



**Angst- en depressieklachten onder islamitische
mannen met homoseksuele gevoelens**

Auteur:
Murat Duman, 3159140

Onder supervisie van:
A.C.H. Schouten, MSc

**Master Klinische en Gezondheidspsychologie
Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen
Februari 2011 – Juli 2011**

Inhoudsopgave

• Abstract: Nederlands & Engels	3
• Inleiding: review	4
• Methodologie	9
○ <i>Design</i>	
○ <i>Participantenwerving</i>	
○ <i>Ethiek</i>	
○ <i>Meetinstrumenten</i>	
○ <i>Betrouwbaarheid en validiteit</i>	
○ <i>Analyse</i>	
○ <i>Procedure</i>	
• Resultaten: kwantitatief	12
○ <i>Karakteristieken van de sample</i>	
○ <i>Symptom Checklist 90 (SCL-90)</i>	
○ <i>Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D)</i>	
○ <i>Zelf Beoordeling Vragenlijst (ZBV)</i>	
○ <i>Betrouwbaarheidsanalysen</i>	
• Resultaten: kwalitatief	13
○ Familie & Omgeving	
○ Problematiek & Hulpverlening	
○ Homoseksualiteit	
○ Islam	
• Discussie	15
• Dankwoord	18
• Referenties	19
• Bijlagen	21

Abstract

Dit onderzoek heeft getracht de psychische gezondheid van in Nederland woonachtige homoseksuele mannen van islamitische afkomst te onderzoeken. Twee hypothesen zijn hierbij opgesteld: 1) islamitische mannen met homoseksuele gevoelens ervaren significant meer angstklachten dan de normgroep behorend tot de afgenomen vragenlijst. 2) islamitische mannen met homoseksuele gevoelens ervaren significant meer depressieklachten dan de normgroep behorend tot de afgenomen vragenlijst. De oorsprong van deze klachten zou zich bevinden in de dubbele minderheidsgroep problematiek (seksuele en etnisch minderheid) van de participanten. De hypothesen zijn middels kwantitatieve (vragenlijst) en kwalitatieve (interview) onderzoeksmethoden getest. De resultaten verkregen uit de vragenlijsten zijn vergeleken met de normgroepen door het uitvoeren van een t-toets. Uit de analyse van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de participantengroep significant meer depressieklachten ervaren dan de normgroep behorend tot de vragenlijst. Er kwamen geen significante verschillen naar voren op het gebied van angstklachten. Tot slot, de interviews bieden informatie die relevant zijn voor de hulpverlening en vervolgonderzoek. Zo geven participanten aan dat er 'behoefte is aan cultuurspecifieke behandelaars' en dat meer voorlichting gegeven dient te worden om de kennis over homoseksualiteit te vergroten.

This study tried to examine the psychological health of homosexual Islamic men living in The Netherlands. Two hypotheses were formed. First: homosexual Islamic men experience more anxiety symptoms compared to the control group of the used questionnaire. Second: homosexual Islamic men experience more depression symptoms compared to the control group of the used questionnaires. The origin of the psychological distress could be found in the problems the participants experience as being a member of a double minority group (sexual and ethnical minority). The hypotheses were tested with quantitative (questionnaire) and qualitative (interview) methods. The results obtained from the questionnaire are compared with the control group by executing a t-test. After analyzing the results significant differences had been found for the depression hypothesis, which means that the participants do experience more depression symptoms compared with the control group of the used questionnaire. No significant differences were found after analysing the differences on anxiety symptoms. The interviews have given findings which are relevant for the mental health care and future research. For example, the participants say there is a 'high need for therapists who are specialized in culture bound therapy'. Furthermore, arguments are given for good education to improve the knowledge about homosexuality within different cultural groups.

New York is sinds kort de zesde staat in de Verenigde Staten die het homohuwelijk mogelijk maakt. De goedkeuring van het homohuwelijk door de staat New York is symbolisch een grote overwinning voor homo- en biseksuelen omdat het jarenlang juridische strijd heeft gekost om gelijke rechten te krijgen. Voor een land als de Verenigde Staten, dat zich profileert als progressief en liberaal, is het opmerkelijk te noemen dat New York in 2011 pas de zesde staat is die het homohuwelijk mogelijk maakt. In Nederland, dat tegenwoordig weinig taboes kent, is het homohuwelijk sinds 2001 wettelijk mogelijk. De vraag kan echter gesteld worden of Nederland daadwerkelijk zo taboeloos en open is homoseksualiteit.

Uit de resultaten van het NEMESIS-onderzoek (Sandfort, de Graaf, Bijl, & Schnabel, 2001), een grootschalige studie naar de psychische gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar, komt naar voren dat seksuele minderheden, zoals homo- en biseksuelen, in Nederland verhoogd scoren op angst- en stemmingsklachten. De psychische stress bij homo- en biseksuelen kan verklaard worden aan de hand van het *minority-stress model* (Meyer, 1995 & 2003). Volgens dat model liggen drie stressoren aan de psychologische stress ten grondslag, namelijk: het opgroeien binnen een heteroseksueel georiënteerde samenleving kan leiden tot de ontwikkeling van een geëigende homofobie, met negatieve *zelf-labeling* als gevolg na herkenning van de eigen homoseksuele gevoelens. Hoewel de geëigende homofobie in loop van tijd vermindert zal deze nooit verdwijnen. De tweede stressor bevat de confrontatie met stigma's. In dominant masculiene culturen komt het vaak voor dat de onzekerheid, afkomstig van maatschappelijke stigma's, leidt tot voortdurende waakzaamheid. Dit kost veel energie en is eveneens een factor in de psychische schade. De derde stressor omvat het ervaren van nadelige gebeurtenissen zoals afwijzing, discriminatie en geweld.

Soortgelijke bevindingen zijn eveneens aantoonbaar bij etnische minderheden. Kleber en Knipscheer (2005) ondersteunen het bovenstaande door te stellen dat culturele minderheidsgroepen meer blootgesteld worden aan sociale stereotypering en discriminatie. Het ervaren van stress vindt plaats op basis van vier categorieën: migratie, acculturatie, maatschappelijke beeldvorming en discriminatie. Van der Wurff et al. (2006), De Wit et al. (2007) en Spijker et al. (2004) hebben aangetoond dat allochtonen verhoogd risico hebben op angst- en stemmingsstoornissen.

Kortom, op basis van de bevindingen aangaande seksuele en etnische minderheden kan gesteld worden dat individuen behorende tot een dubbele minderheidsgroep nog meer psychische klachten zullen ervaren dan individuen die één van de twee identiteiten bezitten (Greene, 1994). Interessant is om gehoor te geven aan deze assumptie middels de gezondheid van islamitische homoseksuelen in Nederland te onderzoeken. Daarbij is de volgende vraagstelling ontwikkeld: welke gevolgen heeft het voor de psychische gezondheid wanneer een individu in Nederland behoort tot een dubbele minderheidsgroep, namelijk islamitisch en homoseksueel? In de onderstaande review is getracht de beschikbare wetenschappelijke literatuur, welke zich richt op de gezondheid van de dubbele minderheidsgroep (islamitisch en homoseksueel), te evalueren.

In de onderstaande review, een studie met $N=5$, komen onder andere opvallende bevindingen naar voren in het onderzoek van Yakushko (2008) waar de invloed van sociale steun, welzijn en stress op de seksuele geaardheid van homo- en biseksuelen wordt onderzocht. Het belang van het onderzoek van Yakushko ontstaat uit de gedachte dat religieuze betrokkenheid significant invloed heeft op het psychisch, fysiek en sociaal functioneren. In het artikel wordt gesteld dat veel homoseksuelen vijandig benaderd worden door religieuze gemeenschappen. Het overgrote deel, 79%, blijft zich desondanks verbonden voelen met de religie en 90% behoudt de religieuze normen en waarden. Religie heeft volgens Yakushko een significante rol in de subjectieve beleving van mensen in het dagelijks leven.

In het artikel wordt homoseksualiteit door religieuze gemeenschappen op vier manieren benaderd, namelijk: *afkeurend-straffend*, *afkeurend-niet straffend*, *onderscheidend geaccepteerd* en *volledig geaccepteerd*. Yakushko benadrukt dat religie en religieuze gemeenschappen zowel beschermende als beschadigende invloeden kunnen hebben. Religieuze gemeenschappen die homoseksualiteit volledig accepteren schijnen door homoseksuelen als veilig ervaren te worden. Eveneens zou het gunstige effecten hebben op de ontwikkeling van zelfvertrouwen en positieve attitudes ten opzichte van het existentieel welzijn. homoseksuelen behorende tot conservatief religieuze gemeenschappen, die afkeurende en/of straffende attitudes aannemen jegens homoseksualiteit, hebben daarentegen een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische klachten. Ofwel, religieuze gemeenschappen hebben invloed op het zelfvertrouwen en de mate van ervaren psychische stress, dat zowel gunstige als ongunstige vormen kan aannemen.

Het onderzoek bevat echter enkele tekortkomingen die aandacht vereisen. Onder andere is er sprake van een kleine steekproef, selectie bias en kan de keuze voor meetinstrumenten eveneens ter discussie gesteld worden. De participantenwerving heeft enkel plaatsgevonden op een conferentie, hetgeen beschouwd kan worden als een gelimiteerde werving en dus de heterogeniteit in het geding brengt. Vervolgens richt het onderzoek zich op homoseksuelen die zich in de Verenigde Staten binnen christelijk religieuze gemeenschappen begeven. De vraag blijft daarmee onbeantwoord welke dynamieken er ontstaan bij homoseksuelen die tevens behoren tot een etnische minderheid.

De invloed van etniciteit staat in het onderzoek van Miresghi en Matsumoto (2008) onder meer centraal, dat richt zich op de relatie tussen culturele attitudes jegens homoseksualiteit en de daaruit volgende effecten op de psychische gezondheid van seksuele minderheden. De participerende mannen en vrouwen met homo- en biseksuele gevoelens zijn van Iranese en van Amerikaanse afkomst. Allen zijn woonachtig in de Verenigde Staten.

Het artikel stelt dat homoseksualiteit verschillend wordt benaderd per cultuur. Zo is homoseksualiteit in de westerse maatschappijen duidelijk meer zichtbaar geworden. Dit in tegenstelling tot islamitische maatschappijen waar homoseksualiteit voornamelijk uit veiligheid verborgen wordt gehouden. Hieraan ligt ten grondslag dat islamitische maatschappijen, zoals Iran, regeren middels het religieus politieke systeem dat op homoseksualiteit de doodstraf hanteert. De implicaties hiervan op de psychische

gezondheid zijn, zo stellen de auteurs, dat in culturen met homofobische attitudes jegens homoseksualiteit, homo- en biseksuelen potentieel meer kans hebben op psychische problematiek.

Mireshgi en Matsumoto hebben in eerste instantie onderzocht in hoeverre Iraniërs en Amerikanen de eigen cultuur als homofobisch beschouwen. Zoals door de auteurs aanvankelijk werd gesteld bezitten Iraniërs, vergeleken met Amerikanen, meer negatieve attitudes aangaande het omgaan en geassocieerd worden met homoseksuelen. Echter, er zijn tussen Iranese en Amerikaanse homo- en biseksuelen geen significante verschillen gevonden op de mate van ervaren stemmingsklachten, zelfvertrouwen en stress. De auteurs wijden dit toe aan de verschillende copingstrategieën die de groepen hanteren. Opmerkelijk en enigszins tegen de verwachtingen in was dat Iraniërs significant minder psychische klachten ervaarden na hun *coming-out* bij beide ouders. De mate van sociale steun lijkt hier een cruciale rol te spelen. In de Iranese cultuur, beschouwd als collectivistisch, zou acceptatie van de ouders leiden tot de ontwikkeling van een sterkere *buffer* tegen potentieel psychische klachten. De Amerikaanse individualistische cultuur zou dat minder kunnen bewerkstelligen.

Om de bevindingen in perspectief te plaatsen dient echter wel aandacht gegeven te worden aan enkele limitaties. Zo is er sprake van een kleine steekproef en selectie bias. De auteurs bekennen dat de heterogeniteit geoptimaliseerd kan worden. Het representatieve vermogen van de huidige Iranese participantengroep kan ter discussie gesteld worden om het volgende. In het onderzoek hebben de auteurs de participanten benaderd die redelijk tot zeer actief zijn binnen een gemeenschap met homo- en biseksuelen. De participantengroep blijkt achteraf gezien goed geïntegreerd te zijn zonder eventuele acculturatie problemen te hebben. Mogelijk lijkt het beeld omtrent de *coming-out* van Iranese homo- en biseksuelen dan ook vertekend. Aan de onvoldoende heterogene participantengroep ligt als basis dat potentiële participanten voor dergelijk onderzoek moeilijk te vinden zijn, hetgeen enigszins bevestigd wordt door de kleine steekproef.

De invloed van *coping* wordt door Jaspal en Cinnirella (2010) meer belicht. Zij hebben getracht inzicht te krijgen in de vorming en werking van copingstrategieën bij incompatibele identiteiten zoals religie, etniciteit en seksualiteit. Zo stellen de auteurs dat identiteitsconflicten zouden ontstaan door de negatieve sociale representatie aangaande homoseksualiteit in combinatie met de islamitische afkomst. Veelal zouden de participanten vrezen voor verbanning, isolatie en discriminatie vanuit de sociaal religieuze gemeenschap.

Centraal in het onderzoek staat de '*identity process theory*' (Breakwell, 1986, 1988, 1992, 1993 & 2001). Vanuit deze theorie hebben de auteurs de samenstelling van de identiteit getracht te verklaren. Deze structuur zou bestaan uit twee processen (assimilatie-accommodatie proces en evaluatie proces) en unieke persoonsgebonden copingstrategieën. De aanname daarbij is dat de mate van integratie bepalend is voor de psychische gezondheid.

Uit analyse van de interviews kwam volgens Jaspal en Cinnirella naar voren dat de participanten, Britse homoseksuelen van Pakistaanse afkomst, zich in een spagaat begaven. Enerzijds zou het 'fout' zijn om homoseksueel te zijn, anderzijds zou het Allah zijn die hun zo heeft geschapen. Het laatste zou echter

impliceren dat Allah imperfect zou hebben gehandeld in het creëren van de mensheid. Om vanuit dit dilemma alsnog tot integratie te komen zouden participanten in eerste instantie de inhoud van de moslimidentiteit herdefiniëren. Voorts zou er nader onderscheid gemaakt worden tussen de formele religie en het persoonlijke contact met Allah. Participanten die de formele religie, de islam, minder saillant maakten en daarentegen meer positieve aspecten van het persoonlijke contact met Allah benadrukten leken meer tot integratie te komen. Dit met als gevolg dat deze participanten een positiever psychisch welzijn ervaarden.

Soortgelijke bevindingen waren eveneens aantoonbaar in het onderzoek van Minwalla, Rosser, Feldman en Christine (2005). Middels de afname van interviews trachtten zijn de identiteitsbeleving van progressieve homoseksuelen van islamitische afkomst te onderzoeken en te documenteren. Zes participanten, allen woonachtig in de Verenigde Staten of Canada, namen deel aan het onderzoek. De werving van participanten vond plaats via de Al-Fatiha stichting, een stichting die een veilige platform tracht te creëren voor islamitische homo- en biseksuelen, transgenders en mensen die twijfelen over hun seksuele oriëntatie.

Na analyse van de interviews stelden Minwalla en collega's dat de identiteitsbeleving van de islamitisch homoseksuele participanten, een dubbele minderheidsgroep in Noord-Amerika, zou bestaan uit drie prominente componenten, namelijk: 1) de religieuze identiteit, het in contact zijn met Allah, 2) etnische-culturele identiteit, bestaande uit vergelijkingen tussen oostelijke en westelijke culturen en 3) huidskleur identiteit, bestaande uit geïnternaliseerd racisme, *daten* en seksualiteit. Vervolgens stelden de auteurs dat een negatieve identiteitsbeleving, bijvoorbeeld bij homoseksualiteit, niet per se toegewijd hoeft te worden aan een conflicterende relatie tussen islam en homoseksualiteit. De auteurs benadrukken dat de focus eerder moeten liggen op de manieren die participanten vinden om de verschillende identiteiten (religie, etnische-culturele vergelijkingen en huidskleur) te integreren.

Hoewel de kwalitatieve data, vergaard uit interviews, waardevolle informatie biedt, heeft het onderzoek enkele limitaties die aandacht vereisen. Zo bevat het een zeer kleine steekproef en is er sprake van selectie bias. Er is enkel geworven bij de Al-Fatiha stichting, een liberale beweging. De auteurs hebben de heterogeniteit in die zin niet kunnen waarborgen omdat de participanten na geïnformeerd te zijn, allen geïnteresseerd en welwillend waren voor deelname. Eveneens betreft het onderzoek een progressieve en ontwikkelde participantengroep. Voorts bestond de participantengroep enkel uit mannen.

Tot slot hebben Bereket en Adam (2008) getracht de invloed van de islam op homoseksualiteit te onderzoeken. Daarvoor hebben zij twintig homoseksuele mannen uit Turkije geïnterviewd en zijn de reacties van deze mannen geanalyseerd. De vreugden en moeilijkheden die de participanten op het gebied homoseksualiteit in relatie met de islam ervaarden, is beoogd in kaart te brengen.

De auteurs stellen dat op basis van de Turks maatschappelijke interpretaties van de Koran, homoseksuele mannen weinig alternatieven hebben waarop zij de morele keuze om homoseksuele handelingen te verrichten kunnen baseren. Door dit conflict zouden elf van de twintig geïnterviewde

participanten gradueel het geloof in de religie verloren zijn of hebben genegeerd omdat het hun leven te gecompliceerd zou maken. Zes van de twintig participanten probeerden steeds de spanning tussen seksualiteit en religie te verminderen. Voor de overige drie participanten was de relatie met religie geen probleem. Dit had onder andere te maken met het feit dat zij niet in religieus prominente omgevingen zijn opgegroeid.

De auteurs concluderen dat voor de meeste geïnterviewde mannen het spanningsveld tussen religieuze voorschriften en seksualiteit onoplosbaar is. Wanneer er werd geparticipeerd in een *'gay scene'* verdwenen de religieuze overtuigingen naar de achtergrond en namen soms vormen aan van spiritualiteit, of verdwenen volledig. Belangrijk en noemenswaardig zijn de verschillende soorten attitudes die de participanten aannamen. Sommige participanten hebben een persoonlijk geloof kunnen ontwikkelen en verinnerlijken. In bepaalde mate zien zij een leefwijze voor zich die de combinatie homoseksualiteit en islam mogelijk maakt. Anderen zagen homoseksualiteit vanuit het geloof als een zonde en verwachtten daarvoor gestraft te worden. Uit protest en weerstand hebben enkelen de religie volledig losgelaten.

Concluderend uit de bovenstaande review kan gesteld worden dat er uiterst geringe empirische data beschikbaar is over de psychische gezondheid van islamitische homoseksuelen. Toekomstig onderzoek, dat prioriteit stelt aan het creëren van een waardevolle steekproef en een grote mate van heterogeniteit waarborgt, is vereist. Alle bovenstaande onderzoeken hebben te maken gehad met limitaties rondom de participantenwerving. Eveneens is de heterogeniteit in geen geval voldoende gewaarborgd. De controverse rondom homoseksualiteit binnen islamitische gemeenschappen weergeeft de gevoeligheid van het onderwerp. Omdat de expressie van homoseksuele gevoelens bij de participantengroep vele sociale, religieuze en familiale obstakels kent, is de communicatie met hen moeilijk te realiseren. Daarnaast is het eveneens belangrijk te noemen dat niet alle van de bovenstaande onderzoeken zich hebben gericht op dubbele minderheidsgroepen. Dit fenomeen is vooralsnog onderbelicht.

Om antwoord te geven op de eerder gestelde vraagstelling is het onderstaand onderzoek verricht. Dit onderzoek, fungerend als subonderzoek, heeft zich gericht op de psychische gezondheid van islamitisch homoseksuele mannen die allen woonachtig zijn in Nederland. Daarbij is gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve metingen. Het belang van dergelijk onderzoek in multicultureel Nederland, met ongeveer 2 miljoen inwoners (CBS, 2011) van niet westerse afkomst, is groot te noemen. De kennis die vergaard wordt zal in gunstige zin implicaties hebben op de gezondheidszorg en het onderwijs, en kan gebruikt worden voor advisering van opvoedingsvraagstukken. Twee hypothesen zijn daarbij opgesteld:

- Homoseksuele mannen van islamitische afkomst hebben meer angstklachten dan de normgroep, behorend bij de afgenomen vragenlijst.
- Homoseksuele mannen van islamitische afkomst hebben meer depressieklachten dan de normgroep, behorend bij de afgenomen vragenlijst.

Methoden

Design

Om de hypothesen te testen is gebruik gemaakt van een *between-subject design*. De onderzoekspopulatie is vergeleken met de normgroepen van de vier gebruikte vragenlijsten (zie *Meetinstrument: vragenlijsten*). De afhankelijke variabelen zijn angst- en depressieklachten, gemeten met behulp van de net beschreven vragenlijsten. De onafhankelijke variabelen zijn religie (islam), seksualiteit (homoseksuele gevoelens/identiteit) en geslacht (mannelijk).

Participantenwerving

De start van de participantenwerving vond plaats via persoonlijke contacten, via psychologen uit de geestelijke gezondheidszorg en instanties zoals het COC, homo jongerensociëteit Apollo en Veilige Haven/Schorer. Na deelname zijn participanten gevraagd of zij binnen hun sociale omgeving potentiële participanten konden benaderen. Om de heterogeniteit te waarborgen is getracht een participantengroep te werven dat zo divers mogelijk is op het gebied van leeftijd, opleiding, woonplaats en afkomst (zie *tabel 1*). Eveneens is rekening gehouden met werving in een klinische en niet klinische setting. *Non respons* is twee: de reden hiervoor is onbekend.

Tabel 1: Demografische gegevens onderzoekspopulatie (N=23): opleiding, woonplaats (in provincies), afkomst

Opleiding	N	Woonplaats (provincies)	N	Afkomst	N
Lage scholing (VMBO-MBO)	8	Noord-Holland	9	Marokko	3
		Zuid-Holland	4	Turkije	14
Middelbare scholing (HAVO-HBO)	7	Utrecht	1	Iran	1
		Noord-Brabant	1	Irak	3
		Gelderland	6	Afghanistan	1
Hoge scholing (VWO-WO)	8	Flevoland	1	Pakistan	1
		Drenthe	1		

De gemiddelde leeftijd van de participantengroep is 29.7 jaar, met een range van 18-53 jaar en standaarddeviatie: 9.0

Ethiek

Voor aanvang van het interview heeft altijd telefonisch- of mailcontact plaatsgevonden om onder andere de locatie en data/tijd af te spreken. In dat contact is de participant ten alle tijden een *informed consent* (zie *bijlage 1: Informed consent*) gestuurd om de participant in de grote lijn over het doel en opzet van het interview te informeren. Daarnaast is benadrukt dat de gegevens volledig anoniem verwerkt zullen worden en niet openbaar gemaakt zullen worden. Indien nodig was het mogelijk om op papier afspraken te maken. Dit ter geruststelling van de participant.

Meetinstrumenten

De samenstelling van de gebruikte vragenlijst (zie bijlage 3) heeft als volgt plaatsgevonden. Enkel de vragen behorende tot de te gebruiken schalen van de onderstaande vragenlijsten is gebruikt:

- Zelf BeoordelingsVragenlijst (ZBV, Nederlandse versie van de STAI) (Van der Ploeg et al., 2000): bestaande uit alle vragen (20) die de angstdispositie meet, op een vierpuntsschaal (bijna nooit (1) – bijna altijd (4)) meet.
- Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) (Bouma et al., 1995): bestaande uit alle vragen (20) die de depressie op een vierpuntsschaal (zelden/nooit (1) – meestal/altijd (4)) meet.
- Symptom Checklist 90 (SCL-90) (Arrindell & Ettema, 2002): bestaande uit alle vragen (10) die de angstschaal en alle vragen (16) die de depressieschaal op een vijfpuntsschaal (helemaal niet (1) – heel erg (5)) meet.

De SCL-90 heeft betrekking op de gemoedstoestand van de participant tijdens de afgelopen week. Derhalve is ook gebruik gemaakt van vragenlijsten die betrekking hebben op de langere termijn in het verleden (ZBV & CES-D). De ZBV onderscheid twee aspecten van angst, namelijk *state-anxiety*, de tijdelijke/huidige angst gevoelens, en *trait-anxiety*, langdurige en meer algemene gevoelens van angst. Om angstdispositie te meten zijn in de vragenlijst voor dit onderzoek de vragen van de *trait-anxiety* schaal gebruikt. Deze vragen zijn in de vorm van stellingen en hebben betrekking op hoe de participant zich in het algemeen voelt. Om de gegevens van de depressieschaal van de SCL-90 meer ondersteuning te bieden is gebruik gemaakt van de CES-D. Deze vragenlijst is ontwikkeld om depressieve symptomen vast te stellen bij bevolkingsgroepen. Het instrument pretendeert niet de klinische depressie bij individuen aan te tonen, maar beperkt zich tot het vaststellen van depressieve symptomatologie in de week voorafgaand aan de afname van de vragenlijst. De items worden geacht de belangrijkste componenten van depressieve symptomen te dekken (depressieve stemming, schuldgevoelens en gevoelens van inferioriteit, gevoelens van hulpeloosheid en wanhoop, verlies van eetlust, slaapstoornissen en psychomotorische retardatie).

Naast de afname van de vragenlijst is een semigestructureerd interview gehouden. Middels dit interview is getracht unieke achtergrond informatie te verzamelen op een vijftal thema's, namelijk: homoseksualiteit, familie, omgeving, islam en zorg/hulpverlening (zie bijlage 2). Deze informatie is echter niet meegenomen in een statistische analyse, maar fungeert als evaluatiemateriaal voor het ontdekken van mogelijke trends/dynamieken op het gebied van behoefte, zorgen, klachten en dergelijke.

Tot slot, nadrukkelijk is de participant de vrijheid gegeven om de locatie te bepalen waar het interview zou plaatsnemen. De interviews hebben dan ook voornamelijk bij participanten thuis plaats gevonden. Enkele keren was dit in horeca gelegenheden, in een psychologenpraktijk of op de werkplek van participanten.

Betrouwbaarheid en validiteit

Op basis van de COTAN-waarderingen zijn de mate van betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte vragenlijsten in de onderstaande tabel weergegeven (zie tabel 2).

Tabel 2: *Betrouwbaarheid en validiteit per test volgens de COTAN*

	<i>SCL-90</i>	<i>CES-D</i>	<i>STAI</i>
<i>Betrouwbaarheid</i>	<i>Goed</i>	<i>Goed</i>	<i>Goed</i>
<i>Begripsvaliditeit</i>	<i>Goed</i>	<i>Voldoende</i>	<i>Voldoende</i>
<i>Criteriumvaliditeit</i>	<i>Goed</i>	<i>Onvoldoende</i>	<i>Voldoende</i>

Analyse

Door middel van een eenzijdige *t-toets*, met een overschrijdingskans van $p < .05$, is in SPSS 16.0 (*Standard Procedures Statistical Support, 2006*) getoetst of de scores van de participanten op de angst- en depressieschaal van de SCL-90 en ZBV significant verschillen van de normgroepen van deze tests. De CES-D hanteert een *cutoff-point* die eveneens met een normscore is vergeleken. Deze vergelijking is in SPSS gerealiseerd middels *non-parametrische tests* (daarna: *Legacy dialogs > Binominal*). Met behulp van de Cronbach's alpha is per schaal een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Voor de ZBV geldt een $\alpha = .774$, voor de CES-D $\alpha = .930$, voor de SCL-90-Angst $\alpha = .916$ en voor de SCL-90-Depressie $\alpha = .956$ (zie tabellen 6, 9, 12 & 15, Bijlage 4).

Procedure

Wetenschappelijke artikelen zijn gevonden via zoekmachines (Psychinfo en Google Scholar) op basis van de volgende zoektermen: *Gay (men), muslim, islam, anxiety, homoseksual, homosexuality, depression en mental health*.

Resultaten

Kwantitatief

Karakteristieken van de sample

De sample ($N=23$) bestaat enkel uit islamitische mannen met homoseksuele gevoelens. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 29.7 jaar (range: 18-53 jaar, standaarddeviatie: 9.0).

Betrouwbaarheidsanalysen

Uit de betrouwbaarheidsanalyse naar de samenhang van de vier vragenlijsten blijkt dat de ZBV laag correleert met zowel de angst en depressieschalen van de SCL-90 als de depressieschaal van de CES-D (zie tabel 3). Verder is te zien dat de overige schalen hoog correleren met elkaar.

Tabel 3: *Correlatiecoëfficiënten samenhang vragenlijsten*

		Inter-Item Correlatie Matrix			
		ZBV	SCL-90-A	SCL-90-D	CES-D
ZBV		1.000	.408	.520	.538
SCL-90-A		.408	1.000	.913	.863
SCL-90-D		.520	.913	1.000	.970
CES-D		.538	.863	.970	1.000

SCL-90-A is angstschaal in SCL-90, SCL-90-D is depressieschaal in SCL-90

Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D)

De scores van de 23 participanten op de Depressie schaal van de CES-D zijn normaal verdeeld (zie figuur 3, Bijlage 4: CES-D).

De gemiddelde score van de normgroep van de CES-D wijkt significant af van de gemiddelde score van de participanten groep (zie tabel 4). De CES-D hanteert een *cutoff-point* van een score van 16 of hoger. Van de participanten ($N=23$) scoren zeven (30,4%) participanten boven dit *cutoff-point*.

Tabel 4: *Binominale test van de CES-D*

		Categorie	<i>N</i>	Geobserveerde Proportie	Test Proportie	Exacte Sig. (1-zijdig)	<i>Point Probability</i>
CES-D	Groep 1	≤ 15	16	.70	.05	.000*	.000
	Groep 2	> 15	7	.30			
	Totaal		23	1.000			

Symptom Checklist 90 (SCL-90)

De scores van de 23 participanten op de Angst en Depressie schaal van de SCL-90 zijn normaalverdeeld (zie figuur 1 & 2, Bijlage 4: SCL-90).

De gemiddelde score van de normgroep van de SCL-90 op de angstschaal (13.5) wijkt niet significant af van de gemiddelde score van de participanten ($16.13:t(22) = 1.712, p=.05$). De gemiddelde score van de normgroep van de SCL-90 op de depressieschaal (22.4) wijkt daarentegen wel significant af van de gemiddelde score van de participanten ($29.87:t(22) = 2.546, p=.01$) (zie tabel 5).

Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV)

De scores van de 23 participanten op de ZBV zijn normaal verdeeld (zie figuur 4, Bijlage 4: ZBV). De gemiddelde score van de normgroep van de ZBV (37.3) wijkt niet significant af van de gemiddelde score van de participanten groep ($39.35:t(23) = 1.486, p=.76$) (zie tabel 5).

Tabel 5: One-sample t-test van de ZBV, SCL-90-Angst en SCL-90-Depressie

	T	Df	Sig. (1-zijdig)	Gem. verschil	95% Betrouwbaarheidsinterval van het verschil	
					Laagste	Hoogste
ZBV	1.486	22	.76	2.048	-.81	4.91
SCL-90-A	1.712	22	.05	2.630	-.56	5.82
SCL-90-D	2.546	22	.01	7.470	1.39	13.55

SCL-90-A is angstschaal in SCL-90, SCL-90-D is depressieschaal in SCL-90

Kwalitatief

Hieronder volgen een aantal opvallende bevindingen die zijn verkregen uit de semigestructureerde interviews:

Familie & Omgeving

Tien participanten geven aan geen contact meer met hun familie te hebben, of hebben een tijd lang geen contact met hen gehad vanwege hun homoseksuele gevoelens. Op enkele participanten na geven alle participanten aan dat binnen de islamitische families de algemene gedachte is dat homoseksualiteit niet geaccepteerd wordt wanneer het hun persoonlijk aangaat, maar enigszins gedoogd wordt (er niet over gesproken wordt) wanneer het buiten de familie zich voordoet. Ongeveer de helft van de participanten zijn op verschillende wijzen slachtoffer geworden van serieuze misdrijven zoals discriminatie (1), bedreiging (5), mishandeling (2) of verkrachting (4), primair vanwege hun homoseksuele gevoelens. Daarnaast zijn er ook enkele participanten die aangeven slachtoffer te zijn geworden van discriminerende incidenten op basis van

etniciteit. Opmerkelijk is dat bedreigingen aan het adres van de participanten voornamelijk afkomstig zijn uit de (schoon)familie. De angst voor eventuele bedreigingen vanuit de familie is bij bijna alle participanten aanwezig of aanwezig geweest.

Problematiek & Hulpverlening

Negen participanten zijn bij officiële instanties zoals het COC, homo jongerensociëteit Apollo en Veilige Haven/Schorer of een psycholoog/psychiater geweest voor hulp bij problemen, overwegend vanwege hun seksualiteit. Enkelen zijn voor diverse problemen, zoals werk gerelateerde problemen, bij dergelijke instanties geweest. Van de participanten die hulp gezocht hebben is ruim de helft niet tevreden over de ontvangen hulp. De meesten zijn met het COC wel bekend, maar zij geven aan dat zij daar niet specifiek voor hulp naar toe zijn gegaan. Meerdere participanten winden zich zelfs op over het feit dat er bij het COC te weinig aandacht is voor moslims en problematiek die gepaard gaat met hun cultuur en seksualiteit. Zes participanten geven aan dat zij niet weten waar zij terecht zouden kunnen met hun problemen. De islamitische mannen geven aan behoefte te hebben aan een cultuurspecifieke hulpverlener die weet wat het inhoudt om met een islamitische achtergrond op te groeien en wat dat kan betekenen voor een persoon met homoseksuele gevoelens. Zeven participanten geven aan dat zij geen hulp nodig hebben gehad. Vijf participanten heeft suïcidale gedachten gehad in zijn leven. Drie daarvan hebben zelfs een aantal suïcidepogingen ondernomen.

Homoseksualiteit

De ontwikkeling van homoseksuele gevoelens begon bij alle participanten al voor de puberteit. Terugdenkend aan de eerste signalen van homoseksuele gevoelens geven de participanten aan dat ze zich realiseerden dat er iets niet klopte. De algemene gedachte hierbij is dat ze zich anders voelden dan de rest. Enkele participanten trokken bijvoorbeeld liever met meisjes op, anderen speelden graag met poppen en weer anderen hadden al op jonge leeftijd gevoelens van verliefdheid voor iemand van hetzelfde geslacht.

Islam

Ten aanzien van het thema islam komt volgens de meeste participanten, namelijk negentien, sterk naar voren dat homoseksualiteit afgekeurd wordt op basis van de normen en waarden binnen de islamitische cultuur. Dit staat echter los van hun eigen idee over de ruimte die de islam zelf biedt voor homoseksualiteit. Volgens de participanten komt dit mede doordat er verschillende interpretaties mogelijk zijn van de Koran waarmee zij zich identificeren. Een voorbeeld is het verhaal over het volk van Loet. Tien van deze participanten halen dit verhaal aan ter onderbouwing van de afkeuring die zou heersen in de islamitische cultuur.

Discussie

Voor zover bekend is dit onderzoek één van de eerste onderzoeken die tracht op empirische wijze inzicht te krijgen in de dubbele minderheidsproblematiek van homoseksuelen van islamitische afkomst in Nederland. Uit analyse van de kwantitatieve data zijn significante resultaten op de angst- en depressieschalen van de SCL-90 en de CES-D naar voren gekomen. Op basis hiervan kan in ieder geval de hypothese aangenomen worden dat homoseksuelen van islamitische afkomst meer depressieklachten hebben dan de normgroep behorend bij de afgenomen vragenlijst (SCL-90-D & CES-D). De hypothese dat homoseksuelen van islamitische afkomst meer angstklachten hebben dan de normgroep behorend bij de afgenomen vragenlijst, kan echter (nog) niet aangenomen worden. Hoewel uit de angstschaal van de SCL-90 een significant resultaat naar voren komt is dit niet het geval bij de ZBV. De hoge T-waarde van de ZBV (1.486) biedt echter vermoedens dat het vergroten van de participantengroep hoogstwaarschijnlijk zal leiden tot significantie. Een statistische *poweranalyse* zal dat moeten uitwijzen. Samengevat kan vanuit de geanalyseerde data wel gesteld worden dat deze dubbele minderheidsgroep meer psychisch belast is dan de normgroepen van de afgenomen vragenlijsten. Later zal besproken worden welke implicaties hierbij van toepassing zijn.

Enkele limitaties in het onderzoek vereisen echter aandacht. Om een grote mate van heterogeniteit te behalen is tijdens de werving rekening gehouden met de leeftijd, de opleiding, de afkomst en de woonplaats van participanten. Het valt echter op dat de participantengroep voor meer dan de helft bestaat uit mannen met een Turkse afkomst. Een verklaring hiervoor is de grote aanwezigheid van de Turkse populatie in de Nederlandse samenleving. Of de significante resultaten vertekend zijn door de disbalans in afkomst lijkt om het volgende niet aannemelijk. De Turkse cultuur kan binnen de islamitische wereld als één van de meest progressief liberale culturen beschouwd worden. De expressie van homoseksualiteit van de Turks islamitische participanten, vergeleken met participanten van andere culturen, is naar verwachting het meest toegankelijk. Deze assumptie aangenomen, is het hoogstwaarschijnlijk dat de participantengroep bij een grotere mate van diversiteit op het gebied van afkomst meer angst- en stemmingsklachten ervaren. Deze verwachting kan beargumenteerd worden middels de gedachtegang dat bij een meer optimale heterogeniteit meer participanten afkomstig zullen zijn uit een conservatiever religieus islamitisch land. Vervolgens kan aan de grootte van de Turkse populatie binnen de participantengroep eveneens een tweede interpretatie gegeven worden. De afkomst van de onderzoeker en diens sociale omgeving heeft een grote bijdrage geleverd aan de werving van de Turkse participanten. De toegang tot contact naar de participanten met een andere afkomst was beduidend minder makkelijk. De grote inspanning (via mail, telefoon en voornamelijk via derden) tijdens de werving van participanten bevestigt de terughoudendheid van de participantengroep die de ware identiteit prefereert op de achtergrond te houden en slechts bij uiterste vertrouwen openlijk het dialoog aangaat. De gevoeligheid van het onderwerp heeft alsmede een grote rol gespeeld op de kleine steekproef.

De werving van participanten heeft onder andere middels het *sneeuwbaaleffect* (Baarda & De Goede, 2006) moeten plaatsvinden. Zo werden deelnemende participanten na het interview gevraagd of zij mensen kenden die eventueel wilden deelnemen aan het onderzoek. Om de heterogeniteit niet in het geding te brengen is getracht zo min mogelijk gebruik te maken van het *sneeuwbaaleffect*. Dit door de negatieve effecten van dit fenomeen, namelijk de snelle vorming van eenzijdige werving, zoveel mogelijk te onderdrukken. Immers, verschillende kanalen zijn geraadpleegd zoals werving in de klinische setting (psychologenpraktijk), via ondersteunende instanties (COC/Veilige Haven) en de sociale omgeving. In dit onderzoek lijkt het negatieve effect van het *sneeuwbaaleffect* minimaal te zijn gebleven. Desalniettemin blijft het een aandachtspunt voor toekomstig onderzoek omdat de werving van deze doelgroep geenszins vanzelfsprekend en eenvoudig is.

In aansluiting op het bovenstaande dient het volgende eveneens ter sprake gebracht te worden. Gebleken is dat homoseksuele mannen van islamitische afkomst, vergeleken met westerse homoseksuelen, neigen naar een meer verborgen bestaan (Miresghhi & Matsumoto, 2008). Dit houdt in dat zij zich meer in selecte en vertrouwde kringen begeven waar de seksuele identiteit openlijk geuit kan worden. De specifieke en kwetsbare groep komt in de Nederlandse samenleving tenslotte in contact met acculturatie en migratie problematiek, discriminatie, maatschappelijke beeldvorming en stereotypering (Kleber & Knipscheer, 2005). De net genoemde aspecten en factoren bieden dan ook een verklaring voor de kleine steekproef.

De nadruk dient echter niet gelegd te worden op de steekproefgrootte. De 23 unieke interviews hebben in grote mate een toegevoegde waarde op dit kwantitatief onderzoek. Weliswaar zijn de interviews niet in analyses betrokken, hetgeen voor vervolg onderzoek zeker geadviseerd wordt. De interviews zijn echter met elkaar vergeleken ter opsporing van eventuele dynamieken. Zo komt onder andere naar voren dat meer aandacht nodig is voor de toegankelijkheid en openheid naar de specifieke doelgroep. *‘Met moeite heb ik een psychiater bezocht om te praten over mijn problemen. Hij zei dat ik het gewoon tegen mijn ouders kon vertellen dat ik homo was, want mijn ouders hielden toch van mij? Dat was de eerste en laatste keer dat ik naar de psychiater ben geweest’*, zei een participant die zo zijn ongenoegen uitbeeld over het feit dat hij geen passende benadering heeft kunnen krijgen. Een grote behoefte aan cultuurspecificiteit is aanwezig. Het opbouwen van een intercultureel personeelsbestand wordt binnen geestelijke gezondheidszorginstellingen dan ook geadviseerd. Ten einde de acceptatie door familieleden en om kwaliteit van leven van islamitische mannen met homoseksuele gevoelens te verbeteren is kennisvergroting nodig in de moslimgemeenschap. *‘Was er maar een pil waardoor ik heteroseksueel kon worden. Dan hadden mijn familie en ik alle drama niet meegemaakt’*, zei een participant die bij zijn *coming-out* zijn huwelijk, voogdij over de kinderen, huis, werk, familie en vrienden kwijt raakte. Ter preventie zou voorlichting gegeven kunnen worden op scholen, buurtcentra, moskeeën of andere passende accommodaties. Dit ten aanzien van informatieverschaffing die taboes en onwetendheid kunnen verhelpen aangaande homoseksualiteit in het algemeen en in relatie met cultuur en religie. Vervolgens wordt het advies geboden het implementeren van E-health te bevorderen. Wetenschappelijk onderzoek heeft

aangetoond dat de behoefte voor multimedia communicatie op het gebied van gezondheid gunstig effect kan hebben op gedragsverandering (Neuhauser & Kreps, 2003). Zodoende kan de primaire behoefte van de meeste participanten voor anonimiteit gewaarborgd blijven. Tot slot, de waarde van de interviews is dus groot te noemen. Enkel met kwantitatieve data had het bovenstaande niet aan het licht gebracht kunnen worden.

Het diagnostisch materiaal kent enkele beperkingen die aandacht vereisen. In eerste instantie dient een kanttekening geplaatst te worden bij het gebruik van de SCL-90 en de ZBV, die de metingen richt op de toestand van de afgelopen week. Daarnaast valt op dat in verschillende onderzoeken, verschillende *cutoff-points* worden gehanteerd bij de CES-D (Lyness et al., 1997). Dit kan vanzelfsprekend grote gevolgen hebben voor de interpretatie van de verkregen data. Dit onderzoek heeft de *cutoff-points* gehanteerd uit de handleiding van de CES-D. Tot slot is het volgende opvallend te noemen. In tabel 5 worden correlatiecoëfficiënten weergegeven van de samenhang tussen de gebruikte vragenlijsten. Daaruit komt naar voren dat de CES-D zeer hoog (.970) correleert met de depressieschaal van de SCL-90. Als gevolg kan mogelijk gepleit worden voor meer efficiëntie bij de ontwikkeling van de vragenlijst. Bijvoorbeeld, er kan gekozen worden enkel de CES-D of enkel de vragen behorende tot de depressieschaal van de SCL-90 te gebruiken. De hoge mate van samenhang tussen de twee vragenlijsten duidt er immers op dat beiden het construct 'stemming' op gelijkwaardige wijze kunnen meten.

Reflecterend op het onderzoeksconcept is de afwezigheid van een controlegroep een groot gemis. De verkregen data zijn waardevol, maar hadden meer inhoud gekregen wanneer ze tegenover een controlegroep gezet hadden kunnen worden. Bijvoorbeeld, voorlopig kan er nog geen uitspraak gedaan worden of het significante verschil tussen de participanten en de normgroep behorend tot de afgenomen vragenlijsten meer een allochtoonaspect, religieusaspect of seksualiteitsaspect is. Middels een controlegroep bestaande uit heteroseksuele mannen van islamitische afkomst hadden de huidige data met meer diepgang geanalyseerd en geïnterpreteerd kunnen worden. Ter relativering is het van belang te benadrukken dat dit onderzoek gebonden was aan een tijdslimiet van ongeveer vijf maanden. Het onderzoeksconcept had derhalve niet uitgebreider kunnen zijn. Alle bovenstaande limitaties en aandachtspunten kunnen beschouwd worden als aandachtspunten voor vervolgonderzoek. Daarbij dient respect en waardering voor de kwetsbaarheid en specificiteit van de doelgroep centraal te staan.

Dankwoord

Graag wil ik mijn dank kenbaar maken aan personen, zonder wie het onderzoek niet tot stand had kunnen komen.

Allereerst, de participanten. Persoonlijke en intieme zaken die openlijk zijn gedeeld zullen dan ook met respect en waardering behandeld worden. Zonder hen zouden er geen testdata en interviews zijn geweest en was überhaupt geen onderzoek mogelijk.

De hulp van de heer N. Lagerweij in het algemeen en voor heldere en kritische blik op het statistische proces was uiterst waardevol.

Vervolgens, de inspanningen en betrokkenheid van mevrouw Duman-Bilir (1^e en 2^e lijns GZ-psychologe) heeft het mogelijk gemaakt een start te maken in de participantenwerving. Dit net zoals bij het bacheloronderzoek. Zonder haar inspanningen had de behaalde diversiteit niet gerealiseerd kunnen worden.

Vanzelfsprekend kan ik mijn collega onderzoeker, Pierre de Mol, niet vergeten. Zowel formeel als informeel beschouw ik het contact met hem als waardevol. Met trots kijk ik terug naar beide onderzoeken, bachelor- en masteronderzoek, die wij hebben uitgevoerd. In het leerzame traject van empirisch onderzoek doen heb ik hem ervaren als een steunbron. Geen inspanning was hem te min, vervelend of te zwaar. De momenten dat we het land doorreisden voor het afnemen van interviews en de twee college's die bij de cursus 'Persoonlijkheidsleer; zijn gegeven, zullen mij dan ook altijd bij blijven.

Tot slot gaat mijn dank uit naar de heer A.H.C. Schouten, zonder wiens kennis, motivatie, wetenschappelijke passie, onvoorwaardelijke steun en vertrouwen voor dit onderzoek. Hartelijke dank daarvoor!

Murat Duman, 18 juli 2011

Referentielijst

- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2002) *Symptom Checklist SCL-90*. Lisse: Swets Test Services.
- Baarda, D. B., & Goede, de, M. P. M. (2006). *Basisboek Methoden en Techniek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff
- Beekman, A.-J., T. F., Dekker, J., Gorissen, W. H. M., Komproe, I. H., Penninx, B. W. J. H., Schrier, A. C., Tuinebrijer, W. C., Verhoeff, A. P., & Wit, de, M. A. S. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*, 905-912.
- Beekman, A., Dorsselaer, van, S., Graaf, de, R., Have, ten, M., Schoemaker, C., & Vollebergh, W. (2003). Psychische stoornissen in Nederland (NEMESIS). *Trimbos-instituut*, 29-38.
- Beekman, A., Dijkshoorn, H. J., Smits, M., Spijker, J., Stek, M., Verhoeff, A., & Wurff, van der, F. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, *83*, 33-41.
- Beekman, A., T. F., Poort, E. C., Smits, C. H. M., Spijker, J., Verhoeff, A. P., & Wurff, van der, F. B. (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.
- Bereket, T., & Adam, B. D. (2008). Navigating Islam and Same-Sex Liaisons Among Men in Turkey. *Journal of Homosexuality*, *55:2*, 204-222.
- 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.
- Breakwell, G. M. (1986). *Coping with threatened identities*. London: Methuen.
- Breakwell, G. M. (1988). Strategies adopted when identity is threatened. *Revue Internationale de Psychologie de Sociale*, *1*, 189-204.
- Breakwell, G. M. (1992). Processes of self-evaluation: Efficacy and estrangement. In G. M. Breakwell (Ed.), *Social psychology of identity and the self concept* (pp. 335-355). London: Academic Press/Surrey University Press.
- Breakwell, G. M. (1993). Social representational and social identity. *Papers on Social Representations*, *2*, 198-217.
- Breakwell, G. M. (2001). Social representational constraints upon identity processes. In K. Deaux & G. Philogene (Eds.), *Representations of the social: Bridging theoretical traditions* (pp. 271-284). Oxford; Blackwell.
- CBS. (2011). *Bevolking; kerncijfers. Gewijzigd op 20 oktober 2010. Verschijningsfrequentie: eenmaal per jaar*.

[http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,\(I-1\)-I&HD=110713-1525&HDR=G1&STB=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,(I-1)-I&HD=110713-1525&HDR=G1&STB=T).

- Greene, B. (1994). Ethnic-Minority Lesbian and Gay Men: Mental Health and Treatment Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 2, 243-251.
- Hojat, M., Shapurian, R., Nayerahmadi, H., Farzaneh, M., Foroughi, D., Parsi, M., et al. (1999). Premarital sexual, child rearing, and family attitudes of Iranian men and women in the United States and Iran. *Journal of Psychology, 133*, 19-31.
- 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.
- Knipscheer, J., & Kleber R. (2005). *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Koster van Groos, G., A., S. (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Lyness, J., M., Noel, T., K., Cox, C., King, D., A., Conwell, Y., & Caine, E., D. (1997). Screening for Depression Elderly Primary Care Patients. *Archives of Internal Medicine, 157*, 449-454.
- 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.
- Minwalla, O., Rosser, B., R., S., Feldman, J., & Christine, V. (2005). Identity experience among progressive gay Muslim in North America: A qualitative study within Al-Fatiha. *Culture, Health and Sexuality, 7:2*, 113-128.
- Miresghhi, S., I., & Matsumoto, D. (2008). Perceived Cultural Attitudes Toward Homosexuality and Their Effects on Iranian and American Sexual Minorities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14:14*, 372-376.
- Nahas, O. (2001). *Islam en homoseksualiteit*. Amsterdam: Uitgeverij Bulaaq.
- Neuhauser, L., & Kreps, G., L. (2003). Rethinking Communication in the E-health Era. *Journal of Health Psychology, 8:1*, 7-23.
- Ploeg, van der., H., M. (2000). *Handleiding bij de Zelfbeoordelingsvragenlijst; Een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*. Lisse: Swets Test Publishers.
- 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 Counseling, 27:1*, 131-141.

Bijlage 1: Informed consent



Universiteit Utrecht

Titel onderzoek: homoseksualiteit, islam, psychische gezondheid
Onderzoekers: Pierre de Mol & Murat Duman

Geachte heer,

Hierbij wordt u van harte uitgenodigd deel te nemen aan een onderzoek over homoseksuele gevoelens, islam en psychische gezondheid. Voorafgaand aan het onderzoek is het belangrijk u duidelijke informatie te geven over de opzet, het doel van het onderzoek en uw rechten.

Wij voeren dit onderzoek uit in het kader van onze Masterstudie Psychologie onder begeleiding van drs. A. C. H. Schouten, verbonden aan de Universiteit Utrecht. Dit onderzoek valt onder de verantwoordelijkheid van de bovengenoemde universiteit.

Het doel en de opzet van deze studie is als volgt:

De opzet van het onderzoek is het in kaart brengen van de eventuele psychologische gevolgen voor mannen met een islamitische achtergrond en homoseksuele gevoelens.

De doelstelling is om middels het onderzoek een bijdrage te leveren aan de verbetering van de gezondheidszorg zodat adequate hulpverlening geboden kan worden voor diegenen die hier behoefte aan hebben. Deelname aan het onderzoek zal plaatsvinden middels een interview van circa een uur. Daarnaast zal er ook een vragenlijst afgenomen worden wat ongeveer een kwartier in beslag zal nemen. De locatie wordt gekozen na overleg met u.

Wij zijn ons er van bewust dat het een gevoelig onderwerp betreft. Vanzelfsprekend is dan ook dat alle informatie strikt vertrouwelijk behandeld zal worden en anoniem blijft. In geen geval zullen er persoonlijke gegevens bekend gemaakt worden. Gegevens zullen na het onderzoek gewist en verwijderd worden.

Daarnaast heeft u ten alle tijde de mogelijkheid te stoppen met het onderzoek zonder dat er consequenties aan verbonden zijn. Dit is immers uw recht en dat zal gerespecteerd worden.

Mocht u vragen hebben of heeft u opmerkingen, dan horen wij dat graag. U kunt mailen naar dhr. P. de Mol (P.P.C.A.deMol@students.uu.nl) en/of dhr. M. Duman (M.C.Duman@students.uu.nl). Alle vragen zullen zo snel mogelijk beantwoord worden.

Met vriendelijke groeten en nogmaals dank voor uw medewerking,

Pierre de Mol & Murat Duman

Bijlage 2: Interview

1. Korte uitleg over het onderzoek.

1. Doel onderzoek
2. Procedure
 - a. Topics:
 - Algemene informatie
 - Homoseksualiteit
 - Familie
 - Omgeving
 - Islam
 - Problematiek & Hulpverlening
 - Afronding
 - b. Vragenlijsten
3. Anonimiteit & vrijwilligheid
4. Heeft u nog vragen?
5. Dank voor deelname. Vervolgonderzoek? Inzage resultaten?

2. Algemene informatie.

1. Hoe oud bent u?
2. Studeert u/ heeft u een baan?
3. Wat is de hoogst genoten opleiding die u heeft afgerond?
4. Waar woont u?
5.
 - a. Met wie woont u?
 - b. Heeft u momenteel een vaste relatie?
 - c. Wat is uw burgerlijke staat?

3. Homoseksualiteit.

1. Wat verstaat u onder **homoseksualiteit**?
2. Beschouwt u zichzelf als homoseksueel?
3.
 - a. Kunt u omschrijven hoe de homoseksuele gevoelens zich bij u hebben ontwikkeld? Eventueel: wanneer kwam u erachter? Wat waren uw gedachten/ gevoelens daarbij? Hoe ging u om met uw homoseksuele gevoelens?
4. Hoe was het voor u om als moslim en met homoseksuele gevoelens op te groeien?

4. Familie.

1. Wat zijn de reacties of wat denkt u dat de reacties zijn van uw familie op homoseksualiteit in het algemeen?
2. Weet uw familie van uw homoseksuele gevoelens?
3. Wat zijn de reacties of wat denkt u dat de reacties zijn van uw familie op uw homoseksuele gevoelens?
4. Hoe is het contact met uw familie? Hoe was het contact met uw familie vroeger?

5. Omgeving.

1. Wie uit uw omgeving weten van uw homoseksuele gevoelens? Bij coming-out: hoe zijn ze daarachter gekomen?
2. Wat zijn de reacties of wat denkt u dat de reacties zijn van uw omgeving (familie, vrienden, gemeenschap, collega's, medestudenten etc.) op homoseksualiteit in het algemeen?
3. Wat zijn de reacties of wat denkt u dat de reacties zijn van uw omgeving (familie, vrienden, gemeenschap, collega's, medestudenten etc.) op uw homoseksuele gevoelens?
4. Hoe denkt de Nederlandse samenleving volgens u over homoseksualiteit?
5. Hoe denkt de islamitische gemeenschap volgens u over homoseksualiteit?

6. Hoe denkt de homogemeenschap volgens u over moslims?
7. Bent u ooit belachelijk gemaakt of uitgescholden vanwege uw homoseksuele gevoelens, geloof, afkomst of geslacht?
8. Bent u ooit geslagen of mishandeld vanwege uw homoseksuele gevoelens, geloof, afkomst of geslacht?
9. Bent u ooit lastig gevallen vanwege uw homoseksuele gevoelens, geloof, afkomst of geslacht?
10. Bent u ooit geweigerd voor een baan vanwege uw homoseksuele gevoelens, geloof, afkomst of geslacht?

6. Islam.

1. a. Welke rol speelt de islam in uw leven?
Eventueel: welke rol speelt de islam in de opvoeding die u heeft gehad? Beschouwt u zichzelf als een moslim? Wat verstaat u onder moslim zijn?
2. Wat zegt de islam volgens u over homoseksualiteit?
3. Zijn er positieve aspecten binnen uw geloof, met betrekking tot uw homoseksuele gevoelens?
4. Zijn er negatieve aspecten binnen uw geloof, met betrekking tot uw homoseksuele gevoelens?
5. Is er een verschil in de houding van de islam ten aanzien van mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens?
6. Hoe open bent u over uw religie tegenover anderen? Naar wie wel en wie niet?
7. Wat zijn de reacties in uw omgeving op uw geloofsovertuiging?

7. Problematiek & Hulpverlening.

1. Zijn er problemen waar u tegenaan loopt?
2. Bent u ooit voor hulp naar iemand gestapt (officiële instelling of anders)?
3. Op welke manier bent u geholpen?
4. In welke vorm werd de hulp verleend?
5. Was u tevreden met de geboden hulp? Zo nee, hoe had u de hulpverlening liever gezien? Zo ja, waar was u tevreden over?
6. Wat is volgens u nodig om de hulpverlening te bevorderen? Wat ontbreekt er nog in de huidige hulpverlening?

8. Afronding.

1. Hoe ziet u uw toekomst voor zich?
2. Wat zijn uw dromen, wensen en ambities?
3. Zijn er nog zaken die we niet besproken hebben, maar die u wel graag nog wilt noemen of die u belangrijk vindt voor dit onderzoek?
4. Heeft u nog opmerkingen, vragen, klachten, tips etc?
5. Kent u islamitische mannen die dezelfde gevoelens hebben als u en die mogelijk mee zouden willen werken aan dit onderzoek? Of heeft u nog tips hoe ik mogelijk met deze mensen in contact zou kunnen komen?

9. Checklist demografische gegevens.

1. Wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw woonplaats/regio?
3. Wat is uw nationaliteit?
4. Wat is de hoogst genoten opleiding die u heeft afgerond?
5. Wat is uw geboorteland?
6. Sinds wanneer verblijft u in Nederland?
7. Wat is het geboorteland van uw ouders?
8. Wat is uw burgerlijke staat?
9. Wat is uw leefsituatie?

Bijlage 3: Interview

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	•	•	•	•

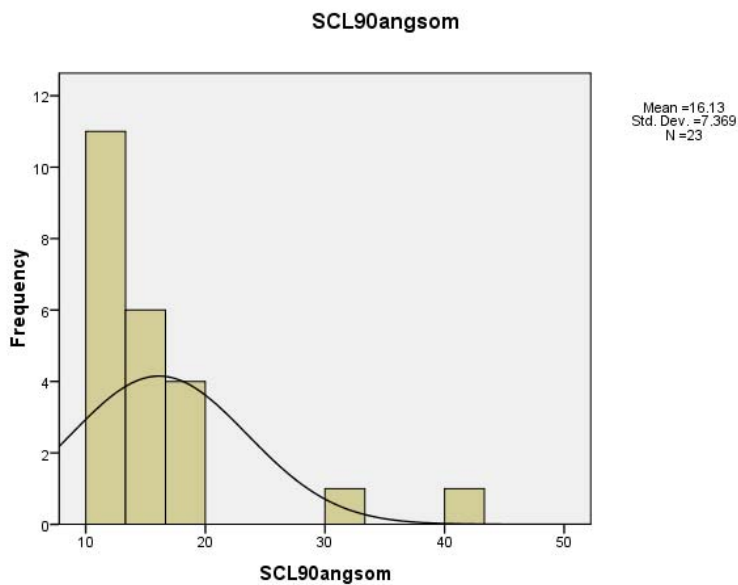
Bijlage 4: SPSS Output

Vragenlijst: SCL-90

Figuur 6: De Cronbach's alpha van de SCL-90-A verkregen uit de betrouwbaarheidsanalyse

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.916	.926	10

Figuur 1: De gecategoriseerde frequenties van de angstschaalscores



Tabel 7: Sample statistieken van de angstschaal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SCL-90-A (som)	23	16.13	7.369	1.537

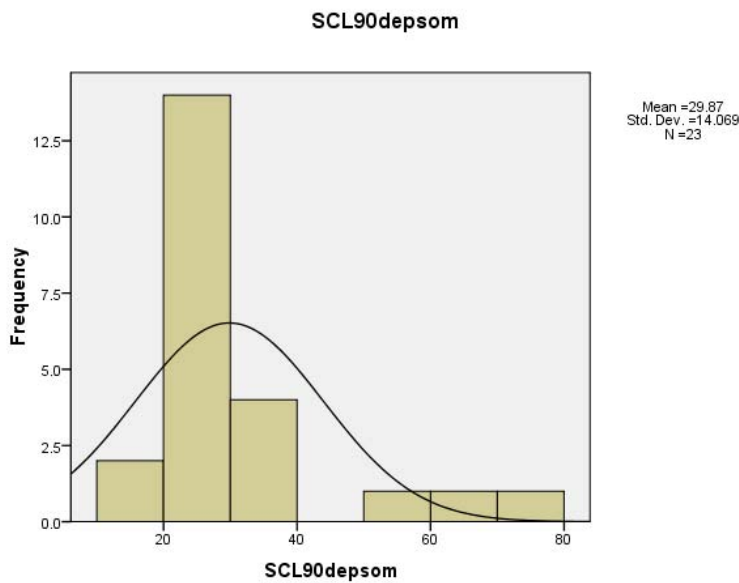
Tabel 8: One-Sample T-Test van de SCL-90-A (angstschaal)

	Test Value = 13.5					
	t	Df	Sig. (1-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
SCL-90-A (som)	1.712	22	.05	2.630	-.56	5.82

Figuur 9: De Cronbach's alpha van de SCL-90-D verkregen uit de betrouwbaarheidsanalyse

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.956	.954	16

Figuur 2: De gecategoriseerde frequenties van de depressieschaalscores



Tabel 10: Sample statistieken van de depressieschaal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SCL-90-D (som)	23	29.87	14.069	2.934

Tabel 11: One-Sample T-Test van de SCL-90 (depressieschaal)

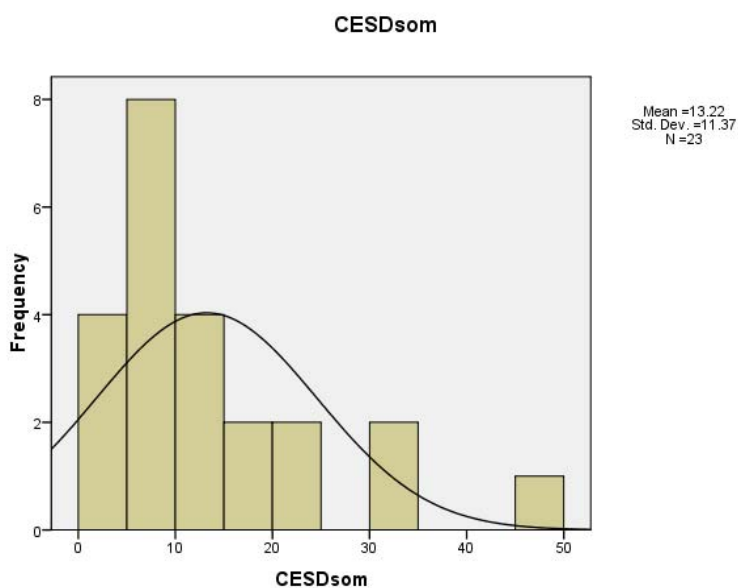
	Test Value = 22.4					
	t	Df	Sig. (1-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
SCL90depsom	2.546	22	.01	7.470	1.39	13.55

Vragenlijst: CES-D

Figuur 12: De Cronbach's alpha van de CES-D verkregen uit de betrouwbaarheidsanalyse

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.930	.926	20

Figuur 3: CES-D percentages met een cutoff-point van een score van 16 of hoger



Tabel 13: Sample statistieken van de CES-D

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
CES-D (som)	23	13.22	11.370	3	47

Tabel 14: Binominale test met cutoff-point van een score van 16 of hoger

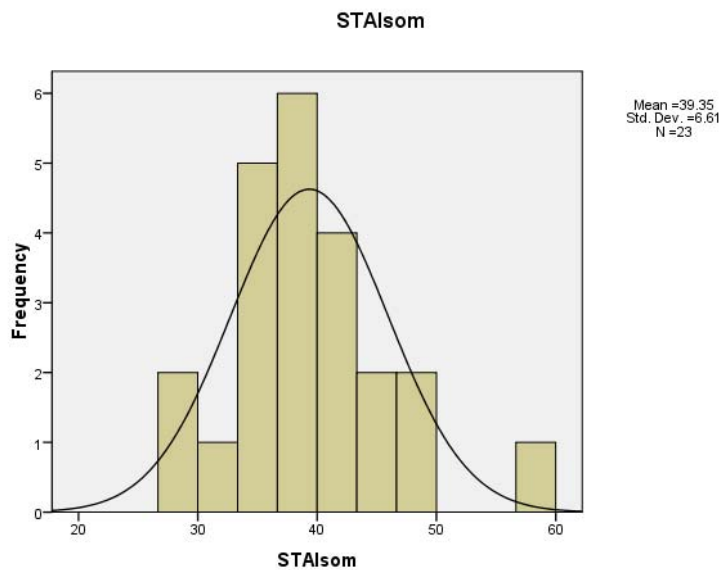
	Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (1-tailed)	Point Probability
CESDsom	Group 1	<= 15	16	.696	.049	.000
	Group 2	> 15	7	.304		
	Total		23	1.000		

Vragenlijst: ZBV

Figuur 15: De Cronbach's alpha van de ZBV verkregen uit de betrouwbaarheidsanalyse

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.774	.797	20

Figuur 4: De gecategoriseerde frequenties van de ZBV



Tabel 16: Sample statistieken van de ZBV

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
STAlsom	23	39.35	6.610	1.378

Tabel 17: One-Sample T-Test van de ZBV

	Test Value = 37.30					
	t	df	Sig. (1-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
STAlsom	1.486	22	.76	2.048	-.81	4.91