



# **Homoseksualiteit en psychische gezondheid;**

## **een onderzoek naar het verschil in angst- en depressieklachten tussen religieus georiënteerde autochtonen met homoseksuele gevoelens en islamitische allochtonen met homoseksuele gevoelens in Nederland**

### **Abstract**

Een vergelijkingsonderzoek naar angst- en depressieklachten bij religieus georiënteerde Nederlanders met homoseksuele gevoelens vergeleken met moslims met homoseksuele gevoelens. Verwacht werd dat islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens hoger scoren op angst en depressieklachten dan de gelovige Nederlanders aangezien moslims zich bevinden in een dubbele minderheidsgroep (islamitisch en homoseksualiteit). Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van verschillen tussen religieus georiënteerde Nederlanders met homoseksuele gevoelens (autochtonen) en moslims (allochtonen) met homoseksuele gevoelens op het gebied van angst- en depressieklachten teneinde het vinden van manieren om de psychische hulpverlening beter te laten aansluiten bij de behoeften van (intercultureel-) diverse groepen.

Het onderzoek startte met een kort review van relevante literatuur. Data van religieus georiënteerde Nederlanders met homoseksuele gevoelens (n=43) zijn vergeleken met een groep eerder geworven moslims met homoseksuele gevoelens (n=45). De verwachtingen zijn middels kwantitatieve (vragenlijst) onderzoeksmethoden getest. De prevalentie van angst- en depressieklachten binnen de groep allochtonen was significant hoger dan binnen de groep autochtonen. Hiermee lijkt aangetoond dat het behoren tot een dubbele minderheidsgroep (homoseksueel en moslim) een invloed heeft op de prevalentie van angst- en depressieklachten.

Om achtergrondinformatie te vergaren en inzicht te verkrijgen in de interculturele situatie is er naast kwantitatieve onderzoeksmethoden een kwalitatief onderzoek (interview) afgenomen bij de autochtone participanten. Uit de interviews komen bevindingen naar voren die relevant kunnen zijn voor de hulpverlening en vervolgonderzoek. Participanten geven onder andere aan dat er behoefte is aan een betere voorlichting voor jongeren om de kennis over homoseksualiteit te vergroten, bijvoorbeeld op scholen of in gebedshuizen. Ook werd het belang van homoseksuele voorbeeldfiguren in de media onderstreept. Door deze aanbevelingen kan het uiteindelijke doel "het leveren van gepaste en kwalitatief goede (interculturele) zorg voor homoseksuelen" wellicht worden benaderd.

**Abstract**

A comparison study on anxiety- and depression symptoms in religiously oriented Dutch men and women versus muslim men and women who experience feelings of homosexuality. Gay Muslims were expected to have a higher prevalence of anxiety and depressive complaints when compared to a religiously oriented Dutch control group, as muslim are part of a double minority group (foreign inheritance and homosexuality). Objective of this study is to find ways of improving psychiatric assistance to better suit different intercultural groups.

The study started with a short systematic review of previous studies on this subject. Survey data of Dutch religiously oriented participants with homosexual feelings (n=43) were compared with a previously recruited group of muslims with homosexual feelings (n=45). The prevalence of anxious- and depressive complaints was significantly higher among immigrants in comparison with the native control group. No statistical difference was found between the male and female group of native homosexuals. However, a statistical difference was found regarding anxious- and depressive complaints between the males and females of muslim origin. This supports the expectation that belonging to a double minority (homosexual and muslim) influences symptoms of depression and anxiety.

In order to achieve additional background information, the participants were interviewed by means of a semi structured qualitative interview. The additional interviews revealed findings that may be relevant for clinical use and follow-up studies. Participants state that there is a need for an improvement of gay related publicity aimed at youths, for example by public enlightenment at schools. Another claim was the need for more role models who publically embrace their homosexuality. Churches can also be a part of enlightenment by publically accepting homosexuals. The goal to find ways of improving psychiatric assistance to better suit different intercultural groups might be partly achieved.

*Student:*

Valerie Siemers-Reiter 0332178

*Onder supervisie van:*

A.C.H. Schouten MSc

Master Klinische- en Gezondheidspsychologie

Faculteit Sociale Wetenschappen

Universiteit Utrecht

Februari 2011-juni 2011



## Inhoudsopgave

	<b>Pagina</b>
Inleiding	4
Methoden	12
Resultaten (kwantitatief)	16
Resultaten (kwalitatief)	17
Conclusie	19
Discussie	20
Aanbevelingen	22
Dankwoord	
Referentielijst	23
Bijlage 1: Informed Consent	26
Bijlage 2: Interview	27
Bijlage 3: Vragenlijst	29
Bijlage 4: SPSS output	31
Bijlage 5: Codeboek SPSS	34



## Inleiding

Homoseksualiteit wordt door de Nederlandse bevolking steeds meer geaccepteerd. Door het Sociaal Cultureel Planbureau wordt de houding van Nederlanders als 'positief' getypeerd (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010). Toch wordt homoseksualiteit anno 2011 nog altijd vaak verborgen gehouden. Hoewel homoseksualiteit grotendeels geaccepteerd lijkt te zijn is tolerantie jegens homoseksuelen nog lang niet vanzelfsprekend. Ondanks het feit dat veel Nederlanders heden ten dage aangeven dat ze voor gelijke behandeling van homoseksuelen zijn, geeft één op de drie van hen bijvoorbeeld aan minder moeite te hebben met een man en een vrouw die hand in hand lopen dan met twee mannen die hand in hand lopen (Keuzenkamp et. al, 2010). Een mogelijke verklaring hiervoor is te vinden in de geschiedenis en ontwikkeling van de Nederlandse visie op homoseksualiteit. Om meer inzicht te verschaffen in het verloop van de acceptatie van homoseksualiteit en de invloed van religie hierop wordt hieronder een kort overzicht gegeven ten aanzien van ontwikkelingen op dit gebied.

Sinds de introductie van de Napoleaanse wet in 1811 is homoseksualiteit (hoewel in bepaalde kringen moreel ongewenst en veroordeeld) legaal toegestaan. Desondanks leidden homoseksuelen een geheim leven, gewoonlijk binnen een heteroseksueel huwelijk (Hekma, 2004). In 1911 werd de wet aangescherpt door het verhogen van de legale leeftijd voor seksuele activiteiten van homoseksuele koppels naar énéntwintig (voor heteroseksuele koppels bleef de legale leeftijd gelden van zestien jaar). In 1946 werd een organisatie in het leven geroepen als ontmoetingsplek voor homoseksuelen; de 'Scientific-, Cultural-, and Relaxation-Shakespeare Club' of WCOSC. Tot de vroege zestiger jaren leidden leden van deze organisatie een verborgen leven, vanaf 1962 begon de groep met het openlijk bepleiten van homo-integratie. In 1964 werd de naam veranderd in de 'Nederlandse Vereniging tot Integratie van Homoseksualiteit COC', meestal afgekort tot 'COC'. Na 1971 zijn homoseksuelen in Nederland gradueel geëmancipeerd (Jaspers, Lubbers & de Graaf, 2007), homoseksualiteit werd in deze tijd echter nog altijd geassocieerd als een mentale stoornis in de DSM. Sinds 1973 is dit niet meer het geval aangezien er onvoldoende steun was vanuit de wetenschappelijke sector om de classificatie in stand te houden. Bovendien was er sprake van een aanhoudende eis tot acceptatie onder professionals en activisten (Sandfort, de Graaf, Bijl & Schnabel, 2001). In 1983 werd een antidiscriminatiewet geïnstalleerd die gelijke rechten van homoseksuelen erkent. In de jaren tachtig veranderde de focus op homoseksualiteit; de opkomst van de aids-epidemie legde de nadruk weer meer op verschillen tussen homo- en heteroseksuelen in plaats van gelijkenissen. homoseksuelen kregen in 1997 wel het recht op geregistreerd partnerschap en in 2001 werd het voor homoseksuelen in Nederland legaal om voor de wet te trouwen.

De veranderlijke attitudes tegenover homoseksualiteit worden beïnvloed door allerlei factoren. De trends in attitudes ten aanzien van homoseksualiteit kan gedeeltelijk worden verklaard door de veranderlijke samenstelling van de maatschappij. Niveaus van secularisatie, de tijdgeest en media-aandacht lijken van invloed op attitudes. Educatie lijkt de attitudes ten opzichte van homoseksualiteit te beïnvloeden doordat hoogopgeleiden hun tolerante normen verspreiden over het land waardoor homoseksualiteit meer geaccepteerd wordt (Jaspers et al., 2007). Een andere variabele die als mogelijke beïnvloedende factor is geïdentificeerd op de acceptatie van homoseksualiteit is religie. Binnen de verschillende geloofsovertuigingen die Nederland kent lijkt de kwestie homoseksualiteit telkens weer actueel (Klinken, 2010). Christelijke doctrines veroordelen homoseksualiteit en de meeste kerken zijn voorsnog tegen gelijke rechten voor homoseksuelen. Religie wordt door Jaspers et al. (2007) zelfs gezien als belangrijkste factor in het verklaren van attitudes jegens homoseksualiteit.

Naast het christendom keuren ook het Jodendom en het Boeddhisme homoseksualiteit af (o.a. Hélie, 2000). Het islamitische geloof is hierop geen uitzondering. Hoewel moslims in Nederland nog steeds een minderheidsgroep vormen is de Islam door hedendaagse ontwikkelingen en media-aandacht zichtbaar aanwezig. De islamitische visie op homoseksualiteit is een veelbesproken onderwerp in de Nederlandse media. Deze lijkt immers in schril contrast te staan met de in Nederland ervaren tolerantie jegens homoseksuelen. Binnen het islamitische geloof bestaan er drie redenen voor het afwijzen van homoseksualiteit;



(1) homoseksualiteit wordt gelijkgesteld aan sodomie (2) homoseksualiteit wordt gezien als een overdraagbare ziekte en (3) er is een godsdienstig verbod op seksualiteit tussen mensen van hetzelfde geslacht. Het is niet ondenkbaar dat deze opvattingen binnen het islamitische geloof de attitudes van de gemeenschap jegens homoseksualiteit negatief kunnen beïnvloeden (Jaspers et al, 2007).

De diversiteit van culturen en bevolkingsgroepen die Nederland rijk is kent grote discrepanties in normen en waarden. Deze kunnen leiden tot discussie op allerlei onderwerpen waaronder de beleving van seksualiteit. Dit. Zo zijn er in Nederland vele visies op (homo)seksualiteit present die in meer of mindere mate kunnen leiden tot stigmatisatie van homoseksuelen. Hoewel er binnen de Nederlandse samenleving een relatieve tolerantie lijkt te bestaan ten opzichte van homoseksuelen, is er aldus geen sprake van een universele acceptatie. Hoewel er op basis van wetenschappelijke bevindingen geen sprake meer is van een classificatie als psychiatrische aandoening zijn er voorsnog voldoende redenen te benoemen waardoor homoseksualiteit tot psychische problemen kan leiden.

De literatuur geeft geen eenduidige definitie van homoseksualiteit. De meeste definities (e.g. Weinrich, Snyder., Pillard, Grant, Jacobson, Robinson & McCutchan, 1993; Gijs, Gianotten, Van Wesenbeeck & Weijnenborg, 2004). bevatten twee componenten: een psychologische component en een gedragscomponent. Binnen dit onderzoek worden homoseksuele personen gezien als: *'individuen die zich zowel psychologisch als seksueel aangetrokken voelen tot personen van hetzelfde geslacht'*.

Gezien het feit dat de meerderheid van de seksueel actieve volwassenen zich zowel psychologisch als seksueel aangetrokken voelen tot partners van het andere geslacht is een homoseksuele geaardheid als afwijking van de norm te beschouwen. Afwijkingen van de norm kunnen leiden tot afwijzing door de dominante groep of stigmatisatie (Meyer, 1995). Het behoren tot een minderheidsgroep op het gebied van geaardheid kan dan ook tot angst voor afwijzing of daadwerkelijk ervaren afwijzing leiden. Onderzoek laat zien dat sociale stress een sterke impact op het leven van mensen kan hebben wanneer ze tot een gestigmatiseerde sociale categorie behoren. Omgevingsattitudes kunnen daarmee van invloed zijn op sociale steun. Acceptatie door de familie voorspelt meer zelfvertrouwen, steun en een betere gezondheid; het beschermt ook tegen depressie, middelenmisbruik en suïcidaal gedrag. Een afwijzing van de directe omgeving, bijvoorbeeld ten aanzien van homoseksualiteit, kan een voorspeller zijn van gezondheidsproblemen. Een hoge mate van afwijzing wordt geassocieerd met een hogere prevalentie van suïcidepogingen, depressie, gebruik van illegale drugs en onveilige seks. (Ryan, Huebner, Diaz & Sachex, 2009).

Indien mensen voor hun afwijkende opvatting, geaardheid of visie uitkomen kunnen ze worden blootgesteld aan stigmatisatie op basis van hun minderheidspositie. Afwijkingen van de norm vereisen aanpassing en kunnen ook daardoor als stressvol beleefd worden. Dit in ogenschouw nemend is het aannemelijk dat het hebben van een homoseksuele geaardheid kan leiden tot spanningen in de vorm van stress. Bij een aanhoudelijk ervaren spanning of door een cumulatie van spanningen op verschillende levensgebieden kan angst of depressie ontstaan. Dit complexe geheel van wederzijdse invloeden wordt door Meyer (2003) inzichtelijk gemaakt door middel van zijn *Minority Stress Model*. Dit model gaat uit van drie factoren die stressbeleving beïnvloeden, te weten: (1) geïnternaliseerde homofobie, (2) stigmatisering en (3) nadelige gebeurtenissen.

De eerste factor is een gevolg van het opgroeien in een heteroseksueel georiënteerde maatschappij met de assumptie dat heteroseksualiteit de standaard is en homoseksualiteit een afwijking. Een gevolg hiervan is het ontstaan van negatieve self-labeling wanneer de eigen identiteit wordt ontwikkeld. Hierdoor ontstaat aldus Meyer psychologische schade (1995). De tweede factor is gerelateerd aan aversieve affecten in zelfvertrouwen, werk en sociale acceptatie binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Een hoog niveau van ervaren stigmatisatie leidt tot een hogere kwetsbaarheid voor het ondergaan van discriminatie en geweld in interactie met de dominante groep. De derde factor betreft afwijzing, discriminatie en geweld.

Het ondergaan van belangrijke nadelige gebeurtenissen kan leiden tot een houding van slachtofferschap aangezien de gebeurtenis interfereert met de assumptie dat de wereld betekenisvol, eerlijk en



betrouwbaar is (Broeke, Heiden, Meijer & Hamelink, 2008) en kan leiden tot een lagere zelfwaardering en psychologische stress (Gillman et al., 2001). Naar aanleiding van het model van Meyer kunnen we stellen dat homoseksuelen een hogere kans hebben op het ontwikkelen van psychische klachten dan heteroseksuelen. Aangezien het behoren tot een minderheidsgroep leidt tot een verhoogde kans op psychische klachten (Meyer, 2003) is het waarschijnlijk dat het onderdeel uitmaken van een dubbele minderheidsgroep een extra risicofactor betreft. In dit onderzoek wordt getracht bewijs te verzamelen voor deze aanname. Door de eerder genoemde invloed van religie op de acceptatie van homoseksualiteit (Jaspers et al., 2007) is gekozen voor een opzet die de mogelijkheid biedt deze factor nader te onderzoeken. Tegenover een groep van islamitische participanten (allochtonen) met homoseksuele gevoelens is een steekproef getrokken van religieus georiënteerde Nederlanders (autochtonen) met homoseksuele gevoelens geplaatst. Er werd verwacht dat het onderdeel uitmaken van een dubbele minderheidsgroep (moslim en homoseksueel) gerelateerd is aan een hogere prevalentie van angst- en stemmingsklachten. Op deze manier kan de invloed van het onderdeel uitmaken van een dubbele minderheidsgroep (allochtoon met homoseksuele gevoelens) worden vergeleken met het onderdeel uitmaken van een enkele minderheidsgroep (autochtoon met homoseksuele gevoelens).

Op basis hiervan is de volgende doelstelling geformuleerd. *Dit onderzoek beoogt het in kaart brengen van verschillen tussen religieus georiënteerde Nederlanders met homoseksuele gevoelens (autochtonen) en moslims (allochtonen) met homoseksuele gevoelens op het gebied van angst- en depressieklachten met als doel het vinden van manieren om de psychologische hulpverlening beter te laten aansluiten bij de behoeften van (intercultureel-) diverse groepen.* Dit aangezien er tot op heden weinig onderzoek is verricht naar verschillen in problematiek tussen verschillende interculturele achtergronden. Dit onderzoek beoogt een bijdrage te leveren op intercultureel niveau door het betrekken van een islamitische steekproef.

Hieruit volgt de onderzoeksvraagstelling: *Hebben moslims met homoseksuele gevoelens een hogere prevalentie van angst- en depressieklachten dan religieus georiënteerde Nederlanders met homoseksuele gevoelens?* Hieruit zijn de volgende hypothesen geformuleerd.

*Hypothese 1: islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens ervaren meer angstklachten dan Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens.*

*Hypothese 2: islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens ervaren meer depressieklachten dan Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens.*

Onderstaand kort review bevat gegevens uit onderzoeken uit de wereldliteratuur die plaats hebben gevonden op aangrenzende onderzoeksvelden. Met het gebruik van deze onderzoeken is getracht de huidige stand van zaken weer te geven. Voor dit review zijn twaalf onderzoeken gebruikt van 1999 tot 2009.

#### *Review: homoseksualiteit en psychopathologie*

Sandfort, de Graaf, Bijl, & Schnabel (2001) hebben de verschillen tussen heteroseksuelen en homoseksuelen gedurende 12 maanden en levenslange prevalentie van de DSM-III-R classificaties voor stemming, angst en middelmisbruik onderzocht. De steekproef bestond uit een representatieve steekproef van de Nederlandse populatie (N=7076; leeftijd 18-64). Dit onderzoek laat zien dat homoseksuele mannen een hogere prevalentie van stemming- en angststoornissen hadden dan heteroseksuele mannen, homoseksuele vrouwen hadden een hogere prevalentie van middelenmisbruik dan heteroseksuele vrouwen. De prevalentie gedurende het leven laat overeenkomstige verschillen zien bij homo- en heteroseksuele mensen, behalve voor stemmingsstoornissen. Stemmingstoornissen komen frequenter voor bij homoseksuele dan bij heteroseksuele vrouwen. Meer homoseksuele dan heteroseksuele personen voldeden aan één of meer psychiatrische diagnoses gedurende hun



leven. Deze bevindingen bevestigen de hypothese dat homoseksuele personen een grotere kans lopen op het ontwikkelen van psychische klachten dan heteroseksuelen. De data ten behoeve van dit onderzoek zijn verzameld door middel van face to face interviews. De classificatie van hetero- en homoseksuelen is gebaseerd op gerapporteerd seksueel gedrag in het afgelopen jaar. Sandfort et al. rapporteren een responspercentage van 64,2% van de benaderde huishoudens. De non-respons is van invloed op verkregen resultaten. Zo kan een hoge non-respons leiden tot vertekende resultaten aangezien er geen duidelijkheid is over van de bijbehorende redenen en de generaliseerbaarheid verkleinen. Zo kan uitval onder andere worden verklaard door psychische (on)gezondheid of gebrek aan motivatie, hetgeen bij deze onderzoeksvraag een sterke invloed zou betekenen. De grootte van de uitval zou een interessant onderwerp van analyse zijn (Goodwin, 2002). Het feit dat 30 respondenten een vraag naar seksuele oriëntatie niet beantwoordt heeft naast een illustratie van de delicateit van het onderwerp ook een statistisch probleem. Hoewel een uitval van 30 respondenten op een steekproef van 5998 geen statistische tekortkoming hoeft te betekenen betreft een uitval van 30 potentiële homo- of biseksuelen op een steekproef van 125 een uitval van maar liefst 17%. Verschillen in prevalentie zijn getest door middel van logistische regressieanalyses, waarbij gecontroleerd is voor demografische gegevens. Logistische regressie werd in dit onderzoek gebruikt om de kans op psychische problemen te voorspellen bij homoseksuele mensen. Hoewel logistische regressie vaak gebruikt wordt voor het doen van voorspellingen zitten hier enkele tekortkomingen aan. Zo zegt een kansberekening slechts iets over een populatie, niets over een individu. Aangezien er in de klinische wereld nooit gewerkt wordt met populaties maar wel met individuen is de klinische relevantie van dit type onderzoek klein (Field, 2005). Een ander probleem bij deze studie is dat de vragenlijsten gebaseerd zijn op zelfrapportage zonder enig toezicht (Goodwin, 2002). Sociale wenselijkheid of een gebrek aan zelfbeoordelingsvermogen kunnen hierbij een rol spelen.

In het onderzoek van Fergusson, Horwood & Beautrais (1999) is onderzocht in welke mate homo's, lesbiennes en biseksuele jongeren een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van psychische klachten en suïcidaal gedrag. Resultaten laten zien dat homo- en biseksuele jongeren een verhoogde kans lopen op depressie, gegeneraliseerde angststoornis, suïcidale ideatie en suïcidepogingen. Deze bevindingen bevestigen recent bewijs voor het feit dat deze jongeren een verhoogde kans lopen op het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen. De data zijn verzameld gedurende de loop van de *Christchurch Health and Development Study*, een 21- jarige longitudinale studie van een geboortecohort van 1265 kinderen geboren in Christchurch, Nieuw Zeeland. Hoewel een longitudinaal onderzoek de enige manier is om een beeld te krijgen van een populatie op termijn zijn er enkele kanttekeningen. Zo is de kans op uitval van respondenten groter om verscheidene redenen; verhuizing, overlijden, maar ook bijvoorbeeld afzien van deelname. Het is niet ondenkbaar dat uitval geassocieerd is met identiteitsvraagstukken zoals op het gebied van geaardheid. In dit onderzoek van Fergusson et al. worden geen specificaties over non-respons onder participanten vermeld. Er kan dan ook geen enkele uitspraak worden gedaan over de betrouwbaarheid en/of validiteit en generaliseerbaarheid van het onderzoek (Goodwin, 2002).

Ryan, Huebner, Diaz & Sanchez (2009) hebben onderzocht of familiere afwijzing op de geaardheid en expressie hiervan gezondheidsproblemen voorspellen. Resultaat laat zien dat hogere scores van familiere afwijzing significant geassocieerd is met lagere gezondheiduitkomsten. Lesbiennes, homo's en biseksuele jongvolwassenen rapporteren een hogere mate van familiere afwijzing tijdens de adolescentie. Deze groep loopt een 8.4x hogere kans op een zelfmoordpoging, een 5.9x hogere kans op depressie, een 3.4x hogere kans op het gebruik van illegale drugs en een 3.4x hogere kans op onveilige seks, vergeleken met leeftijdsgenoten van families waarbij geen of lagere niveaus van familiere afwijzing werd gerapporteerd. Latino mannen rapporteerden het hoogste niveau van negatieve familiere reacties ten opzichte van hun seksuele oriëntatie in de adolescentie. De data zijn verkregen uit eerder afgenomen diepte-interviews onder 224 blanken en latino's, gerekruteerd onder 'holebi' (homoseksuelen, lesbiennes en biseksuelen) organisaties en betrof dus een 'convenient sample' (Goodwin, 2002). Over de ratio tussen blanken en latino's worden geen specificaties vermeld. Het gebruik van een 'convenient sample' maakt het onderzoek weinig betrouwbaar omdat het



waarschijnlijk is dat respondenten uit één en dezelfde groep afstammen. Hierdoor ontstaat een weinig heterogene steekproef die niet representatief en generaliseerbaar is voor de gehele populatie (Goodwin, 2002). Ryan et al. (2009) kozen voor 'op maat gemaakte' vragenlijsten voor het onderzoek en gebruikten diepte interviews met speciaal ontwikkelde kwantitatieve schalen voor ouderlijke reacties en gezondheidsindicatoren. Hoewel het in het geval van specifieke onderzoeksvragen soms nodig is om eigen schalen te ontwikkelen wordt de validiteit van het onderzoek hiermee betwistbaar. Naar 'op maat gemaakte' onderzoeksmethoden is immers geen beoordelend onderzoek gedaan door organisaties zoals de COTAN in Nederland, er is geen sprake van standaardisatie en er is geen sprake van normgroepen (Luteijn et al., 2008) In de onderzoeken van Ryan, Huebner, Diaz & Sanchez (2009) worden geen specificaties over non-respons onder hun participanten vermeld, hetgeen de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek nog verder vertroebelt.

In het onderzoek van King, Semlyen, Tai, Killaspy, Osborn, Popelyuk, & Nazareth (2008) stond de volgende hypothese centraal: "Homo's, lesbiennes en biseksuelen hebben een hoger risico op het ontwikkelen van mentale stoornissen, middelenmisbruik, suicide, suicide-ideatie en zelfmutilatie in vergelijking met heteroseksuelen. De resultaten tonen aan dat lesbische, homo's en biseksuele mensen een hoger risico lopen op het ontwikkelen van geestelijke stoornissen in vergelijking met heteroseksueel georiënteerde personen. Dit onderzoek betreft een systematisch review en meta-analyse van de prevalentie van geestelijke stoornissen, middelenmisbruik, zelfmoord, en zelfmoord ideatie en zelfmutilatie. Er zijn 476 van de 13706 onderzoeken geselecteerd waarvan er slechts 28 (25 studies) voldeden aan de inclusiecriteria. De onderzoekers claimen dat de data van in totaal 214.344 heteroseksuelen en 11.971 homo- en biseksuelen zijn onderzocht. Meta-analyse onthult dat er een twee keer grotere kans is op suïcidepogingen onder biseksuelen en homoseksuelen. Het risico op depressie- en angststoornissen waren minstens anderhalf maal groter. Afhankelijkheid van alcohol of andere middelen was eveneens anderhalf maal groter. De resultaten waren vergelijkbaar tussen beide seksen, maar meta-analyse onthult dat homoseksuele en biseksuele vrouwen het grootste risico liepen op afhankelijkheid van middelen. Suïcidepogingen kwamen vooral veel voor bij homo- en biseksuele mannen. Hoewel een meta-analyse als de methode bij uitstek wordt gezien voor het doen van generaliserende uitspraken brengt ook een dergelijk intensieve studie problemen met zich mee. Zo worden de inclusiecriteria bepaald door de onderzoekers, met het gevolg dat er een gekleurd beeld kan ontstaan met de mogelijkheid dat enkel criteria geselecteerd zijn die een bevestiging van de hypothesen mogelijk maken. Dit zou een voorbeeld zijn van 'researchers bias' (o.a. Ter Laak en de Goede, 2008).

Cochran en Mays (1999) hebben onderzocht of homoseksuelen vaker voldoen aan de criteria voor een ernstige depressie, paniekaanvallen en afhankelijkheid van middelen in vergelijking met heteroseksuelen. Uit de resultaten blijkt dat homoseksueel actieve mannen vaker voldoen aan de symptomen van een ernstige depressie en paniekaanvallen dan heteroseksuele mannen, bij homoseksuele vrouwen werd meer alcohol- en drugafhankelijkheid gevonden dan bij heteroseksuele vrouwen. Zowel mannen als vrouwen die rapporteerden homoseksueel te zijn hebben volgens de onderzoeksresultaten meer kans op psychiatrische morbiditeit en zijn geneigd vaker gebruik te maken van de geestelijke gezondheidszorg. De steekproef bestond uit 9714 respondenten, waarvan 94 mensen met enkel homoseksuele relaties in het afgelopen jaar. Cochran en Mays (1999) gebruikten multivariaat logistische regressieanalyses om de data te analyseren. In het onderzoek wordt geen informatie over non-respons gegeven. Hierdoor kunnen er geen generaliserende uitspraken worden gedaan over de populatie, maar slechts over de steekproef. Hoewel een steekproef van bijna 10.000 een groot aantal respondenten betreft moeten we in ogenschouw nemen dat het aantal huishoudens in de Verenigde Staten al in 1995 geschat werd op 98.000.000 bedroeg (US department of commerce, 1995) waarvan er (uitgaande van schatting van 10% homoseksuelen onder een bevolkingsgroep) aldus 9.800.000 homoseksueel zouden moeten zijn. Een steekproef van 94 respondenten op een steekproef van bijna 10 miljoen is bepaald niet representatief te noemen, zelfs indien er helemaal geen sprake van non-respons zou zijn. Bovendien gaat een logistische regressieanalyse zoals in dit onderzoek gebruikt is uit van het idee dat alle variabelen in beeld zijn. Gezien de ontelbaarheid van variabelen die betrekking hebben op een menselijk leven die kunnen





bijdragen aan de prevalentie van psychische problematiek is een statistische analyse eigenlijk nooit compleet te noemen in dit opzicht (Miles & Shevlin, 2004). Zo is het onder andere niet ondenkbaar dat homoseksuele mensen, juist door het onvermijdelijke proces van zelfreflectie wat hoort bij een coming out, meer inzicht hebben in zichzelf en daarmee ook in de door hen ervaren problematiek, waardoor ze een meer divers beeld van de psyche (kunnen) rapporteren.

In ander onderzoek van Mays en Cochran (2001) is onderzocht of 'ervaren' discriminatie een rol speelt in de hogere prevalentie van stress- sensitieve psychische stoornissen onder homoseksuelen in vergelijking met heteroseksuelen. De resultaten laat zien dat homoseksuele en biseksuele individuen meer discriminatie ervaren en rapporteren dan heteroseksuelen. Bijna 42% wijt dit gedeeltelijke of in het geheel aan hun seksuele oriëntatie. Veronderstelde discriminatie was positief geassocieerd met schadelijke effecten op de kwaliteit van leven en indicatoren van psychiatrische morbiditeiten in een steekproef. De steekproef bestond uit 2844 heteroseksuele volwassenen en 73 homoseksuele volwassenen. De leeftijd varieerde van 25 tot 74 jaar. Data zijn verzameld door middel van random gekozen telefoonnummers van een niet klinische, Engelssprekende Amerikaanse populatie. Ook is de eenjarige prevalentie van depressie, angst, middelenmisbruik huidige psychologische stress en zelfbeoordeelde geestelijke gezondheid onderzocht. Aangezien het onderzoek uit meerdere stappen bestond was er veel sprake van non-respons; in totaal vielen 641 respondenten af, wat een percentage van circa 18 procent impliceert. Uitval doet af aan de validiteit van het onderzoek, onder andere wanneer het vanwege psychische klachten gebeurt. Ondanks het relatief grote aantal respondenten kunnen er om deze reden geen generaliseerbare uitspraken over het onderzoek gedaan worden. Daarnaast is de totale steekproef van homoseksuelen (N=73) te klein voor het trekken van conclusies. Hoewel dat een telefonisch interview relatief weinig tijd en geld kost kan deze methode voor nadelen zorgen. Doordat mensen niet vooraf benaderd zijn om toestemming te vragen voor een telefonisch interview werden mensen er als het ware door overvallen. Hierdoor weten ze niet met wie ze te maken hebben en wat er van hen verwacht werd. Dit kan invloed hebben gehad op de antwoorden (Baarda en de Goede, 1995). Een enquête volgend op het telefonisch contact brengt ook risico's met zich mee. Zo zal niet elke geënquêteerde daadwerkelijk deelnemen aan het onderzoek (door bijvoorbeeld gebrek aan motivatie, problemen met de bezorging, of onduidelijkheden) waardoor de non-respons wordt verhoogt. Ook is er tijdens het invullen van de enquête geen enkele controle op de deelnemers (op bijvoorbeeld volledigheid). In dit interview worden de nadelen van telefonisch en enquête onderzoek met elkaar gecombineerd hetgeen de generaliseerbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek niet ten goede komt.

Cochran & Mays (2009) hebben de associaties tussen seksuele oriëntatie en geestelijke gezondheid onderzocht. De resultaten impliceren dat er een verband is tussen seksuele geaardheid, psychische gezondheid en middelenmisbruik. Het behoren tot een minderheidsgroep op het gebied van seksuele oriëntatie lijkt een risicofactor voor psychiatrische morbiditeit. De risicofactoren betreffen geslachten en de expressie van seksuele geaardheid, onder homoseksuele en biseksuele mannen is het verhoogde risico overigens gerelateerd aan HIV infectie. Seksuele geaardheid representeert volgens Cochran en Mays een belangrijke, maar weinig onderzocht persoonlijkheidskenmerk die van invloed is op psychiatrische morbiditeit. Hoewel zij stellig zijn in hun uitspraken is hier geen sprake van onderzoek waarbij op enig niveau causale verbanden zijn onderzocht of kunnen worden geïmpliceerd. Het zou de onderzoekers aldus sieren als ze zouden stellen: "Seksuele geaardheid representeert een belangrijke, maar weinig onderzocht persoonlijkheidskenmerk die van invloed *kan zijn* op psychiatrische morbiditeit". Van de 4165 respondenten die waren geselecteerd voor participatie zijn er 2322 succesvol geïnterviewd. Het responspercentage was daarmee 56%. De hoge non-respons verlaagt de betrouwbaarheid en validiteit zodanig dat er geen harde uitspraken kunnen worden gedaan (Goodwin, 2002). Om een relevante heteroseksuele controlegroep te creëren zijn er 2272 participanten geselecteerd voor het interview, waaronder 652 homo -en biseksuelen in de leeftijd van 18 tot 72. Het telefonisch interview bestond uit een volledig gestructureerde vragenlijst en is afgenomen door getrainde interviewers. Een telefonisch interview kent diverse eerder beschreven nadelen.



Cochran en Mays (2007) hebben onderzocht of het behoren tot een minderheidsgroep (homoseksuelen) geassocieerd is met een verhoogde kans op psychische gezondheidsproblemen. Dit onderzoek laat zien dat homo- en biseksuele mannen en vrouwen een grotere variëteit van gezondheidsproblemen en beperkingen hebben dan exclusief heteroseksuelen. Homo- en biseksuelen, maar ook heteroseksuelen met homoseksuele ervaringen hadden een hoger niveau van psychologische stress dan exclusief heteroseksuelen. Evenals in eerder genoemde onderzoeken valt te betwisten dat alle relevante variabelen zijn meegenomen in het onderzoek. Er is in dit artikel bovendien geen specificatie vermeld van de percentages homo- en biseksuelen en heteroseksuelen; hierdoor wordt onduidelijk gehouden in hoeverre de groepen representatief of onderling vergelijkbaar zijn.

Cochran en Mays (2000) hebben onderzocht of homoseksuele en biseksuele mannen een levenslange verhoogde prevalentie hebben op het gebied van suïcidale symptomen en affectieve stoornissen in vergelijking met heteroseksuelen. Resultaat laat zien dat er een verhoogde levenslange prevalentie van suïcidale symptomen en affectieve stoornissen is onder homo- en biseksuele mannen in vergelijking met heteroseksuele mannen. De steekproef bestond uit mannen van 17 tot 39 jaar en zijn verdeeld in drie groepen; een homo- en biseksuele groep, een heteroseksuele groep en een groep zonder seksuele contacten in het afgelopen jaar. Van de 3648 participanten rapporteerde 3.1 % homo- of biseksueel te zijn. De non-respons was 2083. Er is niet gespecificeerd waardoor de uitval verklaard kan worden. Dit hoge non-respons cijfer maakt dat er geen generaliserende uitspraken kunnen worden gedaan over de gehele populatie (Goodwin, 2002). Het onderzoek betreft een periodiek gezondheidsonderzoek onder niet geïnstitutionaliseerde burgers. Een face-to-face interview vond plaats bij de participanten thuis. Hierop volgde een fysiek onderzoek en werden verdere gezondheidsvragenlijsten afgenomen in een speciaal ingeruimde testsituatie. Hoewel een face-to-face onderzoek een maximale controle geeft over de snelheid van het onderzoek en de volledigheid hiervan zijn mensen hierbij meer geneigd om sociaal wenselijke antwoorden te geven hetgeen van invloed kan zijn op de validiteit van het onderzoek (Baarda en de Goede, 1995).

Grella, Greenwell, Mays & Cochran (2009) hebben onderzocht of seksuele oriëntatie van invloed is op het zoeken van behandelingen. Grella et al. onderzochten het aantal behandelingen ten bate van psychische klachten. Het onderzoek wijst uit dat homo- en biseksuele vrouwen vaker een behandeling ontvingen voor psychische klachten en middelenmisbruik dan heteroseksuele individuen. Een populatie van 2074 mensen (56% van de totale steekproef) van 18 tot 64 jaar die in het jaar voorafgaand aan het onderzoek behandeling ondergingen voor geestelijke gezondheidsklachten of middelenmisbruik zijn hierbij onderzocht. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een logistische regressieanalyse om factoren die van invloed zijn op het gebruiken van psychiatrische interventies in kaart te brengen. Hoewel er hier gesproken wordt over een bewijs van een hogere prevalentie van psychische symptomen bij homoseksuelen kan het tegendeel ook worden beweerd; homo- en biseksuele mannen ontvingen volgens dit onderzoek namelijk juist minder behandeling dan heteroseksuelen. De validiteit van dit onderzoek valt dan ook te betwisten; hebben de onderzoekers inderdaad onderzocht wat de invloed is van geaardheid op het gebruik van behandeling, of hebben ze in feite iets anders onderzocht (Baarda en de Goede, 1995)? Het is niet ondenkbaar dat dit onderzoek eventuele andere oorzaken voor het al dan niet ondergaan van psychologische behandeling buiten beschouwing heeft gelaten. Zo blijkt ook uit bijvoorbeeld rouwonderzoek dat vrouwen eerder geneigd zijn tot het zoeken van psychologische hulp dan mannen (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2007). Dat er in relaties tussen twee vrouwen meer psychologische behandeling wordt ontvangen dan tussen mannen en vrouwen is dan wellicht eerder een gevolg van primaire geslachtsverschillen dan van verschillen tussen hetero- of homoseksuele geaardheid.



Gilman, Cochran, Mays, Hughes, Ostrow & Kessler (2001) hebben het risico op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen bij homoseksuelen onderzocht. Gilman et al. vonden een algemene verhoging van het risico op onder andere angst- en stemmingsstoornissen van homoseksuelen in vergelijking met heteroseksuelen in een representatieve nationale enquête. Gilman et al. (2001) onderzochten 8098 deelnemers, afkomstig uit een "Amerikaanse Household" studie. Een totaal van 2.1% van de mannen en 1.5 % van de vrouwen (in totaal 292) rapporteren één of meer gelijkgeslachtelijke seksuele partners in de afgelopen vijf jaar. Deze respondenten hadden een hogere 12 maanden prevalentie van middelenmisbruik, angst, stemmingsstoornissen en zelfmoordgedachten evenals -plannen in vergelijking met de respondenten met alleen heteroseksuele partners. Gilman et al. (2001) gebruikten logistische regressieanalyses ten bate van de onderzoeksresultaten. Het responspercentage van het onderzoek van Gilman et al (2001) was 82,4%. Dit betekent dat er ongeveer 10.000 huishoudens benaderd zijn voor het onderzoek. Een non respons van 17.6% is redelijk groot bovendien was er onduidelijkheid is over de reden van non respons. Non respons kan ontstaan door verscheidene redenen waaronder mogelijke psychische of somatische aandoeningen of geaardheid, hetgeen relevant zou kunnen zijn voor dit onderzoek (Baarda & de Goede, 1997). Onder andere door dit gebrek aan relevante informatie is het niet mogelijk om harde, generaliseerbare uitspraken te doen aan de hand van dit onderzoek.

Hoewel eerder genoemde onderzoeken een verhoogde prevalentie van psychische klachten laten zien bij homoseksuelen, laat gerelateerd onderzoek tegenstrijdige resultaten zien. Rosario, Schrimshaw, Hunter & Gwads (2002) hebben de relatie tussen homogereleerde stress en emotionele stress onderzocht. Rosario et al. (2002) vonden in tegenstelling tot de eerdergenoemde onderzoeken middels een longitudinaal onderzoek geen significante verschillen in homogereleerde stress en emotionele stress bij homoseksuele, lesbische en biseksuele jongeren. Sommige bevindingen waren consistent met de gestelde hypothese dat stress geassocieerd is met een hogere kans op herhaling van stress, deze werden ondermijnd door een groter aantal non-significante relaties. Hierdoor kon de hypothese niet worden gesteund. In dit onderzoek zijn longitudinale relaties tussen homogereleerde stress (door homogereleerde stressvolle gebeurtenissen, negatieve attitudes en ongemak met de eigen homoseksualiteit) en emotionele stress (angstsymptomen, depressieve symptomen en conductieproblemen) onderzocht op drie momenten (baseline, 6 maanden en 12 maanden) door middel van gestructureerde interviews onder 140 homoseksuele- lesbische en biseksuele (GLB) jongeren. De non respons was 24 en mogelijke reden voor de uitval kan worden verklaard doordat sommige respondenten ondanks de vergoeding wellicht geen motivatie hebben om aan interviews over een dergelijk kwetsbaar onderwerp van twee a drie uur deel te nemen. Hierdoor kan vertekening ontstaan, omdat er hierdoor wellicht een onbewuste mogelijke selectie is gemaakt (Baarda & de Goede, 1995). De jongeren werden uit vijf homogereleerde organisaties, drie maatschappelijke organisaties en twee studentenorganisatie geworven. Kiezen voor een 'convenience sample' zoals bij deze steekproef heeft als risico dat de steekproef niet representatief of generaliseerbaar is (Goodwin, 2002).

Terugkomend op de onderzoeksvraag "*Hebben moslims met homoseksuele gevoelens een hogere prevalentie van angst- en depressieklachten dan religieus georiënteerde Nederlanders met homoseksuele gevoelens?*" kan worden gesteld dat onderzoek naar verbanden tussen homoseksualiteit en de prevalentie van psychische klachten het aannemelijk maakt dat dergelijke verband bestaat. Op basis daarvan kunnen echter geen uitspraken worden gedaan over causale verbanden



## Methoden

### *Design*

Om de hypothesen te toetsen is er gebruikt gemaakt van een independent group design aangezien de autochtone en allochtone participanten verschillende groepen zijn (Grimm, 1993). De resultaten van beiden groepen op depressie zijn gebaseerd op verkregen scores uit de depressie schaal van de Symptom Checklist-90 (SCL-90: Arrindell & Ettema, 2002) en de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D: Bouma, Tanchor, Sanderman & Sonderen, 1995). De resultaten op het gebied van angst zijn gebaseerd op scores uit de angst schaal van de SCL-90 en de Zelfbeoordelings vragenlijst (ZBV -Nederlandse versie van de STAI-: van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1979). Dit zijn allen veel gebruikte vragenlijsten om angst- en depressieklachten te meten en worden gebruikt op zowel klinische schaal (SCL-90 en ZBV) als op populatieniveau (CES-D). Door het combineren van de drie vragenlijsten wordt de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek opgestuwd (Luteijn, Barelds, Arrindell, Deelman, Kamphuis & Vertommen, 2008). De afhankelijke variabelen zijn de angst – en depressieklachten gemeten met behulp van de SCL-90, de ZBV en de CES-D. De gemeten onafhankelijke variabelen zijn religieuze oriëntatie (religieus georiënteerde Nederlanders en moslims) en homoseksualiteit. Er is onderzoek verricht naar de prevalentie van angst en depressieklachten onder religieus georiënteerde autochtone mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens. Het ging hierbij om mensen die een religieuze opvoeding hebben genoten en/of mensen die zichzelf op dit moment als religieus georiënteerd bestempelen. Deze groep zal vergeleken worden met een groep islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens. Naast het gebruik van enkele schalen van eerder genoemde gestandaardiseerde vragenlijsten gebruikt hebben er ook voor dit onderzoek ontworpen semigestructureerde interviews plaatsgevonden. De interviews zijn afgenomen om achtergrondinformatie te verkrijgen een daarmee een beeld van het verloop van eventuele klachten bij de respondenten en zijn nadrukkelijk niet bedoeld om klachten in beeld te krijgen (Luteijn et al., 2008).

### *Participantenwerving*

In dit onderzoek zijn homoseksuele mannen en vrouwen met een religieuze oriëntatie gezocht die woonachtig zijn in Nederland. De werving vond plaats door middel van de sneeuwbal methode (Baarda en de Goede, 1995). De werving is in eerste instantie bewerkstelligd via het persoonlijke netwerk van de onderzoekers. De respondenten konden op hun beurt potentiële respondenten benaderen die door de onderzoekers konden worden benaderd. Dit heeft geleid tot een steekproef met N=43 en betrof 22 mannen en 21 vrouwen. De participanten zijn afkomstig uit de reguliere Nederlandse bevolking en niet uit een klinische populatie. De homoseksuele islamitische participanten waren afkomstig uit gelijktijdig lopend onderzoek. Ook deze zijn geworven middels de sneeuwbal methode. Vanwege de kleine populatie en moeilijke vindbaarheid van participanten is bovendien contact is gezocht met hulporganisaties voor islamitische homoseksuelen om de werving te bespoedigen. Er is getracht een zo heterogeen mogelijke steekproef te creëren op het gebied van; leeftijd, opleidingsniveau en woonplaats.

### *Steekproef*

De steekproef betreft een steekproef van 43 autochtone mannen en vrouwen en 44 allochtone mannen en vrouwen. Om een beter inzicht te verschaffen in de demografie van de participanten zijn tabellen toegevoegd. In tabel 1 is de leeftijdsverdeling per categorie weergegeven. De gemiddelde leeftijd van de totale autochtone steekproef (n=43) is 35,1 jaar (zie tabel 1) met een standaarddeviatie van 13,7. De totale steekproef van de allochtone participanten (n=45) is 28,4 jaar met een standaarddeviatie van 8,4. De participanten zijn woonachtig in verschillende provincies van Nederland (zie tabel 3). Het gemiddelde opleidingsniveau is het hoger beroepsonderwijs (HBO), weergegeven in tabel 4. De non-respons uit deze steekproef bedraagt 17 personen. Deelname aan het onderzoek was op vrijwillige basis. De non-respons betrof homoseksuele religieus georiënteerde autochtonen die aangaven niet mee te willen doen aan het onderzoek.

Tabel 1 *Leeftijd autochtone (n=43) en allochtone participanten (n=45)*

<b>Leeftijdscategorie</b>	<b>Autochtone participanten</b>	<b>Allochtone participanten</b>
≤20	4	8
21-29	14	21
30-39	11	12
40-49	5	2
50-59	7	2
≥60	2	-

Tabel 2

*Leeftijd naar afkomst (n=*

<b>Geslacht</b>	<b>Gemiddelde leeftijd</b>	<b>Standaarddeviaties</b>
Autochtonen (n=43)	35,1	13,7
Allochtonen (n=45)	28,4	8,4
Totaal (n=88)	31,6	11,7

Tabel 3

*Woonplaatsen van autochtone participanten (n=43)*

<b>Woonachtig in</b>	<b>Aantal participanten</b>
Utrecht	16
Overijssel	12
Limburg	1
Zuid-Holland	6
Brabant	4
Noord-Holland	3
Groningen	1

Tabel 4

*Hoogst genoten opleidingsniveau autochtone (n=43) en allochtone participanten (n=44)*

<b>Opleiding</b>	<b>Autochtone participanten</b>	<b>Allochtone participanten</b>
Lager onderwijs (LO)	3	2
Middelbaar Onderwijs (MO)	8	13
Middelbaar Beroeps Onderwijs (MBO)	10	10
Hoger Beroeps Onderwijs (HBO)	15	14
Wetenschappelijk onderwijs (WO)	7	7



### *Procedure*

Wetenschappelijke artikelen voor het onderzoek en het voorafgaande review zijn gevonden via zoekmachines (Psychinfo, Scopus, Picarta en Google Scholar) met behulp van de volgende zoektermen: *gay, lesbian, muslim, islam, anxiety, homosexual, depression, mental health, christianity, stress, religion, queer, LGB, homosexuality, homoseksueel, homoseksualiteit, lesbisch, islamitisch, Meyer, Cochran, King*. Daarnaast is voor het verkrijgen van achtergrondinformatie gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview op het gebied van de topics: algemene informatie, homoseksualiteit, familie, omgeving, religie en problematiek & hulpverlening.

### *Meetinstrumenten*

#### *Semigestructureerd interview*

Het proces van interview begon met een introductie van het doel en de opzet van het interview en de klachtenvragenlijst. De interviewvragen zijn ontwikkeld voor een overkoepelende studie naar Moslims met homoseksuele gevoelens en psychische klachten. De interviewvragen zijn aangepast voor gebruik bij Nederlandse homoseksuele religieus georiënteerde respondenten. Het interview startte met het uitvragen van demografische gegevens, zoals; leeftijd, opleiding & werk, geslacht, land van herkomst, woonplaats en seksuele voorkeur. De overige vragen hebben betrekking op een vijftal topics, te weten: homoseksualiteit, familie, omgeving, christendom en hulpverlening. Voor het totale interview; zie bijlage 2. De interviews zijn afgenomen in een veilige omgeving, vaak was dit bij de participanten thuis, enkele keren of op een beschikbare ruimte op het werk van de respondent of onderzoekers. Hierdoor is getracht om de participanten zoveel mogelijk op hun gemak te stellen. De participanten hadden de mogelijkheid om zelf te beslissen wanneer en waar het interview plaatsvond. Tijdens het interview zijn schriftelijke aantekeningen gemaakt die na het interview werden uitgewerkt.

#### *Vragenlijsten*

Volgend op het interview is een vragenlijst afgenomen (zie bijlage) die kan worden onderverdeeld in een angst- en een depressiegedeelte. De vragenlijst is samengesteld uit de drie oorspronkelijke vragenlijsten: ZBV (Van der Ploeg et al., 2000), CES-D (Bouma et al., 1995) en SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2002).

De ZBV (bijlage) is een bewerking van Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Deze bestaat uit twee schalen: toestandsangst (state-anxiety) en dispositie angst (trait-anxiety) en beoogt algemene angst te meten (Luteijn et al, 2008). Voor dit onderzoek is gekozen voor het meten van de dispositieangst. Door middel van 20 items is daarmee de angst in het algemeen gemeten. Respondenten gaven daarbij met behulp van een vierpunts-likertschaal aan in hoeverre zij zich over het algemeen konden vinden in bepaalde stellingen. Deze waren deels positief en deels negatief gesteld. Enkele voorbeeldstellingen zijn: "Ik pieker te veel over dingen die niet zo belangrijk zijn" en "Ik ben tevreden". Deze schaal bevat de vier keuzemogelijkheden: bijna nooit, soms, vaak of bijna altijd. Hoewel de dispositie angstlijst van de ZBV hoog correleert met vragenlijsten voor zowel neuroticisme als depressie scoort de ZBV als geheel een COTAN beoordeling van 'goed' op betrouwbaarheid en validiteit (Luteijn et al., 2008).

De SCL-90 is een zelfbeoordelings schaal met 90 items die beoogt psychopathologie vast te stellen (Luteijn et al, 2008) en bevat in 8 schalen die kunnen worden opgevat als factoren van de eerste orde (Luteijn et al, 2008). Hier zijn voor dit onderzoek twee relevante schalen gebruikt, te weten: Angst en Depressie. Respondenten geven door middel van een vijf-punts Likertschaal aan in hoeverre er sprake is geweest van genoemde klachten gedurende de afgelopen week inclusief de dag van afname. Respondenten maakten hierbij een keuze uit: helemaal niet, een beetje, nogal, tamelijk veel of heel erg (Arrindell & Ettema, 2002). De beoordeling van de COTAN op het gebied van betrouwbaarheid en validiteit is 'zeer goed' (Luteijn et al., 2008).



De CES-D (bijlage) is een 20 items tellende vragenlijst die depressieve symptomen beoogt te meten. De lijst bevat vier veronderstelde schalen, te weten: depressief gevoel, inter-persoonlijk gevoel, positief gevoel en somatiek & remming. Op itemniveau meet de lijst: somberheid, schuldgevoelens, gevoelens van hulpeloosheid, verlies van eetlust en slaapproblemen. Deze vormen samen de meest belangrijke aspecten van depressie (Luteijn et al, 2008). Een voorbeeld-item is: "Tijdens de afgelopen week had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte". Respondenten vulden met behulp van een vierpunts Likert-schaal in, in hoeverre er sprake is geweest van genoemde toestanden gedurende de afgelopen zeven dagen. De schaal bevatte de keuzemogelijkheden: zelden/nooit, soms/weinig, regelmatig en meestal/altijd (Bouma et al., 1995). De Cronbach's coëfficiënt voor de CES-D op het gebied van psychometrische kwaliteit is matig met een onvoldoende score voor normen en criteriumvaliditeit. Om deze reden wordt de CES-D vooral op populatieniveau gebruikt (Luteijn et al., 2008).

Middels een betrouwbaarheidsanalyse, uitgevoerd in het programma SPSS, blijken alle vier de schalen onderling sterk met elkaar te correleren. Dit betekent dat de deel vragenlijsten niet voldoende discriminerende validiteit heeft ten opzichte van elkaar. De subschalen hebben een goede interne validiteit met alpha's groter dan  $\alpha = .71$  (zie bijlage 4.3, Goodwin, 2002).

#### *Ethische overwegingen*

Gezien de intieme aard van het onderzoek en de kwetsbaarheid van de doelgroep speelde ethische overwegingen een grote rol in het onderzoek. Middels een informed consent (zie bijlage 1) is benadrukt dat de gegevens anoniem blijven, niet openbaar worden gemaakt of aan derden vertrekt. Ook werd benadrukt dat respondenten te allen tijde de vrijheid hadden te stoppen met het interview. Bovendien vond het interview plaats op een plek die werd bepaald door de participant. Met deze voorzorgsmaatregelen werd de veiligheid van deelname zo goed mogelijk gewaarborgd teneinde een ethisch verantwoorde onderzoeks omgeving te creëren.

#### *Analyse*

Er is onderzocht of er een significant verschil is tussen twee onafhankelijke groepen, te weten: tussen religieus georiënteerde autochtone en Islamitisch georiënteerde allochtone mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens. Hiervoor zijn de gemiddelden van deze groepen met elkaar vergeleken. Voor het kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van een independent-samples *t*-toets (Brace, Kemp & Snelgar, 2006). In dit onderzoek is een eenzijdige (linkszijdige) *t*-toets gebruikt aangezien wordt aangenomen dat de islamitische groep meer klachten rapporteert dan de niet-islamitische groep. De verwachting is dat de *t*-toetsen significante uitkomsten laten zien waarbij  $p < .05$ .

#### *Statistische analyse en software*

Voor het uitvoeren van de *t*-test en de betrouwbaarheidsanalyse is gebruik gemaakt van het computerprogramma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 16.0 (Brace, Kemp & Snelgar, 2006).



## Resultaten (kwantitatief)

### Karakteristieken van de samples

De autochtone steekproef (N=43) bestaat uit Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens. De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was ten tijde van het onderzoek 35,14 jaar. Het gemiddelde opleidingsniveau is het hoger beroepsonderwijs (HBO). De islamitische steekproef (N=45) bestond uit 22 mannen en 23 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 28,4 jaar. De resultaten worden uiteengezet per vragenlijst.

### Hypothese 1: Islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens rapporteren meer angstklachten dan Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens.

#### ZBV

De eerste hypothese "Islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele rapporteren meer angstklachten dan Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens", kan op basis van de vergeleken gemiddelde ZBV scores worden aangenomen. Resultaten zijn verkregen door middel van een independent-samples *t*-toets. De gemiddelde score van de Islamitische steekproef (42.38) op de ZBV wijkt significant af van de niet-islamitische steekproef ( $m=35.60$ ):  $t(86)=-3.178$ ,  $p=.001$ .

#### SCL 90

De hypothese "Islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele rapporteren meer angstklachten dan Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens", kan door middel van de vergeleken gemiddelden op de angstschaal van de SCL-90 met behulp van de *t*-toets worden aangenomen. De gemiddelde score van de islamitische steekproef (17.35) op de SCL angstschaal wijkt significant af van de niet-islamitische steekproef ( $m= 13.77$ ):  $t(86)= -2.68$ ,  $p=.005$ .

Tabel 5

*t*-toets van de SCL-90 (angstschaal) en ZBV; autochtonen en allochtonen

	t	Df	Sig. (1-tailed)	Mean Difference
ZBV	-3.18	86	.001	-6.77
SCL-90 (angst)	-2.68	86	.0045	-3.58





**Hypothese 2: Islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens rapporteren meer depressieklachten dan Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens.**

*SCL 90*

De hypothese "Islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele rapporteren meer depressieklachten dan Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens", kan door middel van de vergeleken gemiddelden op de depressieschaal van de SCL-90 worden aangenomen met behulp van de *t*-toets. De gemiddelde scores van de islamitische steekproef op de depressieschaal significant af van de niet-islamitische steekproef ( $m=19.60$ ):  $t(81.179) = -2.944$ ,  $p = .002$ .

*CES-D*

De hypothese "Islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele rapporteren meer depressieklachten dan Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens", kan met behulp van de *t*-toets op de CES-D worden aangenomen. De gemiddelde score van de Islamitische steekproef (16.75) op de CES-D wijkt significant af van de niet-islamitische steekproef ( $m = 8.72$ ):  $t(86) = -3.59$ ,  $p = .001$ .

Tabel 5

*t*-toets van de SCL-90 (depressieschaal) en CES-D; autochtonen en allochtonen

	t	Df	Sig. (1-tailed)	Mean Difference
SCL-90 (dep.)	-2.94	81.18	.002	-6.26
CES-D	-3.60	86	.0005	-8.03

**Resultaten interviews (kwalitatief)**

In het onderzoek is door het afnemen van semigestructureerde interviews getracht een beeld te verkrijgen van verschillende aspecten van het leven van de autochtone respondenten binnen de topics; homoseksualiteit, familie, omgeving, religie en hulpverlening. In dit onderdeel worden deze bevindingen ingedeeld aan de hand van genoemde topics. De resultaten uit de interviews dienen als achtergrondinformatie bij het onderzoek.

*Homoseksualiteit*

De homoseksuele gevoelens ontwikkelden zich bij de meerderheid van de participanten al op vroege leeftijd. Op drie na geven alle participanten aan dat ze al voor de puberteit de eerste kenmerken waarnamen, zoals: verliefd worden op een meester of juf van hetzelfde geslacht, geen interesse hebben voor het andere geslacht of fantasieën en gedachte over hetzelfde geslacht. Het valt op dat 5 participanten met een vaste relatie zichzelf niet als homoseksueel beschouwen. Als redenen hiervoor worden aangedragen; bisexualiteit of het zich verzetten tegen de hokjesmentaliteit die uitgaat van het gebruik van de term 'homoseksueel'. Eén van de respondenten die zichzelf niet als homoseksueel beschouwd is echter al 12,5 jaar samen en inmiddels getrouwd met een partner van hetzelfde geslacht. Eén van de respondenten geeft aan problemen te hebben met de term homoseksueel. Zij prefereert de term 'homofiel' om dat deze voor haar een minder plastische lading heeft en beter klopt aangezien de aantrekkingskracht zich niet beperkt tot seksualiteit.

*Familie*

Bijna alle participanten geven aan een goede verstandhouding te hebben met familie. Deze verstandhouding is bij het merendeel van de participanten niet negatief veranderd sinds de coming- out. Eén jonge vrouw geeft



aan dat de familie haar homoseksualiteit niet accepteert; er is sprake van contact maar er wordt niet over de homoseksualiteit gesproken. Hierbij moet worden vermeld dat de coming out van de deelnemster in kwestie zeer recentelijk heeft plaatsgevonden (6 maanden geleden). Eén respondent geeft aan dat de meeste van haar familieleden al waren overleden toen zij voor het eerst een homoseksuele relatie kreeg. Zij kon aldus geen uitspraken doen over een eventuele acceptatie. Wel geven enkele deelnemers aan dat de acceptatie door familie (vooral met 'extended-family' zoals ooms, tantes, neven en nichten) een tijdje geduurd heeft, dit varieerde van een half jaar tot 5 á 6 jaar. Gevoelens van ongelof en schaamte ten opzichte van anderen kwamen in deze eerste periode voor bij familie, aldus de participanten. Door een drietal participanten is aangegeven dat het contact met familie is verbeterd na de 'coming out' dit had te maken met het meer zichzelf kunnen zijn en/of een goed contact tussen familie en de huidige partner.

### *Omgeving*

Alle participanten gaven aan dat hun omgeving positief is over hun geaardheid. Slechts één deelnemer geeft aan dat er een wat ongemakkelijke situatie is ontstaan bij één van zijn twee vriendengroepen. Hoewel ook deze groep zijn geaardheid inmiddels heeft weten te accepteren blijkt de gedachte aan deze worsteling zeer emotioneel, gezien de getoonde emoties ten tijd van het interview. Het valt op dat onder deze participanten een aantal vrouwen aangeeft niet concreet te (willen) vertellen aan de omgeving dat er sprake is van een homoseksuele geaardheid. Een respondent verwoordt het treffend met " Ik ga het niet vertellen: dat vind ik raar, dat doet een heterostel toch ook niet?". Hoewel de omgeving veelal positief reageert, nuanceert een aantal participanten het beeld door aan te geven dat ze vermoeden dat enkele mensen uit hun indirecte omgeving (zoals collega's) er wel moeite mee hebben maar dit niet direct uiten. Dit uit zich in het indirect terughoren van negatieve opmerkingen in het informele circuit tot het horen van kritiek tijdens discussies over gerelateerde onderwerpen. Deelnemers koppelen de positieve reacties van hun omgeving voornamelijk aan hun eigen (assertieve) manier van omgaan met hun geaardheid of aan het hebben van een partner.

Elf participanten geven aan dat ze wel eens te maken hebben gehad met discriminerende opmerkingen. Eén mannelijke participant is wel eens bedreigd met een wapen en één participant heeft te maken gehad met fysiek geweld (door participant 'potenrammerij' genoemd). Eén participant is geweigerd voor een baan. Dit betrof het niet toegewezen krijgen van pleegkinderen in een gezin met twee moeders.

### *Religie*

Op de vraag "beschouwt u zichzelf als religieus" antwoordden 10 participanten met een volmondig "ja!". Ondanks de in sommige gevallen streng religieuze opvoeding geven de meeste respondenten aan niet (meer) zoveel te hebben met religie in dogmatische zin. De meeste deelnemers geven aan te geloven dat er "iets" is, of religieus te zijn op het gebied van zingeving. De participanten zijn zonder uitzondering erg open over hun religieuze overtuigingen of achtergrond ten opzichte van anderen.

### *Hulpverlening*

Elf deelnemers geven aan in het verleden gebruik te hebben gemaakt van hulpverlening bij een instantie wegens psychische klachten. Hierbij ging het bij één respondent om de verwerking van homo gerelateerd geweld en bij één participant wegens hulp en steun bij de coming out. In de andere gevallen gaven de participanten aan dat de klachten volgens hen niets te maken hadden met de geaardheid. De hulpverlening betrof individuele gesprekken met een therapeut, groepstherapie of steungroepen van het COC. Twee respondenten gaven aan door de ouders naar een dominee te zijn 'gestuurd', een ander kreeg hulp van een geestelijke gedurende problemen in zijn diensttijd. Twee respondenten waren ontevreden met de geboden hulp en besloten na een intakegesprek niet tot behandeling. De behandelde participanten waren over het algemeen te spreken over de empathie en het luistervermogen van de dienstverleners maar minder te spreken over praktische hulpverleningsmogelijkheden. Ook bij de respondenten zonder ervaring in de hulpverlening is



gevraagd hoe zij denken over verbeteringen in de zorg. Vaak wordt een verlaging van de drempel genoemd als verbeterpunt. Dit kan volgens de participanten worden verworven door meer gebruik maken van internet. Hier wordt gedacht aan een personalisering van internetinformatie door het gebruik van relevante persoonlijke informatie over hulpverleners (informatie over gearrdheid of bijvoorbeeld het toevoegen van een foto) om de drempel tot het vragen van hulp te verlagen. Zo geven enkele participanten aan wel eens hulpverlening overwogen te hebben of achteraf gezien wellicht baat hadden kunnen hebben bij officiële hulpverlening.

#### *Aanvullend*

Als aanvullingen en opmerkingen werd door enkele participanten aangedragen dat de emancipatie van homoseksuelen in Nederland bij lange na niet voltooid is en dat individuele homo's binnen gemeenschappen de beste ambassadeurs zijn voor emancipatie: "ik denk dat mensen hun mening bijstellen als ze een homo kennen", "onbekend maakt onbemind en andersom" of zoals een participant aangeeft: "Iedereen in Nederland zou een homo in zijn directe omgeving moeten hebben". Ook rolmodellen op de televisie werden veelvuldig aangehaald als hulpbronnen bij het zoeken van een eigen identiteit en de stap durven zetten naar een coming out. Jos Brink en Albert Mol werden genoemd als mannen die door hun openlijke homoseksualiteit in het verleden het taboe doorbraken er blijkt dus ook tegenwoordig behoefte aan aansprekende rolmodellen.

#### **Conclusie**

In dit onderzoek bleek de steekproef van allochtone, islamitische participanten met homoseksuele gevoelens een significant hogere prevalentie te hebben van angst- en depressieklachten dan Nederlandse participanten met een religieuze oriëntatie. Het onderdeel uitmaken van een dubbele minderheidsgroep (in dit geval zowel homoseksuele gevoelens hebben als moslim zijn) lijkt op basis van de resultaten een invloedrijke factor in het ervaren van zowel angst- als depressieklachten. Dit is in overeenkomst met de principes van het Minority Stress Model van Meyer (1995) en de aanname dat dit model ook multidimensioneel kan worden toegepast op het behoren tot een dubbele minderheidsgroep.

Steekproeven van de onderzochte populaties zijn getrokken uit de Nederlandse bevolking waarbij vragenlijsten op het gebied van angst (items uit de angstschaal SCL-90 en ZBV) en depressie (items uit de depressieschaal SCL-90 en de CES-D) zijn afgenomen. De verwachting hierbij was dat moslims met homoseksuele gevoelens meer angst en depressieklachten ervaren dan religieus georiënteerde autochtonen met homoseksuele gevoelens. Uit de resultaten blijkt dat beide hypothesen kunnen worden aangenomen. De gemiddelde scores van de autochtone groep verschillen op zowel de angst- als de depressieschalen significant van de allochtone groep.

Naast de vragenlijsten is een semigestructureerd interview afgenomen bij de autochtone participanten om relevante informatie te verzamelen over hun achtergronden. Uit de interviews kwam naar voren dat veel participanten hun religieuze oriëntatie en homoseksualiteit gecombineerd hebben. Zij zien ruimte voor homoseksualiteit binnen het geloof. Verder kwam naar voren dat sommige participanten bij hun coming out te maken kregen met onbegrip van familie. Op een enkeling na heeft de familie hen inmiddels geaccepteerd. De onderlinge band is daarbij in stand gebleven of zelfs beter geworden.

Een belangrijke bevinding uit de interviews is dat de hulpverlening meer aandacht dient te besteden aan homoseksualiteit. De drempel om psychologische hulp te zoeken is op dit moment voor velen (te) hoog. Volgens participanten kan bijvoorbeeld media-aandacht deze drempel verlagen. Meer kennis over homoseksualiteit kan bewerkstelligd worden door voorlichting op scholen of gebedshuizen. Wanneer instanties als scholen en kerken tolerante boodschappen uitdragen kan er wellicht in een groter deel van de gemeenschap acceptatie ontstaan ten opzichte van homoseksualiteit.



## Discussie

De inzichten volgens uit dit onderzoek hebben zowel theoretische als klinische relevantie. Indien therapie wordt aangeboden aan homoseksuelen met een religieuze achtergrond zou het van belang kunnen zijn om de factor 'behoren tot een dubbele minderheid in de maatschappij' in ogenschouw te nemen. Dit kan immers leiden tot een meer angst- en of depressieklachten die wellicht een problematische invloed hebben op zelfontwikkeling, coming out en acceptatie door de omgeving. Hierbij is het voor de clinicus wellicht relevant te weten dat religie een variabele van belang is. Overigens kan er een verschil worden verwacht tussen religieuze oriëntaties; hoewel er in dit onderzoek slechts een onderscheid is gemaakt tussen al dan niet islamitisch is het niet ondenkbaar dat andere religies dan de onderzochte islam voor een andere omgevings situatie leiden die een unieke invloed hebben.

Theoretisch gezien zijn de inzichten relevant omdat ze suggereren dat de directe omgeving en diens acceptatie van homoseksuele gevoelens een invloed hebben op de geestelijke gesteldheid en het welbevinden van de persoon in kwestie. Hierbij zijn cultuur en religie van invloed op de omgevings situatie.

In dit onderzoek is enkel onderzocht of homoseksualiteit, religie en de interactie tussen beide variabelen van invloed zijn op psychisch welzijn op het gebied van angst- en depressieklachten. Wellicht worden bij de constateringen hieruit andere individuele aspecten over het hoofd gezien, zowel op het gebied van de participanten als op het gebied van de onderzoekers. Uit onderzoek is bijvoorbeeld bekend dat de persoonlijkheidstrekkeneuroticisme uit de *Big Five* persoonlijkheidstrekken verantwoordelijk is voor een groot scala aan psychische klachten (o.a. Ter Laak en de Goede, 2008). Het is niet ondenkbaar dat door de vrijwillige opzet van het onderzoek een ongeplande selectie op bijvoorbeeld extravertie en neuroticisme heeft plaatsgevonden. Zo kunnen extraverte mensen meer open staan voor het meedoen aan een onderzoek of kunnen neurotische mensen meer behoefte hebben aan het delen van klachten. Doordat in dit onderzoek de persoonlijkheid buiten beschouwing is gelaten, zouden de psychische klachten mogelijk deels hierdoor verklaard kunnen worden in plaats van religie en homoseksualiteit. Daarnaast valt niet te ontkennen dat het doen van onderzoek kan worden beïnvloed door persoonlijke kenmerken. Een voorbeeld hiervan is 'the person bias' (o.a. ter Laak en de Goede, 2002) waardoor psychische klachten wellicht al te snel worden gekoppeld aan een voor onderzoekers bekend persoonlijkheidskenmerk zoals homoseksualiteit. Het is echter niet waarschijnlijk dat één persoonlijkheidskenmerk alleen verantwoordelijk is voor een diversiteit aan psychische problematiek. Er is gezien eerder gedaan onderzoek voldoende reden om te verwachten dat andere factoren dan de geaardheid een grote invloed uitoefenen op het psychisch welzijn. In dit onderzoek wordt slechts een aanzet gegeven tot het verder in kaart brengen van deze factoren, het pretendeert dan ook niet voor alle individuele aspecten van betrokkenen te hebben gecontroleerd.

Verder is de variabele 'religie' in dit onderzoek niet specifiek onderzocht. De steun en afwijzing van de familie kan grote gevolgen hebben op het psychisch welzijn (o.a. Ryan et al., 2009). Deze steun en afwijzing wordt mogelijk mede beïnvloed door de mate waarin religie beleefd en uitgedragen wordt. In de interviews is hier aandacht aan besteed; uit deze informatie bleek niet dat de mate van religiebeleving van invloed was op de acceptatie van homoseksualiteit van de respondent. Aangezien dit echter vooralsnog niet statistisch is onderzocht is kunnen hier geen valide uitspraken over worden gedaan. In vervolgonderzoek zouden deze aspecten beter onderzocht kunnen worden om een beter inzicht te krijgen in het verschil tussen een lagere of hogere mate van religiebeleving.

Naast genoemde beperkingen van de meetmethoden van het huidige onderzoek, kennen ook de gebruikte meetmethoden beperkingen. Zo is de SCL-90 niet optimaal als meetmethode van de prevalentie van angst- en depressieklachten omdat het enkel betrekking heeft op de afgelopen week. Hierdoor kunnen enerzijds bijvoorbeeld vrolijke gebeurtenissen, zoals een vakantie, de klachten vertekenen doordat de persoon een fantastische week gehad heeft. Anderzijds kan een negatieve ervaring, zoals ziekenhuisopname van een familielid, de scores negatief kleuren. Een ander aandachtspunt van de gebruikte tests is dat er (nog) geen validiteit- of betrouwbaarheidsonderzoek heeft plaatsgevonden op het gebied van interculturele bruikbaarheid.



Er kan dan ook vooralsnog geen uitsluitsel worden gegeven over de bruikbaarheid van de SCL-90, de CES-D of de ZBV bij gebruik in intercultureel onderzoek. Door het gebruik van meerdere gestandaardiseerde vragenlijsten is getracht een zo bruikbaar mogelijke testbatterij te construeren. Door het gebruiken van een voor dit onderzoek ontwikkeld semigestructureerd interview is er echter geen sprake van generaliseerbaarheid betreffende achtergrondinformatie. Er heeft immers geen beoordelend onderzoek plaatsgevonden op het gebied van psychometrische kwaliteit, er is derhalve geen sprake van standaardisatie met betrekking tot het interview, derhalve zijn deze gegevens slechts ter aanvulling meegenomen. (Luteijn et al., 2008)

Ondanks de inspanningen om twee steekproeven te doen die in alle redelijkheid met elkaar te vergelijken zijn blijft het zeer complex om onderzoek te doen binnen maatschappelijke systemen en subsystemen. Dit heeft verscheidene knelpunten tot gevolg voor de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Een aandachtspunt van dit onderzoek is bijvoorbeeld dat enkel het aspect 'religieus georiënteerd' werd gehanteerd. Hierdoor is een steekproef van heterogene subreligies ontstaan die variëren van participanten met een achtergrond uit streng reformatorisch, hervormd of de Rooms Katholieke hoek. Ook verschillen de participanten in achtergrond (religieus opgevoed/niet religieus opgevoed) en hedendaagse religieuze oriëntatie (zoals al dan niet religieus) waardoor een relatief grote diversiteit in de steekproef is ontstaan. Hoewel de islamitische vergelijkingsgroep ook de nodige heterogeniteit kende in subreligies (alle substromingen van de Islam waren toegestaan) zijn alle respondenten opgegroeid in een religieus milieu. Daarnaast zijn de steekproeven op het gebied van leeftijd niet homogeen, de gemiddelde leeftijd van de allochtone steekproef is jonger dan die van de autochtone steekproef. Dit kan tot gevolg hebben gehad dat de allochtone participanten in een vroeger stadium van het proces van coming-out verkeren waardoor de ervaren acceptatie kan zijn gekleurd.

Bovendien hebben van de autochtone participanten relatief meer mensen een relatie, het is niet ondenkbaar dat het hebben van een relatie een bijdrage levert aan het gevoel van welbevinden. Dit alles kan een vertekening geven van informatie en illustreert nog eens hoe moeilijk het is om valide en betrouwbaar onderzoek te doen op het grensvlak van religies, culturen en overtuigingen. Door benoemde en onbenoemde tekortkomingen kunnen er geen algemeen geldende uitspraken worden gedaan en kan men slechts van aanwijzingen spreken op basis van de verkregen resultaten.

Een laatst aandachtspunt is dat er in dit onderzoek gebruik is gemaakt van een sneeuwbalmethode. Deze methode houdt in dat er aan participanten die deelnemen aan het onderzoek en die zijn geworven binnen het netwerk van de onderzoekers gestimuleerd worden tot het aandragen van potentiële participanten uit eigen netwerk. Hierdoor komt een aselechte steekproef in het geding en neemt de representativiteit af. Een afname van representativiteit kan gevolgen hebben voor resultaten van onderzoek (Baarda en de Goede, 1995).

Het in kaart brengen van meer variabelen kan bijdragen aan een meer accurate behandeling binnen de psychologische hulpverlening, maar ook een verdere vermindering van stigmatisatie van homoseksuelen. Als aandachtspunt kan hierbij worden vermeld dat toekomstige onderzoekers rekening dienen te houden met het 'Minority Stress Model' van Meyer (1995) aangezien dit model een bruikbare bijdrage is gebleken voor onderzoek.

In vervolgonderzoek is het wellicht mogelijk om een enkele groep zoals Rooms Katholieken te vergelijken met bijvoorbeeld Soennitische Moslims om zulks een vertekening te voorkomen. Ook kan worden bekeken of er een verschil is in de man-vrouw verhoudingen binnen autochtone en allochtone groepen of dat er sprake is van interactie-effecten indien er meer dan twee groepen worden vergeleken.

Vanwege deze aandachtspunten van het onderzoek kunnen er slechts globale en geen generaliseerbare uitspraken worden gedaan. De complexiteit van sociaal onderzoek, met name op cultuur en religieus vlak maakt dat vervolgonderzoek niet alleen raadzaam maar ook noodzakelijk is voor het doen van generaliseerbare uitspraken.



### **Aanbevelingen**

Met behulp van dit onderzoek zijn kritiekpunten op de huidige hulpverlening naar voren gekomen. Middels de aangedragen punten wordt geadviseerd om het thema homoseksualiteit in de hulpverlening meer aandacht te geven (door middel van kennisoverdracht). Ook kan er middels de media meer aandacht worden besteed aan het thema homoseksualiteit, bijvoorbeeld door het openlijk uitdragen en bespreken van hun geaardheid door bekende Nederlander of het bekend worden van islamitische homoseksuelen. Hierdoor kan de drempel ten aanzien van psychische hulpverlening voor homoseksuelen verlaagd worden, omdat hierdoor duidelijk wordt dat men deze instanties gemakkelijk kan bereiken.

Meer kennis over homoseksualiteit kan tevens bewerkstelligd worden door voorlichting op scholen. Zo ontstaat er meer kennis over homoseksualiteit en kunnen eventuele onduidelijkheden en vooroordelen hieromtrent wellicht verbeteren. De overheid kan hierin eventueel een rol spelen door het verlenen van subsidies aan homogerelateerde voorlichting en educatie.

Ook de kerk als instituut kan een rol spelen om de acceptatie van homoseksuelen te bevorderen. Zo hoeft er bij homoseksuelen geen discrepantie te bestaan tussen het geloof en geaardheid. Wanneer de kerk een dergelijke boodschap uitdraagt kan er mogelijk ook in meer christelijke gemeenschappen meer acceptatie ontstaan ten opzichte van homoseksuelen. Dit kan bevorderlijk zijn voor de psychische gezondheid van homoseksuelen, aangezien uit de wetenschap bekend is dat steun van de familie een beschermende rol speelt bij het ontwikkelen van psychische stoornissen.

### **Dankwoord**

Graag wil ik van deze gelegenheid gebruik maken om mijn dank aan enkele personen te betuigen. Zonder de hulp van deze personen was het niet mogelijk geweest om dit onderzoek uit te voeren.

Ten eerste wil ik mijn man Albert J. Siemers Reiter en mijn moeder Joanna Franciska Antonia Maria bedanken voor hun geduld, liefde en ondersteuning. Zonder hen had mijn Msc.-fase niet eens kunnen beginnen, laat staan dat ik het zonder hen had kunnen voltooien.

Bovendien ben ik veel dank verschuldigd aan de participanten voor hun deelname aan dit onderzoek. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest, omdat de testdata en interviews cruciaal waren voor de testanalyse.

Verder willen wij de heer N. Lagerweij en Lindy Wijsman bedanken voor hun hulp bij het uitvoeren van statistische analyses, tips en de controle op door ons geanalyseerd materiaal.

Ook wil ik mijn studiegenoot M. BakkerBsc. Bedanken voor haar onophoudende enthousiasme en zeer collegiale instelling gedurende de loop van ons onderzoek.

Tot slot wil ik A.H.C. Schouten Msc. hartelijk bedanken. Zonder diens (streng maar) rechtvaardige houding, wijs advies en zorgzame hulpvaardigheid hadden dit onderzoek niet kunnen uitvoeren.

Valerie Siemers-Reiter



## Referentielijst

- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2002) *Symptom Checklist SCL-90*. Swets Test Services, Lisse.
- Baarda, D. B. & Goede, M.P.M. de, (1995). *Basisboek methoden en technieken*. Wolters-Noordhoff, Houten.
- Bouma, J., Tanchor, A. V., Sanderman, R., & Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Brace, N. Kemp, R. & Snelgar, R.(2006). *SPSS for Psychologists*. Palgrave MacMillan, New Jersey.
- Broeke, E. ten, Heiden, C. van der, Meijer, S., & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie; de basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom
- Cochran, S.D. & Mays, V.M. (1999) Nov 7-11). Lifetime prevalence of suicidal symptoms and affective disorders among homosexually active men in a National Household Survey. *Proceedings of the 127th Annual Meeting of the American Public Health Association*, Chicago, IL. Retrieved from: <http://www.stat.ucla.edu/> at: april 19<sup>th</sup>, 2011.
- 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 (4), 573-578.
- Cochran, S.D., & Mays, V.M. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91 (11), 1869-1876.
- Cochran, S.D., & Mays, V.M.. (2007). Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: Results from the California Quality of Life Survey. *American Journal of Public Health*, 97 (11), 2048-2055.
- Cochran, S.D., & Mays, V.M. (2009). Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (3), 647-58.
- Fergusson, D.M., Horwood L.J., Beautrais A.L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56 (10), 876-880.
- Field, A. (2005) *Discovering Statistics using SPSS*. Sage, London.
- Gijs, L., Gianotten, W., Van Wesenbeeck, I., & Weijnenborg, P. (2004). *Seksuologie*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Gilman, S., Cochran, S., Mays, V., Hughes, M., Ostrow, D., Kessler, R.(2001). Risk of Psychiatric Disorders Among Individuals Reporting Same-Sex Sexual Partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91 (6), 933-939.
- Goodwin, C.J. (2002) *Research in Psychology; Methods and Design*. John Wiley & Sons Inc., New York.



- Grella, C. E., Greenwell, L., Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2009). Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: Findings from the California Quality of Life Survey. *BMC Psychiatry*, 9,10.
- Grimm, L. C. (1993). *Statistical Applications for the Behavioural Sciences*. John Wiley & Sons, Hoboken.
- Hekma, G. (2004) . *Homoseksualiteit in Nederland van 1730 tot de moderne tijd*. (*Homosexuality in the Netherlands from 1730 to modern times*). Meulenhoff, Amsterdam.
- Hélie, A. (2000). Holy Hatred. *Reproductive Health Matters*, 12, 120-124.
- Jaspers, E., Lubbers, M., & de Graaf, N. D. (2007). Horrors of Holland: Explaining attitude change towards euthanasia and homosexuals in the Netherlands, 1970-1998. *International Journal of Public Opinion Research*, 19 (4), 451-473.
- Keuzenkamp, S., Bergen, D. van, Bos, D., Bos, H., Duyvendak, J. W., Ehrhart, J., Felten, H., Gelderen, L. van, Hekma, G., Hoof, J. van, Hospers, H., Lisdonk, J. van & Schuyf, J. (2010). Steeds Gewoner, Nooit Gewoon. *SCP-publicatie*, Den Haag. Retrieved from: *scp.nl* at: may 17th 2011.
- King, M., Semlyen, J. , Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D.& Nazareth, I.(2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm and lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70.
- Klinken, A. (2010). Van homoacceptatie naar queer theology. *Theologisch debat*, 7, 26-31. Retrieved from: *igitur-archive.library.uu.nl* at: may 17th 2011.
- Laak, J.J.F. ter, Goede, M.P.M. de (2008). *Psychologische Diagnostiek*. Pearson Assessment and information BV, Amsterdam.
- Luteijn, F, Barelds, D.P.H., Arrindell, W.A., Deelman, B.G., Kamphuis, J.H., Vertommen, H. (2008) *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg*. Lemma, Den Haag.
- Mays, V.M. & Cochran, S.D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of public health*, 91 (11), 1869-1876
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674-697.
- Miles, J. & Shevlin, M. (2004). *Applying Regression and Correlation; a guide for students and researchers*. Sage, London.
- Ploeg, van der, H.M. (2000). Handleiding bij de Zelf-Beoordelings Vragenlijst ZBV; Een Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety inventory STAI-DY. Swets test publishers, Lisse.





- Rosario, M., Schrimshaw, E.W., Hunter, J. Gwadz, M. (2002) Gay-related stress and emotional distress among gay, lesbian, and bisexual youth: a longitudinal examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 967-975.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay and Bisexual Young Adults. *Pediatrics, 123*, 346-352.
- Ryan, C. , Russel, S.T. Huebner, D. Diaz, R. Sanchez, J. (2010). Family acceptance and adolescence and their health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric nursing, 23*, 205-213.
- Sandfort, T. G., de Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry, 58*, 85-91.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2010). Gewoon Anders; acceptatie van homoseksualiteit in Nederland. *SCP-publicatie*, Den Haag.
- Stroebe, M., Hansson, R.O., Stroebe, W. & Schut, H. (Eds.) (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. American Psychological Association, Washington.
- U.S. Department of Commerce (1995). Current Population Reports; Projections of the Number of Households and Families in the United States: 1995 to 2010. *Bureau of the Census*, Washington.
- Weinrich, J. D., Snyder, P. J., Pillard, R. C, Grant, I., Jacobson, D. L., Robinson, S. R., & McCutchan, J. A. (1993). A factor analysis of the Klein Sexual Orientation Grid in two disparate samples. *Archives of Sexual Behavior, 22*, 157-168.



### **Bijlage 1: Informed Consent**

Titel onderzoek: homoseksualiteit, religie en psychische gezondheid  
Onderzoekers: Marleen Bakker BSc, Valerie Siemers-Reiter BSc

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij wordt u uitgenodigd deel te nemen aan een onderzoek naar: homoseksualiteit, religie en psychische gezondheid. Middels deze brief wordt u geïnformeerd over de onderzoeksopzet, de procedure en uw rechten behorend tot dit onderzoek.

In opdracht en onder verantwoordelijkheid van de Universiteit Utrecht en onder begeleiding van drs A.C.H. Schouten, docent aan de Universiteit Utrecht voeren wij dit onderzoek uit in het kader van onze Masterstudie Klinische en Gezondheidspsychologie.

Dit onderzoek richt zich op mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens en een religieuze achtergrond. Doel van het onderzoek is het in kaart brengen van eventuele psychologische consequenties voor mannen en vrouwen uit deze doelgroep. Het onderzoek zal ongeveer 45 á 50 minuten duren. Eerst zal er een interview worden afgenomen van circa 35 minuten. Hierop volgt een vragenlijst van ongeveer 10 minuten.

Wij houden er uiteraard rekening mee dat het een gevoelig onderwerp betreft. De gegevens worden dan ook strikt vertrouwelijk behandeld en blijven anoniem. Persoonlijke gegevens worden na afronding van dit onderzoek vernietigd. Daarnaast hebt u te allen tijde de mogelijkheid en het recht om vrijblijvend te stoppen met dit onderzoek.

Van eventuele vragen of opmerkingen worden wij graag op de hoogte gesteld. U kunt mailen naar: mw. A.M. Bakker BSc ([A.M.Bakker@students.uu.nl](mailto:A.M.Bakker@students.uu.nl)) of mw. V. Siemers Reiter BSc ([valerie@valeron.nl](mailto:valerie@valeron.nl)). De vragen zullen zo spoedig mogelijk beantwoord worden.

Met vriendelijke groet en onze hartelijke dank voor uw deelname.  
Marleen Bakker  
Valerie Siemers Reiter  
Universiteit Utrecht

**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:
  - b. Wanneer kwam u erachter?
  - c. Wat waren uw gedachten/ gevoelens daarbij?
  - d. Hoe ging u om met uw homoseksuele gevoelens?
4. Hoe was het voor u als gelovige 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. **Religie.**

1. a. Welke rol speelt religie in uw leven?  
Eventueel:
  - b. Welke rol speelt het geloof in de opvoeding die u heeft gehad?
  - c. Beschouwt u zichzelf als een gelovige?
2. Wat zegt uw geloof 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 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 christelijke 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. Wat is uw burgerlijke staat?
7. Wat is uw leefsituatie?

**Bijlage 3: Vragenlijst**

**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: <i>zelden/nooit</i> – <i>soms/weinig</i> – <i>regelmatig</i> – <i>meestal/altijd</i>
---

**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   | • | • | • | • |

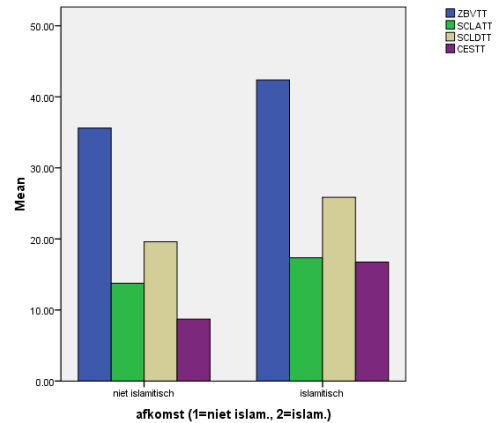


**Bijlage 4: SPSS output**

**4.1 output t-toets**

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
ZBVTT	Equal variances assumed	3.323	.072	-3.178	86	.002	-6.77313	2.13142	-11.01026	-2.53600
	Equal variances not assumed			-3.159	78.868	.002	-6.77313	2.14402	-11.04080	-2.50545
SCLATT	Equal variances assumed	3.202	.077	-2.683	86	.009	-3.58811	1.33733	-6.24663	-.92960
	Equal variances not assumed			-2.705	78.625	.008	-3.58811	1.32662	-6.22889	-.94734
SCLDTT	Equal variances assumed	5.073	.027	-2.924	86	.004	-6.25609	2.13944	-10.50916	-2.00302
	Equal variances not assumed			-2.944	81.179	.004	-6.25609	2.12533	-10.48469	-2.02749
CESTT	Equal variances assumed	2.039	.157	-3.574	86	.001	-8.02809	2.24611	-12.49320	-3.56298
	Equal variances not assumed			-3.595	82.578	.001	-8.02809	2.23333	-12.47042	-3.58576

Group Statistics					
	afkomst (1=niet islam., 2=islam.)	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ZBVTT	niet islamitisch	43	35.6047	11.23587	1.71345
	islamitisch	45	42.3778	8.64525	1.28876
SCLATT	niet islamitisch	43	13.7674	5.03718	.76816
	islamitisch	45	17.3556	7.25558	1.08160
SCLDTT	niet islamitisch	43	19.6047	8.43784	1.28676
	islamitisch	45	25.8607	11.34714	1.69153
CESTT	niet islamitisch	43	8.7209	9.10606	1.38866
	islamitisch	45	16.7490	11.73335	1.74910





## 4.2 Leeftijdsverdeling

### Leeftijden naar autochtoon en allochtoon

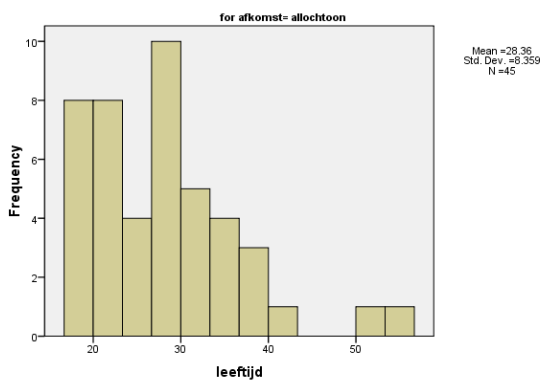
Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
afkomst (1=Autochtoon, 2=allochtoon)						
leeftijd	43	100.0%	0	.0%	43	100.0%
	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%

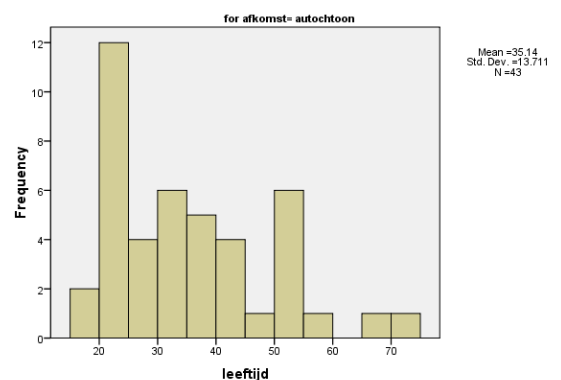
Descriptives

afkomst (1=Autochtoon, 2=allochtoon)				Statistic	Std. Error
leeftijd	autochtoon	Mean		35.14	2.091
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	30.92	
			Upper Bound	39.36	
		5% Trimmed Mean		34.20	
		Median		33.00	
		Variance		187.980	
		Std. Deviation		13.711	
		Minimum		19	
		Maximum		73	
		Range		54	
		Interquartile Range		21	
		Skewness		.819	.361
		Kurtosis		.021	.709
		leeftijd	allochtoon	Mean	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			25.84	
	Upper Bound			30.87	
5% Trimmed Mean				27.57	
Median				27.00	
Variance				69.871	
Std. Deviation				8.359	
Minimum				18	
Maximum				54	
Range				36	
Interquartile Range				12	
Skewness				1.272	.354
Kurtosis				1.873	.695

Histogram



Histogram







**Leeftijden totaal**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
leeftijd	88	98.9%	1	1.1%	89	100.0%

**Descriptives**

		Statistic	Std. Error
leeftijd	Mean	31.67	1.251
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 29.18	
		Upper Bound 34.16	
	5% Trimmed Mean	30.73	
	Median	28.00	
	Variance	137.718	
	Std. Deviation	11.735	
	Minimum	18	
	Maximum	73	
	Range	55	
	Interquartile Range	16	
	Skewness	1.219	.257
	Kurtosis	1.228	.508

**4.3 Betrouwbaarheidsanalyse**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	88	98.9
	Excluded <sup>a</sup>	1	1.1
	Total	89	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.910	4

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
→ ZBVTT	51.2323	712.217	.713	.916
SCLATT	74.6982	873.863	.798	.907
SCLDTT	67.4967	645.434	.880	.853
CESTT	77.4742	600.964	.900	.846

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
90.3004	1222.340	34.96199	4

**Bijlage 5: Codeboek SPSS**

<i>Variabele</i>	<i>Naamgeving</i>	<i>Beschrijving</i>
Var1	Oz (onderzoekers)	(1=Bakker & Siemers Reiter, 2=Poortvliet, 3=Duman & de Mol, 4=Kocak& Rahim)
Var2	afkomst	(1=autochtoon, 2=allochtoon)
Var3	leeftijd	
Var4	sekse	(1=man, 2=vrouw)
Var5	opleiding	1=LO, 2=MO, 3=MBO,4=HBO, 5=WO
Var6	woonplaats	1=Utrecht, 2=Overijssel, 3=Limburg, 4=Zuid Holland, 5=Brabant, 6=Noord Holland, 7=Groningen
Var7	zbv1	ZBV vraag 1
Var8	Zbv2	ZBV vraag 2
Var9	Zbv3	ZBV vraag 3
Var10	Zbv4	ZBV vraag 4
Var11	Zbv5	ZBV vraag 5
Var12	Zbv6	ZBV vraag 6
Var13	Zbv7	ZBV vraag 7
Var14	Zbv8	ZBV vraag 8
Var15	Zbv9	ZBV vraag 9
Var16	Zbv10	ZBV vraag 10
Var17	Zbv11	ZBV vraag 11
Var16	Zbv12	ZBV vraag 12
Var17	Zbv13	ZBV vraag 13
Var18	Zbv14	ZBV vraag 14
Var19	Zbv15	ZBV vraag 15
Var20	Zbv16	ZBV vraag 16
Var21	Zbv17	ZBV vraag 17
Var22	Zbv18	ZBV vraag 18
Var23	Zbv19	ZBV vraag 19
Var24	Zbv20	ZBV vraag 20
Var25	Scl1	SCL vraag 1
Var26	Scl2	SCL vraag 2
Var27	Scl3	SCL vraag 3
Var28	Scl4	SCL vraag 4
Var29	Scl5	SCL vraag 5
Var30	Scl6	SCL vraag 6
Var31	Scl7	SCL vraag 7
Var32	Scl8	SCL vraag 8
Var34	Scl9	SCL vraag 9
Var35	Scl10	SCL vraag 10
Var36	Scl11	SCL vraag 11
Var37	Scl12	SCL vraag 12
Var38	Scl13	SCL vraag 13
Var39	Scl14	SCL vraag 14
Var40	Scl15	SCL vraag 15
Var41	Scl16	SCL vraag 16
Var42	Scl17	SCL vraag 17
Var43	Scl18	SCL vraag 18
Var44	Scl19	SCL vraag 19
Var45	Scl20	SCL vraag 20
Var46	Scl21	SCL vraag 21
Var47	Scl22	SCL vraag 22
Var48	Scl23	SCL vraag 23
Var49	Scl24	SCL vraag 24
Var50	Scl25	SCL vraag 25
Var51	Scl26	SCL vraag 26
Var52	Ces1	CES-D vraag 1
Var53	Ces2	CES-D vraag 2
Var54	Ces3	CES-D vraag 3
Var55	Ces4	CES-D vraag 4
Var56	Ces5	CES-D vraag 5
Var57	Ces6	CES-D vraag 6
Var58	Ces7	CES-D vraag 7



Var59	Ces8	CES-D vraag 8
Var60	Ces9	CES-D vraag 9
Var61	Ces10	CES-D vraag 10
Var62	Ces11	CES-D vraag 11
Var63	Ces12	CES-D vraag 12
Var64	Ces13	CES-D vraag 13
Var65	Ces14	CES-D vraag 14
Var66	Ces15	CES-D vraag 15
Var67	Ces16	CES-D vraag 16
Var68	Ces17	CES-D vraag 17
Var69	Ces18	CES-D vraag 18
Var70	Ces19	CES-D vraag 19
Var71	Ces20	CES-D vraag 20
Var72	Zbv1r	Omgepoold item
Var73	Zbv3r	Omgepoold item
Var74	Zbv6r	Omgepoold item
Var75	Zbv7r	Omgepoold item
Var76	Zbv10r	Omgepoold item
Var77	Zbv13r	Omgepoold item
Var78	Zbv14r	Omgepoold item
Var79	Zbv15r	Omgepoold item
Var80	Zbv16r	Omgepoold item
Var81	Zbv19r	Omgepoold item
Var82	Ces4r	Omgepoold item
Var83	Ces8r	Omgepoold item
Var84	Ces12r	Omgepoold item
Var85	Ces16r	Omgepoold item
Var86	ZBVT	TOTAAL ZBV
Var87	SCLATT	TOTAAL SCL angstschaal
Var88	SCLDTT	TOTAAL SCL depressieschaal
Var89	CESTT	TOTAAL CES-D