

THE SOCIAL IN THE SEXUAL

Een sociologische studie naar gezondheid, seksueel
welbevinden en seksuele
responsiviteit

Wouter Pinxten



The Social in the Sexual

Een sociologische studie naar gezondheid, seksueel welbevinden en
seksuele responsiviteit

Wouter Pinxten

Proefschrift voorgelegd tot het behalen van de graad van Doctor in de Sociologie

Promotor: Prof. Dr. John Lievens

Academiejaar: 2013-2014



Cover ontworpen en getekend door Mariet Kuipers



Inhoudsopgave

Lijst van tabellen en figuren.....	iv
Tabellen en figuren in theoretische achtergrond en methode.....	iv
Tabellen en figuren in empirische hoofdstukken.....	iv
Dankwoord	v
Voorwoord.....	vii
1. Inleiding.....	1
2. Sociale ongelijkheid in gezondheid.....	5
2.1 Het gebruik van Bourdieu's kapitaaltheorie in gezondheidsonderzoek	10
2.1.1 Economisch kapitaal.....	14
2.1.2 Sociaal kapitaal.....	15
2.1.3 Cultureel kapitaal	19
2.1.4 Samengevat: Bourdieu's kapitaaltheorie.....	27
2.2 Sociale ongelijkheid in seksuele gezondheid.....	31
2.2.1 Sociale ongelijkheid in seksueel welbevinden.....	32
2.2.2 Verschillen in seksuele responsiviteit	35
3. Onderzoeksvragen	45
4. Methode.....	49
4.1 Data	49
4.1.1 Dataverzameling.....	49
4.1.2 Gerealiseerde steekproef	50
4.2 Belangrijkste variabelen	52
4.2.1 Onafhankelijke variabelen.....	52
4.2.2 Afhankelijke variabelen.....	55
4.3 Onderzoeksopzet.....	58
5. Empirische studies	61
5.1 The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: Using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions	61
5.1.1 Introduction	62

5.1.2 The social gradient in health	62
5.1.3 A Bourdieu-based framework in health research	63
5.1.4 Research questions	67
5.1.5 Methods	67
5.1.6 Results	70
5.1.7 Discussion	75
5.2 Social inequalities in sexual well-being: An application of Bourdieu’s capital theory	79
5.2.1 Introduction	80
5.2.2 Bourdieu’s capital theory	81
5.2.3 Social inequality in (sexual) well-being	82
5.2.4 Research Question	85
5.2.5 Methods	86
5.2.6 Results	89
5.2.7 Discussion	96
5.3 An exploratory study of factors associated with sexual inhibition and excitation: Findings from a representative survey in Flanders	100
5.3.1 Introduction	101
5.3.2 Factors Associated with Sexual Excitation and Inhibition.....	103
5.3.3 Research Questions.....	105
5.3.4 Method.....	106
5.3.5 Results	109
5.3.6 Discussion	114
5.4 Gender differences in the development of sexual excitation and inhibition through the life course: Preliminary findings from a representative study in Flanders	120
5.4.1 Introduction	121
5.4.2 The Dual Control Model of Sexual Response	121
5.4.3 Aims	124
5.4.4 Methods	125
5.4.5 Results	127
5.4.6 Conclusion.....	130

6. Algemene discussie	135
6.1 Samenvatting en discussie van de belangrijkste resultaten	135
6.1.1 Sociale ongelijkheid in gezondheid	135
6.1.2 Sociale (on)gelijkheid in seksueel welbevinden	138
6.1.3 Seksuele excitatie en inhibitie	139
6.2 Limitaties en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	143
6.2.1 Limitaties van dit proefschrift	143
6.2.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek	145
6.3 Conclusie.....	148
Bibliografie	149
Bijlagen.....	169
Bijlage 1. Korte gezondheidssurvey (SF-12)	169
Bijlage 2. Verkorte vorm van de Seksuele Inhibitie- en Seksuele Excitatieschalen (SIS/SES-SF)	171
Bijlage 3. Onderzoeksvoorstellen	173

Lijst van tabellen en figuren

Tabellen en figuren in theoretische achtergrond en methode

Tabel 1. Beschrijving van de gerealiseerde steekproef.....	51
Tabel 2. Univariate verdeling van de onafhankelijke variabelen	55
Tabel 3. Samenvatting univariate karakteristieken van de afhankelijke variabelen.....	57
Figuur 1. Conceptueel model	60

Tabellen en figuren in empirische hoofdstukken

Table 1. Descriptives of the sample with mean physical (PCS) and mental component scores (MCS) and ANOVA Welch F-tests.....	71
Table 2. Unstandardised effects of economic, social and cultural capital on the physical (PCS) and mental (MCS) component scale from the SF-12, controlled for gender, age and sports participation.....	73
Table 3. Univariate distribution of independent variables and bivariate associations between independent variables and dependent variable with significance tests	90
Table 4. Results of the multinomial logistic regression with sexual satisfaction as the dependent variable.....	94
Table 5. Descriptives of the survey sample and bivariate analyses of the independent variables with SIS/SES scores	111
Table 6. Standardized OLS coefficients of gender, age, health, education, and openness, on sexual excitation (SES), sexual inhibition 1 (SIS1), and sexual inhibition 2 (SIS2)	113
Figure 1. Distribution of the sexual excitation and sexual inhibition subscales in men and women	109
Figure 2. Smooth curves and 95% confidence intervals of the sexual excitation scale by age in men and women (N = 1,454; $\alpha = .55$)	128
Figure 3. Smooth curves and 95% confidence intervals of inhibition due to the threat of performance failure (SIS1) by age in men and women (N = 1,441; $\alpha = .55$).....	129
Figure 4. Smooth curves and 95% confidence intervals of inhibition due to the threat of performance consequences (SIS2) by age in men and women (N = 1,370; $\alpha = .51$).....	130

Dankwoord

Naar men zegt, is het schrijven van een doctoraat een solitaire bezigheid. Naar mijn ervaring is dit echter niet geheel het geval. Uiteraard zijn er veel taken die je alleen doet en dit proefschrift heeft zichzelf ook niet geschreven, maar eenzaam heb ik mij in de afgelopen vier jaar gelukkig nooit gevoeld. Hier wil ik dan ook een aantal mensen bedanken die mij in de afgelopen jaren geholpen en gesteund hebben, waardoor ik gespaard ben gebleven van solitaire afzondering van de buitenwereld.

Eerst en vooral wil ik hier John, mijn promotor, bedanken. Ik herinner mij nog goed de dag dat je mij in de Paddenhoek vroeg of ik niet wilde meewerken aan een onderzoek over seksuele gezondheid. Na een paar dagen bedenktijd, heb ik toegezegd en daar heb ik tot op heden geen spijt van gehad. Ik kreeg de vrijheid om mijn eigen weg te zoeken, maar je deur stond (letterlijk en figuurlijk) altijd open voor feedback en advies. John, ik wil je bedanken voor de fijne samenwerking van de afgelopen vier jaar.

Ook zou ik graag mijn collega's willen bedanken, en dat zijn er heel wat. Zonder jullie zouden de voorbije vier jaren heel wat minder leuk geweest zijn. Ik ga jullie dan ook enorm hard missen als ik hier weg ben, maar ik ben er zeker van dat ik een groot deel van jullie nog terug zal zien. Zo zijn er de collega's van de vakgroep (Lore, Elien, Simon, Nina, Jannick, Charlotte ...). Ondanks de fysieke afzondering voelde ik mij altijd zeer welkom en zag ik jullie vaak op talloze lunch-dates, occasionele feestjes en vrijdagavonden in de Ratz. Wat ik wel zeker weet is dat mijn mailbox een stuk minder snel vol zal zijn eens ik weg ben. Ik zou graag een speciaal woordje willen placeren voor Stijn en Sarah. We zijn samen van de 'schoolbanken' gerold en vlak na elkaar op de vakgroep begonnen. Nu ga ik als eerste van ons drie mijn doctoraat afronden wat toch wel het einde van een tijdperk inluidt. Merci voor alles van de voorbije vier jaar: ik ga de talloze luchen, nonsens-mails, spelletjes- en game-avonden missen.

Ten tweede zijn er natuurlijk de (ex-)Onderbergenars (Jef, Dries, Jessy, Silke, Astrid, ...). Een landschapsbureau is niet altijd even ideaal, maar het heeft zeker ook zijn voordelen met enorm veel sociaal contact, altijd wel iemand om eens gek mee te doen, maar ook altijd een klankbord als het net even minder goed gaat of als je ergens mee zit. Er zal nu wel iemand anders de vroege shift moeten overnemen en het eco-terreur verzorgen, maar dat krijgen jullie wel voor elkaar. En wees gerust, ik spring af en toe nog wel eens binnen...

Verder wil ik hier ook de Sexperters (Alexis, Ellen, Joke, Katrien, Lies, Nizio, Sabine, ...) bedanken: we hebben het talloze keren tegen elkaar gezegd, maar zonder jullie weet ik niet of ik het zo lang uitgezongen zou hebben. Met jullie werden alle monotone taken net dat ietsje leuker, vielen de helse overlegrondes uiteindelijk wel mee (no hard feelings hoor seniorkes) en werden alledaagse vergaderingen iets om naar uit te kijken. Het was een eer om met jullie het Sexpert-project uit te voeren en ik kan alleen maar hopen dat mijn toekomstige collega's zo fantastisch zijn als jullie.

Verder wil ik al mijn vrienden bedanken met hun nooit aflatende stroom vragen naar seks, resultaten en ‘waar ik nu in godsnaam mee bezig ben’. Merci voor de steun, maar vooral voor de ontspanning, want zoals het welbekende adagium zegt, kan de boog niet altijd gespannen staan. In het bijzonder wil ik graag de volgende mensen bedanken: De Leuvense pol en soccers (Toon, Heleen, Lotte, Peter, Laurence, Miet, Jolien, Tim, ...) waarmee ik samen de geneugten van het studentenleven en de sociologie heb ontdekt. De Gentse Sossen (Thijs, Ralf, Laura, Mathias, Stijn, Sarah, ...) die mij al snel opnamen in hun vriendengroep en met wie ik Gent heb leren kennen. Uiteraard mag ik hier mijn huisgenootjes ook niet vergeten (Sandy, Kristof, Jan-Willem, Sara). Jullie hebben ‘het proces’ van heel dichtbij meegemaakt met alle hoogtes en laagtes die daarbij hoorden. Merci dat ik dag na dag in zo een toffe sfeer kon thuis komen. Verder ook merci aan de mensen van i see clouds en alle andere vrienden met wie ik de afgelopen jaren lief en leed heb gedeeld. Een speciaal bedankje is er ten slotte nog voor Mariet voor het ontwerp van de prachtige cover en de hulp bij de lay-out.

Ook mijn familie verdient hier meer dan zijn plaats. Hoe hectisch het soms ook was met werk en hobby’s, altijd was het ‘op den Drieskenshof’ (of misschien toepasselijker Drieskenshof paradise) toch even thuis- en vooral tot rust komen. Ma en pa, echt merci voor de kansen die jullie mij gegeven hebben: ik kreeg de vrijheid om te doen wat ik wilde en jullie onvoorwaardelijke steun. Als ik kijk waar dat mij en de rest van ons gebracht heeft, denk ik dat jullie dat verdorie niet slecht gedaan hebben! Ook Maarten & Diew, Marieke & Jelle en Hanne, ik amuseer mij altijd enorm hard met jullie en ik weet dat jullie er altijd voor mij zijn (zelfs als dat momenteel van iets verder weg is). Merci...

Ten slotte is er nog Truïke. Ge hebt mij in de afgelopen drie jaar van dichtbij (en op het einde van iets verder weg) aan mijn doctoraat weten werken. Ik weet dat gij er altijd voor mij waart en voor mij was het leuk om bij u even niet aan mijn werk te denken. Truïke, merci om mij te steunen, om er te zijn en om in mij (en ons) te geloven. Ik denk aan u...

Wouter

Voorwoord

In dit doctoraatsproefschrift ligt de focus op het sociologisch verklaren van verschillen in gezondheid, seksueel welbevinden en seksuele responsiviteit. Na een korte inleiding op dit onderwerp, gaan we in Hoofdstuk 2 in op de wetenschappelijke achtergrond, waarbij we een uitgebreid overzicht geven van de relevante literatuur. Vervolgens vatten we in het derde deel de concrete onderzoeksvragen samen die in dit proefschrift beantwoord worden. Hierna geven we een overzicht van de methoden die we hebben toegepast, met specifieke aandacht voor de data (-verzameling), de gebruikte variabelen en de onderzoeksopzet. Het vijfde deel vormt de kern van dit proefschrift waarin we de empirische hoofdstukken presenteren. Elk van deze artikels is ingediend bij internationale tijdschriften (zie onder) waar ze aan een peer-reviewproces zijn/worden onderworpen. In de laatste paragraaf gaan we dan dieper in op de resultaten uit de empirische hoofdstukken. Hier besteden we uitgebreid aandacht aan de implicaties van de resultaten, maar ook aan de beperkingen van dit proefschrift en mogelijke aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

1. The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: Using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions

Aanvaard voor publicatie bij *Sociology of Health and Illness* op 23 februari 2014

2. Social inequalities in sexual well-being: An application of Bourdieu's capital theory

In review bij *Social Indicators Research*

3. An exploratory study of factors associated with sexual inhibition and excitation: Findings from a representative survey in Flanders

Aanvaard voor publicatie bij het *Journal of Sex Research* op 9 januari 2014

4. Gender differences in the development of sexual excitation and inhibition through the life course: Preliminary findings from a representative study in Flanders

In review bij *Journal of Sex Research*

1. Inleiding

De afgelopen decennia is de sociale welvaartsstaat enorm uitgebouwd, wat leidde tot steeds meer bijstand in periodes van ziekte, werkloosheid, ouderdom, ... Deze bescherming is vooral bedoeld om mensen die structureel of tijdelijk in een minder goede situatie zitten, te helpen en op deze manier socio-economische ongelijkheid te verkleinen (Mackenbach, 2012). Ook op het vlak van gezondheid wordt er beleid gevoerd dat het voor iedereen mogelijk zou moeten maken om gezond te blijven of te worden, ongeacht hun sociale positie. Onderzoek heeft immers aangetoond dat er een sterke associatie is van sociale positie met gezondheid en dat deze associatie gradueel is (e.g. Adler et al, 1994; Banks, Marmot, Oldfield & Smith, 2009; Mackenbach et al., 2008; Marmot, 1999; 2005; 2013).

De vaststelling dat gezondheid beïnvloed wordt door sociale positie, heeft een belangrijke impuls gegeven aan de ontwikkeling van beleid om adequaat met deze uitdaging om te gaan (e.g. Marmot, 2013). Een cruciaal element hierbij is de manier waarop de sociale verschillen gekaderd worden. Peter en Evans (2001) argumenteren in deze context dat de samenhang van sociale positie met gezondheid voortvloeit uit (en in stand gehouden wordt door) “unjust social arrangements” (p. 32). Whitehead en Dalgren (2006) vullen op hun beurt aan dat dergelijke verschillen systematisch, sociaal geproduceerd en onfair zijn. Vanuit deze optiek kan de impact van sociale positie op gezondheid, beschouwd worden als een vorm van sociale onrechtvaardigheid op het vlak van gezondheid (Jakab, 2012; Marmot, Allen, Bell, Bloomer & Goldblatt, 2012; Whitehead & Dalgren, 2006). Whitehead en Dalgren (2006) wijzen er bijkomend op dat de term ‘sociale ongelijkheid in gezondheid’ als synoniem gebruikt wordt om deze onrechtvaardigheid te duiden, en dat deze term dezelfde connotatie heeft in de *public health* community.¹ Verschillende auteurs (Jakab, 2012; Marmot et al., 2012; Whitehead & Dalgren, 2006) hebben de onrechtvaardigheid van sociale verschillen in gezondheid aangegrepen om te ijveren voor een aangepast beleid om deze ongelijkheid te reduceren. Aangezien een dergelijke reductie, sterke positieve neveneffecten kan hebben op andere domeinen in de samenleving (bijvoorbeeld meer sociale cohesie of een hoger gevoel van welbevinden), zou gezondheid een bezorgdheid moeten zijn van alle beleidsmakers en niet enkel van diegenen die rond gezondheid werken (Mackenbach, 2012; Marmot, 2005; 2013; Marmot et al., 2012). In deze context richtte de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 2005 de Commissie over Sociale Determinanten van Gezondheid (CSDH) op met als belangrijkste doel om de gezondheidsongelijkheid ten gevolge van sociale determinanten te reduceren in de volgende 30 jaar (CSDH, 2008). Dat een organisatie als het WHO er

¹ In dit proefschrift, hanteren wij in navolging van deze auteurs de term ‘sociale ongelijkheid in gezondheid’. Daarnaast gebruiken we ook de benamingen ‘sociale gradiënt in gezondheid’ (Adler et al, 1994) en ‘sociale verschillen in gezondheid’.

expliciet naar streeft om sociale determinanten van gezondheid aan te pakken, geeft de groeiende aandacht voor sociale ongelijkheid in gezondheid aan.

Ook op het vlak van onderzoek is er de afgelopen decennia veel aandacht besteed aan sociale ongelijkheid in gezondheid (Adler & Ostrove, 1999; Adler & Stewart, 2010; Braveman, Egerter & Williams, 2010). De uitgebreide onderzoeksliteratuur die hieruit is voortgevloeid, heeft ons een beter inzicht gegeven in het bestaan van sociale verschillen in gezondheid. Desondanks zijn er nog een aantal belangrijke lacunes in dit onderzoeksdomein. Zo is er discussie over de operationalisering van sociale positie in gezondheidsonderzoek (e.g. Carpiano, Link & Phelan, 2008; Veenstra, 2006; 2007; Williams, 2003), de mechanismen die sociale ongelijkheid in gezondheid kunnen verklaren (e.g. Carpiano et al., 2008; Marmot & Wilkinson, 2001; Taylor & Seeman, 1999) en de paradoxale bevinding dat de opkomst van de welvaartsstaat weinig tot geen invloed heeft gehad op de sociale gradiënt (Mackenbach, 2012). Een theorie die nuttig is om aan deze lacunes tegemoet te komen, is Bourdieu's (1984; 1986) kapitaaltheorie (zie paragraaf 2.1). In deze theorie argumenteert Bourdieu dat de sociale positie van individuen bepaald is door het bezit van drie kapitaalsoorten, namelijk economisch, cultureel en sociaal kapitaal. Dit perspectief biedt een interessante benadering om sociale ongelijkheid (in gezondheid) te bestuderen, door niet enkel economische maar ook culturele en sociale verschillen mee te nemen (e.g. Abel, 2007; 2008; Crossley, 2008; Savage, Warde & Devine, 2005; Veenstra, 2009; 2010).

In dit proefschrift passen we Bourdieu zijn kapitaaltheorie toe in onderzoek naar sociale ongelijkheid in gezondheid. In lijn met deze theorie kan elk van de kapitaalvormen beschouwd worden als een hulpbron om een betere gezondheid te verkrijgen of te behouden (Abel & Frohlich, 2012; Kamin, Kolar & Steiner, 2013; Khawaja & Mowafi, 2006; Veenstra, 2007). Economisch en sociaal kapitaal zijn al veelvuldig bestudeerd in relatie met gezondheid, maar studies naar cultureel kapitaal en gezondheid zijn schaars (Abel, 2008; Kamin et al., 2013; Khawaja & Mowafi, 2006). Om hieraan tegemoet te komen, besteden we in dit proefschrift uitgebreid aandacht aan deze component. In paragraaf 2.1 gaan we in op Bourdieu's kapitaaltheorie en de toepassing hiervan in gezondheidsstudies.

Daarnaast proberen we in dit proefschrift inzicht te verwerven in de mate waarin er sociale ongelijkheid bestaat op het vlak van seksuele gezondheid. Hier is tot op heden immers maar weinig over geweten. Christensen et al. (2011) wijzen er bijvoorbeeld op dat het onduidelijk is in welke mate er sprake is van een sociale gradiënt in seksuele gezondheid. Concreet focussen we in dit proefschrift op twee indicatoren. Ten eerste gaan we na in welke mate er sociale verschillen zijn in seksueel welbevinden. Dit concept verwijst naar de cognitieve en emotionele evaluatie van iemands seksualiteit (Laumann et al. 2006; Öberg, Fugl-Meyer & Fugl-Meyer 2002). Eerdere studies hebben immers aangetoond dat algemene maten van welbevinden sterk verbonden zijn met sociale positie (e.g. Carlisle, Hanlon, Hannah, 2008; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley & Marks, 1997; Stansfeld, Head & Marmot, 1998), maar het is onduidelijk in welke mate dit het geval is voor seksueel welbevinden (zie paragraaf 2.2.1). Om aan deze lacune tegemoet te komen,

gaan we aan de hand van Bourdieu's kapitaaltheorie na in welke mate sociale positie verbonden is met seksueel welbevinden.

Als tweede indicator focussen we op seksuele responsiviteit. Dit brengen we in kaart aan de hand van het tweevoudige controlemodel voor seksuele respons (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). In lijn met dit model hangt de seksuele responsiviteit van een individu af van de balans tussen twee mechanismen, namelijk seksuele excitatie – of opwindbaarheid – en seksuele inhibitie – wat verwijst naar de neiging om seksuele opwindning af te remmen (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). Om twee redenen is de focus op deze indicator interessant. Ten eerste kunnen we zo een inzicht krijgen in de onderliggende mechanismen van heel wat seksuele gezondheidsuitkomsten. Ten tweede is er nog heel wat onduidelijkheid omtrent deze indicator aangezien het tweevoudige controlemodel voor seksuele respons pas vanaf het einde van de jaren 90 van de vorige eeuw werd toegepast (paragraaf 2.2.2). Zo is het onduidelijk wat de oorzaken zijn van individuele variabiliteit in seksuele excitatie en inhibitie en in welke mate deze kenmerken stabiel blijven over verschillende situaties heen (Bancroft et al., 2005; Sanders, Graham & Milhausen, 2008). In dit proefschrift leveren we een bijdrage aan deze literatuur door te focussen op een aantal correlaten van seksuele excitatie en inhibitie. Hierbij passen we eveneens Bourdieu's kapitaaltheorie toe. Dit is interessant aangezien Bourdieu (1984) uitgebreid onderzoek heeft gedaan naar culturele participatie en smaken waarbij hij aantoonde dat deze sterk sociaal gestructureerd zijn. Concreet gaf hij aan dat mensen uit verschillende sociale groepen zeer uiteenlopend gesocialiseerd worden wat ook tot uiting komt in de leefstijl die ze aannemen. Mensen uit verschillende sociale groepen hebben bijgevolg zeer verschillende smaakvoorkeuren en evalueren uiteenlopende prikkels op een volledig andere manier. In lijn hiermee gaan we ervan uit dat de stimuli die als seksueel opwindend worden ervaren en de prikkels die men als remmend ervaart eveneens sociaal gestructureerd zijn. Op deze manier gaan we dus na in welke mate er sociale verschillen zijn in seksuele excitatie en inhibitie, waarbij we controleren voor de invloed van verschillende andere correlaten van seksuele excitatie en inhibitie.

Verder kwam uit onze literatuurstudie (paragraaf 2.2.2.2) naar voren dat het tot op heden onduidelijk is hoe de tendensen tot seksuele excitatie en inhibitie evolueren doorheen de levensloop en in welke mate deze ontwikkeling gelijk loopt voor mannen en vrouwen (Bancroft et al., 2005; Sanders et al., 2008). Om aan deze lacune tegemoet te komen, hebben we in dit proefschrift een exploratieve studie uitgevoerd naar de ontwikkeling van seksuele excitatie en inhibitie doorheen de levensloop en geslachtsverschillen in deze ontwikkeling. Deze uitdieping staat los van de breder doelstelling uit dit proefschrift om sociale verschillen in seksuele gezondheid te bestuderen. Wel laten de resultaten uit deze studie toe om een beter inzicht te krijgen in de functie van seksuele excitatie en inhibitie voor respectievelijk mannen en vrouwen.

Zoals we in deze inleiding al aangaven, handelt dus niet het volledige proefschrift over het sociale in het seksuele. Een substantieel deel gaat over de toepassing van Bourdieu's kapitaaltheorie in gezondheidsstudies, wat als opstap dient naar de studies over seksuele gezondheid. In

de volgende sectie geven we een uitgebreide samenvatting van de theoretische achtergrond die we gebruikt hebben in dit proefschrift. Na een algemeen overzicht over sociale ongelijkheid in gezondheid gaan we verder in op de toepassing van Bourdieu's kapitaaltheorie in gezondheids-onderzoek. Daarna belichten we studies naar seksueel welbevinden, waarna we in het laatste deel ingaan op het tweevoudige controlemodel voor seksuele respons.

2. Sociale ongelijkheid in gezondheid

Zoals Braveman et al. (2010) aangeven, is de aandacht voor sociale determinanten van gezondheid in de wetenschappelijke literatuur exponentieel toegenomen in de afgelopen decennia. Één van de belangrijkste sociale determinanten van gezondheid is nog steeds sociale positie: “differential health status is probably the most enduring and incontrovertible indication of class” (Benett, Savage, Silva, Warde, Gayo-Cal & Wright, 2009, p. 152). Zoals we in de introductie al aangaven, verwijst de term sociale ongelijkheid in gezondheid naar de verschillen in gezondheidsstatus die bestaan tussen mensen van verschillende sociale posities (Whitehead & Dalgren, 2006). Deze ongelijkheid zien we bij uiteenlopende indicatoren zoals gezondheidsstatus, mortaliteit en de rapportering van concrete ziektes. Adler en Ostrove (1999) wijzen er hierbij op dat niet voor alle ziektes een gezondheidsgradiënt wordt vastgesteld, maar dat dit wel het geval is voor een groot aantal ziektes waaronder een aantal met een grote impact op de mortaliteit (bijvoorbeeld hart- en vaatziekten).

De aandacht voor sociale verschillen in gezondheid, begon al in het midden van de 19^e eeuw toen in Groot Brittannië sterke verschillen in mortaliteit en levensverwachting naar beroep werden waargenomen (zie Macintyre, 1997 voor een volledig historische overzicht). Sindsdien is er een levendig onderzoeksveld ontstaan over sociale ongelijkheid in gezondheid, dat in de afgelopen decennia exponentieel is gegroeid (Adler & Ostrove, 1999; Adler & Stewart, 2010; Macintyre, 1997). Gezien de enorme groei die het onderzoeksveld heeft doorgemaakt, is het onmogelijk om een volledig overzicht te geven van deze literatuur. In deze sectie focussen we dan ook vooral op een aantal belangrijke bevindingen en discussiepunten uit dit onderzoeksdomein.

Sinds de eerste systematische studies over ongelijkheid in gezondheid, is er discussie ontstaan over de verklaring van deze ongelijkheid (Carpiano et al., 2008; Macintyre, 1997). In dit verband kunnen er drie brede categorieën van verklaringen onderscheiden worden, die vooral van elkaar verschillen wat de causaliteit van het verband betreft (Adler et al., 1994; Carpiano et al., 2008). Een eerste mogelijkheid, de selectiehypothese, stelt dat de relatie tussen sociale positie en gezondheid een schijnverband is, voortvloeiende uit de associatie met andere, voornamelijk biologische en genetische factoren. Voorstanders van deze hypothese argumenteren dat biologische factoren ervoor zorgen dat bepaalde mensen in een slechtere sociale positie terecht komen dan anderen, en dat deze factoren tezelfdertijd een fundamentele invloed hebben op gezondheid. Adler et al. (1994) en Carpiano et al. (2008) geven aan dat deze hypothese mogelijk, maar erg onwaarschijnlijk is. Hierbij verwijzen ze ernaar dat de bijdrage van genetische factoren aan het verklaren van eender welk fenomeen zo complex is, dat het zeer onwaarschijnlijk is dat genetische variatie geconcentreerd voorkomt in bepaalde klassen. Hierdoor is het niet mogelijk dat genetische factoren de relatie tussen sociale positie en gezondheid kunnen wegverklaren.

In een tweede verklaring (de driftbenadering), stelt men dat gezondheid een impact heeft op gezondheid, wat kan verklaren waarom deze twee factoren met elkaar samenhangen (Adler et al., 1994; Carpiano et al. 2008). Een voorbeeld van deze redenering is dat mensen die zwaar ziek zijn, niet (meer) kunnen werken waardoor ze in een slechtere sociale positie terecht komen. Carpiano et al. (2008) erkennen dat gezondheid een impact kan hebben op de sociale positie die mensen verwerven. Er zijn echter een aantal bevindingen die de driftbenadering tegenspreken (Adler & Ostrove, 1999; Carpiano et al., 2008). Ten eerste hebben studies sterke associaties van opleidingsniveau met gezondheid gevonden terwijl opleidingsniveau iets is wat mensen over het algemeen behalen voordat ze (zwaar) ziek worden. De causaliteit kan dus bezwaarlijk van gezondheid naar opleidingsniveau lopen. Ten tweede worden er ook verbanden gevonden tussen de gezondheid van kinderen en de sociale klasse van hun ouders. Ook hier is het onmogelijk dat de gezondheid van het kind bepaalt in welke sociale klasse hun ouders terecht komen. Op basis hiervan argumenteren Adler et al. (1994) en Carpiano et al. (2008) dat de driftbenadering slechts in beperkte mate kan bijdragen tot de verklaring van de associatie tussen gezondheid en sociale positie.

Een derde mogelijkheid is dat sociale positie een fundamentele invloed heeft op gezondheid (de causatiebenadering) (Adler et al., 1994; Carpiano et al., 2008). Er lijkt tegenwoordig min of meer consensus te zijn dat deze benadering de meest adequate verklaring biedt voor de associatie van sociale positie met gezondheid (e.g. Adler & Ostrove, 1999; Carpiano et al., 2008; Warren, 2009). Ondanks deze consensus zijn er nog veel vragen omtrent de fundamentele impact van sociale positie op gezondheid. In het vervolg van deze sectie gaan wij op een aantal van deze onduidelijkheden in.

Mackenbach (2012) wijst, ten eerste, op een aantal contra-intuïtieve bevindingen met betrekking tot sociale ongelijkheid in gezondheid. Zo heeft de opkomst van de welvaartsstaat slechts een zeer beperkte invloed gehad op de mate waarin er sociale ongelijkheid in gezondheid bestaat in een samenleving. Verder lijkt er binnen landen geen verband te zijn tussen de intensiteit van de welvaartsstaat en de mate van sociale ongelijkheid in gezondheid. Deze bevindingen zijn paradoxaal aangezien de sociale welvaartsstaat net tot doel heeft om mensen in een minder goede sociale positie te helpen en te beschermen. Logischerwijs zou men dan kunnen verwachten dat een sterke welvaartsstaat geassocieerd is met minder sociale ongelijkheid in gezondheid, maar dit is duidelijk niet het geval. Mackenbach (2012) geeft aan dat meer onderzoek nodig is om deze paradoxale bevindingen te verklaren.

Ten tweede, bestaat er veel onduidelijkheid over de definitie en operationalisering van sociale positie in onderzoek naar de gezondheidsgradiënt. Het overgrote merendeel van de gezondheidsliteratuur heeft gebruik gemaakt van het concept socio-economische status (SES) (Adler & Ostrove, 1999; Veenstra, 2007). SES moet conceptueel onderscheiden worden van het begrip sociale klasse (Krieger, Williams & Moss, 1997; Williams, 1990) en verwijst naar een algemene maat van economische status of de rangorde in de maatschappij, wat gemeten kan

worden aan de hand van inkomen, opleidingsniveau en/of beroep (Dutton & Levine, 1989, geciteerd in Adler et al., 1994). Ondanks het veelvuldige gebruik van SES zijn er nog een aantal onduidelijkheden in verband hiermee. Ten eerste is er discussie over de mate waarin bij de operationalisering en definiëring van SES een onderscheid gemaakt moet worden tussen rangorde – gemeten aan de hand actuele verschillen in hulpbronnen – en status² (Krieger et al., 1997; Oakes & Rossi, 2003). Ook over de manier waarop SES gemeten moet worden, is er onduidelijkheid (e.g. Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch & Smith, 2006a; 2006b; Kawachi et al., 2010; Marmot et al., 1997; Mirowsky & Ross, 1997; Robert & House, 2000). Volgens Carpiano et al. (2008) vloeien de moeilijkheden over de operationalisering en definiëring van SES en sociale positie voort uit de complexe aard van het concept sociale positie; “Social class remains largely a ‘black box’ of causal factors and mechanisms” (p. 246). Ook met betrekking tot de benaming is er weinig eensgezindheid: de termen sociale ongelijkheid, sociale stratificatie, sociale klasse, sociale status en socio-economische status worden schijnbaar ad random toegepast zonder enige verwijzing naar de theoretische achtergrond (Galobardes et al., 2006a; Liberatos, Link & Kelsey, 1988; Veenstra, 2006). Verschillende auteurs (Krieger et al., 1997; Marmot, Kogevinas & Elston, 1987; Oakes & Rossi, 2003; Williams, 2003) wijzen er in deze context op dat studies naar verschillen in gezondheid vaak mechanisch controleren voor sociale positie zonder enige rechtvaardiging:

When socioeconomic data are included in public health analyses, they often are presented with little or no theoretical justification, are measured and modeled eclectically, and are primarily used by researchers to “control” for, rather than study the effects of, socioeconomic position on health (Krieger et al., p. 342).

Om hieraan tegemoet te komen, lijkt het van groot belang om bij toekomstig onderzoek voldoende aandacht te besteden aan de theoretische inbedding van de gebruikte maat van sociale ongelijkheid (Bartley, Sacker, Firth & Fitzpatrick, 1999; Krieger et al., 1997; Marmot et al; 1987; Williams, 2003).

Het belangrijkste discussiepunt is, ten derde, welke factoren verantwoordelijk zijn voor de sociale gradiënt in gezondheid. Concreet kunnen er twee soorten hulpbronnen onderscheiden worden, die kunnen verklaren waarom mensen in een slechtere sociale positie een minder goede gezondheid hebben, namelijk materiële en psychosociale hulpbronnen (Braveman et al., 2010; Carpiano et al., 2008; Kawachi, Adler & Dow, 2010). Waar de term materiële hulpbronnen verwijst naar verschillen in financiële en materiële middelen, verwijzen psychosociale hulpbronnen naar verschillen in stress, psychologische karakteristieken (e.g. zelfvertrouwen, *sense of control*) of sociale steun. Er is discussie in welke mate deze twee types hulpbronnen van belang zijn. Verschillende auteurs suggereren bijvoorbeeld dat psychosociale hulpbronnen veel minder belangrijk zijn om ongelijkheid in gezondheid te verklaren in vergelijking met materiële hulpbronnen

² Deze discussie sluit aan bij het werk van Weber, die sociale klasse en sociale status als twee afzonderlijke dimensies van sociale stratificatie beschouwd (Abel, 1991; Morrison, 2006; Veenstra, 2007).

(Carpiano et al., 2008; Forbes & Wainwright, 2001; Lynch, Smith, Kaplan & House, 2000). Andere auteurs wijzen er dan weer op dat ook psychosociale bronnen van belang zijn, maar dat er meer onderzoek nodig is om een adequaat beeld te krijgen van deze associatie (Adler & Snibbe, 2003; Cohen, Kaplan & Salonen, 1999; Dunn, Veenstra & Ross, 2006; Marmot & Wilkinson, 2001; Matthews, Gallo & Taylor, 2010; Steptoe & Marmot, 2002; Taylor & Seeman, 1999). Naast materiële en psychosociale hulpbronnen, kunnen ook gedragsmatige factoren als roken en alcohol drinken een impact hebben op gezondheid (Richter, Moor & van Lenthe, 2012; van Oort, van Lenthe & Mackenbach, 2005; Veenstra, 2006). van Oort et al. (2005) zijn de relatieve impact van deze drie types factoren nagegaan. Zij vonden dat materiële factoren van groot belang waren om verschillen in mortaliteit te duiden, maar dat ook gedragsmatige en psychosociale factoren een invloed hadden. Dit wijst erop dat uiteenlopende factoren mogelijk een rol spelen in het verklaren van sociale ongelijkheid in gezondheid; “The essential feature of fundamental social causes, is that they involve access to resources that can be used to avoid risks or to minimize the consequences of disease once it occurs. We define resources broadly ...” (Link & Phelan, p. 87). De discussie over de concrete factoren die een impact hebben op de sociale gezondheidsgradiënt wordt bemoeilijkt doordat het onduidelijk is welke facetten van sociale positie leiden tot ongelijkheid in specifieke materiële, psychosociale en gedragsmatige factoren. Een lager inkomen kan, bijvoorbeeld, zorgen voor minder toegang tot materiële hulpbronnen die een impact hebben op gezondheid (bijvoorbeeld goede huisvesting of gezond voedsel), maar kan daarnaast ook gepaard gaan met psychosociale stress door de constante vergelijking met mensen die het beter hebben, of met een ongezonde levensstijl. Deze onduidelijkheid is het gevolg van de diepewortelde invloed die sociale stratificatie heeft op mensen hun leven. Mackenbach (2012) onderscheidt zo drie componenten in sociale stratificatie: ten eerste de mobiliteitsmechanismen die bepaalde mensen in bepaalde sociale klassen onderbrengen; ten tweede, de allocatieregels die zorgen voor de verdeling van specifieke hulpbronnen over de verschillende sociale klassen; en ten derde de processen die bepalen welke waarde er wordt gehecht aan de verschillende hulpbronnen. Dit geeft treffend aan dat sociale ongelijkheid een diepeworteld fenomeen is dat niet eenvoudig begrepen kan worden. Deze eigenschap is volgens Prandy (1999) dan weer cruciaal om mee te nemen bij de operationalisering van sociale klasse; “‘Class’ is inevitably a summary term that relates to a multi-faceted phenomenon. A good measure of stratification is not a measure of a specific aspect, but one that provides a good summary of the wide range of social experiences that the term ‘class’ encompasses” (p. 480). Het overzicht in deze paragraaf toont aan dat er nog veel onduidelijkheid is over de concrete factoren en de onderliggende mechanismen die sociale ongelijkheid in gezondheid kunnen verklaren.

In het licht van bovenstaande beperkingen en onduidelijkheden biedt Bourdieu zijn kapitaaltheorie een interessante benadering voor onderzoek naar sociale ongelijkheid in gezondheid (Abel & Frohlich, 2012; Kamin et al., 2013; Khawaja & Mowafi, 2006; Veenstra, 2007). Bourdieu (1984; 1986) besteedt in deze theorie immers uitgebreid aandacht aan de conceptualisering van

sociale ongelijkheid en de inbedding van individuen in sociale groepen. Zijn theorie maakt het ook mogelijk om inzicht te krijgen in de onderliggende mechanismen van sociale ongelijkheid die potentieel een impact hebben op gezondheid. Deze eigenschappen bieden interessante mogelijkheden om een beter zicht te krijgen op sociale ongelijkheid in gezondheid. In de volgende paragraaf gaan we uitgebreid in op Bourdieu's kapitaaltheorie en de toepassing hiervan in gezondheidsonderzoek.

2.1 Het gebruik van Bourdieu's kapitaaltheorie in gezondheidsonderzoek

De Franse socioloog Pierre Bourdieu (1930-2002) heeft doorheen zijn carrière onderzoek gedaan over uiteenlopende thema's als kunst, cultuur, educatie en taal (Grenfell, 2008a; 2008b). Zoals Grenfell (2008a) aangeeft, was een constante doorheen zijn werk de bekommernis om mensen hun handelen adequaat te verklaren. Grenfell (2008b) wijst er verder op dat Bourdieu's raamwerk is toegepast in uiteenlopende domeinen gaande van theologie tot geografie. Zo zien we ook een toenemende aandacht voor Bourdieu's ideeën in gezondheidsonderzoek. Bourdieu heeft zelf nooit onderzoek gedaan naar gezondheid (Cockerham, 2013; Montagner, 2008), maar verschillende auteurs wijzen op het nut van Bourdieu's raamwerk in onderzoek naar gezondheid (e.g. Abel, 2007; 2008; Abel, Fuhr, Bisegger, Ackermann Rau & The European Kidscreen Group, 2011; Khawaja & Mowafi, 2006; 2007; Larsen & Morrow, 2009; Lynam, 2005; Lynam, Browne, Kirkham & Anderson, 2007; Veenstra, 2007). In deze sectie gaan we dieper in op Bourdieu zijn kapitaaltheorie en de toepassing hiervan in gezondheidsonderzoek.

Centraal in Bourdieu's (1984) theoretisch raamwerk staat het habitusconcept. Dit concept refereert aan een systeem van disposities dat zowel waarnemings- (of waarderings-) als handelingsschema's omvat. Deze disposities bepalen mensen hun smaken, attitudes en handelingen – hun leefstijl – en zijn werkzaam in alle levensdomeinen. Zoals Laermans (1984) aangeeft, gebeurt de beïnvloeding door de habitus niet mechanisch of reflexief; “Bourdieu vergelijkt de habitus ... met een computerprogramma. Binnen de grenzen van dat programma is alles mogelijk. Het programma legt alleen bepaalde limieten en principes [disposities] op” (p. 22). Op deze manier besteedt Bourdieu in zijn theorie aandacht aan zowel structuur als *agency*. Immers, mensen kunnen zelf hun handelen vormgeven (*agency*), maar enkel binnen de beperkingen die door het systeem van disposities worden opgelegd (structuur). Abel en Frohlich (2012) wijzen er in deze context op dat Bourdieu's systeem vaak onterecht als deterministisch wordt beschouwd in de zin dat mensen hun handelen enkel en alleen door de habitus zou bepaald worden. Bourdieu's theorie moet daarentegen eerder als probabilistisch en niet als causaal gezien worden.

Daenekindt en Roose (2013) wijzen er verder op dat Bourdieu's invulling van het begrip habitus veranderde doorheen zijn werk. Zij onderscheiden echter een constante met betrekking tot het habitusconcept doorheen zijn hele oeuvre, namelijk dat “human beings are *disposed* because they are *exposed* (Bourdieu, 2000)” (p. 56). Hiermee geeft Bourdieu (1984; 2000) aan dat de specifieke habitus die mensen hebben, resulteert uit een socialisatieproces dat plaatsvindt in een specifieke omgeving met dito levensomstandigheden. Bourdieu wijst er verder op dat de objectieve levenscondities in de geïndustrialiseerde wereld tot op grote hoogte gelijk zijn binnen de verschillende sociale klassen. Aangezien deze levensomstandigheden de basis vormen van de habitus leidt deze gelijkvormigheid tot het ontstaan van een klassehabitus. Zo brengt de klassehabitus dus een levensstijl met zich mee die typerend is voor een bepaalde klasse. In tegenstelling tot wat dit doet vermoeden, heeft Bourdieu wel degelijk aandacht voor persoonlijke verschillen.

Hij erkent dat elk individueel traject anders is en dat iedereen hierdoor een persoonlijke habitus en dito manier van handelen heeft. Dit beschouwt hij wel enkel als “structurele varianten van de groeps- of klassehabitus” (Laermans, 1984, p. 26). Bourdieu besluit in dit verband dat er een homologie is tussen de sociale ruimte en de leefstijlruimte en dat iemands smaak gebruikt kan worden om zijn/haar positie in de sociale ruimte te bepalen. Immers, alles wat men doet, eet, koopt, apprecieert... wordt gedetermineerd door de specifieke klassehabitus. Dit brengt Bourdieu (1984) tot de volgende conclusie: “Taste is an acquired disposition to ‘differentiate’ and ‘appreciate’ ... in other words, to establish and mark differences by a process of distinction” (p. 466). Dit citaat geeft ook duidelijk aan dat smaken en voorkeuren gebruikt kunnen worden als een manier om zich te onderscheiden van anderen (distinctie), wat vooral mensen uit de dominante klasse doen (Bourdieu, 1984).

Zoals we in de vorige paragraaf aangaven, ontwikkelen individuen die een vergelijkbare positie innemen in de sociale ruimte een soortgelijke habitus en leefstijl doordat ze een vergelijkbaar socialisatieproces doormaken. Om mensen te kunnen positioneren in de sociale ruimte introduceert Bourdieu (1984; 1985; 1986) zijn kapitaaltheorie. Met deze theorie wilde hij tegenwicht bieden aan economische theorieën waarin uitsluitend werd gefocust op monetaire transacties, door te benadrukken dat uiteenlopende vormen van transacties van belang zijn in de sociale wereld. Hij maakt hierbij het onderscheid tussen economisch, cultureel en sociaal kapitaal. Op deze manier wordt het begrip kapitaal geïntroduceerd “in a wider system of exchanges whereby assets of different kinds are transformed and exchanged within complex networks or circuits within and across different fields” (Moore, 2008, p. 102). Concreet onderscheidt Bourdieu (1984) drie assen die mensen hun positie in de sociale ruimte bepalen: (1) de beschikbare hoeveelheid economisch en cultureel kapitaal – sociaal kapitaal wordt door Bourdieu minder uitgebreid behandeld (Larsen & Morrow, 2009); (2) de samenstelling van het beschikbare kapitaal en (3) veranderingen in de hoeveelheid en compositie van het beschikbare kapitaal over de levensloop, wat kan gezien worden als sociale mobiliteit³. Interessant in Bourdieu's kapitaaltheorie (1986) is dat hij veel aandacht besteedt aan de wisselwerking tussen de verschillende kapitaalvormen, wat Veenstra (2009) aanduidt met de term transmutaties. Drie belangrijke vormen van transmutatie zijn accumulatie, transmissie en conversie. Accumulatie betekent dat men kapitaal in elk van zijn vormen kan accumuleren. Transmissie verwijst ernaar dat je kapitaal kan doorgeven aan volgende generaties. Conversie refereert aan de mogelijkheid dat een bepaalde kapitaalvorm kan worden omgezet in een andere, wat wel een zekere kost met zich meebrengt. Bourdieu (1986) geeft bijvoorbeeld aan dat het mogelijk is om economisch kapitaal om te zetten in sociaal kapitaal, maar dat dit tijd, zorg en aandacht vraagt door bijvoorbeeld gepersonaliseerde cadeaus te kopen. Abel en Frohlich (2012) voegen hier nog een vierde vorm van wisselwerking

³ Deze laatste as heeft Bourdieu enkel theoretisch uitgewerkt en nooit toegepast in de empirische uitwerking van zijn ideeën. Zie Daenekindt en Roose (2013; 2014) voor een empirische toetsing van deze as.

tussen de kapitaalvormen aan toe, namelijk de afhankelijkheid of de voorwaardelijkheid van de verschillende kapitaalvormen. Dit verwijst ernaar dat het gebruik en het verkrijgen van een bepaalde kapitaalvorm afhankelijk is van de hoeveelheid van de andere kapitaalvormen. Zij geven bijvoorbeeld aan dat de manier waarop economisch kapitaal aangewend wordt, beïnvloed is door de beschikbare hoeveelheid cultureel kapitaal.

De sociale ruimte die Bourdieu (1984; 1985; 1998) door middel van de twee assen (hoeveelheid en compositie van het beschikbare kapitaal) reconstrueert, is relationeel omdat iemands positie bepaald wordt in relatie tot de positie van anderen; “It follows that all agents are located in this space in such a way that the closer they are to one another ..., the more they have in common; and the more remote they are from one another, the less they have in common” (Bourdieu, 1998, p. 6). Groepen mensen die op deze manier samen clusteren in de sociale ruimte, hebben volgens Bourdieu het potentieel om een sociale klasse te worden. Hiermee benadrukt Bourdieu (1985; 1998) dat dergelijke groepen (theoretische klassen) niet noodzakelijk tot uiting komen in reële sociale klassen, maar dat ze eerder een *probable class* vormen. Hiermee wijst hij erop dat individuen die samen clusteren in de sociale ruimte zich niet noodzakelijk met elkaar identificeren maar wel een vergelijkbare habitus en levensstijl hebben. Deze gelijkvormigheid in leefstijl, brengt Bourdieu tot de conclusie dat groepen in de sociale ruimte een objectief potentieel tot eenheid hebben. Opdat een groep echter een reële sociale klasse wordt, is het noodzakelijk dat deze groep als dusdanig gevormd wordt doordat er een zekere mate van (klasse)mobilisatie is (Bourdieu, 1998; Crossley, 2008). Dit wil zeggen dat de individuen op een bepaalde plaats in de sociale ruimte gaan erkennen dat ze een sociale klasse vormen én zich gaan organiseren als individuen die deel uitmaken van een bredere groep. Een treffend voorbeeld hiervan is de rol die de arbeidersbeweging en de vakbonden hebben gespeeld in de vorming van de arbeidersklasse (Crossley, 2008). Concreet heeft de arbeidersbeweging ervoor gezorgd dat arbeiders zich gingen identificeren als deel van de arbeidersklasse, wat op zijn beurt een cruciale rol heeft gespeeld in het tot stand komen van een klassenbewustzijn. Bourdieu (1999) past de positie die mensen innemen in de sociale ruimte ook expliciet toe om sociale ongelijkheid te duiden. Concreet onderscheidt hij twee vormen van sociale ongelijkheid, of ‘*suffering*’: materiële ongelijkheid (“*la grande misère*”) en positionele ongelijkheid (“*la petite misère*”) (p. 4). Positionele ongelijkheid verwijst naar ongelijkheid ten gevolge van het innemen van een bepaalde plaats in de sociale ruimte en de vergelijking met de plaats van anderen⁴.

Ten slotte benadrukt Bourdieu dat de werking van de habitus afhankelijk is van de sociale context, i.e. het veld, waarin een persoon zich op dat moment bevindt. Mensen kunnen de verschillende kapitaalvormen aanwenden als machtsbronnen, maar de invloed van hun beschikbare kapitaal is afhankelijk van het concrete veld waarin men ageert. Velden zijn ruimtes van posities

⁴ Dit onderscheidt lijkt sterk overeen te komen met het onderscheid tussen materiële en psychosociale factoren om ongelijkheid in gezondheid te verklaren (zie inleiding).

waarin een bepaalde machtsstrijd wordt gevoerd (Bourdieu, 1993) en die bijgevolg als sociale arena's beschouwd kunnen worden. In elk van deze sociale arena's geldt een specifieke machtsdynamiek, die ervoor zorgt dat mensen met een bepaalde habitus – en dus een bepaalde constellatie aan kapitaal – zich er beter op hun gemak voelen dan anderen. Maton (2008) geeft dit treffend weer:

Imagine, for example, a social situation in which you feel or anticipate feeling awkward, out of your element, like a 'fish out of water'. You may decide not to go, to declare it as 'not for the likes of me', or (if there already) to make your excuses and leave. In this case the structuring of your habitus does not match that of the social field (p. 57).

Dit voorbeeld geeft duidelijk aan dat het handelen van mensen bepaald wordt door de context (het veld) waarin ze zich op dat moment verbinden.

Veld is naast habitus en kapitaal, het laatste van Bourdieu's belangrijkste "thinking tools" (Bourdieu & Wacquant, 1989, p. 50; Maton, 2008, p. 51-52). De relatie tussen deze drie concepten is van cruciaal belang om mensen hun handelen adequaat te kunnen interpreteren, wat Bourdieu (1984) uitdrukt in de formule "[habitus] (capital)] + field = praxis" (p. 101). Het handelen van individuen hangt dus af van de wisselwerking tussen habitus en kapitaal, en deze wisselwerking verschilt tussen verschillende velden.

Bourdieu heeft zelf nooit onderzoek gedaan naar gezondheid (Cockerham, 2013; Montagner, 2008), maar verschillende auteurs wijzen op het nut van Bourdieu's raamwerk in onderzoek naar gezondheid (e.g. Abel, 2007; 2008; Abel et al., 2011; Khawaja & Mowafi, 2006; 2007; Larsen & Morrow, 2009; Lynam, 2005; Lynam et al., 2007). Ten eerste kan door een toepassing van Bourdieu's theorie rekening gehouden worden met factoren die vaak over het hoofd worden gezien in onderzoek naar sociale ongelijkheid in gezondheid, zoals culturele elementen en leefstijlen (Crossley, 2008; Veenstra, 2007). Volgens Veenstra (2007) past een dergelijke operationalisering van sociale ongelijkheid ook beter bij de hedendaagse situatie, waarbij hij argumenteert dat niet enkel economische, maar ook culturele verschillen een fundamenteel inzicht bieden in de maatschappelijke stratificatie. Door Bourdieu's kapitaaltheorie te gebruiken, kan, ten tweede, ook tegemoet gekomen worden aan de claim van Link en Phelan (1995) dat sociale ongelijkheid in de toegang tot uiteenlopende hulpbronnen van cruciaal belang is om gezondheidsverschillen te verklaren. Abel (2008) stelt in dit verband dat "the resources needed to select or adopt specific health-relevant lifestyles emerge from the interplay between economic, social and cultural capital. In this dynamic form social inequalities affect – through collective behavioural variations – people's health status and risks" (p. 3). Bourdieu's stelling dat verschillen in uiteenlopende kapitaalvormen van belang zijn om sociale verschillen te duiden, lijkt zo dus ook relevant te zijn voor studies naar sociale ongelijkheid in gezondheid. Ten derde kan zijn raamwerk gebruikt worden als theoretische achtergrond om gezondheidsverschillen te interpreteren (Abel, 2007; Bartley et al., 1999). Frohlich, Corin en Potvin (2001) wijzen zo op het nut van het habitusconcept om te begrijpen hoe sociale verschillen in gezondheid ontstaan. Bourdieu (1984; 1986) wijst er immers op

dat individuen uit eenzelfde sociale klasse een zeer gelijkaardig socialisatieproces doormaakten, wat op zijn beurt verklaart waarom bepaalde (gezondheids)gedragingen vaker voorkomen in bepaalde sociale groepen dan in andere. Daarnaast laat het habitusconcept ook toe om zowel structuur als *agency* in rekening te brengen. Dit is nuttig omdat (gezondheids)gedragingen niet louter het gevolg zijn van individuele keuzes, noch van structurele beperkingen, maar wel van de combinatie van de twee (Cockerham, 2005; 2013; Frohlich et al., 2001; Frohlich, Potvin, Chabot & Corin, 2002; Popay, Williams, Thomas & Gatrell, 1998). In lijn hiermee stelt Shim (2010), ten vierde, dat Bourdieu's kapitaaltheorie duidelijk maakt dat niet alle gedragsmatige keuzes bewust en weloverwogen zijn, maar dat een groot deel van mensen hun gedrag sociaal gestructureerd is doorheen de habitus. Niet alle gedragingen met een impact op gezondheid (hetzij positief of negatief) worden dus bewust gesteld. Dit idee benadrukt het belang van het mee in rekening brengen van de sociale context in gezondheidsstudies en beleid. Immers, enkel zo kan vermeden worden dat te veel verantwoordelijkheid voor het verkrijgen en behouden van goede gezondheid wordt toegedicht aan het individu, zonder dat de sociale context hiervan adequaat wordt meegenomen (Link & Phelan, 1995). Whitehead, Dahlgren en Gilson (2001) geven zo bijvoorbeeld aan dat “a broad perspective in developing policy action is important even when the determinants appear to be behavioral” (p. 317). Ten slotte wijst Morrow (1999) erop dat Bourdieu zijn raamwerk nuttig is om het *deficit theory syndrome* te vermijden. Dit refereert aan benaderingen die de klemtoon leggen op hulpbronnen die niet-succesvolle individuen missen. Bourdieu's theorie benadrukt daarentegen de hulpbronnen die mensen *hebben* en niet de hulpbronnen die ze *missen*, waardoor het eerder een theorie van privilege dan een theorie van ontoereikendheid is.

In de volgende paragrafen gaan we dieper in op de drie kapitaalkvormen die Bourdieu onderscheidt. Daarbij vatten we studies over gezondheidsverschillen naar de verschillende vormen van kapitaal samen. Aangezien er al zeer veel onderzoek is naar de impact van economisch en sociaal kapitaal op gezondheid, beperken we de bespreking van deze vormen van kapitaal. Daarentegen gaan we wel uitgebreid in op de associatie van cultureel kapitaal met gezondheid.

2.1.1 Economisch kapitaal

Met de term economisch kapitaal verwijst Bourdieu (1986) naar hulpbronnen “[that are] immediately and directly convertible into money and may be institutionalized in the form of property rights” (Bourdieu, 1986, p. 16). Economisch kapitaal omvat dus uiteenlopende materiële en financiële middelen, zoals inkomen, vermogen, landeigenaarschap of een erfenis.

Er is veel onderzoek gedaan naar de invloed van materiële en financiële determinanten van gezondheid. Hierbij komt men over het algemeen tot de conclusie dat er een positieve associatie is van zulke determinanten met gezondheid (e.g. Bravemam et al., 2010; Dunn et al., 2006; Lynch

et al., 2000; Marmot et al., 2012; Subramanian & Kawachi, 2006). Ruwweg kunnen we twee benaderingen onderscheiden om de impact van economisch kapitaal op gezondheid te verklaren (Carpiano et al., 2008; Marmot & Wilkinson, 2001; Mirowsky & Ross, 2003). In de materialistische verklaring wordt er gekeken naar reële verschillen in hulpbronnen. Vanuit deze optiek zorgt meer economisch kapitaal ervoor dat men toegang heeft tot meer en betere hulpbronnen (zoals meer en vooral gezonder voedsel, een beter huis in een betere wijk, toegang tot betere zorgverleners en -voorzieningen...) wat een positief effect heeft op gezondheid. In tegenstelling tot de materialistische verklaringen benadrukken de psychosociale verklaringen de sociale betekenis die er wordt gehecht aan reële verschillen in hulpbronnen. De essentie van deze benadering is dat mensen zich met elkaar vergelijken wat voor stress en machteloosheid kan zorgen bij mensen met minder economisch kapitaal. Bij mensen met meer economisch kapitaal leidt dit daarentegen tot meer status en prestige. Dit heeft op zijn beurt een effect op gezondheid. Kawachi et al. (2010) geven aan dat het op basis van empirisch onderzoek nooit mogelijk zal zijn om deze twee soorten effecten uit elkaar te halen door collineariteit.

Een interessante eigenschap van Bourdieu's raamwerk is dat economisch kapitaal slechts één facet vormt van zijn kapitaaltheorie en dat ook de andere vormen van kapitaal meegenomen moeten worden. Abel (2008) en Abel en Frohlich (2012) halen zo aan dat de manier waarop economisch kapitaal wordt aangewend, afhangt van andere vormen van kapitaal. In dezelfde lijn wijst Carlisle (2001) erop dat een verhoging van economisch kapitaal niet persé tot beter gezondheidsgedrag leidt:

We cannot predict that increases in income will lead automatically to 'healthy' tastes and behaviour because preferences in such things as diet or physical activity cannot be simply mapped onto a simple healthy/unhealthy dichotomy. They carry social meanings that need to be understood and related to the physical, social, economic and cultural context within which they occur (Carlisle, 2001, p. 272).

Dit toont aan dat de wisselwerking tussen de verschillende kapitaaltvormen in rekening gebracht moet worden in gezondheidsonderzoek (Abel, 2008; Abel & Frohlich, 2012).

2.1.2 Sociaal kapitaal

Sociaal kapitaal is een concept dat in de afgelopen decennia een steile opgang heeft gemaakt in de gezondheidsliteratuur (Kawachi, Bruce, & Glass, 1999; Kawachi, Subramanian, Kim, 2008; Moore, Haines, Hawe & Shiell, 2006; Song, 2013). Echter, het blijft een zeer gecontesteerd concept waarbij er discussie is over de definitie, de operationalisering, het meetniveau en de domeinen waarop het werkzaam is (Chappell & Funk, 2010; Portes, 1998; 2000). Hawe en Shiell (2000) en Portes (1998) wijzen er zelfs op dat we mogelijk op het punt zijn aangekomen waarop het concept op zo uiteenlopende manieren is toegepast dat het zijn

betekenis dreigt te verliezen. Dit benadrukt het belang van een goede definiëring en inbedding van het concept.

Zoals Ziersch (2005) treffend aangeeft, is het onmogelijk om de immense literatuur over sociaal kapitaal samen te vatten. Wel kunnen we twee stromingen onderscheiden met betrekking tot de conceptualisering van sociaal kapitaal (Baum & Ziersch, 2003; Harpman, Grant & Thomas, 2002; Kawachi, Kim, Coutts & Subramanian, 2004; Lochner, Kawachi & Kennedy, 1999; Moore et al., 2006; Portes, 2000; Song, 2013). Voorstanders van de eerste benadering meten sociaal kapitaal op het collectieve niveau, zoals een algemeen gevoel van vertrouwen in de maatschappij (Kawachi et al., 2004; Lochner et al., 1999; Song, 2013). Sociaal kapitaal wordt in deze optiek voornamelijk bekeken als een publiek goed, dat niet bezeten kan worden door individuen maar eerder aanwezig is in de sociale structuur. Dit wil niet zeggen dat individuen geen voordeel halen uit sociaal kapitaal, maar wel dat dit telkens ook positieve neveneffecten heeft voor anderen: “social capital ... consists of those features of social organization ... which act as resources for individuals and facilitate collective action” (Lochner et al., 1999). Als er in een samenleving bijvoorbeeld veel vertrouwen in de medemens is, zorgt dit ervoor dat personen zich op hun gemak voelen in hun sociale interacties en dit bijgevolg ook uitstralen en doorgeven in die interacties: “social trust (i.e., trust in other people) can lubricate social life” (Song, 2013, p. 239). Twee van de belangrijkste vertegenwoordigers van deze stroming zijn Coleman en Putnam. In de tweede benadering wordt sociaal kapitaal als een kenmerk van sociale netwerken of relaties gezien. Bourdieu's visie van sociaal kapitaal past in deze tweede stroming aangezien hij sociaal kapitaal definieert als “the aggregate of the actual or potential resources which are linked to the possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition” (Bourdieu, 1986, p. 247). Sociaal kapitaal is in zijn visie aanwezig in sociale relaties en behoort daarom toe aan individuen. Hoeveel sociaal kapitaal een individu heeft, hangt volgens Bourdieu af van de grootte van zijn/haar sociaal netwerk en de beschikbare hoeveelheid van de verschillende kapitaalvormen die de personen in het sociaal netwerk bezitten: “Because the social capital accruing from a relationship is that much greater to the extent that the person who is the object of it is richly endowed with capital (mainly social, but also cultural and even economic capital)” (Bourdieu, 1986, p. 249). Dit impliceert niet dat sociaal kapitaal zomaar herleidbaar is tot economisch en cultureel kapitaal, maar wijst er wel op dat sociaal kapitaal nooit volledig onafhankelijk is van de andere kapitaalvormen. Larsen en Morrow (2009) benadrukken in deze context dat sociaal kapitaal altijd samen bekeken moet worden met economisch en cultureel kapitaal.

Er is onderzoek gedaan naar gezondheid vanuit beide stromingen ten opzichte van sociaal kapitaal (Song, 2013). Hyyppä (2010) en Moore et al. (2006) geven in deze context aan dat individuele benaderingen van kapitaal veel minder aandacht hebben gekregen in de laatste jaren door een overmatige belangstelling voor de collectieve benadering. Kawachi et al. (2004) benadrukken echter dat sociaal kapitaal best zowel op individueel als op collectief niveau meegenomen wordt

in een multi-level model. Verschillende auteurs hebben een dergelijke onderzoeksopzet toegepast. Lindström, Moghaddassi en Merlo (2004) hebben zo collectieve en individuele maten van sociaal kapitaal opgenomen in hun studie naar zelfgerapporteerde gezondheid. Zij besluiten dat de maten op het individuele niveau geschikter zijn om verschillen in gezondheid te verklaren en dat verbanden met sociaal kapitaal op het collectieve niveau teruggebracht kunnen worden naar individuele verschillen. Poortinga (2006) toont eveneens aan dat individueel sociaal kapitaal van groot belang is om verschillen in zelfgerapporteerde gezondheid te verklaren. Daarnaast wijst hij er echter op dat ook collectieve maten van sociaal kapitaal bijdragen tot het verklaren van gezondheidsverschillen. Yip et al. (2007) vinden op hun beurt dat zowel collectieve als individuele maten van sociaal kapitaal een impact hebben op gezondheid, maar dat de invloed vooral gebeurt via netwerkgebaseerde mechanismen. Deze studies wijzen allen op het belang van individuele maten van sociaal kapitaal, maar ze verschillen met betrekking tot het belang van sociaal kapitaal op het collectieve niveau om gezondheidsverschillen te verklaren. In de volgende paragraaf gaan we dieper op Bourdieu's operationalisering van sociaal kapitaal in.

Bourdieu's sociaal kapitaal-theorie (1986) heeft veel aandacht gekregen, maar er zijn slechts weinig concrete toepassingen van in gezondheidsonderzoek. Dit is mee te wijten aan het feit dat hij nooit heeft aangegeven hoe sociaal kapitaal best gemeten kan worden (Song, 2013). Ziersch (Ziersch, 2005; Ziersch, Baum, MacDougall & Putland, 2005) en Carpiano (2006; 2007; 2008) hebben vanuit deze vaststelling gewerkt aan de conceptualisering van sociaal kapitaal op basis van het werk van Bourdieu. Wat ze gemeenschappelijk hebben, is, ten eerste, dat ze benadrukken dat sociaal kapitaal een complex concept is dat best aan de hand van meerdere dimensies bevestigd wordt en, ten tweede, dat het onderscheid tussen bronnen en uitkomsten van sociaal kapitaal van cruciaal belang is. Echter, door het gebrek aan een leidraad in Bourdieu's eigen werk, verschillen de operationalisering die Ziersch en Carpiano voorstellen sterk; het meest frappante verschil is dat Carpiano sociale cohesie als een bron van sociaal kapitaal ziet, terwijl Ziersch dit als een uitkomst ervan ziet. Stephens (2008) is kritisch met betrekking tot de studies van Carpiano en Ziersch en wijst erop dat sociaal kapitaal geïntegreerd moet worden in een ruimer omvattend raamwerk met cultureel en economisch kapitaal, zoals Bourdieu dit voorstelt. Ook Song (2011) en Song en Lin (2009) zijn kritisch over de conceptualisering van Ziersch en Carpiano: zij geven aan dat de concepten sociale cohesie, sociale integratie, sociale steun en sociaal kapitaal vaak onterecht als onderling inwisselbaar worden beschouwd⁵. Wat deze concepten met elkaar gemeen hebben, is dat het allemaal netwerkgebaseerde maten zijn. De term sociaal kapitaal is volgens Song (2011) en Song en Lin (2009) echter expliciet voorbehouden aan maten over de hoeveelheid hulpbronnen die de leden van iemands netwerk hebben. Song en Lin (2009) wijzen erop dat sociaal kapitaal in de strikte zin van het woord in kaart kan gebracht worden door mid-

⁵ Kawachi et al. (2004) wijzen er daarbij op dat het gelijkstellen van sociaal kapitaal met sociale steun of netwerken eigenlijk niets meer is dan oude wijn in nieuwe zakken.

del van een positiegenerator: bij een dergelijke bevraging moeten respondenten aangeven of ze mensen kennen uit een aantal beroepscategorieën. Als ze mensen uit meer verschillende of belangrijkere beroepscategorieën kennen, hebben ze meer sociaal kapitaal. Dit is gebaseerd op de assumptie dat mensen uit elke beroepscategorie bepaalde kennis, vaardigheden en middelen tot hun beschikking hebben. Als je uiteenlopende mensen kent, kan je via je sociaal netwerk beroep doen op uiteenlopende hulpbronnen. Volgens Erickson (2003) gaat dit niet enkel op voor beroepen, maar voor uiteenlopende vormen van diversiteit: “there are many kinds of network variety: variety of occupation, gender, ethnicity and much more. Each probably goes with a somewhat different menu of benefits” (p. 30). Song en Lin (2009) hebben in dit verband aangetoond dat de hoeveelheid hulpbronnen in iemands sociaal netwerk een invloed heeft op het ervaren van depressieve symptomen en gepercipieerde gezondheidsstatus, gecontroleerd voor socio-demografische variabelen en sociale steun. Op basis hiervan besluiten ze dat sociaal kapitaal een afzonderlijke netwerkhulpbron is met een potentiële impact op gezondheid.

Song (2011) onderscheidt tien manieren waarop sociaal kapitaal als hulpbron die aanwezig is in sociale netwerken een impact kan hebben op gezondheid;

- Doordat sociaal kapitaal een positieve invloed heeft op mensen hun *sense of control* wat een positieve impact kan hebben op gezondheid.
- Sociaal kapitaal kan zorgen voor een grotere toegang tot informatie.
- Doordat sociaal kapitaal in bepaalde gevallen zorgt voor betere sociale *credentials* voor de toegang tot gezondheidshulpbronnen.
- Sociaal kapitaal kan een stimulans zijn voor psychologische hulpbronnen zoals zelfvertrouwen.
- Het kan voor meer emotionele steun zorgen.
- Sociaal kapitaal kan de toegang tot materiële hulpbronnen vergroten.
- Door aanmoediging te bieden om gezondere normen en gedragingen aan te nemen.
- Sociaal kapitaal kan de blootstelling aan stressoren verminderen.
- Het stimuleert potentieel het gebruik van meer kwalitatieve gezondheidsdiensten.
- Sociaal kapitaal versterkt mogelijk de subjectieve inschatting van sociale status wat op zijn beurt een impact kan hebben op gezondheid (e.g. Adler, Epel, Castellazo & Ickovics, 2000; Demakakos, Nazroo, Breeze & Marmot, 2008; Karvonen & Rakhonen, 2010).

Samengevat kunnen we stellen dat er al veel onderzoek gedaan is naar de impact van sociaal kapitaal op gezondheid. Hierbij is in de afgelopen jaren wel disproportioneel veel aandacht besteed aan collectieve benaderingen terwijl individuele maten van sociaal kapitaal onderbelicht bleven. In dit proefschrift besteden we expliciet aandacht aan zo een individuele benadering van sociaal kapitaal door Bourdieu's sociaal kapitaal-theorie toe te passen.

2.1.3 Cultureel kapitaal

Bourdieu (1986) onderscheidt drie onderling afhankelijke vormen van cultureel kapitaal. Geïnternaliseerd of belichaamd cultureel kapitaal verwijst naar mensen hun waarden, vaardigheden, smaken en kennis. Cultureel kapitaal in zijn geïnstitutionaliseerde vorm refereert aan de institutionele erkenning van culturele competentie zoals een diploma dat iemand behaalt. Ge-objectiveerd cultureel kapitaal heeft betrekking op de culturele goederen die mensen bezitten, zoals boeken, muziekinstrumenten of kunstwerken.

Deze driedeling in verschillende types van cultureel kapitaal maakt het moeilijk om te begrijpen wat Bourdieu nu net wil aanduiden met dit concept. In lijn hiermee geven Lamont en Lareau (1988) aan dat het onduidelijk is wat net de essentie is van Bourdieu's cultureel kapitaalconcept. Als antwoord hierop definiëren zij cultureel kapitaal als geïnstitutionaliseerde, hoge status signalen die gebruikt kunnen worden voor sociale en culturele uitsluiting. Ongelijkheid in cultureel kapitaal kan volgens hen leiden tot uitsluiting van hulpbronnen, jobs en de toegang tot bepaalde hoge status-groepen. Volgens Abel (2008) is de cruciale eigenschap van cultureel kapitaal dat het gaat om “symbolic and informational resources” (Abel, 2008, p. 57). De visie van Swidler (1986) is eveneens nuttig om te begrijpen wat de essentie van cultureel kapitaal is. Zij ziet cultureel kapitaal als een “‘tool kit’ for constructing ‘strategies of action’” (p. 277). Deze actie-strategieën verwijzen niet naar bewuste plannen, maar eerder naar algemene stijlen en gewoontes van handelen. Cultureel kapitaal verwijst dan naar een *tool kit* van overtuigingen, gewoontes, levensvisies en gevoeligheden die het handelen van individuen niet consistent in één bepaalde richting duwen, maar eerder een bepaald repertoire van mogelijke handelingen vormen waar individuen uit kunnen kiezen (Swidler, 1986). Dit overzicht maakt duidelijk dat Abel (2008), Lamont en Lareau (1988) en Swidler (1986) elk andere accenten leggen in de definiëring van cultureel kapitaal.

Zoals we in de eerste alinea van deze paragraaf al aangaven, is opleidingsniveau een belangrijk facet van Bourdieu's conceptualisering van cultureel kapitaal⁶. Er is al veel onderzoek gedaan naar de impact van opleidingsniveau op gezondheid (Muntaner, Borrell, Benach, Pasarín & Fernandez, 2003) en hierbij lijkt er quasi unanieme consensus te zijn dat opleiding een positieve impact heeft op gezondheid (Kamin et al., 2013). Gezien het vele onderzoek en de consensus hieromtrent gaan we in dit overzicht maar kort in op de associatie van opleidingsniveau met gezondheid. Er zijn verschillende manieren waarop de positieve associatie verklaard kan worden (Braveman et al., 2010; Galobardes et al., 2006a; Mirowsky & Ross, 2003). Ten eerste kan opleiding een invloed hebben op psychosociale factoren die op hun beurt gezondheid beïnvloeden. Voorbeelden van dergelijke hulpbronnen zijn ondersteunende relaties of een zekere

⁶ Daenekindt en Roose (2014) geven zo aan dat opleidingsniveau vaak als de belangrijkste indicator van cultureel kapitaal wordt beschouwd.

mate van *sense of control*, waarbij individuen het gevoel hebben hun eigen leven vorm te kunnen geven, wat op zijn beurt een positieve impact heeft op gezondheid. Ten tweede zorgt opleiding over het algemeen voor een gezondere leefstijl. Giskes et al. (2004) tonen zo bijvoorbeeld aan dat hoger opgeleiden minder vaak roken, dat de daling van het aantal rokers doorheen de tijd sterker is bij hoger opgeleiden en dat hoger opgeleide rokers minder sigaretten roken in vergelijking met lager opgeleide rokers. Een derde mogelijkheid om de impact van opleiding te verklaren is dat hoger opgeleiden een grotere kans hebben om een goede baan te vinden met alle daaraan verbonden voordelen zoals betere werkomstandigheden en voorwaarden. Kamin et al. (2013) wijzen er bijkomend op dat mensen met een hoger opleidingsniveau efficiënter gebruik kunnen maken van hun beschikbare hulpbronnen. Opleidingsniveau kan daarnaast ook een impact hebben op mensen hun cognitief functioneren wat van belang kan zijn bij het begrijpen van communicatie over gezondheid en de toegang tot gezondheidszorg. Het is vermoedelijk een combinatie van deze factoren die ervoor zorgt dat hoger opgeleiden doorgaans een betere gezondheid hebben dan lager opgeleiden.

Het is belangrijk om in het achterhoofd te houden dat opleidingsniveau slechts één vorm van cultureel kapitaal is die Bourdieu (1986) onderscheidt. Kamin et al. (2013) geven in dit verband aan dat opleidingsniveau onvoldoende is om cultureel kapitaal adequaat mee te nemen in studies naar gezondheid. Zo zijn er aanwijzingen dat cultureel kapitaal in zijn geïnternaliseerde vorm ook relevant is voor gezondheidsonderzoek: “it is in this form that cultural capital becomes a key component that links people’s social position with the behavioural aspects of health inequality” (Abel, 2008, p. 2). In lijn hiermee suggereren Kamin et al. (2013) dat verschillen in zowel geïnternaliseerd als geobjectiveerd cultureel kapitaal belangrijker zullen worden in de toekomst. Immers, mensen spelen een steeds actievere rol in gezondheidsgelateerde beslissingen en dit zowel in het alledaagse leven als in interacties met zorgverleners. Vanuit deze optiek wijzen verschillen in geïnternaliseerd cultureel kapitaal op verschillen in kennis, competenties, vaardigheden en smaken die van belang zijn bij het nemen van gezondheidsgelateerde beslissingen. Geobjectiveerd cultureel kapitaal zou in deze optiek van belang zijn voor de toegang en het bezit van technologieën voor het monitoren van gezondheidsparameters. Tot op heden zijn er slechts weinig studies die ook deze andere componenten van cultureel kapitaal hebben opgenomen in onderzoek naar gezondheid (Abel, 2008; Kamin et al., 2013; Khawaja & Mowafi, 2006). Echter, als cultureel kapitaal in lijn met Bourdieu (1984; 1986) beschouwd wordt als hulpbronnen, die net zoals economisch of sociaal kapitaal een fundamentele impact hebben op mensen hun handelen⁷, is dit zeer relevant voor gezondheidsonderzoek (e.g. Abel, 2006; 2008; Khawaja & Mowafi, 2006; Lynam, et al., 2007). Khawaja en Mowafi (2006) stellen in dit verband dat “if it is true that cultural capital has comparable qualities to other forms of capital, then it may also be true that

⁷ Deze invloed is vaak zeer discreet of zelfs onbewust (Bourdieu, 1984; Khawaja & Mowafi, 2006; Lamont & Lareau, 1988).

accumulation of such capital leads to improved health outcomes” (p. 445). Eckersley (2001) wijst er bijkomend op dat culturele factoren een impact hebben op de manier waarop sociale ongelijkheid gezondheid beïnvloedt, en dat dit zowel voor materiële als voor psychosociale verklaringen geldt. In dezelfde lijn geven Forbes en Wainwright (2001) aan dat de culturele context cruciaal is om sociale ongelijkheid in gezondheid te begrijpen en dat Bourdieu's raamwerk nuttig is om deze context te incorporeren.

Zoals Hyypä (2010) aangeeft, is het moeilijk om Bourdieu's cultureel kapitaal-concept te operationaliseren voor empirisch gezondheidsonderzoek. Met betrekking tot het gebruik van geïnternaliseerd cultureel kapitaal in gezondheidsonderzoek is het mogelijk om twee benaderingen te onderscheiden: een veldspecifieke en een niet veldspecifieke benadering. In de volgende twee paragrafen gaan we uitgebreid in op dit onderscheid.

2.1.3.1 Een veldspecifieke benadering van geïnternaliseerd cultureel kapitaal

Bourdieu (1984; 1986; 1993) suggereert dat kapitaal aangepast moet worden aan het veld waarin een individu op dat moment handelt, opdat dit individu voordeel kan halen uit zijn beschikbaar kapitaal in de interacties in dit veld. Abel (2007) geeft in dit verband aan dat gezondheid in lijn met Bourdieu kan gezien worden als een veld waarin specifiek machtsrelaties spelen. Hier lijkt logischerwijs uit te volgen dat een individu zijn/haar kapitaal aangepast moet zijn aan het gezondheidsveld opdat deze persoon er voordeel uit kan halen voor zijn/haar gezondheid. In deze paragraaf gaan we dieper in op de manier waarop verschillende auteurs geïnternaliseerd cultureel kapitaal hebben toegepast op het gezondheidsveld.

Abel (2007) heeft zo het concept gezondheidsrelevant cultureel kapitaal ontworpen, wat verwijst naar alle culturele hulpbronnen die ervoor zorgen dat mensen gedrag stellen dat hun gezondheid ten goede komt. Voorbeelden hiervan zijn gezondheidsgerelateerde waarden, gedragingen en kennis. Montagner (2006) en Williams (1995) geven aan dat dergelijke gezondheidsgerelateerde gedragingen, waarden en kennis eveneens sociaal gestructureerd en gedetermineerd zijn door de habitus en individuen hun plaats in de sociale ruimte. In dezelfde lijn als Abel werpt Shim (2010) het concept gezondheidscultureel kapitaal op wat ze definieert als “a specialized form of cultural capital that can be leveraged in health care contexts to effectively engage with medical providers” (p. 3). Shim legt dus sterk de nadruk op culturele factoren die een impact kunnen hebben op het vlak van gezondheidszorg, zoals een zekere medische kennis, vaardigheden om adequaat te communiceren met zorgverleners en een proactieve houding ten opzichte van gezondheid. Door middel van dit concept wil Shim de verbinding maken tussen macrofactoren en micro-interacties. Immers, het bezit van cultureel gezondheidskapitaal is afhankelijk van mensen hun positie in de sociale ruimte (macro), terwijl dit een impact heeft op patiënt-zorgverlener interacties (micro). Dubbin, Chang en Shim (2013) hebben aan de hand van het concept gezondheidscultureel kapitaal kwalitatief onderzoek gedaan naar interacties tussen pati-

ënten en zorgverleners. Zij besluiten dat dit raamwerk aandacht besteedt aan componenten van de patiënt-zorgverlener interactie die anders vaak buiten beschouwing gelaten worden. Een voorbeeld hiervan is dat de ingesteldheid van de patiënt en die van de zorgverlener en de (mis-)match tussen deze twee, van cruciaal belang is om te begrijpen welke zorg bepaalde patiënten aangeboden krijgen. Verder wijzen Dubbin en haar collega's erop dat gezondheidscultureel kapitaal in de afgelopen jaren steeds belangrijker is geworden door de toenemende eisen die worden gesteld aan zowel zorgverleners als -vragers.

Een andere manier om belichaamd cultureel kapitaal binnen het gezondheidsveld te benaderen, zien we in het concept gezondheidsleefstijlen dat door verschillende onderzoekers is voorgesteld (Abel, 1991; Cockerham, 2000; 2005; 2006; 2013; Cockerham, Rütten, & Abel, 1997). Cockerham et al. (1997) definiëren gezondheidsleefstijlen als “collective patterns of health-related behavior based on choices from options available to people according to their life chances” (p. 338). Dit concept biedt een interessante manier om de dichotomie tussen *agency* en structuur te overstijgen omdat de gedragsmatige opties waar individuen uit kunnen kiezen (*agency*) afhangen van hun plaats in de structuur (Cockerham, 2005). In dezelfde lijn introduceren Frohlich et al. (2001) het concept collectieve leefstijlen om zoals Cockerham zowel de sociale structuur als individueel handelen in rekening te kunnen brengen in gezondheidsstudies. Frohlich et al. (2002) hebben dit model empirisch getest en zij concluderen dat individuele interpretaties (*agency*) van cruciaal belang zijn om de impact van de sociale structuur op mensen hun handelen te interpreteren. Jones, Papacosta, Whincup, Wannamethee en Morris (2011) hebben, ten slotte, onderzoek gedaan naar gezondheidsleefstijlen en hoe deze veranderen doorheen de tijd. Door de grote mate van stabiliteit in gezonde versus ongezonde leefstijlen, argumenteren zij dat er een zeker mate van leefstijl *lock-in* is. Dit concept verwijst ernaar dat de habitus in sommige omstandigheden gefixeerd wordt, wat leidt tot een sterke reductie van de beschikbare leefstijlkeuzes en bijgevolg een stabilisatie van de leefstijl.

Missinne, Colman en Bracke (2013) hebben een interessante aanvulling gegeven op het gezondheidscultureel kapitaal-perspectief. Zij tonen ten eerste aan dat vrouwen gezondheidscultureel kapitaal kunnen accumuleren doorheen de levensloop. Ten tweede geven ze aan dat het gezondheidscultureel kapitaal van beide partners een onafhankelijk effect heeft op preventief gezondheidsgedrag (i.e. het gebruik van mammografieën). Volgens de auteurs wijst dit erop dat leden uit mensen hun sociaal netwerk een cruciale impact kunnen hebben op preventief gezondheidsgedrag en dat meer onderzoek nodig is om de invloed van deze sociale context op gezondheidspreventief gedrag na te gaan.

In deze paragraaf hebben we een overzicht gegeven van de verschillende aanzetten die er zijn gebeurd om Bourdieu's concept van cultureel kapitaal toe te passen op het gezondheidsveld. In de volgende paragraaf gaan we in op een alternatieve benadering om dit concept te integreren in gezondheidsstudies.

2.1.3.2 Een niet veldspecifieke benadering van geïnternaliseerd cultureel kapitaal

In een tweede benadering wordt geïnternaliseerd cultureel kapitaal beschouwd zoals Bourdieu (1984) het bestudeerde, namelijk in de vorm van culturele smaken en participatie of culturele leefstijlen. Niet iedereen is even enthousiast om culturele leefstijlen op te nemen in onderzoek naar gezondheid; “And this is to say nothing of voting behaviour or differences in tastes and lifestyle that may be quite irrelevant for health outcomes” (Prandy, 1999, p. 481). Volgens Grossi, Sacco, Blessi en Cerutti (2010) zijn dergelijke afwijzende reacties te wijten aan een foutieve perceptie van culturele participatie: “We are accustomed to think of cultural experiences in terms of leisure and entertainment ... that are unlikely to cause major consequences on well-being, life satisfaction, or health” (p. 4). Echter, in lijn met Bourdieu's kader, kunnen culturele leefstijlen beschouwd worden als een cruciaal element om verschillen tussen sociale groepen in kaart te brengen.

In dit verband onderscheiden we nog twee belangrijke argumenten om culturele participatie en smaken op te nemen in studies naar verschillen in gezondheid. Een eerste reden is voornamelijk van theoretische aard. Immers, de maatschappelijke verhoudingen zijn in de afgelopen decennia substantieel veranderd. Zo zijn de productie- en arbeidsverhoudingen minder bepalend geworden in onze samenleving. Wat daarentegen enorm aan belang is toegenomen zijn consumptiepatronen (Bögenhold, 2001; Carlisle et al., 2008; Lammertyn, Declercq en Hustinx, 2001). Immers, door de hogere lonen, betere arbeidsvoorwaarden en toegenomen vrije tijd kregen mensen steeds meer tijd en middelen om hun leven buiten de werkdag zelf in te vullen. In deze context krijgen verschillen in consumptiepatronen (leefstijlen) meer maatschappelijke impact en wordt symbolische ongelijkheid van steeds groter belang om de maatschappelijke stratificatie in kaart te brengen (Carlisle et al., 2008; Elchardus, 2002; 2009; Featherstone, 2007; Khawaja & Mowafi, 2006). Dit suggereert dat verschillen in leefstijlen cruciaal zijn om een adequaat beeld te krijgen van stratificatie in onze samenleving: “while differences in the classic dimensions still exist and should not be neglected, we might get a better view of the problems of society when we include in our analysis cultural indicators as well” (Richter, 2002, p. 173). Verder in zijn studie benadrukt Richter (2002) dat het gebruik van culturele leefstijlen in studies naar sociale stratificatie toelaten om meer subtiele verschillen te detecteren. In dezelfde lijn wijst Veenstra (2005) erop dat Bourdieu suggereert dat culturele smaken en participatie machtsverschillen weergeven én beïnvloeden. Mackenbach (2012) geeft ten slotte aan dat cultureel kapitaal een mogelijke piste is om te verklaren waarom er nog steeds een sociale gezondheidsgradiënt is in landen met een uitgebreide sociale welvaartsstaat: hij argumenteert wel dat dit enkel kan bijdragen tot de verklaring van deze paradox indien het belang van cultureel kapitaal in de afgelopen jaren is toegenomen. Zoals we in deze alinea al aanhaalden, argumenteren verschillende auteurs dat dit inderdaad het geval is (Carlisle et al., 2008; Elchardus, 2002; 2009; Featherstone, 2007). Samengenomen kunnen we stellen dat er duidelijke aanwijzingen zijn voor het belang van

culturele leefstijlen om de sociale stratificatie in de huidige samenleving adequaat in kaart te brengen.

Een andere reden is in tegenstelling tot de eerste reden voornamelijk van empirische aard. In de afgelopen decennia is er immers steeds meer aandacht gekomen voor de mogelijke impact van cultuurparticipatie op gezondheid en welbevinden (Clift, 2012). Zo hebben heel wat empirische studies verbanden aangetoond tussen culturele participatie en uiteenlopende indicatoren van gezondheid. Verschillende studies uit Zweden, Finland en de VS vinden bijvoorbeeld dat uiteenlopende vormen van cultuurparticipatie een effect hebben op mortaliteit, waarbij mensen die niet participeren aan het cultuuraanbod een groter risico hebben om eerder te sterven (Bygren, Konlaan & Johansson, 1996; Glass, Mendes de Leon, Marottoli & Berkman, 1999; Hyypä, Mäki, Impivaara & Aromaa, 2005; Konlaan, Bygren & Johansson, 2000; Väänänen et al., 2009). Andere studies hebben ook voor andere indicatoren van gezondheid associaties met cultuurparticipatie gevonden. Johansson, Konlaan en Bygren (2001) rapporteren zo een positieve samenhang tussen cultuurparticipatie en zelfgerapporteerde gezondheid, na controle voor andere variabelen. Interessant aan hun studie is dat het een longitudinale studie is waarbij ze rekening hielden met veranderingen in cultuurparticipatie. Respondenten die meer gingen participeren, ervoeren een verbetering van hun gezondheid; respondenten die daarentegen een minder actieve levensstijl aannamen, hadden uiteindelijk een slechtere gezondheid. Wilkinson, Waters, Bygren en Tarlov (2007) tonen aan dat er verbanden bestaan tussen het aantal culturele activiteiten waarin respondenten participeren en hun zelfgerapporteerde gezondheid, na controle voor verscheidene demografische variabelen. Nummela, Sulander, Rahkonen en Uutela (2008) stuiten ook op positieve netto-effecten van cultuurparticipatie (frequentie dat respondenten naar kunsttentoonstellingen, optredens, theater en films gaan) op zelfgerapporteerde gezondheid. Dit verband was echter enkel bij vrouwen statistisch significant, maar het is niet duidelijk waarom dit zo is. Cohen et al. (2006) doen een quasi-experimentele studie met een vergelijkingsgroep bij ouderen. De deelnemers werden ad random in groepen verdeeld, waarna sommige van deze groepen werden uitgenodigd om mee te zingen in een koor. Na 12 maanden bleken de leden uit de interventiegroep beter te scoren op fysieke gezondheid, aantal bezoeken aan de huisarts, de hoeveelheid medicatie die ze gebruikten, en de rapportering van vallen en andere gezondheidsproblemen. Bygren et al. (2009a) wijzen in dezelfde lijn op het bestaan van verbanden tussen cultuurparticipatie en gezondheid in hun gerandomiseerde studie met controlegroep. Participanten uit de experimentele groep konden gedurende acht weken deelnemen aan één van de volgende activiteiten; film kijken, kunsttentoonstellingen bijwonen, optredens bezoeken of in een koor zingen. De vitaliteit en het sociaal functioneren van de deelnemers uit de experimentele groep veranderde statistisch significant in de positieve richting na een periode van acht weken, in vergelijking met de controlegroep. Konlaan et al. (2000) hebben eveneens een gerandomiseerde studie gedaan naar de gezondheidseffecten van culturele participatie, waarbij ze controleerden voor het effect van fysieke training. Zij concludeerden dat culturele participatie een onderscheiden impact heeft op gezondheid.

Grossi, Blessi, Sacco en Buscema (2011) wijzen in hun studie op het bestaan van een interactie-effect van fysiek welbevinden en cultuurparticipatie op mentaal welbevinden. In een andere studie deden Grossi et al. (2010) onderzoek naar de determinanten van welbevinden; cultuur – gemeten aan de hand van items in verband met cultuurparticipatie – kwam hier als derde belangrijkste uit de analyse, nog voor leeftijd, opleidingsniveau, gender en tewerkstelling. Grossi et al. (2013) hebben verder ook onderzocht of er genderverschillen zijn in de impact van culturele participatie op welbevinden. Zij concluderen dat culturele participatie vooral voor vrouwen van belang is als middel tot meer subjectief welbevinden. Dit heeft mogelijk te maken met de sociale context of sociale netwerken waarin cultuurparticipatie plaatsvindt; vrouwen zouden in meer heterogene netwerken participeren dan mannen, wat er op zijn beurt voor zorgt dat vrouwen meer toegang hebben tot allerlei informatie (dit is in lijn met de idee van sociaal kapitaal zoals we dit in paragraaf 2.1.2 beschreven). Michalos en Kahlke (2008) en Kim en Kim (2009) hebben de impact van respectievelijk kunstgerelateerde activiteiten en cultuurparticipatie op levenskwaliteit onderzocht. Beide studies rapporteren positieve effecten op levenskwaliteit.

De empirische studies uit de vorige alinea hebben elk de invloed van uithuizige culturele participatie op gezondheid bestudeerd. Er is echter een belangrijk nadeel verbonden aan een dergelijke operationalisering omdat het onduidelijk is of het positieve effect op gezondheid te wijten is aan de culturele aard van de activiteit of aan het feit dat men uithuizig is. Bygren et al. (2009a) argumenteren in dit verband dat het nuttig is om te onderzoeken in welke mate andere vormen van uithuizige participatie een invloed hebben op gezondheid. Een andere optie is om niet enkel indicatoren van culturele participatie op te nemen, maar ook variabelen in verband met andere aspecten van belichaamd cultureel kapitaal. Zo vinden Cuypers et al. (2011) dat zowel hun index voor receptieve als voor actieve cultuurparticipatie positief verbonden is aan uiteenlopende gezondheidsindicatoren (angst, depressie, levenstevredenheid en algemene gezondheid), na controle voor verschillende demografische variabelen. Ook Renton et al. (2012) hebben de impact van actieve en receptieve cultuurparticipatie op gezondheid onderzocht. Zij vonden positieve effecten van beide soorten participatie op gezondheidsgedragingen en mentaal welbevinden. Frie en Janssen (2009) hebben een exploratieve studie gedaan naar de verbanden tussen culturele leefstijl, sociale ongelijkheid en gezondheid. Hierbij hebben ze uiteenlopende determinanten van leefstijl, gezondheid en sociale positie in een driedimensionale ruimte uitgezet om de verbanden tussen de diverse concepten na te gaan. De culturele leefstijlvariabelen blijken samen te hangen met het fysieke functioneren en zelfgepercipieerde gezondheid. Verder wijst Pampel (2012) erop dat culturele participatie en smaken van belang zijn om verschillen in lichaamsgewicht te verklaren na controle voor socio-economische positie. Ook Windsor (2005) vindt verbanden tussen verschillende maten van geïnternaliseerd cultureel kapitaal en gezondheid na controle voor socio-demografische variabelen en de aanwezigheid van langdurige ziekte. Concreet nam Windsor (2005) maten op in verband met podiumkunsten, het luisteren naar muziek, het kijken naar tv, dansen en het bezoeken van andere culturele plekken zoals een bibliotheek. Elk van deze

activiteiten vertoonde een samenhang met gezondheid. Kamin et al. (2013) hebben op hun beurt maten voor geïnstitutionaliseerd, belichaamd en geobjectiveerd cultureel kapitaal opgenomen in hun studie naar gezondheidsverschillen. Voor elke vorm van cultureel kapitaal vinden zij statistisch significante gezondheidseffecten. Deze verschillen echter naar geslacht: bij vrouwen had elke vorm een positief gezondheidseffect; bij mannen was dit enkel zo voor een geaggregeerde maat. Kamin et al. (2013) stellen dat dit komt omdat vrouwen beter in staat zijn om culturele hulpbronnen om te buigen tot een gezondheidsvoordeel, maar ze gaan er niet dieper op in hoe dit komt of hoe dit in zijn werk zou gaan. Daarnaast zijn er ook studies waarin er geen samenhang werd gevonden. Zo heeft Michalos (2005) de impact van uiteenlopende vormen van actieve en receptieve kunstbeoefening op *quality of life* bestudeerd. Hij vond geen effect van kunstgerelateerde activiteiten op drie indicatoren van levenskwaliteit: tevredenheid, geluk en subjectief welbevinden.

Het overzicht in de voorbije paragrafen geeft aan dat er al heel wat empirische studies zijn gebeurd naar de invloed van cultureel kapitaal op gezondheid. Echter, vaak wordt hierbij gebruik gemaakt van relatief kleine samples en wordt de invloed van de andere vormen van kapitaal niet adequaat mee in rekening gebracht.

Om het verband tussen cultuurparticipatie en gezondheid te verklaren onderscheiden Bygren et al. (2009a) drie mogelijke verklaringen. Volgens het filosofische discours, ten eerste, zorgt de ervaring van cultuurparticipatie ervoor dat mensen hun situatie beter kunnen contextualiseren en accepteren. In deze strekking zorgt culturele participatie ervoor dat individuen een gevoel van homeostase met hun omgeving bereiken. De biologisch/psychologische benadering wijst, ten tweede, op effecten op het functioneren van de hersenen en het lichaam. Zo kan cultuurparticipatie een impact hebben op de structuur en het functioneren van de hersenen wat op zijn beurt de cognitieve reserve versterkt. Dit concept verwijst naar een buffer die in de hersenen van mensen wordt opgebouwd en hen beschermt tegen achteruitgang van het cognitief functioneren, bijvoorbeeld met het ouder worden (Stern, 2002). Verschillen in cognitieve reserve hebben daarnaast ook een impact op het functioneren van gezonde individuen (Stern, 2002). Bygren et al. (1996; 2009a) geven daarnaast nog aan dat cultuurparticipatie mogelijk een impact kan hebben op het immuunsysteem. De louter psychologische verklaringen focussen, ten derde, op veranderingen in psychologische capaciteiten ten gevolge van culturele participatie. Zo kan cultuurdeelname zorgen voor verbeterde capaciteiten om emoties te uiten en interpreteren. Daarnaast kan cultuurparticipatie leiden tot meer fantasie in een sociaal aanvaarde vorm of kan participatie ervoor zorgen dat stress vermindert. Barraket (2005), Hampshire en Matthijsse (2010) en Hyyppä (2010) suggereren nog een andere piste om de associatie tussen culturele participatie en gezondheid te verklaren. Zij wijzen erop dat het positieve effect van culturele participatie mogelijk ook verbonden is met meer sociaal kapitaal. Mensen die naar culturele activiteiten gaan, komen meer in contact met mensen waardoor ze meer sociaal kapitaal kunnen opbouwen. In die redenering is het dan eerder de hoeveelheid sociaal kapitaal die de associatie tussen cultuurparticipatie en

gezondheid verklaart. Een laatste mogelijke verklaring leunt nauwer aan bij het werk van Bourdieu. Culturele participatie kan immers als indicator van geïnternaliseerd cultureel kapitaal beschouwd worden. Op deze manier is culturele participatie een belangrijke drager van betekenis en vormt het een essentieel element van de sociale hiërarchie (Bögenhold, 2009; Carlisle et al., 2008; Elchardus, 2009; Veenstra, 2007). Cultureel kapitaal wijst dan op verschillen in sociale status, leefstijlen, vaardigheden, competenties en de toegang tot symbolische hulpbronnen – vergelijkbaar met Swidler's (1986) tool kit – die kunnen gebruikt worden om gezondheid te verbeteren: “A higher incorporated [cultural capital] can enable individuals to more effectively utilize the existing social structures in health-promoting ways” (Kamin et al., 2013).

2.1.4 Samengevat: Bourdieu's kapitaaltheorie

2.1.4.1 *Economisch, sociaal en cultureel kapitaal*

In de drie voorgaande paragrafen zijn we dieper ingegaan op de drie kapitaaltvormen die Bourdieu (1984; 1986) onderscheidt en de toepassing van elk van deze vormen in onderzoek naar gezondheid. Bourdieu (1986) wijst er echter op dat de drie kapitaaltvormen simultaan in rekening gebracht moeten worden om een adequaat beeld te krijgen van de sociale ruimte: “It is in fact impossible to account for the structure and functioning of the social world unless one reintroduces capital in all its forms and not solely in the one form recognized by economic theory” (Bourdieu, 1986, p.15). Hierbij benadrukt Bourdieu (1984) dat de hoeveelheid kapitaal en de compositie van de verschillende kapitaalsoorten meegenomen moeten worden om de sociale ruimte adequaat in kaart te brengen.

Daarnaast is ook de wisselwerking tussen de verschillende vormen van kapitaal een belangrijk aspect van zijn kapitaaltheorie (Bourdieu, 1986). Verschillende types van transmutaties kunnen onderscheiden worden: accumulatie, transmissie, conversie en afhankelijkheid of voorwaardelijkheid (Abel & Frohlich, 2012; Bourdieu, 1986). Veenstra (2009) heeft in dit verband onderzoek gedaan naar verschillende vormen van transmutaties van de kapitaaltvormen. Hij wijst erop dat de associaties tussen de verschillende kapitaaltvormen vaak niet eenvoudig te interpreteren zijn in termen van oorzaak en gevolg, maar dat de betekenis van een bepaalde kapitaaltvorm relatief is aan die van de andere vormen. Ook op het vlak van sociale ongelijkheid in gezondheid is het mogelijk dat zulke mechanismen een invloed hebben.

Enkele onderzoekers hebben simultaan maten van de drie kapitaalsoorten opgenomen in gezondheidsonderzoek. Veenstra (2007) heeft net als Bourdieu gebruik gemaakt van meervoudige correspondentie analyse om een sociale ruimte te construeren, waar hij vervolgens indicatoren van gezondheid in heeft geplot. Er blijkt een duidelijke samenhang te zijn tussen de plaats in de sociale ruimte en bepaalde gezondheidsindicatoren. Op vergelijkbare manier hebben Gattrell, Popay en Thomas (2004) Bourdieu's raamwerk gebruikt om verschillen in psychologische morbi-

diteit te onderzoeken. Zij concluderen dat de sociale ruimte een nuttig concept is in onderzoek naar ongelijkheid in gezondheid. Stephens (2008) heeft de verschillende kapitaalsoorten gebruikt in haar kwalitatief onderzoek naar de rol van sociaal kapitaal in buurten. Hierbij benadrukt ze dat het niet gepast is om één aspect uit Bourdieu's theorie te halen, maar dat het daarentegen nodig is om zijn ruimere theorie in rekening te brengen en bijgevolg alle kapitaalsoorten op te nemen. Grineski (2009) heeft een kwalitatieve studie gedaan naar het gebruik van economisch, cultureel en sociaal kapitaal bij de zorg van ouders met astmatische kinderen. Op deze manier wil ze meer inzicht krijgen in de processen die voor gezondheidsongelijkheid zorgen en op welke manier respectievelijk economisch, cultureel en sociaal kapitaal bepalen welke zorg ouders aan hun astmatische kinderen aanbieden. Elk van de kapitaaltvormen bleek een positieve impact te hebben op de zorg die ouders konden verlenen. Hampshire en Mathijse (2010) pasten Bourdieu's raamwerk toe om de resultaten te interpreteren van een kunstenproject als een interventie met een potentiële invloed op gezondheid. In het kader van deze interventie, lieten ze jongeren in een koor zingen. Dit bleek een bron van meer sociaal kapitaal te zijn, maar dit was enkel het geval voor jongeren uit families met veel economisch kapitaal en het relevante cultureel kapitaal. Jongeren uit meer gedepriveerde wijken, bleken veel minder het relevante culturele kapitaal te hebben wat het moeilijk maakte om hen te overtuigen. Eens ze overtuigd waren, bleek het programma ook voor hen een bron van sociaal kapitaal te zijn, maar hield het ook significante sociale risico's in; "the fear of friends finding out and branding them 'gay'" (p. 713). Veenstra en Patterson (2012) hebben, ten slotte, de invloed van de verschillende kapitaalsoorten op mortaliteit onderzocht. Voor elk van de kapitaalsoorten vinden ze een onafhankelijk effect op mortaliteit. Daarnaast hebben ze ook interactie-effecten opgenomen om de relatieve compositie van de kapitaalsoorten in rekening te brengen. De resultaten van de interactie-effecten zijn bijna allemaal niet-significant wat Veenstra en Patterson doet besluiten dat voornamelijk de hoeveelheid en niet de compositie van het kapitaal van belang is.

Bovenstaande studies wijzen erop dat de drie kapitaalsoorten elk verbonden kunnen zijn met gezondheid. Economisch en sociaal kapitaal zijn in dit verband al veelvuldig opgenomen in gezondheidsonderzoek. Cultureel kapitaal, daarentegen, wordt over het algemeen veel minder vaak gebruikt in gezondheidsonderzoek (Abel, 2008; Kamin et al., 2013; Khawaja & Mowafi, 2006) en in het bijzonder de vraag of culturele participatie als indicator van belichaamd cultureel kapitaal gerelateerd is aan gezondheid, is interessant.

2.1.4.2 Tekorten van Bourdieu's kapitaaltheorie

Er is in de afgelopen decennia ook kritiek geuit op Bourdieu's raamwerk. In deze paragraaf gaan we in op een aantal van deze kritieken die relevant zijn voor de studie van gezondheid. Een eerste beperking van zijn werk is dat hij bepaalde concepten niet duidelijk heeft geoperationaliseerd. Crossley (2008) en Savage et al. (2005) geven bijvoorbeeld aan dat Bourdieu nooit een uit-

gesproken klassenanalyse heeft gedaan, waardoor zijn benadering van sociale klasse altijd tot op zekere hoogte impliciet bleef. In dezelfde lijn argumenteert Song (2013) dat Bourdieu nooit heeft aangegeven hoe men sociaal kapitaal best kan meten. Lamont en Lareau (1988) wijzen er op hun beurt op dat Bourdieu nooit heeft geëxpliciteerd wat de essentie van cultureel kapitaal is en Hyypä (2010) geeft aan dat ook de operationalisering van cultureel kapitaal in gezondheidsonderzoek niet eenvoudig is. Om aan deze beperking tegemoet te komen, hebben we in onze literatuurstudie uitgebreid stilgestaan bij de empirische vertaling van Bourdieu's werk in gezondheidsstudies om op basis hiervan beargumenteerde keuzes te kunnen maken in het empirische luik. Een tweede discussiepunt in Bourdieu zijn werk heeft betrekking op het belang van respectievelijk structuur en *agency* in het verklaren van menselijk gedrag. Bourdieu (1984; 1986) wilde met het habitusconcept de dichotomie tussen structuur en *agency* overstijgen; hij stelt zo dat mensen hun concrete habitus gevormd wordt door objectieve levensomstandigheden die tot op grote hoogte gelijk zijn binnen klassen (structuur), maar dat deze habitus enkel limieten oplegt aan individuen waarbinnen ze hun gedrag kunnen vormgeven (*agency*). Alexander (1995) argumenteert echter dat de mate waarin Bourdieu's theorie individuele autonomie toelaat beperkt is; volgens hem is het habitusconcept "a Trojan horse for determinism" (p. 136). Ook Williams (1995) en Williams (2003) geven aan dat de habitus slechts zeer weinig *agency* toelaat. Andere auteurs (Abel & Frohlich, 2012; Cockerham, 2000; Cockerham et al., 1997; Singh-Manoux & Marmot, 2005) benadrukken daarentegen dat Bourdieu een duidelijke voorkeur heeft voor het belang van structuur, maar dat hij daarnaast ook voldoende aandacht besteedt aan *agency*. Wel beklemtonen Abel en Frohlich (2012) dat het habitusconcept niet toelaat om de vormen van *agency* die bijdragen tot sociale verandering adequaat te verklaren. Habitus blijft een fel bediscussieerd concept van Bourdieu's theorie (zie Jenkins, 1992 voor een uitgebreide kritische beschouwing van de definiëring en grondslagen van het concept). We besluiten met de volgende bemerkingen over het habitusconcept: Maton (2008) wijst erop dat habitus het meest geciteerde concept van Bourdieu is, maar dat het tegelijkertijd ook het vaakst is misbegrepen, misbruikt en gecontesteerd. Hij argumenteert verder dat er nog veel werk moet gebeuren met betrekking tot het concept en de empirische inbedding ervan, maar dat het desondanks een waardevol concept is door de specifieke manier van denken die het aanreikt. In de gezondheidssociologie lijkt er eveneens consensus te zijn dat de habitus een interessant concept is om te interpreteren hoe gezondheidsrelevante gedragingen, attitudes en kennis tot stand komen en verbonden zijn aan sociale verschillen (Cockerham, 2013; Frohlich et al., 2001; Williams, 1995). Deze eigenschap is ook naar onze mening één van de meest interessante karakteristieken van het habitusconcept omdat het wijst op de diepgeworteldheid van sociale ongelijkheid.

Er zijn nog meer kritieken geformuleerd op Bourdieu's werk dan diegene die we in deze sectie hebben vermeld. Er is bijvoorbeeld discussie over de mate waarin zijn empirische resultaten nog toepasbaar zijn in de huidige context. Peterson (1992) wijst er zo op dat het onderscheid highbrow versus lowbrow minder belangrijk wordt, maar dat daarentegen de mate van omnivo-

riteit van groter belang is om sociale groepen te onderscheiden in de hedendaagse samenleving. Aangezien deze discussie vooral relevant is voor cultuursociologisch onderzoek en minder relevant is voor gezondheidsstudies gaan we er hier niet op in.

2.2 Sociale ongelijkheid in seksuele gezondheid

Zoals we in de voorgaande paragrafen hebben aangegeven, is er een uitgebreide literatuur over sociale ongelijkheid in gezondheid. Met betrekking tot seksuele gezondheid is hier echter veel minder over geweten. Christensen et al. (2011) wijzen er bijvoorbeeld op dat het niet duidelijk is in welke mate er een sociale gradiënt is met betrekking tot seksuele gezondheid. Een mogelijke verklaring voor de beperkte hoeveelheid onderzoek naar sociale ongelijkheid in seksuele gezondheid is de ondervertegenwoordiging van sociologische studies in onderzoek naar seksualiteit (Ehrmann, 1963; Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994; Weinberg, Lottes & Gordon, 1997). Om aan deze lacune tegemoet te komen, focussen we in dit proefschrift op de associatie van sociale positie met seksuele gezondheid.

Zoals Edwards en Coleman (2004) aangeven, is ons begrip van seksuele gezondheid in de afgelopen decennia sterk geëvolueerd. Ook op het vlak van de definiëring is er veel veranderd sinds de eerste vermeldingen in de jaren 70. De meest recente definitie is die van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO);

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled (WHO Department of Reproductive Health and Research, 2006, p. 5).

Zoals Ruiz-Muñoz et al. (2013) aangeven, is er ook over deze definitie van seksuele gezondheid veel discussie. Lottes (2000) vult hierbij aan dat er geen consensus is over welke dimensies nu onder het concept vallen en welke niet. Coleman (2011) argumenteert in dit verband dat seksuele gezondheid een construct is waarvan de definitie afhangt van het sociaal klimaat waarin men op dat moment leeft. Dit kan mogelijk verklaren waarom er zoveel discussie over de definitie blijft bestaan. Ook op het vlak van onderzoek is er onduidelijkheid. Lottes (2000) wijst erop dat het niet duidelijk is welke dimensies best gemeten worden, wat nog bemoeilijkt wordt door de multi-dimensionaliteit van het concept.

In de vorige paragraaf wezen we er dus op dat er geen consensus is over de definitie en operationalisering van het begrip seksuele gezondheid. Vanuit deze optiek focussen we in dit proefschrift op twee concrete indicatoren waarvan de eerste zeer algemeen is terwijl de tweede meer specifiek is. Ten eerste gaan we in op sociale verschillen op het vlak van seksueel welbevinden. Seksueel welbevinden is immers een zeer algemene maat over individuen hun perceptie van hun seksualiteit. Daarnaast hebben veel studies naar algemeen welbevinden al aangetoond dat er sterke sociale ongelijkheid bestaat (e.g. Carlisle et al. 2008; Marmot et al. 1997; Stansfeld et al., 1998), maar is het onduidelijk in welke mate dit het geval is voor seksueel welbevinden.

Ten tweede focussen we op seksuele responsiviteit, wat we nagaan aan de hand van het tweevoudige controlemodel voor seksuele respons (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). In dit model wordt seksuele responsiviteit geconceptualiseerd als resulterende uit de balans tussen seksuele excitatie en inhibitie. Het bestuderen van deze concepten laat toe om een inzicht te krijgen in de onderliggende mechanismen van heel wat seksuele gezondheidsuitkomsten. Aangezien het tweevoudige controlemodel pas op het einde van de 20^e eeuw werd ontworpen, zijn er nog veel vragen hieromtrent. Zo is het onduidelijk welke factoren bijdragen tot de verklaring van variatie in seksuele excitatie en inhibitie. In dit proefschrift gaan we op deze lacune in door te focussen op sociale verschillen in seksuele responsiviteit. Bourdieu's (1984; 1986) theorie is bij uitstek geschikt voor deze onderzoeksvraag omdat hij aantoonde op welke manier culturele smaken en participatie sociaal gestructureerd zijn. Zoals we in sectie 2.1 aangaven, wees Bourdieu erop dat mensen uit verschillende sociale groepen zeer uiteenlopend gesocialiseerd worden wat ook tot uiting komt in de leefstijl die ze aannemen. Mensen uit verschillende sociale groepen hebben bijgevolg zeer verschillende smaakvoorkeuren en evalueren uiteenlopende prikkels op een andere manier. In lijn hiermee kunnen we verwachten dat ook de prikkels die men als seksueel opwindend of net remmend ervaart sociaal gestructureerd zijn.

In de volgende paragrafen gaan we dieper in op de definiëring van respectievelijk seksueel welbevinden en seksuele responsiviteit. De bespreking over seksuele responsiviteit is een stuk uitgebreider dan die van seksueel welbevinden. Immers, gezien dat een sociologisch doelpubliek minder vertrouwd is met het theoretisch model dat we hiervoor gebruiken, hebben we dit uitvoerig uit de doeken gedaan.

2.2.1 Sociale ongelijkheid in seksueel welbevinden

Het concept seksueel welbevinden verwijst naar de cognitieve en emotionele evaluatie van iemand zijn/haar seksualiteit (Laumann et al. 2006; Öberg et al., 2002) of zoals Træen en Schaller (2010) het stellen “the extent to which the individual's sexual expectations are fulfilled, as well as a balance between the rewarding and problematic sexual issues in one's sexual life” (p. 192). Sinds het begin van de 21^{ste} eeuw is er steeds meer aandacht gekomen voor de studie van subjectief seksueel welbevinden. Rosen et al. (2009) wijzen erop dat studies over seksueel welbevinden een nuttige aanvulling vormen op de uitgebreide literatuur over negatieve aspecten rond seksualiteit (bijvoorbeeld seksuele disfuncties, (on)veilig vrijen of grensoverschrijdend gedrag) omdat seksualiteit dan vanuit een meer positief standpunt wordt belicht. Studies over seksueel welbevinden laten zo toe om de kritiek van Johnson, Mercer en Cassell (2006) te counteren dat het meeste onderzoek over “sexual health focuses on sexual *ill health*” (p. 322). Kingsberg (2008) plaatst echter een belangrijke kanttekening bij onderzoek naar seksueel welbevinden door erop te wijzen dat studies over seksueel welbevinden het onderzoek naar seksuele disfuncties niet kunnen en

mogen vervangen. Kingsberg (2008) lijkt vooral te vrezen dat studies naar seksueel welbevinden onderzoeksmiddelen innemen, die anders gebruikt zouden kunnen worden voor studies naar seksuele disfuncties. Zoals Davison, Bell, LaChina, Holden en Davis (2009) aangeven, is het echter niet nodig om een dergelijk zwart-wit onderscheid te maken, maar kunnen studies uit beide stromingen elkaar ook aanvullen. Zo kan seksueel welbevinden een interessante indicator zijn om de effectiviteit na te gaan van behandelingen om hypoactief seksueel verlangen (HSDD) aan te pakken (Davison et al., 2009).

Er lijkt in de literatuur consensus te zijn over de definitie van seksueel welbevinden zoals die door Laumann et al. (2006) en Öberg et al. (2002) werd geformuleerd. Over de operationalisering van seksueel welbevinden is er echter meer discussie (Laumann et al. 2006). Muise, Preyde, Maitland en Milhausen (2010) argumenteren zo dat “despite the multidimensional approach used to study general well-being, a multi-faceted model of sexual well-being does not exist. Sexual well-being has generally been thought of as one’s level of satisfaction with their sex life” (p. 917). Laumann et al. (2006) rechtvaardigen een dergelijke focus op maten over tevredenheid, door te stellen dat dergelijke maten altijd centraal staan in de studie van welbevinden. Hooghe (2012) geeft verder aan dat een maat over seksuele tevredenheid een goede afspiegeling vormt van de subdimensies van het concept seksueel welbevinden. Vanuit deze optiek vormt tevredenheid een essentieel onderdeel van seksueel welbevinden. Træen & Schaller (2010) wijzen er verder op dat er al veel meer onderzoek gedaan is dat focust op seksuele tevredenheid zonder referentie naar seksueel welbevinden. Echter, het is belangrijk om in het achterhoofd te houden dat het concept seksueel welbevinden breder is dan enkel seksuele satisfactie.

Het onderscheid tussen seksueel welbevinden en seksuele tevredenheid is ook in de volgende twee paragrafen van belang. Hier geven we een overzicht van de literatuur over sociale verschillen in deze indicatoren. In de eerste paragraaf focussen we op studies naar seksueel welbevinden. In de tweede paragraaf geven we een overzicht van studies naar seksuele tevredenheid. Zoals Træen & Schaller (2010) aangeven, is er immers al veel meer onderzoek gedaan naar dit laatste concept en kan dit ook als een belangrijke indicator van seksueel welbevinden beschouwd worden (Hooghe, 2012; Laumann et al., 2006; Muise et al., 2010; Öberg et al. 2002).

Er is zeer weinig onderzoek gedaan naar sociale ongelijkheid in seksueel welbevinden en slechts enkele studies hebben indicatoren van sociale positie opgenomen. Laumann et al. (2006) hebben bijvoorbeeld maten van opleidingsniveau en tewerkstelling opgenomen, maar de resultaten waren niet eenduidig. Voor sommige indicatoren van seksueel welbevinden vonden zij een effect van (één van) deze variabelen, voor andere niet. Bancroft, Long en McCabe (2011) hebben de variabelen inkomen en opleidingsniveau opgenomen in hun studie naar seksueel welbevinden. Zij concluderen dat opleiding niet samenhangt met welbevinden, terwijl er een duidelijke samenhang is met inkomen. Træen en Schaller (2010) vonden eveneens geen verband tussen opleidingsniveau en seksueel welbevinden.

In deze alinea gaan we dieper in op de associatie van seksuele tevredenheid met sociale positie. Barrientos en Páez (2006) besluiten dat zowel opleidingsniveau als socio-economische positie positief verbonden is met seksuele tevredenheid. Het verband met socio-economische positie is echter enkel bij vrouwen statistisch significant. Volgens de auteurs wijst dit geslachtsverschil erop dat een slechte socio-economische positie bij vrouwen gepaard gaat met deprivatie op verschillende vlakken (economisch, cultureel, ...), terwijl dit bij mannen minder het geval is. Dit kan de verschillen in impact op seksuele tevredenheid verklaren. Fahs en Swank (2011) vinden een positieve associatie met opleidingsniveau. In dezelfde lijn concluderen Ruiz-Muñoz et al. (2013) dat er een positieve samenhang is tussen opleiding en seksuele tevredenheid die echter alleen bij vrouwen statistisch significant is. Zij verklaren dit geslachtsverschil door te verwijzen naar verschillen in attitudes, maar gaan hier niet verder op in. In dezelfde lijn vinden Castellanos-Torres, Álvarez-Dardet, Ruiz-Muñoz en Pérez (2013) dat sociale klasse positief samenhangt met seksuele tevredenheid bij vrouwen, maar niet bij mannen. Het is echter onduidelijk hoe dit geslachtsverschil verklaard kan worden. Pronier en Monk-Turner (2013) vinden in hun studie bij vrouwen geen verband tussen opleidingsniveau en tevredenheid en Kim en Jeon (2013) concluderen dat opleiding en inkomen niet gerelateerd zijn aan seksuele satisfactie.

De belangrijkste conclusie die we op basis van bovenstaand overzicht kunnen trekken is dat er geen eenduidig beeld komt uit het empirisch onderzoek naar de associatie van sociale positie met seksueel welbevinden. Dit staat in schril contrast met studies over meer algemene maten van welbevinden waarin doorgaans een positief verband wordt gevonden tussen sociale positie en welbevinden (e.g. Carlisle et al. 2008; Marmot et al., 1997; Stansfeld et al., 1998; Whitehead, 1992). Deze onduidelijkheid is mogelijk te wijten aan de beperkte hoeveelheid studies naar sociale ongelijkheid in seksueel welbevinden en de ruwe operationalisering van sociale positie in de bestaande studies. Higgins en Browne (2008) argumenteren in lijn hiermee dat het concept sociale positie “has been oversimplified in public health research on sexuality” (p. 233). In dit verband wijzen Higgins en Browne (2008) op het nut van Bourdieu’s kapitaaltheorie in onderzoek over seksualiteit: “We and others (Skeggs, 1997) argue that these latter cultural and psychological dimensions of social class may be equally if not more important in shaping sexual behavior than income and education” (p. 235). Higgins en Browne hebben zelf een kwalitatieve studie gedaan naar de sociale dynamiek van risicogedrag. Hun resultaten wijzen erop dat cultureel kapitaal een nuttige aanvulling is op economische kapitaal om te begrijpen hoe mensen hun seksuele noden, hun *sex drive* en het weigeren van seks percipiëren. Zij besluiten dat cultureel kapitaal en het wereldbeeld dat daarmee samengaat een belangrijke beschermende factor kan zijn voor negatieve seksuele gezondheidssuitkomsten.

2.2.2 Verschillen in seksuele responsiviteit

Naast seksueel welbevinden bestuderen we in dit proefschrift ook sociale verschillen in seksuele responsiviteit (i.e. de capaciteit tot het stellen van een seksuele respons). Zoals Janssen en Bancroft (2007) argumenteren, werd seksuele responsiviteit tot in de jaren 90 hoofdzakelijk benaderd vanuit seksuele opwinding. Een seksuele respons vindt dan plaats als er voldoende opwinding is en er geen afleidende prikkels aanwezig zijn. Vanaf de jaren 90 kwam er echter ook steeds meer aandacht voor een andere component, namelijk seksuele inhibitie (e.g. Bancroft, 1999)⁸. Onderzoekers aan het Kinsey-instituut hebben het tweevoudige controlemodel van seksuele respons ontworpen om rekening te kunnen houden met zowel seksuele excitatie als inhibitie (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). Dit theoretisch model laat toe om “individuele variabiliteit in seksuele responsiviteit op zo een manier te conceptualiseren dat het systematisch gemeten kan worden bij mannen en vrouwen” (Bancroft, Graham, Janssen & Sanders, 2009, p. 121, eigen vertaling). In deze hoedanigheid is het model veelvuldig gebruikt om functioneel en disfunctioneel seksueel gedrag te bestuderen.

In lijn met het tweevoudige controlemodel voor seksuele respons is de balans tussen twee mechanismen van cruciaal belang om te begrijpen hoe mensen seksueel reageren op een bepaalde prikkel (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). Seksuele excitatie of opwindbaarheid verwijst, ten eerste, naar het niveau van seksuele activering dat een individu ervaart in respons tot een bepaalde (seksuele) prikkel. Seksuele inhibitie, ten tweede, refereert aan de neiging om seksuele opwinding af te remmen. Seksuele inhibitie kan beschouwd worden als een adaptieve eigenschap omdat niet-seksueel reageren voordeliger is in bepaalde situaties. Bancroft (1999) onderscheidt voor mannen vijf van dergelijke situaties: (1) als seksuele interactie gevaarlijk kan zijn (door bijvoorbeeld fysieke dreiging van een andere man of een hoger risico om besmet te worden met een seksueel overdraagbare infectie), (2) als een niet-seksuele uitdaging zich voordoet waarbij het noodzakelijk is om seksuele opwinding te onderdrukken om de uitdaging het hoofd te kunnen bieden, (3) als overdadige seksuele interactie ervoor zorgt dat men zich niet meer voldoende kan focussen op andere essentiële functies, (4) wanneer sociale en omgevingsfactoren ervoor zorgen dat men reproductief gedrag best onderdrukt om de bevolkingsdichtheid te verminderen, (5) als excessieve ejaculatie ervoor zorgt dat de vruchtbaarheid afneemt. Bancroft et al. (2009) wijzen er in dit verband op dat de vierde situatie niet van toepassing is bij mensen en dat de eerste drie functies ook van toepassing zijn op vrouwen.

Het tweevoudige controlemodel voor seksuele respons is een *state-trait* model (Janssen & Bancroft, 2007). De *trait*-dimensie verwijst ernaar dat deze eigenschappen stabiel zijn over tijd.

⁸ Zoals Cliquet (2010) aangeeft, houdt dit ook vanuit een evolutionair standpunt steek: hij wijst erop dat doorheen de evolutie, seksueel gedrag steeds minder door hormonen en diepere delen van het brein gestuurd wordt. Dit resulteert in een verandering van instinctief gedrag naar gedragspatronen die meer gevoelig zijn voor leren en bewuste mentale processen. De moderne mens is daarom meer gevoelig voor seksuele activering, maar ook voor inhibitie.

Echter, in bepaalde situaties kan het niveau dat mensen voor deze eigenschappen halen, afwijken van de normale, stabiele toestand (*state*). Een voorbeeld is nuttig om dit principe te verduidelijken: een persoon kan een hoog niveau van seksuele excitatie als persoonlijkheidskenmerk hebben. Als deze persoon echter zwaar ziek is, of net verlaten is door zijn/haar partner, zou men kunnen verwachten dat deze persoon minder hoog scoort voor seksuele excitatie. In deze situatie wijkt de score op seksuele excitatie dus af van de *trait*-score van die persoon. In meer algemene termen kan de gemiddelde score doorheen iemands leven beschouwd worden als zijn/haar *trait*-score (Hamaker, Nesselroade & Molenaar, 2007). Dit wil echter niet zeggen dat *traits* stabiel blijven doorheen het leven. Hamaker et al. (2007) onderscheiden in dit verband twee vormen van variatie doorheen de tijd. De eerste vorm van variatie heeft betrekking op *trait*-verandering wat verwijst naar langzame veranderingen van de stabiele kenmerken ten gevolge van maturatie, leren of progressieve, fysiologische problemen. *State*-variatie heeft dan, ten tweede, betrekking op plotse variatie ten gevolge van bepaalde factoren of situaties, zoals acute ziekte of verlies van een partner. Janssen en Bancroft (2007) geven aan dat onderzoekers er hoofdzakelijk van uit gaan dat seksuele excitatie en inhibitie stabiele persoonlijkheidskenmerken zijn. Echter, de *state*-component speelt waarschijnlijk ook een rol. In deze context wijzen Bancroft et al. (2005) en Sanders et al. (2008) erop dat het niet duidelijk is in welke mate vragenlijsten van seksuele excitatie en inhibitie de *trait*- en de *state*-dimensie van seksuele excitatie en inhibitie meten: “Are we assessing individual differences relevant to vulnerability to sexual problems (‘trait’) or the outcome of an existing sexual problem (‘state’)?” (Sanders et al., 2008, p. 250). Hamaker et al. (2007) wijzen er meer algemeen op dat deze dimensies zeer moeilijk uit elkaar te halen zijn in psychologische metingen.

2.2.2.1 Meten van seksuele excitatie en inhibitie en verdeling van de scores

Met betrekking tot het meten van individuen hun neiging tot seksuele excitatie en inhibitie zijn er verschillende vragenlijsten ontwikkeld. Janssen, Vorst, Finn en Bancroft (2002a, 2002b) hebben de Seksuele Inhibitie- en Seksuele Excitatie-schalen (SIS/SES) ontworpen om seksuele excitatie en inhibitie te meten bij mannen. Deze vragenlijst geeft aan dat zowel seksuele excitatie als inhibitie multidimensionale concepten zijn: ze onderscheiden vier excitatie- en zes inhibitie-subschalen die kunnen teruggebracht worden tot een driefactor oplossing met één excitatie- en twee inhibitiecomponenten. Carpenter, Janssen, Graham, Vorst en Wicherts (2008) hebben de SIS/SES vragenlijst aangepast opdat deze ook bij vrouwen bevroegd kon worden en zij vonden een vergelijkbare 10-in-3 factorstructuur. Graham, Sanders en Milhausen (2006) argumenteerden dat de SIS/SES niet voldoende is aangepast voor vrouwen. Zij wijzen erop dat de tendens tot inhibitie vroeger tot uiting komt bij vrouwen en dat deze ook sterker ontwikkeld is bij vrouwen. Daarnaast suggereren ze dat vrouwen andere redenen hebben dan mannen om seksuele opwindning af te remmen. Om deze redenen hebben zij een nieuwe vragenlijst ontworpen om seksuele inhibitie en excitatie te meten bij vrouwen, de Seksuele Excitatie/Seksuele Inhibitie Vragenlijst

voor Vrouwen (SESII-W). Ze onderscheiden hier acht subschalen die terug te brengen zijn op twee ruimere subschalen: één voor excitatie en één voor inhibitie. Milhausen, Graham, Sanders, Yarber en Maitland (2010) hebben deze vragenlijst gevalideerd opdat deze bruikbaar is voor zowel mannen als vrouwen (SESII-W/M).

Carpenter, Janssen, Graham, Vorst, en Wicherts (2006, 2011) hebben een verkorte versie van de SIS/SES (SIS/SES-SF) ontwikkeld. Hiervoor namen ze de driefactor oplossing van de SIS/SES als startpunt en hebben ze de originele vragenlijst vervolgens ingekort op zo een manier dat excitatie en inhibitie even goed gemeten werden voor mannen en vrouwen (Carpenter et al., 2006). In deze driefactor oplossing is er één excitatie- en twee inhibitiecomponenten. De eerste vorm van inhibitie (SIS1) heeft betrekking op remming van seksuele opwinding door de vrees om niet adequaat seksueel te kunnen presteren wat Van Lankveld, Duits, Oirschot en van Oostenbrugge (2011) interpreteren als faalangst met betrekking tot het seksueel functioneren. Een voorbeeld hiervan is dat een man zijn opwinding onderdrukt omdat hij vreest dat hij zijn erectie niet zal kunnen behouden terwijl hij seks heeft. Deze vorm van inhibitie lijkt minder gebonden te zijn aan concrete stimuli of situaties, maar heeft daarentegen eerder betrekking op iemands algemene seksuele performantie (Janssen & Bancroft, 2007). Bancroft en Janssen (2000) wijzen er in deze context op dat deze inhibitiecomponent best gezien kan worden als individuen hun *inhibitory tone* wat verwijst naar “the level of inhibition that the system is set at when not actively responding to a sexual stimulus or an external sexual threat” (p. 573). Deze inhibitiecomponent is dus een vorm van basisinhibitie die aanwezig is in elke seksuele situatie, en die gereduceerd of overwonnen moet worden door de seksuele opwinding voordat een seksuele respons gegeven kan worden. De tweede vorm van inhibitie (SIS2) omvat remming door de dreiging van externe factoren of negatieve gevolgen. Dit kan bijvoorbeeld door de vrees om betrappt te worden terwijl men seks heeft.

Bancroft et al. (2009) wijzen erop dat verschillende studies hebben aangegeven dat seksuele excitatie en inhibitie eigenschappen zijn die normaal verdeeld zijn in de populatie. Janssen et al. (2002a) rapporteren zo dat de scores op de subschalen van de SIS/SES normaal verdeeld zijn bij mannen. Graham et al. (2006) vinden op hun beurt dat de twee subschalen van de SESII-W normaal verdeeld zijn bij vrouwen. Bancroft et al. (2009) tonen de verdelingen van de SIS/SES scores bij mannen en vrouwen uit de studie van Carpenter et al. (2008): de drie subschalen zijn normaal verdeeld bij mannen en vrouwen. Dat seksuele excitatie en inhibitie normaal verdeeld zijn, wijst op twee zaken (Bancroft et al., 2009; Graham et al. 2006; Janssen et al., 2002a). Ten eerste, geeft dit aan dat de vragenlijsten over seksuele inhibitie en excitatie, eigenschappen meten die variëren in een populatie. Ten tweede kan de normaalverdeling gebruikt worden om onderscheid te maken tussen adaptieve scores die samen clusteren rond het gemiddelde, en potentieel problematische scores aan de extremen van de verdeling. Hierbij is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat seksuele inhibitie een adaptieve eigenschap is, maar dat te hoge of te lage inhibitie een risicofactor kan zijn voor het ervaren van seksuele disfuncties (Sanders et al., 2008).

Een belangrijke limitatie is dat de meeste studies over seksuele excitatie en inhibitie gebruik maakten van *convenience* samples. Bancroft et al. (2009) wijzen er in dit verband op dat slechts één representatieve studie bekend is die maten van excitatie en inhibitie heeft opgenomen, namelijk de studie van Varjonen et al. (2007). Een belangrijke kanttekening hierbij is dat dit een tweelingenstudie was waarbij enkel mannen waren opgenomen. Tot op heden is het dus nog onduidelijk in welke mate seksuele excitatie en inhibitie normaal verdeeld zijn in de algemene populatie.

2.2.2.2 Correlaten van seksuele inhibitie en excitatie

Aangezien het tweevoudige controlemodel voor seksuele respons pas recent ontwikkeld werd, is het nog onduidelijk wat de oorsprong van verschillen in excitatie en inhibitie is: “whether such variability derives from earlier learning, genetic determinants or a combination of the two must remain unanswered for the time being” (Bancroft & Janssen, 2000, p. 574). Vanuit deze optiek, gaan we in dit proefschrift dieper in op factoren die correleren met verschillen in seksuele excitatie en inhibitie. Immers, een beter inzicht in de oorsprong van variatie in excitatie en inhibitie kan van belang zijn om functioneel en vooral disfunctioneel seksueel handelen beter te kaderen en eventueel te beïnvloeden. Laan en Rellini (2011) geven zo bijvoorbeeld aan dat meer onderzoek gedaan moet worden naar correlaten van seksuele inhibitie om zo tot evidencebased behandelingen van seksuele disfuncties te komen.

Onderzoek met als doel om correlaten van seksuele excitatie en inhibitie te bestuderen is schaars. Één van de enige uitzonderingen hierop is de tweelingenstudie van Varjonen et al. (2007). Interessant aan tweelingenstudies is dat deze toelaten om na te gaan in welke mate genetische en (gedeelde en niet-gedeelde) omgevingsfactoren een invloed hebben op bepaalde variabelen. Varjonen et al. (2007) geven zo bijvoorbeeld aan dat variatie in seksuele excitatie voor 66 procent te wijten is aan niet-gedeelde omgevingsfactoren, voor 32 procent aan gedeelde omgevingsfactoren en voor 3 procent aan genetische factoren. Voor seksuele inhibitie ten gevolge van faalangst (SIS1), is 65 procent van de variatie te verklaren door niet-gedeelde omgevingsfactoren, 2 procent door gedeelde omgevingsfactoren en 33 procent door genetische factoren. Bij seksuele inhibitie ten gevolge van de dreiging van negatieve gevolgen (SIS2) is dit 63 procent voor niet-gedeelde omgevingsfactoren, 15 procent voor gedeelde omgevingsfactoren en 21 procent voor genetische factoren. Varjonen et al. (2007) concluderen dat omgevingsfactoren, en in het bijzonder niet-gedeelde omgevingsfactoren, het belangrijkste zijn om variatie in seksuele excitatie en inhibitie te verklaren. Een nadeel van Varjonen et al.’s (2007) studie is dat deze geen indicaties geeft over welke specifieke factoren verantwoordelijk zijn voor variatie in excitatie en inhibitie.

In het vervolg van deze sectie geven we een overzicht van enkele belangrijke correlaten van seksuele excitatie en inhibitie om zo een initieel inzicht te krijgen in de oorsprong van variabiliteit in excitatie en inhibitie. Gezien de beperkte hoeveelheid onderzoek die hierover bestaat, hebben we ook literatuur over seksuele opwinding en seksueel verlangen bestudeerd. Janssen (2011) wijst

er immers op dat seksueel verlangen en seksuele opwinding twee concepten zijn die nauw met elkaar verbonden zijn. Beck, Bozman en Qualtrough (1991) gaan zelfs nog een stapje verder; zij vonden in hun studie dat respondenten weinig onderscheid maken tussen seksueel verlangen en seksuele opwinding, wat hen deed concluderen dat dit mogelijk twee facetten zijn van de ontwikkeling van seksuele respons. Vanuit deze optiek kunnen we ervan uit gaan dat studies over seksuele opwinding en seksueel verlangen ons indicaties kunnen geven over mogelijke determinanten van seksuele excitatie en inhibitie.

Een eerste correlaat van seksuele excitatie en inhibitie is leeftijd. Zo concluderen Janssen et al. (2002a) in de validatiestudie van de SIS/SES bij mannen dat leeftijd negatief gecorreleerd is met excitatie en positief met inhibitie ten gevolge van faalangst (SIS1). Bancroft et al. (2005) hebben een studie gedaan over seksuele disfuncties bij mannen waarbij ze een klinische en een niet-klinische sample gebruikten. In zowel de klinische als de niet-klinische sample was leeftijd negatief verbonden met seksuele excitatie. Voor seksuele inhibitie ten gevolge van faalangst (SIS1) vonden zij in beide samples een positief verband. Seksuele inhibitie ten gevolge van angst voor negatieve gevolgen (SIS2) was enkel in de niet-klinische steekproef positief verbonden met leeftijd. Graham et al. (2006) hebben, ten slotte, bij vrouwen een negatieve associatie gevonden tussen leeftijd en seksuele excitatie terwijl er geen verband was met seksuele inhibitie.

Ten tweede, heeft onderzoek aangetoond dat er aanzienlijke geslachtsverschillen zijn in seksuele excitatie en inhibitie. Carpenter et al. (2008) en Milhausen et al. (2010) besluiten dat mannen hoger scoren op seksuele excitatie en lager op seksuele inhibitie in vergelijking met vrouwen. Bjorklund en Kipp (1996) hebben een evolutionair perspectief geformuleerd dat een interessante verklaring biedt voor het bestaan van geslachtsverschillen in seksuele inhibitie, en bij uitbreiding ook seksuele excitatie. Het vertrekpunt van dit perspectief is dat sociaal gedrag een belangrijke adaptieve functie had in hominide groepen omdat dit voordelig was voor onder andere de voortplanting, bescherming tegen aanvallen en het verzekeren van de voedselvoorziening (Cliquet, 2010). Bjorklund en Kipp (1996) wijzen er in dit verband op dat de capaciteit tot inhibitie van seksuele en agressieve gedragingen steeds belangrijker werd naarmate dat hominide groepen complexer en meer hiërarchisch werden. Op deze manier kon men conflict en de mogelijkheid tot conflict immers verkleinen. Om geslachtsverschillen in seksuele inhibitie en excitatie te duiden, hebben Bjorklund en Kipp (1996) Trivers (1972) zijn theorie over ouderlijke investering toegepast⁹.

Een centraal aspect van Trivers' (1972) theorie is de stelling dat er geslachtsverschillen bestaan in ouderlijke investering. Het begrip ouderlijke investering verwijst naar investeringen in

⁹ Interessant is dat deze theorie toelaat om een belangrijke hiaat in Darwin's evolutietheorie te verklaren (Buss, 1994). Darwin onderscheidt twee mechanismen binnen seksuele selectie: intraseksuele competitie wat zich volgens hem vooral uit in een strijd onder mannen voor de toegang tot beschikbare vrouwen en interseksuele selectie wat volgens Darwin vooral selectie van mannelijke partners door vrouwen was. Darwin kon echter niet verklaren waarom mannen en vrouwen elk die specifieke strategie toepasten (Buss, 1994). Trivers zijn theorie biedt een nuttige aanvulling om aan deze beperking van Darwin's theorie tegemoet te komen.

het nageslacht die enerzijds de kans op overleven van de nakomelingen vergroten, maar anderzijds de capaciteit van ouders inperken om in andere nakomelingen te investeren. Trivers (1972) stelt dat geslachtsverschillen in ouderlijke investering in de prehistorie konden verklaren welke reproductiestrategie vrouwen en mannen respectievelijk toepasten. Vrouwen hebben maar een beperkt aantal gameten en kunnen doorheen hun leven maximum een 25-tal nakomelingen baren (Bjorklund & Kipp, 1996). Daarbij gaat een zwangerschap voor vrouwen gepaard met een draagtijd van negen maanden, gevolgd door een periode waarin zij instaan voor het voeden van het kind. In lijn met de ouderlijke investeringstheorie is het duidelijk de vrouw die initieel meer investeert in het nageslacht. Om hun evolutionaire potentieel te realiseren, gingen prehistorische vrouwen meer investeren in de levenskwaliteit van hun nakomelingen¹⁰ waardoor ze ook een groter aandeel in de opvoeding van het kind op zich namen. Bij prehistorische mannen was de ouderlijke investering beperkt: zij moesten an sich enkel hun overvloedig aanwezige sperma ‘investeren’ in de volgende generatie. Dit zorgde ervoor dat prehistorische mannen een groter evolutionair voordeel hadden, indien ze zoveel mogelijk vrouwen zwanger konden maken¹¹. Bjorklund en Kipp (1996) wijzen erop dat deze verschillen in reproductiestrategie ook hun weerslag hadden op het vlak van seksualiteit. Voor vrouwen in hominide samenlevingen zorgden de hogere kosten van de zwangerschap en de opvoeding van het kind ervoor dat ze selectiever waren in hun partnerkeuze: “it would benefit a woman to be able to hide her interest in a potential mate until she had the time to ‘check him out’ more thoroughly” (p. 166). Op deze manier konden ze immers een partner selecteren die goed voor hen was en die voldoende hulpbronnen had voor de opvoeding van het kind. In deze context gingen vrouwen meer seksuele inhibitie aan de dag leggen in vergelijking met mannen omdat dit het voor hen makkelijker maakte om een geschikte partner te kiezen. Daarnaast zorgde seksuele inhibitie er ook voor dat prehistorische vrouwen minder risico liepen om ongewenst zwanger te worden en dat ze minder de neiging hadden om overspel te plegen. Dit laatste was op zijn beurt van belang om zich ervan te verzekeren dat ze beroep zouden kunnen blijven doen op de hulpbronnen van hun partner. In tegenstelling tot prehistorische vrouwen, hadden mannen in hominide groepen meer evolutionair nut bij een hogere mate van seksuele excitatie. Dit stelde hen immers in staat om veel vrouwen zwanger te maken waardoor ze hun genetisch materiaal maximaal konden verspreiden.

Zoals Cliquet (2010) aangeeft, is de mate van ouderlijke investering bij mannen doorheen de evolutie toegenomen, door het toenemende belang van het beschermen van de partner en het

¹⁰ Cliquet (2010) duidt de reproductiestrategie van vrouwen aan als een kwalitatieve K-strategie waarbij men zoveel mogelijk gaat investeren in de individuele nakomelingen om de kans op overleven zo groot mogelijk te maken (Daly & Wilson, 1978). Gijs, Laan en Both (2004) duiden dit op hun beurt als een grotere mate van interseksuele selectie waarbij vrouwen kieskeuriger zijn om hun genetische reproductiviteit te waarborgen.

¹¹ Cliquet (2010) wijst erop dat mannen een kwantitatieve r-strategie gebruiken. Dit type van reproductiestrategie verwijst naar een strategie waarbij men de *rate of increase* (r) wil maximaliseren (Daly & Wilson, 1978). Gijs et al. (2004) wijzen hier op een sterkere mate van intraseksuele competitie waarbij prehistorische mannen met elkaar in competitie gaan om zoveel mogelijk vrouwen zwanger te kunnen maken.

nageslacht. De verschillen tussen mannen en vrouwen met betrekking tot ouderlijke investering zijn hierdoor minder groot geworden. Toch geven Bjorklund en Kipp (1996) aan dat deze evolutionaire verschillen ook nog tot op zekere hoogte werkzaam zijn bij mannen en vrouwen in de hedendaagse samenleving. Zo argumenteert Trivers (1972) dat “males of monogamous species ... retain some psychological traits consistent with promiscuous habits” (p. 145). Gijs et al. (2004) wijzen er ook op dat een inzicht in de reproductiestrategieën van hominide soorten cruciaal is om het gedrag van hedendaagse individuen te begrijpen. Carpenter et al. (2008) geven ten slotte een belangrijke aanvulling op de theorie van Bjorklund en Kipp. Zij wijzen erop dat zowel sociale als biologische factoren een rol spelen bij het tot stand komen van geslachtsverschillen in seksuele excitatie en inhibitie.

Buiten geslacht en leeftijd zijn er, ten derde, aanwijzingen dat negatieve stemming een impact heeft op seksuele excitatie en inhibitie. Bancroft et al. (2005) rapporteren dat respondenten in hun kwalitatieve studie aangaven dat negatieve stemming er soms voor zorgt dat ze meer risico's nemen omdat ze minder bezig zijn met de consequenties van seksueel gedrag. Dit suggereert dat, althans voor sommige mensen, negatieve stemming de mate van inhibitie verlaagt. Bancroft (1999) heeft deze mogelijkheid ook opgenomen in zijn conceptueel model over het tweevoudige controlemodel van seksuele respons: “there can be alteration of the basal [inhibitory] ‘tone’ in certain circumstances, such as chronic stress or depression” (p. 780). Met betrekking tot de associatie met seksuele excitatie vonden we indicaties in de studies van Graham, Sanders, Milhausen, en McBride (2004) en Janssen, McBride, Yarber, Hill en Butler (2008). Zij hebben focusgroepgesprekken gedaan bij respectievelijk vrouwen en mannen over factoren die een invloed kunnen hebben op opwinding. Bij zowel vrouwen als mannen bleek het verband tussen seksuele opwinding en negatieve stemmingen complex te zijn: sommigen wezen erop dat het een positieve impact heeft op opwinding terwijl het volgens anderen een negatief effect heeft. Dit suggereert dat mentaal welbevinden potentieel verbonden is met verschillen in seksuele excitatie.

Naast mentaal welbevinden, zijn er ook indicaties dat fysieke gezondheid verbonden zou kunnen zijn met seksuele excitatie en inhibitie. Rowland (2006) wijst er in deze context op dat ziekte of fysieke beperkingen een negatieve impact kunnen hebben op seksuele excitatie.

Ten vierde zijn er indicaties dat ook opleidingsniveau gecorreleerd is met seksuele excitatie en inhibitie. Met betrekking tot seksuele excitatie vinden we aanwijzingen terug in het werk van Kinsey, Pomeroy en Martin (1948). Zij vinden voor uiteenlopende indicatoren van seksueel gedrag associaties met opleidingsniveau bij mannen¹². Hoger opgeleide mannen hebben een hogere masturbatiefrequentie, doen vaker aan strelen tot een orgasme en hebben zelfs meer

¹² Kinsey, Pomeroy, Martin en Gebhard (1953) vonden slechts zeer weinig verbanden tussen opleidingsniveau en seksueel gedrag bij vrouwen. Echter, Weinberg en Williams (1980) geven aan dat er vanaf de jaren 70 wel verschillen van seksueel gedrag waren naar opleidingsniveau bij vrouwen. Dit lijkt erop te wijzen dat de afwezigheid van associaties bij vrouwen in de studie van Kinsey et al. (1953) te wijten was aan de specifieke tijdsgeschiedenis waarin de studie plaatsvond.

spontane nachtelijke zaadlozingen (natte dromen) in vergelijking met lager opgeleide mannen. Deze bevindingen zijn niet zo ongewoon aangezien ook andere studies associaties vinden van seksueel gedrag met opleidingsniveau. Wat voor dit proefschrift interessant is, is de conclusie die Kinsey et al. (1948) hieromtrent formuleerden: “The boys of lower [educational] level are not so often aroused erotically, nor aroused by so many items as the boys from the upper educational level” (p. 345). Dit lijkt te suggereren dat opleidingsniveau verbonden is aan de mate van seksuele excitatie bij mannen. DeLamater en Sill (2005) kwamen tot vergelijkbare resultaten in hun studie bij ouderen. Zij vonden een positief verband tussen opleidingsniveau en seksueel verlangen. Een belangrijke nuance hierbij is dat deze associatie bij mannen gemedieerd wordt door attitudes ten opzichte van seks: “greater education may undermine the negative stereotypes of sexual expression by older persons” (p. 147). Bij vrouwen bleef de associatie echter statistisch significant. Deze twee studies wijzen erop dat seksuele excitatie verbonden is met opleidingsniveau. Het is echter onduidelijk wat deze associatie kan verklaren. Een eerste aanwijzing vinden we in de werken van Rowland (2006) en Everaerd en Laan (1994). Deze auteurs wijzen erop dat prikkels niet intrinsiek seksueel zijn, maar dat deze een seksuele ‘lading’ krijgen doorheen een transformatieproces. Rowland (2006) geeft verder aan dat socialisatie en conditionering van cruciaal belang zijn om te begrijpen welke prikkels als seksueel beschouwd worden. Opleidingsniveau kan hier gezien worden als een indicator van de context waarin iemand zijn seksuele ontwikkeling doormaakte. Een alternatieve verklaring is gebaseerd op het theoretisch model dat Janssen, Everaerd, Spiering, en Janssen (2000) voorstellen om seksuele opwindning en de beoordeling van prikkels als seksuele stimuli in kaart te brengen. Zij maken een onderscheid tussen een fysiologische en een subjectieve evaluatie-component in het proces van seksuele opwindning. Automatische processen zijn verantwoordelijk voor de genitale respons, terwijl meer bewuste, hogere-orde denkprocessen van belang zijn om het subjectieve gevoel van opwindning te verklaren (Janssen, 2011). Het is mogelijk dat deze laatste vorm van processen beter ontwikkeld is bij hoger opgeleiden en dat ze bijgevolg reflexiever zijn over de stimuli die ze als opwindend ervaren. Dit kan op zijn beurt verklaren waarom ze hoger scoren op seksuele excitatie. Kinsey et al. (1948) suggereren in deze context dat hoger opgeleiden hun capaciteit om situaties te visualiseren sterker ontwikkeld is. Kinsey et al. (1948) geven, ten slotte, een belangrijke aanvulling door erop te wijzen dat een combinatie van sociale en biologische factoren mogelijk een rol spelen om het effect van opleidingsniveau te verklaren: “either social or biological factors, or both, might conceivably be operating” (p. 337).

We hebben geen empirische studies gevonden met betrekking tot de associatie van seksuele inhibitie en opleidingsniveau. Bjorklund en Kipp (1996) stellen in dit verband echter “that inhibition skills ... do not appear *de novo*, unpracticed, during adulthood when they become adaptive, but develop over childhood and are influenced by environmental and cultural factors” (p. 170). Dit kan erop wijzen dat opleidingsniveau ook een rol speelt bij het verklaren van seksuele inhibitie. Bijkomend identificeren we nog twee perspectieven die ons aanwijzingen kunnen

geven over de associatie van opleidingsniveau met seksuele inhibitie. Een eerste perspectief gaat terug op het idee dat seksuele inhibitie een adaptief mechanisme is (Bancroft et al., 2009). Graham et al. (2004) rapporteerden dat sommige van hun respondenten erop wijzen dat ze minder seksuele excitatie ervaren als ze zich zorgen maken over hun reputatie. Dit wijst er mogelijk op dat hoger opgeleiden een hogere maatschappelijke status hebben, die ze proberen te beschermen door een sterker ontwikkelde capaciteit tot seksuele inhibitie. Een tweede perspectief is verbonden met het model dat Janssen et al. (2000) voorstellen om de seksuele inschatting van bepaalde stimuli in kaart te brengen (cfr. supra). Zij suggereren dat vergelijkbare mechanismen werkzaam zijn als bij seksuele opwindings, wat impliceert dat ook voor seksuele inhibitie een onderscheid kan gemaakt worden tussen automatische en hogere-orde cognitieve processen. Hoger opgeleide personen hebben potentieel sterker ontwikkelde cognitieve vaardigheden waardoor ze reflexiever zijn met betrekking tot hun seksuele performance en de consequenties daarvan. Op basis hiervan kunnen we verwachten dat hoger opgeleiden hoger scoren op de twee inhibitieschalen.

We kunnen de associatie van opleidingsniveau met seksuele excitatie en inhibitie ook vanuit een Bourdieusiaans kader begrijpen. Bourdieu (1984; 1998) en Bourdieu en Passeron (1977) wijzen er immers op dat mensen uit verschillende sociale groepen zeer uiteenlopend gesocialiseerd¹³ worden. Door de primaire socialisatie krijgen kinderen van hun ouders een bepaald cultureel kapitaal en dito habitus mee, met daaraan verbonden handelings- en waarnemingschema's (i.e. een bepaalde leefstijl). De sociale verschillen die zo al bij kinderen waarneembaar zijn, worden in het onderwijs verder bestendigd. Immers, in het schoolsysteem worden leerlingen onderverdeeld in verschillende groepen wat zou moeten gebeuren op basis van hun kwaliteiten. Bourdieu (1998) argumenteert echter dat hier vooral geselecteerd wordt op basis van het beschikbare cultureel kapitaal dat leerlingen van thuis uit hebben meegekregen. Leerlingen met meer cultureel kapitaal en een overeenkomstige habitus zijn beter afgestemd op het schoolse klimaat, waardoor zij beter functioneren in school dan anderen. In dit verband wijst Maton (2008) erop dat dit niet wil zeggen dat bepaalde groepen leerlingen de toegang wordt ontzegd tot bepaalde onderwijsvormen. Eerder selecteren zij zichzelf uit doordat ze het gevoel hebben dat dit niets voor hen is, waardoor ze een andere studierichting kiezen. Deze selectiemechanismen zorgen ervoor dat leerlingen worden onderverdeeld in de verschillende onderwijsvormen naargelang hun culturele kapitaal. Het resultaat is dat leerlingen binnen een specifieke onderwijsvorm sterk op elkaar gelijken en ook een zeer vergelijkbare opleiding krijgen. Dit verklaart op zijn beurt waarom de leerlingen in de verschillende onderwijsvormen zeer verschillend gesocialiseerd worden: immers, zij hebben van thuis uit een verschillende achtergrond meegekregen (primaire

¹³ In deze context is het van belang om te benadrukken dat socialisatie twee componenten omvat (Singh-Manoux & Marmot, 2005): ten eerste de socialisatie in de kindertijd door ouders, peers, leerkrachten, ... Ten tweede de socialiserende invloed van de omgeving die doorheen de levensloop speelt.

socialisatie) en krijgen ook een andere opleiding door de verschillen in onderwijsvorm. Deze verschillen in socialisatie gaan mogelijk gepaard met sterke verschillen in leefstijl, reflexiviteit, de capaciteit tot visualiseren of hogere-orde denkprocessen. Het zijn net deze mechanismen die mogelijk de associatie tussen opleidingsniveau en seksuele excitatie en inhibitie kunnen verklaren.

Verder is het belangrijk om het specifieke karakter van de seksuele ontwikkeling in het achterhoofd te houden. In deze ontwikkeling spelen peers immers een cruciale rol. De Graaf, Neeleman, Vennix en van Son-Schoones (2004) wijzen er zo op dat kinderen vanaf de leeftijd van 10 jaar al vaker informatie over seksualiteit gaan verzamelen bij leeftijdsgenoten. Ander onderzoek geeft dan weer aan dat secundaire scholieren hun vrienden en hun partner als de derde belangrijkste informatiebron aanduiden, na het internet en hun moeder (Buysse et al., 2013a). Onderzoek van Sensoa (2011) wijst er ten slotte op dat vrienden en peers de belangrijkste informatiekanalen over seksualiteit zijn voor jongeren. Aangezien deze peers door het proces van reproductie dat Bourdieu (1998) en Bourdieu en Passeron (1977) beschrijven, zeer vergelijkbaar zijn binnen een onderwijsvorm, worden de verschillen in socialisatie alleen maar versterkt.

Ook uiteenlopende andere factoren zijn mogelijk gecorreleerd met seksuele excitatie en inhibitie. Zo lijkt er een verband te zijn met seksuele disfuncties. Graham et al. (2008) wijzen er bijvoorbeeld op dat bij vrouwen seksuele inhibitie sterk verbonden is met het ervaren van verschillende disfuncties. Bancroft et al. (2005) komen tot een vergelijkbare conclusie in hun studie bij mannen. Daarnaast vonden Bancroft et al. (2005) echter ook effecten van seksuele excitatie op seksuele disfuncties. Zoals Graham et al. (2008) aangeven, is het niet duidelijk in welke richting de causaliteit loopt bij deze verbanden: het kan zijn dat seksuele excitatie en inhibitie als *traits* een invloed hebben op het seksuele functioneren. Echter, het is net zo goed mogelijk dat de ervaring van seksuele disfuncties een tendens tot inhibitie in de hand werkt. Bij onderzoek naar de associatie van seksuele disfuncties met seksuele excitatie en inhibitie moet de mogelijkheid van *reverse causality* adequaat meegenomen worden.

3. Onderzoeksvragen

In dit deel schetsen we de respectievelijke probleemstellingen die in de empirische hoofdstukken behandeld worden. Deze kaderen we ook telkens aan de hand van de literatuur uit Hoofdstuk 2. Zoals we in de inleiding al aangaven, willen we in dit proefschrift op twee manieren een bijdrage leveren aan de bestaande literatuur over sociale ongelijkheid in gezondheid. Ten eerste gaan we na in welke mate de toepassing van Bourdieu's kapitaaltheorie een nuttige aanvulling is in dit onderzoeksveld. Ten tweede gaan we dieper in op de mate waarin er sociale ongelijkheid bestaat op het vlak van seksuele gezondheid en of Bourdieu's kapitaaltheorie een bruikbaar raamwerk is in dit onderzoeksdomein.

Ten eerste focussen we dus op de toepassing van Bourdieu's kapitaaltheorie in onderzoek naar sociale ongelijkheid in gezondheid. Immers, er zijn nog veel vragen met betrekking tot de sociale gradiënt in gezondheid (e.g. Carpiano et al., 2008) en Bourdieu's kapitaaltheorie kan een interessante aanvulling bieden in dit verband (e.g. Veenstra, 2007). In lijn met Bourdieu's (1984; 1986) theorie, kunnen we de positie van individuen in de sociale ruimte in kaart brengen aan de hand van maten van economisch, cultureel en sociaal kapitaal. Voor gezondheidsonderzoek is vooral de cultureel kapitaal-component vernieuwend (Abel, 2008; Kamin et al., 2013; Khawaja & Mowafi, 2006). Voor deze component onderscheiden we twee strekkingen. Ten eerste kan cultureel kapitaal toegepast worden op het veld gezondheid (e.g. Abel, 2007; 2008; Cockerham, 2000; 2005; 2006; 2013; Cockerham et al., 1997; Frohlich et al., 2001; Jones et al., 2011; Shim, 2010; Missinne et al., 2013), waarbij men focust op gezondheidsrelevante gedragingen, attitudes en kennis. Ten tweede, kan cultureel kapitaal benaderd worden op een vergelijkbare manier als Bourdieu, door te focussen op culturele participatie en voorkeuren. Een groeiende stroom literatuur suggereert dat culturele participatie en voorkeuren verbonden zijn met gezondheid. Aangezien veel empirische studies gebruik hebben gemaakt van culturele participatie als indicator voor cultureel kapitaal, blijft het de vraag of de impact op gezondheid het gevolg is van het participeren in culturele activiteiten of het uithuizig zijn. Bygren et al. (2009a) wijzen erop dat het belangrijk is om na te gaan in welke mate andere vormen van vrijetijdsparticipatie voordelen voor gezondheid hebben. Op basis van deze bevindingen uit de literatuur, focussen we in Hoofdstuk 5.1 op de impact van respectievelijk economisch, sociaal en cultureel kapitaal op gezondheid. Hierbij verwachten we dat elk van deze kapitaalsoorten een netto-effect heeft op gezondheid. Aangezien over de samenhang tussen cultureel kapitaal en gezondheid nog relatief weinig empirisch onderzoek is gedaan – zeker niet via grootschalige representatieve surveys – gaan we dieper op deze component in. Concreet gaan we na in welke mate er een verband is tussen culturele participatie en gezondheid. Om na te gaan of het eventuele effect te wijten is aan culturele participatie of het uithuizig zijn, controleren we hierbij ook voor vrijetijdsparticipatie en sportbeoefening. We verwachten dat culturele participatie een onafhankelijk effect heeft op gezondheid, gecontroleerd voor de andere vormen van kapitaal, sport- en vrijetijdsparticipatie.

Daarnaast willen we inzicht krijgen in de mate waarin de hoeveelheid dan wel de compositie van de kapitaalvormen van belang is. Om hier rekening mee te houden nemen we interactietermen van de verschillende kapitaalvormen in de analyse op waarbij we verwachten dat er een zeker vorm van samenspel is tussen de verschillende kapitaalvormen.

Vervolgens gaan we in op sociale ongelijkheid in seksuele gezondheid. Op deze manier bieden we tegengewicht aan de ondervertegenwoordiging van sociologische studies in seks-onderzoek (Ehrmann, 1963; Laumann et al., 1994; Weinberg et al., 1997). Concreet focussen we op twee indicatoren van seksuele gezondheid. Ten eerste onderzoeken we in welke mate er sociale ongelijkheid in seksueel welbevinden bestaat. Dit concept verwijst naar de emotionele en cognitieve evaluatie van iemands seksualiteit (Laumann et al. 2006; Öberg et al., 2002). Studies naar meer algemene maten van welbevinden, hebben sterke verschillen gevonden naar sociale positie (e.g. Carlisle et al. 2008; Marmot et al., 1997; Stansfeld et al., 1998), maar in welke mate dit het geval is voor seksueel welbevinden is niet duidelijk. Higgins en Browne (2008) wijzen bijkomend op het nut van Bourdieu's theorie in studies naar seksualiteit. Gegeven de bestaande literatuur over sociale ongelijkheid in welbevinden en gezondheid, verwachten we een positief netto-effect van economisch, sociaal en cultureel kapitaal op seksueel welbevinden, na controle voor elkaar en de andere controlevariabelen.

Als tweede indicator van seksuele gezondheid, focussen we op seksuele responsiviteit. Dit brengen we in kaart aan de hand van het tweevoudige controlemodel voor seksuele respons (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). Volgens dit model is de balans tussen twee mechanismen – seksuele excitatie en seksuele inhibitie – van cruciaal belang om te begrijpen hoe mensen seksueel reageren op een bepaalde prikkel. Aangezien dit model pas aan het einde van de jaren 90 tot stand kwam, is er nog weinig geweten over de oorsprong van variatie in seksuele excitatie en inhibitie (Bancroft & Janssen, 2000; Janssen & Bancroft, 2007). In dit proefschrift proberen we daarom een beter inzicht te krijgen in de factoren die samenhangen met verschillen in deze kenmerken. Met betrekking tot socio-economische variabelen, nemen we enkel opleidingsniveau op. De reden hiervoor heeft betrekking op het tweevoudige controlemodel voor seksuele respons als een *state-trait* model. Hamaker et al. (2007) argumenteren dat *traits*, karakteristieken zijn die relatief stabiel blijven over tijd. Seksuele excitatie en inhibitie kunnen op deze manier dus beschouwd worden als kenmerken die doorheen de seksuele ontwikkeling gevormd worden en die daarna relatief stabiel blijven. Hierdoor is het interessanter om factoren op te nemen die een inzicht geven van de context waarin de seksuele ontwikkeling plaatsvond. In dit verband lijkt opleidingsniveau een interessante indicator te zijn omdat jongeren in de periode dat ze hun seksuele ontwikkeling doormaken een groot deel van hun tijd op school doorbrengen en hun peers zeer belangrijk zijn in deze periode. Aangezien jongeren binnen een onderwijsvorm over het algemeen sterk op elkaar lijken en ook een zeer vergelijkbare opleiding krijgen en primaire socialisatie doormaakten (Bourdieu, 1998; Bourdieu & Passeron, 1977), kunnen we verwachten dat er verschillen zijn naar opleidingsniveau. Hierbij gaan we ervan uit dat verschillen in

primaire socialisatie en de socialiserende impact van leerkrachten en peers een invloed hebben op de prikkels die men als opwindend ervaart en de situaties waarin men opwinding afremt. Naast opleidingsniveau, wijzen studies erop dat leeftijd, geslacht, gezondheidsstatus en attitudes mogelijk van belang zijn om verschillen in seksuele excitatie en inhibitie te verklaren. In Hoofdstuk 5.3 bestuderen we in welke mate elk van deze factoren een effect heeft op respectievelijk seksuele excitatie en inhibitie. In lijn met andere onderzoeken, verwachten we dat mannen hoger scoren op seksuele excitatie en lager op seksuele inhibitie, in vergelijking met vrouwen (Carpenter et al., 2008; Milhausen et al., 2010). Daarnaast kan op basis van andere studies verwacht worden dat leeftijd negatief gecorreleerd is met seksuele excitatie en positief met seksuele inhibitie (Bancroft et al., 2005; Graham et al., 2006; Janssen et al., 2002a). Voor fysieke en mentale gezondheid verwachten we een positieve associatie met seksuele excitatie en een negatief verband met seksuele inhibitie (Bancroft, 1999; Bancroft, Janssen, Strong & Vukadinovic, 2003b; Graham et al., 2004; Janssen et al., 2008). Daarnaast verwachten we dat opleidingsniveau positief gerelateerd is aan zowel seksuele excitatie als inhibitie. De associaties met opleidingsniveau zijn mogelijk gemedieerd met attitudes van de respondent (DeLamater & Sill, 2005). DeLamater en Sill (2005) vonden immers dat de associatie van opleidingsniveau met seksueel verlangen, gemedieerd was door de openheid ten opzichte van seks. Op basis van deze vaststelling zouden we kunnen verwachten dat de associatie van opleidingsniveau zwakker wordt als de variabele over openheid ten opzichte van seks wordt toegevoegd.

Bij het overzicht van de literatuur over seksuele excitatie en inhibitie, viel het op dat er weinig geweten is over de ontwikkeling van excitatie en inhibitie doorheen het leven; “what happens to sexual excitation and inhibition tendencies with age?” (Bancroft et al., 2009, p. 129). In een aantal studies zijn de associaties van excitatie en inhibitie met leeftijd onderzocht (e.g. Bancroft et al., 2005; Graham et al., 2006; Janssen et al., 2002a), maar deze associaties werden telkens gemodelleerd als lineaire verbanden. Het is echter niet duidelijk waarom deze lineair zouden zijn en er zijn indicaties dat deze verbanden niet lineair zijn. Zo wijzen de studies van Bancroft et al. (2005), Graham et al. (2006) en Janssen et al. (2002a) op een negatief verband van seksuele excitatie met leeftijd. Dit zou echter impliceren dat jongeren de hoogste excitatie scores hebben. Echter, jongeren maken nog een proces van seksuele ontwikkeling door en het is net in dit proces dat ze te weten komen welke prikkels ze als opwindend ervaren en welke niet (Everaerd & Laan, 1994; Rowland, 2006). Op basis hiervan zouden we verwachten dat de seksuele excitatie-scores bij jongeren stijgen met leeftijd. Deze initiële stijging zou wel gevolgd kunnen worden door een daling die in lijn is met de andere studies (e.g. Bancroft et al., 2005; Graham et al., 2006; Janssen et al., 2002a). Zoals Bancroft et al. (2009) aangeven, is er nog minder geweten over de ontwikkeling van seksuele inhibitie dan over excitatie. We kunnen ons bijgevolg geen idee vormen over de mate waarin de associatie van de inhibitiecomponenten met leeftijd, een lineaire vorm aanneemt of niet. Ook of seksuele excitatie en inhibitie op een vergelijkbare manier evolueren bij mannen en vrouwen is tot op heden onduidelijk. Een aantal studies wijzen

er wel op dat deze kenmerken bij mannen en vrouwen op een verschillende manier evolueren doorheen de levensloop. Bjorklund en Kipp (1996), Graham et al. (2006) en Tolman (2002) suggereren zo dat inhibitie zich sterker en eerder ontwikkelt bij meisjes, terwijl op basis van de studie van Knoth, Boyd en Singer (1988) geargumenteed kan worden dat seksuele excitatie zich eerder ontwikkelt en sterker tot uiting komt bij mannen. Gezien er onduidelijkheid bestaat over de ontwikkeling van seksuele excitatie en inhibitie doorheen de levensloop en de mate waarin deze ontwikkeling gelijkloopt voor mannen en vrouwen of niet, doen we in Hoofdstuk 5.4 een exploratief onderzoek naar deze associaties. Een beter inzicht in deze mechanismen laat immers toe om na te gaan welke functie seksuele excitatie en inhibitie vervullen in respectievelijk mannen en vrouwen hun leven. Dit kan een aanvulling bieden op het evolutionaire perspectief van Bjorklund en Kipp (1996).

4. Methode

In deze sectie gaan we uitgebreid in op de methoden die we toegepast hebben om de onderzoeksvragen uit Hoofdstuk 3 te beantwoorden. Concreet bespreken we hier de data die we gebruiken, de operationalisering van de belangrijkste variabelen en de onderzoeksopzet.

4.1 Data

4.1.1 Dataverzameling

In dit proefschrift maken we gebruik van data afkomstig uit Sexpert, een grootschalig onderzoek naar de seksuele gezondheid in Vlaanderen (Buysse et al., 2013a; 2013b). Sexpert is een project in het kader van het programma Strategisch Basisonderzoek (SBO), gefinancierd door het Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT). Het doel van Sexpert was om de basisgegevens over seksuele gezondheid te verzamelen zodat het Vlaamse gezondheidsbeleid in verband met seksualiteit gebaseerd kan worden op wetenschappelijk onderbouwd cijfermateriaal. Het consortium van Sexpert omvat onderzoekers van de Vakgroep Sociologie van de Universiteit Gent (UGent), de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie van de UGent, het Departement Endocrinologie van het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) en het Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven (KUL).

Het Sexpert-project omvat drie studies over de seksuele gezondheid. Ten eerste, een representatieve studie die werd afgenomen bij de algemene Vlaamse bevolking van 14 tot 80 jaar (Sexpert I). Met deze survey werden slechts een beperkt aantal holebi's en mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst bereikt. Op basis van deze beperkte groep is het niet mogelijk om specifieke analyses uit te voeren. Om aan deze limitatie tegemoet te komen, hebben we twee vervolgstudies opgezet om deze specifieke doelgroepen te bereiken.

Bij het schrijven van dit proefschrift hebben we enkel de data van de algemene bevolkingsstudie (Sexpert I) gebruikt. Voor het verkrijgen van de steekproef voor deze studie werd er een tweetrapssteekproefdesign toegepast. Eerst werden er ad random 240 geografische eenheden (postcodes) geselecteerd uit de postcodes van het Vlaamse gewest. De trekkingskans werd bepaald op basis van het aantal inwoners van de geografische eenheid en het was mogelijk dat postcodes meerdere keren werden getrokken. Op deze manier kon ervoor gezorgd worden dat de grote steden zeker voldoende sterk vertegenwoordigd waren in de steekproef. Vervolgens werd in de tweede stap een toevalssteekproef van individuen getrokken in elk van de geselecteerde geografische eenheden. Deze toevalssteekproef was telkens naar leeftijd gestratificeerd zodat in de uiteindelijke steekproef evenveel mensen zaten uit elk van drie vooraf bepaalde leeftijdsgroepen: 14 tot 25-jarigen, 26 tot 49-jarigen en 50 tot 80-jarigen. Om de steekproef van

personen te trekken, maakten we gebruik van het Belgisch Rijksregister. Voorafgaand werd hiervoor toestemming verleend door de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.

Elk van de geselecteerde respondenten werd bij zijn/haar thuis bezocht door een professionele interviewer voor een gestructureerd interview. Hierbij werd gebruik gemaakt van een combinatie van *Computer-Assisted Personal Interviewing* (CAPI) en *Computer-Assisted Self-Interviewing* (CASI). In de eerstgenoemde vorm, stelt de interviewer de vragen en vult hij/zij het antwoord van de respondent in via de laptop. Bij de laatstgenoemde vorm, kan de respondent zelf de vragen lezen en een antwoord geven via de laptop. Het gebruik van CASI was noodzakelijk om de privacy van de respondent maximaal te waarborgen en werd toegepast voor alle intieme vragen.

De dataverzameling liep van februari 2011 tot februari 2012 en resulteerde uiteindelijk in 1832 afgewerkte interviews, wat overeenkomt met een responsecijfer van 40 procent van de in aanmerking komende respondenten. Na de dataverzameling werd de dataset gewogen naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau om deze representatief te maken naar de Vlaamse situatie. Accurate data in verband met de Vlaamse situatie werd verkregen van de Enquête naar de Arbeidskrachten uit 2010, uitgevoerd door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de Federale Overheidsdienst Economie (Buysse et al., 2013).

4.1.2 Gerealiseerde steekproef

In deze paragraaf zullen we enkele beschrijvende statistieken bespreken van de gerealiseerde steekproef (Tabel 1). De data zijn gewogen naar geslacht, dus mannen en vrouwen zijn ongeveer even sterk vertegenwoordigd. De gemiddelde leeftijd van de respondent bedraagt 43.78 jaar. Met betrekking tot opleidingsniveau is de grootste groep respondenten (27%) hoger opgeleid. Bijna 12 procent van de respondenten gaat nog voltijds naar school. Verder blijkt dat ongeveer 93 procent van de respondenten ooit seks¹⁴ heeft gehad. Een kleine 80 procent daarvan (73% van de volledige steekproef) heeft in de afgelopen zes maanden ook seks gehad.

¹⁴ In het Sexpert-project werd seks begrepen als allerlei manieren van vrijen waarbij er genitaal contact is, dus het aanraken van de geslachtsdelen van iemand anders (Buysse et al., 2013a; 2013b).

Tabel 1. Beschrijving van de gerealiseerde steekproef

	Percentage	Gemiddelde	Standaard- afwijking	N
Geslacht				1825
Man	49.80%			
Vrouw	50.20%			
Leeftijd		43.78	17.98	1825
Diploma				1820
Schoolgaand	11.60%			
Geen diploma/diploma lager onderwijs	18.20%			
Diploma lager secundair onderwijs	20.50%			
Diploma hoger secundair onderwijs	22.60%			
Diploma hoger onderwijs	27.10%			
Ooit seks gehad				1825
Nee	7.30%			
Ja	92.70%			
Seks gehad afgelopen 6 maanden				1824
Nee	27%			
Ja	73%			

4.2 Belangrijkste variabelen

In deze sectie geven we een kort overzicht van de variabelen die we in dit proefschrift gebruikt hebben en de manier waarop deze geoperationaliseerd zijn.

4.2.1 Onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabelen zijn allemaal afgeleid uit Bourdieu's (1984; 1986) kapitaaltheorie. Om economisch kapitaal in kaart te brengen, gebruiken we een vraag over de perceptie van de respondent dat ze in zijn/haar gezin comfortabel kunnen leven met het beschikbare gezinsinkomen. Respondenten konden deze vraag beantwoorden aan de hand van een zevenpuntenschaal variërende van 'het is zeer moeilijk rond te komen' tot 'we kunnen zeer comfortabel leven'. We hebben deze variabele gehercodeerd naar een driedeling waarbij we het onderscheid maakten tussen mensen met moeilijkheden om rond te komen (categorieën 1 tot 3), respondenten die het niet echt moeilijk vinden om rond te komen (categorieën 4 en 5) en personen die het makkelijk vinden om rond te komen (categorieën 6 en 7). In de vragenlijst was er ook een variabele opgenomen over het effectieve inkomen van de respondenten. Echter, 15 procent van de respondenten weigerde hierop te antwoorden en deze vraag is voor bepaalde groepen respondenten (bijvoorbeeld jongeren) zeer moeilijk om accuraat in te vullen. Daarbij hebben bijkomende analyses aangetoond dat er een sterke samenhang was tussen de variabele over de mate waarin men kan rondkomen en de variabele over het effectieve inkomen van respondenten. Mensen met moeilijkheden om rond te komen hebben een gemiddeld maandinkomen van €1804 (mediaan = €1650); mensen die het niet echt moeilijk vinden om rond te komen, hebben gemiddeld een inkomen van €2453 (mediaan = €2450); en mensen die het makkelijk vinden om rond te komen, hebben een gemiddeld inkomen van €3094 (mediaan = €3224). Variantieanalyses gaven aan dat de gemiddelde inkomens statistisch significant van elkaar verschillen en dit is eveneens zo voor alle paarsgewijze vergelijkingen (ANOVA Welch F-test met Games-Howell post-hoc test; $p < 0.001$). Daarnaast is er een belangrijk theoretisch argument dat het gebruik van de subjectieve maat legitimeert: economisch kapitaal omvat immers meer dan inkomen aangezien inkomen slechts één component is die een inzicht geeft in de materiële en financiële hulpbronnen van een individu (Crossley, 2008). De vraag naar de subjectieve perceptie van de mate waarin men kan rondkomen, geeft bijgevolg een accurater beeld van de mate waarin respondenten voldoende hulpbronnen hebben om in hun levensonderhoud te voorzien.

In lijn met Bourdieu's (1986) werk focussen wij op sociaal kapitaal als een netwerkgebaseerde hulpbron. Concreet hebben wij twee maten in de analyse betrokken. Ten eerste namen we een maat over sociale steun op. Zoals Nieminen et al. (2010) en Song (2011; 2013) aangeven, is er discussie over de vraag of sociale steun als een indicator van sociaal kapitaal

beschouwd kan worden. Echter, zowel Ziersch (Ziersch, 2005; Ziersch et al., 2005) als Carpiano (2006; 2007; 2008) hebben sociale steun opgenomen in hun operationalisering van sociaal kapitaal op basis van Bourdieu's werk. Vanuit deze optiek hebben we ervoor gekozen om deze indicator wel op te nemen. In de maat van sociale steun wordt nagegaan in welke mate de respondent in uiteenlopende situaties beroep kan doen op mensen uit zijn/haar sociaal netwerk: om met iemand te praten, als hij/zij er een dagje uit wil, als de respondent zich alleen voelt, als hij/zij ziek is of financiële problemen heeft. Deze domeinen van sociale steun zijn gebaseerd op onderzoek van Agneessens, Waeghe en Lievens (2006). De antwoorden variëren van 'helemaal niet akkoord' tot 'helemaal akkoord' en een Cronbach's alfa van 0.73 geeft aan dat de interne consistentie van de schaal acceptabel is. Daarom hebben we de scores op de individuele items samengeteld en deze variabele vervolgens gehercodeerd tot een variabele met drie groepen: weinig sociale steun (somscore van 18 of minder), een matige hoeveelheid sociale steun (somscore tussen 19 en 22) en een hoge mate van sociale steun (somscore groter dan 22). De opdeling in drie categorieën heeft het voordeel dat het toelaat om non-lineaire effecten na te gaan.

De tweede maat in verband met sociaal kapitaal die we in dit proefschrift opgenomen hebben, meet de perceptie van de respondent over de sociale cohesie in zijn/haar buurt. Om dit te meten, maken we gebruik van een subschaal uit de collectieve *efficacy* maat van Sampson, Raudenbusch en Earl (1997). Bij deze maat moeten de respondenten een aantal stellingen over hun buurt beoordelen op een vijf-puntenschaal gaande van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens':

1. De mensen hier zijn bereid om hun burens te helpen;
2. Dit is een hechte buurt;
3. De mensen in deze buurt zijn te vertrouwen;
4. De mensen in deze buurt komen over het algemeen niet met mekaar overeen;
5. Mensen in deze buurt delen niet dezelfde waarden.

Aangezien een Cronbach's alfa van 0.82 aangeeft dat de interne consistentie van deze schaal goed is, hebben we de somscore van deze items berekend. Ook deze schaal hebben we vervolgens gehercodeerd tot een driedeling: mensen met weinig sociale cohesie in hun buurt (score van 17 of minder); respondenten met een matig niveau van sociale cohesie (scores van 18 tot 20) en mensen met veel sociale buurtcohesie (scores hoger dan 20). Dit is wederom nuttig om non-lineaire effecten op te sporen.

Voor cultureel kapitaal hebben we eveneens twee maten opgenomen. Geïstitutioniseerd cultureel kapitaal gaan we na aan de hand van respondenten hun opleidingsniveau. In de vragenlijst werden de respondenten gevraagd om hun hoogst behaalde opleidingsniveau aan te geven. Op basis van deze vraag, hebben we de respondenten onderverdeeld in vijf groepen: respondenten die nog voltijds naar school gaan, mensen zonder een diploma of met enkel een diploma lager onderwijs, mensen met een diploma lager secundair onderwijs, respondenten met een diploma hoger secundair onderwijs en mensen met een diploma hoger onderwijs.

Daarnaast hebben we ook een maat opgenomen om belichaamd of geïnternaliseerd cultureel kapitaal in kaart te brengen. Yaish en Katz-Gerro (2010) argumenteren dat dit kan nagegaan worden door culturele smaken of participatie te bevragen. Wij hebben gefocust op culturele participatie door respondenten te vragen om voor negen activiteiten aan te geven of ze die in de afgelopen zes maanden hebben gedaan:

1. Een concert bijgewoond;
2. Een festival bijgewoond;
3. Naar de bioscoop geweest;
4. Naar de kermis geweest;
5. Een musical, show, revue of stand-up comedy voorstelling bezocht;
6. Op restaurant geweest;
7. Een theater-, dans- of balletvoorstelling bezocht;
8. Een pretpark of dierentuin bezocht;
9. Een museum of tentoonstelling voor oude/schone of modern/hedendaagse kunst bezocht.

Respondenten konden deze vragen beantwoorden door middel van een zevenpuntenschaal gaande van 'niet in de afgelopen 6 maanden' tot 'dagelijks'. Vervolgens hebben we deze activiteiten opgenomen in een factoranalyse. Voorbereidende (factor-)analyses wezen uit dat drie activiteiten best uit de factoranalyse geweerd worden, namelijk een festival bijwonen, naar de bioscoop gaan en op restaurant gaan. De frequentieverdeling van deze variabelen wees immers uit dat er weinig variatie was: het overgrote merendeel van de respondenten had in de afgelopen zes maanden geen festival bezocht, maar was wel naar de bioscoop geweest en had een restaurant bezocht. Een factoranalyse op de overblijvende zes activiteiten gaf aan dat er een onderscheid was tussen twee types activiteiten. De eerste groep bestond uit naar een concert gaan; het bijwonen van een show, musical, revue of stand-up comedy voorstelling; een theater, dans of balletvoorstelling bijwonen; en een museum of tentoonstelling voor oude/schone of modern/hedendaagse kunst bezoeken (Cronbach's alfa = 0.66). Hier gaat het duidelijk om culturele activiteiten waardoor we deze factor ook benoemen als culturele participatie. Concreet maken we voor deze factor een driedeling: de eerste groep omvat de non-participanten; de tweede groep zijn mensen die occasioneel aan cultuurparticipatie doen (één tot drie bezoeken in de afgelopen zes maanden); en de laatste groep omvat personen die meer dan drie bezoeken hebben gedaan in de afgelopen zes maanden. Een opdeling in drie groepen laat toe om non-lineaire effecten na te gaan en is daarnaast de standaardpraktijk in studies naar participatie (Lievens & Waage, 2011). De tweede factor bestaat uit de twee overblijvende activiteiten, namelijk naar de kermis gaan en een pretpark of dierentuin bezoeken. Dit zien we als voorbeelden van andere vormen van vrijetijdsparticipatie. Ook voor deze variabelen hebben we een driedeling gemaakt: een groep van non-participanten, een groep van occasionele participanten (één tot twee activiteiten in de afgelopen zes maanden) en een groep van frequente participanten (drie of meer bezoeken). Deze opdeling hebben we

toegepast om non-lineaire effecten na te gaan en omdat dit de standaardpraktijk is in studies naar participatie (Lievens & Waege, 2011).

Tabel 2. Univariate verdeling van de onafhankelijke variabelen

	Percentage	N
Economisch kapitaal		1805
Moeilijk om rond te komen	12.6	
Niet echt moeilijk om rond te komen	40,4	
Makkelijk om rond te komen	47	
Sociale steun		1823
Weinig	19.4	
Matige hoeveelheid	50.4	
Veel	30.2	
Buurt sociale cohesie		1771
Weinig	33.2	
Matige hoeveelheid	34.5	
Veel	32.4	
Opleidingsniveau		1820
Schoolgaand	11.6	
Geen diploma/diploma lager onderwijs	18.2	
Diploma lager secundair	20.5	
Diploma hoger secundair	22.6	
Diploma hoger onderwijs	27.1	
Culturele participatie		1815
Non-participanten	39.3	
Occasionele participanten	42.4	
Frequente participanten	18.3	
Vrijtijdsparticipatie		1816
Non-participanten	46.4	
Occasionele participanten	27.1	
Frequente participanten	26.5	

4.2.2 Afhankelijke variabelen

In dit proefschrift focussen we op drie afhankelijke variabelen. Ten eerste gebruiken we de korte gezondheidssurvey (SF-12) (Ware et al., 1996) om gepercipieerde gezondheid te meten. Deze maat geeft een inschatting van de algemene gezondheid van de respondenten en omvat

vragen over uiteenlopende aspecten van hun functioneren (Bijlage 1). De SF-12 bestaat uit twee subschalen: één over fysieke (PCS) en één over mentale gezondheid (MCS). De subschaal over de fysieke component meet de perceptie van de respondent zijn/haar fysieke gezondheid. Een Cronbach's alfa van 0.8 geeft aan dat de interne consistentie van deze schaal goed is. Bijgevolg hebben we de schaal samengesteld door de somscore te berekenen. De scores voor deze subschaal variëren tussen 6 en 20 met een gemiddelde van 16.83 en een standaarddeviatie van 2.8. De subschaal voor mentale gezondheid geeft een zelfgerapporteerde inschatting van de mentale gezondheid van de respondenten. De Cronbach's alfa bedraagt 0.71 en de somscores variëren tussen 9 en 27 (gemiddelde is 22.02; standaarddeviatie is 3.3). Voor beide subschalen geldt dat hogere scores overeenkomen met een betere gezondheid.

Om seksueel welbevinden in kaart te brengen, gebruiken we een algemeen item dat polst naar de mate waarin de respondenten tevreden zijn over hun seksleven van de afgelopen zes maanden. In deze context argumenteren Laumann et al. (2006) dat inschattingen over tevredenheid centraal staan in studies naar welbevinden en Hooghe (2012) geeft aan dat een algemeen item over seksuele tevredenheid een goede afspiegeling vormt van de subdimensies van het concept seksueel welbevinden. In de maat die wij gebruiken, konden de respondenten antwoorden op een vijfpuntenschaal van 'zeer ontevreden' tot 'zeer tevreden'. Aangezien er weinig respondenten antwoordden dat ze ontevreden waren, hebben we deze twee categorieën samengevoegd tot één categorie.

De laatste afhankelijk variabele uit dit proefschrift peilt naar seksuele responsiviteit. Concreet gebruiken wij de verkorte vorm van de Seksuele Inhibitie- en Seksuele Excitatieschalen (SIS/SES-SF) die ontwikkeld werd door Carpenter et al. (2006; 2011). In deze vragenlijst worden een aantal stellingen voorgelegd aan de respondenten over de mate waarin bepaalde situaties hen opwinden of dat de opwinding net afgeremd wordt (Bijlage 2). In de originele vragenlijst worden de antwoorden gegeven op een vierpuntenschaal, maar om coherentie met de andere vragen in de Sexpert-vragenlijst te waarborgen, werd hier een neutrale middencategorie aan toegevoegd. Dit resulteerde in een vijfpuntenschaal gaande van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. De SIS/SES-SF omvat drie subschalen: één voor seksuele excitatie en twee voor seksuele inhibitie. Scores op de Seksuele Excitatieschaal (SES) variëren tussen 6 en 30 met een Cronbach's alfa van 0.77 ($M = 17.53$; $SD = 4.86$). Scores op de eerste Seksuele Inhibitieschaal (SIS1) gaan van 4 tot 20 met een Cronbach's alfa van 0.53 ($M = 10.71$; $SD = 3.06$). Scores op de tweede Seksuele Inhibitieschaal (SIS2) variëren tussen 4 en 20 met een Cronbach's alfa van 0.59 ($M = 13.3$; $SD = 3.66$). De Cronbach's alfa's van beide inhibitieschalen wijzen erop dat de interne consistentie van deze subschalen niet optimaal is. Echter, omdat deze schalen op deze manier gevalideerd zijn, werd hier niets aan veranderd.

Tabel 3. Samenvatting univariate karakteristieken van de afhankelijke variabelen

	Gemiddelde	SD	Cronbach's alfa	Percentage	N
SF-12					
Mentale gezondheid	16.83	2.79	0.8	/	1817
Fysieke gezondheid	22.02	3.31	0.71	/	1816
Seksuele tevredenheid					1330
Ontevreden	/	/	/	15.3	
Noch ontevreden, noch tevreden	/	/	/	12.7	
Redelijk tevreden	/	/	/	48.3	
Zeer tevreden	/	/	/	23.7	
SIS/SES					
Seksuele excitatie (SES)	17.53	4.86	0.77	/	1441
Seksuele inhibitie 1 (SIS1)	10.71	3.06	0.53	/	1435
Seksuele inhibitie 2 (SIS2)	13.3	3.66	0.59	/	1372

4.3 Onderzoeksopzet

In Hoofdstuk 5.1 gaan we door middel van Bourdieu's kapitaaltheorie in op sociale determinanten van fysieke en mentale gezondheid. Aangezien de variabelen voor fysieke en mentale gezondheid van het continue meetniveau zijn, hebben we hiervoor gebruik gemaakt van *ordinary least squares* (OLS) regressieanalyses. Als onafhankelijke variabelen hebben we economische kapitaal, cultureel kapitaal (opleidingsniveau, culturele participatie en vrijetijdsparticipatie) en sociaal kapitaal (sociale steun) opgenomen. Voor de sociaal kapitaal-component besloten we om ook een variabele in verband met sociale cohesie in de buurt op te nemen omdat er indicaties zijn dat dit van belang kan zijn om verschillen in gezondheid te verklaren (e.g. Diez Roux & Mair, 2010; Poortinga, 2006; Ziersch et al., 2005). Daarnaast hebben we leeftijd, geslacht en sportbeoefening als controlevariabelen opgenomen.

In Hoofdstuk 5.2 gebruiken we een soortgelijke opzet als in Hoofdstuk 5.1, maar hier passen we dit toe op seksueel welbevinden. Omdat onze maat van seksueel welbevinden een categorische variabele is, gebruiken we hiervoor multinomiale logistische regressie. Hierbij namen we de grootste groep (mensen die tevreden zijn over hun seksleven) op als referentiecategorie. Met betrekking tot de onafhankelijke variabelen hebben we de indicator in verband met vrijetijdsparticipatie niet opgenomen in deze studie. Voor seksueel welbevinden is het immers minder relevant om deze variabele op te nemen aangezien dit voornamelijk een indicatie geeft van de mate waarin men uithuizig is. Dit kan van belang zijn voor gezondheid omdat uithuizig zijn ook altijd een zekere fysieke inspanning vergt. Het is echter niet duidelijk waarom dit een impact zou hebben op seksueel welbevinden. Naast de variabelen in verband met de kapitaalvormen hebben we de volgende controlevariabelen opgenomen: geslacht, leeftijd, mentale en fysieke gezondheid, ervaring van seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksuele disfuncties.

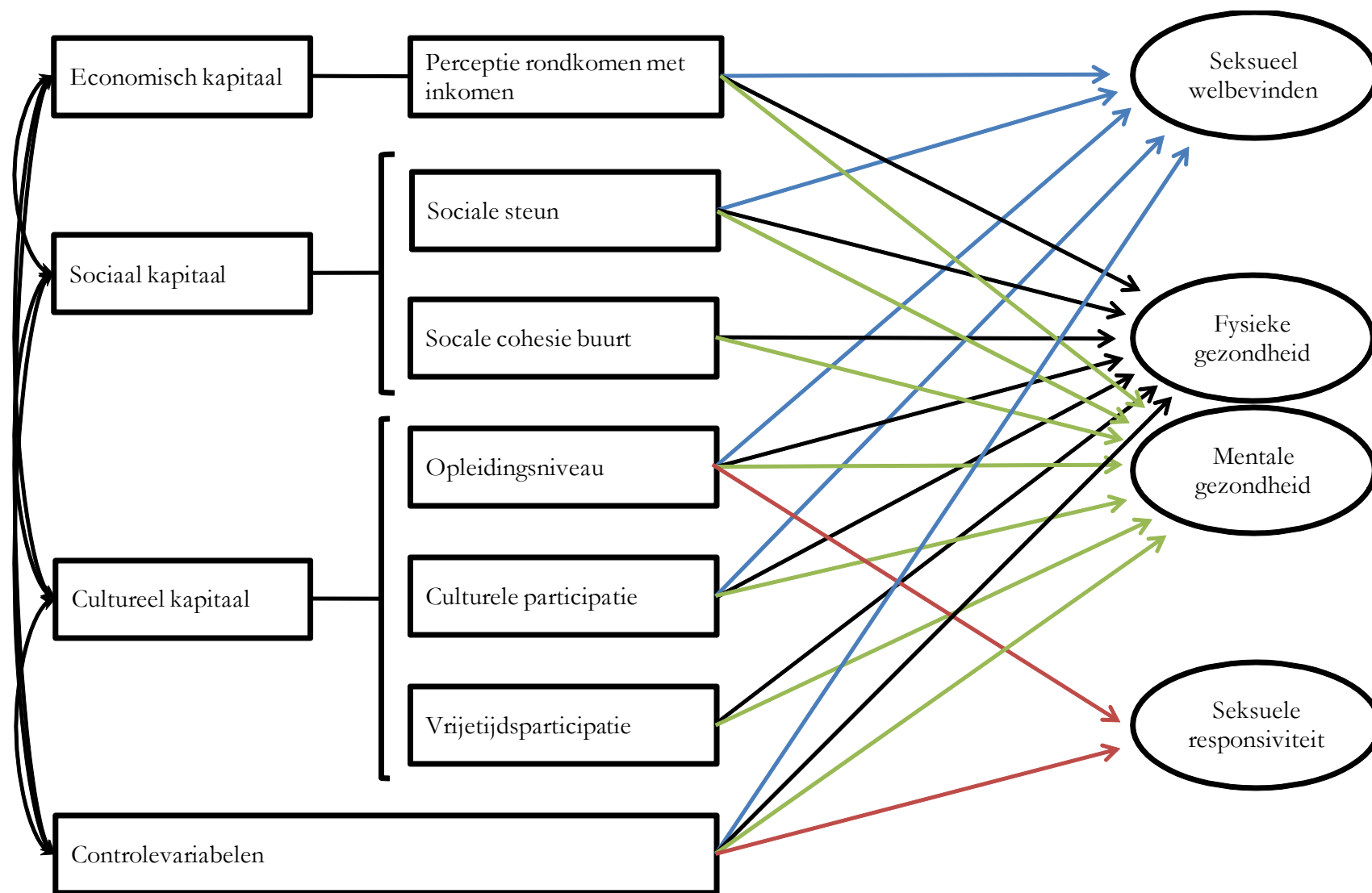
In Hoofdstuk 5.3 bestuderen we een aantal correlaten van seksuele responsiviteit, wat we in kaart brachten door middel van het tweevoudige controlemodel van seksuele respons. Ook in dit hoofdstuk hebben we gebruik gemaakt van OLS regressie waarbij we de seksuele excitatie- en inhibitieschalen uit het tweevoudige controlemodel als afhankelijke variabelen gebruiken. Om sociale verschillen na te gaan, focussen we in dit hoofdstuk op opleidingsniveau. Zoals we eerder al aangaven, is het tweevoudige controlemodel een *state-trait* model waarbij ervan uitgegaan wordt dat deze kenmerken tot stand komen doorheen de seksuele ontwikkeling, waarna deze relatief stabiel blijven. Vanuit deze optiek lijkt het van belang te zijn om variabelen op te nemen die een idee geven van de context waarin mensen hun seksuele ontwikkeling doormaken. Opleidingsniveau lijkt op dit vlak de belangrijkste socio-economische variabele te zijn omdat deze variabele inzicht geeft in het socialisatieproces dat individuen doormaakten (Bourdieu, 1998; Bourdieu & Passeron, 1977). De andere variabelen in verband met de kapitaalvormen, geven daarentegen vooral een inzicht in de huidige situatie van de respondenten, wat in dit verband minder belangrijk lijkt te zijn. Gezien de nieuwheid van het model hebben we hier wel nog een aantal andere

variabelen opgenomen om na te gaan in welke mate zij gecorreleerd zijn met respectievelijk inhibitie en excitatie. Concreet hebben we de volgende variabelen opgenomen: geslacht, leeftijd, mentale en fysieke gezondheid en attitudes ten opzichte van seks.

In Hoofdstuk 5.4 doen we een exploratief onderzoek naar de mogelijke interactie van geslacht en leeftijd in het effect op seksuele excitatie en inhibitie. Het literatuuroverzicht gaf immers aan dat er maar weinig geweten is hieromtrent. Voor deze onderzoeksvraag hebben we gebruik gemaakt van *Local Weighed Regression* (Loess) analyses. Dit is een methode die een *smooth*-curve schat op basis van de scatterplot tussen twee metrische variabelen (Jacoby, 2000). Het resultaat van zo een analyse is een figuur waarin de associatie tussen twee variabelen wordt weergegeven door een curve. Aangezien Loess een non-parametrische methode is, worden er geen assumpties gemaakt over de vorm van deze *smooth*-curve, wat “de data toelaat om voor zichzelf te spreken” (Jacoby, 2000, p. 578, eigen vertaling). Bijkomend kunnen er bij Loess-analyses ook betrouwbaarheidsintervallen rond de *smooth*-curve geschat worden. Door deze betrouwbaarheidsintervallen te bekijken, kan nagegaan worden of de *smooth*-curves van verschillende groepen statistisch significant van elkaar verschillen. Voor ons is dit interessant omdat dit toelaat om na te gaan in welke mate de curves van respectievelijk mannen en vrouwen van elkaar verschillen. In Hoofdstuk 5.4 zijn we dus nagegaan hoe seksuele excitatie en inhibitie evolueren doorheen de levensloop en of deze ontwikkeling gelijkaardig is bij mannen en vrouwen of niet.

In Figuur 1 geven we het conceptuele model weer waar we ons op gebaseerd hebben voor dit proefschrift. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat we de controlevariabelen niet gespecificeerd hebben omdat deze sterk uiteenliepen tussen de verschillende studies en dit het conceptuele modelodeloos complex zou maken.

Figuur 1. Conceptueel model



5. Empirische studies

5.1 The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: Using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions¹⁵

Abstract

In this article we adopt a Bourdieu-based approach to study social inequalities in perceptions of mental and physical health. Most research takes into account the impact of economic or social capital on health inequalities. Bourdieu, however, distinguishes between three forms of capital that can determine peoples' social position: economic, social and cultural capital. Health research examining the effects of cultural capital is scarce. By simultaneously considering and modelling indicators of each of Bourdieu's forms of capital, we further the understanding of the dynamics of health inequalities. Using data from a large-scale representative survey (N = 1825) in Flanders –Belgium – we find that each of the forms of capital has a net effect on perceptions of physical and mental health, which persists after controlling for the other forms of capital and for the effects of other correlates of perceived health. The only exception is that the cultural capital indicators are not related to mental health. These results confirm the value of a Bourdieu-based approach and indicate the need to consider economic, social and cultural capital to obtain a better understanding of social inequality in health.

¹⁵ Deze studie zal gepubliceerd worden als Pinxten, W. & Lievens, J. (2014). The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: Using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions. *Sociology of Health & Illness*, 36(8).

5.1.1 Introduction

Social position remains an important determinant of health: “differential health status is probably the most enduring and incontrovertible indication of class” (Bennett et al., 2009, p. 152). More research, however, is necessary to fully understand the dynamics of the social divide in health (Mackenbach, 2012).

In this article, we examine the usefulness of Bourdieu’s theory of capital in studying differences in physical and mental health. Bourdieu (1984) argues that people from different social positions differ from one another with regard to their possession of three forms of capital: social, cultural and economic capital. Each of these forms of capital can be considered as a resource that might be useful for acquiring or maintaining good health: “The resources needed to select or adopt specific health-relevant lifestyles emerge from the interplay between economic, social and cultural capital. In this dynamic form social inequalities affect — through collective behavioural variations — people’s health status and risks” (Abel, 2008, p. 3). Recent health research has paid much attention to economic and social capital, but cultural capital lags behind in relevant studies.

By adopting a Bourdieusian approach and consequently considering the three forms of capital, this article furthers discussions on social determinants of health in two ways. Firstly, by simultaneously including indicators of the three forms of capital we can assess the net effects of each of them. Secondly, we pay particular attention to the cultural capital component, which remains largely unexplored in health research to date, and include measurements for institutionalised (education) and embodied (cultural participation) cultural capital.

5.1.2 The social gradient in health

The social gradient in health refers to the gradual positive association between social position and health that is observed for a wide variety of health indicators (Adler et al., 1994). This gradient implies that each improvement or worsening of someone’s social position is associated with a similar change in health. Although the direction of causality could be questioned, research shows that it is social position that impacts on health (Carpiano et al., 2008).

Despite all research on the social gradient, questions remain about its existence and persistence (Mackenbach, 2012). Moreover, a great deal of discussion remains concerning the definition and operationalisation of social position. Carpiano et al. (2008) attribute this to the complex nature of social position: “Social class remains largely a ‘black box’ of causal factors and mechanisms” (p. 246). Even with regard to the terminology there is no consensus: the terms social class, social status, social inequality, social stratification and socioeconomic position are used seemingly at random without any reference to the theoretical background (Liberatos et al.,

1998). As Krieger et al. (1997) posit: “When socioeconomic data are included in public health analyses, they often are presented with little or no theoretical justification, are measured and modelled eclectically, and are primarily used by researchers to ‘control’ for, rather than study the effects of, socioeconomic position on health” (p. 342). Prandy (1999) also refers to the multidimensional nature of social position which should be taken into account in its measurement.

In summary, we can say that a great deal of work has been done with regard to examining the social gradient in health. However, questions remain and appropriate measurements of social position should be taken into account. In this regard, a Bourdieusian approach toward social position seems promising (Abel, 2007; 2008; Veenstra, 2007). We will discuss its merits in detail in the following section.

5.1.3 A Bourdieu-based framework in health research

Central to Bourdieu’s (1984) theoretical framework is the concept of habitus, which refers to a system of dispositions that guides people’s choices and attitudes. The habitus expresses itself in all domains of life: in aesthetic preferences, cultural practices and choices related to health behaviour, in short, in lifestyles and in ways of being.

While Bourdieu’s conception of habitus changes throughout his oeuvre (Daenekindt and Roose, 2012) the constant theme is that individuals are *disposed* because they are *exposed* (Bourdieu, 2000). Individuals are socialised by their environment and people living in similar life conditions — that is occupying a similar position in social space — tend to develop a similar habitus, thus sharing similar lifestyles. Accordingly, there is a homology between the social space and the space of lifestyles. People’s tastes, preferences and behaviour are consequently structured along the configuration of social space, and lifestyles can be considered a marker of social position (Bourdieu, 1984).

To situate people in social space, Bourdieu introduced his theory of capital. Bourdieu (1986) criticises the focus on monetary exchange and defines capital as “accumulated labor (in its materialized form or its ‘incorporated’ embodied form)” (p. 241). In particular, Bourdieu considers the amount and composition, and the evolution in the amount and composition of three forms of capital to determine an individual’s position in social space, that is social, economic and cultural capital. He furthermore stresses the interplay between the different forms of capital in that they can be converted into one another and that the use and the acquisition of a specific capital form, depends on the other forms of capital.

Bourdieu’s concept of social position is relational, in that people’s social position depends on their relationship to the position of others in social space. People with a similar amount and composition of the different forms of capital are closer together in social space, and this group of

people consequently has the potential to become a social class. Possession of these forms of capital, furthermore, determines people's power position in specific fields. A field refers to a specific social arena in social life (Bourdieu, 1984). In each field, specific power dynamics are at play, which makes certain people more adapted than other to act in this field.

Bourdieu never conducted research on health, but his capital theory can be applied to the study of health inequalities. Each of the forms of capital and the interplay between them, can in this respect be considered as important in acquiring or maintaining good health (Abel and Frohlich, 2012). The application of this framework has several merits. Firstly, it provides a theoretical background to for interpreting differences in health, instead of merely establishing them (Abel, 2007). Secondly, it allows us to account for the claim that a diverse gamut of resources is important in understanding health inequalities (Grineski, 2009). Thirdly, Bourdieu's framework offers an insight into frequently neglected indicators of social structure that influence health, such as cultural elements (Veenstra, 2007). Finally, Morrow (1999) stresses that this framework is especially useful for avoiding ending up in the deficit theory syndrome, which refers to approaches emphasising the resources that unsuccessful individuals lack. Bourdieu's theory stresses the resources that people *have* and not the resources they *lack*, which makes it more a theory of privilege than a theory of inadequacy.

In the following sections, we summarise the literature on the possible health effects of each form of capital. Our discussion of economic and social capital is limited since a large amount of literature already exists on this subject. Instead, we pay particular attention to studies that examine the impact of cultural capital on health, an association that has received only scant attention thus far (Abel, 2008).

5.1.3.1 Economic capital

Economic capital refers to material assets that are “immediately and directly convertible into money and may be institutionalized in the form of property rights” (Bourdieu, 1986, p. 242). Economic capital includes all kinds of material resources (e.g. financial resources, land or property ownership) that could be used to acquire or maintain better health.

We distinguish between two pathways to explain the impact of economic capital on health (Mirowsky and Ross, 2003). In the materialist interpretation, the amount of material resources is positively related to health outcomes. Following this interpretation, actual differences in material resources determine the probability that an individual encounters health problems or stress and which health behaviours they adopt. The psychosocial interpretation emphasises the social meaning of differences in the available amount of economic capital. In this respect, having little economic capital can cause more stress and feelings of powerlessness, thus adversely influencing health.

5.1.3.2 Social capital

Social capital has received a substantial amount of attention in past decades. Song (2013) distinguishes between two schools of thought on social capital. Advocates of the first school (such as Coleman and Putnam), consider social capital as a collective feature of society (e.g. a general level of trust), which cannot be possessed by individuals. In Bourdieu's account, by contrast, social capital is a network-based resource that is available in relationships and consequently accrues to individuals. He defines social capital as "the aggregate of the actual or potential resources which are linked to the possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition" (Bourdieu, 1986, p. 247). Social capital is used both as a network-based and a collective feature in health research, but few studies refer to Bourdieu (Song, 2013).

What is problematic in Bourdieu's social capital theory is that he never described how it should be measured. Ziersch (2005), Carpiano (2006) and Song (2011) have all paid attention to operationalising network-based approaches of social capital. Ziersch (2005) distinguishes between two mutually influencing components of social capital. The social capital infrastructure that consists of both cognitive (e.g. trust) and structural (e.g. formal and informal networks) elements and the social capital resources that seem to flow from this infrastructure, like social support and social cohesion. Carpiano (2006) applied Bourdieu's framework to create a neighbourhood resource-based theory of social capital. He distinguishes between structural antecedents (e.g. the ethnic or social composition of a neighbourhood), social cohesion and social capital. Carpiano differentiates between four types of social capital that can be available in social networks: social support, social leverage, informal social control and community organisation participation. In contrast to Ziersch and Carpiano, Song (2011) reserves the term social capital exclusively for the resources that are available in a social network. She argues that although social capital, social cohesion, social integration and social support are often used interchangeably, social capital should be considered a distinct concept.

Song (2011) summarises 10 mechanisms through which social capital can have a direct impact on health. These mechanisms vary from reduced stress and isolation and applying healthier norms and behaviour to more access to information and health facilities.

5.1.3.3 Cultural capital

Although only limited attention has been paid to cultural capital in health research thus far (Abel, 2008), it might be relevant as well: "If it is true that cultural capital has comparable qualities to other forms of capital, then it may also be true that accumulation of such capital leads to improved health outcomes" (Khawaja and Mowafi, 2006, p. 445). Mackenbach (2012), moreover, identifies cultural capital as a promising approach to explain health inequalities.

Bourdieu (1986) distinguishes between three forms of cultural capital. Cultural capital in the institutionalised state refers to educational attainment. Objectified cultural capital concerns the possession of cultural goods. The embodied or incorporated state refers to people's values, skills, knowledge and tastes. Education – (that is institutionalised cultural capital) – is often used as a health determinant in research (Muntaner et al., 2003), but there are indications that embodied cultural capital is also relevant to health: “it is in this form that cultural capital becomes a key component that links people's social position with the behavioural aspects of health inequality” (Abel, 2008, p. 2). We consequently focus on the effects of this type of cultural capital on health. Furthermore, we stay close to Bourdieu's account of embodied cultural capital by assessing differences in cultural participation (Yaish and Katz-Gerro, 2010). Another approach towards embodied cultural capital focuses on health-related knowledge, skills and beliefs (or health lifestyles), for example the knowledge of medical terms or communication skills (Cockerham, 2005; Shim, 2010). These authors consider embodied cultural capital in a field-specific way.

In recent years, studies have indicated that embodied cultural capital defined as cultural participation matters to health. Wilkinson et al. (2007) showed that the amount of cultural activities in which respondents participate is positively related to self-rated health, after controlling for socio-demographic variables. Bygren et al. (2009a), Johansson et al. (2001) and Nummela et al. (2008) also observed a positive net effect of cultural participation on self-rated health. Other studies established positive net effects of different indicators of cultural participation on survival and mortality (Bygren et al., 2009b; Glass et al., 1999; Konlaan et al., 2000; Hyyppä et al., 2005; Väänänen et al., 2009). Grossi et al. (2011) associated cultural participation with better mental health.

The studies cited above examined the impact of cultural participation on health. This might have an important drawback since it is unclear whether the beneficial health effects result from participation in cultural activities as such, or instead from participating in outdoor activities (Bygren et al., 2009b). More elaborate accounts of cultural capital have been used in other studies. Cuypers et al. (2012), for example, demonstrated that both receptive cultural participation (such as attending a concert) and active cultural participation (such as sculpting or painting) are related to fear, depression, life-satisfaction and general health, after controlling for socio-demographic variables. Frie and Janssen (2009) plotted indicators of social position, lifestyle and health in a three-dimensional space and observed that lifestyles are related to physical functioning and self-rated health. Pampel (2012) found that both cultural participation and tastes are important in understanding differences in body weight, after controlling for socioeconomic status.

We wish to go further than the studies cited above in three ways. Firstly, we also take measurements of social and economic capital into account (similar to Grineski, 2009; Veenstra, 2007; Veenstra and Patterson, 2012). Secondly, we include measurements for several aspects of

cultural capital. Finally, we take recreational participation into account, to examine whether this affects health.

The important question that remains is why cultural participation could positively affect health. Bygren et al. (2009a) discussed three alternative explanatory schemes. The philosophical discourse focuses on the positive effect of aesthetic experiences, which help individuals to contextualise and accept their situation. The biological and psychological approach refers to its effects on brain structure and cognitive functioning. Psychological explanations focus on improved capacities to express and interpret emotions. Yet another possible explanation is more closely related to Bourdieu's work: cultural capital can be considered as an important bearer of meaning and an essential element of social hierarchy in contemporary society (Elchardus, 2009; Katz-Gerro, 2004; Veenstra, 2007). Cultural capital thus marks differences in social standing, lifestyles, openness to experiences and symbolic resources that can be used to improve health.

5.1.4 Research questions

Our central research question is to what extent the three forms of capital (economic, social and cultural) explain differences in health, after controlling for one another and for other health determinants. Since these forms of capital supplement each other (Bourdieu, 1986), we follow the recommendation to consider simultaneously the three forms of capital (Grineski, 2009; Stephens, 2008; Veenstra, 2007). We expect that higher levels of capital, in its three forms, are positively associated with health.

5.1.5 Methods

5.1.5.1 Data

This study draws on data from 'Sexual Health in Flanders' (Buysse et al., 2013), a large-scale representative survey on sexual health in Flanders (Belgium). Respondents aged between 14 and 80 were randomly selected from the Belgian National Register. All data were gathered via face-to-face interviews, with a combination of computer-assisted personal interviewing (CAPI) and computer-assisted self-interviewing (CASI). Data were collected between February 2011 and January 2012 and the final database consists of 1832 respondents (a response rate of 40 percent of the eligible respondents). After data collection, the data were weighted by gender, age and schooling level to make it representative of the Flemish population aged 14 to 80.

5.1.5.2 Data analysis

We used analyses of variance (ANOVA) with Welch F-tests to estimate the bivariate association between the independent variables and the health measurements. In the multivariate analyses, we applied ordinary least squares regression. We used R^2 -change F-tests to determine whether categorical variables as a whole, contributed statistically significantly to explaining the variation in the dependent variable. All analyses were carried out on the weighted dataset.

5.1.5.3 Operationalisation

We drew on the Short-Form Health Survey (SF-12) to measure health (Ware et al., 1996). This provides a valid assessment of physical and mental health in a general population (Gandek et al. 1998). The SF-12 includes questions on diverse aspects of people's functioning and comprises two subscales. The physical component subscale (PCS) measures the respondents' perception of their physical health. By summing the scores for the different items we obtained a sum score ranging from 6 to 20 with a mean of 16.83 ($SD = 2.8$). The mental component subscale (MCS) measures the respondents' perception of their mental health. The sum score for this scale ranged from 9 to 27 with a mean of 22.02 ($SD = 3.3$). The higher the score, the better the respondents' evaluation of their health.

To measure economic capital, we used a question on the respondents' perception that they could live comfortably with their available income. Answers ranged on a seven-point scale from *it is very difficult to live comfortably* to *we can live very comfortably*. This question captures the extent to which respondents had sufficient resources to meet their daily needs and is an indicator of economic capital. We recoded this indicator into a variable with three categories, distinguishing between people who have difficulty living comfortably (answers 1-3), people who do not find it really difficult to live comfortably (answers 4-5) and people who find it very easy to live comfortably (answers 6-7). In the questionnaire, respondents were also asked to indicate their actual family income. However, we decided not to use this variable in this article because 15 percent of the respondents refused to answer, whereas non-response was close to zero for the question on subjective income. Additional analyses, moreover, revealed a strong association between the subjective and the actual income variable. People experiencing difficulty in living comfortably have a mean monthly income of €1804 (median = €1650), people who have no real difficulty in living comfortably have a mean income of €2453 (median = €2450) and the group that finds it easy to live comfortably has a mean income of €3094 (median = €3224). Differences between these mean incomes are statistically significant at the 0.001 level, which also applies to all pairwise comparisons (ANOVA Welch F-test with Games-Howell post hoc tests).

In line with Bourdieu, we focused on social capital as a network-based resource. An important limitation, however, is that no measurements of the resources of the respondents'

network members were included in the questionnaire. To account somewhat for differences in social capital we included two other network-based measurements: neighbourhood social cohesion and social support. We are aware that these are distinct theoretical concepts that cannot be equated with a strict conceptualisation of social capital. However, both Ziersch (2005) and Carpiano (2006) included social support and social cohesion as part of their conceptual model of social capital, which provides some justification of the inclusion of these indicators.

- To measure social cohesion in the respondent's neighbourhood, we used a subscale of Sampson, Raudenbush and Earl's (1997) collective efficacy measure. Respondents had to indicate to what extent they agreed with each of five statements regarding their neighbourhood. Answers ranged on a five-point scale from *strongly disagree* to *strongly agree*. A Cronbach's alpha of 0.822 indicates strong internal consistency for the different items. We took the sum score and divided it into three categories: low (sum score of 17 or less), moderate (sum score from 18 to 20) and high (sum score larger than 20) neighbourhood cohesion.
- We operationalised social support with five items measuring the extent to which a respondent could rely on others in five situations: for talking to someone, for going on a day out, if they are ill, if they have financial problems, or for emotional support when someone dies. Answers ranged on a five-point scale from *strongly disagree* to *strongly agree*. Scores on the five items were summed (Cronbach's alpha = 0.73) and recoded into three categories: little social support (sum score of 18 or less), a moderate amount of social support (sum score from 19 to 22) and a high level of social support (sum score higher than 22).

We include measurements for both institutionalised and embodied cultural capital. To measure institutionalised cultural capital we used the respondent's educational level. With regard to embodied cultural capital, we included two measurements for outdoor participation. The first focused explicitly on participation in cultural activities (Yaish and Katz-Gerro, 2010). The second captured the amount of other recreational activities that respondents participated in. We included the latter to test whether there were differences between the effects of attending cultural or recreational activities. In this way we took into account the suggestion of Bygren et al. (2009b) that "it would be useful to know whether there are health benefits to be gained from attending cultural events that may have broader appeal or from other leisure time stimulation" (p. 70).

- We distinguished between five categories in our measurement for educational level: still going to school; no education completed/primary school education completed; lower secondary education completed; higher secondary education completed; higher education completed.
- Cultural participation was assessed by four different cultural activities: attending a concert; attending a musical, show, revue or stand-up comedy; attending a play, ballet or dance performance; visiting a museum or exhibition. Respondents could answer on a

seven-point scale, ranging from *not in the past 6 months* to *daily*. We recoded the four questions into one item with three categories. The first category comprises the non-participants; the second includes the respondents who participate occasionally (one to three activities); the last category consists of those who participate frequently (more than three activities).

- We included two items capturing other recreational activities: going to a zoo or an amusement park and going to a fair. Respondents could answer on a seven-point scale how often they had participated in each of these activities in the previous six months. We distinguished between respondents who did not visit a zoo, fair or amusement park in the previous six months; those who occasionally visited them (one or two activities); and respondents who visited them frequently (three or more activities).

In the previous paragraphs, we presume that it is cultural participation that influences health. However, people with poorer health may experience health-related barriers to participation, which could also explain an association between not participating and worse health. To control for this possibility, we included a variable on active sports participation: we distinguished between people who engaged in sports at least once a week and people who do so less than once a week. Finally, we controlled for age and gender.

5.1.6 Results

Table 1 summarises the descriptives of the sample. ANOVAs show that there are statistically significant differences in the mean physical and mental health perception scores between the categories for all the independent variables. However, there are two exceptions: the mean mental component scores of the respondents in the different age groups and of the recreational participation groups do not differ statistically significantly from one another.

Table 1. Descriptives of the sample with mean physical (PCS) and mental component scores (MCS) and ANOVA Welch F-tests

	Percentage	Mean PCS	ANOVA	Mean MCS	ANOVA
Gender			(1, 1759) = 27.3**		(1, 1730) = 88.5**
Male	49.80%	17.2		22.7	
Female	50.20%	16.5		21.3	
Age			(4, 835) = 33.6**		(4, 853) = 1.4
14-25	19.10%	17.6		21.7	
26-40	23.50%	17.5		22.2	
41-54	25.10%	16.9		22.1	
55-65	17.10%	16.3		22.2	
65+	15.20%	15.3		21.9	
Sports			(1, 1670) = 90.5**		(1, 1759) = 40.2**
Not/seldom participating in sports	49.50%	16.2		21.5	
Frequently participating in sports	50.50%	17.4		22.5	
Income					
Difficult to live comfortably	12.50%	15.6	(2, 594) = 26.7**	21	(2, 583) = 23.1**
Not really difficult to live comfortably	39.90%	16.7		21.7	
Easy to live comfortably	46.50%	17.3		22.5	
Social support			(2, 840) = 11.6**		(2, 853) = 12.1**
Little	19.40%	16.1		21.3	
Moderate	50.40%	16.9		22.1	
Much	30.20%	17.1		22.4	
Neighbourhood social cohesion			(2, 1164) = 4.1*		(2, 1168) = 15.3**
Little	32.20%	16.7		21.5	
Moderate	33.40%	17.1		22	

Much	31.40%	16.6	22.6
Education			(4, 828) = 27**
Going to school	11.60%	17.7	22.1
No education/only primary education	18.20%	15.7	21.7
Lower secondary education	20.50%	16.6	22.1
Higher secondary education	22.60%	16.8	21.8
Higher education	27.10%	17.4	22.4
Cultural participation			(2, 906) = 21.6**
No participation	39.30%	16.3	21.7
Occasional participation	42.40%	17.3	22.2
Frequent participation	18.30%	17	22.2
Recreational participation			(2, 1112) = 13.1**
No participation	46.40%	16.5	21.9
Occasional participation	27.10%	17.1	22.1
Frequent participation	26.50%	17.1	22.2

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$. The physical component scores range between 6 and 20; the mental component scores between 9 and 27.

The results of the multivariate analyses are shown in Table 2. Moreover, we conducted R²-change F-tests to determine whether the categorical variables as a whole contribute statistically significantly to the model (not shown). To obtain this parameter, we performed stepwise regressions of the final model, where we exclude one of the variables with multiple dummies in the second step of a stepwise regression. The resulting R²-change parameter indicates whether the proportion of explained variance changes statistically significantly. This operation was repeated for all the measurements with multiple dummy variables.

For physical health, we observed statistically significant effects of gender, age and sports participation. Women and elderly respondents had lower scores compared with the reference group, whereas people aged 26 to 40 and people engaging in sports frequently perceived they had better physical health.

Economic capital has an effect in the expected direction: a lower degree of economic capital is associated with perceptions of having worse physical health. Furthermore, we observed that a low level of social support is negatively related to physical health. In respect of cultural capital, we observed that non-participants show worse health than people who participate occasionally.

Table 2. Unstandardised effects of economic, social and cultural capital on the physical (PCS) and mental (MCS) component scale from the SF-12, controlled for gender, age and sports participation

	PCS	MCS
Intercept	17.29***	21.97***
Gender		
Male (ref.)	-	-
Female	-0.57***	-1.32***
Age		
14-25	0.36	-0.79**
26-40	0.39*	-0.07
41-54 (ref.)	-	-
55-65	-0.34	0.15
65+	-1.13***	0.01
Sports		
Not/seldom participating in sports (ref.)	-	-
Frequently participating in sports	0.61***	0.69***
Income		
Difficult to live comfortably	-0.76***	-0.38
Not really difficult to live comfortably (ref.)	-	-

Easy to live comfortably	0.24	0.68***
Social support		
Little	-0.56**	-0.82***
Moderate (ref.)	-	-
Much	0.15	0.29
Neighbourhood social cohesion		
Little	-0.02	-0.11
Moderate (ref.)	-	-
Much	-0.13	0.53**
Education		
Going to school	0.16	0.66
No education/only primary education	-0.36	0.34
Lower secondary education	0.14	0.53*
Higher secondary education (ref.)	-	-
Higher education	0.28	0.39
Cultural participation		
No participation	-0.44**	-0.31
Occasional participation (ref.)	-	-
Frequent participation	-0.23	-0.18
Recreational participation		
No participation	-0.26	-0.1
Occasional participation (ref.)	-	-
Frequent participation	-0.21	0.098
N	1729	1727
Adjusted R²	14.4	10.1

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

For mental health, gender, age and participating in sports have an effect. Women and younger people score lower on mental health perceptions than their respective reference group. However, the R^2 -change statistic indicates that age does not make a statistically significant contribution to the model. Respondents participating in sports had higher mean scores for mental health compared with those not doing so.

For economic capital we observed that people without financial problems perceived they had better mental health than the reference group. In addition, we found a negative effect of a low level of social support and a positive effect of high neighbourhood social cohesion on perceptions of mental health. Finally, people with lower secondary education had higher mental health scores than people with higher secondary education. However, the R^2 -change F-test indicates that educational level does not make a statistically significant contribution to the model.

Thus far we only included measurements of the amount of capital in the analyses. Bourdieu (1986), however, emphasises the interplay between the different forms of capital. To model this interplay, we tested for interactions between the different forms of capital (not shown). In line with Bourdieu's work (1986) we would expect some sort of compensation and accumulation. However, only in three pairwise interactions, were some of the interaction terms statistically significant and these interaction effects were not consistently interpretable. Due to this lack of clear patterns in the interaction effects, we consider the model without interaction terms to be more parsimonious.

5.1.7 Discussion

In this article, we adopt Bourdieu's capital theory to examine the impact of the different forms of capital on perceptions of mental and physical health. It is important to acknowledge in this regard that each of the forms of capital can be used as a resource to acquire or maintain good health (Abel and Frohlich, 2012).

This article contributes to the discussion on social determinants of health in three ways. Firstly, we confirm the importance of simultaneously including measurements of the different forms of capital since they complement each other, as has already been indicated in previous research (Veenstra, 2007; Veenstra and Patterson, 2012). In this regard, the results indicate that indicators of each of the forms of capital have positive net effects on physical and mental health, with the exception of cultural capital in the analysis of mental health perceptions. The effects of the forms of capital remain after controlling for one another and for gender, age and participation in sports. Secondly, the results point out that cultural participation as an indicator of embodied cultural capital, is relevant to study health differences; however, it applies only to physical health. Finally, the differences in the results for cultural and recreational participation suggest that the beneficial effect on physical health is related to the specific context of participation in cultural activities and not to participation in outdoor activities as such.

We observe that a low level of economic capital has a negative effect on perceptions of physical health and that people with more economic capital perceive their mental health as being better than the reference group. These results suggest there is a positive association between economic capital and measures of health. This positive association is probably related to the increased availability of both better material and psychosocial resources to people with more economic capital (Mirowsky and Ross, 2003).

Furthermore, social support correlated positively with both mental and physical health. Neighbourhood social cohesion is related only to perceptions of mental health. Song (2011) summarises ways in which social capital can enhance health. In our opinion, these can also be applied to social support and neighbourhood social cohesion. The beneficial effect of social

support and cohesion can thus be attributed to various mechanisms from reduced stress and isolation, and applying healthier norms and behaviour to better access to information and health facilities.

The results for the different cultural capital items differ. Education is unrelated to both physical and mental health, which seems somewhat surprising since most studies find education to be positively associated with health (Kamin et al., 2013). The latter authors argue, however, that the impact of education on health might decrease due to increasing numbers of people with a higher educational degree. This increase partly reduces the value of education: “education alone does no longer guarantee improved life chances” (p. 109). Furthermore, cultural participation has a net positive effect on physical but not on mental health perception. To test whether the effect of cultural participation is due to the specific context of cultural participation or to spending leisure time outdoors, we included a measurement for recreational participation. This indicator, however, is unrelated to health, either physical or mental. That we found an effect of cultural but not of recreational participation on physical health, suggests that the positive effect of cultural participation is related to its specific context. There are different explanations for the association between health and cultural participation: cultural participation can make people more at ease with their life, it can influence cognitive functioning or the brain structure or it can increase the capacity to express and interpret emotions (Bygren et al., 2009a). Another explanation is more closely related to Bourdieu’s own work: it is also possible that cultural capital acts as a bearer of symbolic meaning, thus embodying an essential element of social hierarchy (Khawaja and Mowafi, 2006; Veenstra, 2007; Abel, 2008; Pampel, 2012). Accordingly, cultural capital is associated with social standing, lifestyles, openness to experiences and symbolic resources that might impact on health. Furthermore, that cultural participation is only associated with physical health might help eliminate some possible explanations. If the beneficial effect is related to a better capacity to express and interpret emotions, we would expect a stronger effect on mental health perceptions and less on physical health. The same applies to the explanation that cultural participation makes people more at ease with their life. The absence of an effect on mental health consequently might suggest that the effect on physical health is explained by differences in cognitive functioning or brain structure or differences in social standing, lifestyles and available symbolic resources. This, however, remains a tentative interpretation.

Finally, we tested pairwise interactions between the capital variables to incorporate the interplay between the forms of capital. However, only three of these interactions were statistically significant and they were not easily interpretable. This is in line with Veenstra and Patterson’s (2012) study on the impact of the different forms of capital on mortality. They found only a few marginally significant interaction terms. These results might suggest that the interplay between the different forms of capital is less important in explaining health differences. This, however, seems surprising given the importance that Bourdieu paid to this interplay. Alternatively it might

be due to a limited operationalisation of our measures and the limited modelling of the capital interplay.

There are some important limitations to this study. Firstly, by focusing on differences in the amount of capital we miss an interesting feature of Bourdieu's (1984) theory of capital, that is, that of social position as a relational construct. As put forward by Muntaner et al. (2003), the relational aspect and social stratification are two distinct facets of social inequality. Our focus on the amount of capital, allows us to account for differences in social stratification, but we cannot measure the relational aspect. Bourdieu applied multiple correspondence analysis to model this feature of social position. With this technique, however, it is not possible to calculate net effects or significance tests.

Secondly, we used interaction terms to model the interplay between the forms of capital. However, this interplay is much more complex (Abel and Frohlich, 2012; Bourdieu, 1986). For example, we cannot assess how people convert one form of capital into another. Longitudinal studies offer interesting possibilities in this regard. Thirdly, we are aware that we cannot claim causality based on this cross-sectional dataset. For instance, we control for sports participation to limit the possibility of reverse causality in the association between cultural participation and health. However, despite the inclusion of this indicator it is still possible that long-standing illness or impairment explains the association of cultural participation and physical health. We have no adequate measures to take this into account which is an important limitation.

Finally, the operationalisation of the different forms of capital is crude. With regard to social capital, we used measures of social support and social cohesion. Although these concepts are integrated in both Ziersch (2005) and Carpiano's (2006) conceptualisation of social capital, we are aware that this is very limited since these are only two elements from Ziersch and Carpiano's conceptualisation whereas others are not included. More important this ignores Song's (2011) critique that social support, social cohesion, and social capital are incorrectly used interchangeable. Song asserts that social capital refers exclusively to the resources of one's network members and that it should be studied as such. We did not capture this dimension which is a significant limitation of our study. Relating to cultural capital, we did not include measurements of attitudes, preferences and tastes which is a distinct set of cultural capital indicators (Yaish and Katz-Gerro, 2010). Furthermore, we did not measure health-related cultural capital, that is health lifestyles (Cockerham, 2005; Shim, 2010). From this point of view, various kinds of health behaviour, knowledge, beliefs and skills (e.g. smoking, drinking, knowledge of medical terms and communication skills) are important in explaining health inequalities.

Finally, we formulate some recommendations for future research. More research is necessary to disentangle which mechanisms explain the associations of the forms of capital with health. The different types of interplay between the forms of capital deserve more attention in future studies. Future research should examine the relational aspect of social position, possibly by means of multiple correspondence analysis. The complexity of conceptualising social capital as a

network-based resource should be examined: especially the relation between the resources of one's network members and other network-based concepts might be interesting. Finally, the cultural capital component of Bourdieu's capital theory deserves extra attention. This relates to measurements of attitudes, preferences, tastes, health-related cultural capital, and the association between these cultural capital indicators.

Despite the shortcomings, our study indicates the necessity of including three forms of capital simultaneously and, moreover, demonstrates the importance of cultural capital in understanding differences in physical health perceptions.

5.2 Social inequalities in sexual well-being: An application of Bourdieu's capital theory¹⁶

Abstract

Recently, we have witnessed a steady increase in the number of studies on subjective sexual well-being, which refers to an individual's evaluation of their own sexuality. The increase in the number of studies can be considered as part of a broader development to approach sexuality from a positive point of view in research. Studies of other well-being indicators have consistently found a positive association between well-being and social position. However, it is unclear to what extent this applies to sexual well-being. In this article, we aim to address the gap in existing literature by examining the association of sexual satisfaction with social position. Specifically, we apply Bourdieu's capital theory to conceptualize social position and we therefore include measurements of social, economic, and cultural capital. We control for the effects of age, gender, partner status, childhood sexual abuse, sexual victimization as an adult, mental health, and sexual dysfunctions. To study this, we use data from Sexpert, a representative study on the sexual health in Flanders (Belgium). The results indicate that each of our indicators of social position (i.e. social, economic, and cultural capital measurements) is associated with sexual satisfaction. These effects, however, are quite limited in strength. An interesting conclusion can be drawn from this, in that it might indicate social inequality is only of limited importance in such a private realm as sexuality.

¹⁶ In review bij *Social Indicators Research*.

5.2.1 Introduction

Since the beginning of the 21st century, increasing attention has been paid in sexuality research to subjective sexual well-being. This concept refers to the “cognitive and emotional evaluation of an individual’s sexuality” (Laumann et al. 2006; Öberg, Fugl-Meyer, and Fugl-Meyer 2002). Rosen et al. (2009) argued that studies focusing on sexual well-being approach sexuality from a positive point of view, which makes them an interesting addition to the vast amount of literature that exists on sexual dysfunctions. Similarly, Rosen and Bachmann (2008) asserted that insight into the determinants of individuals’ sexual well-being fits into a positive approach toward health.

Despite the growing attention to the concept of sexual well-being, many questions remain (Laumann et al. 2006; Stephenson and Meston 2010). In this article, we examine the extent to which social determinants explain differences in subjective sexual well-being. Research has consistently shown that health and general well-being are influenced by social determinants: “it is well recognized by a broad public health community, including researches, practitioners and policy makers, that health and wellbeing have important social and economic determinants.” (Carlisle, Hanlon, and Hannah 2008 p. 631). However, it is not clear to what extent this also applies to sexual well-being. In a similar vein, Christensen, Grønbeck, Osler, Pedersen, Graugaard, and Frisch (2011) asserted that it is unclear to what extent social inequality in sexual health exists. This might be due to the relatively few sociological studies on sexuality and sexual health, compared with medical and psychological research (Ehrmann 1963; Laumann et al. 1994; Weinberg, Lottes, and Gordon 1997).

With this article, we aim to address this gap in existing research by focusing on the association between social position and sexual well-being. Social position is still an important determinant of differences in general well-being (e.g., Carlisle et al. 2008; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, and Marks 1997; Stansfeld, Head, and Marmot 1998). It could accordingly be expected that it might also have an impact on sexual well-being. Our second aim is to tackle the criticism made by Higgins and Browne (2008) that the concept of social position “has been oversimplified in public health research on sexuality” (p. 233). In response to this criticism, we apply Bourdieu’s capital theory to study differences in sexual well-being. Bourdieu (1984) considered that three forms of capital determine people’s position in social space: economic, social, and cultural capital. Higgins and Browne (2008) asserted that the cultural capital component in particular is interesting to consider in research on sexuality: “We and others (Skeggs, 1997) argue that these latter cultural and psychological dimensions of social class may be equally if not more important in shaping sexual behavior than income and education” (p. 235). Therefore, in this article we include measurements of different types of cultural capital.

5.2.2 Bourdieu's capital theory

One of the key concepts in Bourdieu's (1984; 1998) framework is the habitus, which refers to a system of dispositions or schemes toward action, appreciation, and perception. These dispositions guide people's behavioral choices, tastes, and attitudes in all domains of life: in aesthetic preferences, cultural practices, choices related to health behavior, etcetera. In other words, in lifestyles and in ways of being. Daenekindt and Roose (2012) aptly pointed out that Bourdieu's conceptualization of habitus varies through his work, but that the constant theme is that individuals are *disposed* because they are *exposed* (Bourdieu 2000). People with similar conditions of living – and who therefore have a similar position in social space – are exposed to similar socialization influences and consequently tend to develop a similar habitus, hence sharing a similar lifestyle. Bourdieu therefore argued that all social positions concord with a specific lifestyle, or in other words that there is a homology between the social space and the space of lifestyles. Consequently, people's taste, behavior, and preferences can be considered as a marker of social position (Bourdieu 1984).

Bourdieu (1984; 1998) used three forms of capital to position people in the social space: cultural, economic, and social capital. Both the amount and composition of these forms of capital are important, in that people with a similar amount and composition of the types of capital are closer together in social space. Such groups consequently have the potential to become a social class. It is furthermore important to note that the possession of the different forms of capital determines people's power position in specific fields. Fields are social arenas in social life, in which specific power dynamics are at play. Differences in the available capital make certain people more adapted than others to act in a specific field.

In an application of Bourdieu's capital theory, measurements of economic, social, and cultural capital should be incorporated simultaneously. Economic capital refers to material assets that are “immediately and directly convertible into money and may be institutionalized in the form of property rights” (Bourdieu 1986 p. 242). Economic capital thus comprises various material and financial resources, such as financial supplies, property ownership, inheritance, etc.

Bourdieu (1986) defined social capital as “the aggregate of the actual or potential resources which are linked to the possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition” (p. 247). In his description, social capital is considered as a network-based resource that accrues to individuals, which sets him apart from other theorists of social capital such as Coleman and Putnam¹⁷ (Song 2013). However, it is problematic that Bourdieu never described how to measure social capital (Song 2013). In

¹⁷ Coleman and Putnam consider social capital as a public good that cannot be possessed by individuals, but instead is part of social structure (Song, 2013). An example of such a public good is a general social trust that can be present in a society.

response to this gap in Bourdieu's work, Ziersch (2005) and Carpiano (2006) each attempted to conceptualize social capital from a Bourdieusian point of view. According to Ziersch (2005), social capital is made up of two components. First, there is the infrastructure of social capital (e.g., trust or informal networks) and second, the resources resulting from the infrastructure (e.g., social support or cohesion). Carpiano (2006) in turn distinguished between structural antecedents (e.g., income inequality in the neighborhood or its ethnic composition), social cohesion, and social capital. With regard to social capital, he differentiated between four different forms: social support, social leverage, neighborhood organization participation, and informal social control. Song (2011), by contrast, was critical concerning conceptualizations of social capital as social support, social cohesion, or social integration. She argued that the term social capital should be used only to refer to the resources available in people's social network. The literature cited here exemplifies the ongoing debate about the conceptualization of social capital as a network-based resource.

Lastly, Bourdieu (1984; 1986) distinguished between three forms of cultural capital. Cultural capital in the institutionalized state refers to educational attainment. Objectified cultural capital concerns the possession of cultural goods. The embodied or incorporated state refers to people's values, skills, knowledge, and tastes. Swidler (1986) provided an interesting point of view to grasp the essence of cultural capital. She pointed out that cultural capital functions as a 'tool kit' for constructing 'strategies of action' (p. 277). In this account, the term strategies does not refer to conscious action plans, but rather to general styles of action. Cultural capital thus refers to a tool kit of beliefs, habits, and attitudes (i.e., a particular worldview), which does not push the actions of an individual into one direction, but rather outlines a repertoire of possible actions from which the individual can choose. Clift (2012) similarly argued that cultural capital refers to people's social capacities and their competences toward action.

5.2.3 Social inequality in (sexual) well-being

Træen and Schaller (2010) rephrased the definitions of sexual well-being made by Laumann et al. (2006) and Öberg et al. (2002) as "the extent to which the individual's sexual expectations are fulfilled, as well as a balance between the rewarding and problematic sexual issues in one's sexual life" (p. 192). As such, this notion seems closely related to the broader concept of sexual health:

"Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected,

protected and fulfilled.” (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research 2006 p. 5).

However, sexual health is a contested concept and there is much discussion about its dimensions and how to measure it (Ruiz-Muñoz et al. 2013). Moreover, Lottes (2000) argued that the multidimensionality of the sexual health concept makes it difficult to examine it. In our opinion, the concept of sexual well-being is less ambitious in scope compared with sexual health, which makes it a more accessible topic to consider in research.

There seems to be agreement on the definition of sexual well-being made by Laumann et al. (2006) and Öberg et al. (2002). In spite of this consensus, however, it is unclear how subjective sexual well-being should be measured (Laumann et al. 2006). In this regard, Muise, Preyde, Maitland, and Milhausen (2010) argued that “despite the multidimensional approach used to study general well-being, a multi-faceted model of sexual well-being does not exist. Sexual well-being has generally been thought of as one’s level of satisfaction with their sex life” (p. 917). Laumann et al. (2006) justified this focus on judgments of satisfaction by arguing that these types of judgments have always been central to the study of overall well-being. Therefore, their research included measurements of physical and emotional satisfaction, the importance of sex, and how satisfied respondents would be if their sex life stayed the way it was at the time. Træen and Schaller (2010) took a closer look at this operationalization of sexual well-being and noted that Laumann et al. (2006) did not provide a justification for the sexual well-being parameters that they included. Træen and Schaller therefore examined how these components relate to each other. All the parameters seem to be highly correlated, with the exception of the importance of sex and emotional satisfaction. Further, an additional factor analysis indicated that the importance of sex should be excluded from the measurement of sexual well-being. Træen and Schaller (2010) consequently concluded that it does not make sense empirically or theoretically to include the importance of sex as part of the concept of sexual well-being. Other studies have used one item measuring how satisfied people are in general with their sex life (Hooghe 2012; Öberg et al. 2002). Hooghe (2012) justified this choice by referring to the high correlation between the various components of sexual well-being, which was confirmed by the study of Træen and Schaller (2010). More elaborate conceptualizations of sexual well-being, moreover, have been emerging. Muise et al. (2010) incorporated the following indicators into the concept of sexual well-being: sexual self-esteem, sexual satisfaction, sexual awareness, and body image. Kedde, van de Wiel, Schultz, and Wijzen (2013) in turn included measurements of sexual self-image, sexual satisfaction, sexual self-esteem, experience of sexual contact (both positive and negative), and sexual stress. With regard to the last component, Stephenson and Meston (2010) suggested that sexual satisfaction and sexual distress are interrelated but distinct components of sexual well-being. Lastly, Rosen et al. (2009) designed the Female Sexual Well-being Scale, a standardized questionnaire to assess sexual well-being. The brief overview in this paragraph indicates that discussion remains concerning the measurement of sexual well-being.

Only a few authors have included measurements of social position in studies on sexual well-being. For example, Laumann et al. (2006) incorporated education level and employment status in their study, and concluded that the associations with indicators of sexual well-being were inconsistent. They found some statistically significant effects, but no clear patterns emerged. Bancroft, Long, and McCabe (2011) included measurements of both income and education in their study on sexual well-being. They concluded that education is unrelated to the different measurements of sexual well-being and income is negatively associated with the variable for self-assessed sexuality. Træen and Schaller (2010) included a measurement for education level and found no statistically significant associations with different indicators of sexual well-being.

Furthermore, Træen and Schaller (2010) indicated that more studies exist on sexual satisfaction than on subjective sexual well-being. More studies can also be found concerning the association between social inequality and sexual satisfaction. Barrientos and Páez (2006), for example, reported a positive association between education level and sexual satisfaction. They furthermore indicated that socioeconomic position is positively related to sexual satisfaction, but only among women. Ruiz-Muñoz et al. (2013) also found a positive association between sexual satisfaction and education level that applies only to women. Castellanos-Torres, Álvarez-Dardet, Ruiz-Muñoz, and Pérez (2013) similarly concluded that there is a positive association between social class and satisfaction that applies only to women. In their study among women, Fahs and Swank (2011) reported a positive association between education level and sexual satisfaction. By contrast, Pronier and Monk-Turner (2013) found no effect of education level on sexual satisfaction for women. Kim and Jeon (2013) also concluded that education level and by extension, income, are unrelated to sexual satisfaction.

Taken together, we can draw two conclusions from the studies cited above. First, there is no agreement with regard to the effect of social position on sexual satisfaction and well-being. Second, only a few studies on sexual well-being have included measurements of social position, and these studies were not intended to examine social inequalities in health. Consequently, the operationalization of social position is rather limited (Higgins and Browne 2008). In response to this critique, we propose the use of Bourdieu's capital theory to examine social inequalities in sexual well-being. No study to date has used this framework for this purpose. However, there are some studies that have used Bourdieu's capital theory in research on more general well-being. In the remainder of this section, we discuss the applicability of Bourdieu's theory to more general well-being to gain an insight into the underlying mechanisms that might also apply to sexual well-being.

Bourdieu never conducted any research on health or well-being (Montagner 2008), not to mention sexual well-being. However, Veenstra (2007) examined how Bourdieu's depiction of social space explains differences in psychological and physical well-being. He concluded that Bourdieu's capital theory is suitable to explain differences in psychological well-being. Furthermore, Kim and Kim (2009) examined differences in life satisfaction and happiness, and found

positive associations with income, education, and cultural participation as an indicator of cultural capital. In addition, Carlisle and Hanlon (2008) indicated that it might be useful to approach well-being from a Bourdieusian perspective: “Well-being is just one more life-enhancing strategy readily at the disposal of the better-educated and well-off, used in their endless pursuit of ‘authenticity’ and social distinction through consumption and lifestyle practices” (p. 67). This suggests that well-being has evolved into some sort of commodity and that people who are better off aim to acquire better well-being in an attempt to distinguish themselves from people who are worse off. As consumption and lifestyles are associated with individual differences in the access to various forms of capital, social inequality in well-being potentially exists (Carlisle and Hanlon 2007; 2008). In line with Bourdieu’s work, each of the forms of capital can be considered as a resource to maintain or acquire good health (Abel 2008; Abel and Frohlich 2012) or by extension, a good level of (sexual) well-being.

Furthermore, the application of Bourdieu’s framework has several merits for health research that in our opinion also apply to the study of social inequalities in sexual well-being. The first advantage of applying Bourdieu’s framework is that it provides a theoretical background that allows us to interpret social differences that are found (Abel 2007). Second, the framework is multifaceted, including various dimensions of social inequality (Grineski 2009; Veenstra 2007). Higgins and Browne (2008) asserted that the cultural capital component in particular can be important in research on sexuality. Using a qualitative research design, they applied Bourdieu’s framework to examine the social dynamics of sexual risk taking. Their results indicate that cultural capital is as useful as economic capital with regard to understanding differences in how people perceive their sexual needs, sex drive, and sexual refusal. They concluded that greater cultural capital (and the worldview that comes with that) is an important protective factor against adverse sexual health outcomes. In this respect, it is interesting to examine to what extent this also applies to sexual well-being. Third, Bourdieu’s framework stresses the resources that people have and not the ones they lack. As Morrow (1999) emphasized, this makes it a theory of privilege and not of inadequacy, which is useful to avoid the deficit theory syndrome. This refers to theories focusing on the resources that individuals lack.

5.2.4 Research Question

Our central research question is to what extent social inequality in sexual well-being exists. Therefore, we apply Bourdieu’s capital theory, including measurements of economic, social, and cultural capital. In line with more general studies, we consider each of these capital forms as resources to maintain or acquire a good state of (sexual) well-being (Abel 2008). We therefore expect that higher levels of capital are related to better sexual well-being.

5.2.5 Methods

5.2.5.1 Data

This study draws on data from ‘Sexual Health in Flanders’ (Buysse et al. 2013a; 2013b), a large-scale representative survey on sexual health in Flanders (Belgium). The respondents, aged between 14 and 80, were randomly selected from the Belgian National Register. They were questioned about their sexual health and a broad array of other indicators. Data was collected between February 2011 and January 2012 and the final database consists of 1832 respondents (a response rate of 40% of those eligible).

After data collection, the data was weighted by sex, age, and education level to make it representative of the entire Flemish population aged 14 to 80. All data was gathered using face-to-face interviews, with a combination of computer-assisted personal interviewing (CAPI) and computer-assisted self-interviewing (CASI).

5.2.5.2 Data Analysis

We apply multinomial logistic regression to examine the effects of the forms of capital on sexual well-being. The largest group is used as the reference group. All analyses are carried out using IBM SPSS Statistics 21.

5.2.5.3 Measurements

A. Sexual well-being

To measure sexual well-being we use one general question on how satisfied people were in general with their sex life over the six months before the survey. We are aware that this is very limited, however, in the dataset this was one of the only – and definitely the most appropriate – measurements of sexual well-being. Furthermore, this has been frequently used in other studies and correlates highly with other aspects of sexual well-being (Hooghe 2012; Træen and Schaller 2010). The question on sexual satisfaction was only given to respondents who had sex during the relevant six months. Answers were given on a 5-point Likert scale, ranging from ‘very dissatisfied’ to ‘very satisfied’. The distribution of this question was very skewed toward the higher scores so we merged the answers from the two first response categories into one category, comprising people who are dissatisfied or very dissatisfied. This leaves us with a variable having four categories: people who are dissatisfied (15.3%), people who are neither satisfied nor dissatisfied (12.7%), people who are satisfied (48.3%), and people who are very satisfied (23.7%).

B. Forms of capital

We include the following variables in the analyses to take account of each respondent's level of the different forms of capital:

- To measure economic capital, we use a question about the respondent's perception that they can live comfortably with their available income. Answers range on a seven-point scale, from 'it is very difficult to live comfortably' to 'we can live very comfortably'. This question refers to the extent to which respondents have sufficient material and financial assets to meet their daily needs and is an indicator of economic capital. We recoded this indicator into a variable with three categories, distinguishing between people who have difficulty living comfortably (answers 1 to 3), people who do not find it very difficult to live comfortably (answers 4 and 5) and people who find it very easy to live comfortably (answers 6 and 7). In the questionnaire, respondents were also asked to indicate their actual family income. However, we decided not to use the actual income because 15% of the respondents refused to answer, whereas nonresponse was close to zero for the question on subjective income. Moreover, additional analyses¹⁸ reveal a strong association between the subjective and actual income variable.
- Bourdieu (1986) defined social capital as the resources available in a person's network. In this article, we include a measurement for social support to take differences in social capital into account. Both Ziersch (2005) and Carpiano (2006) indicated that social support is part of the broader concept of social capital. We operationalize social support using five items measuring the extent to which a respondent can rely on others in five situations: talking to someone, going on a day out, if they are ill, if they have financial problems, and emotional support when someone dies. Answers range on a five-point scale, from 'strongly disagree' to 'strongly agree'. Scores on the five items are summed (Cronbach's alpha = .73). The distribution of these scores was skewed toward the higher scores, therefore we recoded this indicator into a variable with three categories: little social support (sum score of 18 or less), a moderate amount of social support (sum score between 19 and 22), and a high level of social support (sum score higher than 22).
- We include measurements for both institutionalized and embodied cultural capital. To measure institutionalized cultural capital we use the respondent's education level. Specifically, we distinguish between five categories in our measurement of education level: still going to school, no education completed or lower education completed, lower secondary education completed, higher secondary education completed, and higher education

¹⁸ People with difficulty living comfortably have a mean monthly income of €1804 (median = €1650), people who have no real difficulty in living comfortably have a mean income of €2453 (median = €2450) and the group that finds it easy to live comfortably has a mean income of €3094 (median = €3224). Differences between these mean incomes are statistically significant at the .001 level, which also applies to all pairwise comparisons (ANOVA Welch F-test with Games-Howell post-hoc tests).

completed. Embodied cultural capital refers to people's tastes, skills, and attitudes – in short, their lifestyle. Yaish and Katz-Gerro (2010) argued that embodied cultural capital should ideally be measured as cultural preferences (tastes) and/or as cultural behavior (participation). In this regard, we include a measurement for receptive cultural participation. Specifically, the respondents were asked to indicate how often they participated in four different cultural activities: attending a concert; attending a musical, show, revue, or stand-up comedy; attending a play, ballet, or dance performance; and visiting a museum or exhibition. Respondents could answer on a 7-point scale, ranging from 'not in the past six months' to 'daily'. We recoded the four questions into one item with three categories. The first category comprises the non-participants, the second includes respondents that participated occasionally (one to three activities in the six months prior to the survey), the last category consists of those who participated frequently (more than three activities in the six months).

To control for the effects of confounding variables, we include measurements of a variety of other indicators. First, although the results concerning the effects of age and gender vary between studies, we include them as possible covariates of sexual well-being (e.g., Barrientos and Páez 2006; Laumann et al. 2006; Rosen et al. 2009; Træen and Schaller 2010). Second, the experience of sexual dysfunctions with associated distress can have a detrimental impact on sexual well-being (Dunn, Croft, and Hackett 2000; Laumann, Paik, and Rosen 1999; Öberg, Fugl-Meyer, and Fugl-Meyer 2004). To measure this, respondents were asked about a series of sexual function problems, such as erection or lubrication problems, and the extent to which such problems caused distress. We summarized this information into one general item distinguishing between people who had or had not experienced one or more function problems with associated distress in the six months prior to the survey. Third, partner status is also related to sexual well-being (Træen and Schaller 2010). To take partner status into account, we make a distinction between people with a partner and those without. Fourth, we also include a measurement dealing with any experience of childhood sexual abuse (CSA). Lemieux and Byers (2008) conducted a review study on the association of CSA with sexual well-being and concluded that there is no consensus. For example, some studies have found an association with sexual satisfaction, whereas others have not. Lemieux and Byers (2008) also emphasized that adult sexual victimization (ASV) might have an impact on sexuality over and above the impact of CSA. Accordingly, we include measurements for CSA and ASV, as they are potential covariates. Finally, we also include a measurement of mental health as a potential covariate of sexual well-being (Bancroft et al. 2011; Frohlich and Meston 2002). We are aware that the causality of this association might well be in the other direction (Bancroft et al. 2011; Davison, Bell, LaChina, Holden, and Davis 2009), in that sexual well-being affects mental health. It is therefore important to emphasize that we do not want to claim causality with regard to this association. We include it mainly to control for the

association. Specifically, we use the mental health subscale of the Short Form Health Survey (SF-12) as designed by Ware, Kosinski, and Keller (1996).

5.2.6 Results

Table 3 shows the distribution of the independent variables and the bivariate associations of the independent variables with sexual satisfaction. The significance tests indicate that age, social support, cultural participation, the experience of sexual dysfunctions, partner status, and mental health are all related to sexual satisfaction.

Table 3. Univariate distribution of independent variables and bivariate associations between independent variables and dependent variable with significance tests

	Univariate distribution	Dis- satisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied	N	Chi square test
Univariate distribution of sexual satisfaction		0.153	0.127	0.483	0.237		/
Gender						1825	$\chi^2 = 31.08$ (df = 3)
Men	0.498	0.16	0.127	0.486	0.227		
Women	0.502	0.145	0.128	0.479	0.248		
Age						1825	$\chi^2 = 26.88^*$ (df = 15)
14-18	0.074	0.125	0.167	0.396	0.313		
19-25	0.117	0.111	0.105	0.494	0.29		
26-40	0.235	0.152	0.135	0.472	0.241		
41-54	0.251	0.177	0.133	0.492	0.197		
55-65	0.171	0.117	0.146	0.535	0.202		
66-80	0.152	0.208	0.064	0.416	0.312		
Experience of Childhood Sexual Abuse						1825	$\chi^2 = 0.7$ (df = 3)
Experienced CSA	0.165	0.152	0.143	0.47	0.235		
No experience of CSA	0.835	0.154	0.124	0.485	0.237		
Experience of Adult Sexual Victimization						1825	$\chi^2 = 3.18$ (df = 3)
Experienced ASV	0.074	0.131	0.182	0.444	0.242		
No experience of ASV	0.926	0.154	0.123	0.486	0.237		
Experience of sexual dysfunctions						1446	$\chi^2 = 145.19^{***}$ (df = 3)

Sexual dysfunction with distress	0.182	0.372	0.215	0.354	0.058		
No sexual dysfunction	0.818	0.109	0.108	0.509	0.274		
Partner status						1823	$\chi^2 = 20^{***}$ (df = 3)
No partner	0.226	0.264	0.163	0.442	0.132		
Partner	0.774	0.141	0.123	0.488	0.248		
Mental health (Mean scores)	/	12.32	21.91	22.25	23.15	1816	Welch F-test (3; 473) = 15.38***
Economic capital						1805	$\chi^2 = 8.21$ (df = 6)
Difficulty living comfortably	0.126	0.164	0.156	0.402	0.279		
Not very difficult to live comfortably	0.404	0.157	0.144	0.47	0.229		
Easy to live comfortably	0.47	0.145	0.109	0.513	0.233		
Social support						1825	$\chi^2 = 25.14^{***}$ (df = 6)
Little social support	0.194	0.177	0.147	0.509	0.168		
Moderate social support	0.504	0.164	0.132	0.493	0.211		
High level of social support	0.302	0.121	0.109	0.453	0.317		
Education level						1820	$\chi^2 = 14.27$ (df = 12)
Still going to school	0.116	0.137	0.127	0.441	0.294		
No education or lower education completed	0.182	0.161	0.114	0.446	0.28		
Lower secondary education completed	0.205	0.11	0.136	0.48	0.275		
Higher secondary education completed	0.226	0.174	0.126	0.502	0.198		
Higher education completed	0.271	0.164	0.129	0.495	0.213		

Cultural participation						1815	$\chi^2 = 16.77^* (df = 6)$
Non-participants	0.393	0.169	0.147	0.419	0.264		
Occasional participants	0.424	0.15	0.111	0.5	0.239		
Frequent participants	0.183	0.135	0.127	0.558	0.18		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

In this section, we discuss the results of the multinomial logistic regression shown in Table 4. The interpretation and the implications of these results are discussed in the concluding section. The findings concerning gender affirm the results of the bivariate analysis; that gender is unrelated to sexual satisfaction. For age, there are some statistically significant effects. People between 19 and 25 years of age have lower odds (0.33) of being dissatisfied than of being fairly satisfied, compared with the reference group. People between 14 and 25 years of age and people over 65, furthermore, have higher odds of being very satisfied than of being fairly satisfied, compared with people between 41 and 54 years old.

The two variables for sexual victimization do not have a statistically significant effect on sexual satisfaction (Table 4). The experience of sexual dysfunction, by contrast, is strongly associated with sexual satisfaction. People who experienced sexual dysfunctions in the six-month period have increased odds of being dissatisfied (5.325) or neither satisfied nor dissatisfied (2.915) than of being fairly satisfied, compared with people without dysfunctions. People with dysfunctions, moreover, have lower odds of being very satisfied than of being satisfied (0.306). People without a partner have low odds of being very satisfied (0.463) and higher odds of being dissatisfied (3.152) than of being fairly satisfied, compared with people having a partner. Finally, mental health seems to be positively associated with sexual satisfaction.

With regard to the indicators of social inequality, we observe three statistically significant effects. First, the odds of being very satisfied over being fairly satisfied are almost two times higher for people with difficulties in living comfortably (1.839), compared with people without real difficulties in living comfortably. Second, people with a high level of social support have higher odds of being very satisfied than of being satisfied (1.593), compared with people having an average amount of social support. Finally, cultural non-participants have increased odds of being neither satisfied nor dissatisfied than of being fairly satisfied (1.521), compared with the reference group.

Table 4. Results of the multinomial logistic regression with sexual satisfaction as the dependent variable

	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Fairly satisfied (ref.)	Very satisfied
	Exp(B)	Exp(B)		Exp(B)
Intercept (unstandardized)	-0.005	-1.759*		-3.707***
Gender				
Men	1.373	1.167		0.803
Women (ref.)				
Age				
14-18	0.284	2.055		2.98
19-25	0.33**	0.795		2.035*
26-40	0.845	1.070		1.381
41-54 (ref.)				
55-65	0.573	1.032		1.023
66-80	1.343	0.405		1.904*
Experience of CSA				
No CSA (ref.)				
Experienced CSA	0.738	0.986		1.130
Experience of ASV				
No ASV (ref.)				
Experienced ASV	0.763	1.599		1.127
Experience of dysfunctions				
No sexual dysfunction (ref.)				
Sexual dysfunction with distress	5.325***	2.915***		0.306***
Partner status				

Partner (ref.)			
No partner	3.152***	1.572	0.463*
Mental health	0.933*	1.002	1.122***
Economic capital			
Difficulty living comfortably (ref.)	1.046	1.118	1.839*
Not very difficult to live comfortably			
Easy to live comfortably	1.041	0.776	0.903
Social support			
Little social support	0.875	1.114	0.713
Moderate social support (ref.)			
High level of social support	0.806	0.916	1.593**
Education level			
Still going to school	1.715	0.737	1.089
No education or lower education completed	0.889	0.741	1.442
Lower secondary education completed	0.711	1.098	1.329
Higher secondary education completed (ref.)			
Higher education completed	1.069	1.067	1.109
Cultural participation			
Non-participants	1.340	1.521*	1.290
Occasional participants (ref.)			
Frequent participants	0.688	1.014	0.720
Nagelkerke R² (%)			22.6

CSA = childhood sexual abuse; ASV = adult sexual victimization; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

5.2.7 Discussion

In this article, we apply Bourdieu's capital theory to examine social inequality in sexual well-being, using data from a representative population study. By using Bourdieu's framework, we aim to counter the criticism of Johnson, Mercer, and Cassell (2006) that most research on "sexual health focuses on sexual *ill health*" (original emphasis, p. 322) whereas studies on the positive aspects of sexuality are lacking. However, Kingsberg (2008) raised an important concern in this regard by emphasizing that studies on sexual well-being and satisfaction do not replace studies on sexual dysfunctions. This latter group of studies has a different purpose by seeking to gain insight into the prevalence of sexual dysfunctions, with the ultimate aim of being able to treat them effectively. Studies on sexual well-being are in no way able to take over this function. Therefore, Kingsberg (2008) asserted that the increasing attention on studies dealing with sexual well-being should not suppress studies on sexual dysfunctions. We think that it is important to consider these different stances of research not as competing, but as supplementing each other. Davison et al. (2009) for example argued that sexual well-being might be an interesting approach in order to consider the efficacy of interventions to tackle hypoactive sexual desire disorder (HSDD).

In the remainder of this section, we discuss the implications of our results. The univariate distribution of the answers to the question on sexual satisfaction indicates that the respondents are quite satisfied with their sex life during the six-month period: 72% of the respondents are fairly or very satisfied with their sex life, which is very comparable with previous studies (Dunn et al. 2000; Træen and Schaller 2010). Further, this seems to echo results from studies on general well-being that people in general indicate that they are quite satisfied with their life (Eckersley 2001). Eckersley (2001) emphasized that this does not necessarily reflect the real situation in the population, but may be due to some sort of positive bias in people's judgment. He indicates that people tend to adjust their frame of reference in such a way that they maintain a positive appreciation of their life. Although this may be the case, we have no indications that this applies to our study as well.

The multivariate analysis allows us to examine covariates of sexual satisfaction. With regard to gender, we find no statistically significant effects. This accords with the studies of Hooghe (2012), Ruiz-Muñoz et al. (2013), and Laumann et al. (2006). The last found gender differences in general satisfaction, but in Western countries (such as Belgium) these differences were small or non-existent. With regard to age, there is a U-shaped association of being very satisfied than of being satisfied. People below 26 and over 65 years old are more satisfied than those in the intermediate age groups. Furthermore, people aged between 18 and 25 have low odds of being dissatisfied. Rosen et al. (2009) argued that women in the intermediate age group might be less sexually satisfied due to various possible factors, such as menopause or perimenopause, socio-economic status, or partner-related causes. Hooghe (2012), furthermore, pointed out that this U-

shaped association can be expected in studies on general well-being, as people aged between 26 and their early fifties have professional careers and often have to raise children. He also added that he expected this U-shaped pattern to be less clear with regard to sexual well-being, as older people are often less sexually satisfied. Our results, however, seem to contradict this, as people over 65 years old have a higher probability of being satisfied.

In addition, both the variables on sexual victimization are unrelated to sexual satisfaction. This contradicts the study by Öberg et al. (2002), who found an association between sexual victimization and sexual satisfaction. The research by Lemieux and Byers (2008) affirms our finding that childhood sexual abuse is unrelated to sexual satisfaction, but they argued that this does not necessarily imply that CSA has no impact on sexual well-being. They suggested that women with a history of CSA might incorporate this experience in their reference framework, which consequently affects their overall judgment of their sexual satisfaction. In support of this, they found that women with a history of CSA experienced fewer sexual rewards and more sexual costs, than did women without such a history. The fact that their overall level of sexual satisfaction does not differ from that of women without a history of CSA, might suggest that women with a history of CSA have different frames of reference. Furthermore, and in contrast to our results, Lemieux and Byers concluded that adult sexual victimization is related to sexual satisfaction.

Our results indicate that the experience of sexual dysfunctions is strongly related to sexual satisfaction, with lower satisfaction among people who experience dysfunctions. Laumann et al. (2006) and Træen and Schaller (2010) found similar results in their studies. That the experience of sexual dysfunctions is associated with lower satisfaction makes sense, as our measurement of dysfunctions includes whether the respondents experienced distress from their sexual dysfunctions. The experience of distress in turn is related to sexual satisfaction (Stephenson and Meston 2010). Furthermore, partner status is strongly associated with sexual satisfaction, in concordance with the study of Træen and Schaller (2010). People with a partner are more sexually satisfied than those without a partner. This is possibly related to the relatively easy availability of an appropriate sex partner. Finally, mental health perception is correlated positively with sexual satisfaction. Bancroft et al. (2011), Davison et al. (2009), and Frohlich and Meston (2002) all found similar associations between psychological well-being and sexual satisfaction. As we stated before, however, the causality of this association is not clear (Bancroft et al. 2011; Davison et al. 2009).

With regard to economic capital, we observe that people with difficulties in living comfortably have an increased probability of being very sexually satisfied. This contradicts our expectation that economic capital can be used as a resource to increase or maintain a good level of sexual well-being. However, the finding of Beltzer, Bajos, and Laporte (2008) might be useful in interpreting these findings. They indicated that people with financial problems have an increased frequency of sexual relations, because sex is one of the few areas in which people with financial problems can experience real satisfaction. Our results seem to be in line with this find-

ing, as people with difficulties in living comfortably have higher sexual satisfaction. This possibly indicates that people who find it difficult to live comfortably ‘compensate’ for their unfavorable living conditions with a more satisfying sex life. This in turn might have a beneficial impact on their general well-being, as previous studies have shown that sexual well-being has potential merits for more general well-being (Davison et al. 2009).

With regard to social support, we find that people with a high level of social support are more satisfied. Similarly, Song (2011) summarized ten ways to explain the positive impact of social capital on health. Some of these mechanisms are of potential relevance to explain the associations of social support with sexual satisfaction. For example, Song indicated that the benefits of social capital potentially accrue to more emotional support and lower exposure to stress. More emotional support and lower exposure to stress both have a beneficial effect on mental health, which in turn affects sexual satisfaction as our results point out. We control for the effect of mental health on the effect of social support, which might therefore explain why we find only one statistically significant effect of social support. To explain this statistically significant effect, we can turn to some of the other explanations that Song (2011) puts forth. In this regard, it is possible that a greater sense of control or self-esteem is of potential relevance to explain the impact of social capital. This is possibly relevant to sexual satisfaction, as people with greater self-esteem might have a greater ability to express what they do and do not want to do sexually, which in turn can affect sexual satisfaction. A final explanation for the impact of social capital refers to greater access to information. This can affect sexual satisfaction in several ways: it possibly increases knowledge of more pleasurable techniques or how to make sex more enjoyable. Furthermore, it is possible that greater access to information creates more realistic expectations and allows for a more realistic estimation of what is normal. This in turn might affect a person’s sexual satisfaction.

With regard to cultural capital, the results of the two measurements differ. Education is unrelated to sexual satisfaction, which accords with Træen and Schaller’s (2010) statement that “a relationship between subjective sexual well-being and level of education is seldom found” (p. 181). For cultural capital, we find that non-participants have an increased probability of being neither satisfied nor dissatisfied than of being satisfied. Bygren et al. (2009) posited three possible explanations for the beneficial effect of cultural capital on health, which might also apply to sexual well-being. First, it can make people more at ease with their life, second, it might affect the cognitive functioning of people, and third, it possibly influences people’s capacity to interpret and express feelings. More closely related to Bourdieu’s work, it is also plausible that cultural capital embodies differences in taste, lifestyle, and access to symbolic resources (Abel 2008; Carlisle et al. 2008). This in turn might affect the importance that is given to (sexual) well-being and the acquisition of it.

There are some limitations attached to this study. First, our conceptualization of sexual well-being is very limited. In this regard, Stephenson and Meston (2010), and Træen and Schaller

(2010) indicated that sexual well-being is a broader concept than sexual satisfaction and that it should be considered as a multifaceted phenomenon. However, as Hooghe (2012) suggested, the different facets of sexual well-being are all strongly related, which partially justifies the choice of the one-item measurement. Second, the operationalization of the three forms of capital is rather crude. For example, to take social capital into account we use a measurement of social support. Social support was included as an element in the conceptualizations of social capital by both Ziersch (2005) and Carpiano (2006), but we could not include other items from their models. Song (2011), however, was critical in this regard as she argued that social support cannot be equated with social capital, as the latter concept refers solely to the resources available in someone's network. We have no adequate measurements to include this in our study. In addition, our conceptualization of cultural capital remains quite limited. In this respect, attitudinal variables and indicators of cultural preferences are other aspects of cultural capital that we did not take into account (Yaish and Katz-Gerro 2010). Third, because of the cross-sectional nature of the data we cannot solve the causality problem. This is very relevant, for example, with regard to the association between mental health and sexual well-being. As mentioned before, it is unclear what is cause and what is effect. Longitudinal data is necessary to answer such questions.

In this article, we apply Bourdieu's capital theory to examine differences in sexual well-being. We find statistically significant effects for all three forms of capital, but these effects are quite limited in strength. These results contrast sharply with the strong effect of social position that has been found for a broad array of other health indicators (e.g., Adler et al. 1994; Carlisle et al. 2008). However, an interesting conclusion can be drawn from this as it possibly shows that social inequality is only of minor importance to explain differences in sexual satisfaction. This in turn might indicate that social inequality has only limited effect in such a private realm as sexual satisfaction.

5.3 An exploratory study of factors associated with sexual inhibition and excitation: Findings from a representative survey in Flanders ¹⁹

Abstract

The dual control model of sexual response was developed to account for individual differences in sexual excitation and inhibition. According to this model, the balance between excitation and inhibition is of crucial importance in determining an individual's sexual response to a stimulus. In this study, we aimed to contribute to the existing literature on sexual excitation and inhibition in two ways. First, we investigated the distribution of excitation and inhibition scores in a representative population sample. Second, we conducted an exploratory study of the factors associated with variation in excitation and inhibition. We used data from a representative survey on the sexual health of men and women in Flanders ($N = 1,825$; mean age = 43.77; $SD = 17.98$). The results indicated that excitation and inhibition had a near normal distribution among men and women. However, the scores for sexual inhibition due to threat of performance failure (SIS1) among men, and for sexual inhibition due to the threat of performance consequences (SIS2) among women, were somewhat skewed. Furthermore, age, gender, physical and mental health, education level, and attitudes toward sex were all to some extent associated with differences in inhibition, excitation, or both.

¹⁹ Deze studie zal gepubliceerd worden als Pinxten, W. & Lievens, J. (2014). An Exploratory Study of Factors Associated with Sexual Inhibition and Excitation: Findings from a Representative Survey in Flanders. *Journal of Sex Research*. DOI:10.1080/00224499.2014.882880

5.3.1 Introduction

Because individuals vary in their propensity for both excitation and inhibition, it is important to understand the origins of such variability (Bancroft, Graham, Janssen & Sanders, 2009, p. 129).

The dual control model of sexual response was developed by researchers at the Kinsey institute at the end of the 20th century (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). The aim of this model was to facilitate a better understanding of individuals' sexual responses and to “conceptualise individual variability in sexual responsiveness in ways that can be systematically measured in men and women” (Bancroft et al., 2009, p. 121). Since its introduction, this model has received considerable attention and has been used to study both functional and dysfunctional sexual behavior (see Bancroft et al., 2009 for an overview).

The dual control model of sexual response postulates that the balance between two mechanisms – sexual excitation and sexual inhibition – is of crucial importance in understanding an individual's sexual responsiveness (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). First, sexual excitation refers to sexual arousability or activation that is experienced in response to a (sexual) stimulus. Second, inhibition refers to the propensity to inhibit sexual arousal, which restrains individuals from responding purely to a feeling of sexual excitement. This way, inhibition functions as an adaptive trait for most individuals, as not responding sexually might be a more appropriate response in certain situations. However, if inhibition proneness is too high in individuals, it becomes a risk factor for sexual dysfunctions (Sanders, Graham, & Milhausen, 2008). Bancroft (1999) suggested five situations in which inhibition can be considered as an adaptive mechanism among males. An example of such a situation is if sexual interaction is dangerous due to the possible threat from other males or the risk of contracting a sexually transmitted infection. Bancroft et al. (2009) indicated that three of these situations also apply to women. First, while having sex in a dangerous or disadvantageous situation (for example to avoid pregnancy in an unfavorable situation). Second, in situations in which sexual activity distracts women from giving an appropriate coping response to a nonsexual threat. Third, when the excessive pursuit of sexual pleasure intervenes with women's essential adaptive functions.

Several questionnaires have been developed in order to measure an individual's propensity for sexual excitation and inhibition. Janssen, Vorst, Finn, and Bancroft (2002a, 2002b) developed the Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales (SIS/SES) for use among men. Carpenter, Janssen, Graham, Vorst and Wicherts (2008) in turn found that the SIS/SES can also be used among women. However, because the SIS/SES was originally designed for use among men, Graham, Sanders, and Milhausen (2006) designed the Sexual Excitation-Sexual Inhibition Inventory for Women (SESII-W) to assess variability of sexual excitation and inhibition among women. Subsequently, Milhausen, Graham, Sanders, Yarber and Maitland (2010) created the Sexual Excitation-Sexual Inhibition Inventory for Women and Men (SESII-W/M) that can be

administered to both women and men. All these measures show that sexual excitation and inhibition are multidimensional processes. The SESII-W distinguishes between five excitation and three inhibition factors, which can be reduced to two higher-order factors: one for excitation and one for inhibition. The SESII-W/M differentiates between three inhibition and three excitation factors. Finally, the SIS/SES distinguishes between four excitation and six inhibition components, which can be reduced to three higher-order factors: one for excitation and two for inhibition.

We used the SIS/SES Short Form as created by Carpenter, Janssen, Graham, Vorst, and Wicherts (2006, 2011). Carpenter et al. (2006) took the three-factor solution of the SIS/SES as a starting point and abbreviated the original questionnaire in such a way that excitation and inhibition were measured equally well for women and men. In this three-factor solution there is one excitation component (SES) which measures the individual's arousability to a broad array of stimuli. There are also two inhibition components. Janssen et al. (2002a) defined the first inhibition component as sexual inhibition due to the threat of performance failure – for instance, inhibition due to fear of losing an erection. Because the threats described in the items of SIS1 are more intrinsic and bound to an individual's overall sexual performance, it could be argued that SIS1 reflects one's inhibitory tone (Bancroft & Janssen, 2000; Janssen & Bancroft, 2007). Bancroft and Janssen (2000) described inhibitory tone as “the level of inhibition that the system is set at when not actively responding to a sexual stimulus or an external sexual threat” (p. 573). The inhibitory tone thus represents a basic level of inhibition that needs to be reduced by sexual excitation in order for a sexual response to be given. The second inhibition component (SIS2) concerns sexual inhibition due to the threat of performance consequences or the individual's sensitivity to external threats. An example of this is inhibition of sexual arousal due to the fear of being caught while having sex.

Bancroft et al. (2009) reviewed studies that have shown that the scores for the higher-order SIS/SES factors are close to being normally distributed both among women and men. For example, Janssen et al. (2002a) demonstrated that the three higher-order SIS/SES factors were normally distributed among men and Graham et al. (2006) reported normal distributions of the two higher-order excitation and inhibition factors of the SESII-W among women. The normal distribution indicates that the sexual excitation and inhibition questionnaires measure individual tendencies that vary in a population (Graham et al. 2006; Janssen et al., 2002a). Furthermore, this distribution allows us to discern adaptive scores which are concentrated around the middle part of the distribution and scores that are potentially problematic at the extremes of the distribution (Bancroft et al., 2009; Graham et al. 2006; Janssen et al., 2002a). An important limitation of previous research using the SIS/SES, the SESII-W and the SESII-W/M is that most studies have used convenience samples. In this regard, Bancroft et al. (2009) pointed out that to date only one study has included measurements of sexual inhibition and excitation in a representative sample. This study, by Varjonen et al. (2007), however, used a representative twin sample and included

only males. Consequently, it remains unclear how excitation and inhibition are distributed in a general sample, of men and women.

5.3.2 Factors Associated with Sexual Excitation and Inhibition

As Bancroft et al. (2009) noted, little research is available on the origins of individual variability in excitation and inhibition. A notable exception is the study by Varjonen et al. (2007), who included the SIS/SES in their representative twin study, which allowed them to examine to what extent environmental and genetic factors accounted for differences in excitation and inhibition. They concluded that both shared and unshared environmental factors accounted for the variability in excitation, whereas genetic factors seemed to have no effect. For the two inhibition subscales, unshared environmental factors explained most of the variation. Nevertheless, a considerable amount of the variation in both inhibition subscales was due to genetic factors (about 33% in SIS1 and 21% in SIS2). This study by Varjonen et al. (2007), however, does not give us insight into the specific factors that are associated with both sexual excitation and inhibition. In the following section, we summarize existing literature concerning the factors that are associated with excitation and inhibition scores.

5.3.2.1 Sociodemographic Variables

One factor that has been consistently associated with inhibition and excitation scores is gender. Compared with women, men tend to score higher on sexual excitation and lower on sexual inhibition (Carpenter et al., 2008; Milhausen et al., 2010). Bjorklund and Kipp (1996) put forward an evolutionary perspective that can account for gender differences in sexual excitation and inhibition. Crucial to their understanding of gender differences is the idea that men and women developed different reproductive strategies in early hominid groups. According to this perspective, the higher costs of reproduction, childbearing, and infidelity for prehistoric women compared with men would have resulted in greater selectivity by women in their sexual responses. To attain such selectivity, prehistoric women developed higher sexual inhibition. Prehistoric men, according to Bjorklund and Kipp's (1996) perspective, had a greater evolutionary advantage if they could impregnate as many women as possible. Therefore, men developed higher levels of sexual excitation. Bjorklund and Kipp (1996) argued that remnants of these different reproductive strategies are present in modern-day men and women, which might explain the gender differences in sexual excitation and inhibition scores. In addition to this evolutionary perspective, Carpenter et al. (2008) asserted that a combination of biological and social factors is responsible for the gender gap in sexual excitation and inhibition.

Age has also been related to sexual excitation and inhibition. Janssen et al. (2002a) reported that among men, sexual excitation correlated negatively with age and positively with inhibition

due to the threat of performance failure (SIS1). Inhibition due to the threat of performance consequences (SIS2) showed no statistically significant association with age. Bancroft et al. (2005) studied male sexual dysfunction in a clinical and a non-clinical sample. In the non-clinical sample, age was positively related to both inhibition subscales and negatively related to sexual excitation. In the clinical sample, age was related negatively to excitation and positively to sexual inhibition due to the threat of performance consequences (SIS2). Graham et al. (2006) examined the association of the SESII-W scores with age and concluded that age was correlated negatively with sexual excitation and unrelated to inhibition among women. Bancroft and Janssen (2000) argued that among men, variations in alpha-2 antagonists at different ages potentially account for a decrease in excitation, an increase in inhibition, or both. Bancroft (2007) furthermore suggested that differences in (free) testosterone levels and receptors might be important in this regard. Despite these initial conclusions, it remains unclear how sexual excitation and inhibition evolve through people's lives (Bancroft et al., 2009).

There are indications that education could be related to sexual excitation and inhibition. Concerning sexual excitation, Kinsey, Pomeroy and Martin (1948), in their seminal study on sexual behavior in men, concluded that educational level was associated with arousal: "The boys of lower [educational] level are not so often aroused erotically, nor aroused by so many items as the boys from the upper educational level" (p. 345). In a similar vein, DeLamater and Sill (2005) reported that education level correlated positively with desire among the elderly. Among men, however, this relationship was mediated by attitudes and these authors concluded that; "greater education may undermine the negative stereotypes of sexual expression by older persons" (p. 147). We found no empirical studies that examined the association of education level with inhibition. Bjorklund and Kipp (1996), however, argued "that inhibition skills ... do not appear de novo, unpracticed, during adulthood when they become adaptive, but develop over childhood and are influenced by environmental and cultural factors" (p. 170). This might suggest that education affects inhibition, as individuals' education level is highly correlated with the educational attainment of their parents, which in turn affects the socialization process that they experience.

5.3.2.2 Mental and Physical Health

Studies have examined the influence of sexual excitation and inhibition on the link between mental health and sexual interest and response (Bancroft et al., 2003a; Bancroft, Janssen, Strong, & Vukadinovic, 2003b; Lykins, Janssen, & Graham, 2006). In general, negative mood (feeling depressed, anxious, or stressed) seem to have negative impact on sexual interest. Nevertheless, for a small minority of people negative mood seems to increase sexual interest. Bancroft et al. (2003a, 2003b) and Lykins et al. (2006) argued in this respect that the link between negative mood and sexuality is potentially mediated by an individual's levels of inhibition and excitation.

Bancroft et al. (2003a), in a study of heterosexual men, reported that inhibition was negatively related to increases in sexual interest during negative mood states.

The aforementioned studies bring us to an important feature of the dual control model of sexual response, in essence that it is a state-trait model. As Janssen and Bancroft (2007) argued, most research has focused on the trait dimension of the model, considering sexual inhibition and excitation as personality traits. However, as Bancroft et al. (2005) and Sanders et al. (2008) asserted, it is unclear to what extent questionnaire measures of sexual excitation and inhibition assess the state or the trait dimension: “Are we assessing individual differences relevant to vulnerability to sexual problems (‘trait’) or the outcome of an existing sexual problem (‘state’)?” (Sanders et al., 2008, p. 250). Bancroft et al. (2005), for example, suggested that erectile dysfunction is in some cases due to vascular or neurological impairment of erectile function, which in turn may affect how people answer the SIS/SES questionnaire. Similarly, if an individual has experienced a major life event or trauma, it is unlikely that this person would answer the SIS/SES questionnaire in the same way as he or she would if they had not experienced those events. These examples suggest that differences in mental and physical health status are potentially associated with variations in the propensity toward inhibition or excitation. Accordingly, Bancroft’s (1999) conceptual representation of the dual control model of sexual response seems to account for the possibility that mood impacts on inhibition: “there can be alteration of the basal [inhibitory] ‘tone’ in certain circumstances, such as chronic stress or depression” (p. 780). Similarly, Bancroft et al. (2003b) reported that “some subjects described how when depressed they were more likely to take risks because in that mood state they didn’t care as much as usual about the consequences” (p. 240). In their focus group study, Graham, Sanders, Milhausen, and McBride (2004) found that some women described effects of negative mood on their sexual arousal; Janssen, McBride, Yarber, Hill, and Butler (2008) reported similar findings for men.

5.3.3 Research Questions

In this study, we aimed to contribute to existing literature about the dual control model of sexual response in two ways. First, with the exception of the study by Varjonen et al. (2007), no study to date has included measurements of sexual inhibition and excitation in a representative survey. To address this limitation, we formulated the following research question: How are excitation and inhibition scores distributed in a general population sample including both women and men? Based on previous research, we hypothesized that inhibition and excitation scores would be normally distributed among both men and women.

Second, it is important to point out that little is known about the origins of individual variability in sexual excitation and inhibition. Bancroft and Janssen (2000) argued that, “whether such variability derives from earlier learning, genetic determinants or a combination of the two

must remain unanswered for the time being” (p. 574). Gaining insight into the factors associated with variation in excitation and inhibition might help us to understand differences in (dys-)functional sexual behavior. In a similar vein, Laan and Rellini (2011) recommended that more attention be paid to studying factors associated with sexual inhibition to create evidence-based interventions for sexual dysfunctions. In response to this recommendation, we formulated the following research question: Which factors are associated with differences in sexual inhibition and excitation? By addressing this research question we aimed to gain a preliminary insight into the origins of differences in the individual propensity toward sexual excitation and inhibition. Based on existing literature relevant to this research question, we selected the variables gender, age, health, education level, and attitudes or openness toward sex and we formulated the following hypotheses:

1. Men will score higher than women on excitation, whereas women will score higher than men on inhibition;
2. Age will be negatively related to excitation and positively to inhibition;
3. Both physical and mental health will be positively related to excitation and negatively related to inhibition;
4. Education level will be positively related to sexual excitation and inhibition;
5. Greater openness toward sex will be associated with higher sexual excitation. Because of the lack of previous research on the relationship of openness toward sex with sexual inhibition, no specific hypothesis regarding this relationship was put forward.

5.3.4 Method

5.3.4.1 Sample

This study drew on data from “Sexpert” (Buysse et al., 2013a, 2013b), a large-scale representative survey on sexual health in Flanders (the northern part of Belgium comprising about 6 million inhabitants). A two-step sampling technique was used to select the respondents. A number of geographical areas in Flanders – operationalized by means of postal codes – were randomly selected. Geographical areas could be selected several times and the probability of selection was proportional to the number of inhabitants. In a second step, a number of individuals between 14 and 80 years of age were randomly selected from each of the geographical areas that were selected in the first step. The Belgian Nation Register was used to obtain the addresses of the selected respondents. This was carried out with the permission of the Commission for the Protection of Personal Privacy.

The selected respondents were visited at their home by a professional interviewer from a specialized market research company. The respondents were asked to complete a face-to-face

interview about their sexual health and a broad array of other indicators. Eligibility criteria included being physically and mentally able to complete a questionnaire, and being able to read and speak Dutch. A combination of computer-assisted personal interviewing (CAPI) and computer-assisted self-interviewing (CASI) was used. All sensitive information – a wide range of sexual health characteristics – was gathered using a CASI to protect the privacy of the respondents. Data were collected between February 2011 and January 2012.

The final database comprised 1,832 respondents, which is a response rate of 40% of those eligible. After collection, the data were weighted by gender, age, and education level to make the sample representative of the Flemish population aged 14-80 years. After weighting the data, the mean age of the respondents was 43.77 years ($SD = 17.98$).

5.3.4.2 Data Analysis

We used ANOVAs with associated Welch F-tests (Tomarken & Serlin, 1986; Welch, 1951) to assess the bivariate associations between the SIS/SES scores and the categorical variables. Pearson correlation coefficients were used to examine the bivariate associations with continuous variables.

The bivariate analyses gave a first indication of how the associated factors related to excitation and inhibition. However, in these bivariate associations we did not control for the effect of confounding variables. To allow for such statistical controls, we applied ordinary least-square regressions to assess the effects of associated factors on sexual excitation and inhibition. We used dummy coding to include the categorical variables in the multivariate analyses. All analyses were performed using IBM SPSS Statistics 19.

5.3.4.3 Measures

Sexual Excitation and Inhibition. To measure the individual propensity for sexual inhibition and excitation we used the Short Form of the Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales (SIS/SES SF) developed by Carpenter et al. (2006, 2011). To assure coherence with the other questionnaires included in the survey we added a neutral middle category to the original 4-point scale, resulting in a 5-point Likert scale ranging from “completely disagree” to “completely agree.” To create the subscales we took the sum score of the items.²⁰ Scores for the sexual

²⁰ The univariate frequency table of the inhibition and the excitation measurements showed that many respondents had the minimum score for both excitation and the two inhibition measurements. Closer examination of these respondents indicated that they gave the first answer option for all items of the SIS/SES. This was probably due to fatigue as the questions of the SIS/SES were asked at the end of the questionnaire. Since this seriously skewed the distribution of the excitation and the inhibition scales, we decided to treat them as a missing value in the analysis. Due to this operation we removed 133, 150, and 106 participants, respectively, from the calculations of the three subscales.

excitation scale (SES) ranged between 6 and 30 ($M = 17.53$; $SD = 4.86$) with a Cronbach's alpha of .77. SIS1 scores ranged from 4 to 20 ($M = 10.71$; $SD = 3.06$) and the Cronbach's alpha was .53. SIS2 also ranged between 4 and 20 ($M = 13.3$; $SD = 3.66$) with a Cronbach's alpha of .59.

Sociodemographic Variables. We included gender and age in the analyses. With regard to age we used a categorical variable with six categories.

We distinguished between five categories in our measurement for education level: still going to school, no education completed or lower education completed, lower secondary education completed, higher secondary education completed, and tertiary education completed.

As a measurement of attitudes, we used a series of questions related to the respondents' openness toward sex (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Specifically, the respondents had to indicate to what extent they agreed or disagreed with five general statements related to sex and sexuality. Answers were given on a 5-point Likert-scale ranging from "*completely disagree*" to "*completely agree*." The following items were included in the questionnaire: people should only have sex with each other if they are in a relationship; masturbation is inexcusable; prostitution is reprehensible; women should behave more reserved than men in sexual matters; when a girl or a woman dresses provocatively, she asks for sex. A Cronbach's alpha of .70 indicated that the internal consistency of the attitude scale is acceptable. Before we obtained the mean, we reversed the scores to ensure that higher mean scores indicated more progressive attitudes, and lower scores reflected more traditional, conservative ideals. The mean score was 3.91 with a standard deviation of 0.82.

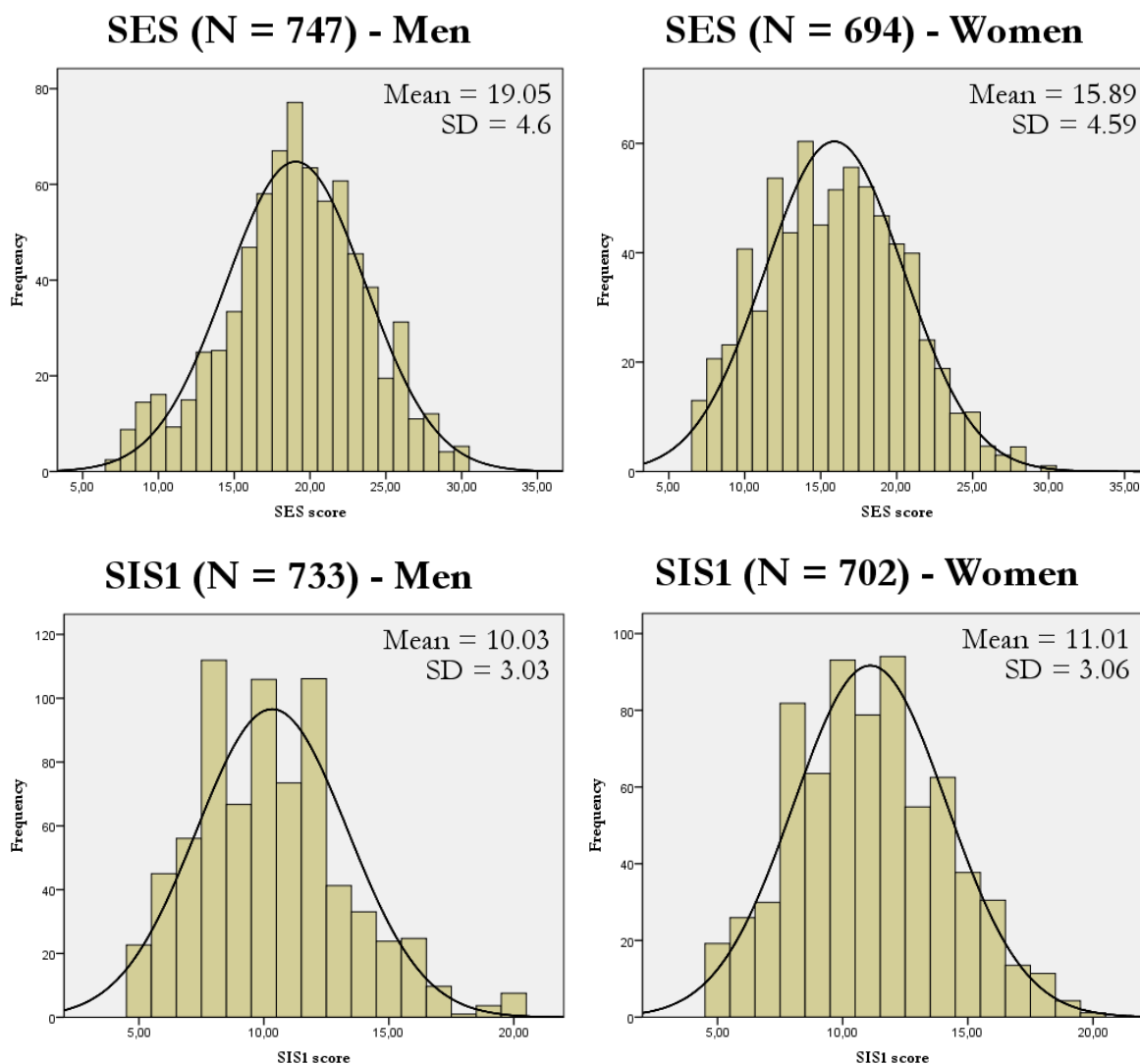
Physical and Mental Health. We used the two subscales of the 12-item Short-Form Health Survey (SF-12) to measure perceptions of mental and physical health (Ware, Kosinski, & Keller, 1996). This is a valid measurement of overall physical and mental health in a general population (Gandek et al., 1998). The SF-12 includes questions on diverse aspects of people's functioning and comprises two subscales. The physical component subscale (PCS) measures the respondent's perception of his or her physical health (Cronbach's alpha = .80). By summing the scores for the different items we obtained a sum score ranging from 6 to 20 with a mean of 16.83 ($SD = 2.8$). The mental component subscale (MCS) measures the respondent's perception of his or her mental health (Cronbach's alpha = .71). The sum score for this scale ranged from 9 to 27 with a mean of 22.02 ($SD = 3.3$). The higher the scores, the better the respondent's evaluation of his or her physical or mental health, respectively.

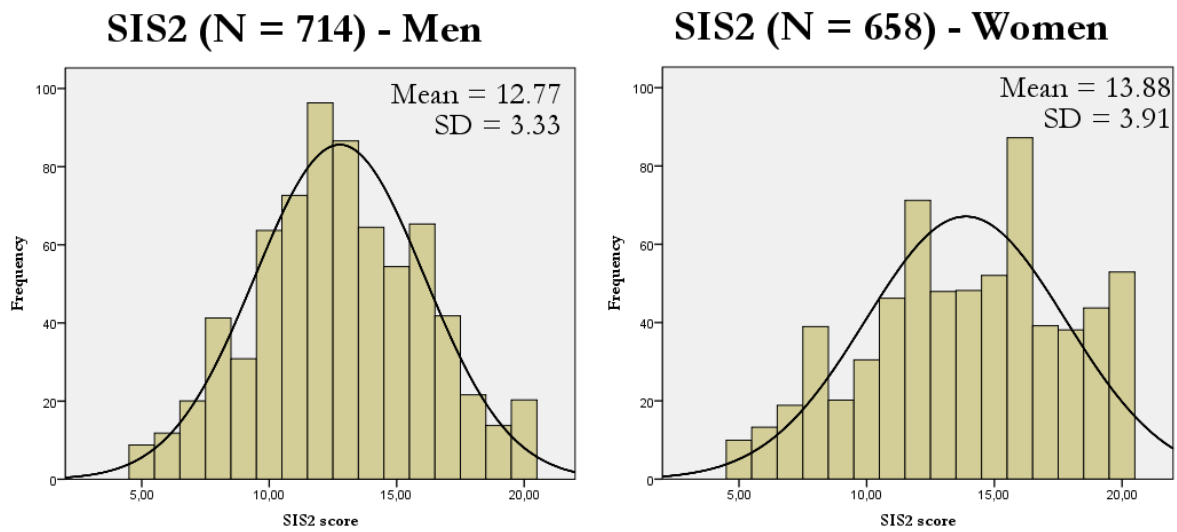
5.3.5 Results

5.3.5.1 Distribution of Sexual Excitation and Inhibition Scores

Figure 1 shows the distributions of the sexual excitation and inhibition scores, separated by gender. The mean scores indicate that men scored somewhat higher on excitation compared with women. With regard to inhibition, women had higher mean scores on both inhibition scales than men. These gender differences were statistically significant, as indicated by the ANOVAs in Table 5.

Figure 1. Distribution of the sexual excitation and sexual inhibition subscales in men and women





As shown in Figure 1, the sexual excitation scores were close to normally distributed among both women and men, although slightly skewed toward lower scores among women. For inhibition due to the threat of performance failure (SIS1), the distribution appeared to be skewed toward the lower scores. This was the case for both women and men, but slightly more so for men. The scores for inhibition due to the threat of performance consequences (SIS2) were close to normally distributed among men, but somewhat skewed to higher scores among women.

5.3.5.2 Factors Associated with Excitation and Inhibition

Table 5 shows the bivariate analyses of the independent variables and the excitation and inhibition scales. Analyses of variance demonstrated that age, gender, and education level were related to both excitation and inhibition. Correlation coefficients furthermore indicated that openness toward sex was positively related to excitation and negatively to inhibition due to the threat of performance failure (SIS1). Perception of physical health was positively related to sexual excitation and mental health perception was negatively related to both inhibition subscales.

We do not provide further details on the results of the bivariate analysis because these associations do not control for potential confounding variables. To control for such variables, we conducted ordinary least squares regression (OLS) analyses with the excitation and inhibition scales as the dependent variables.

Table 5. Descriptives of the survey sample and bivariate analyses of the independent variables with SIS/SES scores

		SES		SIS1		SIS2	
	Percentage	Mean	F-test	Mean	F-test	Mean	F-test
Gender			F = 16.43 (1; 1438)**		F = 22.96 (1; 1432)**		Welch F = 31.83 (1; 1295)**
Male	49.80%	19.05		10.03		12.77	
Female	50.20%	15.89		11.01		13.88	
Age			F = 24.88 (5; 1434)*		Welch F = 5.69 (5; 341)**		Welch F = 5.68 (5; 327)**
14-18	7.40%	16.86		9.87		11.16	
19-25	11.70%	18.3		9.85		12.53	
26-40	23.50%	19.16		10.52		13.32	
41-54	25.10%	17.47		10.83		13.71	
55-65	17.10%	16.46		11.17		13.47	
65+	15.20%	14.84		11.23		13.47	
Education			Welch F = 22.32 (4; 510)**		Welch F = 5.23 (4; 507)**		F = 11.64 (4; 1363)**
Going to school	11.60%	17.97		9.72		12.27	
No education or only primary education	18.20%	15.17		10.54		12.5	
Lower secondary education	20.50%	16.68		10.55		12.99	
Higher secondary education	22.60%	18.33		11.05		13.31	
Tertiary education	27.10%	18.53		10.87		14.17	

Openness toward sex	-	.16**	-.12**	-0.03
Mental health	-	0.04	-.11**	-.07*
Physical health	-	.16**	-0.05	-0.02
N	-	1,441	1,435	1,371

Note. Pearson correlation coefficients were used for metric variables and ANOVA (Welch) F-tests for categorical variables; we used the Welch F-test when the assumption of homogeneity was violated; * $p < .05$; ** $p < .01$

The results of the OLS regressions are shown in Table 6. Our model explained close to 22% of the variance in sexual excitation and we found effects for all variables with the exception of openness toward sex. As expected, women scored lower than men on excitation. With regard to age, respondents between 25 and 40 years of age scored higher than the reference group. People older than 55 scored lower than people aged between 41 and 54. However, respondents younger than 26 did not significantly differ from the reference group of people aged 41-54, which suggests that people between 25 and 40 years old had the highest excitation scores. These results indicated that there was a curvilinear association between age and excitation, as was also suggested by the bivariate analyses. The results with regard to the two health measurements were mixed. Mental health perception was negatively related to excitation and physical health perception was positively related to SES. Additionally, less educated people scored lower on sexual excitation than the reference group who had completed higher secondary education. Individuals who had completed tertiary education and those still going to school did not differ from the reference group. Openness toward sex was unrelated to sexual excitation.

Table 6. Standardized OLS coefficients of gender, age, health, education, and openness, on sexual excitation (SES), sexual inhibition 1 (SIS1), and sexual inhibition 2 (SIS2)

	SES	SIS1	SIS2
Constant (unstandardized)	18.69***	13.93***	15.13***
Gender			
Male (ref.)	-	-	-
Female	-0.34***	0.11***	0.14***
Age			
14-18	-0.05	-0.05	-0.16***
19-25	0.04	-0.11**	-0.13***
26-40	0.12***	-0.04	-0.07*
41-54 (ref.)	-	-	-
55-65	-0.07*	0.06	-0.00
65+	-0.12***	0.06	0.03
Mental health perception	-0.07*	-0.11***	-0.07*
Physical health perception	0.07*	0.05	0.03
Education			
Going to school	0.01	-0.06	0.04
No education or only primary education	-0.13***	-0.11***	-0.11**
Lower secondary education	-0.11***	-0.08*	-0.05
Higher secondary education (ref.)	-	-	-
Tertiary education	0.03	-0.02	0.1**

Openness toward sex	0.04	-0.11***	-0.06
N	1,420	1,415	1,345
Adjusted R² (%)	21.9	6	7

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

The results of the analysis on inhibition due to the threat of performance failure (SIS1) are shown in Table 6. The full model explained only 6% of the variance in SIS1, which is much less than for the excitation factor. With respect to inhibition due to the threat of performance failure, women scored higher than men. Respondents between 19 and 25 years of age had lower scores than the reference group of people aged between 41 and 54. Mental health perceptions were negatively related to SIS1. Respondents who evaluated their mental health as being better had lower inhibition scores. Education was positively related to inhibition: less educated people had lower scores than the reference group who had completed higher secondary education. Respondents currently attending school and those who had completed tertiary education did not differ from the reference group. Lastly, openness toward sex was negatively associated with SIS1. More progressive people had lower sexual inhibition scores, whereas more conservative respondents had higher inhibition scores.

For SIS2, the explained variance of the full model was also rather low at 7% (Table 6). Women tended to score higher than men on this inhibition subscale. With regard to age, respondents under 40 scored lower than the reference group of people aged 41 to 54. Mental health perception had a negative effect on sexual inhibition due to the threat of performance consequences. Finally, respondents with no or lower education completed scored lower, and those with higher education completed scored higher on SIS2 than the reference group who had completed higher secondary education.

5.3.6 Discussion

This study had two primary aims: (1) to obtain data on the distribution of sexual excitation and inhibition scores in a representative population sample of women and men, and (2) to explore associations between propensity for sexual excitation and inhibition and individual demographic and attitudinal variables.

5.3.6.1 Distribution of Sexual Excitation and Inhibition Scores

Sexual excitation scores were close to normally distributed among both women and men. Scores on the two inhibition scales were to a lesser extent normally distributed. The distribution for inhibition due to the threat of performance failure (SIS1) was somewhat skewed toward lower

scores among both women and men, but slightly more so for men. The results for inhibition due to the threat of performance consequences (SIS2) were skewed toward higher scores for women, but not for men. Despite the slight deviations from a normal distribution, all variables followed at least to some extent a normal distribution, with a higher concentration of scores in the middle range. Bancroft et al. (2009), Graham et al. (2006) and Janssen et al. (2002a) argued that the normal distribution of the scores indicates that the propensity toward excitation and inhibition varies in the population, allowing adaptive scores to be distinguished from potentially problematic scores. Our study confirms that this also applies to the distributions in a representative sample. In addition, the deviations from a normal distribution for some of the scales suggest that one should be cautious about categorizing certain scores or a certain range of scores as problematic.

5.3.6.2 Factors Associated with Differences in Excitation and Inhibition

A striking finding was the low proportions of explained variance in the two inhibition subscales compared with the excitation scale (6% and 7% compared with 22%). This suggests that factors we have not accounted for may be more important in explaining differences in sexual inhibition. Varjonen et al. (2007) asserted that genetic factors have a considerable impact on individual differences in inhibition. In addition, other factors related to an individual's socialization may be relevant to differences in sexual inhibition and excitation. In this respect, the sex education people have had, the attitudes of their parents towards sexuality, and their religiosity are potentially of influence. Sanders et al. (2008) suggested that in some cases, the experience of sexual dysfunction might impact on the level of inhibition. However, conversely, an individual's level of inhibition proneness may also increase the likelihood of sexual problems. Because we could not eliminate reverse causality with regard to this association, we did not include measures of sexual dysfunction in this study. These are only some of the variables that might be relevant in examining differences in sexual inhibition and excitation.

One factor that we included in our analyses was gender. Compared with men, women scored lower on sexual excitation and higher on both inhibition subscales. This is in line with previous research (Carpenter et al., 2008; Milhausen et al., 2010) and with the evolutionary perspective of Bjorklund and Kipp (1996). However, we do not know to what extent biological and social factors underlie these gender differences.

The results of both the bivariate and the multivariate analyses indicated that there was a curvilinear association of age with sexual excitation. This contradicts earlier findings that age was linearly and negatively related to sexual excitation (Graham et al., 2006; Janssen et al., 2002a). What is interesting about the current findings is that the excitation scores of people under 25 were lower than the scores of people aged 26 to 40. This might reflect the fact that individuals younger than 25 are still in the process of sexual development. In this process of sexual devel-

opment biological factors, social factors, or both potentially affect young people's level of sexual excitation. This accords with Rowland's (2006) perspective that learning what one finds arousing is part of the process of sexual development. There are differences between the age effects in the two inhibition scales. Inhibition due to the threat of performance failure (SIS1) was only weakly related to age. Only respondents between 19 and 25 scored statistically significantly lower than those between 41 and 54 years of age. However, the effect parameters seem to indicate a positive linear association with age: people between 26 and 40 scored lower than the reference group, whereas people over 55 scored higher. Although these effects were not statistically significant, they seem to accord with the findings of Janssen et al. (2002a), who reported a linear positive effect of age on SIS1. For SIS2 – inhibition due the threat of performance consequences – age was positively related to inhibition. This, however, was not the case for the older age groups, as their scores did not differ significantly from the reference group of people aged 41 to 54. These findings contradict the study of Janssen et al. (2002a), who found no association between age and SIS2. With regard to the effects of age we found, it is important to point out that we cannot disentangle cohort effects from age effects. Longitudinal studies are promising as a potential way to examine this.

Our analyses showed that education was correlated positively with excitation and with the two inhibition scales. Concerning sexual excitation, this seems to be consistent with the studies by Kinsey et al. (1948) and DeLamater and Sill (2005), who found a positive effect of education on sexual arousal and desire, respectively. One possible explanation is that education level is an indicator of the socialization process that individuals have been through. Rowland (2006) asserted in this regard that conditioning and socialization influence which cues are deemed to be arousing. Everaerd and Laan (1994) argued in a similar vein that sexual stimuli are not intrinsically sexual, but that the sexual response resulting from certain stimuli and not others results from a cognitive transformation process. This transformation process is likely to be influenced by the education that individuals have had. Bjorklund and Kipp (1996) argued very similarly that one's capacity for inhibition develops from childhood onwards, which suggests that socialization in childhood and adolescence affects inhibition. Inhibition might therefore be related to education, as someone's education level is highly correlated with the educational attainment of their parents which in turn affects the socialization process someone experienced. Another possible explanation is related to the theoretical model that Janssen, Everaerd, Spiering, and Janssen (2000) proposed in order to account for sexual arousal and the appraisal of sexual stimuli. They distinguished between physiological and subjective evaluation components of sexual arousal. Automatic processes are crucial in explaining the genital response, whereas more conscious, higher-level cognitive processes are involved in the subjective feeling of sexual arousal (Janssen, 2011). These latter processes might be more developed in higher-educated people, which results in a higher degree of reflexivity to the stimuli to which they are exposed. This increased reflexivity may impact on both the evaluation of stimuli as arousing and the evaluation of one's sexual performance and the consequences

thereof, which might explain why higher-educated people score higher on sexual excitation and inhibition. In a similar vein, Kinsey et al. (1948) suggested that higher-educated people have a greater capacity to visualize situations compared with lower-educated people, which might explain why higher-educated people judge more stimuli as sexually arousing and as inhibiting. An alternative explanation of the education effect on sexual inhibition is related to the idea of inhibition as an adaptive system (Bancroft et al., 2009). It is possible that higher-educated people have more to lose than lower-educated people due to their higher social prestige and status. As a protection mechanism, they have a better-developed inhibition mechanism, especially given their higher inclination toward sexual excitation.

DeLamater and Sill (2005) concluded that the effect of education on sexual desire is mediated by attitudes. In this regard, it is possible that lower-educated people are more conservative and less broad minded with regard to sex, whereas higher-educated people are more open minded (Bourdieu, 1984). To account for this possibility, we included a measurement of attitudes toward sex. Inclusion of this variable in the analysis on sexual excitation did not have an influence on the education effect and the measurement of attitudes was not statistically significant. In addition, for both inhibition subscales the inclusion of the attitudes measurement did not impact on the education effect. However, there was a statistically significant negative association between attitudes and sexual inhibition due to the threat of performance failure (SIS1). This is possibly because people with a greater openness toward sex also have a lower inhibitory tone. An alternative explanation is that people with a high inhibitory tone might adjust their attitudes accordingly, which results in more conservative attitudes.

Mental health perception was negatively related to both excitation and inhibition. The negative association between mental health and sexual excitation was not consistent with our hypothesis. One possibility to account for this negative association is related to the explanations put forward by Bancroft (2008) to explain how negative mood can result in “out-of-control” sexual behavior. These mechanisms might also apply to the negative association between mental health and excitation, because higher arousability might be a coping mechanism for people with worse mental health. First, higher sexual excitation potentially functions as a mood regulation mechanism in that feelings related to arousal might counter the negative mood. Second, higher sexual arousability possibly distracts the individual from the negative stimuli. The third option is related to the concept of excitation transfer as introduced by Zillmann (1971). This implies that learning or conditioning results in increased arousal in some people with a negative mood; the negative mood is thus transposed into sexual arousal. Another possibility to account for the negative association is that there are suppression effects at play. In this regard, the bivariate analysis indicated that mental health perception was unrelated to sexual excitation. It is, however, unclear what causes these suppression effects. The respondents’ perception of their mental health, furthermore, was negatively related to sexual inhibition, suggesting that perception of poor mental health is related to an increased propensity toward inhibition due to the threat of

performance failure and due to the threat of performance consequences. This is in line with the studies of Bancroft et al. (2003b), Graham et al. (2004) and Janssen et al. (2008) and accords with the conceptual model that Bancroft (1999) proposed.

In contrast with mental health perception, we observed a positive association between sexual excitation and perception of physical health. Individuals that were physically healthier had higher scores on sexual excitation than those who were less physically healthy. Rowland (2006) argued that sexual arousability can be affected by physical impairment and disease, thus suggesting that physical health is important in explaining differences in arousability. Physical health was unrelated to both inhibition subscales in the current study.

The associations of both physical and mental health with sexual excitation and inhibition brings us back to the state-trait distinction of variation in sexual excitation and inhibition. Janssen and Bancroft (2007) argued in this regard that most researchers have considered sexual inhibition and excitation as stable personality traits. Bancroft et al. (2005) and Sanders et al. (2008), however, asserted that it was unclear to what extent the SIS/SES questionnaire measures the trait or the state dimensions of sexual excitation and inhibition. With regard to the health effects found in this study, it is not clear to what extent differential health status impacts on the state or the trait dimension of excitation and inhibition. The cross-sectional nature of the data was a crucial limitation in this respect.

5.3.6.3 Limitations and Further Research

There were several additional limitations of this study. First, the addition of a neutral middle category to the original 4-point scale and the translation into Dutch might have had an impact on the validity of the sexual excitation and inhibition scales. This is possibly related to the low Cronbach's alpha values of the two inhibition scales. However, we do not think that these adjustments had a substantive impact on the scores, as the distributions of the scales all indicated a fairly normal distribution. Other factors might have influenced the validity of the SIS/SES questionnaires. For instance, we cannot guarantee that people from different gender, education level or age groups perceived the questionnaire items in the same way. Second, due to the cross-sectional nature of the study we could not make any conclusions regarding causality. Experimental and longitudinal studies offer interesting future possibilities in this regard. The small proportion of explained variance of the two inhibition scales indicated that other factors are more important for studying differences in inhibition than those included in the current study. Finally, due to the small number of respondents from different ethnic groups and sexual orientation groups, we were not able to carry out any specific analyses of these groups.

We have some recommendations for further research. First, more research is necessary to examine other determinants of variation in excitation and inhibition. This is especially the case for inhibition, given the low percentage of explained variance in the two models. Second, it might

be interesting to further validate the SIS/SES questionnaires to examine whether the questionnaire is invariant across age, education level and other relevant variables. Third, we support Bancroft et al. (2005) and Sanders et al.'s (2008) recommendations for the need to examine to what extent the scores on the SIS/SES reflect the state or the trait dimensions of sexual excitation and inhibition. Finally, given the gender differences in the propensity for inhibition and excitation, it would be interesting to study to what extent the same or different factors are at play in explaining variability in excitation and inhibition in women and men.

5.4 Gender differences in the development of sexual excitation and inhibition through the life course: Preliminary findings from a representative study in Flanders ²¹

Abstract

In this study we examined gender differences in the development of sexual excitation and inhibition through life. Research thus far considered the effect of age as a simple linear effect and studies examining gender differences in age effects are lacking. There, however, are indications that the associations of age with excitation and inhibition are not linear and that there might be gender differences in these associations. Gaining insight into gender differences in the development of sexual excitation and inhibition through life, can be useful to advance our understanding of the origins of variability in these traits and possibly allows to better understand their function in men and women's lives. In this study we applied Local Weighed Regression (Loess), a non-parametric technique to fit a graphical smooth curve to a scatter plot. This technique allows to examine the exact shape of the associations of age with sexual excitation and inhibition. We used data from a representative survey on sexual health in Flanders (N = 1,825). The results indicated that the associations of excitation and inhibition with age are non-linear. Furthermore, there were substantial gender differences in these associations. Bjorklund and Kipp's evolutionary perspective proved to be useful in interpreting these results.

²¹ In review bij *Journal of Sex Research*

5.4.1 Introduction

At the end of the 20th century, researchers at the Kinsey institute have developed the dual control model of sexual response (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). The primary aim of this model was to account for differences in individuals' sexual responsiveness toward (sexual) stimuli. In line with the dual control model of sexual response, the balance between two mechanisms – sexual excitation and sexual inhibition – determines how people respond sexually to a certain stimulus.

Bancroft, Graham, Janssen and Sanders (2009) asserted that it is unclear how sexual excitation and inhibition develop through someone's life: "we have very little understanding of the emergence of sexual excitability and even less of sexual inhibition during normal development" (p. 129). In this study we examined the associations between age and sexual excitation and inhibition to gain an insight into the development of these traits through the life course. In addition, we considered gender differences in the age patterns of sexual inhibition and excitation. Thus far no study has examined to what extent excitation and inhibition alter similarly through men and women's lives. Given that these traits have very specific but distinct functions among women and men (e.g. Bjorklund & Kipp, 1996), it is very plausible that they develop very differently for women, compared to men.

Gaining insight into the development of excitation and inhibition through life is a valuable addition to existing research on the dual control model of sexual response. In particular it can help us to attain deeper knowledge of the origins of variability in sexual excitation and inhibition. In addition, it can give us an insight into the function of sexual excitation and inhibition in people's lives and differences thereof between the two genders.

5.4.2 The Dual Control Model of Sexual Response

The dual control model of sexual response provided a theoretical model to conceptualize differences in how people respond sexually to certain stimuli (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). In line with this model, it is the balance between two mechanisms that determines people's sexual responsiveness. First, sexual excitation refers to sexual activation or the level of sexual arousal that one experiences in response to a stimulus. Second, the sexual inhibition mechanism refers to the inclination to inhibit sexual arousal. Bancroft (1999) argued that inhibition is an adaptive capacity since responding sexually to a certain stimulus might be disadvantageous in some occasions. However, a too strong inclination toward inhibition might be a risk factor for sexual dysfunctions (Sanders, Graham, & Milhausen, 2008).

Various measures have been created and validated to measure the individual propensity toward excitation and inhibition (Carpenter, Janssen, Graham, Vorst, & Wicherts, 2006; 2008;

2011; Graham, Sanders, & Milhausen, 2006; Janssen, Vorst, Finn, & Bancroft, 2002a; 2002b; Milhausen, Graham, Sanders, Yarber, & Maitland, 2010). In this study we applied the Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales Short Form (SIS/SES SF) as developed and validated by Carpenter et al. (2006, 2011). The original SIS/SES questionnaire consists out of ten subscales that can be collapsed into three higher-order factors with one excitation and two inhibition factors (Janssen et al. 2002a; 2002b). The SIS/SES SF has a very similar three-factor structure with one factor measuring the individual's propensity toward sexual excitation. The other two factors each measure sexual inhibition. The first inhibition component refers to sexual inhibition due to the threat of performance failure (SIS1), for example, inhibition of sexual arousal when someone is afraid of losing his erection. Bancroft and Janssen (2000) asserted that the threats described in the items of SIS1 are more intrinsic and related to individual's overall sexual performance. Therefore it could be argued that SIS1 reflects an individual's inhibitory tone, which is "the level of inhibition that the system is set at when not actively responding to a sexual stimulus or an external sexual threat" (p. 573). In this understanding, the first inhibition component can be interpreted as a basic level of inhibition that should be reduced by someone's arousal to be able to give a sexual response. The second inhibition component (SIS2) measures the individual's proneness to inhibit sexual arousal due to the threat of performance consequences. An example is inhibition of one's sexual arousal due to the possibility that other people can see him/her having sex.

In the next two paragraphs, we summarized studies on the effects of age and gender on sexual excitation and inhibition. We, however, found no studies examining the interaction between these variables.

5.4.2.1 Age Differences in Sexual Excitation and Inhibition

It is unclear how the tendencies toward inhibition and excitation develop through life (Bancroft et al., 2009) and only a couple of studies can give us indications in this regard. Janssen et al. (2002a), for example, found a negative association of age with sexual excitation and a positive association with inhibition due to the threat of performance failure (SIS1) among men. Sexual inhibition due to the threat of performance consequences was unrelated to age. In their study of male sexual dysfunctions, Bancroft et al. (2005) found a positive association of age with sexual excitation in their clinical and their non-clinical sample. In both samples, the two inhibition measures correlated positively with age. The only exception was sexual inhibition due to the threat of performance consequences (SIS2), which was unrelated to age in the clinical sample. Finally, Graham et al. (2006) designed a different questionnaire to measure sexual excitation and inhibition, the Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women (SESI-W). They found that age was negatively related to sexual excitation and unrelated to sexual inhibition.

An important limitation of the studies cited above is that they all model the age-effects on sexual inhibition and excitation as linear effects. It, however, is questionable whether these associations are linear. For example, with regard to sexual excitation it might well be that the association is curvilinear, especially when younger age groups are included. Rowland (2006) indicated in this respect that one learns which cues one finds arousing. Everaerd and Laan (1994) similarly asserted that cues are not intrinsically sexual, but that a cognitive transformation process is crucial to understand why some stimuli are considered arousing and others are not. Following this argument, it could be expected that an essential part of sexual development is to learn which stimuli are considered arousing. This might suggest that one's propensity toward excitation develops concurrently. We would consequently expect an initial increase of the excitation scores with age, followed by a decline. This curvilinear association would be masked by using Pearson correlation coefficients.

5.4.2.2 Gender Differences in Sexual Excitation and Inhibition

There are considerable gender differences in the propensity toward inhibition and excitation. Carpenter et al. (2008) validated the SIS/SES for use among women and men and they concluded that men score higher for sexual excitation and lower for the two inhibition scales, compared to women. Similarly, Milhausen et al. (2010) did a validation study to examine whether the SESII-W could be used among men. They also found that men scored higher on excitation and lower on inhibition, compared to women. Knoth, Boyd and Singer (1988), finally, concluded in their study among adolescents aged 12 to 18 that boys experienced arousal earlier and that they were aroused by more different stimuli, compared to girls. This might be related to the fact that the genitals are easier to locate and identify in men compared to women, which in turn might result in quicker learning processes and reinforcement of sexual behavior among men (Cliquet, 2010).

Bjorklund and Kipp's (1996) evolutionary perspective provides an interesting explanation for gender differences in sexual inhibition and, by extension, in sexual excitation. They argued that inhibition abilities developed initially when hominid groups became increasingly social and hierarchical. In such an environment, inhibition of sexual and aggressive behaviors is useful to reduce conflict and the possibility thereof. Bjorklund and Kipp (1996) applied Trivers' (1972) parental investment theory to explain gender differences in (sexual) inhibition in hominids. Essential to this theory is the idea that in hominid groups there were gender differences in parental investment in the offspring, which results in differential reproductive strategies for men and women (Bjorklund and Kipp, 1996; Knoth et al., 1988; Trivers, 1972). Males' investment in procreation is largely limited to their sperm and the number of offspring that men can have is "potentially limited only by the number of sexual encounters they have over their lifetime" (Bjorklund and Kipp, 1996, p. 165). Women, by contrast, have to carry to term the pregnancy

during nine months and they are to a larger extent than men responsible for the upbringing of the child during several years. Furthermore, the number of babies a woman can have is limited. Due to these differences in reproduction, it was more beneficial for prehistoric women if they took the time to get to know potential mates and therefore inhibit their sexual responses. Bjorklund and Kipp also pointed out that in hominid groups, adultery could have greater consequences for women, compared to men. This again implies that prehistoric women should inhibit their desires to commit adultery or when having multiple sex partners they should maintain secrecy by inhibiting all signs of adultery. Men in hominid groups, by contrast, had more to gain from a higher propensity toward excitation since they “achieve the greatest evolutionary advantage by impregnating as many women as possible” (Bjorklund and Kipp, 1996, p. 165). It can be expected that these evolutionary differences are also at play to some degree in modern-day women and men (Bjorklund and Kipp, 1996; Cliquet, 2010; Trivers, 1972). Trivers (1972), for example, asserted that “males of monogamous species ... retain some psychological traits consistent with promiscuous habits” (p. 145). This perspective can be interesting to interpret gender differences in sexual excitation and inhibition. Carpenter et al. (2008) added that both biological and social factors probably played a role in the explanation gender differences in sexual excitation and inhibition. In this regard, Knoth et al. (1988) pointed out that we will never be able to separate the biological from the social influences because this would require experiments that are unethical to conduct.

We have found no studies examining the interaction between age and gender in relation to sexual excitation and inhibition. It consequently is unclear whether there are gender differences in the development of sexual excitation and inhibition through life but we could derive some indications from other studies. First, Tolman (2002) reported in her book on sexual desire among girls in adolescence, how the societal perception of sexual desire is different for girls and boys. Social construction of desire resulted in a distinction of “‘healthy’ boys’ sexual desire or ‘bad’ girls’ sexual desire” (p. 13). This causes young girls to suppress their sexual desire or engage in desire management especially in situations where the stakes are high (e.g. when there is high risk of damaging one’s reputation). These results suggest that the capacity to inhibit sexual arousal develops earlier and/or stronger among women, compared to men. Second, Knoth et al.’s (1988) study indicated that sexual excitation starts earlier among men, compared to women.

5.4.3 Aims

In this study, we examined gender differences and similarities in the effect of age on sexual excitation and inhibition. Research to date mainly used correlation coefficients to examine these associations. However, linearity is a research question rather than an observation at this time. In this study we used smooth curves to examine the exact shape of the associations of age with

sexual excitation and inhibition. This way we aimed to gain a preliminary insight into the development of sexual excitation and inhibition through life. To be able to examine gender differences we fitted separate smooth curves for men and women. Comparing the smooth curves of the two genders allowed us to attain deeper knowledge of the functions that sexual excitation and inhibition have in men and women's lives.

5.4.4 Methods

5.4.4.1 Data

This study drew on data from “Sexpert” (Buysse et al., 2013a, 2013b), a large-scale representative survey on sexual health in Flanders (the northern part of Belgium comprising about 6 million inhabitants). A two-step sampling technique was used to select the respondents. A number of geographical areas in Flanders – operationalized by means of postal codes – were randomly selected. Geographical areas could be selected several times and the probability of selection was proportional to the number of inhabitants. In a second step, a number of individuals between 14 and 80 years of age were randomly selected from each of the geographical areas that were selected in the first step. The Belgian Nation Register was used to obtain the addresses of the selected respondents. This was carried out with the permission of the Commission for the Protection of Personal Privacy.

The selected respondents were visited at their home by a professional interviewer from a specialized market research company. The respondents were asked to complete a face-to-face interview about their sexual health and a broad array of other indicators. Eligibility criteria included being physically and mentally able to complete a questionnaire, and being able to read and speak Dutch. A combination of computer-assisted personal interviewing (CAPI) and computer-assisted self-interviewing (CASI) was used. All sensitive information – a wide range of sexual health characteristics – was gathered using a CASI to protect the privacy of the respondents. Data were collected between February 2011 and January 2012.

The final database comprised 1,832 respondents, which is a response rate of 40% of those eligible. After collection, the data were weighted by gender, age, and education level to make the sample representative of the Flemish population aged 14-80 years. After weighting the data, the mean age of the respondents was 43.77 years (SD = 17.98).

5.4.4.2 Data Analysis

We applied locally weighted regression (Loess) to examine the association of age with sexual excitation and inhibition. This technique first establishes a number of equally spaced points along the X-axis (Jacoby, 2000). Then, a weighed regression analysis is performed at each

of these evaluation points. The coefficients of these regression analyses are used to estimate fit values, which in turn are connected in the scatter plot. This results in a graphical smooth curve which flattens the fluctuations present in the scatter plot. Since Loess is non-parametric, no assumptions are made with regard to the shape of the curve which “allows the data to speak for themselves” (Jacoby, 2000, p. 578).

Loess requires the specification of a smoothing parameter (α), which refers to the proportion of values that is used in each of the local weighed regressions. The smoothing parameter takes a value between 0 and 1. Choosing a very small smoothing parameter (close to 0) results in a smooth curve that is very sensitive to noise or fluctuations in the data. A very large parameter (close to 1), by contrasts, tends to erase almost all variation in the scatter plot. It is therefore required to choose an intermediate α -value. Hurvich and Simonoff (1998) made two adapted versions of the Akaike information criterion, to select the best smooth parameter in non-parametric analyses. SAS 9.4 uses these improved Akaike information criteria and the generalized cross validation criterion to select the optimal smoothing parameter (SAS Institute Inc., 2010).

In addition to the Loess smooth curve, it is possible to calculate a confidence interval. This confidence interval allows to conclude with a certain degree of certainty (95% in this study) that this interval contains the estimated fit values.

All analyses were performed using SAS 9.4.

5.4.4.3 Measures

To measure individual's propensity for sexual inhibition and excitation we used the Short Form of the Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales (SIS/SES SF) as developed by Carpenter et al. (2006, 2011). This questionnaire was presented only to the respondents that ever had sex. To assure coherence with the rest of the questionnaire, a neutral middle category was added to the original 4-point scale, resulting in a 5-point Likert scale ranging from “*completely disagree*” to “*completely agree*.” To create the subscales we took the sum score of the items.²² Scores for the sexual excitation scale (SES) ranged between 6 and 30 (*Mean* = 17.53; *SD* = 4.86) with a Cronbach's alpha of .77. The first inhibition scale (SIS1) ranged from 4 to 20 (*Mean* = 10.71; *SD* = 3.06) and the Cronbach's alpha is .56. The second inhibition scale (SIS2) also ranged between 4 and 20 (*Mean* = 13.3; *SD* = 3.66) with a Cronbach's alpha of .59.

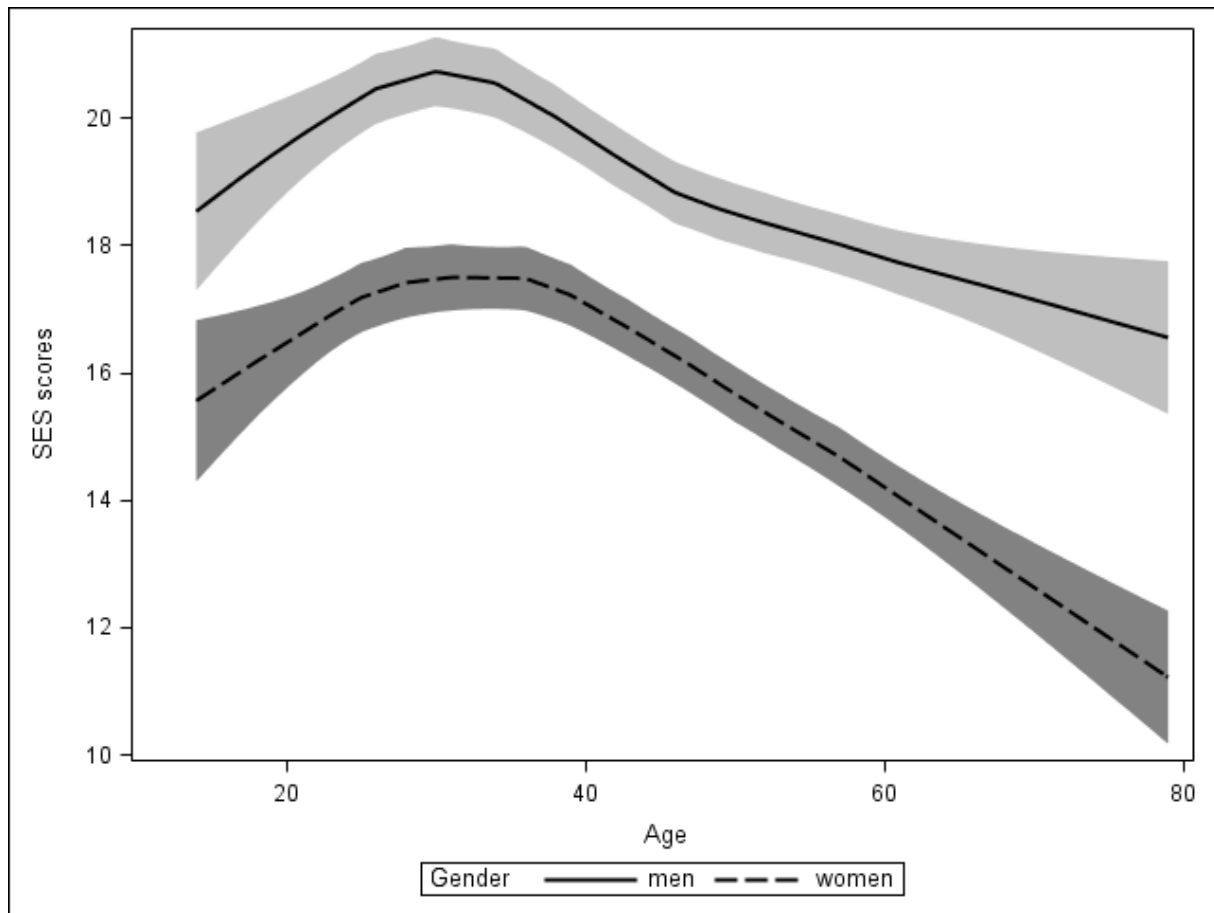
²² The univariate frequency table of the inhibition and the excitation measurements show that a lot of respondents had the minimum score for both excitation and the two inhibition measurements. Closer examination of these respondents indicates that they gave the first answer option for all items of the SIS/SES. This was probably due to fatigue as the questions of the SIS/SES were asked at the end of the questionnaire. Since this seriously skewed the distribution of the excitation and the inhibition scales, we decided to treat them as a missing value in the analysis. Due to this operation we removed respectively 133, 150, and 106 from the calculations of the three subscales.

5.4.5 Results

In this section we discuss the results of the Local weighted regressions. The interpretation and the implications of these results will be discussed in the concluding section. As an initial step, we conducted Loess for men and women separately which allowed us to calculate the optimal smoothing parameter for men and for women. Thereafter, we integrated the Loess analyses for men and women into one graph to be able to examine gender differences and similarities. To examine whether differences in the smooth curves for men and women are statistically significant, we used the confidence intervals. Whenever the confidence intervals of men and women overlapped, we could not conclude that there are statistically significant differences between the two genders.

Figure 2 depicts the association of age with sexual excitation, separated by gender. Two things could be concluded from this graph. First, there was no overlap in the confidence intervals of men and women, which affirms that men in general have higher excitation scores than women. Second, the shape of the smooth curve was very similar for men and women with steady increasing scores followed by a decline from the thirties onward. The decline starts slightly earlier among men and it is somewhat steeper among women.

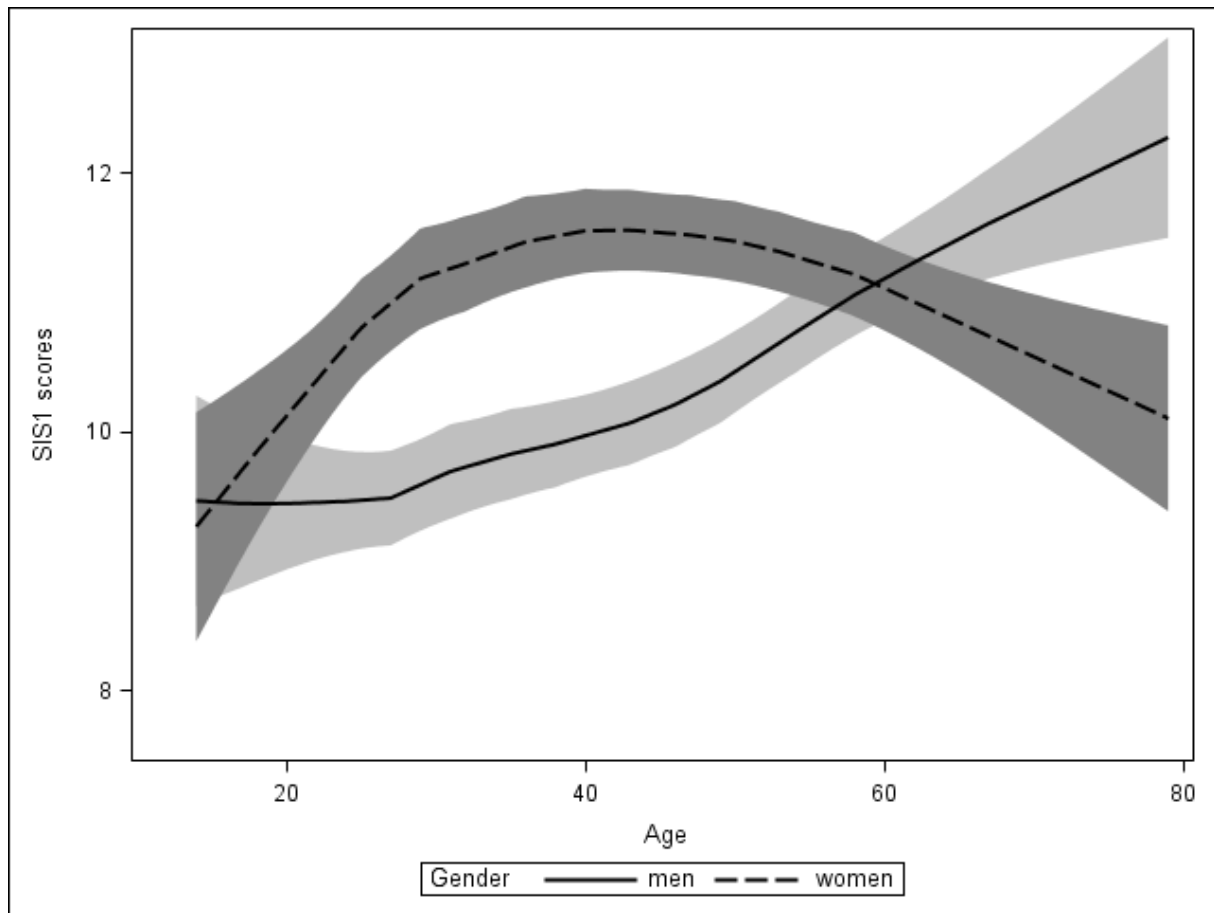
Figure 2. Smooth curves and 95% confidence intervals of the sexual excitation scale by age in men and women ($N = 1,454$; $\alpha = .55$)



Note. Loess curve of age and sexual excitation, separated by gender. The value of the smoothing parameter (α) was obtained by taking the mean value of the smoothing parameters from the preparatory Loess analyses that we did separately for men and women.

The association of inhibition due to the threat of performance failure or inhibitory tone (SIS1) with age is shown in Figure 3. What catches the eye are the gender differences in the shape of the curves. For men, we saw a constant increase in the SIS1 scores starting in the late twenties. This increase was relatively modest until the late forties. For women, by contrast, we observed a reverse U-shaped association. It started increasing from the age of 14 until around the age of 40, followed by declining levels of inhibitory tone. From the late sixties onward, women in general had lower SIS1 scores compared to men. Another interesting feature of this graph is that the average level of sexual inhibition due to the threat of performance failure at the age of 14 was very similar among women and men. From this age onward, however, women quickly developed higher levels of sexual inhibition due to the threat of performance failure. Just after the age of 20, the confidence intervals do no longer overlap, which indicates that women had statistically significantly higher levels of inhibition from this age until the early fifties.

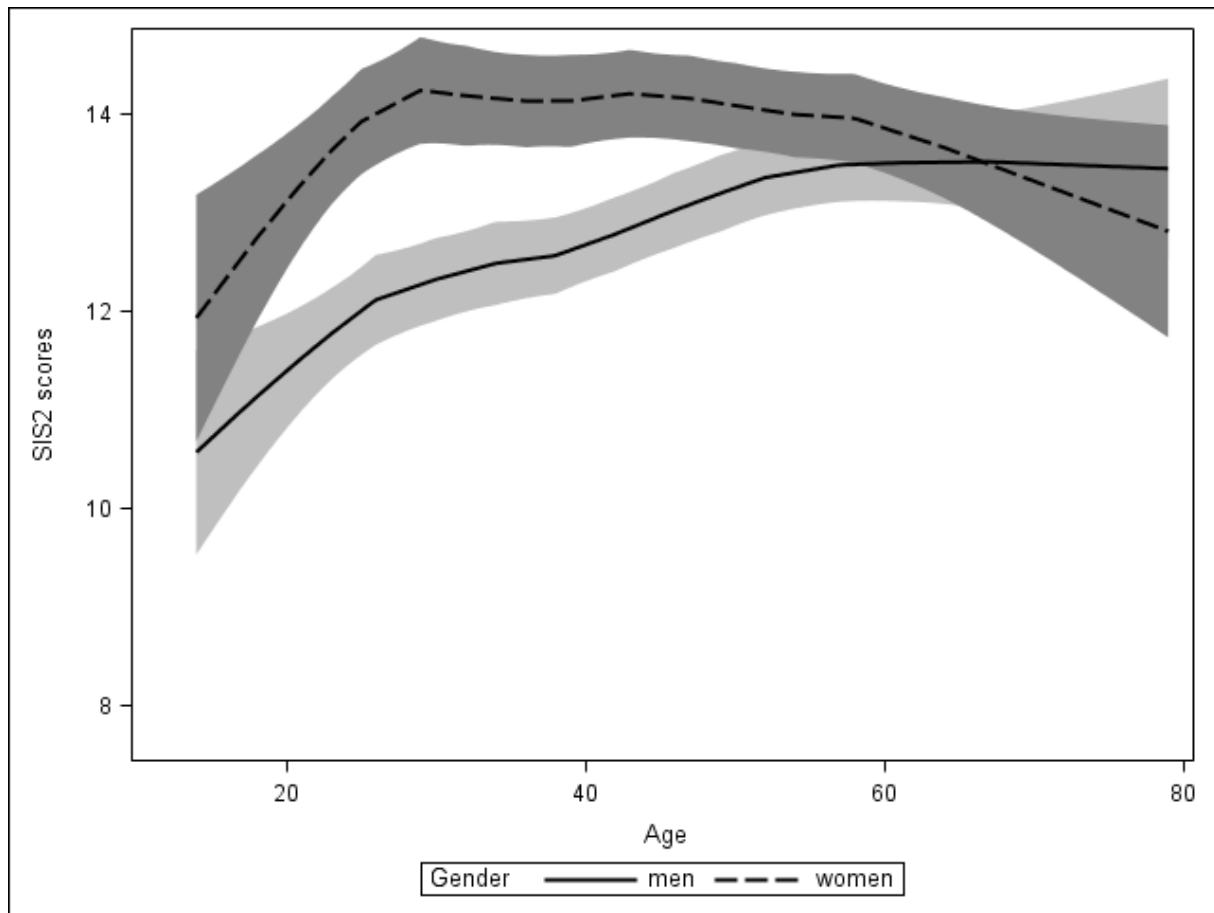
Figure 3. Smooth curves and 95% confidence intervals of inhibition due to the threat of performance failure (SIS1) by age in men and women (N = 1,441; $\alpha = .55$)



Note. Loess curve of age and SIS1, separated by gender. The value of the smoothing parameter (α) was obtained by taking the mean value of the smoothing parameters from the preparatory Loess analyses that we did separately for men and women.

The smooth curves and confidence intervals for sexual inhibition due to the threat of performance consequences are shown in Figure 4. Two things are apparent in this figure. First, the shape of the smooth curve was different for men and women. For men, we observe a constant increase until the late fifties, followed by a stabilization. For women we saw an increase of SIS1 scores until the age of 30. From the age of 30 until the early forties there seemed to be a stabilization, followed by a decline. This decline is quite limited until the late fifties, but accelerates from then onward. At later age, women had lower SIS1 scores than men, but the overlap in the confidence intervals indicated that this difference is not statistically significant. A second interesting feature of this graph is that there already was a gender difference in SIS2 scores at the age of 14 for this inhibition component. The confidence intervals, however, indicated that this difference was only statistically significant from around the age of 18 onward.

Figure 4. Smooth curves and 95% confidence intervals of inhibition due to the threat of performance consequences (SIS2) by age in men and women (N = 1,370; $\alpha = .51$)



Note. Loess curve of age and SIS2, separated by gender. The value of the smoothing parameter (α) was obtained by taking the mean value of the smoothing parameters from the preparatory Loess analyses that we did separately for men and women.

5.4.6 Conclusion

In this study we examined how the propensities for sexual excitation and inhibition vary with age. This is useful to gain an insight into how these traits develop through life which in turn might help us to advance our understanding of the origins of variability in sexual excitation and inhibition. Furthermore, we added a gender perspective in that we examined gender differences in the effects of age on sexual excitation and inhibition. Previous studies have indicated that there are substantial gender differences in the propensity toward inhibition and excitation (Carpenter et al., 2008; Knoth, et al. 1988; Milhausen et al., 2010) and that inhibition and excitation might have different functions for men and women (Bjorklund and Kipp, 1996). From this point of view, an insight into gender differences in the development of sexual excitation and inhibition through

life, allows us to better understand the specific functions that these traits have in men and women's lives.

We used local weighted regression (Loess) to study the associations of age with the sexual excitation and inhibition scales. Loess allows to fit a smooth curve to scatter plots, thus graphically depicting the relationship between two variables. This way one can quickly assess the shape of the association between the variables under study. One of the advantages of using Loess curves is that they depict complex associations in a simple, graphical way: "Therefore, Loess-enhanced scatterplots often reveal relatively complex relationships that could easily be overlooked with traditional statistical modeling procedures" (Jacoby, 2000, 578). We found similar results using linear regression, but to model this we had to use a categorical variable for age and interaction terms with gender. This was far more complex than the Loess smooth curves we showed in this study.

In the remainder of this section we will interpret the results that have been described in the previous section and discuss their implications. The results for sexual excitation affirmed the finding of previous studies that men report higher sexual excitation scores compared to women (e.g. Carpenter et al., 2008; Milhausen et al., 2010). This gender gap could be interpreted in line with Bjorklund and Kipp's (1996) evolutionary perspective in which they argued that men have greater evolutionary advantage from increased levels of excitation. That men persistently have higher excitation scores compared to women, might thus be interpreted as the result of a stronger drive to impregnate as many women as possible. In addition, it is interesting that the gender gap was present already at the age of 14. This is possibly related to the claim of Cliquet (2010) that the male genitals are easier to locate and identify, which stimulates quicker learning processes of sexual behavior among men, compared to women. Another interesting finding that we draw from the Loess smooth curves is that the shape of the curve is very similar for women and men. Sexual excitation scores increase until in the thirties, followed by a decline. The initial increase in sexual excitation and inhibition scores is very interesting and possibly indicates that people learn which cues can be considered as arousing during a process of sexual development (Everaerd and Laan, 1994; Rowland, 2006). In this regard it might be interesting to examine how the propensities toward sexual excitation develop during puberty. Another possible explanation is that the sexual excitation scores peak in the age period in which most people get children. In this regard the increase could be interpreted as a mechanism to stimulate procreation. It is interesting to consider at what age the excitation scores peak and compare this to the fertility cycle of women. As Cliquet (2010) showed, women are most fertile between 20 en 25 years of age. Sexual excitation scores, however, only peak around the age of 30. This might indicate that social factors are responsible for a delay of parenthood, which causes humans to have children at a later age than what is biologically optimal. In this regard, it is also possible that the sexual excitation scores increase as the biological clock starts ticking louder. Cliquet (2010) noted in this regard that female fertility decreases dramatically from the age of 35 onwards. The increase in excitation

scores could then be perceived as a 'biological sprint' to assure that women get pregnant before their fertility drops dramatically. From the late thirties onward, we observe a steady decline for both women and men. This finding is in line with the negative association that other studies have found (Bancroft et al., 2005; Graham et al., 2006; Janssen et al., 2002a). This decline is possibly related to the mechanisms that Bancroft (2007) proposed to account for the general decline in sexual interest with age. For men he argued that the decline in sexual interest might result from changes in androgen levels, brain functioning or peripheral mechanisms related to aging. For women he referred to hormonal changes, peripheral mechanisms and psychosocial factors as possible explanations.

There were substantial gender differences with regard to sexual inhibition due to the threat of performance failure or inhibitory tone (SIS1). For men we observed a more or less continuous increase in SIS1 scores starting from the thirties onward. Bancroft et al. (2005; 2009) referred to the findings of Christ et al.'s (1992) to explain a similar positive association between age and SIS1. Christ et al. (1992) concluded that the sensitivity to adrenergic-induced inhibition increases with age, which in turn impacts on the contractions of the penile smooth muscles. This increased sensitivity seems to diminish both the speed and the strength of the erectile response in older men which can be related to increasing levels of inhibition due to the threat of performance failure or inhibitory tone with age in men. For women, by contrast we observed a reverse U-shaped pattern of SIS1 scores with increasing scores until around the age of 40, followed by a decline. This pattern is potentially related to Bjorklund and Kipp's (1996) evolutionary perspective. They argued that women have better developed inhibition abilities due to the higher costs of pregnancy and delivery for women and because they are often considered the primary caretakers of children²³. Following this argument, one could expect that inhibition in women decreases when they are no longer fertile and are no longer responsible for the upbringing of their offspring. The results of the Loess seemed to accord with this possibility in that inhibitory tone or inhibition due to the threat of performance failure starts decreasing steadily from the fifties onward, dropping below the level of inhibition of men around the mid sixties. In general, around the age of 50, children have left the house or are economically independent and women enter the menopause which signals the end of their fertile phase. This possibly explains the decline in inhibition. Another interesting feature of the figure on the SIS1 scores was that girls and boys have similar levels of inhibition due to the threat of performance failure or inhibitory tone at the age of 14. The confidence intervals showed that men and women differ statistically significantly only from the early twenties onward. This observation suggests that boys and girls do not differ from the onset but that they develop differential inhibition levels through the process of sexual development. This might as well echo Bjorklund and Kipp's (1996) evolutionary perspective that

²³ In a similar vein, Cliquet (2010) argued that not only procreation, but also caretaking is of crucial importance to interpret human sexuality: "The need for sustained care of children, not just their procreation, lies at the basis of the specificity of human sexuality" (p. 192).

the higher costs of pregnancy, child care and adultery increase inhibition in women. Young girls have low risk of becoming pregnant which possibly explains why their level of inhibitory tone does not exceed that of young boys. Through sexual development, however, the risk of becoming pregnant increases which is possibly associated with the increasing inhibition scores in young women, well above that of young men. Carpenter et al. (2008) argued that it remains unclear to what extent biological and social factors initiate this differential development.

Also for sexual inhibition due to the threat of performance consequences (SIS2), there were substantial gender differences. In contrast to the results for SIS1, there seemed to be a gender difference from the age of 14 onward with higher SIS2 scores for girls. However, the confidence intervals indicated that this difference is only statistically significant from around the age of 18. Furthermore, the local regressions showed that the shapes of the smooth curves are different for men and women. For men, we observed a steady increase until the late fifties, followed by a stabilization. It is unclear what explains this association. For women we saw an initial increase until the age of 30, followed by a stable period until the early forties. From around the age of 45 we observed a decline in SIS2 scores which accelerates around the age of 60 and drops below the level of men later on. This difference at later age, however, was not statistically significant as indicated by the overlapping confidence intervals. The pattern of the SIS2 scores among women is again possibly related to Bjorklund and Kipp's (1996) perspective. They asserted that higher costs of pregnancy and greater responsibility in the upbringing of children results in increased inhibition abilities among women. Also in contemporary society, women between the age of 30 and 50 are to a larger extent than men responsible for the upbringing of their offspring. Inhibition due to the threat of performance consequences peaks between the late twenties and the early forties. This seems to be the period that most women have babies or young children at home. The higher SIS2 scores in this period might reflect an increased alertness to be able to respond quickly to signals coming from the young offspring. The SIS2 scores started decreasing slowly from the early forties onward, with an acceleration of the decline from the mid fifties. This possibly reflects the time when the children leave the house or become economically independent.

There were several limitations to this study. An important limitation was related to the cross-sectional nature of the data. We have interpreted the results as findings on the development of sexual excitation and inhibition through life. However, the cross-sectional data do not allow us to make definite conclusions on how these traits develop through someone's life. Closely related to this limitation is that we could not disentangle age and cohort effects. Longitudinal data are necessary to answer such questions. Another limitation was that we did not control for possible confounding variables. With regard to sexual excitation, for example, it is possible that the decline with age is related to worsening health. Multivariate analyses are necessary to control for such mechanisms. A final limitation was related to the low Cronbach's alpha values for the two

inhibition scales (.53 and .59). This indicates that the internal coherence of these subscales is poor.

In this study we created a life course perspective of the development of sexual excitation and inhibition. The results indicated that both excitation and inhibition vary with age and that these associations were not linear. Furthermore, there were important gender differences in the development of these traits through life. An important implication for future research can be drawn from our results. Future studies examining the association between age and excitation and inhibition should take the non-linearity of this association into account. In this respect it is useful to include age as a categorical variable or to use polynomial techniques. Interaction terms by gender should be included to account for gender differences in the shape of the age effect on inhibition. In addition, it is interesting that a substantial proportion of our results could be interpreted along the lines of Bjorklund and Kipp's (1996) evolutionary perspective, and this applied especially to the results for women. The utility of this perspective in interpreting the development of sexual excitation and inhibition through life, might indicate the importance of considerations relating to reproduction and the upbringing of children in sexual response. This again applied to a larger extent to women. Furthermore, given the possible role of sexual excitation and inhibition in the explanation of functional and dysfunctional sexuality (e.g. Bancroft et al., 2009; Sanders et al., 2008), our results seem to have important implications for the study of these phenomena. In particular, the results from this study indicate that the interplay between age, gender and excitation and inhibition should be taken into account to study (dys-)functional sexuality.

6. Algemene discussie

In dit laatste deel koppelen we de bevindingen uit de empirische studies terug naar de theoretische achtergrond en de centrale onderzoeksvragen van dit proefschrift. Concreet geven we een kort overzicht van de belangrijkste resultaten uit de empirische hoofdstukken waarbij we telkens dieper ingaan op de implicaties van deze bevindingen. Hierbij proberen we de relevantie voor zowel de sociologie als het beleid en de praktijk te duiden. In het tweede deel van deze discussie vatten we de belangrijkste limitaties samen en geven we enkele pistes voor verder onderzoek mee. Ten slotte volgt in de concluderende sectie nog een korte nabespreking.

6.1 Samenvatting en discussie van de belangrijkste resultaten

6.1.1 Sociale ongelijkheid in gezondheid

Met het eerste hoofdstuk hebben we een bijdrage geleverd aan de literatuur over sociale ongelijkheid in gezondheid, door verschillen in fysieke en mentale gezondheid te bestuderen aan de hand van Bourdieu's (1984; 1986) kapitaaltheorie. In lijn met deze theorie, hebben we maten van economisch, cultureel en sociaal kapitaal opgenomen in een geïntegreerd model om sociale ongelijkheid in gezondheid te bestuderen. Met dit onderzoeksdesign zijn we nagegaan in welke mate deze drie kapitaaltvormen een onafhankelijk effect hebben op gezondheid.

Met betrekking tot economisch kapitaal vinden we een positief effect op zowel fysieke als mentale gezondheid, wat in lijn is met andere onderzoeken (e.g. Braveman et al., 2010; Dunn et al., 2006; Lynch et al., 2000; Mackenbach et al., 2004; Marmot et al., 2012; Subramanian & Kawachi, 2006). Dit geeft aan dat de materiële en financiële hulpbronnen die mensen tot hun beschikking hebben, nog steeds een belangrijke beschermende factor zijn tegen slechte gezondheid. Er kunnen twee pistes onderscheiden worden om dit positieve effect te verklaren (Carpiano et al. 2008; Marmot & Wilkinson, 2001; Mirowsky & Ross, 2003). Ten eerste kan het te wijten zijn aan betere levensomstandigheden doordat mensen met veel financiële en materiële middelen meer toegang hebben tot kwalitatieve voeding, huisvesting en gezondheidszorg. Een tweede optie benadrukt de psychosociale betekenis van reële verschillen waarbij vooral van belang is dat mensen zich met elkaar vergelijken. In deze benadering leidt weinig economisch kapitaal tot stress omdat mensen zich vergelijken met mensen die meer hebben. Bij mensen met veel economisch kapitaal leidt de vergelijking tot een verhoogd gevoel van prestige en status. Carpiano et al. (2008) en Lynch et al. (2000) suggereren dat vooral de materialistische benadering van belang is om gezondheidsverschillen te verklaren.

In lijn met Bourdieu's (1986) werk, focussen wij op sociaal kapitaal als een individuele hulpbron die aanwezig is in sociale relaties en netwerken. Concreet hebben wij een maat voor sociale steun en een maat voor sociale cohesie in de buurt opgenomen om sociaal kapitaal in re-

kening te brengen. De resultaten tonen dat sociale steun positief verbonden is met zowel fysieke als mentale gezondheid, terwijl sociale cohesie enkel positief gecorreleerd is met mentale gezondheid. Deze resultaten liggen grotendeels in lijn met andere onderzoeken die over het algemeen een positief effect vinden van individuele maten van sociaal kapitaal op gezondheid (e.g. Petrou & Kupek, 2008; Schultz, O'Brien & Tadesse, 2008). Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor de positieve associaties die we vonden (Song, 2011). Kort samengevat, kunnen de positieve effecten van sociaal kapitaal voor gezondheid te wijten zijn aan minder stress en sociale isolatie, het vaker toepassen van gezonde normen, meer psychosociale vaardigheden (bijvoorbeeld zelfvertrouwen en *sense of control*) of meer toegang tot gezondheidsdiensten en informatie.

Om het mogelijke effect van cultureel kapitaal in kaart te brengen, hebben wij twee indicatoren opgenomen. Ten eerste is er de maat van opleidingsniveau. Deze bleek in tegenstelling tot de verwachtingen niet verbonden te zijn met de twee indicatoren van gezondheid. Hiermee zijn onze resultaten in tegenspraak met het positieve effect van opleiding dat doorgaans wordt gevonden in gezondheidsstudies (Kamin et al., 2013). Dit kan mogelijk verklaard worden door de democratisering van het onderwijs waardoor steeds meer mensen een hoger diploma hebben; “Thus, education might lose its direct effect on health because education alone does no longer guarantee improved life chances” (Kamin et al., 2013, p. 109). Een andere verklaring is dat de associatie van opleidingsniveau met gezondheid, wegverklaard wordt door het opnemen van andere variabelen. Bivariaat vonden we immers een effect op zowel fysieke als mentale gezondheid, maar multivariaat was dit niet zo. Dit wijst erop dat de verschillen in gezondheidsstatus naar opleidingsniveau te wijten zijn aan andere factoren uit ons multivariaat model. Bijkomende analyses geven aan dat vooral inkomen en cultuurparticipatie het effect van opleidingsniveau afzwakken. Dit benadrukt het belang van een geïntegreerd model met indicatoren voor alle verschillende kapitaalvormen in gezondheidsonderzoek. Naast opleidingsniveau hebben we ook een maat voor cultuurparticipatie opgenomen om belichaamd cultureel kapitaal in kaart te brengen. De resultaten geven aan dat cultuurparticipatie een netto-effect heeft op fysieke maar niet op mentale gezondheid. Bijkomend hebben we variabelen voor sport- en vrijetijdsparticipatie opgenomen om na te gaan of het effect van culturele participatie specifiek is voor culturele activiteiten, of dat het effect eerder toegeschreven moet worden aan de uithuizigheid van de activiteiten. Ook na controle voor andere uithuizige activiteiten in de vrijetijdssfeer bleef het effect van cultuurparticipatie overeind, wat erop wijst dat de associatie tussen cultuurparticipatie en fysieke gezondheid wel degelijk te maken heeft met de deelname aan cultuur. Barraket (2005), Hampshire en Matthijsse (2010) en Hyypä (2010) wijzen erop dat culturele participatie mogelijk een impact heeft op gezondheid doordat het zorgt voor meer sociaal kapitaal. In onze analyse heeft culturele participatie echter een invloed op gezondheid ook na controle voor sociaal kapitaal, wat suggereert dat andere zaken van belang zijn om de associatie met gezondheid te duiden. Bygren et al. (2009) geven aan dat een positief effect van cultuurparticipatie op gezondheid gerelateerd kan zijn aan verbeterd cognitief functioneren, een toegenomen gevoel van tevredenheid met het leven of

een verbetering in de capaciteit om emoties uit te drukken en te interpreteren. Meer in lijn met Bourdieu kan cultuurparticipatie gezien worden als een indicator voor verschillen in symbolische hulpbronnen die leiden tot een andere *tool kit* van mogelijke strategieën tot actie (Swidler, 1986). Deze verschillen in *tool kit* leiden tot een verschillende leefstijl en dito levensvisie met een fundamentele impact op gezondheid.

Een laatste bevinding is dat het opnemen van interactietermen tussen de verschillende kapitaalvormen niet bijdraagt tot een betere verklaring van gezondheidsverschillen. Op basis van Bourdieu's (1986) werk hadden we op zijn minst een zekere vorm van wisselwerking tussen de verschillende kapitaalvormen verwacht. Dit is echter niet het geval wat erop kan wijzen dat vooral de hoeveelheid kapitaal en niet zozeer de compositie van het beschikbare kapitaal van belang is in gezondheidsonderzoek (Veenstra & Patterson, 2012).

Bovenstaande inzichten bevestigen het nut van Bourdieu's (1984; 1986) kapitaaltheorie in gezondheidsonderzoek. Zo vinden wij sterke onafhankelijke effecten van economisch en sociaal kapitaal en een beperkte doch additionele invloed van cultureel kapitaal op gezondheid. Dit staft Bourdieu's argument dat dit cruciale dimensies zijn om ongelijkheid in kaart te brengen en dat deze simultaan meegenomen moeten worden in empirisch onderzoek.

Ook de resultaten in verband met cultureel kapitaal hebben belangrijke implicaties. Deze component werd over het algemeen immers veel minder sterk belicht in andere studies (Abel, 2008; Kamin et al., 2013; Khawaja & Mowafi, 2006). Echter, in lijn met Bourdieu's theorie is het van belang om deze component mee te nemen. Daarbij wijzen verschillende auteurs op het toegenomen belang van cultureel kapitaal – en meer bepaald culturele leefstijlen – als een cruciale dimensie in de sociale stratificatie van de hedendaagse samenleving (Carlisle et al., 2008; Elchardus, 2002; 2009; Featherstone, 2007; Khawaja & Mowafi, 2006). In lijn hiermee geeft Mackenbach (2012) aan dat cultureel kapitaal een interessante piste is om te duiden hoe het komt dat er nog steeds veel sociale ongelijkheid in gezondheid is in landen met een sterke welvaartsstaat. Onze resultaten wijzen erop dat culturele participatie een beperkt doch betekenisvol netto-effect heeft op fysieke gezondheid.

Deze resultaten zijn ook zeer relevant voor het beleid. Dat we netto-effecten vonden voor elk van de drie kapitaalvormen wijst er immers op dat sociale ongelijkheid een diepgeworteld fenomeen is dat op uiteenlopende vlakken tot uiting komt. Om deze reden is de kans klein dat men een “single magic bullet” (Braveman et al., 2010) vindt, die toelaat om sociale ongelijkheid in gezondheid te elimineren. Daarentegen moeten interventies of beleidsmaatregelen met als doel om sociale ongelijkheid in gezondheid te reduceren, rekening houden met de verwevenheid van uiteenlopende vormen van sociale ongelijkheid. Enkel zo kan men sociale ongelijkheid in gezondheid effectief bestrijden.

6.1.2 Sociale (on)gelijkheid in seksueel welbevinden

In tweede instantie hebben we Bourdieu's kapitaaltheorie toegepast in het onderzoek naar sociale ongelijkheid op het vlak van seksueel welbevinden. De resultaten wijzen erop dat economisch kapitaal, sociale steun en cultuurparticipatie elk een onafhankelijk effect hebben op verschillen in seksueel welbevinden. Voor sociale steun zijn mensen met veel sociale steun meer tevreden over hun seksleven en voor cultuurparticipatie blijkt dat mensen die in cultuur participeren een hogere kans hebben om tevreden te zijn. Deze bevindingen zijn in lijn met wat we verwachtten aangezien we elk van de kapitaalkvormen beschouwen als een hulpbron om een hoger welbevinden te realiseren. De resultaten voor economisch kapitaal spreken dit echter tegen aangezien mensen met moeilijkheden om rond te komen net een grotere kans vertonen om tevreden te zijn. De studie van Beltzer, Bajos en Laporte (2008) is nuttig om deze bevinding te interpreteren; zij geven aan dat mensen met financiële moeilijkheden, seks mogelijk als één van de enige domeinen zien waarin ze een *sense of control* ervaren. Dit kan zich op zijn beurt uiten in een groter gevoel van seksueel welbevinden.

We vinden dus verschillen in seksueel welbevinden naar de verschillende kapitaalsoorten. Hierbij moeten we wel vermelden dat deze verschillen klein blijken te zijn, wat erop lijkt te wijzen dat sociale ongelijkheid in seksueel welbevinden beperkt is. Zoals we in de inleiding al aanhaalden, is er discussie over de mate waarin sociale positie gecorreleerd is met seksueel welbevinden. Onze resultaten lijken in lijn te zijn met de studies van Kim en Jeon (2013), Laumann et al. (2006), Træen en Schaller (2010) en Pronier en Monk-Turner (2013) die allen concludeerden dat sociale verschillen in seksueel welbevinden beperkt zijn. Daarentegen blijkt uit onze resultaten dat vooral individuele variabelen zoals de ervaring van seksuele disfuncties, partnerstatus en mentaal welbevinden sterk gecorreleerd zijn met seksueel welbevinden.

Bovenstaande resultaten hebben twee belangrijke implicaties voor het ruimer onderzoeksveld naar sociale ongelijkheid in gezondheid en seksonderzoek. Ten eerste vinden we dat sociale ongelijkheid in seksueel welbevinden beperkt is, wat in tegenspraak is met het merendeel van de studies naar sociale ongelijkheid in meer algemene maten van welbevinden (e.g. Adler et al., 1994; Carlisle et al. 2008; Marmot et al., 1997; Stansfeld et al., 1998; Whitehead, 1992). Op zich kunnen we dit als een positief resultaat beschouwen. Immers, dat we slechts een beperkt aantal effecten vinden voor seksueel welbevinden, kan erop wijzen dat sociale ongelijkheid in zo een privaat domein als seksueel welbevinden slechts beperkt is en dat seksueel welbevinden voornamelijk door andere factoren verklaard wordt. De tweede implicatie gaat terug op het argument van Higgins en Browne (2008) die aangeven dat het concept sociale positie adequaat moet worden meegenomen in seksonderzoek. Zij stellen dat Bourdieu's kapitaaltheorie in dit verband een nuttig perspectief is. In lijn hiermee vinden we beperkte doch betekenisvolle netto-effecten van de verschillend kapitaalkvormen op seksueel welbevinden. Dit suggereert dat uiteenlopende vormen van sociale ongelijkheid van belang kunnen zijn in studies naar seksuele gezondheid.

De praktische relevantie van deze resultaten ligt vooral op het individuele vlak. Immers, sociale ongelijkheid in seksueel welbevinden blijkt beperkt te zijn terwijl individuele determinanten (i.e. de ervaring van seksuele disfuncties, partnerstatus en mentaal welbevinden) er veel sterker mee samenhangen. Vooral de behandeling van seksuele disfuncties lijkt van belang te zijn als men het seksuele welbevinden van individuen wil bevorderen.

6.1.3 Seksuele excitatie en inhibitie

In deze sectie gaan we dieper in op de resultaten uit hoofdstukken 5.3 en 5.4 waarin we de correlaten van seksuele excitatie en inhibitie hebben bestudeerd. In vergelijking met eerder onderzoek, hebben onze empirische studies een meerwaarde op twee vlakken. Ten eerste maken wij gebruik van een representatieve steekproef terwijl eerder onderzoek op één uitzondering na gebaseerd is op *convenience* samples (Bancroft et al., 2009 ; Varjonen et al., 2007). Ten tweede hebben wij – althans in Hoofdstuk 5.4 – een multivariaat model toegepast waardoor we netto-effecten van de verschillende correlaten konden onderscheiden, na controle voor de andere onafhankelijke variabelen. Gezien de focus in dit proefschrift ligt op sociale verschillen in sociale ongelijkheid, gaan we hier vooral in op de associaties met opleidingsniveau (6.1.3.1). Daarnaast besteden we ook kort aandacht aan de associaties met gezondheid (6.1.3.2) en de geslachtsverschillen in de ontwikkeling van seksuele excitatie en inhibitie doorheen de levensloop (6.1.3.3).

6.1.3.1 Opleidingsniveau en seksuele excitatie en inhibitie

De resultaten wijzen erop dat opleidingsniveau positief gerelateerd is aan zowel seksuele excitatie als inhibitie. Dit impliceert dat hoger opgeleiden een breder pallet aan prikkels als seksueel stimulerend ervaren en dat ze ook meer de neiging hebben om deze opwinding te onderdrukken. Met betrekking tot seksuele excitatie lijken deze resultaten in overeenstemming te zijn met de studies van Kinsey et al. (1948) en DeLamater en Sill (2005) die een positief effect vonden van opleiding op respectievelijk seksuele opwinding en seksueel verlangen. Voor seksuele inhibitie hebben we geen empirische studies gevonden waarin dit verband werd nagegaan.

Deze associaties kunnen we eveneens kaderen aan de hand van Bourdieu's raamwerk (Bourdieu, 1984; 1998; Bourdieu & Passeron, 1977). Seksuele excitatie en inhibitie zijn immers stabiele kenmerken die tot uiting komen doorheen het proces van seksuele ontwikkeling. In lijn met Bourdieu's werk geeft opleidingsniveau een belangrijke indicatie van de context waarin iemand zijn seksuele ontwikkeling doormaakte. Zo wijst Bourdieu op het bestaan van sociale reproductie binnen het onderwijs, waarbij vooral het culturele kapitaal dat de leerling van thuis uit meekreeg, bepaalt in welke onderwijsvorm hij/zij terecht komt. Het gevolg hiervan is dat leerlingen uit de verschillende onderwijsvormen van thuis uit een zeer verschillende culturele bagage en habitus – met dito handelings- en waarderingsschema's – hebben meegekregen. Deze

verschillen in primaire socialisatie worden nog versterkt in het onderwijs. Immers, het onderwijs dat men in de verschillende onderwijsvormen krijgt, verschilt sterk en ook de leerlingen uit de verschillende onderwijsvormen verschillen sterk van elkaar (door de verschillen in culturele bagage). Dit laatste is van belang aangezien peers een belangrijke rol spelen in de seksuele ontwikkeling (e.g. Buysse et al., 2013a; De Graaf et al., 2004; Sensoa, 2011). Op basis hiervan kunnen we argumenteren dat mensen met een verschillend opleidingsniveau hun seksuele ontwikkeling in een zeer verschillende context hebben doorgemaakt, wat een invloed kan hebben op de prikkels die men als opwindend of net inhiberend ervaart. De waarderingschema's van de habitus lijken zo dus ook op het vlak van seksualiteit actief te zijn. Kinsey et al. besluiten op zeer vergelijkbare manier dat "This means that [the male] is psychologically conditioned by the attitudes of the social group in which he is raised or toward which his educational attainments will lead him" (p. 686). Ook Rowland (2006) en Gijs et al. (2004) benadrukken dat sociaal leren een fundamentele invloed heeft op de prikkels die men als opwindend beschouwt.

Een andere mogelijkheid om de associatie van opleidingsniveau met excitatie en inhibitie te verklaren, vinden we in het theoretische model dat Janssen et al. (2000) voorstellen om de seksuele inschatting van prikkels in kaart te brengen. In dit model onderscheiden zij twee elementen met betrekking tot de evaluatie van seksuele opwinding, namelijk een fysiologische en een subjectieve component. Fysiologische opwinding (en genitale respons) zou voornamelijk beïnvloed worden door automatische processen terwijl bewuste hogere-orde denkprocessen van belang zijn om het subjectieve gevoel van opwinding te verklaren (Janssen, 2011). In dit verband zou het kunnen dat deze denkprocessen meer ontwikkeld zijn bij hoger opgeleiden dan bij lager opgeleiden of in andere woorden, dat hoger opgeleiden reflexiever zijn met betrekking tot de prikkels en situaties die ze waarnemen. Dit kan zich ook uiten op het vlak van seksuele responsiviteit. Kinsey et al. (1948) verwijzen op vergelijkbare manier naar de grotere capaciteit tot visualiseren van situaties om het verband tussen opleidingsniveau en seksuele opwinding te verklaren. Dit zou kunnen verklaren waarom hoger opgeleiden meer stimuli als exciterend en meer situaties als inhiberend evalueren.

DeLamater en Sill (2005) vonden dat de associatie tussen opleidingsniveau en seksueel verlangen gemedieerd wordt door attitudes ten opzichte van seks. Dit impliceert dat hoger opgeleiden meer seksueel verlangen ervaren omdat ze meer open staan voor nieuwe ervaringen. Ook met betrekking tot de associatie van opleidingsniveau met seksuele opwinding en inhibitie is dit een mogelijkheid. Om hier rekening mee te houden, hebben we een variabele in verband met openheid ten opzichte van seks opgenomen in het model. Het opnemen van deze variabele had echter geen effect op de associaties tussen opleidingsniveau en seksuele excitatie en inhibitie. Dit wijst erop dat het effect van opleidingsniveau een rechtstreeks effect heeft op seksuele excitatie en inhibitie en dat dit niet gemedieerd wordt door de attitudinale variabele.

In het kader van dit proefschrift is de belangrijkste conclusie dat sociale factoren een belangrijke invloed hebben op seksuele responsiviteit. Dit is interessant omdat vooral bij seksuele

opwindbaarheid er vaak van uitgegaan wordt dat dit louter samenhangt met biologische kenmerken (Gijs et al., 2004). In een evolutionaire context wijst Cliquet (2010) erop dat het sturen van seksueel gedrag doorheen de evolutie steeds minder door hormonen en oudere delen van het brein gebeurt en steeds meer door de grote hersenhelften. Dit resulteert in een shift van instinctief seksueel gedrag naar seksueel gedrag dat steeds meer gestuurd wordt door leren en bewuste processen: “thus, the modern human appears to be more apt to be sexually stimulated and activated, but also to be more inhibited, compared to its predecessors” (Cliquet, 2010, p. 191).

6.1.3.2 Fysieke en mentale gezondheid

De resultaten van hoofdstuk 5.3 geven aan dat fysieke gezondheid positief samenhangt met seksuele excitatie terwijl er geen verband is met seksuele inhibitie. Rowland (2006) wijst erop dat seksuele opwindbaarheid beïnvloed kan worden door ziekte en verslechtering van de fysieke staat van het lichaam, wat mogelijk de associatie van fysieke gezondheid met seksuele excitatie verklaart. Mentale gezondheid is daarentegen negatief verbonden met zowel seksuele excitatie als inhibitie. Om de negatieve associatie met seksuele excitatie te duiden doen we een beroep op de Bancroft's (2008) verklaring om ‘*out-of-control*’ seksueel gedrag te duiden. In deze context kan het zijn dat een hogere opwindbaarheid een soort copingstrategie is voor mensen met een slechtere mentale gezondheid. De hogere mate van opwindbaarheid is dan mogelijk nuttig om de negatieve gevolgen van slechte mentale gezondheid tegen te gaan. Verder bleek mentaal welbevinden dus negatief verbonden te zijn met de twee inhibitieschalen. Dit is in overeenstemming met de studies van Bancroft et al. (2003b), Graham et al. (2004) en Janssen et al. (2008) en wijst erop dat een slechtere mentale gezondheid er mogelijk voor kan zorgen dat mensen meer remmingen ervaren in hun seksleven.

De associaties die we in de voorgaande paragraaf hebben beschreven, bevestigen het belang van een grondige evaluatie van de fysieke en mentale gezondheid bij personen die problemen ervaren in verband met seksuele inhibitie en/of excitatie (van Lunssen, Weijnenborg, Vroege, Brewaeys & Meinhardt, 2004). De resultaten suggereren immers dat fysieke en mentale gezondheid een effect kunnen hebben op seksuele excitatie en inhibitie.

6.1.3.3 Geslachtsverschillen en -gelijkenissen in ontwikkeling van seksuele excitatie en inhibitie doorheen de levensloop

In dit proefschrift zijn we ten slotte ook dieper ingegaan op de ontwikkeling van seksuele excitatie en inhibitie doorheen de levensloop. In het bijzonder hebben we hierbij onderzocht of er verschillen zijn naar geslacht in deze ontwikkeling. Onze literatuurstudie wees er immers op dat er nog veel onduidelijkheid bestaat met betrekking tot de ontwikkeling van deze kenmerken doorheen de levensloop. Voor deze onderzoeksvraag hebben we gebruik gemaakt van *Local*

Regression Analysis (Loess), een non-parametrische techniek om de associatie tussen twee continue variabelen weer te geven.

Voor seksuele excitatie bevestigen de resultaten dat mannen doorgaans hoger scoren dan vrouwen (Carpenter et al., 2008; Milhausen et al., 2010). Verder blijkt de vorm van de *smooth*-curve zeer vergelijkbaar te zijn voor de twee geslachten met een stijging tot de leeftijd van 30 à 35 jaar, gevolgd door een gestage daling. Voor de twee inhibitieschalen zijn er daarentegen sterke verschillen in de vorm van de *smooth*-curves. Bij mannen zien we voor beide inhibitieschalen een quasi lineaire stijging terwijl de scores bij vrouwen een omgekeerd U-vormig verband vertonen. Daarnaast wijzen onze resultaten erop dat vrouwen en mannen op vroege (voor 18 jaar) en op late leeftijd (na 60 jaar) niet van elkaar verschillen wat seksuele inhibitie betreft. Dit is een interessante aanvulling op eerder onderzoek waarin men concludeerde dat vrouwen hoger scoren dan mannen op seksuele inhibitie (e.g. Carpenter et al., 2008; Milhausen et al., 2010).

Bij de interpretatie van deze resultaten biedt het evolutionaire perspectief van Bjorklund en Kipp (1996) een handige leidraad. Mannen in de prehistorie hadden er het meeste evolutionair voordeel bij als ze zoveel mogelijk vrouwen zwanger konden maken. Daartoe ontwikkelden ze een sterkere neiging tot seksuele excitatie. Vrouwen daarentegen gingen meer investeren in de kwaliteit van de opvoeding van het nageslacht. Hiertoe ontwikkelden zij een sterkere neiging tot seksuele inhibitie. Deze inhibitie zorgde er voor dat vrouwen meer beredeneerd een partner konden kiezen, dat ze minder snel ongewenst zwanger raakten en dat ze de relatie met hun partner beter in stand konden houden, waardoor zij beroep konden doen op diens hulpbronnen bij de opvoeding van het kind. Zoals Bjorklund en Kipp (1996) en Cliquet (2010) aangeven, zijn deze mechanismen ook nog tot op zekere hoogte van toepassing in de huidige moderne samenleving. De resultaten uit dit proefschrift ondersteunen deze bevinding. Immers, we vinden dat mannen nog steeds een sterkere neiging tot seksuele excitatie hebben en dat de inhibitiescores van vrouwen pieken in de periode dat mensen instaan voor de opvoeding van de kinderen. Dit wijst er mogelijk op dat seksuele inhibitie ook bij hedendaagse vrouwen een mechanisme is dat hen helpt om hun kinderen een kwalitatieve opvoeding te geven.

Voor dit proefschrift is de verwevenheid van biologische en sociale factoren met een impact op de ontwikkeling van seksuele responsiviteit interessant (Carpenter et al., 2008). Zo vonden we dat de seksuele excitatie scores gestaag stijgen tot de leeftijd van 30 á 35 jaar, wat er mogelijk op wijst dat mensen leren welke prikkels ze als seksueel opwindend beschouwen. Een andere mogelijke verklaring is dat dit om een meer biologisch fenomeen gaat waarbij het lichaam mensen er toe wil aanzetten om kinderen te krijgen voordat de vrouw 35 wordt, aangezien de vrouwelijke fertiliteit rond deze leeftijd sterk begint te dalen. Het is zeer moeilijk om uit elkaar te halen in welke mate beide mechanismen een rol spelen. Ook voor inhibitie zien we sterke geslachtsverschillen (e.g. de geslachtsverschillen in de mate van inhibitie doorheen de levensloop) die door een complexe mix van biologische en sociale factoren teweeg kunnen worden gebracht.

6.2 Limitaties en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

6.2.1 Limitaties van dit proefschrift

Er zijn een aantal limitaties verbonden aan dit proefschrift waarvan sommige op alle studies van toepassing zijn terwijl andere betrekking hebben op één of een aantal specifieke studies. In deze paragraaf gaan we hier verder op in.

Een eerste belangrijke beperking is verbonden aan de dataset die we gebruikt hebben. Sexpert is immers een cross-sectioneel onderzoek. Een gevolg hiervan is dat we geen conclusies kunnen trekken over de causaliteit van de gevonden effecten. Zo hebben we in de eerste empirische studie (Hoofdstuk 5.1) de effecten van de kapitaalvormen telkens geïnterpreteerd als effecten van indicatoren van sociale positie op gezondheid. Echter, deze associaties kunnen ook in de andere richting lopen (Carpiano et al., 2010; Kawachi et al., 2010). Hoewel verschillende auteurs (e.g. Adler & Ostrove, 1999; Carpiano et al., 2008; Warren, 2009) erop gewezen hebben dat het voornamelijk sociale positie is dat een impact heeft op gezondheid, kunnen we hier geen uitsluitel over geven op basis van de gebruikte dataset. Bijgevolg is voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van resultaten. Door de cross-sectionele data konden wij ook slechts op een zeer ruwe manier het samenspel tussen de verschillende kapitaalvormen modelleren (i.e. door middel van interactie-effecten). Daarnaast zijn er echter ook andere vormen van samenspel mogelijk zoals transmissie van de ene generatie naar de andere of accumulatie doorheen de tijd. Longitudinale data zijn nodig om met dergelijke vormen van samenspel rekening te houden. Een ander gevolg van de cross-sectionele data is dat we geen onderscheid kunnen maken tussen cohorte- en leeftijdseffecten. Een goed voorbeeld hiervan zien we in de studie over geslachtsverschillen in de ontwikkeling van seksuele excitatie en inhibitie doorheen de levensloop (Hoofdstuk 5.4). We hebben de associaties met leeftijd consequent geïnterpreteerd als een effect van leeftijd op de tendensen tot excitatie en inhibitie. Het zou echter ook kunnen dat we hier een verschil zien naar cohorte en niet naar leeftijd. Op basis van de beschikbare dataset kunnen we hier geen uitsluitel over geven.

Een andere limitatie heeft betrekking op de operationalisering van de verschillende kapitaalvormen uit Bourdieu's theorie (hoofdstukken 5.1 en 5.2). De operationalisering die we op basis van de gebruikte dataset konden maken, zijn in een aantal gevallen zeer beperkt. Voor sociaal kapitaal hebben wij gebruik gemaakt van sociale steun (hoofdstukken 5.1 en 5.2) en bijkomend van sociale cohesie in de buurt (Hoofdstuk 5.1). Deze beide maten kwamen voor in zowel de operationalisering van Carpiano (2006; 2007) als die van Ziersch (Ziersch, 2005; Ziersch et al., 2005). Daarnaast hebben Carpiano en Ziersch echter nog heel wat andere elementen opgenomen in hun operationalisering van sociaal kapitaal die wij niet in rekening konden brengen. Song (2011) en Song en Lin (2009) geven op hun beurt aan dat netwerkgebaseerde maten van sociaal kapitaal niet zomaar gelijkgesteld kunnen worden met sociaal kapitaal. Zij argumenteren dat soci-

aal kapitaal enkel verwijst naar de hulpbronnen die in iemand zijn/haar netwerk aanwezig zijn. Het gaat er dan niet om of de respondent het gevoel heeft dat hij/zij kan steunen op zijn sociaal netwerk, maar wel over welke financiële en andere hulpbronnen leden in zijn/haar sociaal netwerk hebben wat kan nagegaan worden aan de hand van een positiegenerator. Wij hadden geen maat om hiermee rekening te houden. Met betrekking tot sociaal kapitaal onderscheiden we nog een tweede limitatie. Wij hebben immers enkel indicatoren van individueel sociaal kapitaal opgenomen, terwijl idealiter best zowel individuele als collectieve maten van sociaal kapitaal meegenomen worden (Kawachi et al., 2004). In de vragenlijst is een maat van sociale cohesie in de buurt opgenomen, namelijk een subschaal van de *collective efficacy* maat van Sampson et al. (1997). Hiermee kunnen we een indicatie krijgen van het collectieve sociaal kapitaal in de buurt, maar door de aard van de dataverzameling was het niet mogelijk om deze als dusdanig te gebruiken. Hiervoor is het immers nodig dat er voldoende mensen uit dezelfde buurt in de dataset zijn opgenomen, zodat hun scores kunnen geaggregeerd worden op buurtniveau. Omdat wij gebruikmaken van een toevalssteekproef over gans Vlaanderen, zijn er echter niet voldoende mensen per buurt en kon deze maat niet als een indicator van collectief sociaal kapitaal gebruikt worden. Ook wat cultureel kapitaal (en meer bepaald belichaamd cultureel kapitaal) betreft, is onze operationalisering eerder ruw. Zoals Yaish en Katz-Gerro (2010) aangeven, kan belichaamd cultureel kapitaal best gemeten worden aan de hand van een combinatie van culturele participatie en voorkeuren. In de gebruikte dataset zijn echter enkel variabelen in verband met culturele participatie opgenomen. Daarnaast kan het nuttig zijn om meer informatie te hebben over culturele smaken, thuisparticipatie, actieve cultuurdeelname (bv. creatieve hobby's), geobjectiveerd cultureel kapitaal en attitudele variabelen. Een andere limitatie van onze operationalisering van cultureel kapitaal is dat we geen rekening hebben gehouden met de claim van Bourdieu (1986) dat de kapitaalvormen best aangepast worden aan het veld waarin ze werkzaam zijn. Dit impliceert dat cultureel kapitaal ook best toegepast wordt op het gezondheidsveld door te focussen op variabelen als gezondheidsgedrag, attitudes, kennis en preventiegedrag (i.e. gezondheidscultureel kapitaal) (e.g. Abel, 2007; 2008; Cockerham, 2000; 2005; 2006; 2013; Cockerham et al., 1997; Frohlich et al., 2001; Jones et al., 2011; Missinne et al., 2013; Shim, 2010). In de Sexpert-vragenlijst waren een aantal indicatoren aanwezig, maar deze volstonden niet om dit adequaat mee te nemen.

Een derde beperking is dat we geen operationalisering van sociale positie in de strikt Bourdieusiaanse zin van het woord hebben kunnen maken (hoofdstukken 5.1 en 5.2). Bourdieu (1984) heeft een conceptualisering van de sociale ruimte samengesteld door middel van meervoudige correspondentie analyse (MCA). Deze techniek laat toe om rekening te houden met het relationele aspect van Bourdieu's operationalisering van sociale positie. Dit aspect verwijst ernaar dat mensen in dezelfde sociale groep dichter bij elkaar in de sociale ruimte zijn in vergelijking met mensen uit een andere sociale groep (Bourdieu, 1985; 1998). Muntaner et al. (2003) en Bartley (2003) beklemtonen dat dit relationele aspect een essentieel onderdeel is van

sociale positie en dat dit ook een duidelijk onderscheiden impact heeft op gezondheid ²⁴. Veenstra (2007) geeft zo aan dat een relationele operationalisering van sociale positie toelaat om zicht te krijgen op de verdeling van hulpbronnen over de verschillende groepen in de samenleving en de gezondheid die daarmee samengaat. Wij konden enkel variabelen opnemen van de hoeveelheid van het beschikbare kapitaal, waardoor we geen zicht hebben op dit relationele aspect. Echter, het opnemen van aparte variabelen over de hoeveelheid kapitaal heeft ook voordelen. Het laat immers toe om het effect van de kapitaaltvormen te evalueren, controlerend voor het effect van de andere kapitaaltvormen. Zo kunnen we nagaan welke hulpbronnen een specifieke invloed hebben op gezondheid. Dit is niet mogelijk door een conceptualisering van de sociale ruimte in de Bourdieusiaanse zin te creëren via MCA. Cockerham (2005) geeft zo terecht aan dat correspondentie analyse wel gebruikt kan worden om relaties na te gaan maar niet om hypothesen te toetsen.

6.2.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Op basis van de resultaten en de limitaties in dit proefschrift kunnen we een aantal aanbevelingen doen voor verder onderzoek. Een eerste piste voor toekomstige studies heeft betrekking op de effecten van respectievelijk sociaal en cultureel kapitaal op gezondheid. In dit proefschrift kwamen we tot interessante resultaten met betrekking tot deze kapitaaltvormen terwijl de operationalisering van deze indicatoren zeer ruw was. Meer uitgewerkte operationaliseringen van deze concepten kunnen tot belangrijke inzichten leiden over sociale ongelijkheid in gezondheid. Met betrekking tot sociaal kapitaal lijkt het vooral van belang om sociaal kapitaal op zowel individueel als collectief niveau in rekening te nemen (Kawachi et al., 2004). Daarnaast is het ook van belang om Bourdieu-gebaseerde maten van sociaal kapitaal verder uit te werken, waarbij er aandacht wordt besteed aan de hulpbronnen die in iemands sociaal netwerk aanwezig zijn. Zoals Song (2011; 2013) en Song en Lin (2009) aangeven, is dit een veelbelovende piste voor toekomstig gezondheidsonderzoek. Wat cultureel kapitaal betreft, identificeren we twee pistes voor verder onderzoek. Ten eerste kan men focussen op gezondheidscultureel kapitaal waarbij deze kapitaaltvorm aangepast is aan het gezondheidsveld. Onderzoeken in deze benadering focussen op culturele factoren met een rechtstreekse impact op gezondheid, zoals preventief gezondheidsgedrag, attitudes, kennis of bepaalde competenties die van belang zijn in de interactie met zorgverleners. In de tweede benadering wordt er gefocust op culturele participatie en smaken, zoals we ook al in dit proefschrift deden. Onderzoek in deze benadering gaat echter best ruimer dan de operationa-

²⁴ Muntaner et al. (2003) en Bartley (2003) beklemtonen dat dit relationele aspect niet meegenomen wordt door maten van de hoeveelheid hulpbronnen op te nemen. Concreet maken zij in dit verband een onderscheid tussen sociale stratificatie en sociale klasse die volgens hen allebei een nut hebben om verschillen in gezondheid te verklaren.

lisering uit dit proefschrift door ook variabelen in verband met culturele smaken, thuisparticipatie, actieve cultuurdeelname (bvb. creatieve hobby's), geobjectiveerd cultureel kapitaal en attitudele variabelen te bestuderen in relatie tot gezondheid. Daarnaast kan ook de samenhang tussen cultureel kapitaal geoperationaliseerd als cultuurdeelname en gezondheidscultureel kapitaal een belangrijke meerwaarde hebben. Dit kan immers meer inzicht geven in hoe deze operationaliserings zich tot elkaar verhouden en hoe dit best opgenomen kan worden in verder onderzoek.

Ten tweede is er ook nood aan longitudinale en experimentele studies om een beter inzicht te krijgen in de mechanismen die ten grondslag liggen aan sociale ongelijkheid in gezondheid. Immers, het gebruik van cross-sectionele data in dit proefschrift beperkt de conclusies die we op basis van de resultaten kunnen trekken. Doordat longitudinale studies toelaten om na te gaan hoe gezondheid evolueert als de determinanten veranderen (bijvoorbeeld van veel naar weinig culturele participatie of van weinig naar veel sociale steun) kunnen we meer inzicht krijgen in de onderliggende mechanismen. Daarnaast kunnen ook experimentele studies van belang zijn om bepaalde hypothesen te testen. Bygren et al. (2009) stellen bijvoorbeeld dat het verband tussen gezondheid en cultuurparticipatie mogelijk verklaard wordt door een verbeterde capaciteit tot het uiten en interpreteren van emoties. Deze hypothese kan enkel met een experimentele opzet adequaat onderzocht worden.

Ten derde zijn er indicaties dat er best meer aandacht besteed wordt aan geslachtsverschillen in de impact van sociale determinanten op gezondheid. Grossi et al. (2013) wijzen bijvoorbeeld op genderverschillen in het belang van inkomen, opleidingsniveau en culturele participatie voor het verklaren van gezondheid. Ook Kamin et al. (2013) en Nummela et al. (2008) geven aan dat er genderverschillen zijn in de invloed van belichaamd cultureel kapitaal op gezondheid. Daarbij zijn er eveneens aanwijzingen dat er genderverschillen zijn in de impact van sociale steun op gezondheid en mortaliteit (e.g. Denton, Prus, & Walters, 2004; Denton & Waters, 1999; Matthews, Manor & Power, 1999; Shumaker & Hill, 1991; Shye, Mullooly, Freeborn & Rope, 1995). Deze bevindingen bieden interessante mogelijkheden voor toekomstig onderzoek.

Ten vierde kunnen toekomstige studies nagaan in welke mate er sociale ongelijkheid is in andere indicatoren van seksuele gezondheid en seksueel welbevinden. In dit proefschrift hebben we immers slechts twee indicatoren opgenomen, terwijl er verschillende andere dimensies van seksuele gezondheid zijn die we in het kader van dit proefschrift niet hebben kunnen bestuderen zoals de ervaring van seksuele disfuncties, onveilig vrijen, attitudes over seks en relaties ... Ook in verband met seksueel welbevinden geldt dat andere dimensies van dit concept best bestudeerd worden. Zoals Stephenson en Meston (2010) en Træen en Schaller (2010) aangeven, is seksueel welbevinden een multidimensioneel concept dat uiteenlopende facetten omvat.

Ten vijfde, is er meer onderzoek nodig om een beter zicht te krijgen op individuele variabiliteit in seksuele excitatie en inhibitie. Zo wezen we erop dat de associaties met opleidingsniveau mogelijk het gevolg zijn van de specifieke context waarin de seksuele ontwikkeling plaatsvond. Hierbij kan het ook nuttig zijn om andere variabelen op te nemen die een inzicht geven over deze

context zoals variabelen over de thuissituatie, religiositeit en kenmerken van vrienden. Daarnaast kan ook de invloed van biologische²⁵ en psychologische kenmerken onderzocht worden om te kijken in welke mate deze samenhangen met seksuele excitatie en inhibitie. In dit verband zal het een uitdaging zijn om de invloed van biologische en andere factoren uit elkaar te halen (Carpenter et al., 2008). De resultaten uit Hoofdstuk 5.4 wijzen erop dat het van belang is om in toekomstige studies naar de correlaten van seksuele excitatie en inhibitie rekening te houden met de interactie tussen geslacht en leeftijd. Aangezien de resultaten uit Hoofdstuk 5.4 aangeven dat seksuele excitatie en inhibitie zeer specifieke functies hebben in respectievelijk mannen en vrouwen, kan het relevant zijn om na te gaan of er ook geslachtsverschillen zijn in de factoren die een invloed hebben op variatie in seksuele excitatie en inhibitie. Dit kan helpen om een beter inzicht te krijgen in de onderliggende mechanismen van seksuele excitatie en inhibitie.

Ten slotte kunnen ook longitudinale studies een relevante bijdrage leveren aan het onderzoek naar seksuele excitatie en inhibitie omdat ze toelaten om een onderscheid te maken tussen de *state*- en de *trait*-dimensie ervan. Zo zijn er associaties tussen seksuele disfuncties en excitatie en inhibitie (Bancroft et al., 2005; Graham et al., 2008), maar is het onduidelijk in welke mate ze elkaar beïnvloeden: enerzijds is een hoge mate van inhibitie een risicofactor voor het ervaren van disfuncties, anderzijds kunnen disfuncties ook een impact hebben op de mate van inhibitie. Longitudinale studies kunnen helpen om meer inzicht te krijgen in deze mechanismen. Daarbij laten longitudinale studies toe om een onderscheid te maken tussen cohorte- en leeftijdseffecten, wat vooral in de studie naar geslachtsverschillen in de evolutie van seksuele excitatie en inhibitie doorheen de levensloop van cruciaal belang is.

Om de aanbevelingen uit deze sectie wat concreter te maken, hebben we in Bijlage 3 een eerste, embryonale aanzet gegeven voor twee concrete onderzoeksvorstellen. Het eerste gaat over een longitudinale interventiestudie over gezondheid. Het tweede focust op een longitudinale studie naar seksuele excitatie en inhibitie.

²⁵ In een vergelijkbare context stelt Udry (1990) dat “the source everyone but social scientists knows about is biological libido” (p. 70), waarmee hij treffend aangeeft dat biologische factoren vaak een belangrijke blinde vlek zijn bij sociale wetenschappers.

6.3 Conclusie

Van bij de start van mijn doctoraatstraject wilden we met dit proefschrift een bijdrage te leveren aan onderzoek naar sociale ongelijkheid in gezondheid door een Bourdieusiaanse benadering van sociale positie toe te passen. Deze lijn wilden we doortrekken naar het domein van seksuele gezondheid om zo op zoek te gaan naar het sociale in het seksuele. Dit concretiseerde zich in studies naar seksueel welbevinden en seksuele responsiviteit. Op deze manier bevindt dit proefschrift zich op het kruispunt van cultuursociologie, gezondheidssociologie en seks-onderzoek.

In dit proefschrift vinden we bevestiging dat er nog steeds belangrijke sociale ongelijkheid is in gezondheid en dat dit eveneens zo is voor seksuele gezondheid. Vanuit een meer theoretisch standpunt kunnen we op basis van dit proefschrift besluiten dat Bourdieu's raamwerk een duidelijke meerwaarde heeft voor het onderzoeken van verschillen in (seksuele) gezondheid. Zijn theorie laat toe om te duiden hoe sociale ongelijkheid tot stand komt en wijst op het belang van indicatoren die vaak genegeerd worden in gezondheidsstudies zoals culturele factoren. Daarnaast is zijn theorie nuttig om de diepgeworteldheid van sociale ongelijkheid te begrijpen. Dit idee is cruciaal om mee te nemen in beleidsmaatregelen aangezien het aangeeft dat eenvoudige maatregelen niet volstaan om zo een complex verschijnsel als sociale ongelijkheid in gezondheid aan te pakken. Ook voor verder onderzoek lijkt het aanbevolen om voldoende aandacht te besteden aan de operationalisering van sociaal, economisch en cultureel kapitaal om zo sociale verschillen op een adequate manier in kaart te brengen.

Bibliografie

- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Social Science & Medicine*, 32(8), 899-908.
- Abel, T. (2007). Cultural capital in health promotion. In D. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin, J.M. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (Eds.) *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. (pp. 43-73). New York: Springer.
- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiological Community Health*, 39 57-61.
- Abel, T. & Frohlich, K.L. (2012). Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, 74(2), 236-244.
- Abel, T., Fuhr, D.C., Bisegger, C., Ackermann Rau, S. & The European Kidscreen Group (2011). Money is not enough: Exploring the impact of social and cultural resources on youth health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(suppl 6), 57-61.
- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R.L. & Syme, S.L. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15-24.
- Adler, N.E., Epel, E.S., Castellazzo, G. & Ickovics, J.R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy white women. *Health Psychology*, 19(6), 586-592.
- Adler, N.E. & Ostrove, J.M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals New York Academy of Sciences*, 896, 3-15.
- Adler, N.E. & Snibbe, A.C. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socio-economic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 119-123.
- Adler, N.E. & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 5-23.
- Agneessens, F., Waege, H. & Lievens, J. (2006). Diversity in social support by role relations: A typology. *Social Networks*, 28(4), 427-441.
- Alexander, J.C. (1995). *Fin de Siècle Social Theory: Relativism, Reduction, and the Problem of Reason*. Londen: Verso.
- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: a theoretical perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 763-784.
- Bancroft, J. (2002). Biological factors in human sexuality. *Journal of Sex Research*, 39(1), 15-21.
- Bancroft, J. (2007). *Human sexuality and ageing*. 6th IMS Workshop, Menopause and Ageing, Quality of Life and sexuality, Pisa, Italy.
- Bancroft, J. (2008). Sexual behavior that is "out of control": a theoretical conceptual approach. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 593-601.

- Bancroft, J., Graham, C.A., Janssen, E. & Sanders, S.A. (2009). The dual control model: current status and future directions. *Journal of Sex Research*, 46(2-3), 121-142.
- Bancroft, J., Herbenick, D., Barnes, T., Hallam-Jones, R., Wylie, K., Janssen, E. & Members of British Association for Sexual and Relationship Therapy (2005). The relevance of the dual control model to male sexual dysfunction: The Kinsey Institute/BASRT Collaborative Project. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(1), 13-30.
- Bancroft, J. & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 571-579.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z. & Scott, J. (2003a). The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 217-230.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D. & Vukadinovic, Z. (2003b). The relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 231-242.
- Bancroft, J., Long, J.S. & McCabe, J. (2011). Sexual well-being: A comparison of US Black and White women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 725-740.
- Banks, J., Marmot, M., Oldfield, Z. & Smith, J.P. (2009). The SES health gradient on both sides of the Atlantic. In *Developments in the Economics of Aging* (pp. 359-406). Chicago: University of Chicago Press.
- Barraket, J. (2005). *Putting people in the picture? The role of the arts in social inclusion*. Melbourne: Brotherhood of St. Laurence & University of Melbourne Centre for Public Policy.
- Barrientos, J.E. & Páez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(5), 351-368.
- Bartley, M. (2003). Commentary: Relating social structure and health. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 958-960.
- Bartley, M., Sacker, A., Firth, D. & Fitzpatrick, R. (1999). Understanding social variation in cardiovascular risk factors in women and men: the advantage of theoretically based measures. *Social Science & Medicine*, 49(6), 831-845.
- Baum, F. & Ziersch, A. (2003). A glossary of social capital. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 320-323.
- Beck, J.G., Bozman, A.W. & Qualtrough, T. (1991). The experience of sexual desire: Psychological correlates in a college sample. *Journal of Sex Research*, 28(3), 443-456.
- Beltzer, N., Bajos, N. & Laporte, A. (2008). Sexualité, genre et conditions de vie. In N. Bajos & M. Bozon (Eds.) *Enquête sur la sexualité en France – Pratiques, genre et santé* (pp. 411-436). Paris: La Découverte.
- Benett, T., Savage, M., Silva, E., Warde, A., Gayo-Cal, M. & Wright, D. (2009). *Culture, Class, Distinction*. London: Routledge.
- Bjorklund, D.F. & Kipp, K. (1996). Parental investment theory and gender differences in the evolution of inhibition mechanisms. *Psychological Bulletin*, 120(2), 163.

- Bögenhold, D. (2001). Social Inequality and the Sociology of Life Style. Material and Cultural Aspects of Social Stratification. *American Journal of Economics and Sociology*, 60, 4, 829-847.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction – A social critique of the judgment of taste*. New York: Routledge.
- Bourdieu, P. (1985). The social space and the genesis of groups. *Theory and Society*, 14(6), 723-744.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.) *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). New York: Greenwood press.
- Bourdieu, P. (1993). Some properties of fields. In P. Bourdieu (Ed.) *Sociology in Question* (pp. 72-77). Londen: SAGE Publications.
- Bourdieu, P. (1998). *Practical reason*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1999). The space of points of view. In P. Bourdieu (Ed.) *The weight of the world: Social suffering in contemporary society* (pp. 3-5). Stanford (California): Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (2000). *Pascalian meditations*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. & Passeron, J.C. (1977). *Reproduction in education, society and culture*. Londen: SAGE Publications.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1989). Towards a reflexive sociology: a workshop with Pierre Bourdieu. *Sociological Theory*, 7(1), 26-63.
- Braveman, P., Egerter, S. & Williams, D.R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381-98.
- Buss, D.M. (1994). The strategies of human mating. *American Scientist*, 82(3), 238-249.
- Buyse, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M., Vermeersch, H., ... Brants, S. (2013a). *Sexpert: basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.
- Buyse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M. & Vermeersch, H. (2013b). *Sexpert: Seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.
- Bygren, L.O., Konlaan, B.B. & Johansson, S-E. (1996). Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *BMJ*, 313, 1577-1580.
- Bygren, L.O., Johansson, S.E., Konlaan, B.B., Grijbovski, A.M., Wilkinson, A.V. & Sjöstrom, M. (2009b) Attending cultural events and cancer mortality: A Swedish cohort study. *Arts & Health*, 1, 64-73.
- Bygren, L.O., Weissglas, G., Wikström, B-M., Konlaan, B.B., Gribovski, A., Karlsson, A-B., Andersson, S.O. & Sjöström, M. (2009a). Cultural participation and health: a randomized controlled trial among medical care staff. *Psychosomatic Medicine*, 71, 469-473.
- Cameron, M., Crane, N., Ings, R. & Taylor, K. (2013). Promoting well-being through creativity: how arts and public health can learn from each other. *Perspectives in Public Health*, 133(1), 52-59.

- Carlisle, S. (2001). Inequalities in health: contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies. *Critical Public Health*, 11(3), 267-281.
- Carlisle, S. & Hanlon, P. (2007). Well-being and consumer culture: a different kind of public health problem? *Health Promotion International*, 22(3), 261-268.
- Carlisle, S. & Hanlon, P. (2008). 'Well-being' as a focus for public health? A critique and defence. *Critical Public Health*, 18(3), 263-270.
- Carlisle, S., Hanlon, P. & Hannah, M. (2008). Status, taste and distinction in consumer culture: acknowledging the symbolic dimensions of inequality. *Public Health*, 122(6), 631-637.
- Carpenter, D., Janssen, E., Graham, C.A., Vorst, H. & Wicherts, J. (2006, July). Sex similarities in Dual Control Model processes: A short version of the Sexual Inhibition and Excitation Scales (SIS/SES–Short Form). Poster presented at the 32nd annual meeting of the International Academy of Sex Research: Amsterdam (The Netherlands).
- Carpenter, D., Janssen, E., Graham, C.A., Vorst, H. & Wicherts, J. (2008). Women's scores on the sexual inhibition/sexual excitation scales (SIS/SES): Gender similarities and differences. *Journal of Sex Research*, 45(1), 36-48.
- Carpenter, D., Janssen, E., Graham, C.A., Vorst, H. & Wicherts, J. (2011). The Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales - Short Form (SIS/SES-SF). In T.D. Fisher, C.M. Davis, W.L. Yarber, & S.L. Davis (Eds.), *The Handbook of Sexuality-Related Measures - Third Ed.* (pp. 236-239). New York: Routledge.
- Carpiano, R.M. (2006). Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help? *Social Science & Medicine*, 62(1), 165-175.
- Carpiano, R.M. (2007). Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & Place*, 13(3), 639-655.
- Carpiano, R.M. (2008). Actual or potential neighborhood resources for health: what can Bourdieu offer for understanding mechanisms linking social capital to health? In I. Kawachi, S.V. Subramanian & D., Kim (Eds.) *Social Capital and Health* (pp. 83-93). New York: Springer
- Carpiano, R.M., Link, B.G. & Phelan, J.C. (2008). Social inequality in health: future directions for the fundamental cause explanation. In A. Lareau & C. Dalton (Eds.). *Social class: how does it work?* (pp. 232-264). New York: Russell Sage Foundations.
- Castellanos-Torres, E., Álvarez-Dardet, C., Ruiz-Muñoz, D. & Pérez, G. (2013). Social determinants of sexual satisfaction in Spain considered from the gender perspective. *Annals of Epidemiology*, 23(3), 150-156.
- Chappell, N.L. & Funk, L.M. (2010). Social capital: Does it add to the health inequalities debate? *Social Indicators Research*, 99(3), 357-373.
- Christ, G.J., Schwartz, C.B., Stone, B.A., Parker, M., Janis, M., Gondre, M., ... & Melman, A. (1992). Kinetic characteristics of alpha 1-adrenergic contractions in human corpus cavernosum smooth muscle. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 263(1), H15-H19.

- Christensen, B.S., Grønbaek, M., Osler, M., Pederson, B.B., Graugaard, C. & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 121-132.
- Clift, S. (2012). Creative arts as a public health resource: moving from practice-based research to evidence-based practice. *Perspectives in Public Health*, 132(3), 120-127.
- Cliquet, R.L. (2010). *Biosocial interactions in modernisation*. Brno: Masaryk University Press.
- Cockerham, W.C. (2000). The sociology of health behavior and health lifestyles. In C. Bird, P. Conrad & A. Fremont (Eds.) *Handbook of Medical Sociology (5th ed)* (pp. 159-172). Upper Saddle River NJ: Prentice-Hall.
- Cockerham, W.C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67.
- Cockerham, W.C. (2006). Health lifestyle theory in an Asian context. *Health Sociology Review*, 15(1), 5-15.
- Cockerham, W.C. (2013). Bourdieu and an update of health lifestyle theory. In Cockerham, W.C. *Medical Sociology on the Move* (pp. 127-154). London: Springer.
- Cockerham, W.C., Rütten, A. & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342.
- Cohen, S., Kaplan, G.A. & Salonen, J.T. (1999). The role of psychological characteristics in the relation between socioeconomic status and perceived health. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(3), 445-468.
- Cohen, G.D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K.M. & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 46(6), 726-734.
- Coleman, E. (2011). What is sexual health? Articulating a sexual health approach to HIV prevention for men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 15, s18-s24.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Genève: WHO.
- Crossley, N. (2008). Social Class. In Grenfell M. (Ed.) *Pierre Bourdieu: Key concepts* (pp. 87-99). Durham: Acumen.
- Cuypers, K., Krokstad, S., Holmen, T.L., Knudtsen, M.S., Bygren, L.O. & Holmen, J. (2011). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 1-6.
- Daenekindt, S. & Roose, H. (2013). A mise-en-scène of the shattered habitus: The effect of social mobility on aesthetic dispositions towards films. *European Sociological Review*, 29, 48-59.
- Daenekindt, S. & Roose, H. (2014). Social mobility and cultural dissonance. *Poetics*, 42, 82-97.
- Daly, M. & Wilson, M. (1978). *Sex, evolution, and behavior: Adaptations for reproduction*. North Scituate: Duxbury Press.

- Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L. & Davis, S. R. (2009). Original research – Psychology: The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(10), 2690-2697.
- De Graaf, H., Neeleman, A., Vennix, P. & van Son-Schoones, N. (2004). De seksuele levensloop. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & P. Weijenborg (Eds.). *Seksuologie* (pp. 167-190). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- DeLamater, J.D. & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research*, 42(2), 138-149.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E. & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 67, 330-340.
- Denton, M., Prus, S. & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2585-2600.
- Denton, M. & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: An analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1221-1235.
- Diez Roux, A.V. & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 125-145.
- Dingle, G.A., Brander, C., Ballantyne, J. & Baker, F.A. (2012). ‘To be heard’: The social and mental health benefits of choir singing for disadvantaged adults. *Psychology of Music*, 41(4), 405-421.
- Dubbin, L.A., Chang, J.S. & Shim, J.K. (2013). Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care. *Social Science & Medicine*, 93, 113-120.
- Dunn, K.M., Croft, P.R. & Hackett, I.G. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 141-151.
- Dunn, J.R., Veenstra, G. & Ross, N. (2006). Psychosocial and neo-material dimensions of SES and health revisited: predictors of self-rated health in a Canadian national survey. *Social Science & Medicine*, 62, 1465-1473.
- Eckersley, R. (2001). Culture, health and well-being. In R. Eckersley, J. Dixon & B. Douglas (Eds.) *The social origins of health and well-being* (pp. 51-70). Cambridge: Cambridge University Press.
- Edwards, W.M. & Coleman, E. (2004). Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 189-195.
- Ehrmann, W. (1963). Social determinants of human sexual behavior. In G.W. Winokur (Ed.) *Determinants of Human Sexual Behavior* (pp. 142-163). Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Elchardus, M. (2002). Op in rook? In M. Elchardus & I. Glorieux (Eds.), *De symbolische samenleving* (pp. 7-30). Tiel: Lannoo.

- Elchardus, M. (2009). Self-control as social control: the emergence of symbolic society. *Poetics*, 37(2), 146-161.
- Erickson, B. (2003). Social networks: The value of variety, *Contexts*, 2, 25-31.
- Everaerd, W. & Laan, E. (1994). Cognitive aspects of sexual functioning and dysfunctioning. *Sexual and Marital Therapy*, 9(3), 225-230.
- Fahs, B. & Swank, E. (2011). Social identities of women's sexual satisfaction and sexual activity. *Archives of Sexual Behaviour*, 40, 901-914.
- Featherstone, M. (2007). *Consumer culture and postmodernism*. Londen: SAGE Publications.
- Forbes, A., & Wainwright, S.P. (2001). On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique. *Social Science & Medicine*, 53(6), 801-816.
- Frie, K.G. & Janssen, C. (2009). Social inequality, lifestyles and health: A non-linear canonical correlation analysis based on the approach of Pierre Bourdieu. *International Journal of Public Health*, 54, 213-221.
- Frohlich, K.L., Corin, E. & Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23(6), 776-797.
- Frohlich, K.L., Corin, E., Chabot, P. & Potvin, L. (2002). A theoretical and empirical analysis of context: neighbourhoods, smoking and youth. *Social Science & Medicine*, 54, 1401-1417.
- Frohlich, P. & Meston, C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research*, 39(4), 321-325.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Lynch, J.W. & Smith, G.D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7-12.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A. & Lynch, J.W. & Smith, G.D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 95-101.
- Gandek, B., Ware, J.E., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J.E., ... Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 health survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171-1178.
- Gatrell, A.C., Popay, J., & Thomas, C. (2004). Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? *Health & Place*, 10(3), 245-257.
- Gijs, L., Laan, E. & Both, S. (2004). Psychologische benaderingen van seksualiteit. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & P. Weijnenborg (Eds.). *Seksuologie* (pp. 135-166). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Giskes, K., Kunst, A.E., Benach, J., Borrell, C., Costa, G., Dahl, E., ... & Mackenbach, J.P. (2005). Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(5), 395-401.
- Glass, T.A., Mendes de Leon, C., Marottoli, R.A. & Berkman, L.F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*, 31, 478-483.

- Graham, C.A., Sanders, S.A. & Milhausen, R.R. (2006). The Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 397-409.
- Graham, C.A., Sanders, S.A., Milhausen, R.R., & McBride, K.R. (2004). Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 527-538.
- Grenfell, M. (2008a). Biography of Bourdieu. In Grenfell M. (Ed.) *Pierre Bourdieu: Key concepts* (pp. 11-25). Durham: Acumen.
- Grenfell, M. (2008b). Introduction. In Grenfell M. (Ed.) *Pierre Bourdieu: Key concepts* (pp. 1-6). Durham: Acumen.
- Grineski, S.E. (2009). Parental accounts of children's asthma care: The role of cultural and social capital in health disparities. *Sociological Focus*, 42(2), 107-132.
- Grossi, E., Blessi, G.T., Sacco, P.L. & Buscema, M. (2011). The interaction between culture, health and psychological well-being: data mining from the Italian culture and well-being project. *Journal of Happiness Studies*. Opgehaald van www.springerlink.com/content/k767g81271745q83/0
- Grossi, E., Compare, A., Lonardi, C., Cerutti, R., Callus, E. & Niero, M. (2013). Gender-related effect of cultural participation in psychological well-being: Indications from the well-being project in the Municipality of Milan. *Social Indicators Research*, 1-17.
- Grossi, E., Sacco, P.L., Blessi, G.T. & Cerutti, R. (2010). The impact of culture on the individual subjective well-being of the Italian population: an exploratory study. *Applied Research in Quality of Life*. Opgehaald van www.springerlink.com/index/10.1007/s11482-010-9135-1
- Hamaker, E.L., Nesselroade, J.R. & Molenaar, P. (2007). The integrated trait–state model. *Journal of Research in Personality*, 41(2), 295-315.
- Hamilton, C., Hinks, S. & Petticrew, M. (2003). Arts for health: still searching for the Holy Grail. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(6), 401-402.
- Hampshire, K.R. & Mathijssen, M. (2010). Can arts projects improve young people's wellbeing? A social capital approach. *Social Science & Medicine*, 71, 708-716.
- Harpham, T., Grant, E. & Thomas, E. (2002). Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy and Planning*, 17(1), 106-111.
- Hawe, P. & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Social Science & Medicine*, 51(6), 871-885.
- Higgins, J.A. & Browne, I. (2008). Sexual needs, control, and refusal: How “doing” class and gender influences sexual risk taking. *Journal of Sex Research*, 45(3), 233-245.
- Hoffmann, H., Janssen, E. & Turner, S.L. (2004). Classical conditioning of sexual arousal in women and men: Effects of varying awareness and biological relevance of the conditioned stimulus. *Archives of Sexual Behavior*, 33(1), 43-53.

- Hooghe, M. (2012). Is sexual well-being part of subjective well-being? An empirical analysis of Belgian (Flemish) survey data using an extended well-being scale. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 264-273.
- Hurvich, C.M., Simonoff, J.S. & Tsai, C.L. (1998). Smoothing parameter selection in nonparametric regression using an improved Akaike Information Criterion. *Journal of the Royal Statistical Society*, 60(part 2), 271-293.
- Hyypä, M.T. (2010). *Healthy ties: Social capital, population health and survival*. New York: Springer.
- Hyypä, M.T., Mäki, J., Impivaara, O. & Aromaa, A. (2005). Leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Health Promotion International*, 21(1), 5-12.
- Jacoby, W.G. (2000). Loess: A nonparametric, graphical tool for depicting relationships between variables. *Electoral Studies*, 19(4), 577-613.
- Jakab, Z. (2012). Promoting health and reducing health inequities in Europe. *Lancet*, 380, 951-953.
- Janssen, E. (2011). Sexual arousal in men: A review and conceptual analysis. *Hormones and Behavior*, 59, 708-716.
- Janssen, E. & Bancroft, J. (2007). The dual control model: The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behaviour. In E. Janssen (Ed), *The Psychophysiology of Sex* (pp. 197-222). Bloomington: Indiana University Press.
- Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M. & Janssen, J. (2000). Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: Toward an information processing model of sexual arousal. *Journal of Sex Research*, 37(1), 8-23.
- Janssen, E., McBride, K.R., Yarber, W., Hill, B.J. & Butler, S.M. (2008). Factors that influence sexual arousal in men: a focus group study. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 252-265.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P. & Bancroft, J. (2002a). The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: I. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men. *Journal of Sex Research*, 39(2), 114-126.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P. & Bancroft, J. (2002b). The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: II. Predicting psychophysiological response patterns. *Journal of Sex Research*, 39(2), 127-132.
- Jenkins, R. (1992). *Pierre Bourdieu*. Londen: Routledge.
- Johansson, S.E., Konlaan, B.B. & Bygren, L.O. (2001). Sustaining habits of attending cultural events and maintenance of health: a longitudinal study. *Health Promotion International*, 16(3), 229-234.
- Johnson, A.M., Mercer, C.H. & Cassell, J.A. (2006). Social determinants, sexual behaviour, and sexual health. In M. Marmot en R.G. Wilkinson (Eds.) *Social determinants of health* (pp. 318-340). Oxford: Oxford University Press.

- Jones, I.R., Papacosta, O., Whincup, P.H., Wannamethee, S.G. & Morris, R.W. (2011). Class and lifestyle 'lock-in' among middle-aged and older men: A multiple correspondence analysis of the British Regional Heart Study. *Sociology of Health & Illness*, 33(3), 399-419.
- Kamin, T., Kolar, A. & Steiner, P.M. (2013). The role of cultural capital in producing good health: A propensity score study/Vpliv kulturnega kapitala na zdravje: študija nagnjenja. *Slovenian Journal of Public Health*, 52(2), 108-118.
- Karvonen, S. & Rakhonen, O. (2010). Subjective social status and health in young people. *Sociology of Health & Illness*, 33(3), 372-383.
- Kawachi, I., Adler, N.E. & Dow, W.H. (2010). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 56-68.
- Kawachi, I., Bruce, P.K. & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1187-1193.
- Kawachi, I., Kim, D., Coutts, A. & Subramanian, S.V. (2004). Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 682-690.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V. & Kim, D. (2008). Social capital and health: A decade of progress and beyond. In I. Kawachi, S.V. Subramanian & D., Kim (Eds.). *Social Capital and Health* (pp. 1-26). New York: Springer.
- Kedde, H., van de Wiel, H.B.M., Schultz, W.W. & Wijsen, C. (2013). Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21, 1993-2005.
- Khawaja, M. & Mowafi, M. (2006). Cultural capital and self-rated health in low income women: evidence from the urban health study, Beirut, Lebanon. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 83(3), 444-458.
- Khawaja, M. & Mowafi, M. (2007). Types of cultural capital and self-rated health among disadvantaged women in outer Beirut, Lebanon. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(5), 475-480.
- Kim, O. & Jeon, H.O. (2013). Gender differences in factors influencing sexual satisfaction in Korean older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(2), 321-326.
- Kim, S. & Kim, H. (2009). Does cultural capital matter? Cultural divide and quality of life. *Social Indicators Research*, 93, 295-313.
- Kingsberg, S. (2008). A commentary on sexual well-being, happiness and satisfaction in women: the case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 302-304.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. & Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

- Knoth, R., Boyd, K. & Singer, B. (1988). Empirical tests of sexual selection theory: Predictions of sex differences in onset, intensity, and time course of sexual arousal. *Journal of Sex Research*, 24(1), 73-89.
- Konlaan, B.B., Björby, N., Bygren, L.O., Weissglas, G., Karlsson, L.G. & Widmark, M. (2000). Attendance at cultural events and physical exercise and health: a randomized controlled study. *Public Health*, 114, 316-319.
- Konlaan, B.B., Bygren, L.O. & Johansson, S-E. (2000). Visiting the cinema, concerts, museums or art exhibitions as determinant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 174-178.
- Krieger, N., Williams, D.R. & Moss, N.E. (1997). Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, 18, 341-378.
- Laan, E. & Rellini, A.H. (2011). Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(4), 329-341.
- Laermans, R. (1984). Bourdieu voor beginners. *Heibel*, 18(3), 21-48.
- Lammertyn, F., Declercq, A. & Hustinx, L. (2001). *Naar een andere moderniteit? Een sociologische kijk op een maatschappij in verandering*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven – Departement Sociologie.
- Lamont, M. & Lareau, A. (1988). Cultural capital: Allusions, gaps and glissandos in recent theoretical developments. *Sociological Theory*, 6(2), 153-168.
- Larsen, K. & Morrow, V. (2009). Social positions and young people's health: A Bourdieu'ian critique of dominant conceptualisations of social capital. *Praktiske Grunde*, 3, 7-30.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. & Michaels S. (1994). *The social organization of sexuality – Sexual practices in the United States*. The University of Chicago Press: Chicago.
- Laumann, E.O., Paik, A., Glasser, D.B., Kang, J.H., Wang, T., Levinson, B., ... & Nicolosi, A. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 143-159.
- Laumann, E.O., Paik, A. & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunctions in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537-544.
- Lemieux, S.R. & Byers, E.S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 126-144.
- Liberatos, P., Link, B.G. & Kelsey, J.L. (1988). The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiological Review*, 10(1), 87-121.
- Lievens, J. & Waeghe, H. (2011). *Participatie in Vlaanderen 2: Eerste analyses van de Participatiesurvey 2009*. Leuven: Acco.

- Lindström, M., Moghaddassi, M. & Merlo, J. (2004). Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: A multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Preventive Medicine*, 39(1), 135-141.
- Link, B.G. & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(extra issue), 80-94.
- Lochner, K., Kawachi, I. & Kennedy, B.P. (1999). Social capital: A guide to its measurement. *Health & Place*, 5(4), 259-270.
- Lottes, I. (2000). Macro determinants of sexual health. In I. Lottes en O. Kontula (Eds.). *New Views on Sexual Health* (pp. 29-48). Helsinki: The Population Research Institute Väestöntutkimuslaitos.
- Lykins, A.D., Janssen, E. & Graham, C.A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 43(2), 136-143.
- Lynam, M.J. (2005). Health as a socially mediated process: theoretical and practice imperatives emerging from research on health inequalities. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 25-37.
- Lynam, M.J., Browne, A.J., Reimer Kirkham, S. & Anderson, J.M. (2007). Re-thinking the complexities of 'culture': what might we learn from Bourdieu? *Nursing Inquiry*, 14(1), 23-34.
- Lynch, J.W., Smith, G.D., Kaplan, G.A. & House, J.S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*, 320(7243), 1200.
- Macintyre, S. (1997). The Black Report and beyond what are the issues? *Social Science & Medicine*, 44(6), 723-745.
- Mackenbach, J.P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75, 761-769.
- Mackenbach, J.P., Martikainen, P., Looman, C.W., Dalstra, J.A., Kunst, A.E. & Lahelma, E. (2005). The shape of the relationship between income and self-assessed health: An international study. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 286-293.
- Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A. J.R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A.E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.
- Marmot, M. (1999). Epidemiology of socioeconomic status and health: Are determinants within countries the same as between countries? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 16-29.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Marmot, M. (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E. & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(6846), 1011-1029.

- Marmot, M.G., Kogevinas, M. & Elston, M.A. (1987). Social/economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, 8(1), 111-135.
- Marmot, M., Ryff, C.D., Bumpass, L.L., Shipley, M. & Marks, N.F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44(6), 901-910.
- Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: A response to Lynch et al. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7296), 1233.
- Maton, K. (2008). Habitus. In Grenfell M. (Ed.) *Pierre Bourdieu: Key concepts* (pp. 49-66). Durham: Acumen.
- Matthews, K.A., Gallo, L.C. & Taylor, S.E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 146-173.
- Matthews, S., Manor, O. & Power, C. (1999). Social inequalities in health: are there gender differences? *Social science & medicine*, 48(1), 49-60.
- Michalos, A.C. (2005). Arts and the quality of life: An exploratory study. *Social Indicators Research*, 71, 11-59.
- Michalos, A.C. & Kahlke, P.M. (2008). Impact of arts-related activities on the perceived quality of life. *Social Indicators Research*, 89, 193-258.
- Milhausen, R.R., Graham, C.A., Sanders, S.A., Yarber, W.L. & Maitland, S.B. (2010). Validation of the Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women and Men. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1091-1104.
- Mirowsky, J. & Ross, C. (2003). *Education, social status and health*. New York: Aldine De Gruyter.
- Missinne, S., Colman, E. & Bracke, P. (2013). Spousal influence on mammography screening: A life course perspective. *Social Science & Medicine*, 98, 63-70.
- Montagner, M.A. (2006) Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde : algumas possibilidades teóricas. [Pierre Bourdieu, het lichaam en gezondheid: een aantal theoretische mogelijkheden]. *Ciência & Saúde Coletiva [Wetenschap & Volksgezondheid]*, 11(2), 515-526.
- Montagner, M.A. (2008). Pierre Bourdieu e a saúde : uma sociologia em Actes de la Recherche en Sciences Sociales. [Pierre Bourdieu en gezondheid: een sociologie van Actes de la Recherche en Sciences Sociales]. *Cadeirnos de saúde Pública [Archieven van de Volksgezondheid]*, 24(7), 1588-1598.
- Moore, R. (2008). Capital. In Grenfell M. (Ed.) *Pierre Bourdieu: Key concepts* (pp. 101-117). Durham: Acumen.
- Moore, S., Haines, V., Hawe, P. & Shiell, A. (2006). Lost in translation: A genealogy of the “social capital” concept in public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(8), 729-734.
- Morrison, K. (2006). *Marx, Durkheim, Weber: Formations of modern social thought*. Londen: SAGE Publications.

- Morrow, V. (1999). Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review. *The Sociological Review*, 47(4), 744-765.
- Muise, A., Preyde, M., Maitland, S.B. & Milhausen, R.R. (2010). Sexual identity and sexual well-being in female heterosexual university students. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 915-925.
- Muntaner, C., Borrell, C., Benach, C., Pasarín, M.I. & Fernandez, E. (2003). The association of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 950-958.
- Nieminen, T., Martelin, T., Koskinen, S., Aro, H., Alanen, E. & Hyyppä, M.T. (2010). Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International Journal of Public Health*, 55(6), 531-542.
- Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O. & Uutela A. (2008). Associations of self-rated health with different forms of leisure activities among ageing people. *International Journal of Public Health*, 53, 227-235.
- Oakes, J.M., & Rossi, P.H. (2003). The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine*, 56(4), 769-784.
- Öberg, K., Fugl-Meyer, K.S., & Fugl-Meyer, A.R. (2002). On sexual well-being in sexually abused Swedish women: Epidemiological aspects. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 329-341.
- Öberg, K., Fugl-Meyer, A.R., & Fugl-Meyer, K.S. (2004). On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. *International Journal of Impotence Research*, 16(3), 261-269.
- Pampel, F.C. (2012). Does reading keep you thin? Leisure activities, cultural tastes, and body weight in comparative perspective. *Sociology of Health and Illness*, 34(3), 396-411.
- Peter, F. & Evans, T. (2001). Ethical dimensions of health equity. In T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya & M. Wirth (Eds.) *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 25-33). New York: Oxford.
- Peterson, R.A. (1992). Understanding audience segmentation, from elite and mass to omnivore and univore. *Poetics*, 21, 243-258.
- Petrou, S. & Kupek, E. (2008). Social capital and its relationship with measures of health status: evidence from the Health Survey for England 2003. *Health Economics*, 17(1), 127-143.
- Poortinga, W. (2006). Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. *Social Science & Medicine*, 63(1), 255-270.
- Popay, J., Williams, G., Thomas, C. & Gatrell, T. (1998). Theorising inequalities in health: The place of lay knowledge. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 619-644.
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24.
- Portes, A. (2000). The two meanings of social capital. *Sociological forum*, 15(1), 1-12.

- Prandy, K. (1999). Class, stratification and inequalities in health: a comparison of the Registrar-General's Social Classes and the Cambridge Scale. *Sociology of Health & Illness*, 21(4), 466-484.
- Pronier, C. & Monk-Turner, E. (2013). Factors shaping women's sexual satisfaction: a comparison of medical and social models. *Journal of Gender Studies*, (ahead-of-print), 1-12.
- Renton, A., Phillips, G., Daykin, N., Yu, G., Taylor, K. & Petticrew, M. (2012). Think of your arteries: arts participation, behavioural cardiovascular risk factors and mental well-being in deprived communities in London. *Public Health*, 126(supplement 1), s57-s64.
- Richter, R. (2002). Lifestyle and social structure: processes of individualization in Eastern European countries. *Revija za Sociologiju [Tijdschrift van de Sociologie]*, 3-4, 169-180.
- Richter, M., Moor, I. & van Lenthe, F.J. (2012). Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 691-697.
- Robert, S.A. & House, J.S. (2000). Socioeconomic inequalities in health: an enduring sociological problem. In C.E. Bird, P. Conrad, & A.M. Fremont (Eds.). *Handbook of medical sociology* (pp. 79-97). New Jersey: Prentice hall.
- Rosen, R.C. & Bachmann, G.A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: the case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 291-297.
- Rosen, R.C., Bachmann, G.A., Reese, J.B., Gentner, L., Leiblum, S., Wajszczuk, C. & Wanser, R. (2009). Female sexual well-being scale™ (FSWB Scale™): development and psychometric validation in sexually functional women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(5), 1297-1305.
- Rowland, D.L. (2006). The psychobiology of sexual arousal and response: physical and psychological factors that control our sexual response. In R.D. McAnulty & M.M. Burnette (Eds.), *Sex and Sexuality (vol. II)* (pp. 37-66). Londen: Praeger perspectives.
- Ruiz-Muñoz, D., Wellings, K., Castellanos-Torres, E., Álvarez-Dardet, C., Casals-Cases, M. & Pérez, G. (2013). Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain. *Annals of Epidemiology*, 23(10), 620-628.
- Sampson, R.J., Raudenbush, S.W. & Earl, F. (1997) Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- Sanders, S.A., Graham, C.A. & Milhausen, R.R. (2008). Predicting sexual problems in women: The relevance of sexual excitation and sexual inhibition. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 241-251.
- SAS Institute Inc. (2010). *SAS/STAT® 9.22 User's Guide*. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Savage, M., Warde, A. & Devine, F. (2005). Capitals, assets, and resources: some critical issues. *The British Journal of Sociology*, 56(1), 31-47.
- Schultz, J., O'Brien, A.M. & Tadesse, B. (2008). Social capital and self-rated health: Results from the US 2006 social capital survey of one community. *Social Science & Medicine*, 67(4), 606-617.

- Sensoa (2011). *Feiten en cijfers: jongeren en seksualiteit*. Niet gepubliceerd rapport. Antwerpen: Sensoa.
- Shim, J.K. (2010). Cultural health capital: a theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1-15.
- Shumaker, S.A. & Hill, D.R. (1991). Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 10(2), 102.
- Shye, D., Mullooly, J.P., Freeborn, D.K. & Pope, C.R. (1995). Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. *Social Science & Medicine*, 41(7), 935-947.
- Singh-Manoux, A. & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 60(9), 2129-2133.
- Song, L. (2011). Social capital and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 478-492.
- Song, L. (2013). Social capital and health. In W.C. Cockerham (Ed.) *Medical Sociology on the Move* (pp. 233-257). Londen: Springer.
- Song, L. & Lin, N. (2009). Social capital and health inequality: Evidence from Taiwan. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(2), 149-163.
- Stansfeld, S.A., Head, J. & Marmot, M.G. (1997). Explaining social class differences in depression and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), 1-9.
- Stephens, C. (2008). Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1174-1184.
- Stephenson, K.R. & Meston, C.M. (2010). Differentiating components of sexual well-being in women: are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs? *The Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2458-2468.
- Steptoe, A. & Marmot, M. (2002). The role of psychobiological pathways in socio-economic inequalities in cardiovascular disease risk. *European Heart Journal*, 23, 13-25.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(03), 448-460.
- Subramanian, S.V. & Kawachi, I. (2006). Being well and doing well: On the importance of income for health. *International Journal of Social Welfare*, 15(s1), S13-S22.
- Swidler, A. (1986). Culture in Action: Symbols and strategies. *American Sociological Review*, 51, 273-286.
- Szreter, S. & Woolcock, M. (2004) Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650-667.
- Taylor, S.E. & Seeman, T.E. (1999). Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 210-225.
- Tolman, D. (2002). *Dilemmas of desire: Teenage girls and sexuality*. Cambridge MA: Harvard University Press.

- Tomarken, A.J. & Serlin, R.C. (1986). Comparison of ANAVOA alternatives under variance heterogeneity and specific noncentrality structures. *Psychological Bulletin*, 99, 90-99.
- Trivers, R. (1972). Parental investment and sexual selection. In B. Campbell (Ed.), *Sexual Selection and the Descent of Man* (pp. 139-179). Aldine Press: Chicago.
- Træen, B. & Schaller, S. (2010). Subjective sexual well-being in a web sample of heterosexual Norwegians. *International Journal of Sexual Health*, 22(3), 180-194.
- Udry, J.R. (1990). Hormonal and social determinants of adolescent sexual initiation. In J. Bancroft en J.M. Reinisch (Eds.) *Adolescence and puberty* (pp. 70-87). New York: Oxford University Press.
- Väänänen, A., Murray, M., Koskinen, A., Vahtera, J., Kouvonen A. & Kivimäki, M. (2009). Engagement in cultural activities and cause-specific mortality: Prospective cohort study. *Preventive Medicine*, 49, 142-147.
- van Lankveld, J., Duits, A., van Oirschot, N. & van Oostenbrugge, R. (2011). Seksueel functioneren na een beroerte. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 35, 74-80.
- van Lunsen, R., Weijnenborg, P., Vroege, J., Brewaeys, A. & Meinhardt, W. (2004). Diagnostiek en interventies. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & P. Weijnenborg (Eds.). *Seksuologie* (pp. 333-357). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- van Oort, F.V., van Lenthe, F.J. & Mackenbach, J.P. (2005). Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3), 214-220.
- Varjonen, M., Santtila, P., Höglund, M., Jern, P., Johansson, A., Wager, ... & Sandnabba, N.K. (2007). Genetic and environmental effects on sexual excitation and sexual inhibition in men. *Journal of Sex Research*, 44(4), 359-369.
- Veenstra, G. (2005). Can taste illumine class? Cultural knowledge forms of inequality. *The Canadian Journal of Sociology*, 30(3), 247-279.
- Veenstra, G. (2006). Neo-Marxist class position and socioeconomic status: Distinct or complementary determinants of health? *Critical Public Health*, 16(2), 111-129.
- Veenstra, G. (2007). Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada. *Health and Place*, 13, 14-31.
- Veenstra, G. (2009). Transmutations of capitals in Canada: A 'social space' approach. In K. Robson & C. Sanders (Eds.), *Quantifying theory: Pierre Bourdieu* (pp. 61-74). Breinigsville, PA, USA: Springer Science / Business Media B.V.
- Veenstra, G. (2010). Culture and class in Canada. *Canadian Journal of Sociology*, 35(1), 83-112.
- Veenstra, G. & Patterson, A.C. (2012). Capital relations and health: Mediating and moderating effects of cultural, economic and social capitals on mortality in Alameda County, California. *International Journal of Health Services*, 42(2), 277-291.
- Ware, J.Jr., Kosinski, M. & Keller, S.D. (1996). A 12-item short-form health survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.

- Warren, J.R. (2009). Socioeconomic status and health across the life course: A test of the social causation and health selection hypotheses. *Social Forces*, 87(4), 2125 - 2154.
- Weinberg, M.S., Lottes, I.L. & Gordon, L.E. (1997). Social class background, sexual attitudes, and sexual behavior in a heterosexual undergraduate sample. *Archives of Sexual Behavior*, 26(6), 625-642.
- Weinberg, M.S. & Williams C.J. (1980). Sexual embourgeoisement? Social Class and sexual activity, 1938-1970. *American Sociological Review*, 45, 33-48.
- Welch, B.L. (1951). On the comparison of several mean values: An alternative approach. *Biometrika*, 38, 330-336.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. & Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. In T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya & M. Wirth (Eds.) *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 309-323). Oxford: Oxford University Press.
- Wilkinson, A.V., Waters, A.J., Bygren, L.O. & Tarlov, A.R. (2007). Are variations in rates of attending cultural activities associated with population health in the United States? *BMC Public Health*, 7, 226-231.
- Williams, D.R. (1990). Socioeconomic differentials in health: A review and redirection. *Social Psychology Quarterly*, 53(2), 81-99.
- Williams, G.H. (2003). The determinants of health: Structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness*, 25, 131-154.
- Williams, S.J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: Can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness*, 17(5), 577-604.
- Windsor, J. (2005). *Your health and the arts: a study of the association between arts engagement and health*. London: Arts Council England.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health – 28-31 January 2002, Geneva*. Geneva: Author.
- Yaish, M. & Katz-Gerro, T. (2010). Disentangling 'cultural capital': The consequences of cultural and economic resources for taste and participation. *European Sociological Review*, 28(2), 169-185.
- Yip, W., Subramanian, S.V., Mitchell, A.D., Lee, D.T., Wang, J. & Kawachi, I. (2007). Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. *Social Science & Medicine*, 64(1), 35-49.

- Ziersch, A.M. (2005). Health implications of access to social capital: Findings from an Australian study. *Social Science & Medicine*, 61(10), 2119-2131.
- Ziersch, A.M., Baum, F.E., MacDougall, C. & Putland, C. (2005). Neighbourhood life and social capital: The implications for health. *Social Science & Medicine*, 60(1), 71-86.
- Zillmann, D. (1971). Excitation transfer in communication-mediated aggressive behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 7, 419-434.

Bijlagen

Bijlage 1. Korte gezondheidssurvey (SF-12)

Bio3. Hoe zou je, over het algemeen, jouw gezondheid noemen?

1. Uitstekend
2. Zeer goed
3. Goed
4. Matig
5. Slecht

Bio4. De volgende vragen gaan over bezigheden die je misschien doet op een doorsnee dag. Word je op dit moment door jouw gezondheid beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	Nee, helemaal niet beperkt	Ja, een beetje beperkt	Ja, ernstig beperkt
BIO4_1. Matige inspanning, zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen	1	2	3
BIO4_1. Een paar trappen oplopen	1	2	3

Bio5. Heb je in de afgelopen vier weken één van de volgende problemen bij jouw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad ten gevolge van je lichamelijke gezondheid? Gelieve te antwoorden met ja of nee.

	Ja	Nee
BIO5_1. Je hebt minder bereikt dan je zou willen	1	2
BIO5_2. Je was beperkt in het soort werk of andere bezigheden	1	2

Bio6. Heb je in de afgelopen vier weken één van de volgende problemen ondervonden bij jouw werk of andere bezigheden ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat je je depressief of angstig voelde)? Gelieve te antwoorden met ja of nee.

	Ja	Nee
BIO6_1. Je hebt minder bereikt dan je zou willen	1	2
BIO6_2. Je hebt je werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als gewoonlijk	1	2

Bio7. In welke mate ben je in de afgelopen vier weken door pijn gehinderd bij je normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

1. Helemaal niet
2. Een klein beetje
3. Nogal
4. Veel
5. Heel erg veel

Bio8. Deze vragen gaan over hoe je je voelt en hoe het met je ging in de afgelopen 4 weken. Kan je bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe je je voelde?

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Meestal	Voortdurend
BIO8_2. voelde je je kalm en rustig?	1	2	3	4	5	6
BIO8_4. voelde je je neerslachtig en somber?	1	2	3	4	5	6
BIO8_6. had je veel energie?	1	2	3	4	5	6

Bio9. Hoe vaak hebben, gedurende de afgelopen vier weken, jouw lichamelijke gezondheid of jouw emotionele problemen jouw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

1. Nooit
2. Zelden
3. Soms
4. Vaak
5. Altijd

Bijlage 2. Verkorte vorm van de Seksuele Inhibitie- en Seksuele Excitatie-schalen (SIS/SES-SF)

UZ2. Hieronder vind je stellingen over hoe mensen kunnen reageren op verschillende seksuele situaties. Kan je voor elke situatie aangeven wat voor jou de meest waarschijnlijke reactie zou zijn? Indien je het gevoel hebt dat iets (nog) niet van toepassing is op jou, beeld je dan in hoe jij het meest waarschijnlijk zou reageren.

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
1. Wanneer een seksueel aantrekkelijke vreemde me per ongeluk aanraakt, word ik gemakkelijk opgewonden.	1	2	3	4	5
2. Als ik seks heb op een afgelegen plaats in openlucht en ik denk dat iemand in de buurt is, dan is het onwaarschijnlijk dat ik erg opgewonden zal geraken.	1	2	3	4	5
3. Wanneer ik telefoneer met iemand die een sexy stem heeft, dan word ik seksueel opgewonden.	1	2	3	4	5
4. Ik kan niet opgewonden worden tenzij ik enkel focus op seksuele stimulatie.	1	2	3	4	5
5. Als ik aan het masturberen ben en ik heb het gevoel dat iemand kan binnenvallen, dan zal ik mijn erectie/mijn seksuele opwinding verliezen.	1	2	3	4	5
6. Als ik me ervan bewust ben dat ik kans loop om een seksueel overdraagbare ziekte op te lopen, dan is het onwaarschijnlijk dat ik seksueel opgewonden zal blijven.	1	2	3	4	5
7. Als ik door anderen gezien kan	1	2	3	4	5

worden terwijl ik seks heb, is het onwaarschijnlijk dat ik seksueel opgewonden zal blijven.					
8. Wanneer ik aan een zeer aantrekkelijke persoon denk, word ik gemakkelijk seksueel opgewonden.	1	2	3	4	5
9. Eens ik seksueel opgewonden ben (stijve penis heb, vochtig/nat ben), wil ik onmiddellijk aan seks beginnen voordat ik mijn opwinding verlies.	1	2	3	4	5
10. Wanneer ik begin te fantaseren over seks, dan word ik snel seksueel opgewonden.	1	2	3	4	5
11. Wanneer ik anderen seks zie hebben, heb ik ook zin in seks.	1	2	3	4	5
12. Wanneer ik een afleidende gedachte heb, verlies ik gemakkelijk mijn erectie/mijn opwinding.	1	2	3	4	5
13. Als ik afgeleid word door het horen van muziek, televisie of een gesprek, dan is het onwaarschijnlijk dat ik opgewonden blijf.	1	2	3	4	5
14. Wanneer een aantrekkelijk persoon met mij flirt, word ik gemakkelijk seksueel opgewonden.	1	2	3	4	5

Bijlage 3. Onderzoeksvoorstellen

Om de aanbevelingen voor toekomstig onderzoek wat verder te concretiseren, geven we hier een eerste aanzet voor twee onderzoeksvoorstellen waarin onze belangrijkste aanbevelingen verwerkt zijn. Het eerste voorstel focust op sociale determinanten van gezondheid en vertrekt vanuit de vaststelling dat cultuurparticipatie meer en meer gezien wordt als een mogelijke piste om de gezondheid en het welbevinden in een populatie te verbeteren. Een gevolg hiervan is het toenemende aantal culturele/kunstzinnige interventies met als doel om de gezondheid te bevorderen (Clift, 2012). Een voorbeeld hiervan is het *Be Creative Be Well*-programma dat in 2007 startte in Londen (Cameron, Crane, Ings & Taylor, 2013). Dit programma introduceerde meer dan 100 creatieve projecten in 20 achtergestelde buurten van Londen om op deze manier het welbevinden en de gezondheid van de inwoners te verbeteren. Een ander voorbeeld zien we in de studie van Dingle, Brander, Ballantyne en Baker (2012) die onderzocht hebben of in een koor zingen een impact heeft op de mentale gezondheid van de deelnemers. Hoewel dergelijke initiatieven enkel aangemoedigd kunnen worden, zijn er grote vraagtekens bij te plaatsen en een grondige evaluatie ervan dringt zich op (Hamilton, Hinks & Petticrew, 2003). Één van de belangrijkste vragen heeft (zoals bij elke interventie) te maken met de effectiviteit van de interventie. Op basis van Bourdieu's (1984; 1986) theorie kunnen we bijvoorbeeld bedenkingen plaatsen bij de idee dat dergelijke interventies gebruikt kunnen worden om mensen in sociaal achtergestelde situaties te helpen. In lijn met zijn theorie kunnen we immers verwachten dat de manier waarop mensen een kapitaalvorm gebruiken, afhankelijk is van de hoeveelheid en de compositie van de andere kapitaalvormen die men tot zijn/haar beschikking heeft – het mechanisme van dependentie van de verschillende kapitaalvormen (Abel & Frohlich, 2012). Hierdoor zouden we kunnen verwachten dat culturele interventies vooral aanslaan bij mensen die al veel cultureel kapitaal tot hun beschikking hebben (wat vooral de meer sociaal gegoede mensen zijn) omdat dit dichter aanleunt bij hun habitus en daarmee overeenstemmende disposities. Indien dit het geval is, zijn er ook voor culturele/kunstzinnige interventies enorme Matteüseffecten waarbij zulke interventies vooral ten goede komen aan mensen die dit het minste nodig hebben.

Om op deze en andere vragen een antwoord te kunnen bieden, is een longitudinale, gerandomiseerde interventiestudie op buurtniveau aangewezen. Voor de steekproef worden er eerst een aantal buurten uit een stad of enkele steden geselecteerd, waarbij ervoor wordt gezorgd dat er zowel achtergestelde als meer welvarende buurten worden opgenomen. Vervolgens worden er uit elke buurt respondenten geselecteerd opdat er voldoende *power* is op individueel en op buurtniveau. In de nulmeting worden alle respondenten bevraagd over uiteenlopende maten van cultureel kapitaal (receptieve culturele participatie, actieve cultuurdeelname, attitudes en gezondheidsgerelateerd cultureel kapitaal); individuele en collectieve maten van sociaal kapitaal (in navolging van Kawachi et al., 2004); individuele socio-economische positie; buurtkenmerken en uiteenlopende maten van gezondheid. Hierna vindt er een interventie op buurtniveau plaats

waarbij buurten ad random worden ingedeeld in twee groepen: een selectie van buurten waarin er een culturele/kunstzinnige interventie plaatsvindt en een controlegroep van buurten waarin er geen interventie plaatsvindt. Belangrijk bij deze interventie is dat buurtbewoners actief betrokken worden bij de concrete uitwerking van de interventie. Hiervoor kunnen we twee redenen aanhalen; dit vergroot ten eerste hun *sense of control* en ten tweede de kans dat de interventie een effect heeft. Immers, zoals Whitehead (1992) al aangaf, moet men er bij projecten en acties ter bevordering van de gezondheid op letten dat deze aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep. Na de interventie volgt de tweede meting waarin dezelfde variabelen worden bevraagd als in de nulmeting.

Dit onderzoeksdesign laat toe om op verschillende manieren een bijdrage te leveren aan onderzoek naar sociale determinanten van gezondheid. Ten eerste kunnen we door de voor- en nameting nagaan of de interventie een impact heeft op gezondheid. Hierbij is het interessant om te onderzoeken of er verschillen zijn in de effectiviteit van de interventie naargelang het individueel cultureel kapitaal of de socio-economische samenstelling van de buurt. Immers, het zou kunnen dat culturele/kunstzinnige interventies beter aansluiten bij de habitus van mensen met meer cultureel en/of economisch kapitaal, waardoor de interventies vooral meer welvarende mensen ten goede komen. Bijkomend kunnen we ook de suggestie van Barraket (2005), Hampshire en Matthijsse (2010) en Hyyppä (2010) onderzoeken. Zij argumenteren dat de impact van culturele participatie op gezondheid gemedieerd wordt door sociaal kapitaal. Dit onderzoeksdesign laat toe om deze hypothese te onderzoeken en bijkomend na te gaan in welke mate individueel en collectief sociaal kapitaal van belang zijn om sociale ongelijkheid in gezondheid te verklaren. Dit brengt ons bij een tweede onderzoeksvraag die we kunnen onderzoeken aan de hand van het voorgestelde onderzoeksdesign, namelijk in welke mate respectievelijk individueel en collectief sociaal kapitaal een effect hebben op gezondheid. Ten slotte kunnen we de relaties tussen de verschillende types van cultureel kapitaal onderzoeken, om na te gaan wat het meest geschikt is in gezondheidsonderzoek. Hierbij is het interessant om te evalueren of de meting van cultureel kapitaal best wordt aangepast aan het gezondheidsveld of dat het meten van culturele participatie en smaken even nuttig is in gezondheidsstudies.

Dit onderzoeksdesign heeft ook een grote beleidsrelevantie. Immers, het laat toe om na te gaan of culturele/kunstzinnige interventies een effectief middel zijn om de volksgezondheid te bevorderen en of dit even effectief is voor achtergestelde buurten als voor meer welvarende buurten. Op deze manier kunnen middelen in de toekomst meer gericht ingezet worden.

Een tweede onderzoeksvoorstel heeft betrekking op seksuele excitatie en inhibitie. De doelstelling van dit onderzoek is tweeledig. De eerste doelstelling is van fundamenteel wetenschappelijke aard waarbij we een beter inzicht willen krijgen in de excitatie- en inhibitie-mechanismen door te focussen op determinanten ervan. Ten tweede focussen we op de associatie van seksuele disfuncties met seksuele excitatie en inhibitie, om zo een beter inzicht te krijgen in de complexe samenhang hiertussen.

Ook in het kader van dit onderzoek stellen we voor om een longitudinale dataverzameling op te zetten waarbij seksuele excitatie en inhibitie worden gemeten samen met een ruime selectie van (mogelijke) determinanten van deze kenmerken: leeftijd, geslacht, gezondheid, opleidingsniveau, opleidingsniveau van de ouders, religiositeit, ervaring van seksuele disfuncties ... Een dergelijke onderzoeksopzet laat immers toe om een beter zicht te krijgen op cohorte- en leeftijds-effecten en om dieper in te gaan op het onderscheid *state* versus *trait*. Verder kan dit nuttig zijn om een beter inzicht te krijgen in de determinanten van verschillen in seksuele excitatie en inhibitie.

Bij de selectie van de respondenten moet erop gelet worden dat er voldoende power is voor verschillende groepen. Jongeren moeten sterk genoeg vertegenwoordigd zijn om een inzicht te krijgen in de ontwikkeling van seksuele excitatie en inhibitie doorheen de vroege seksuele ontwikkeling. Ook mensen tussen 18 en 40 moeten in voldoende getale aanwezig zijn om na te gaan of er een impact is van fertiliteit, kinderen krijgen, opvoeding van de kinderen, enzovoort op excitatie en inhibitie. De resultaten uit de studie in Hoofdstuk 5.4 lijken er immers op te wijzen dat Bjorklund en Kipp's (1996) evolutionaire perspectief nuttig is om de ontwikkeling van seksuele excitatie en inhibitie doorheen de levensloop te begrijpen. In lijn met dit perspectief lijken het krijgen van kinderen en de opvoeding van de kinderen van belang te zijn om verschillen in excitatie en inhibitie te duiden. Daarnaast zijn er ook best voldoende ouderen aanwezig in de steekproef om na te gaan hoe seksuele excitatie en inhibitie evolueren bij ouderen. De resultaten uit Hoofdstuk 5.4 wijzen er in dit verband op dat er voor seksuele inhibitie een belangrijk geslachtsverschil is waarbij de scores voor oudere mannen stijgen terwijl ze dalen voor oudere vrouwen.

Daarnaast willen we dus ook ingaan op de associatie van seksuele excitatie en inhibitie met seksuele disfuncties. Immers, het is onduidelijk hoe de causaliteit van deze associatie loopt: enerzijds kunnen seksuele disfuncties resulteren uit een hoge mate aan inhibitie, maar anderzijds kunnen seksuele disfuncties een hoge mate van inhibitie in de hand werken. Door een longitudinale studie te gebruiken, kunnen we een beter inzicht krijgen in de wederzijdse beïnvloeding van seksuele disfuncties en inhibitie, wat een belangrijke stap voorwaarts kan betekenen bij de zoektocht naar effectieve behandelingen seksuele disfuncties. Om dit afdoende na te gaan, is het nodig om voldoende mensen met een disfunctie in de steekproef te hebben. Dit kan door oversampling van bepaalde groepen die een groter risico lopen op seksuele disfuncties of door een aanvullende steekproef via therapeutische praktijken die dan gematched wordt met de volledige steekproef.

