

Homoseksualiteit, islam, angst en depressie



Begeleider: Adriaan C.H. Schouten

Door: Robin A. Visscher

Studentnummer: 3056783

Faculteit: Sociale Wetenschappen

Universiteit: Universiteit Utrecht

Inhoudsopgave

Abstract	3
Review	4
Inleiding	4
Homoseksualiteit in Nederland	5
Homoseksualiteit internationaal	7
Een theoretische verklaring: Het Minority Stress Model	9
Allochtonen en psychische problematiek in Nederland	10
Allochtonen en psychische problematiek internationaal	12
Homoseksualiteit, islam angst en depressie vanuit nationaal en internationaal perspectief	14
Conclusie	16
Onderzoek Homoseksualiteit, Islam, Angst en Depressie	18
Inleiding	18
Methoden	19
Resultaten	21
Discussie	24
Dankwoord	27
Referenties	28
Bijlagen	31

Abstract

In this Dutch study the relationship between homosexuality, Islam, anxiety and depression is examined. 258 Participants participated in a survey. They were asked to fill in two questionnaires, the ZBV (Dutch version of the STAI), which measures anxiety symptoms, and the CES-D, which measures depression symptoms. Four different groups were used to examine the difference in anxiety and depression symptoms. The experimental group consisted of homosexual Islamic immigrants and the control groups consisted of heterosexual Islamic immigrants, heterosexual non-Islamic natives and homosexual non-Islamic natives. Hypotheses were formulated that, in line with the Minority Stress Model by Meyer (1995), homosexual Islamic immigrants would have more anxiety and depression symptoms than all control groups. Results show that the homosexual Islamic immigrants report more anxiety and depression symptoms compared to heterosexual non-Islamic natives, but not more compared to homosexual non-Islamic natives and heterosexual Islamic immigrants. Although some of the hypotheses were not confirmed, research on immigrants and homosexuality shows an increased risk of mental health problems for both groups. Along with the social disapproval of homosexuality in non-Western cultures and reports of severe mental health problems by Islamic homosexual immigrants in qualitative interviews, it seems that the non-confirmation of the hypotheses lies within the limitations of research in this complex field, such as a small snowball-sampled number of participants and a lack of measurement instruments designed to measure the specific problems of this vulnerable group. Research on this subject and healthcare for this group is limited, which calls for more awareness and political reconsiderations on subsidies.

“Mijn ouders wilden er niets van horen. Ik vertelde hen dat ik een relatie had. Toen werd mijn vader giftig. Hij begon me te slaan en zei dat ik een varken was. Mijn moeder probeerde tussenbeide te komen. Mijn vader sloeg echter door. “Het huis uit, ” gilde hij, “Je gaat het huis uit. Ik hoef geen flikker te hebben als zoon.”

(el Kaka & Kursun, 2002)

Inleiding

Vanaf 1 april 2001 was het voor het eerst mogelijk dat partners van hetzelfde geslacht officieel met elkaar konden trouwen. Nederland was hiermee de eerste, en sindsdien zijn er nog negen landen bijgekomen waarin dit mogelijk is. Niet alleen mogen partners van hetzelfde geslacht met elkaar trouwen in Nederland, de maatschappij staat in vergelijking met andere Europese landen ook het meest tolerant tegenover homoseksualiteit (Keuzenkamp, 2011). Ondanks dit gegeven voelen veel homoseksuele mensen zich gediscrimineerd en niet geaccepteerd (Keuzenkamp, Kooiman & van Lisdonk, 2012).

Verschillende onderzoeken tonen aan dat de homoseksuele bevolking in Nederland ook daadwerkelijk meer angst- en depressieklachten hebben ten opzichte van de heteroseksuele bevolking (Sandfort, de Graaf, Bijl & Schnabel, 2001; Sandfort, Bakker, Schellevis & Vanwesenbeeck, 2006; Sandfort, de Graaf & Ten Have, 2006). Meyer verklaart dit in zijn Minority Stress Model, door te stellen dat leden van een groep die zich in een minderheidspositie bevinden kwetsbaarder zijn dan leden van de dominante groep. Zij worden blootgesteld aan geïnternaliseerde negatieve attitudes, discriminatie en afkeuring (Meyer, 1995). In hoeverre zou dit ook kunnen gelden voor andere groepen? Gezien vanuit multicultureel Nederland komt de allochtone bevolking ook in aanmerking om als minderheidsgroepering te worden gedefinieerd. Zij bevinden zich in een minderheidspositie ten opzichte van de dominante autochtone bevolking en zouden hierdoor ook meer angst en depressieklachten kunnen vertonen dan de autochtone bevolking. Een individu zou zich ook in een dubbele minderheidspositie kunnen bevinden. Aansluitend op bovenstaande, wat zou dit betekenen voor een homoseksuele man van allochtone afkomst? Is het niet waarschijnlijk dat deze persoon een nog grotere kans op angst- en stemmingsklachten heeft? Wanneer men zich dan ook nog in een cultuur bevindt die afkeurend staat tegenover homoseksualiteit zou men verwachten dat deze groep zeer veel moeite heeft zich staande te houden. Veel allochtonen in Nederland zijn islamitisch en vanuit deze religie wordt afkeurend gekeken naar homoseksualiteit. Dit komt voort uit teksten in de Koran waarin gesteld wordt dat seksuele activiteit alleen maar toegestaan is in een officieel huwelijk tussen vrouw en man (Nahas, 2005). Dit zorgt ervoor dat veel homoseksuele islamitische mensen in conflict raken en religie en homoseksualiteit moeilijk kunnen integreren. Daarbij moet men in ogenschouw nemen dat de islam niet alleen een geloof is, maar

een cultuur op zich, een manier van leven (Verkuyten & Yildiz, 2010).

De veronderstelling is dat deze groep een hogere mate van angst- en depressieklachten hebben maar tot op heden is hier beperkt onderzoek naar gedaan. Dit review beoogt de bestaande wetenschappelijke literatuur omtrent dit onderwerp te bespreken. Eerst zal zowel Nederlands als internationaal onderzoek besproken worden over homoseksualiteit en psychische gezondheid om te onderzoeken of homoseksuele mensen daadwerkelijk een hogere kans op psychische problematiek hebben. Vervolgens zullen Nederlandse en internationale onderzoeken besproken worden die gaan over de relatie tussen allochtonen en psychische gezondheidsproblematiek. Daarna zullen alle bestaande onderzoeken over de combinatie islam, homoseksualiteit en angst en depressie worden besproken. Literatuur is gezocht door middel van zoekmachines PsychInfo, Omega, Google Scholar en Web of Science. De literatuur is gezocht met de zoektermen homosexuality, gay, muslim, islam, migrants, immigrants, mental health, depression, anxiety, disorders, suicide, psychopathology.

Homoseksualiteit in Nederland

Vele onderzoeken hebben aangetoond dat homoseksuele mensen in Nederland een verhoogde kans hebben op psychische problematiek (Sandfort, de Graaf, Bijl & Schnabel, 2001; Sandfort, Bakker, Schellevis & Vanwesenbeeck, 2006; Sandfort, de Graaf & Ten Have, 2006).

Het artikel van Sandfort, de Graaf, Bijl & Schnabel heeft als doel het vaststellen van de prevalentie van psychiatrische stoornissen onder homoseksuele en heteroseksuele mensen in Nederland. Dit artikel is onderdeel van het longitudinale Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). Hieruit bleek dat mannen zowel een hogere 12-maands prevalentie als een hogere lifetimeprevalentie hebben van stemmings- en angststoornissen. Er was geen verschil gevonden in lifetimeprevalentie van mannen met een of meer stoornissen. Wanneer ze echter niet meer corrigeerden voor relatiestatus bleken homoseksuele mannen wel vaker een of meer stoornissen te hebben. Er waren meer homoseksuele dan heteroseksuele mannen die zowel een hogere lifetime- als 12-maandsprevalentie hadden van twee of meer stoornissen. Wat stemmingsstoornissen betreft hadden homoseksuele mannen vaker een bipolaire stoornis of depressie en wat angststoornissen betreft hadden homoseksuele mannen, op gegeneraliseerde angststoornis na, een aanzienlijke hogere kans op alle andere angststoornissen. De grootste verschillen werden gevonden bij obsessieve-compulsieve stoornis en agorafobie, terwijl homoseksuele mannen ook vaker een enkelvoudige fobie hadden. Bij vrouwen werden geen verschillen gevonden in 12-maandsprevalentie. Homoseksuele vrouwen hadden wel een hogere lifetimeprevalentie van zowel 1 of meer stoornissen als 2 of meer stoornissen dan heteroseksuele vrouwen. Homoseksuele vrouwen hadden een aanzienlijk hogere lifetimeprevalentie van stemmingsstoornissen, in het bijzonder

depressie. In angststoornissen verschilden de twee groepen niet van elkaar, tenzij niet gecorrigeerd werd voor relatiestatus. In dat geval hadden homoseksuele vrouwen een verhoogde lifetimeprevalentie van sociale fobie en een verhoogde 12-maandsprevalentie van alcoholafhankelijkheid.

Sterke punten van het onderzoek zijn dat het een longitudinaal onderzoek is dat gebruik heeft gemaakt van een groot aantal participanten (N = 5998 personen) en een representatieve steekproef is van de Nederlandse bevolking tussen de 18-64 jaar. Zij hebben de gegevens gebruikt van de Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). Er is gebruik gemaakt van een gevalideerd, betrouwbaar en gestandaardiseerd instrument, het door de World Health Organization (WHO) ontwikkelde Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versie 1.1). Ook zijn zowel 12 maands- als lifetimeprevalentie gemeten.

Een limitatie in dit onderzoek is dat seksuele oriëntatie niet (goed) is gemeten. Er is slechts gevraagd naar seksueel contact in het afgelopen jaar en wat het geslacht van de seksuele partners was. Ook zijn diegenen die met beide geslachten seks hebben gehad gecategoriseerd als homoseksueel. Ook het corrigeren voor de variabele relatiestatus kan een vertekening van de werkelijkheid hebben opgeleverd. Wellicht is het zo dat homoseksuelen minder vaak een relatie hebben door een beperkter aanbod. Daarnaast is het aantal homoseksuele participanten klein (82 homoseksuele mannen en 43 homoseksuele vrouwen).

Sandfort, de Graaf & Ten Have (2006) hebben eveneens de gegevens van het NEMESIS onderzoek gebruikt en uit dit onderzoek blijkt dat homoseksuele mensen ook een verhoogde kans op suïcide hebben. De onderzoekers hebben dit op vijf verschillende manieren gemeten namelijk, lifetimeprevalentie van gedachten over de dood, doodswensen, nadenken over het plegen van suïcide, daadwerkelijke zelfmoordpogingen en een meting van het gemiddelde van deze scores bij elkaar. Uit hun resultaten bleek dat veel meer homoseksuele mannen dan heteroseksuele mannen gedachten hebben gehad over de dood (48.8% vs. 26.7%), zichzelf dood hebben gewenst (26.8% vs. 5.8%), hebben nagedacht over suïcide (40.2% vs. 7.8%) een daadwerkelijke suïcide poging hebben ondernomen (14.6% vs. 2.0%) en over het geheel genomen veel hoger scoorden op het gemiddelde van de vier scores (1.30 vs. 0.42). Hoewel suïcidaliteit vaker voorkomt bij vrouwen is er tussen homoseksuele vrouwen en heteroseksuele vrouwen slechts één significant verschil gevonden, namelijk dat homoseksuele vrouwen een 2.12 keer zo grote kans hadden om na te denken over suïcide. Wanneer er werd gecontroleerd voor psychische morbiditeit was alleen het verschil tussen homoseksuele mannen en heteroseksuele mannen nog significant. Suïcidaliteit is gemeten door de vragen over suïcidaliteit in de CIDI, 1.1 te gebruiken, welke zoals hierboven genoemd gevalideerd, betrouwbaar en gestandaardiseerd is. Naast de genoemde limitaties en sterke punten in het vorige onderzoek, die ook voor dit onderzoek gelden, zijn er nog een aantal in dit onderzoek. Daadwerkelijke suïcidaliteit is niet gemeten. Hierdoor is er geen echt bewijs voor

meer suïcide onder homoseksuele mensen. Ook concrete suïcide planning is niet gemeten, terwijl dit een belangrijke component is in het suïcide continuüm (Kessler et al., 1999; Neeleman, De Graaf, & Vollebergh, 2004). Daarnaast is suïcidaliteit op lifetime basis gemeten terwijl er onderzoek is dat twijfelt aan de accuraatheid van herinnering (Witcher et al., 1989).

In het onderzoek van Sandfort, Bakker, Schellevis & Vanwesenbeeck (2006) is onderzocht of seksuele oriëntatie gerelateerd is aan mentale en fysieke gezondheid en gezondheidsgedrag. Hierbij hebben zij zowel acute mentale gezondheidsproblemen als algemene mentale gezondheid gemeten. Uit het onderzoek bleek dat homoseksuele mensen bijna twee keer zoveel acute gezondheidsproblemen rapporteerden dan heteroseksuele mensen. Ook hadden zij een lagere algemene mentale gezondheid dan heteroseksuele mensen. Het onderzoek kent enkele limitaties. Zo is de groep homoseksuele participanten klein (64 homoseksuele mannen, 1,5%, homoseksuele vrouwen 70, 1,5%). Seksuele oriëntatie is gemeten door de vraag te stellen wat de seksuele voorkeur was van de participant. Hierbij waren vijf antwoordmogelijkheden namelijk: vrouwen, voornamelijk vrouwen, mannen, voornamelijk mannen en beiden. Ook wanneer mannen als seksuele voorkeur 'voornamelijk mannen' opgaven werden zij geïnccludeerd in de groep homoseksuelen. Echter, wanneer men aangeeft voornamelijk op mannen te vallen betekent dat dat de persoon ook op vrouwen kan vallen. Men kan zich terecht afvragen of deze persoon in de groep homoseksuelen behoort. Dit zou voor vertekeningen in de resultaten hebben kunnen zorgen. Ook betekent een homoseksuele voorkeur niet automatisch dat men homoseksueel actief is of zichzelf identificeert als homoseksueel. Daarnaast is onduidelijk of verschillende leeftijdsgroepen de voorkeursvraag anders interpreteren. Een mogelijke limitatie is dat de gemeten gezondheidsscores op basis van zelfrapportage zijn. Er zijn aanwijzingen dat er individuele verschillen zijn in zelfrapportage (Williams & Wiebe, 2000). Het is mogelijk dat er verschillen zijn in zelfrapportage tussen homoseksuele mensen en heteroseksuele mensen. Het onderzoek is op verschillende punten ook sterk uitgevoerd. Zo is er gebruik gemaakt van een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking tussen de 18-64 jaar, hoewel niet-westerse migranten ondergerepresenteerd zijn wegens de taalbarrière. Daarnaast is het aantal homoseksuele participanten in het onderzoek groot genoeg om ze als een groep te beschouwen. Ook zijn er in dit onderzoek relatief meer biseksuele mensen gevonden door de manier waarop seksuele oriëntatie gemeten is. Dit geeft een accurater beeld van homoseksuele mensen. Ook zijn de meetinstrumenten die gebruikt zijn om mentale gezondheid te meten, de General Health Questionnaire (GHQ) en de Short Form health survey (SF-36) gevalideerde en betrouwbare instrumenten (Goldberg & Hillier, 1979; McDowell & Newell, 1996).

Homoseksualiteit internationaal

Ook internationaal gezien is er onderzoek verricht dat wijst op een verhoogde kans op psychische problematiek (Cochran, Mays & Sullivan, 2003; Mays & Cochran, 2001; Meyer, 1995). Hiervan zullen de belangrijkste onderzoeken besproken worden.

Cochran, Mays & Sullivan hebben onderzocht of er een relatie bestaat tussen seksuele oriëntatie en 12-maands prevalentie van mentale gezondheidsstoornissen. Hieruit bleek dat homoseksuele en biseksuele mannen een grotere kans dan heteroseksuele mannen hebben om te worden gediagnosticeerd met een van de vijf gemeten stoornissen. Homoseksuele en biseksuele mannen hadden een drie keer zo grote kans op een diagnose van depressie en een 4.7 keer zo grote kans op een diagnose van paniekstoornis dan heteroseksuele mensen. Bijna 20% van de homoseksuele en biseksuele participanten hadden comorbide stoornissen van twee of meer, wat vaker is dan bij heteroseksuele mannen. Homoseksuele of biseksuele vrouwen hadden een hogere kans op gegeneraliseerde angststoornis dan heteroseksuele vrouwen. Ook hadden zij een grotere kans om gediagnosticeerd te worden met twee of meer stoornissen. Ook werd onderzocht of homoseksuele mensen vaker gebruik maakten van geestelijke gezondheidszorg. Hieruit bleek dat homoseksuele of biseksuele mannen in de afgelopen 12 maanden vaker een beroep hebben gedaan op een van de drie soorten geestelijke gezondheidszorg (huisarts voor emotionele of mentale problemen, zelfhulpgroepen of een psycholoog/psychiater). Ook maakten zij vaker gebruik van medicatie. Meer homoseksuele of biseksuele vrouwen maakten gebruik van een van de vormen van geestelijke gezondheidszorg. Sterk aan dit onderzoek is dat seksuele oriëntatie, in tegenstelling tot vele andere onderzoeken (Cochran et al., 2000; Gilman et al., 2001; Sandfort et al., 2001) expliciet gemeten is. Ook is gebruik gemaakt van een representatieve grote steekproef van Amerikanen in de leeftijdsgroep 25-74. De aanwezigheid van stoornissen is gemeten door het gevalideerde en betrouwbare meetinstrument CIDI-SF (Wittchen, Kessler, Zhao & Abelson, 1995; Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994). Limitaties aan het onderzoek, net als bij alle voorgaande onderzoeken, is dat het aantal homoseksuele participanten klein is (73 homoseksuele of biseksuele mannen en vrouwen). Daarnaast kan zowel response als nonresponse hebben geleid tot een vertekening van de resultaten.

Cochran & Mays (2000) hebben ook onderzocht of homoseksuele mannen in de Verenigde Staten vaker suïcidaal gedrag hebben vertoond dan heteroseksuele mannen. In dit onderzoek zijn de gegevens gebruikt van het National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 3). Ze hebben de participanten, net zoals in het eerder besproken onderzoek van Sandfort, de Graaf & ten Have (2006) gevraagd naar de lifetimeprevalentie van gedachten over de dood, doodswensen, nadenken over het plegen van suïcide en daadwerkelijke zelfmoordpogingen. Hieruit bleek dat homoseksuele mannen vaker gedachten over de dood hadden gehad (38.6% vs. 24.3%), vaker doodswensen hadden gehad (18.5% vs.

7.6%), vaker nagedacht hadden over het plegen van suïcide (19.3% vs. 3.6%) en vaker een daadwerkelijke suïcide poging hadden ondernomen (19.3% vs. 3.6%). Meer dan de helft van de homoseksuele participanten (53.2%) had in zijn leven minimaal een van de vier suïcide-gerelateerde symptomen gehad tegenover 33.2% van de heteroseksuele mannen. Een limitatie aan het onderzoek is dat seksuele oriëntatie niet direct is gemeten maar door participanten te vragen naar het geslacht van hun seksuele partners. Ook is het aantal homoseksuele participanten klein (N = 78). Sterke punten aan het onderzoek zijn dat er gebruik is gemaakt van een representatieve grote steekproef (N = 3648) in de leeftijdsgroep 17-39 en dat er gebruik is gemaakt van het Diagnostic Interview Schedule, een gevalideerd, betrouwbaar en gestandaardiseerd instrument (Robins, Helzer, Croghan, Williams, & Spitzer, 1981).

Samenvattend kan gesteld worden dat, zowel in Nederland als internationaal gezien, homoseksuelen een verhoogde kans hebben op mentale gezondheidsstoornissen en suïcidaal gedrag. De besproken onderzoeken kenmerken zich over het algemeen door sterke punten als het gebruik van gevalideerde, gestandaardiseerde, betrouwbare meetinstrumenten en het gebruik van grote representatieve steekproeven. Echter, bijna alle onderzoeken kennen ook de limitaties van het gebruik van kleine groepen homoseksuele participanten en het indirect meten van seksuele oriëntatie.

Een theoretische verklaring: Het Minority Stress Model

Een verklaring voor de verhoogde psychische problematiek van homoseksuele mensen wordt gegeven door het Minority Stress Model van Meyer (1995, 2003). Hij stelt dat groepen die zich in een minderheidspositie in een maatschappij bevinden, zoals homoseksuelen in een dominante heteroseksuele maatschappij, onderhevig zijn aan minority stress. Minority stress kan beschreven worden als het door leden van de minderheidsgroep ervaren conflict tussen de waarden van de dominante groep en de minderheidsgroep. Lazarus & Folkman (1984) durven zelfs zo ver te gaan om zo een conflict tussen individuen en de maatschappij als de essentie van alle sociale stress te zien. Meyer stelt in zijn model dat er bij minority stress drie processen gaande zijn die bijdragen aan psychische problematiek te weten: geïnternaliseerde homofobie, verwachtingen van afkeuring en discriminatie (gepercipieerde stigma's) en daadwerkelijke ervaringen van discriminatie en geweld.

Geïnternaliseerde homofobie refereert naar de op zichzelf gerichte sociale negatieve attitudes. Voordat individuen weten dat ze homoseksueel zijn internaliseren zij sociale antihomoseksuele attitudes. Wanneer zij beginnen te merken dat zij homoseksuele gevoelens hebben beginnen zij zichzelf te labelen als homoseksueel. Met deze zelf-labeling beginnen zij ook negatieve attitudes ten opzichte van zichzelf te ontwikkelen en ontstaat een afwijkende identiteit die de psychologische gezondheid bedreigt. Het is

onwaarschijnlijk dat deze geïnternaliseerde homofobie ooit helemaal verdwijnt (Cass, 1984; Troiden, 1989).

Gepercipieerde stigma's zorgen er vaak voor dat individuen een copingstrategie aanleren van waakzaamheid. Een hoge mate van gepercipieerde stigma's zorgt ervoor dat individuen constant hun gedrag in de gaten moeten houden. Ze moeten in de gaten houden hoe ze zich kleden, hoe ze spreken, hoe ze lopen hoe ze praten. Deze gepercipieerde stigma's en de hierbij komende waakzaamheid zorgen ervoor dat ze verwachtingen van afkeuring, discriminatie en geweld hebben. De stress die individuen hierbij ervaren zorgen voor een algemene ervaring van angst, wantrouwen in interacties met de dominante cultuur en een gevoel van vervreemding met de algemene maatschappij.

Daadwerkelijke ervaringen van afkeuring, discriminatie en geweld vanwege gestigmatiseerde minderheidsposities zijn de meest expliciete vormen van minderheidsstress. Volgens Garnets, Herek & Levy (1990) hebben deze ervaringen invloed op het wereldbeeld van de slachtoffers en geven de slachtoffers betekenis aan deze gebeurtenis. Een gevolg hiervan is dat slachtoffers zichzelf devalueren.

Allochtonen en psychische problematiek in Nederland

Volgens het eerder genoemde Minority Stress Model van Meyer zou de allochtone bevolking in Nederland ook een kwetsbare groep kunnen zijn. Ook zij bevinden zich immers in een minderheidspositie en vanuit die gedachte is het aannemelijk dat ook zij een verhoogde kans hebben op psychische problematiek. Knipscheer en Kleber (2005) gaan dieper in op de stressoren waar allochtonen mee te kampen hebben. Zij onderscheiden vier verschillende categorieën: Migratie, acculturatie, maatschappelijke beeldvorming en discriminatie. Door migratie hebben migranten veel te maken met verlies, zoals scheiding van familie en verlies van sociaal netwerk en maatschappelijke status. De aanpassingen die zij dienen te maken vragen vervolgens veel inspanning, zoals bij het wennen aan klimaat en voedingsgewoonten en het veranderen van het oorspronkelijke rolpatroon. Ook bevinden zij zich vaak in een minder draagkrachtige sociaal-economische positie. Acculturatie is het proces van het loslaten van elementen uit de eigen cultuur en het overnemen van elementen uit de nieuwe cultuur. Vooral voor tweede en derde generatie migranten kan het leven tussen twee culturen veel stress met zich meebrengen. Maatschappelijke beeldvorming kan voor migranten ook veel stress meebrengen. Het beeld van de maatschappij ten aanzien van bepaalde etnische groepen kan negatief zijn en dit kan woede, onveiligheid en gevoelens van onmacht teweeg brengen. Daadwerkelijke discriminatie door bijvoorbeeld negatieve vooroordelen en vijandig gedrag kunnen eveneens zorgen voor negatieve gevoelens bij migranten. Vanuit theoretisch oogpunt is het dus aannemelijk dat migranten met psychische klachten te kampen hebben.

De Wit et al. (2008) hebben onderzocht of er in Nederland daadwerkelijk verschillen zijn in psychische problematiek tussen autochtonen, en allochtonen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse / Antilliaanse afkomst. Zij hebben hun gegevens verkregen uit een population-based onderzoek, de Amsterdam Health Monitor uit 2004. In de eerste fase van het onderzoek was er een response van 45% (N = 1210), en in de tweede fase participeerde 71% daarvan (812). Om te kijken of er mogelijk sprake was van selection-bias is er gekeken of er verschil was tussen enkele gezondheidsmetingen, gebruik van gezondheidszorg, gebruik van psychofarmaca, de aanwezigheid van chronische somatische stoornissen en gepercipieerde gezondheidsstatus. Hieruit bleek dat er geen significante verschillen waren tussen participanten van de eerste en tweede fase. Ook waren er geen verschillen te zien binnen de verschillende etniciteiten tussen participanten en non-participanten. Het overgrote deel van de allochtonen waren eerste generatie migranten (92-93% van elke etnische groep).

Uit het onderzoek bleek dat allochtonen van Turkse komaf hoger dan autochtonen scoorden op depressieve stoornissen, zowel op lifetimeprevalentie (31.1% vs. 24.8%), als 12-maands prevalentie (22.4% vs. 10.3%) als op 1-maandsprevalentie (14.9% vs. 4.4%). Ook scoorden zij hoger op angststoornissen, zowel op lifetimeprevalentie (14.9% vs. 11.5 %) als op 12-maandsprevalentie (9.6% vs. 6.8%), als op 1-maandsprevalentie (7.7% vs. 2.5%). Allochtonen van Marokkaanse komaf scoorden op depressieve stoornissen op lifetimeprevalentie (15.2% vs. 24.8%) en 12-maandsprevalentie (9.8% vs. 10.3%) lager dan autochtonen. Op 1-maandsprevalentie scoorden zij echter hoger (6.6% vs. 4.4%). Wat angststoornissen betreft scoorden zij op lifetimeprevalentie lager dan autochtonen (9.3% vs. 11.5%), maar scoorden zij op zowel 12-maandsprevalentie (8.3% vs. 6.8%) als op 1-maandsprevalentie (7.6% vs. 2.5%) hoger dan autochtonen. Allochtonen van Surinaamse komaf scoorden op zowel depressieve- als angststoornissen lager dan autochtonen.

Limitaties aan het onderzoek zijn dat er over de twee fases verspreid van het verzamelen van participanten slechts een response-rate is van 26%. Wel is het zo dat er geen significante verschillen zijn in respons-rate, tussen de verschillende groepen. Sterk aan het onderzoek is dat dit het eerste population-based onderzoek in Nederland is dat verschillen in angst- en stemmingsstoornissen tussen verschillende etnische groeperingen meet. Sterk is ook het gebruik van een cross-cultureel gevalideerd en betrouwbaar meetinstrument, de CIDI. Daarnaast is gebruik gemaakt van een relatief grote sample, behalve bij allochtonen van Surinaamse/Antilliaanse komaf (320 autochtonen, 191 allochtonen van Marokkaanse komaf, 213 allochtonen van Turkse komaf, 88 allochtonen van Surinaamse/Antilliaanse komaf). Te zien is dat allochtonen van Turkse komaf hoger scoren op zowel angst- als depressiestoornissen. Een internationale vergelijking van the World Health Organization (WHO) laat zien dat mensen in Turkije een lagere prevalentie van angst- en stemmingsstoornissen hebben dan Nederlanders (Andrade et al., 2003). Dit ondersteunt de hypothese van Meyer dat een minderheidspositie stress oplevert. De resultaten van

allochtonen van Marokkaanse komaf zijn minder eenduidig gezien het gegeven dat zij op sommige gezondheidsscores lager scoren en op sommige gezondheidsscores hoger scoren dan de Nederlandse autochtone bevolking. Allochtonen van Surinaamse/Antilliaanse komaf scoren op elke gezondheidsscore lager dan Nederlandse autochtonen.

Burger, Hemert, Schudel & Middelkoop (2009) hebben onderzocht of er in Nederland verschillen zijn in suïcidaal gedrag tussen vier verschillende groepen te weten, autochtonen, allochtonen van Turkse komaf, van Marokkaanse komaf en van Surinaamse komaf. Zij hebben gegevens gebruikt van de vier ziekenhuizen in Den Haag, waarbij elke patiënt die binnen is gekomen na een suïcide poging is geïnccludeerd. Ook is data geïnccludeerd van de gemeentelijke lijkschouwer die alle onnatuurlijke sterfgevallen, en dus alle geslaagde suïcidepogingen onderzoekt. Het aantal suïcidepogingen dat is geïnccludeerd is met 1382 groot te noemen. Het aantal suïcides is 128. Uit het onderzoek bleek dat vrouwen over alle groepen vaker suïcidepogingen hadden ondernomen (ratio 1.86/1.00). Marokkaanse mannen en vrouwen hadden minder suïcidepogingen ondernomen dan Nederlandse mannen en vrouwen. Turkse vrouwen hadden meer suïcidepogingen ondernomen dan Nederlandse vrouwen. Tussen mannelijke allochtonen met een Turkse komaf en Nederlandse mannen waren geen verschillen. Ook waren geen significante verschillen tussen Nederlanders en allochtonen van Surinaamse komaf. Wat betreft gecompleteerde suïcides scoorden Nederlanders, op allochtonen van Surinaamse komaf na, hoger dan allochtonen. Uit dit onderzoek blijkt dus dat alleen Turkse vrouwen meer suïcidepogingen hebben ondernomen dan Nederlandse vrouwen, en dat alleen Surinaamse mensen hoger scoorden op geslaagde suïcidepogingen. Dit is in tegenstelling met wat verwacht mag worden vanuit de theorie van het Minority Stress Model. Sterk aan het onderzoek is de grote N van suïcidepogingen, maar het aantal gecompleteerde suïcidepogingen is laag met 128. Hierdoor is de power klein om verschillen tussen groepen waar te nemen.

Allochtonen en psychische problematiek internationaal

Internationaal is er veel onderzoek verricht waaruit blijkt dat immigranten een verhoogde kans op psychische problematiek hebben (Levecque, Lodewyckx & Vranken, 2007; Levecque, Lodewyckx & Bracke, 2009). Ook zijn er onderzoeken die dit tegenspreken (Miranda, Siddique, Belin, Kohn-Wood, 2005).

In twee recent uitgevoerde studies komt een patroon naar voren dat wellicht een verklaring geeft voor de gevonden verschillen. Breslau en Chang (2006) hebben de verschillen in psychische stoornissen en middelenmisbruik tussen Aziatische allochtonen die in Azië zijn geboren en Aziatische allochtonen die in Amerika zijn geboren onderzocht. Beide groepen zijn naar Amerika geëmigreerd. Hieruit blijkt dat

de in Azië geboren allochtonen een lagere prevalentie van alle psychische stoornissen en middelenmisbruik hadden dan in Amerika geboren allochtonen. Deze verschillen waren significant voor sociale fobie, agorafobie/paniekstoornis en alle categorieën van middelenmisbruik. Wanneer de stoornissen gecategoriseerd werden in stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenmisbruik om de statistische power te vergroten bleek uit de resultaten dat in Azië geboren allochtonen een lagere prevalentie van alle categorieën hadden dan in Amerika geboren allochtonen. Wanneer gestratificeerd werd op leeftijd tijdens migratie werd gevonden dat diegenen die 14 jaar of ouder waren een lagere kans op stoornissen hadden dan in Amerika geboren allochtonen. Alleen diegenen die op hun 14^e of ouder emigreerden naar Amerika hadden een kleinere kans op angst- en stemmingsstoornissen ten opzichte van in Amerika geboren Aziaten. Qua middelenmisbruik hadden beide groepen in Azië geboren allochtonen een kleinere kans dan in Amerika geboren allochtonen. De groep die op oudere leeftijd emigreerde had wel een significant lagere kans op middelenmisbruik dan de groep die op jongere leeftijd emigreerde. Echter, voor de groep die in Azië geboren is steeg de prevalentie van psychische stoornissen en middelenmisbruik naarmate zij langer in Amerika verbleven. Voor stemmingsstoornissen waren na vijf jaar geen significante verschillen tussen groepen en voor angststoornissen waren na 15 jaar geen verschillen meer tussen groepen. Het verschil in middelenmisbruik werd pas in de derde post-immigratie periode (+16 jaar) niet meer significant. Een sterk punt aan het onderzoek is dat er gebruik is gemaakt van een grote sample (N = 1236). De participanten zijn afkomstig van de National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC), een representatieve steekproef van de bevolking. Er is gebruik gemaakt van een gevalideerd en betrouwbaar instrument (Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule – DSM IV versie (AUDADIS)). Aanwezigheid van de stoornissen depressie, dysthyme stoornis, bipolaire stoornis, sociale fobie, specifieke fobie, agorafobie/paniekstoornis, en gegeneraliseerde angststoornis is onderzocht. Een mogelijke limitatie is dat in Azië geboren allochtonen wellicht anders reageren op Amerikaanse termen van mentale gezondheid dan in Amerika geboren allochtonen. Omdat hier nog weinig onderzoek naar is verricht valt hier weinig over te zeggen. Daarnaast is de groep van in Azië geboren allochtonen heterogeen en zou het kunnen dat er verschillen zitten in prevalentie van psychische stoornissen tussen groepen.

In het onderzoek van Breslau et al. (2011) werden Mexicaanse allochtonen die geëmigreerd waren naar Amerika vergeleken op mentale gezondheid met familieleden die in Mexico bleven wonen. Hieruit bleek dat de migranten een hogere prevalentie hadden van een angst- of stemmingsstoornis (17.4% vs. 11.7%), van stemmingsstoornissen als groep (11.0% vs. 8.2%) en van angststoornissen als groep (10.1% vs. 6.2%). Ook hadden zij een hogere prevalentie van gegeneraliseerde angststoornis (2.9% vs. 1.4%) en sociale fobie (5.2% vs. 3.2%). Ook wanneer gecontroleerd werd voor eerdere psychische stoornissen hadden migranten een hogere kans op een angststoornis, sociale fobie en gegeneraliseerde

angststoornis. Toen gekeken werd naar leeftijd werd er gevonden dat de leeftijdsgroep 18-35 een hoge kans had op psychische stoornissen. Er werd geen significant verschil gevonden in de leeftijdsgroep 36 en ouder. Sterk punt aan het onderzoek is dat dit is de eerste studie die cross-nationale data heeft gebruikt om een representatieve migrantengroep te vergelijken met een vergelijkbare groep die niet migreert. Hierbij werd hetzelfde betrouwbare, valide en gestandaardiseerd diagnostische instrument (WMH-CIDI) gebruikt voor beide groepen in eenzelfde tijdsframe. 2519 Non-migranten (response 76.6%) en 554 migranten (responsrate 70.9%) werden ondervraagd. Sterk aan het onderzoek is ook dat er gecontroleerd is voor eerdere psychische stoornissen, dat de groepen die met elkaar vergeleken zijn sterk op elkaar lijken doordat ze familie van elkaar zijn. Een limitatie aan het onderzoek is dat er voordat de migratie plaatsvindt nog steeds verschillen kunnen zijn tussen beide groepen. In de pilotstudy van dit onderzoek waren er indicatoren dat er een verband was tussen een hogere kans op stoornissen en een hogere kans op toekomstige migratie.

Samenvattend kan gesteld worden dat allochtonen vooral een hogere kans op psychische problematiek hebben wanneer ze voor hun 14^e geëmigreerd zijn of wanneer ze geboren zijn in het land waar hun ouders naar toe zijn geëmigreerd. De verschillende besproken onderzoeken geven echter een gemengd beeld. Sommige onderzoeken laten zien dat allochtonen een verhoogde kans op psychische problematiek hebben terwijl andere onderzoeken dit tegenspreken.

Homoseksualiteit, islam angst en depressie vanuit nationaal en internationaal perspectief

Men kan vanuit de literatuur niet zonder meer stellen dat de dubbele minderheidspositie van zowel het allochtoon zijn als het homoseksueel zijn tot een dubbele verhoogde kans op psychische problematiek leidt. Echter, volgens het Minority Stress Model van Meyer zou dit wel het geval moeten zijn. Een groep die volgens deze theorie een extra hoge kans op angst- en stemmingsproblematiek zou kunnen hebben zijn de homoseksuele allochtone islamitische mensen. Naast het feit dat zij zich als homoseksueel zijnde in een minderheidsgroep bevinden, bevinden zij zich als allochtoon ook in een minderheidspositie. Daarnaast is het vanuit het islamitische geloof moeilijk om homoseksualiteit met het geloof te integreren.

Tot nu toe is er heel weinig onderzoek bekend over angst en depressie bij homoseksuele allochtone islamieten. Schouten, Knipscheer, van de Schoot & Woertman (2011) hebben dit wel onderzocht. Zij hebben onderzocht wat de verschillen zijn in angst- en depressiesymptomen tussen islamitische homoseksuele mannen en vrouwen, autochtone homoseksuele mannen en vrouwen en een autochtone normgroep. Hieruit bleek dat de islamitische homoseksuele groep zowel meer angst- als depressiesymptomen rapporteerden vergeleken met de Nederlandse normgroep. Ook de autochtone homoseksuele groep scoorden hoger op angst- en depressiesymptomen. De islamitische homoseksuele

groep verschilde echter niet ten opzichte van de autochtone homoseksuele groep, hoewel er een trend was voor een hogere score in depressie in de islamitische homoseksuele groep ten opzichte van de autochtone homoseksuele groep. Het sterke aan dit onderzoek is dat dit het eerste onderzoek is dat de problematiek van deze kwetsbare groep heeft onderzocht. Het gebruikte meetinstrument (SCL-90) is gevalideerd, gestandaardiseerd en betrouwbaar. Hoewel de SCL-90 niet cross-cultureel is gevalideerd is de lijst goed toepasbaar gebleken in onderzoeken in Turkije (Aksaray, Kortan, Erkaya, Yenilmez, & Kaptanoglu, 2006; Guz, Sunter, Bektas, & Doganay, 2008) en België met Turkse en Marokkaanse immigranten (Leveque, Lodewyckx & Vranken, 2007). Een nadeel van de SCL-90 is dat het slechts de angst- en depressieklachten van de afgelopen week meet. Een andere limitatie aan het onderzoek is dat gebruik is gemaakt van snowball-sampling omdat het zeer moeilijk blijkt om participanten te werven in deze kwetsbare en moeilijke groep. Dit zorgt ervoor dat de steekproef mogelijk niet representatief is. Ook is het aantal participanten klein te noemen (57 homoseksuele islamitische participanten, 61 homoseksuele Nederlandse participanten, 1009 participanten uit de normgroep). Daarnaast is de verdeling tussen mannen en vrouwen in de homoseksuele islamitische groep scheef (51 homoseksuele mannen, 6 homoseksuele vrouwen).

In het onderzoek van de Mol (2011) zijn angst- en depressiesymptomen gemeten bij in Nederland wonende homoseksuele islamitische mannen. Deze scores zijn vervolgens vergeleken met een Nederlandse normgroep. Hieruit bleek dat homoseksuele islamitische mannen hoger scoorden op depressieklachten dan de normgroep, zowel bij de SCL-90 depressie subschaal als op de CES-D. De participanten scoorden ook hoger op angst bij de SCL-90 angst subschaal maar niet op de ZBV (Zelfbeoordelvragenlijst). Sterk aan het onderzoek is dat dit één van de eerste onderzoeken is die de kwetsbaarheid van homoseksuele islamitische mannen onderzoekt. Daarnaast is gebruik gemaakt van meerdere gevalideerde en betrouwbare instrumenten. Een limitatie is dat gebruik is gemaakt van snowball-sampling, wat mogelijk een niet representatieve steekproef tot gevolg heeft. Ook is het aantal participanten met 23 klein te noemen. Het onderzoek is tevens niet gepubliceerd maar betreft een masterscriptie aan de Universiteit Utrecht.

Kocak (2011) heeft eenzelfde soort onderzoek uitgevoerd alleen dan met betrekking tot homoseksuele islamitische vrouwen in Nederland. Ook zij heeft gebruik gemaakt van de SCL-90 angst- en depressieschaal en de CES-D voor depressie. Daarnaast heeft zij om angst te meten de State-Trait Anxiety Inventory (STAI) gebruikt. Uit het onderzoek blijkt dat homoseksuele islamitische vrouwen hoger op de SCL-90 angstschaal scoren dan de normgroep. Ook scoren zij hoger op de STAI dan de normgroep. Wat betreft depressie scoren homoseksuele islamitische vrouwen ook hoger op de SCL-90 depressie subschaal dan de normgroep. Ook de gemiddelde score van de islamitisch homoseksuele groep voor de CES-D ligt significant hoger dan het gemiddelde van de normgroep. Van deze groep zit 62.5%

boven het cut-off point van 16 punten terwijl maar 15.7% van de normgroep hierboven scoort. Dit is één van de eerste onderzoeken die de kwetsbaarheid onder vrouwelijke islamitische homoseksuelen heeft onderzocht. Een limitatie is dat er slechts 24 participanten meededen. Ook zijn zij geworven via homoseksuele instanties. Het kan daarom zijn dat zij hoger scoren dan een representatieve groep, omdat zij blijkbaar al behoefte aan hulp hebben gehad. De vragenlijsten en meetinstrumenten worden veel gebruikt in de klinische setting en zijn gevalideerd, betrouwbaar en gestandaardiseerd. Ook dit onderzoek betreft een masterscriptie aan de Universiteit Utrecht.

Internationaal gezien is de hoeveelheid wetenschappelijke onderzoeken omtrent dit onderwerp zeer beperkt. Er zijn een aantal kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd dat gebruik maakt van zeer kleine groepen participanten. De generaliseerbaarheid van deze onderzoeken is hierom zeer beperkt en zij worden om deze reden niet besproken.

In de besproken onderzoeken komt duidelijk naar voren dat homoseksualiteit een verhoogde kans op psychische problematiek geeft. Dat de dubbele minderheidspositie tot nog grotere angst- en stemmingsproblematiek leidt wordt echter niet overtuigend bewezen. Dit is des te meer opvallend omdat in bovenstaande uitgevoerde kwalitatieve interviews een compleet ander beeld naar voren komt. Islamitische homoseksuele participanten rapporteren daarin namelijk juist veel en ernstige angst- en depressieklachten.

Conclusie

In dit review zijn aan de hand van het Minority Stress Model van Meyer achtereenvolgens de relaties tussen homoseksualiteit en angst en depressie, allochtonen en angst en depressie en de combinatie homoseksualiteit, islam en angst en depressie besproken. Hieruit blijkt dat homoseksualiteit een verhoogde kans geeft op psychische problematiek. Ondanks het gemengde beeld dat de literatuur geeft over de relatie tussen allochtonen en psychische problematiek, lijkt zij toch te wijzen naar een verhoogde kwetsbaarheid voor allochtonen. Onderzoek over de combinatie van homoseksualiteit, islam angst en depressie is tot op heden te beperkt om uitsluitsel te geven over de mogelijke extra verhoogde kans op psychische problematiek. De besproken onderzoeken over homoseksualiteit en psychische problematiek en de onderzoeken over allochtonen en psychische problematiek en de theorie van Meyer maken het echter aannemelijk dat deze zeer kwetsbare groep veel mentale gezondheidsklachten heeft. Ook de gestructureerde interviews, waarin zeer veel en zeer ernstige angst- en depressieklachten worden gerapporteerd, wijzen hierop. Het lijkt erop dat bij de meetinstrumenten sprake is van onderrapportage. Mogelijk meten de klinische meetinstrumenten niet de specifieke angst- en depressieklachten die islamitische homoseksuele ervaren en is het nodig om nieuwe vragenlijsten te ontwikkelen die deze

klachten specifiek meet.

Concluderend kan gesteld worden dat de besproken problematiek ernstige gevolgen voor de psychische gezondheid kan hebben. Daar waar het een zeer kwetsbare groep betreft, is de hulpverlening juist zeer beperkt. Politieke afwegingen inzake subsidie dienen de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van deze zeer kwetsbare, moeilijk bereikbare groep onder ogen te zien en daadkrachtige stappen te zetten in het verbeteren van de hulpverlening en in investeringen in grootschalig onderzoek.

Homoseksualiteit, islam, angst en depressie

Uit bovenstaand review blijkt dat er tot op heden zeer beperkt onderzoek is naar de relatie tussen homoseksualiteit, islam, angst en depressie. Om de kennis van en aandacht voor deze complexe en ernstige problematiek te vergroten is onderstaand onderzoek uitgevoerd.

Inleiding

Heden ten dage is het in veel landen nog steeds onmogelijk en ondenkbaar om te trouwen met een partner van het eigen geslacht. Ook ervaren homoseksuele mensen nog steeds discriminatie en afkeuring. Veel internationaal onderzoek toont aan dat deze groep een hogere kans op angst- en depressieklachten heeft dan heteroseksuele mensen (Cochran, Mays & Sullivan, 2003; Gilman et al., 2001; Meyer, 1995).

Hoewel Nederland voorop loopt in de emancipatie van homoseksualiteit voelen homoseksuele mensen zich ook in Nederland gediscrimineerd en niet geaccepteerd (Keuzenkamp 2011). Binnenlandse onderzoeken hebben aangetoond dat ook in Nederland homoseksuelen meer angst- en depressieklachten ervaren vergeleken met heteroseksuele mensen (Sandfort, de Graaf, Bijl & Schnabel, 2001; Sandfort, Bakker, Schellevis & Vanwesenbeeck, 2006; Sandfort, de Graaf & Ten Have, 2006). Een verklaring hiervoor wordt gegeven door Meyer (1995). In zijn Minority Stress Model stelt hij dat leden van een minderheidsgroep een grotere kans op angst- en depressieklachten hebben dan leden van een dominante groep. Dit komt doordat zij geïnternaliseerde negatieve attitudes hebben, percepties van discriminatie en afkeuring, en daadwerkelijke ervaringen van discriminatie en afkeuring meemaken. Homoseksuele mensen zijn echter niet de enigen die zich in een minderheidspositie kunnen bevinden. In multicultureel Nederland bevinden de allochtone mensen zich ook in een minderheidspositie ten opzichte van de dominante autochtone groep.

Ook voor deze groep zijn aanwijzingen dat zij vergeleken met de autochtone bevolking een verhoogde kans op angst- en depressieklachten hebben (De Wit et al., 2008; Burger, Hemert, Schudel & Middelkoop, 2009; Levecque, Lodewyckx & Vranken, 2007; Levecque, Lodewyckx & Bracke, 2009). Groepen kunnen zich ook in een dubbele minderheidspositie bevinden. Vanuit de theorie zou deze groep dus een dubbele psychische belasting ervaren. Hieruit volgend zou de groep homoseksuele allochtone mensen een extra grote mate van mentale gezondheidsklachten moeten hebben. Daarnaast staan veel allochtone culturen afkeurend tegenover homoseksualiteit. Vanuit de islamitische cultuur is het bijvoorbeeld verboden om seksueel actief te zijn buiten een officieel huwelijk tussen man en vrouw. Vanuit de literatuur is het aannemelijk te maken dat homoseksuele islamitische allochtonen een bijzonder kwetsbare groep zijn. Hoewel het dus zeer waarschijnlijk is dat homoseksuele islamitische allochtone mensen een hoge mate van mentale gezondheidsproblemen hebben is hier echter tot op heden weinig

onderzoek naar verricht. Het belangrijkste onderzoek omtrent deze problematiek van Schouten, Knipscheer, van de Schoot & Woertman (2011) geeft aanleiding om te denken dat homoseksuele islamitische mensen meer depressieklachten ervaren dan autochtone homoseksuele mensen. Dit onderzoek heeft als doel om meer duidelijkheid te verschaffen in de situatie van deze kwetsbare groep. In dit onderzoek zal gekeken worden naar de verschillen in angst- en depressieklachten tussen verschillende groepen. Hierbij zijn de volgende hypothesen opgesteld:

- Islamitisch allochtone participanten rapporteren meer angst- en depressieklachten dan niet-islamitische autochtone participanten.
- Homoseksuele autochtone participanten rapporteren meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele autochtone participanten.
- Homoseksuele islamitische allochtone participanten rapporteren meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele autochtone participanten.
- Islamitische homoseksuele allochtone participanten rapporteren meer angst- en depressieklachten dan islamitische heteroseksuele allochtone participanten.

Methoden

Design

Het onderzoek betreft een survey met een 2x2 between subject design waarin de onafhankelijke variabelen geloofsovertuiging (islamitisch versus niet-islamitisch) en gearardheid (hetero versus homo) zijn. De afhankelijke variabelen zijn angst- en depressieklachten. In dit onderzoek worden voor angst- en depressieklachten de symptomen en stoornissen zoals die in de DSM-IV staan gehanteerd. De variabele angst is gemeten middels de Zelf-BeoordelingsVragenlijst (ZBV). De variabele depressie is gemeten met behulp van de CES-D.

Participanten

De participanten bestaan grotendeels uit een reeds geworven dataset. Slechts een klein deel van de participanten is geworven door de auteur bij de Utrechtse homo vereniging Anteroso en in de sociale omgeving van de auteur via internet. Participanten zijn grotendeels geworven via snowball sampling bij instanties. Veelal is gebruik gemaakt van tussenpersonen omdat deze doelgroep graag in de anonimiteit verblijft en werving op andere wijze onmogelijk bleek. Alle participanten zijn van te voren ingelicht door middel van een informed consent dat alle gegevens vertrouwelijk behandeld zullen worden en niet doorgespeeld zullen worden aan derden. Ook behielden zij te allen tijde het recht om te stoppen met het

onderzoek zonder reden van opgaaf. In totaal hebben 258 participanten deelgenomen aan het onderzoek, waarvan 163 vrouwen en 95 mannen. Van de participanten waren 119 participanten heteroseksueel en 137 homoseksueel. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 27.4 met een standaarddeviatie van 10.24.

Tabel 1: Opleidingsniveau en sociale status van de onderzoekspopulatie

Opleiding	N	Sociale status	N
Lagere school	4	Single	89
Middelbare school	20	Samenwonend	35
MBO	27	Gehuwd	6
HBO	60	Gescheiden	2
WO	127		
Post doc	2		

Procedure

Literatuur is gezocht door middel van zoekmachines PsychInfo, Omega, Google Scholar en Web of Science. De literatuur is gezocht met de zoektermen: homosexuality, gay, muslim, islam, migrants, immigrants, mental health, depression, anxiety, disorders, suicide, psychopathology.

Meetinstrumenten

Er is gebruik gemaakt van twee vragenlijsten:

1. De Zelf-BeoordelingsVragenlijst (ZBV) is de Nederlandse vertaling van de State-Trait Anxiety Inventory (STAI), die toestandsangst en angstdispositie bij volwassenen meet (Van der Ploeg, 2000). De vragenlijst bestaat uit twintig vragen op een vierpuntsschaal, van 'bijna nooit' (1) tot 'bijna altijd' (4).
2. De Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) is een vragenlijst die symptomen van depressie bij volwassenen meet (Bouma, Tanchor, Sanderman, & Sonderen, 1995). De vragenlijst bestaat uit twintig vragen, gemeten op een vierpuntsschaal, van 'zelden/nooit' (1) tot 'meestal/altijd' (4).

Betrouwbaarheid en validiteit

Volgens de COTAN:

CES-D: Betrouwbaarheid: Goed, begripsvaliditeit: voldoende, criteriumvaliditeit: onvoldoende

STAI: Betrouwbaarheid: Goed, begripsvaliditeit: voldoende, criteriumvaliditeit: voldoende

Statistische analysetechnieken en gebruikte software

Verschillen tussen groepen zijn onderzocht middels onafhankelijke t-toetsen met het statistische analyse programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Resultaten

Vraag 1: Rapporteren homoseksuele niet-islamitische autochtone mensen meer last van angst- en depressieklachten dan heteroseksuele niet-islamitische autochtone mensen?

Tabel 2 Tweezijdige t-toets van de ZBV en CES-D: heteroseksuele niet-islamitische autochtone mensen vergeleken met homoseksuele niet-islamitische autochtone mensen.

	T	Df	Sig.	Gem. Verschil	95% betrouwbaarheids interval	
					Laagste	Hoogste
ZBV	1.218	170.05	.225	-.084	-0.22	0.05
CES-D	.350	178	.727	.023	-0.11	0.16

Angst

Gemiddeld rapporteren homoseksuele niet-islamitische autochtone mensen ($M = 1.81$ $SD = 0.52$) niet meer angstklachten dan heteroseksuele niet-islamitische autochtone mensen ($M = 1.72$ $SD = 0.41$) op de angstvragenlijst: $t(170.05) = -1.22$ $p = .23$.

Depressie

Gemiddeld rapporteren homoseksuele niet-islamitische autochtone mensen ($M = 1.47$ $SD = .43$) niet meer depressieklachten dan heteroseksuele niet-islamitische autochtone mensen ($M = 1.49$ $SD = .48$) op de depressievragenlijst: $t(178) = .35$ $p = .73$.

Vraag 2: *Rapporteren islamitische allochtone mensen meer last van angst- en depressieklachten dan niet-islamitische autochtone mensen?*

Tabel 3 Tweezijdige t-toets van de ZBV en CES-D: islamitische allochtone mensen vergeleken met niet-islamitische autochtone mensen.

	T	Df	Sig.	Gem. Verschil	95% betrouwbaarheids interval	
					Laagste	Hoogste
ZBV	-5.063	254	.000	-.334	-0.46	-0.20
CES-D	4.205	110.42	.000	-.327	-0.48	-0.17

Angst

Islamitische allochtone mensen rapporteren gemiddeld meer angstklachten ($M = 2.10$ $SD = 0.50$) dan niet-islamitische autochtone mensen ($M = 1.77$ $SD = 0.47$) op de angstvragenlijst: $t(254) = -5.06$ $p = .000$.

Depressie

Islamitische allochtone mensen rapporteren gemiddeld meer depressieklachten ($M = 1.81$ $SD = 0.60$) dan niet-islamitische autochtone mensen ($M = 1.49$ $SD = 0.47$) op de depressievragenlijst: $t(110.42) = -4.21$ $p = .000$.

Vraag 3: *Rapporteren homoseksuele islamitische allochtone mensen meer last van angst- en depressieklachten dan heteroseksuele niet-islamitische autochtone mensen.*

Tabel 4 Tweezijdige t-toets van de ZBV en CES-D: homoseksuele islamitische allochtone mensen vergeleken met heteroseksuele niet-islamitische autochtone mensen.

	T	Df	Sig.	Gem. verschil	95% betrouwbaarheids interval	
					Laagste	Hoogste
ZBV	-5.30	133	.000	-.400	-0.55	-0.25
CES-D	-3.62	76.91	.001	-.37	-0.57	-0.16

Angst

Homoseksuele islamitische allochtone mensen rapporteren gemiddeld meer angstklachten ($M = 2.12$ $SD = 0.43$) dan heteroseksuele niet-islamitische autochtone mensen ($M = 1.72$ $SD = 0.41$) op de angstvragenlijst: $t(133) = -5.30$ $p = .000$.

Depressie

Homoseksuele islamitische allochtone mensen rapporteren gemiddeld meer depressieklachten ($M = 1.86$ $SD = 0.59$) dan heteroseksuele niet-islamitische autochtone mensen ($M = 1.49$ $SD = 0.48$) op de depressievragenlijst: $t(76.91) = -3.62$ $p = .001$.

Vraag 4: Rapporteren homoseksuele islamitische allochtone mensen meer angst- en depressieklachten dan heteroseksuele islamitische allochtone mensen?

Tabel 5 Tweezijdige t-toets van de ZBV en CES-D: homoseksuele islamitische allochtone mensen vergeleken met heteroseksuele islamitische allochtone mensen.

	T	Df	Sig.	Gem. verschil	95% betrouwbaarheids interval	
					Laagste	Hoogste
ZBV	-.30	72	.763	-.04	-.27	-0.20
CES-D	-.79	72	.430	-.11	-.40	0.17

Angst

homoseksuele islamitische allochtone mensen rapporteren gemiddeld niet meer angstklachten ($M = 2.12$ $SD = 0.43$) dan heteroseksuele islamitische allochtone mensen ($M = 2.08$ $SD = 0.60$) op de angstvragenlijst: $t(72) = -.302$ $p = .763$.

Depressie

homoseksuele islamitische allochtone mensen rapporteren gemiddeld niet meer depressieklachten ($M = 1.86$ $SD = 0.59$) dan heteroseksuele islamitische allochtone mensen ($M = 1.74$ $SD = 0.62$) op de depressievragenlijst: $t(72) = -.794$ $p = .430$.

Discussie

De hypothese dat heteroseksuele islamitische allochtone mensen meer angst- en depressieklachten rapporteren dan heteroseksuele niet-islamitische autochtone mensen kan door de resultaten bevestigd worden. Dit is in overeenstemming met eerdere literatuur over allochtone mensen (De Wit et al., 2008; Burger, Hemert, Schudel & Middelkoop 2009; Levecque, Lodewyckx, Vranken, 2007; Levecque, Lodewyckx & Bracke, 2009). Ook kan de hypothese dat homoseksuele islamitische allochtone mensen meer angst- en depressieklachten rapporteren dan heteroseksuele niet-islamitische autochtonen bevestigd worden. Deze resultaten ondersteunen het Minority Stress Model van Meyer (1995, 2003). De hypothese dat homoseksuele islamitische allochtone mensen meer angst- en depressieklachten rapporteren vergeleken met homoseksuele niet-islamitische autochtone mensen kan echter niet bevestigd worden. Ook kan de hypothese dat homoseksuele islamitische allochtone mensen meer angst- en depressieklachten rapporteren dan heteroseksuele islamitische allochtone mensen niet bevestigd worden. Deze resultaten zijn opvallend te noemen omdat vanuit de theorie wordt verwacht dat de homoseksuele islamitische allochtone groep een zeer kwetsbare groep is vergeleken met de andere groepen en dus meer angst- en depressie symptomen zou hebben.

Slechts drie onderzoeken hebben tot op heden de relatie tussen homoseksualiteit, islam, angst en depressie op kwantitatieve wijze onderzocht. Dit vierde onderzoek heeft als doel gehad om de beperkte kennis van dit maatschappelijke en wetenschappelijke relevante onderwerp te vergroten. Vergelijkbare resultaten met Schouten, Knipscheer, van de Schoot & Woertman (2011) zijn gevonden. Hoewel homoseksuele islamitische allochtone mensen meer angst- en depressieklachten rapporteren dan een Nederlandse normgroep werden geen significante verschillen gevonden tussen homoseksuele islamitische allochtone mensen en homoseksuele niet-islamitische autochtone mensen. Kocak (2011) vond meer angst- en stemmingsklachten bij islamitische homoseksuele allochtone vrouwen ten opzichte van een Nederlandse normgroep en De Mol (2011) vond hetzelfde bij homoseksuele islamitische allochtone mannen ten opzichte van een Nederlandse normgroep.

Sterk aan dit onderzoek is dat vergeleken bij vorige onderzoeken gebruik gemaakt is van meerdere vergelijkingsgroepen. Zo kan goed gekeken worden waar precies de verschillen in angst- en stemmingsklachten zitten. Schouten, Knipscheer, van de Schoot & Woertman (2011) hadden al gebruik gemaakt van de belangrijke controlegroep Nederlandse homoseksuele mensen. In dit onderzoek is ook de controlegroep heteroseksuele islamitische allochtone mensen opgenomen zodat duidelijker wordt welke factoren de verschillen in angst- en stemmingsproblematiek kunnen verklaren.

Het onderzoek kent een aantal limitaties. Zoals in de andere drie onderzoeken omtrent dit onderwerp is gebleken dat het werven van participanten in deze doelgroep een zeer moeilijke

aangelegenheid is. Deze doelgroep is moeilijk te vinden. Eenmaal gevonden is het voor hen ook een moeilijke keus of zij willen deelnemen aan het onderzoek. Voor hen kan deelnemen confronterend zijn en velen verblijven liever in de anonimiteit. Dit geeft dan ook aan hoe kwetsbaar en onzichtbaar deze groep is. Gevolg hiervan is dat er net zoals in de andere drie onderzoeken over dit onderwerp een beperkt aantal participanten hebben deelgenomen. Hierdoor is het moeilijker om verschillen tussen groepen te vinden. Tweede gevolg is dat de enige manier waarop participanten geworven konden worden was door gebruik te maken van snowball-sampling. Zonder de hulp van participanten en tussenpersonen hadden deze onderzoeken niet tot stand kunnen komen. Het nadeel van snowball-sampling is echter dat de steekproef mogelijk niet geheel representatief is waardoor resultaten vertekend kunnen zijn. Het is mogelijk dat participanten die deel hebben genomen aan het onderzoek juist meer klachten ervaren dan een representatieve steekproef, of dat er sprake is van onderrapportage van klachten. Ten derde is de generaliseerbaarheid mede beperkt door de verschillen in afkomst. Hiermee wordt bedoeld dat homoseksuele islamitische mensen niet als één groep gezien kunnen worden. Zo is het waarschijnlijk dat bijvoorbeeld homoseksuele Iranese islamitische mensen, die een veel conservatievere cultuur kennen, veel meer angst- en stemmingsproblematiek kennen dan Turkse homoseksuele islamitische mensen, die een veel progressievere cultuur kennen. De vierde limitatie aan dit onderzoek is dat er relatief jonge en hoog opgeleide mensen hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Juist die groep die waarschijnlijk hogere angst- en depressieklachten rapporteren is hierdoor niet in het onderzoek opgenomen. Hierdoor is het waarschijnlijk dat de resultaten vertekend zijn en niet representatief voor de gehele bevolking. Een vijfde limitatie is het gebruik van de betreffende vragenlijsten. In de voorgaande drie onderzoeken rapporteren islamitische homoseksuele participanten in de kwalitatieve interviews veel en ernstige angst- en stemmingsklachten. Deze klachten blijken echter niet uit de resultaten van de vragenlijsten. Een goede verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de gebruikte vragenlijsten de specifieke homo-gerelateerde angst- en stemmingsklachten niet goed meten. Er zijn momenteel echter geen vragenlijsten die cross-cultureel gevalideerd zijn en de specifieke klachten van homoseksuele mensen meten.

De maatschappelijke en wetenschappelijk relevantie van grote en adequate onderzoeken omtrent dit onderwerp is hoog. De vele en ernstige angst- en stemmingsklachten die naar voren komt in kwalitatieve interviews, de logische en door vele onderzoeken goed onderbouwde theorie van Meyer en de complexiteit van het integreren van het islamitische geloof en homoseksualiteit maken het zeer waarschijnlijk dat de verhoogde angst- en stemmingsproblematiek van deze doelgroep harde realiteit is. Zonder bewijs door grote, goede kwantitatieve onderzoeken zullen bewustwording en oplossingen voor deze ernstige problematiek ontoereikend blijven. Om goede onderzoeken hiernaar mogelijk te maken dienen een aantal verbeteringen te worden bewerkstelligd. Allereerst is het nodig om grotere, representatievere steekproeven te bewerkstelligen. Enerzijds zal de betreffende doelgroep zich bewust

moeten worden dat hun deelname aan onderzoek een zeer belangrijk aspect is. Anderzijds zal het zonder de hulp van overheidsinstanties en subsidies zeer moeilijk worden om tot zo een grootschalig onderzoek te komen. Dan nog blijft het probleem bestaan dat het een doelgroep betreft die onzichtbaar en moeilijk te bereiken is. Hiervoor dient aanspraak te worden gemaakt op de creatieve geest van onderzoekers, medewerkers van instanties en de doelgroep zelf. De ontwikkeling van nieuwe, betere vragenlijsten is essentieel om tot goede onderzoeken te komen. Vertekeningen van sociale wenselijkheid en culturele verschillen moeten voorkomen worden door het ontwikkelen van cross-nationaal gevalideerde meetinstrumenten. Daarnaast dienen deze meetinstrumenten de specifieke angst- en stemmingsproblematiek van deze doelgroep te meten.

Concluderend kan gesteld worden dat de zeer beperkte hulpverlening en aandacht voor dit probleem in schril contrast staat met de ernstige angst- en stemmingsproblematiek van homoseksuele islamitische allochtone mensen. Om adequate hulp te kunnen bieden aan deze kwetsbare groep is er dringend behoefte aan subsidie. Door middel van het opleiden van hulpverleners en het oprichten van specifieke afdelingen binnen gezondheidszorginstanties kan men preventieve zorg bieden en ernstige angst- en stemmingsproblematiek voorkomen.

Dankwoord

Veel mensen zijn belangrijk geweest in de totstandkoming van dit review en onderzoek. Graag wil ik dan ook even stilstaan bij deze mensen en ze bedanken voor hun steun, vertrouwen en medewerking. Laat ik beginnen bij het begin, en meteen bij diegene die de grootste rol heeft gespeeld gedurende het hele proces van schrijven.

Richting de zomer van 2011 was ik druk bezig met de afronding van mijn bachelorscriptie en liep ik Adriaan Schouten tegen het lijf. Terwijl ik een moeizaam jaar achter de rug had, en zeer uitkeek naar mijn vakantie vroeg hij me naar mijn plannen voor volgend jaar. Toen ik zei dat ik twijfelde of ik volgend jaar zou beginnen aan mijn master Klinische Psychologie en in de zomer zou bedenken wat ik zou doen kreeg ik een verontwaardigde blik toegeworpen gecombineerd met een verontwaardigde respons: "Dat zou toch enorm zonde zijn, jij gaat volgend jaar gewoon je master beginnen en afronden!". We besloten een aantal keren af te spreken om het er over te hebben en in één van deze afspraken stelde hij mij voor om hem te helpen met zijn promotieonderzoek. Daarop besloot ik om toch meteen te beginnen met mijn master en zijn voorstel aan te nemen. Met frisse moed begon ik aan het onderzoek, maar dit was lastig. In deze beginperiode heb ik voornamelijk het begrip 'beginperiode' geprobeerd te verbreden. Telkens wanneer ik dacht dat hij zijn geduld en vertrouwen zou verliezen kreeg ik alleen maar optimisme en vertrouwen terug. Beetje bij beetje begon het onderzoek te lopen en ontwikkelde het zich tot een volwaardige scriptie. Adriaan, ik wil je enorm bedanken voor je hulp, vertrouwen, optimisme en steun. Zonder jou geen scriptie.

Ten tweede wil ik alle participanten bedanken die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Jullie zijn de kern en hebben de homoseksuele gemeenschap, de wetenschap en mij een dienst bewezen door mee te doen. Ik dank het bestuur van de Utrechtse Homo Studentenvereniging Anteros voor de medewerking in het werven van participanten.

Daarnaast wil ik Liesbeth Woertman bedanken, die mee heeft gedacht over het schrijven van het review, en Rens van de Schoot, die geholpen heeft met de statistische aspecten van het onderzoek.

Ook wil ik Anneloes Walraven bedanken, waarmee ik fijn mee samen heb kunnen werken en waar ik veel plezier mee heb kunnen hebben in het proces van schrijven. Anneloes, bedankt, ik heb veel steun aan je gehad!

Als laatste wil ik alle familie en vrienden bedanken die mij goed gesteund en geholpen hebben.

Allen, zeer veel dank!

Robin Visscher

Referentielijst

- Bijl, R.V., Graaf, de, R., Sandfort, T.G., & 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.
- Bouma, J., Sanderman, R., Sonderen, E., & Tanchor, A.V. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Breslau, J., Chang, D.,F., (2006). Psychiatric disorders among foreign-born and US-born: Asian-Americans in a US national survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 943-950
- Breslau, J., Borges, G., Tancredi, D., Saito, N., Kravitz, R., Hinton, L., et al., (2011). Migration from Mexico to the United States and Subsequent Risk for Depressive and Anxiety Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68, 428- 33.
- Cass, V.C., (1984). Homosexual Identity Formation: Testing a Theoretical Model. *The Journal of Sex* 20, 143-67.
- Cochran, S.D., & Mays, V.M. (2000). 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, 573-578.
- Cochran, S.D., Mays, V.M., Sullivan, J.G. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Consult Gin Psychol.*,71, 53-61.
- Garnets, L., Herek, G.M., Levy, B., (1990). Violence and Victimization of Lesbians and Gay Men: Mental Health Consequences. *Journal of Interpersonal Violence* 5, 366-83.
- Gilman, S. E., Cochran, S.D., Mays, V.M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R.C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91, 933-939.
- Goldberg, D.P., Hillier, V.F., (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 9, 139-145.
- Graaf, R. de, Sandfort, T.G., & Have, M. ten. (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.
- Kaka, I. el, & Kursun, H. (2002). *Mijn geloof en mijn geluk, Islamitische meiden en jongens over hun homoseksuele gevoelens*. Amsterdam: Schorer boeken.
- Keuzenkamp, S. (red.), *Steeds gewoner, nooit gewoon. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (scp-publicatie 2010-15).

- Keuzenkamp, S. (2011). *Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland. Internationale vergelijking, ontwikkelingen en actuele situatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (scp-publicatie 2001-26).
- Knipscheer, J., & Kleber, R. (2005). *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Lazarus, R., Folkman, S., (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leveque, K., Lodewyckx, I., & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders, 97*, 229-239.
- McDowell, I., Newell, C., (1996). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. (2nd ed). New York: Oxford University Press.
- 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*, 674-697.
- Miranda, J., Siddique, J., Belin, R.B., Kohn-Wood, L.P., (2005) Depression prevalence in disadvantaged young black women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40(4)*, 253–258
- Nahas, O. (2005). *Homo en Moslim, Hoe gaat dat samen?* Utrecht: uitgeverij Bulaaq.
- Ploeg, van der, H.M. (2000). *Handleiding bij de Zelfbeoordelingsvragenlijst; Een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Robins, L., Helzer, J.E., Croghan, J., Williams, J.B.W., Spitzer, R.L. (1981) *NIMH Diagnostic Interview Schedule: Version III*. Rockville, Md: National Institute of Mental Health.
- Sandfort, T.G., Graaf, R. de, 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., Schoot, A.G.J. van de, Woertman, L. (2011). Islamitisch en homoseksueel in Nederland – een dubbele psychische belasting? *Psychologie & Gezondheid, 39(3)*, 138-144
- Troiden, R.R., (1989). The Formation of Homosexual Identities. *Journal of Homosexuality, 17*, 43-73.
- Verkuyten, M., & Yildiz, A.A. (2010). Religious identity consolidation and mobilization among Turkish Dutch muslims. *European Journal of Social Psychology, 40*, 436-447.
- William, P.G., Wiebe D.J. (2000). Individual differences in self-assessed health: gender, neuroticism and physical symptom reports. *Pers Individual Differences, 28*, 823-832.

- Wit, M.A.S. de. Tuinebrijer, W.C., Dekker, J., Beekman, A.-J.T.F, Gorissen, W.H.M., Schrier, A.C., Penninx, B.W.J.H., Komproe, I.H., & Verhoeff, A.P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*, 905-912.
- Wittchen, H.U., Kessler, R.C., Zhao, S., & Abelson, J. (1995). Reliability and clinical validity of UM-CIDI DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *29*, 95-110.
- Wittchen, H.U., Zhao, S., Kessler, R.C., & Eaton, W.W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 355-364.

Bijlage 1. Vragenlijst

Geachte heer/mevrouw,

Hartelijk dank voor uw deelname aan dit korte onderzoek. De gegevens worden gebruikt in het kader van een groot onderzoek naar psychologische gezondheid in verschillende culturen. De studie wordt uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, departement Klinische en Gezondheidspsychologie.

Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld, ieder onderzoek is gebonden aan ethische voorwaarden.

*Belangrijk is dat u **niet gelovig bent, dus niet gebonden aan religieuze normen en waarden.** De vragenlijst begint met enkele algemene gegevens, daarna een korte vragenlijst met een instructie.

Algemene gegevens:

Bent u/ noemt u zich religieus Ja/Nee

Geboortjaar: 19..

Man/Vrouw

Provincie waarin u woont:

Afgeronde opleiding, omcirkelen welke van toepassing is:

-Lager onderwijs

-VMBO

-MBO

-HBO

-WO

Sociale status; omcirkelen welke van toepassing is:

Single/ samenwonend/ gehuwd/ gescheiden

Toelichting: hieronder ziet u zich een korte vragenlijst. Naar schatting zal het invullen ongeveer een kwartier duren. Deze vragenlijst gaat over **hoe u zich in het algemeen voelt**. Lees iedere uitspraak en zet een kringetje om het bolletje wat het best bij past. Denk niet al te lang na en geef uw eerste indruk. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Antwoordmogelijkheden: *bijna nooit – soms – vaak – bijna altijd*

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Ik voel me prettig | • | • | • | • |
| 2. Ik voel me nerveus | • | • | • | • |
| 3. Ik voel me tevreden | • | • | • | • |
| 4. Ik kan een tegenslag maar heel moeilijk verwerken | • | • | • | • |
| 5. Ik voel me in vrijwel alles tekort schieten | • | • | • | • |
| 6. Ik voel me uitgerust | • | • | • | • |
| 7. Ik voel me rustig en beheerst | • | • | • | • |
| 8. Ik voel dat de moeilijkheden zich opstapelen,
zodat ik er niet meer tegenop kan | • | • | • | • |
| 9. Ik pieker te veel over dingen die niet zo belangrijk zijn | • | • | • | • |
| 10. Ik ben gelukkig | • | • | • | • |
| 11. Ik word geplaagd door storende gedachten | • | • | • | • |
| 12. Ik heb gebrek aan zelfvertrouwen | • | • | • | • |
| 13. Ik voel me veilig | • | • | • | • |
| 14. Ik voel me op mijn gemak | • | • | • | • |
| 15. Ik ben gelijkmatig van stemming | • | • | • | • |
| 16. Ik ben tevreden | • | • | • | • |
| 17. Er zijn gedachten die ik heel moeilijk los kan laten | • | • | • | • |
| 18. Ik neem teleurstellingen zo zwaar op
dat ik ze niet van me af kan zetten | • | • | • | • |
| 19. Ik ben een rustig iemand | • | • | • | • |
| 20. Ik raak helemaal gespannen en in beroering
als ik denk aan mijn zorgen van de laatste tijd | • | • | • | • |

Antwoordmogelijkheden: *helemaal niet* – *een beetje* – *nogal* – *tamelijk veel* – *heel erg*

De volgende vragen gaan over hoe u zich gedurende **de afgelopen week, met vandaag erbij**, voelde.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Zenuwachtigheid of van binnen trillen | • | • | • | • | • |
| 2. Je eenzaam voelen | • | • | • | • | • |
| 3. Het gevoel in de put te zitten | • | • | • | • | • |
| 4. Te veel over de dingen piekeren | • | • | • | • | • |
| 5. Denken aan dood of sterven | • | • | • | • | • |
| 6. Nergens meer belangstelling in hebben | • | • | • | • | • |
| 7. Trillen | • | • | • | • | • |
| 8. Zomaar plotseling schrikken of bang worden | • | • | • | • | • |
| 9. Je bang voelen | • | • | • | • | • |
| 10. Een gevoel van leegte | • | • | • | • | • |
| 11. Je wanhopig over de toekomst voelen | • | • | • | • | • |
| 12. Gevoelens dat je niets waard bent | • | • | • | • | • |
| 13. Hartkloppingen | • | • | • | • | • |
| 14. Je gespannen voelen | • | • | • | • | • |
| 15. Nare gedachten of
ideeën niet meer kwijt kunnen raken | • | • | • | • | • |
| 16. Aanvallen van angst of paniek | • | • | • | • | • |
| 17. Je zo rusteloos voelen
dat je niet stil kunt blijven zitten | • | • | • | • | • |
| 18. Weinig puf (energie) hebben | • | • | • | • | • |
| 19. Geen seksuele interesse meer hebben of
er geen plezier aan beleven | • | • | • | • | • |
| 20. Denken om er maar een eind aan te maken | • | • | • | • | • |
| 21. Weinig eetlust hebben | • | • | • | • | • |
| 22. Het gevoel dat iets naars je gaat overkomen | • | • | • | • | • |
| 23. Gedachten en bepaalde voorstellingen
van angstige aard | • | • | • | • | • |
| 24. Gauw huilen | • | • | • | • | • |
| 25. Verstrikt zijn of gevangen voelen | • | • | • | • | • |
| 26. Jezelf van allerlei dingen de schuld geven | • | • | • | • | • |

Antwoordmogelijkheden: *zelden/nooit – soms/weinig – regelmatig – meestal/altijd*

Tijdens de afgelopen week:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Stoor ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen | • | • | • | • |
| 2. Had ik geen zin eten, was mijn eetlust slecht | • | • | • | • |
| 3. Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen | • | • | • | • |
| 4. Voelde ik me even veel waard als ieder ander | • | • | • | • |
| 5. Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden | • | • | • | • |
| 6. Voelde ik me gedeprimeerd | • | • | • | • |
| 7. Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte | • | • | • | • |
| 8. Had ik goede hoop voor de toekomst | • | • | • | • |
| 9. Vond ik mijn leven een mislukking | • | • | • | • |
| 10. Voelde ik me bang | • | • | • | • |
| 11. Sliep ik onrustig | • | • | • | • |
| 12. Was ik gelukkig | • | • | • | • |
| 13. Praatte ik minder dan gewoonlijk | • | • | • | • |
| 14. Voelde ik me eenzaam | • | • | • | • |
| 15. Waren de mensen onaardig | • | • | • | • |
| 16. Had ik plezier in het leven | • | • | • | • |
| 17. Had ik huilbuien | • | • | • | • |
| 18. Was ik treurig | • | • | • | • |
| 19. Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden | • | • | • | • |
| 20. Kon ik maar niet op gang komen | • | • | • | • |

Bijlage 2. SPSS output

Tweezijdige t-toets van de ZBV en CES-D: heteroseksuele niet-islamitische autochtone participanten vergeleken met homoseksuele niet-islamitische autochtone participanten.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
angst lijst	Equal variances assumed	5.257	.023	1.214	178	.226	-.08424	.06936	-.22112	.05265
	Equal variances not assumed			1.218	170.048	.225	-.08424	.06918	-.22080	.05233
depressie lijst	Equal variances assumed	.011	.915	.350	178	.727	.02395	.06849	-.11121	.15910
	Equal variances not assumed			.349	175.098	.727	.02395	.06857	-.11139	.15928

Tweezijdige t-toets van de ZBV en CES-D: islamitische allochtone participatie vergeleken met niet-islamitische autochtone participanten.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
angst lijst	Equal variances assumed	.131	.718	5.063	254	.000	-.33401	.06597	-.46392	-.20410
	Equal variances not assumed			4.961	129.700	.000	-.33401	.06733	-.46722	-.20080
depressie lijst	Equal variances assumed	8.764	.003	4.674	254	.000	-.32720	.07000	-.46506	-.18935
	Equal variances not assumed			4.205	110.422	.000	-.32720	.07781	-.48140	-.17301

Tweezijdige t-toets van de ZBV en CES-D: homoseksuele islamitische allochtone participanten vergeleken met heteroseksuele niet-islamitische autochtone participanten.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
angst lijst	Equal variances assumed	.129	.720	-5.295	133	.000	-.39725	.07502	-.54564	-.24886
	Equal variances not assumed			-5.207	86.998	.000	-.39725	.07629	-.54889	-.24561
depressie lijst	Equal variances assumed	4.790	.030	-3.855	133	.000	-.36549	.09481	-.55301	-.17797
	Equal variances not assumed			-3.619	76.908	.001	-.36549	.10099	-.56660	-.16438

Tweezijdige t-toets van de ZBV en CES-D: homoseksuele islamitische allochtone participanten vergeleken met heteroseksuele islamitische allochtone participanten.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
angst lijst	3.893	.052	-.302	72	.763	-.03610	.11940	-.27411	.20192	
				43.879	.781	-.03610	.12934	-.29678	.22459	
depressie lijst	.000	.987	-.794	72	.430	-.11441	.14418	-.40182	.17300	
				54.976	.436	-.11441	.14593	-.40686	.17805	