men op basis van een dwarsdoorsnede nooit een causaal verband aantonen, maar impliceert het gebruik van de PAF wel degelijk zo'n verband. Longitudinaal onderzoek suggereert echter dat raciale discriminatie voorafgaat aan depressie en niet andersom.¹⁶⁻¹⁸ Daarom vonden wij het gebruik van PAF gerechtvaardigd.

Een tweede beperking is dat wij zowel ervaren discriminatie als depressie via zelfrapportage hebben gemeten. Een onderliggend construct, zoals de neiging om negatief te antwoorden op de gestelde vragen, zou daardoor de onderzochte associatie kunnen beïnvloeden.¹⁹ Wij hebben daarom de analyses herhaald onder de deelnemers die het laagst scoorden op de factor neuroticisme van de NEO-Five Factor Inventory, en vonden opnieuw een statistisch significante associatie tussen ervaren discriminatie en depressie.

Een derde beperking is dat alle deelnemers in Amsterdam woonden. Daarom is het niet zeker of onze bevindingen kunnen worden gegeneraliseerd naar andere Nederlandse steden. Dit moet in vervolgonderzoek worden vastgesteld, maar vooralsnog hebben we geen aan-



a



b

FIGUUR Prevalentie van (a) depressieve symptomen en van (b) de depressieve stoornis in verschillende etnische groepen in Amsterdam, in de periode januari 2011-juli 2013, gemeten met de Patient Health Questionnaire-9. Rood is het deel van de prevalentie dat gerelateerd is aan ervaren etnische discriminatie zoals gemeten met de Everyday Discrimination Scale, blauw het deel dat niet gerelateerd is aan discriminatie.

wijzingen dat de situatie in de andere steden anders zou zijn.

VERGELIJKING MET EERDER ONDERZOEK

Wij vonden dat de prevalentie van depressie hoger is bij etnische minderheden dan bij mensen van Nederlandse herkomst en dat de mate van ervaren etnische discriminatie samenhangt met de frequentie van depressies. Dat wij daarbij ook belangrijke onderlinge verschillen vonden tussen de etnische groepen suggereert dat het onderscheid 'autochtoon-allochtoon' eigenlijk te simpel is. De uitkomsten van vergelijkbaar eerder onderzoek zijn zeer uiteenlopend. Er is een onderzoek waarin de prevalentie van depressieve stoornis onder Afro- en Latijns-

Amerikanen inderdaad hoger bleek dan onder blanke Amerikanen.²⁰ Andere onderzoeken weerspreken dit; zij vonden bij Afro-Amerikanen vergelijkbare of zelfs lagere prevalenties dan bij blanke Amerikanen.^{21,22} Een Brits onderzoek vond dat depressie even vaak voorkomt bij mensen van Afro-Caribische herkomst als bij mensen van Britse herkomst.²³ Een ander Brits onderzoek naar de prevalenties van depressie en angststoornissen ten opzichte van de autochtone bevolking vond een hogere prevalentie onder mensen van Hindoestaanse herkomst en een vergelijkbare onder mensen van Caribische herkomst.²⁴ Onze resultaten worden wel weer ondersteund door twee onderzoeken uit België en Nederland, waaruit blijkt dat de prevalentie van depressieve symptomen bij mensen van Turkse herkomst hoger is dan bij de autochtone bevolking.^{25,26}

Onze bevinding dat de mate van ervaren discriminatie binnen etnische minderheden verband houdt met de frequentie van depressie wordt ondersteund door eerdere onderzoeken bij onder andere Afro-Amerikanen, Caribische Amerikanen, Britten van Pakistaanse en Indiase herkomst, Aboriginals en Māori.^{3-5,27,28} Het enige ons bekende Nederlandse onderzoek liet bij adolescenten van Turkse en Marokkaanse herkomst eveneens een positieve associatie zien tussen discriminatie en depressie.⁷

Onze PAF-berekening ondersteunt de relatief grote invloed van discriminatie op de mentale gezondheid: de prevalentie van depressieve symptomen in etnische minderheden zou met een zevende tot een kwart afnemen als zij geen etnische discriminatie zouden ervaren. Een aanwijzing in deze richting geeft ook het Global Burden of Disease-onderzoek, waaruit blijkt dat de prevalenties van depressieve stoornis in de herkomstlanden, met uitzondering van Ghana, lager zijn dan die in Amsterdam.²⁹ Het is duidelijk dat de omstandigheden in het land van aankomst in dit opzicht minder gunstig zijn, maar om het verschil – en de onderlinge verschillen tussen etnische

minderheden – goed te begrijpen zouden niet alleen de ervaren discriminatie maar ook andere sociaal-culturele factoren, zoals etnische identiteit en integratie, onderzocht moeten worden.³⁰

CONCLUSIE

Ervaren etnische discriminatie levert een substantiële bijdrage aan de prevalentie van depressie binnen etnische minderheden; verschillen in ervaren discriminatie lijken samen te hangen met verschillen in de prevalentie van depressie. Dit ondersteunt dat etnische discriminatie moet worden tegengegaan, niet alleen op morele gronden maar ook om gezondheidsredenen. Er is in Nederland meer onderzoek nodig naar de gezondheidseffecten van discriminatie en andere sociaal-culturele factoren. Dit zou vooral longitudinaal onderzoek moeten zijn zodat causale relaties preciezer in kaart kunnen worden gebracht.

Het HELIUS-onderzoek wordt uitgevoerd door het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam en de GGD Amsterdam. Wim Busschers gaf statistische adviezen en professor James Nazroo van de University of Manchester gaf commentaar op een eerdere versie van dit onderzoeksverslag.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: niets aangegeven. ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door ZonMw, subsidienummer 40-00812-98-11020, en Europees Integratie Fonds, subsidienummer 2013EIF013.

Aanvaard op 27 februari 2015.

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8828

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8828**

LITERATUUR

- 1 Gee GC, Ro A, Shariff-Marco S, Chae D. Racial discrimination and health among Asian Americans: evidence, assessment, and directions for future research. *Epidemiol Rev.* 2009;31:130-51.
- 2 Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health.* 2003;93:200-8.
- 3 Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med.* 2009;32:20-47.
- 4 Bhui K, Stansfeld S, McKenzie K, Karlsen S, Nazroo J, Weich S. Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom. *Am J Public Health.* 2005;95:496-501.
- 5 Karlsen S, Nazroo JY. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health.* 2002;92:624-31.
- 6 Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D, et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health.* 2011;11:652.
- 7 van Dijk TK, Agyemang C, de Wit M, Hosper K. The relationship between perceived discrimination and depressive symptoms among young Turkish-Dutch and Moroccan-Dutch. *Eur J Public Health.* 2011;21(4):477-483.
- 8 Council of Europe, European Commission Against Racism and Intolerance (ECRI). Annual report on ECRI'S activities 2012, October 2013, CRI(2013)42. Strasbourg: ECRI Secretariat; 2013.

- 9 McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Ann N Y Acad Sci.* 2010;1186:190-222.
- 10 Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3:e442.
- 11 Ikram UZ, Snijder MB, Fassaert TJ, Schene AH, Kunst AE, Stronks K. The contribution of perceived ethnic discrimination to the prevalence of depression. *Eur J Public Health.* 12 november 2014 (epub).
- 12 Stronks K, Snijder MB, Peters RJ, Prins M, Schene AH, Zwinderman AH. Unravelling the impact of ethnicity on health in Europe: the HELIUS study. *BMC Public Health.* 2013;13:402.
- 13 Williams DR, Yan Yu, Jackson JS, Anderson NB. Racial differences in physical and mental health: socio-economic status, stress and discrimination. *J Health Psychol.* 1997;2:335-51.
- 14 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32:345-59.
- 15 Williamson DF. The population attributable fraction and confounding: buyer beware. *Int J Clin Pract.* 2010;64:1019-23.
- 16 Schulz AJ, Gravlee CC, Williams DR, Israel BA, Mentz G, Rowe Z. Discrimination, symptoms of depression, and self-rated health among African American women in Detroit: results from a longitudinal analysis. *Am J Public Health.* 2006;96:1265-70.
- 17 Brown TN, Williams DR, Jackson JS, et al. 'Being black, and feeling blue': the mental health consequences of racial discrimination. *Race Soc.* 2000;2:117-31.
- 18 Gee G, Walsemann K. Does health predict the reporting of racial discrimination or do reports of discrimination predict health? Findings from the National Longitudinal Study of Youth. *Soc Sci Med.* 2009;68:1676-84.
- 19 Huebner DM, Nemeroff CJ, Davis MC. Do hostility and neuroticism confound associations between perceived discrimination and depressive symptoms? *J Soc Clin Psychol.* 2005;24:723-40.
- 20 Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Gonzalez O, Berry J, McKnight-Eily L, et al. Current depression among adults: United States, 2006 and 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2010;59:1229-35.
- 21 Gibbs TA, Okuda M, Oquendo MA, et al. Mental health of African Americans and Caribbean blacks in the United States: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Public Health.* 2013;103:330-8.
- 22 Williams DR, Gonzalez H, Neighbors H, et al. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean Blacks, and Non-Hispanic Whites: results from the National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:305-15.
- 23 Shaw CM, Creed F, Tomenson B, Riste L, Cruickshank JK. Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African Caribbeans and white Europeans: two phase general population survey. *BMJ.* 1999;318:302-5.
- 24 Weich S, Nazroo J, Sproston K, et al. Common mental disorders and ethnicity in England: the EMPIRIC study. *Psychol Med.* 2004;34:1543-51.
- 25 Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord.* 2007;97:229-39.
- 26 de Wit MA, Tuinebreijer WC, Dekker J, et al. Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43:905-12.
- 27 Harris R, Tobias M, Jeffreys M, Waldegrave K, Karlsen S, Nazroo J. Effects of self-reported racial discrimination and deprivation on Māori health and inequalities in New Zealand: cross-sectional study. *Lancet.* 2006;367:2005-9.
- 28 Paradies YC, Cunningham J. The DRUID study: racism and self-assessed health status in an indigenous population. *BMC Public Health.* 2012;12:131.
- 29 Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med.* 2013;10:e1001547.
- 30 Dein S, Bhui KS. At the crossroads of anthropology and epidemiology: current research in cultural psychiatry in the UK. *Transcult Psychiatry.* 2013;50:769-91.