

Angst- en depressieklachten

onder islamitische
mannen en vrouwen
met homoseksuele gevoelens



A. Walraven
onder begeleiding van
drs. A.C.H. Schouten
februari - augustus 2012

Inhoudsopgave

Review	2
Schematisch overzicht literatuur	12
Abstract	15
Inleiding	16
Methoden	18
Resultaten.....	20
Discussie	21
Referentielijst.....	24
Bijlage 1 APA tabellen.....	29

Review

“Allah houdt van homo's”

Bovenstaand is de mening van Muhsin Hendricks, oprichter van The Inner Circle, een organisatie die islamitische jongeren helpt hun homoseksuele geaardheid openbaar te maken (Poll, 2011) Islamitische mannen en vrouwen met een non-heteroseksuele geaardheid durven hier vaak niet voor uit te komen. Zij ervaren gevoelens van schuld en schaamte, wat psychische klachten met zich mee kan brengen (Jaspal & Cinnirella, 2010). Regelmatig komt er nieuws over homoseksuele moslims in de media, opvallend is echter dat er vrijwel geen wetenschappelijk onderzoek is verricht naar deze minderheidsgroepering. Homoseksuele islamitische mannen en vrouwen bevinden zich in een dubbele minderheidspositie en verwacht wordt dat zij uitermate kwetsbaar zijn voor psychische problematiek. Derhalve tracht dit review een beeld te schetsen van de wetenschappelijke stand van zaken van de psychische gezondheid van homoseksuele islamitische mannen en vrouwen. De relevante wetenschappelijke literatuur vanaf 1990 betreffende homoseksualiteit, allochtonen en psychische (on)gezondheid is hierin meegenomen. Deze literatuur is gevonden via de zoekmachines Scopus, PsycINFO, Omega, Web of Science en Google Scholar door middel van de volgende zoektermen: *Homosexuality, Muslim, Islam, migrants, anxiety, depression, psychopathology* en *mental health*.

“Homoseksualiteit is een te genezen ziekte.” (Wollaars, 2012). Nadat opperrabbijn Aryeh Ralbag van de Joodse Gemeente Amsterdam een verklaring ondertekende waarin bovenstaande bewering stond vermeld, ontstond er veel ophef over dit abjecte standpunt. Toch is homoseksualiteit decennia lang als ziekte bestempeld. Tot 1973 werd homoseksualiteit door de [American Psychiatric Association \[APA\]](http://www.APA.org) geclassificeerd als een psychische stoornis (www.APA.org). Zeventien jaar later, in 1990, werd homoseksualiteit pas door de World Health Organization uit de lijst met geestesziekten geschrapt (www.WHO.int). Desalniettemin wordt homoseksualiteit momenteel nog niet overal geaccepteerd en zelfs in Nederland, een Westers land met een relatief tolerant klimaat jegens homoseksualiteit, kunnen lesbische, homoseksuele en biseksuele mannen en vrouwen (LGB'S, waar verder in de tekst over zal worden gesproken) te maken krijgen met negatieve reacties vanwege hun seksuele oriëntatie (Keuzenkamp, Kooiman & Lisdonk, 2012). Uit zeer recent onderzoek blijkt dat LGB'S die in het jaar voorafgaand aan het onderzoek negatieve reacties kregen meer psychische klachten ervaren dan degenen die geen negatieve reacties kregen (resp. 29% en 19%). Van de totale Nederlandse bevolking ervaart 13% psychische klachten en 1% ernstige psychische problematiek. Onder de LGB's is dit percentage aanzienlijk hoger, 21% ervaart psychische klachten en 5% van de vrouwen ernstige psychische problematiek (Keuzenkamp

et al., 2012). De prevalentie van een suïcidale poging is onder homoseksuele vrouwen twee maal zo hoog als onder heteroseksuele vrouwen en onder homoseksuele mannen zelfs vier keer zo hoog als onder heteroseksuele mannen. In de algemene Nederlandse bevolking heeft 8.3% ooit suïcidegedachten gehad, onder homoseksuele mannen is dit 42% en onder homoseksuele vrouwen zelfs 46%. Van de homoseksuele mannen heeft 11% een suïcideplan gemaakt en 6% een suïcidepoging ondernomen. Van de lesbische vrouwen is dit aandeel nog groter (respectievelijk 16% en 10%). Door ruim 30% van de lesbische vrouwen en ruim 60% van de homoseksuele mannen is een suïcidepoging gedaan vanwege de seksuele geaardheid. Een belangrijke reden voor de psychische problematiek onder LGB's is de ervaren minderheidspositie (Keuzenkamp et al., 2012). Wereldwijd vormen homoseksuelen een minderheidsgroep en in Nederland is 10% van de nieuw gevormde paren van gelijk geslacht (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2002). De relatie tussen homoseksualiteit en psychische gezondheid is zowel internationaal als nationaal veelvuldig onderzocht. Homoseksuele Nederlanders komen hieruit naar voren als een psychisch kwetsbare groep (Sandfort, De Graaf, Bijl & Schnabel, 2001). Deze kwetsbaarheid wordt verklaard door de minderheidspositie waarin homoseksuele Nederlanders zich bevinden. Een tweede kwetsbare minderheidsgroepering in Nederland zijn allochtonen. In de afgelopen vijftig jaar heeft Nederland zich ten gevolge van de immigrantenstroom tot een multiculturele samenleving gevormd (Spijker et al., 2004). De minderheidspositie waarin allochtonen in Nederland zich in bevinden en de kwetsbaarheid die dit met zich meebrengt is eveneens zorgvuldig bestudeerd (Schrier et al., 2011). Van de totale Nederlandse bevolking is 20.89 % allochtoon (www.CBS.nl), wat betekent dat er naar schatting 34.942 allochtone homoseksuelen in Nederland verblijven. In de wetenschappelijke literatuur blijft deze dubbele minderheidsgroepering echter onbelicht, terwijl zij bijzonder kwetsbaar zijn voor psychische problematiek. Met name islamitisch mannen en vrouwen ervaren problemen met hun non-heteroseksuele geaardheid. De Koran is tolerant omtrent seksualiteit binnen een geregistreerd huwelijk. Homoseksualiteit wordt echter als verwerpelijk en een zonde tegen de islam beschouwd. Het openlijk uiten van homoseksuele gevoelens is verboden. Een moslim met homoseksuele gevoelens ervaart bovendien de druk om te trouwen, vanuit zijn cultuur en omgeving. Veel homoseksuele islamitische mannen en vrouwen worstelen in de tweestrijd tussen hun religie en hun gevoelens. Dit kan voor een innerlijk conflict tussen de religieuze en seksuele identiteit zorgen (Nahas, 2005).

De Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), een van de grootste nationale onderzoeken betreffende homoseksualiteit en psychische gezondheid, bevestigt de psychische kwetsbaarheid van homoseksuelen (Sandfort, de Graaf, Bijl & Schnabel, 2001). Onderzocht is of homoseksuele mannen en vrouwen een groter risico

hebben psychische klachten te ervaren dan heteroseksuele mannen en vrouwen. Hiervoor is een representatieve steekproef van de Nederlandse populatie (N=7076, leeftijd 18-64 jaar) geïnterviewd, waarvoor door middel van de General Health Questionnaire de psychiatrische morbiditeit is bepaald. Van de 2878 mannen had 2.8 % en van de 3120 vrouwen had 1.4% het afgelopen jaar seksuele partners van hetzelfde geslacht. Onder deze homoseksuele doelgroep komen psychische stoornissen vaker voor dan onder de heteroseksueel actieve participanten. Homoseksuele mannen ervaren zowel gedurende het gehele leven als in de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek meer stemming- en angststoornissen dan heteroseksuele mannen. Homoseksuele vrouwen ervaren een hogere twaalf maanden prevalentie van stoornissen die te maken hebben met middelenmisbruik en een hogere levenslange prevalentie van stemmingsstoornissen dan heteroseksuele vrouwen. Bovendien geeft deze studie aan dat een hoger percentage homoseksuele dan heteroseksuele participanten meerdere psychische klachten ervaren. Deze bevindingen steunen de veronderstelling dat mensen met homoseksueel gedrag een groter risico hebben om psychiatrische stoornissen te ervaren dan mensen met heteroseksueel gedrag. Een van de potentiële beperkingen van dit onderzoek is dat de seksuele voorkeur is vastgesteld aan de hand van seksueel gedrag, wat niet altijd conform de seksuele identiteit is. Velerlei studies hebben verschillen laten zien tussen homoseksueel gedrag en homoseksuele oriëntatie (Doll, Petersen, White, Johnson & Ward, 1992; Laumann et al., 1994; Sandfort, 1998). Een directe vaststelling van oriëntatie of zelfbeoordeling zou beter zijn geweest. Tevens is er slechts een beperkt aantal homoseksuele participanten (N=142). Bovendien is onduidelijk in hoeverre deze Nederlandse steekproef gegeneraliseerd kan worden naar andere culturen of naties, daar de mate van sociale acceptatie van homoseksualiteit in Nederland relatief hoog is. Deze acceptatie kan een positieve invloed hebben op de mentale gezondheid van de homoseksuele Nederlanders, de geobserveerde verschillen zouden groter kunnen zijn in andere landen. Tenslotte kunnen verschillen die geobserveerd zijn in het voorafgaande jaar kunnen een gevolg zijn van eerdere verschillen, daar het ooit hebben gehad van een specifieke stoornis mensen kwetsbaarder zou kunnen maken voor volgende stoornissen (Sandfort et al., 2001).

Levenslange suïcidale symptomen onder homo- en heteroseksuele Nederlandse mannen en vrouwen geven de verhoogde psychische problematiek onder deze doelgroep weer (de Graaf, Sandfort & ten Have, 2006). Er zijn vier suïcidale symptomen gemeten, namelijk het nadenken over de dood, de wens dood te zijn, zelfmoord overwegingen en doelbewuste automutilatie. Er is gebruik gemaakt van een representatieve steekproef van de Nederlandse populatie in de leeftijd 18-64 jaar. In het jaar voorafgaand aan het onderzoek had 2.8% van de 2,878 mannen en 1.4% van de 3,120 vrouwen seksuele partners van hetzelfde geslacht. De homoseksuele mannen scoorden hoger op alle vier de suïcidale symptomen en de totaalscore

dan heteroseksuele mannen. Lesbische vrouwen scoorden alleen hoger op het nadenken over zelfmoord. Onder homoseksuele mannen is vermeende discriminatie geassocieerd met suïcidale symptomen. Dit onderzoek laat zien dat homoseksuele mannen een veel hoger risico hebben op suïcidale symptomen dan heteroseksuele mannen. Deze relatie kan niet alleen toegeschreven worden aan de hogere psychische morbiditeit van homoseksuele mannen (de Graaf et al., 2006). Desalniettemin kunnen er enkele vragen gesteld worden over de methodologische sterkte van dit onderzoek. De suïcidale symptomen zijn niet afzonderlijk onder de biseksuele participanten onderzocht omdat er in de steekproef te weinig participanten met biseksueel gedrag waren. Het zou interessant zijn de biseksuele participanten wel mee te nemen in de analyses omdat uit eerder onderzoek blijkt dat biseksuelen het hoogste risico hebben op suïcidaliteit (Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb, & Christensen, 2002). Bovendien zijn vier suïcidale symptomen gemeten, daadwerkelijke suïcide is buiten het onderzoek gehouden. Alhoewel het waarschijnlijk is dat homoseksuele mannen een hoger risico hebben op suïcide dan heteroseksuele mannen, is er toch geen onbetwistbaar bewijs dat zij vaker suïcide plegen. Daarnaast zijn de stoornissen gedurende het leven vastgesteld door middel van zelfrapportage. Er kan getwijfeld worden aan de validiteit van de diagnoses vanwege de moeilijkheid van het ophalen van accurate herinneringen. Tenslotte zijn in dit onderzoek bepaalde stoornissen die geassocieerd worden met suïcidaal gedrag, zoals PTSS en As II persoonlijkheidsstoornissen, niet gemeten.

Niet alleen binnen Nederland is er onderzoek gedaan naar het verband tussen homoseksualiteit en psychiatrische stoornissen, internationale onderzoeken tonen vergelijkbare resultaten. Cochran & Mays hebben veelvuldig onderzoek verricht naar de minderheidspositie van LGB'S in de Verenigde Staten en de mate van psychische (on)gezondheid die dit met zich meebrengt (Cochran & Mays 2000a, 2000b, 2001, 2003, 2007 & 2009). In 2000 is een onderzoek gepubliceerd naar de levenslange prevalentie van suïcidale symptomen en affectieve stoornissen onder homoseksuele mannen (Cochran & Mays 2000a). Aan dit onderzoek namen 3648 mannelijke participanten tussen de 17 en 39 jaar deel, geworven via de National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) en geselecteerd op een verleden van seksueel gedrag en affectieve stoornissen. In totaal rapporteerden 2,2% van de mannen seksuele partners van hetzelfde geslacht. Deze mannen meldden een hogere levenslange prevalentie van suïcidale symptomen in vergelijking met heteroseksuele mannen. Het risico op een zelfmoordpoging is onder deze mannen zelfs vijf maal zo hoog. De resultaten wijzen op een verhoogde kans op herhaalde depressie onder homoseksuele mannen, met een gemiddeld begin van de symptomen tijdens de vroege adolescentie. Er zijn echter enkele beperkingen aan dit onderzoek te noemen. Van de 3648 participanten rapporteerde slechts 2.2% seksuele partners van hetzelfde geslacht gehad te

hebben. Er zijn discussies gaande over het percentage homo- en biseksuele mannen in de algemene bevolking, maar gemiddeld komt dit uit tussen 3 en 10% (zie bijv. Billy et al., 1993). Het percentage van de homo- en biseksuele mannen ligt in dit onderzoek met 2.2 % aanzienlijk lager. Één van de verklaringen zou kunnen zijn dat 145 mannen (4% van de steekproef) niet op hebben gegeven van welk geslacht hun seksuele partner is. Het zou kunnen dat dit homo- of biseksuele mannen betreft, die zich niet durven uit te laten over hun geaardheid. Deze 145 mannen zijn uitgesloten van de onderzoeksgroep, waardoor er geen cijfers bekend zijn over hun eventuele affectieve stoornissen of suïcidale symptomen. Bovendien is het opvallend dat van de 108 mannen slechts 14 (13%) alleen mannelijke seksuele partners hebben gehad en maar liefst 94 (87%) zowel mannelijke als vrouwelijke. De seksuele oriëntatie van de mannelijke participanten is vastgesteld door middel van zelfrapportage over het geslacht van de seksuele partners die ze gedurende hun leven hebben gehad en is zodoende niet direct gemeten. Het is mogelijk dat sommige mannen zich niet goed uit durven te laten over hun seksuele verleden, het aantal seksuele partners dat zij hebben gehad of het geslacht hiervan. Er zou hier sprake kunnen zijn van een misclassificatie bias (Goodwin, 2002). Tevens zou het kunnen zijn dat de bereidheid om sociaal gestigmatiseerde informatie over je seksuele verleden te onthullen positief geassocieerd is met een vergelijkbare bereidheid symptomen van psychopathologie te onthullen.

In 2000 en 2003 hebben dezelfde auteurs onderzoeken gepubliceerd waaruit bleek dat de prevalentie van depressieve stoornissen, paniekaanvallen en psychische stress hoger is onder homoseksueel actieve mannen dan onder heteroseksueel actieve mannen. Homoseksuele vrouwen blijken vaker dan heteroseksuele vrouwen met middelenmisbruik en gegeneraliseerde angststoornissen te worden geclassificeerd. Homoseksuele mannen en vrouwen hebben in het jaar voorafgaand aan het onderzoek vaker gebruik gemaakt van mentale gezondheidsdiensten (Cochran & Mays 2000b; Cochran, Sullivan & Mays, 2003). Andere studies bevestigen dit verhoogde risico van psychiatrische stoornissen onder homoseksuele mannen en vrouwen (Gilman et al., 2001). Van de 5877 participanten die deelnamen aan het National Comorbidity Survey (NCS) rapporteerde 2.1% van de mannen en 1.5% van de vrouwen in de afgelopen jaar minstens één seksuele partner van hetzelfde geslacht te hebben gehad. Deze respondenten hebben een hogere éénjarige prevalentie van angst- en stemmingstoornissen, middelenmisbruik en suïcidegedachten en -plannen dan heteroseksuele respondenten.

In een latere studie zijn de associaties tussen seksuele oriëntatie, mentale gezondheid en middelenmisbruik onderzocht onder 2272 participanten, waarvan 652 (12%) een homoseksuele oriëntatie heeft (Cochran & Mays, 2009). De resultaten bevestigen dat een homoseksuele oriëntatie een risicofactor is voor psychische ongezondheid. Van de

respondenten ervaart 9.4 % hoge mate van huidig psychologisch lijden en 23% voldoet aan de criteria voor minstens één van de vijf gemeten psychische stoornissen. Dit risico wordt onder een deel van de participanten echter mede veroorzaakt door een HIV infectie. Van de 4165 individuen die in aanmerking kwamen voor deelname, zijn er slechts 2322 succesvol geïnterviewd. Dit betekent dat het responspercentage 56% bedroeg, wat de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten negatief kan beïnvloeden. Bovendien zijn de participanten in dit onderzoek telefonisch geïnterviewd, wat een lagere betrouwbaarheid van de antwoorden met zich mee kan brengen. Het onderzoek is uitgevoerd in Californië, een staat met een relatief grote homopopulatie en een homovriendelijk klimaat in vergelijking met de andere Verenigde Staten. Dit zou een gunstig effect kunnen hebben op de mentale gezondheid van de LGB participanten. De HIV status zou de variabele kunnen zijn die een depressie veroorzaakt, dit is niet goed uitgesloten. Tenslotte is de diagnose van psychische stoornissen gebaseerd op uitkomsten van de CIDI-SF niet nauwkeurig, de CIDI-SF vraagt namelijk niet alle criteria en symptomen van een stoornis uit.

Een van de verklaringen voor de hogere prevalentie van psychische stoornissen onder lesbische, homo- en biseksuele mensen is het behoren tot minderheidsgroep. Niet alleen mensen met non-heteroseksuele oriëntatie behoren tot een dergelijke minderheidsgroep, allochtonen behoren vanwege hun etniciteit eveneens tot een minderheidsgroepering. De Wit et al. (2008) onderzochten de prevalentie van depressieve- en angststoornissen in verschillende etnische groepen in Amsterdam. Een bevolkingssteekproef van 321 Nederlanders, 231 Turken, 191 Marokkanen en 87 Surinamers/Antillianen is geïnterviewd met behulp van de Composite International Diagnostic Interview (CIDI) 2.1. De gewogen prevalentie van één maand van depressieve en angststoornissen bedroeg 1.2% onder de Surinamers/Antillianen, 6.6% onder de Nederlanders, 9.8% onder de Marokkanen en 18.7% onder de Turken. Onder de Marokkanen was de prevalentie van affectieve stoornissen hoger in mannen dan in vrouwen, onder de Turken werd het omgekeerde gevonden. Etnische verschillen in prevalentie kunnen niet worden verklaard door sociaaleconomische verschillen. Turkse vrouwen en mannen en Marokkaanse mannen in Amsterdam lijken een hoger risico te hebben op huidige affectieve stoornissen (de Wit et al., 2008). Uit bovenstaand onderzoek blijkt dat etniciteit een onafhankelijke voorspeller is van veelvoorkomende psychische stoornissen in Nederland. Het zou kunnen dat deze etnische verschillen verklaard kunnen worden door religie. Het percentage depressieve- en angststoornissen ligt beduidend hoger onder Turkse en Marokkaanse migranten dan onder Surinaamse of Antilliaanse migranten of autochtonen. In Turkije en Marokko is de belangrijkste religie de islam, waar in beide landen minimaal 98% aanhanger van is. In Suriname en de voormalige Nederlandse Antillen is de meerderheid van de bevolking christelijk en bestaat er met gemiddeld 8.6 % slechts een kleine

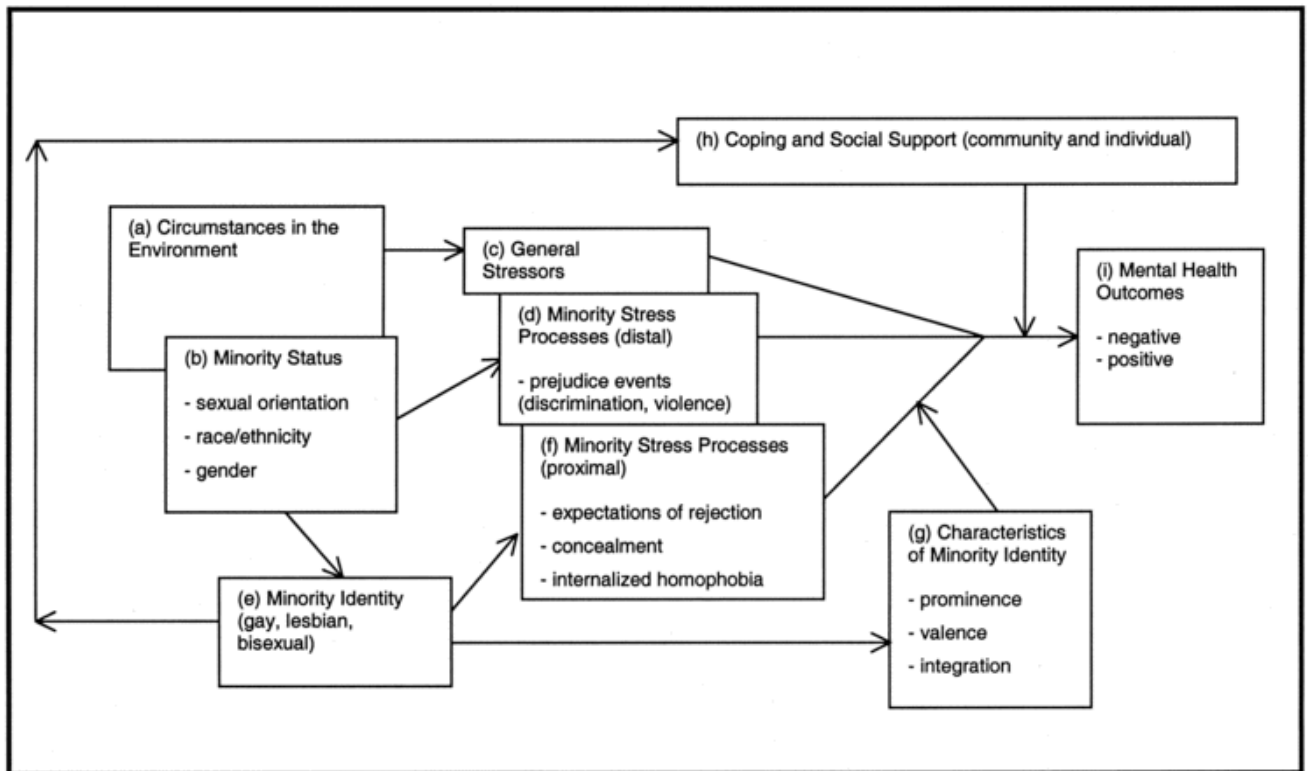
moslimgemeenschap (CIA World Factbook). Wellicht dat islamitische mannen en vrouwen vaker angst- en depressieklachten ervaren dan aanhangers van andere religies, dit zou nader onderzocht moeten worden. In dit onderzoek bedroeg de totale respons over de twee fases slechts 26%. Ook in de tweede fase was er een hoge uitval van 29%. De meeste Marokkanen gaven een non-respons, wellicht omdat het praten over affectieve stoornissen binnen de Marokkaanse cultuur een taboe is. Dit zou de validiteit van het onderzoek negatief kunnen beïnvloeden.

In een comparatief populatie onderzoek is de comorbiditeit van angst- en stemmingsstoornissen onder immigranten bestudeerd (Schrier et al., 2011). Driehonderdzeven autochtone -, 205 Turkse- en 186 Marokkaanse Nederlanders zijn met behulp van de CIDI geïnterviewd. Hieruit bleek dat de prevalentie van comorbide angst- en stemmingsstoornissen hoger was in Turks-Nederlandse (9.8%) en Marokkaans-Nederlandse (3.8%) participanten in vergelijking met autochtone Nederlandse participanten (2.3%). Deze onderzoeksgroep bestaat echter voornamelijk uit laagopgeleide, eerste generatie Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse immigranten die bij voorkeur in hun moedertaal geïnterviewd werden. Bovendien waren er maar weinig respondenten met een angst- of stemmingsstoornis, waardoor de interpretatie van de associatie tussen angst- en stemmingsstoornissen gebaseerd is op de grootte van de odds ratio, niet op het statistische significantie niveau. Tevens zijn de sociaaldemografische parameters niet in de logistische regressie analyses opgenomen. Tenslotte kan de structuur van de CIDI interviews de resultaten beïnvloedt hebben. Volgens de instructies van de CIDI mag de complete CIDI depressie sectie alleen worden afgenomen bij respondenten die minstens één van de twee peilende vragen omtrent somberheid of interesseverlies bevestigend beantwoordden. Het zou kunnen dat de respondenten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond hun somberheid en/of interesseverlies onderschat hebben of niet eerlijk durfden in te vullen vanwege het taboe betreffende psychische klachten in de Turkse en Marokkaanse cultuur. Tenslotte zijn bipolaire stoornissen niet vastgesteld.

Ongeveer een kwart van de algemene bevolking lijdt aan lichte psychische klachten, onder Turkse immigranten in Nederland blijkt dit maar liefst een derde te zijn (Bengi-Arslan, Verhulst & Crijnen 2002). Vrouwen ervaren met 36.1% vaker psychische klachten dan mannen (27.9%). De grootste risicofactor voor de mannen uit deze steekproef is werkloosheid, voor de vrouwen is dit de druk van bijkomende taken in het gezin. Turkse immigranten uiten hun psychische klachten vaker door middel van somatische klachten, zoals 'benauwdheid'. Toch mag er in dit onderzoek niet gesproken worden van psychische stoornissen. De psychische gezondheid is namelijk gemeten aan de hand van de verkorte versie van de General Health Questionnaire, waar geen psychische stoornissen mee gediagnosticeerd kunnen worden.

Van der Wurff et al. (2004) vergeleken de prevalentie van klinische significante depressieve symptomen onder oudere Turkse en Marokkaanse migranten met autochtone Nederlandse ouderen. Driehonderddertig Turkse, 299 Marokkaanse en 304 Nederlandse ouderen (55-74 jaar) zijn geïnterviewd met behulp van de Center for Epidemiologic Depression Scale (CES-D). De prevalentie van zelfgerapporteerde depressieve symptomen was erg hoog in de oudere migranten, 33.6% voor Marokkaanse en 61.5% voor Turkse ouderen. De prevalentie van depressieve symptomen in de autochtone Nederlandse steekproef was gelijk met eerdere studies 14.5%. Etnische afkomst is uniek geassocieerd met de aanwezigheid van klinisch significante depressieve symptomen. De prevalentie van klinisch significante depressieve symptomen onder oudere migranten uit Turkije en Marokko in Nederland is erg hoog. Etniciteit is een sterke, onafhankelijke risicofactor. Er zou in dit onderzoek echter sprake kunnen zijn van een etnische bias in het beantwoorden van gezondheidsvragen. De uiting en subjectieve ervaring van depressie is cultuurgebonden. Uit eerder onderzoek is gebleken dat Turkse patiënten hun depressie vaker uiten door middel van somatische klachten. Tevens is alle data gebaseerd op zelfrapportage, zonder een diagnose uit een klinisch interview. Het zou dus kunnen dat er een *report of recall bias* heeft opgetreden. Bovendien kan er geen oorzaak-gevolg relatie worden vastgesteld, daar het een studie met een cross-sectioneel design betreft. Tenslotte kan selectie bias in dit onderzoek een rol hebben gespeeld, daar de ernstig depressieve Turkse en Marokkaanse ouderen vaak niet geworven worden voor epidemiologische onderzoeken. De echte prevalentie van depressieve symptomen onder Turkse en Marokkaanse ouderen ligt mogelijk nog hoger.

Aan de hand van bovenstaande onderzoeken blijkt dat LGB's en allochtonen vaker last hebben van psychische klachten dan heteroseksuele en autochtone mannen en vrouwen. Een verklaring voor de verhoogde prevalentie van psychische klachten onder allochtonen en LGB's is minderheidsstress. Meyer (2003) stelt dat minderheidsstress uit drie factoren bestaat, namelijk stigma, vooroordelen en discriminatie. Homoseksuelen en allochtonen behoren tot een dergelijke sociaal gestigmatiseerde groep. Deze factoren veroorzaken een vijandige en stressvolle sociale omgeving, welke mentale gezondheidsproblemen kan veroorzaken. Zoals te zien in het onderstaande Minority Stress Model (Meyer, 2003) zorgt de minderheidsstatus die homoseksuele mensen ervaren vanwege hun seksuele oriëntatie en allochtone mensen vanwege hun etniciteit voor minderheidsstress, wat de mentale gezondheid beïnvloedt.



Figuur 1.

Minderheidstress processen in LGB'S populaties (Meyer, 2003)

Het model licht toe wat de effecten zijn van coping en stress op de mentale gezondheid. De algemene omgevingsomstandigheden kunnen zowel een positief als negatief effect hebben op de minderheidstress die homoseksuele of allochtone personen vanwege hun minderheidsstatus ervaren. Deze omgevingsomstandigheden kunnen leiden tot blootstelling aan stressoren, waaronder algemene stressveroorzakende factoren, zoals het verlies van een baan of het overlijden van een dierbare, maar ook stressoren die uniek zijn voor minderheidsgroepen, zoals discriminatie tijdens het werk. Regelmatig gaat iemand die tot een minderheidsgroep behoort zichzelf identificeren met deze minderheidsstatus, wat een bijkomende stressveroorzakende factor is. Binnen deze minderheidsidentiteit heeft het individu een beeld van zichzelf als een gestigmatiseerde en gedevalueerde minderheid. Verwachtingen van afwijzing, geheimhouding en geïnternaliseerde homofobie zijn voorbeelden van deze processen die iemand met een homoseksuele geaardheid kan ervaren. De minderheidsidentiteit kan echter niet alleen stressveroorzakend werken, maar tevens de impact van stress doen verzwakken. Zo hebben minderheid stressoren een grotere impact op gezondheidsuitkomsten wanneer de minderheidsidentiteit op de voorgrond staat dan wanneer deze op de tweede plaats komt in de zelfdefinitie van de persoon. Ten tweede kan de minderheidsidentiteit ook een bron van kracht zijn wanneer het is geassocieerd met mogelijkheden tot hechting, sociale steun en coping, die de impact van stress kunnen verkleinen.

Zoals hierboven beschreven lijkt de waarschijnlijkheid groot dat homoseksuelen vaker angst- en depressieklachten rapporteren dan heteroseksuelen. Bovendien zijn er studies gedaan naar de minderheidspositie van allochtone moslims in verband met psychische klachten. Het lijkt of homoseksuele islamitische immigranten zodoende dubbel belast zijn, zij behoren immers tot twee minderheidsgroepen. Schouten e.a. (2010) onderzochten of in Nederland wonende islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens meer angst en depressie rapporteren dan een aselecte steekproef uit de algemene Nederlandse bevolking en een groep autochtone homoseksuelen. Dit is gemeten door middel van de subschalen Angst (10 items) en Depressie (16 items) van de Symptom Checklist-90 (SCL-90). Deze vragenlijst is afgenomen onder 57 islamitische homoseksuelen en 61 autochtone homoseksuelen. Hieruit bleek, conform de hypothese, dat Islamitische homoseksuelen en autochtone homoseksuelen meer angst en depressie rapporteerden dan de normgroep uit de algemene bevolking. Tevens scoren Islamitische homoseksuelen in vergelijking met autochtone homoseksuelen hoger op depressie, maar, in tegenstelling tot de hypothese, rapporteren zij een vergelijkbare mate van angst. Aan dit onderzoek zijn echter enkele punten van kritiek te noemen. De participanten zijn niet geworden door middel van een representatieve steekproefverzameling, maar een zogenaamde 'snowball-sampling'. Mogelijk zijn de resultaten van dit onderzoek daarom niet te generaliseren naar de totale groep islamitische homoseksuelen in Nederland. Tevens waren de vrouwelijke participanten in de islamitische groep in de minderheid, terwijl zij in de beide vergelijkingsgroepen de meerderheid vormden. Het is niet zeker of de angst- en depressieklachten toegeschreven kunnen worden aan homoseksualiteit en religie of aan migratie of acculturatieproblemen. Dit aangezien er geen controlegroep islamitische heteroseksuelen is gebruikt en de religieuze affiniteit van de autochtonen niet is vastgesteld. Bovendien zijn in dit onderzoek de depressieve en angstige klachten enkel gemeten door middel van de SCL-90. Deze meet depressie- en angstklachten van de afgelopen week, geen stemmings- en angststoornissen. Daarenboven is de SCL-90 niet cultuurvrij en een zelfrapportage vragenlijst, wat kan leiden tot sociaal wenselijke antwoorden.

In het literatuuroverzicht hierboven komt duidelijk naar voren dat homoseksuele en islamitische mannen en vrouwen twee kwetsbare minderheidsgroeperingen zijn met een verhoogd risico op psychische klachten. Het behoren tot beide minderheidsgroeperingen zou leiden tot verhoogde kwetsbaarheid, minderheidsstress en psychische klachten. Deze dubbele minderheidsgroepering staat centraal in dit onderzoek. In de inleiding (pag. 16) zijn de onderzoeksvraag en bijbehorende hypothesen te vinden.

Schematisch overzicht van de belangrijkste literatuur gebruikt in het review

Auteur	Studie opzet	Methodologie	Steekproef	Resultaten
Bengi-Arslan, Verhulst & Crijnen (2002)	Correlationeel, cross-sectioneel design.	- General Health Questionnaire 28 item versie - Turkish Immigrant Assessment Questionnaire	Turkse immigranten, gerandomiseerde steekproef (N=785, 33% man).	33.4% van de Turkse immigranten ervaart een lichte psychische stoornis (vrouwen 36.1%, mannen 27.9%)
Cochran & Mays (2000a)	Correlationeel, cross-sectioneel design. Data is geanalyseerd d.m.v. de SUDAAN.	Gestructureerd psychiatrisch interview. Depressie- en manie modulus van de Diagnostic Interview Schedule	N=3648, 100% man, 17-39 jaar Geworven via de National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Geselecteerd voor levenslang verleden van seksuele gedragingspatronen en affectieve stoornissen.	Homoseksuele mannen hebben een hogere levenslange prevalentie (mean=1.2, SE=0.2) van suïcidale symptomen dan heteroseksuele mannen (mean=0.5, SE=0.3; $t=3.42$, $P < .01$). Het risico op een suïcidepoging is onder deze mannen vijf maal zo hoog. Homoseksuele mannen hebben een kleine verhoogde kans op herhaalde depressie, met een gemiddeld begin van de symptomen tijdens de vroege adolescentie.
Cochran & Mays (2009)	Correlationeel, cross-sectioneel design.	- Volledig gestructureerd computergeassisteerd telefonisch interview (CATI) - California Quality of Life Survey (Cal-QOL) - Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF)	N=2272, waaronder 652 HLB's, leeftijd 18-72 jaar	9.4% (CI = 8.0%–10.8%) van de respondenten ervaart hoge mate van huidig psychologisch lijden en 23% (CI = 21.0%–24.9%) voldoet aan de criteria voor minstens één van de vijf gemeten psychiatrische stoornissen. Homoseksuelen hebben meer risico op psychiatrische stoornissen. Onder homo- of biseksuele mannen wordt een groot deel van deze last mede veroorzaakt door een HIV infectie.
De Graaf, Sandfort & ten Have (2006)	Trapsgewijze, gelaagde en gerandomiseerde steekproef	Composite International Diagnostic Interview (CIDI) versie 1.1 en zelfrapportage,	Representatieve steekproef van de Nederlandse populatie in de leeftijd 18-64 jaar. (N= 5998, 48% man)	Homoseksuele mannen scoorden hoger op alle vier de suïcidale symptomen in vergelijking met heteroseksuele mannen, namelijk op het nadenken over de dood (48.8% vs. 26.7%), de wens dood te zijn (26.8% vs. 5.8%), zelfmoord overwegingen (40.2% vs. 7.8%) en doelbewuste automutilatie (14.6% vs. 2.0%), (OR variërend van 2.58 tot 10.23, met hogere OR voor heftigere symptomen) en op de totaalsom van de symptomen (gemiddeld 1.30 vs. 0.42). Lesbische vrouwen verschillen alleen op het symptoom suïcideoverwegingen (2.12 keer zo hoog), maar wanneer er gecontroleerd werd voor psychische morbiditeit verdween dit verschil. Onder homoseksuele mannen is vermeende discriminatie geassocieerd met suïcidale symptomen.

Auteur	Studie opzet	Methodologie	Steekproef: N, leeftijd, M (SD)	Resultaten
Sandfort, de Graaf, Bijl, & Schnabel (2001)	Correlationeel, cross-sectioneel design.	Face-to-face interviews waarbij gebruik is gemaakt van de Composite International Diagnostic Interview (CIDI) en de General Health Questionnaire.	Representatieve steekproef van de Nederlandse populatie (N=7076, leeftijd 18-64 jaar)	Psychiatrische stoornissen komen vaker voor onder homoseksueel actieve mensen in vergelijking met heteroseksueel actieve mensen. Homoseksuele mannen hebben een hoger prevalentie van 12 maanden van stemmingsstoornissen (OR=2.93; 95% CI=1.54-5.57) en angststoornissen (OR=2.61; 95% CI=1.44-4.74) dan heteroseksuele mannen. Homoseksuele vrouwen hebben een hogere prevalentie van 12 maanden van middelenmisbruik (OR=4.05; 95% CI=1.56-10.47) dan heteroseksuele vrouwen. Levenslange prevalentie cijfers reflecteren gelijke verschillen, behalve voor stemmingsstoornissen, die vaker waren geobserveerd in homoseksuele dan in heteroseksuele vrouwen (OR=2.41; 95% CI=1.26-4.63). Meer homoseksuele dan heteroseksuele personen hebben twee of meer stoornissen gedurende hun leven (homoseksuele mannen: OR= 2.70; 95% CI=1.66-4.41; homoseksuele vrouwen: OR=2.09; 95% CI=1.07-4.09).
Schouten, Knipscheer, Schoot & Woertman (2011)	Correlationeel, cross-sectioneel design.	Symptom Checklist-90 (SCL-90), subschalen Angst (10 items) en Depressie (16 items).	Islamitische homoseksuelen (N=57, 89% man, M= 26, SD= 5,47) Controlegroep: Autochtone homoseksuelen (N= 61, 30% man) Normgroep uit de algemene Nederlandse bevolking (N = 1009, 43% man)	<i>Angst:</i> Islamitische homoseksuelen en autochtone homoseksuelen rapporteerden meer angst dan de normgroep uit de algemene bevolking. Islamitische homoseksuelen scoren zelfde op angst als autochtone homoseksuelen. <i>Depressie:</i> Islamitische homoseksuelen en autochtone homoseksuelen rapporteerden meer depressie dan de normgroep uit de algemene bevolking. Islamitische homoseksuelen scoren hoger op depressie dan autochtone homoseksuelen.
Schrier et al. (2011)	Correlationeel, cross-sectioneel design.	Composite International Diagnostic Interview	307 autochtone - , 205 Turkse- en 186 Marokkaanse Nederlanders	De prevalentie van comorbide angst- en stemmingsstoornissen is hoger onder Turks-Nederlandse (9.8%) en Marokkaans-Nederlandse (3.8%) participanten in vergelijking met autochtone Nederlandse participanten (2.3%).

Auteur	Studie opzet	Methodologie	Steekproef: N, leeftijd, M (SD)	Resultaten
Wit et al. (2008)	Correlationeel, cross-sectioneel design.	Composite International Diagnostic Interview (CIDI) 2.1	Bevolkingssteekproef van 321 Nederlanders, 231 Turken, 191 Marokkanen en 87 Surinamers/Antillianen	Turkse vrouwen en mannen en Marokkaanse mannen in Amsterdam hebben een hoger risico op huidige affectieve stoornissen. De gewogen prevalentie van één maand van depressieve- en angststoornissen bedraagt 1.2 % onder Surinamers/Antillianen, 6.6% onder Nederlanders, 9.8% onder Marokkanen en 18.7% onder Turken. Onder Marokkanen is de prevalentie van affectieve stoornissen hoger in mannen dan in vrouwen, onder Turken is het omgekeerde gevonden. Etnische verschillen in prevalentie kunnen niet worden verklaard door sociaaleconomische verschillen. Etniciteit is een onafhankelijke voorspeller van veelvoorkomende psychische stoornissen in Nederland.
van der Wurff, Beekman, Dijkshoorn, Spijker, Smits, Stek & Verhoeff, (2004)	Cross-sectioneel	Center for Epidemiologic Depression Scale (CES-D)	330 Turkse, 299 Marokkaanse en 304 Nederlandse ouderen (55–74 jaar)	De prevalentie van zelfgerapporteerde depressieve symptomen was erg hoog in de oudere migranten, 33.6% voor Marokkaanse en 61.5% voor Turkse ouderen. De prevalentie van depressieve symptomen in de autochtone Nederlandse steekproef was gelijk met eerdere studies 14.5%. Etnische afkomst is uniek geassocieerd met de aanwezigheid van klinisch significante depressieve symptomen. De prevalentie van klinisch significante depressieve symptomen onder oudere migranten uit Turkije en Marokko in Nederland is erg hoog. Etniciteit is een sterke, onafhankelijke risicofactor.

Abstract

According to previous research, homosexual men and women have an increased risk of mental health problems compared to heterosexual men and women. Islamic men and women in the Netherlands also have an increased risk of mental health problems compared to the non-Islamic indigenous Dutch population. These differences in mental health can be explained by the Minority Stress Model. According to this model, pertaining to both the minority groups will lead to even more increased mental health problems. However, hardly any contemporary scientific research is conducted into mental health problems of homosexual Islamic men and women. In this study, the survey population consists of a group of homosexual Dutch men and women (N=91), a group of heterosexual Dutch men and women (N=89), a group heterosexual of Islamic men and women (N=28) and a group of homosexual Islamic men and women (N=46). Anxiety and depression factors, measured by the ZBV and CES-D, were picked as indicators of mental health problems. The indigenous homosexual group did not differ significantly from the indigenous heterosexual group with regard to anxiety and depression. The Islamic group reported significantly more symptoms of anxiety and depression than the Dutch group. The Islamic homosexual group also differed significantly from the indigenous heterosexual group with regard to anxiety and depression, but this difference can be attributed completely to the factor 'Islamic'. Finally, the limitations of this study, recommendations for future research and clinical implications are discussed.

Inleiding

I Am Gay And Muslim, zo luidt de titel van een documentaire over homoseksualiteit binnen de islamitische wereld (wereldpremière op 23 maart 2012, 21.30 uur in het Ketelhuis in Amsterdam) . Hierbij staat de zoektocht naar de religieuze en seksuele identiteit van homoseksuele moslims centraal. Het combineren van deze twee identiteiten zorgt regelmatig voor psychische problemen (Jaspal & Cinnirella, 2010). In de media wordt al veel aandacht gegeven aan dit onderwerp, er is echter opvallend weinig wetenschappelijk onderzoek naar verricht. Wel is het bekend dat homoseksuele, lesbische en biseksuele mannen en vrouwen (LGB's waar verder in deze tekst over zal worden gesproken) vaker te kampen hebben met psychische problematiek. Uit onderzoek in de Verenigde Staten is gebleken dat LBG's een verhoogd risico hebben op mentale stoornissen in vergelijking met heteroseksuelen. Homoseksuele mannen rapporteren een hogere prevalentie van depressie, paniekaanvallen en psychische stress dan heteroseksuele mannen. Homoseksuele vrouwen worden vaker geclassificeerd met een gegeneraliseerde angststoornis en middelenmisbruik dan heteroseksuele vrouwen (Cochran & Mays, 2000a; Cochran, Sullivan & Mays, 2003). Tevens hebben homoseksuele mannen een hogere levenslange prevalentie van suïcidale symptomen in vergelijking met heteroseksuele mannen. Het risico op een zelfmoordpoging is onder deze mannen zelfs vijf maal zo hoog (Cochran & Mays, 2000b). LBG's rapporteren vaker discriminatie dan heteroseksuele mensen, deze vermeende discriminatie is een oorzaak van de verhoogde kans op psychische stoornissen onder LBG's. De waargenomen discriminatie hangt positief samen met zowel schadelijke gevolgen op de levenskwaliteit als op aanwijzingen voor psychische morbiditeit (Cochran & Mays, 2001).

Op nationaal niveau worden vergelijkbare resultaten gevonden, psychische stoornissen komen in Nederland gelijkerwijs vaker voor onder homoseksuele dan onder heteroseksuele mensen. Homoseksuele mannen hebben meer stemming- en angststoornissen en rapporteren meer suïcidale symptomen dan heteroseksuele mannen. Onder homoseksuele mannen is vermeende discriminatie geassocieerd met suïcidale symptomen. Homoseksuele vrouwen hebben een hogere twaalf maanden prevalentie van stoornissen die te maken hebben met middelenmisbruik en een hogere levenslange prevalentie van stemmingsstoornissen dan heteroseksuele vrouwen. Een hoger percentage homoseksuele- dan heteroseksuele participanten ervaart meerdere psychische klachten (De Graaf et al., 2006; Sandfort, et al., 2001). Deze bevindingen komen overeen met de verwachting dat een homoseksuele geaardheid op zichzelf een risicofactor vormt voor het ontwikkelen van psychische klachten.

Niet alleen LGB's vertonen in hogere mate psychische klachten, uit onderzoek blijkt dat allochtonen tevens een verhoogd risico hebben op mentale problematiek. Met name islamitische allochtonen vertonen een hogere mate van psychische problematiek (Haque,

2004). De islam is vaak ingeweven in de gehele cultuur en veel moslims durven niet openlijk uit te komen voor hun homoseksuele gevoelens, uit angst om afgewezen of verstoten te worden (Nahas, 2005). De prevalentie van comorbide angst- en stemmingsstoornissen is hoger onder Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse respondenten dan onder autochtone Nederlandse participanten (Schrier et al, 2011; De Wit et al., 2008). Van de Turkse immigranten ervaart zelfs een derde psychische klachten (Bengi-Arslan, Verhulst & Crijnen, 2002). Turkse vrouwen en mannen en Marokkaanse mannen in Amsterdam lijken een hoger risico te hebben op huidige affectieve stoornissen (De Wit et al., 2008).

De verklaring voor de verhoogde psychische problematiek onder homoseksuelen en allochtonen is te vinden in de minderheidspositie van beide groeperingen. Het Minority Stress Model stelt dat er drie stressveroorzakende factoren bestaan voor de minderheidsgroepen, namelijk stigma, vooroordelen en discriminatie die een vijandige en stressvolle sociale omgeving creëren die mentale gezondheidsproblemen veroorzaakt (Meyer, 2003). homoseksuelen en allochtonen behoren tot een dergelijke sociaal gestigmatiseerde groep. Er zijn weinig empirische studies verricht naar de combinatie van deze twee minderheidsgroeperingen. Allochtone islamitische homoseksuelen bevinden zich in een dubbele kwetsbaarheidsgroep en zouden daarom een hoge mate van psychische ongezondheid vertonen. Wanneer er aan het licht gebracht kan worden in welke mate zij lijden kan de geestelijke gezondheidszorg worden toegespitst op dit lijden. Belangrijk is te bestuderen hoe groot de invloed van minderheidsstress is op de psychische gezondheid van deze specifieke groep. Het is zodoende van groot maatschappelijk belang dat de geestelijke gezondheidszorg zich bewust is van de minderheidspositie van islamitische homoseksuelen en dat er betere toegespitste zorg voor deze groep beschikbaar komt.

De vraagstelling die hieruit naar voren komt, is: *Ervaren homoseksuele islamitische mannen en vrouwen meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele autochtonen?*

Er zijn hierbij een drietal verwachtingen geformuleerd, die gebaseerd zijn op eerder literatuuronderzoek. De eerste hypothese luidt dat homoseksuele autochtonen meer angst- en depressieklachten ervaren dan heteroseksuele autochtonen. Ten tweede wordt verwacht dat heteroseksuele islamitische mannen en vrouwen meer angst- en depressieklachten ervaren dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen. De laatste hypothese is dat homoseksuele islamitische mannen en vrouwen meer angst- en depressieklachten ervaren dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen.

Methoden

Design

Voor het toetsen van de drie hypothesen: 'Homoseksuele autochtonen ervaren meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele autochtonen', 'Heteroseksuele islamitische mannen en vrouwen ervaren meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen.' en 'Homoseksuele islamitische mannen en vrouwen ervaren meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen.' is gebruik gemaakt van een *between subject design*, daar er telkens een vergelijking wordt gemaakt tussen verschillende groepen. De afhankelijke variabelen zijn angst- en depressieklachten. De variabele angst is gemeten middels de ZBV. De variabele depressie is gemeten met behulp van de CES-D (zie kopje 'Meetinstrumenten' voor verdere uitleg over het instrumentarium). De onafhankelijke variabelen zijn geloofsovertuiging (islamitisch, niet-islamitisch) en seksuele geaardheid (homoseksueel, heteroseksueel).

Participanten

De auteur heeft slechts een deel van de controlegroep geworven, de analyses zijn uitgevoerd door middel van een reeds bestaande dataset. Deze dataset bestaat uit participanten die geworven zijn via internet en via tussenpersonen. Vanwege de taboesfeer, de kleine doelgroep en de onzichtbaarheid van de doelgroep is er contact opgenomen met organisaties voor islamitische homoseksuelen. Voor de werving is gebruik gemaakt van een zogenaamde sneeuwbal methode: participanten behorend tot de doelgroep hebben andere participanten geworven. Deelname aan het onderzoek was op vrijwillige basis. Alle participanten zijn voor hun deelname ingelicht dat zij het recht hebben ten alle tijden te kunnen stoppen. Bovendien is benadrukt dat alle gegevens anoniem blijven en niet voor andere doeleinden worden gebruikt. Er is getracht een heterogene steekproef te creëren. Er hebben in totaal 255 participanten deelgenomen aan dit onderzoek, bestaande uit 95 mannen en 160 vrouwen. De steekproef is geworven uit de algemene Nederlandse bevolking en de participanten zijn afkomstig uit een niet-klinische populatie. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 27.37 jaar met een standaardafwijking van 10.24 jaar. In deze steekproef zijn 46 homoseksuelen islamitische mannen en vrouwen.

Procedure

De literatuur die de auteur heeft geholpen de hypothesen op te stellen en wetenschappelijk te onderbouwen zijn gevonden via de zoekmachines Scopus, PsycINFO, Omega, Web of

Science en Google Scholar door middel van de volgende zoektermen: *Homosexuality, Muslim, Islam, migrants, anxiety, depression, psychopathology* en *mental health*.

Meetinstrumenten

Er is gebruik gemaakt van twee vragenlijsten:

De Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV) is de Nederlandse vertaling van de State-Trait Anxiety Inventory (STAI), die algemene angst bij volwassenen meet (Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1979). De ZBV bestaat uit twee schalen: angst als toestand (*state-anxiety*) en angst als karaktertrek (*trait-anxiety*). De ZBV bevat twintig vragen op een vierpunt Likertschaal, van 'bijna nooit' (1) tot 'bijna altijd' (4). De betrouwbaarheid van de ZBV is door de COTAN als 'goed' beoordeeld, de begrips- en criteriumvaliditeit zijn als 'voldoende' beoordeeld (Luteijn et al, 2008). De ZBV wordt gebruikt op klinische schaal.

De Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) is een instrument dat de omvang van depressieve symptomen bij bevolkingsgroepen vaststelt (Bouma, Tanchor, Sanderman, & Sonderen, 1995). De CES-D bestaat uit twintig vragen op een vierpunt Likertschaal, van 'zelden/nooit' (1) tot 'meestal/altijd' (4). De CES-D meet depressieve symptomen in de zeven dagen voorafgaand aan de afname van de vragenlijst en beoogt geen klinische depressie vast te stellen. De betrouwbaarheid van de CES-D is door de COTAN als 'goed' beoordeeld, de begripsvaliditeit als 'voldoende' en de criteriumvaliditeit als 'onvoldoende'. Hoe hoger de scores op de CES-D, hoe groter de omvang van de depressieve symptomen. De CES-D wordt gebruikt op populatieniveau.

Statistische analysetechnieken en gebruikte software

De eerste groepen die met elkaar zijn vergeleken om te onderzoeken of er een significant verschil in angst- en depressieklachten tussen bestaat, zijn homoseksuele autochtonen en heteroseksuele autochtonen. Vervolgens zijn de angst- en depressieklachten van heteroseksuele islamitische mannen en vrouwen vergeleken met de angst- en depressieklachten van heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen. Tenslotte is onderzocht of homoseksuele islamitische mannen en vrouwen meer angst- en depressieklachten ervaren dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen. Aangezien de gemiddelden van de ervaren angst- en depressieklachten van bovenstaande onafhankelijke groepen met elkaar zijn vergeleken, is gebruik gemaakt van *independent sample t-tests*. Er is gebruik gemaakt van tweezijdige t-toetsen met een overschrijdingskans van $p < .05$. De analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences, 2006).

Resultaten

De eerste hypothese, homoseksuele autochtonen ervaren meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele autochtonen, is geanalyseerd door middel van een tweezijdige t-toets. Hieruit blijkt dat autochtone homoseksuelen ($M = 1.81$, $SD = .52$) gemiddeld niet hoger scoren dan autochtone heteroseksuelen ($M = 1.72$, $SD = .41$) op angst: $t(170.05) = -1.22$, $p = .23$. Tevens blijkt dat autochtone heteroseksuelen gemiddeld ($M = 1.49$, $SD = .48$) niet lager scoren dan autochtone homoseksuelen ($M = 1.47$, $SD = .43$) op depressie: $t(178) = .35$, $p = .73$. De eerste hypothese kan zodoende niet worden aangenomen.

De tweede hypothese, heteroseksuele islamitische mannen en vrouwen ervaren meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen, is geanalyseerd door middel van een tweezijdige t-toets. Hieruit blijkt dat heteroseksuele islamitische mannen en vrouwen gemiddeld ($M = 2.10$, $SD = .50$) hoger scoren dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen ($M = 1.77$, $SD = .47$) op angst: $t(254) = -5.06$, $p = .000$. Tevens blijkt dat heteroseksuele islamitische mannen en vrouwen gemiddeld ($M = 1.81$, $SD = .60$) hoger scoren dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen ($M = 1.49$, $SD = .47$) op depressie: $t(110.42) = -4.21$, $p = .000$. De tweede hypothese kan zodoende worden aangenomen.

De derde hypothese, homoseksuele islamitische mannen en vrouwen ervaren meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen, is geanalyseerd door middel van een tweezijdige t-toets. Hieruit blijkt dat homoseksuele islamitische mannen en vrouwen gemiddeld ($M = 2.12$, $SD = .43$) hoger scoren dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen ($M = 1.72$, $SD = .41$) op angst: $t(133) = -5.30$, $p = .000$. Tevens blijkt dat homoseksuele islamitische mannen en vrouwen gemiddeld ($M = 1.86$, $SD = .59$) hoger scoren dan heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen ($M = 1.49$, $SD = .48$) op depressie: $t(76.91) = -3.62$, $p = .001$. De derde hypothese kan zodoende worden aangenomen.

Wanneer er echter wordt gekeken naar de verschillen in depressie tussen islamitische homoseksuele mannen en vrouwen ($M = 2.12$, $SD = 0.43$) en islamitische heteroseksuele mannen en vrouwen ($M = 2.08$, $SD = 0.60$) scoort de eerste groep niet hoger op angst: $t(72) = -3.02$, $p = .763$. Tevens zijn er geen verschillen gevonden tussen islamitische homoseksuele mannen en vrouwen ($M = 1.74$, $SD = 0.62$) en islamitische heteroseksuele mannen en vrouwen in de mate van depressieve symptomen: $t(72) = -.794$, $p = .430$.

Dit is tegen de verwachtingen en dit betekent dat het gevonden verschil in angst- en depressieklachten tussen homoseksuele islamitische mannen en vrouwen en heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen verklaard kan worden door islamitisch versus niet-islamitisch en niet door de seksuele geaardheid van de participanten.

Discussie

Het Minority Stress Model benadrukt dat het behoren tot een minderheidsgroepering kan leiden tot mentale klachten (Meyer, 2003). Homoseksuele allochtonen behoren tot een dubbele minderheidsgroepering en zijn derhalve uitermate kwetsbaar voor psychisch lijden. Uit literatuuronderzoek blijkt deze problematiek echter onderbelicht te zijn. In huidige studie is gekozen voor een islamitische onderzoekspopulatie, daar de Koran homoseksualiteit verbiedt en islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens in een land met een relatief tolerant klimaat jegens homoseksualiteit verstrengeld kunnen raken in een tweestrijd tussen hun religieuze en seksuele geaardheid (Nahas, 2005). Er is onderzocht of homoseksuele islamitische mannen en vrouwen meer angst- en depressieklachten ervaren dan heteroseksuele autochtonen. De homoseksuele autochtone groep rapporteert niet meer angst en depressieklachten dan de heteroseksuele autochtone groep, heteroseksuele islamitische immigranten rapporteren wel significant meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele autochtonen. De verwachting dat homoseksuele islamitische immigranten meer angst- en depressieklachten ervaren dan heteroseksuele autochtonen is door de analyses bevestigd, maar dit verschil blijkt in zijn geheel toegeschreven te kunnen worden aan de variabele islamitisch en niet aan de variabele homoseksualiteit. Deze resultaten zijn tegenstrijdig met de beperkte wetenschappelijk literatuur omtrent dit onderwerp, waaruit blijkt dat homoseksuele mannen en vrouwen wel degelijk meer psychische problematiek rapporteren dan heteroseksuele mannen en vrouwen (bijv. Cochran & Mays, 2000, 2001, 2009). Met name uit eerder afgenomen kwalitatieve interviews blijkt dat homoseksuele islamitische mannen en vrouwen veel psychische problematiek ervaren (Jaspal & Cinnirella, 2010).

Limitaties huidig onderzoek

Het werven van homoseksuele islamitische participanten is een extreem lastige taak vanwege het taboe waarmee zij zijn omgeven. Bovendien is deze doelgroep bijzonder kwetsbaar, door hun deelname geven zij een gedeelte van hun identiteit bloot. Er kan wantrouwen ontstaan omtrent de anonimiteit van de verkregen informatie. De geworven islamitische homoseksuele populatie (N=46) is dan ook beperkt, mogelijk zijn de resultaten met een groter aantal participanten wel significant. Het is niet duidelijk of deze studie voldoende generaliseerbaar is, daar de onderzoekspopulatie voornamelijk bestaat uit jonge, hoogopgeleide homoseksuele mannen en vrouwen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat deze groep het meest weerbaar is tegen psychische problematiek en dat zij relatief minder klachten rapporteren dan oudere, laagopgeleide homoseksuele mannen en vrouwen (Gilman et al., 2001). Hierdoor is er mogelijk een positiever beeld geschetst van het psychisch welbevinden van homoseksuele mannen en vrouwen dan daadwerkelijk het geval is. Tevens is de sekse niet gelijk verdeeld,

het aantal deelnemende vrouwen (N=160) is vele malen groter dan het aantal mannen (N=95), dit geeft geen juiste afspiegeling weer van de sekseverhouding onder de islamitische bevolking in Nederland. Daar er enkel Nederlandse, Turkse en Marokkaanse participanten hebben geparticipeerd is niet duidelijk of de steekproef representatief is voor multicultureel Nederland. De sneeuwbal methode waarmee de participanten zijn geworven is een bijkomende reden om aan te nemen dat de representativiteit niet optimaal is. Door participanten binnen de doelgroep zelf andere participanten te laten werven, zijn deze niet random geselecteerd en is er een kleinere kans op een heterogene populatie (Baarda & de Goede, 2006). Hierdoor is er wellicht gericht gekeken naar één relatief gezonde groep en bestaat de kans dat degenen die weigeren te participeren behoren tot de onzichtbare groep die hoge psychische klachten ervaart. Het psychische welbevinden van de homoseksuele participanten in huidig onderzoek kan verklaard worden door sociaal wenselijke antwoorden. De resultaten duiden op onderrapportage, aangezien uit kwalitatieve interviews wel ernstige psychische problematiek naar voren komt. De ZBV is een zelfbeoordelvingsvragenlijst, het is mogelijk dat de participanten zichzelf te positief hebben beoordeeld. Bovendien kunnen de vragenlijstklachten niet herkenbaar zijn voor alle participanten, in bepaalde culturen worden psychische klachten lichamelijk geuit (Bengi-Arslan, Verhulst & Crijnen 2002). Wellicht is met de gebruikte lijsten niet het goede construct gemeten (Baarda & de Goede, 2006). De ZBV en CES-D meten algemene angst- en depressieklachten, niet de angst- en depressieklachten die gerelateerd zijn aan homoseksualiteit.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en de klinische praktijk

Vervolgonderzoek is noodzakelijk om de psychische problematiek van islamitische homoseksuelen beter aan het licht te brengen. Daar het in veel opzichten een onzichtbare groep betreft, is het lastig de precieze problematiek te ondervangen. Uit huidig onderzoek blijkt dat homoseksuele islamitische immigranten een kwetsbare groep zijn, met als gevolg een verhoogde kans op angst- en depressieklachten. In de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zou er extra aandacht voor deze groep moeten zijn. Wellicht kan vervolgonderzoek zich toespitsen op de oudere, laagopgeleide groep islamitische homoseksuelen die in huidig onderzoek buiten beschouwing is gelaten. Tevens kan vervolgonderzoek zich richten op de toegankelijkheid van de Nederlandse hulpverlening voor homoseksuele islamitische mannen en vrouwen. De hulpverlening zou beter toegesneden moeten zijn op deze specifieke groep, in zowel de diagnostiek als in de behandeling moet rekening gehouden worden met de culturele aspecten van de hulpbehoevende. Tenslotte zouden er gerichte vragenlijsten ontworpen moeten worden, die het construct beter meten. Deze moeten vragen bevatten die angst- en depressieklachten meten, maar tegelijkertijd zijn toegespitst op homoseksualiteit.

Een voorbeeld van zo'n vraag kan luiden: '*In hoeverre bent u angstig om uw seksuele geaardheid bekend te maken?*'. Deze vragenlijsten moeten cultureel gevalideerd worden en beter generaliseerbaar zijn.

De islamitische populatie in dit onderzoek bestond voornamelijk uit Turkse mannen en vrouwen. Turkije is één van de meest liberale islamitische landen, wellicht dat Turkse mannen en vrouwen minder klachten ervaren dan islamitische mannen en vrouwen uit een conservatiever islamitisch land, zoals Irak of Iran. Het zou daarom interessant zijn dit onderzoek te herhalen onder in Nederland wonende Iraniërs en Irakezen.

Referentielijst

- Adamczyk, A. and Pitt, C. (2009). Shaping attitudes about homosexuality: The role of religion and cultural context. *Social Science Research*, 38(2), 338-351.
- Aichberger, M.C., Schouler-Ocak, M., Mundt, A., Busch, M.A., Nickels, E., Heimann, H.M., Ströhle, A., Reischies, F.M., Heinz, A., & Rapp, M.A. (2010). Depression in Middle-aged and older First generation migrants in Europe: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry*, 25, 468-475.
- Arrindell, W.A. & Ettem, J.H.M. (2002) *Symptom Checklist SCL-90*. Lisse: Swets Test Services.
- Baarda, D.P. & de Goede, M. P. M. (2006). *Basisboek methoden en technieken*. Houten, The Netherlands: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Beals, K.P. Peplau, L.A. (2005). Identity support, identity devaluation, and well-being among lesbians. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 140-148.
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F.C., Crijnen, A.A.M. (2002). Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 118-124
- Billy JO, Tanfer K, Grady WR, Klepinger DH (1993). "The sexual behavior of men in the United States". *Family Planning Perspectives*, 25(2), 52-60.
- Centraal Bureau voor de Statistiek publicatie (2002). Verkregen op 2 mei 2012 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/94401EC0-300E-465E-A48B-1FFB8C53FD34/0/b150202.pdf>.
- CIA World Factbook. Verkregen op 4 maart 2012 van <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ns.html>
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2000a). Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: Results from NHANES III. *American Journal of Public Health*, 90(4), 573-578.
- Cochran, S.D., & Mays, V.M. (2000b). Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Defined Sexual Orientation in a Sample of the US Population. *American Journal of Epidemiology*, 151(5), 516-523.
- Cochran, S.D., & Mays, V.M. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1869-1876.
- Cochran, S.D., Sullivan, J.G., & Mays, V.M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53-61.

- Cochran, S.D., & Mays, V.M.. (2007). Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: Results from the California Quality of Life Survey. *American Journal of Public Health, 97*(11), 2048-2055.
- Cochran, S.D., & Mays, V.M. (2009). Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 647-58.
- Doll, L. S., Petersen, L. R., White, C. R., Johnson, E. S., & Ward, J.W. (1992). Homosexually and nonhomosexually identified men who have sex with men: A behavioral comparison. *Journal of Sex Research, 29*, 1-14.
- Fergusson, D.M., Horwood L.J., Beautrais A.L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry, 56*(10), 876-880.
- Field, A. (2005) *Discovering Statistiscs using SPSS*. Sage, London.
- Gilman,S., Cochran, S., Mays, V., Hughes, M., Ostrow, D., Kessler, R.(2001). Risk of Psychiatric Disorders Among Individuals Reporting Same-Sex Sexual Partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91* (6), 933-939.
- Graaf, R. de, T.G. Sandfort en M. ten Have (2006). Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a population-based sample from the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior, 35*(3), 253-262.
- Green, B. (1994). Ethnic-Minority Lesbians and Gay Men: Mental Health and Treatment Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(2), 243-251.
- Grella, C. E., Greenwell, L., Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2009). Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: Findings from the California Quality of Life Survey. *BMC Psychiatry, 9*,10.
- Grimm, L. C. (1993). *Statistical Applications for the Behavioural Sciences*. John Wiley & Sons, Hoboken.
- Haque, A. (2004). Religion and Mental Health: The Case of American Muslims. *Journal of regilion and health, 43*, 1, 45-58.
- Hekma, G. (2004) . *Homoseksualiteit in Nederland van 1730 tot de moderne tijd*. Meulenhoff, Amsterdam.
- Hélie, A. (2000). Holy Hatred. *Reproductive Health Matters, 12*, 120-124.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W.R., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., & Tsuang M.T. (1999). Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry, 56*, 867-874.
- Jaspal, R., & Cinnirella, M. (2010). Coping with potentially incompatible identities: Accounts of religious, ethnic, and sexual identities from British Pakistani men who identify as Muslim and gay. *British Journal of Social Psychology, 49*, 849-870.

- Jaspers, E., Lubbers, M., & de Graaf, N. D. (2007). Horrors of Holland: Explaining attitude change towards euthanasia and homosexuals in the Netherlands, 1970-1998. *International Journal of Public Opinion Research*, 19(4), 451-473.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P. A., & Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: Results from a community survey of young and middle-aged adults. *British Journal of Psychiatry*, 180, 423-427.
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counseling psychology quarterly*, 22, 373.
- Keuzenkamp, S., Bergen, D. van, Bos, D., Bos, H., Duyvendak, J. W., Ehrhart, J., Felten, H., Gelderen, L. van, Hekma, G., Hoof, J. van, Hospers, H., Lisdonk, J. van & Schuyf, J. (2010). Steeds Gewoner, Nooit Gewoon. SCP-publicatie, Den Haag. Retrieved from: scp.nl at: March 17th 2012.
- Keuzenkamp, S., Kooiman, N. & Lisdonk, S. van (2012). Niet te ver uit de kast. SCP-publicatie, Den Haag. Retrieved from: scp.nl at: June 10th 2012.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm and lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70.
- Klinken, A. (2010). Van homoacceptatie naar queer theology. *Theologisch debat*, 7, 26-31.
- Kuyper, L. (2011). *Sexual Orientation and Health: General and minority stress factors explaining health differences between lesbian, gay, bisexual and heterosexual individuals*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Laak, J.J.F. ter, Goede, M.P.M. de (2008). *Psychologische Diagnostiek*. Pearson Assessment and information BV, Amsterdam.
- Lewis, R.J., Kholodkov, T. & Derlega, V.J. (2012) Still Stressful After All These Years A Review of Lesbians and Bisexual Womens Minority Stress. *Journal of Lesbian Studies*, 16(1), 30-44.
- Luteijn, F, Barelds, D.P.H., Arrindell, W.A., Deelman, B.G., Kamphuis, J.H., Vertommen, H. (2008) *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg*. Lemma, Den Haag.
- Mays, V.M. & Cochran, S.D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of public health*, 91 (11), 1869-1876
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.

- Meyer, I.H. (2010). Identity, stress, and resilience in lesbians, gay men, and bisexuals of color. *The Counseling Psychologist*, 38(3), 442-454
- Miles, J. & Shevlin, M. (2004). *Applying Regression and Correlation; a guide for students and researchers*. Sage, London.
- Minwalla, O., Rosser, S.B.R., Feldman, J., & Varga, C. (2005). Identity experience among progressive gay Muslims in North America: A qualitative study within Al-Fatima. *Culture, Health & Sexuality*, 7(2), 113-128.
- Miresghii., S.I., & Matsumoto. D. (2008). Percieved Cultural Attitudes Toward Homosexuality and Their Effects on Iranian and American Sexual Minorities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(4), 372-376.
- Nahas, O. (2001). *Islam en homoseksualiteit*. Amsterdam: Uitgeverij Bulaaq.
- Nahas, O. (2005). *Homo en Moslim, Hoe gaat dat samen?* Utrecht: uitgeverij Bulaaq.
- Ploeg, van der, H.M. (2000). *Handleiding bij de Zelf-Beoordelings Vragenlijst ZBV; Een Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety inventory STAI-DY*. Swets test publishers, Lisse.
- Poll, W., van de (2011) 'Allah houdt van homo's' Verkregen op 14 maart 2012 van <http://www.trouw.nl/tr/nl/4728/Islam/article/detail/1854396/2011/03/02/Allah-houdt-van-homo-s-.dhtml>
- Rosario, M., Schrimshaw, E.W., Hunter, J. Gwadz, M. (2002) Gay-related stress and emotional distress among gay, lesbian, and bisexual youth: a longitudinal examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 967-975.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. & Sanchez, J. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*, 123, 346-352.
- Ryan, C. , Russel, S.T. Huebner, D. Diaz, R. & Sanchez, J. (2010). Family acceptance and adolescence and their health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric nursing*, 23, 205-213.
- Sandfort, T. G. M. (1998). Homosexual and bisexual behaviour in European countries. *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe*, 16, 68-105.
- Sandfort, T. G., de Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- Schouten, A., Knipscheer, J., van de Schoot, R. & Woertman. L. (2011). Islamitisch en homoseksueel in Nederland – een dubbele psychische belasting? *Psychologie & Gezondheid*, 39(3), 138-144.

- Schrier, A.C., Wit, de, M. A. S., Coupé, V. M. H., Fassaert, T., Verhoeff, A. P., Kupka, R. W., Dekker, J., & Beekman, A.T.F. (2011) Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A comparative population study in Western and non-Western inhabitants in the Netherlands. *International Journal of Social Psychiatry*, 58, 186-194.
- Spijker, J., Wurff, van der, F., B., Poort, E., C., Smits, C., H., M., Verhoeff, A., P., & Beekman, A., T., F. (2004). Depression in first generation labor migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 538-544.
- Vollebergh, W.A.M., Have, M., Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., De Winter, A., Ormel, H., Verhulst, F. (2005). Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 489-496.
- Wit, de, M. A. S., Dekker, J., Gorissen, W. H. M., Komproe, I. H., Penninx, B. W. J. H., Schrier, A. C., Tuinebrijer, W. C., Verhoeff, A. P. & Beekman, A-J. T. F. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 905-912.
- Wollaars, J. (2012) Opperrabbijn: homo's zijn ziek. Verkregen op 7 april 2012 van <http://nos.nl/artikel/331381-opperrabbijn-homos-zijn-ziek.html>
- Wurff van der, F., Beekman, A., Dijkshoorn, H.J., Spijker, J., Smits, M., Stek, M., & Verhoeff, A. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 83(1), 33-41.
- Yakushko, O. (2005). Influence of Social Support, Existential Well-Being, and Stress Over Sexual Orientation on Self-Esteem of Gay, Lesbian, and Bisexual Individuals. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 27(1), 131- 143.
- Yip, A.K.T. (2005). Queering religious texts: an exploration of British non-heterosexual Christians' and Muslims' strategy of constructing sexuality-affirming hermeneutics. *Sociology - the Journal of the British Sociological Association*, 39(1), 47-65.

Bijlage 1

APA tabellen

Tabel 1

Tweezijdige t-toets van de CES-D en ZBV; homoseksuele autochtonen vergeleken met heteroseksuele autochtonen

					95% Betrouwbaarheids interval van het verschil	
	t	Df	Sign. (tweezijdig)	Gem. Afwijking	Laagste	Hoogste
ZVB (angst)	-1.22	170.05	.23	-.08	-.22	.05
CES-D (depr)	.35	178	.73	.02	-.11	.16

*Note. * $p < .01$, ** $p < .001$*

Tabel 2

Tweezijdige t-toets van de CES-D en ZBV; heteroseksuele islamitische mannen en vrouwen vergeleken met heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen

					95% Betrouwbaarheids interval van het verschil	
	t	Df	Sign. (tweezijdig)	Gem. Afwijking	Laagste	Hoogste
ZVB (angst)	-5.06	254	.000**	-.33	-.46	.20
CES-D (depr)	-4.21	110.42	.000**	-.33	-.48	-.17

*Note. * $p < .01$, ** $p < .001$*

Tabel 3

Tweezijdige t-toets van de CES-D en ZBV; homoseksuele islamitische mannen en vrouwen vergeleken met heteroseksuele autochtone mannen en vrouwen

					95% Betrouwbaarheids interval van het verschil	
	t	Df	Sign. (tweezijdig)	Gem. Afwijking	Laagste	Hoogste
ZVB (angst)	-5.30	133	.000**	-.40	-.55	-.25
CES-D (depr)	-3.62	76.91	.001*	-.37	-.57	-.16

*Note. * $p < .01$, ** $p < .001$*

Tabel 4

Tweezijdige t-toets van de CES-D en ZBV; homoseksuele islamitische mannen en vrouwen vergeleken met heteroseksuele islamitische mannen en vrouwen

					95% Betrouwbaarheids interval van het verschil	
	t	Df	Sign. (tweezijdig)	Gem. Afwijking	Laagste	Hoogste
ZVB (angst)	-.30	72	.76	-.04	-.27	.20
CES-D (depr)	-.79	72	.43	-.11	-.40	.17

*Note. * $p < .01$, ** $p < .001$*