



Homoseksualiteit en psychische gezondheid

Onderzoek naar angst- en depressieklachten onder religieus georiënteerde Nederlandse mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens vergeleken met islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens.

Abstract

Een onderzoek 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:

A.M Bakker 3158381

Onder supervisie van:

A.C.H. Schouten MSc

Masterthesis Klinische- en gezondheidspsychologie

Faculteit Sociale Wetenschappen

Universiteit Utrecht

Februari 2011-juni 2011

**Inhoudsopgave**

	Pagina
Inleiding	4
Methoden	12
Resultaten (kwantitatief)	16
Resultaten (kwalitatief)	17
Conclusie	20
Discussie	21
Aanbevelingen	22
Dankwoord	24
Referentielijst	25
Bijlage 1: Informed Consent	28
Bijlage 2: Interview	29
Bijlage 3: Vragenlijst	32
Bijlage 4: SPSS output	34
Bijlage 5: Codeboek SPSS	37



Inleiding

Homoseksualiteit wordt door de Nederlandse bevolking steeds meer geaccepteerd. Door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) 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 mogelijke 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, zijn kerk en staat gescheiden in Nederland. Homoseksualiteit was hierdoor wellicht moreel ongewenst en veroordeeld, maar legaal toegestaan. homoseksuelen leidden een geheim leven, gewoonlijk in een heteroseksueel huwelijk (Hekma, 2004). In 1911 werd de Napoleaanse wet aangescherpt; seksuele activiteiten van homoseksuele koppels werden crimineel bevonden indien één van de partners jonger was dan 21, terwijl bij de heteroseksuele koppels de legale leeftijd lag op 16 jaar. In 1946 werd er een organisatie in het leven geroepen als ontmoetingsplek voor homoseksuelen; het WCOSC. Tot de vroege zestiger jaren leidden leden van deze organisatie een verborgen bestaan maar vanaf 1962 begon de groep openlijk de homo-integratie te bepleiten. In 1964 werd de naam veranderd in Cultuur- en Ontspanningscentrum (COC). Na 1971 zijn homoseksuelen in Nederland gradueel geëmancipeerd (Jaspers, Graaf & Lubbers, 2007). Homoseksualiteit werd in deze tijd nog altijd geclassificeerd als een mentale stoornis. Vanaf 1973 wordt homoseksualiteit echter niet meer als stoornis geclassificeerd in de DSM aangezien er onvoldoende steun was om deze classificatie in stand te houden vanuit de wetenschappelijke sector. Hiernaast was er sprake van een aanhoudende eis van de professionals en activisten (Sandfort, Graaf & Schnabel, 2001). In 1983 werd een antidiscriminatiewet geïnstalleerd die de rechten van homoseksuelen erkent. In de jaren tachtig kwam er een nieuwe focus op homoseksualiteit. De opkomst van de AIDS epidemie legde de nadruk weer meer op de verschillen tussen homo- en heteroseksuelen in plaats van op de gelijkenissen. Echter kregen homoseksuele partners in 1997 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 verschillende factoren. De trend in oppositie tegenover homoseksuelen kan gedeeltelijk worden verklaard door de veranderde samenstelling van de maatschappij. Deze is vaak het meest waarneembaar in het belevingsniveau van religie tussen generaties. Tevens zijn het niveau van secularisatie, de tijdgeest, en de media-aandacht van invloed op de attitudes. Religie lijkt de meest belangrijke factor in het verklaren van attitudes en veranderingen hierin. Het verschil in attitudes tussen religieuze en minder religieuze individuen is toegenomen, deze groepen lijken echter niet in staat om hun normen wederzijds over te brengen. In Nederland zijn er echter steeds minder mensen geneigd om van het normatieve leiderschap, zoals van de kerk, afhankelijk te zijn. De christelijke doctrines veroordelen homoseksualiteit en de meeste kerken zijn vooralsnog tegen gelijke rechten voor homoseksuelen. Toch blijkt dat sommige kerken in Nederland enige vorm van vrijheid voor homoseksuelen nastreven. Ook in de maatschappij is er veelal sprake van een acceptatie van het bestaan van homoseksualiteit maar het afwijzen van de homoseksuele identiteit. Mannen lijken hierbij een grotere weerstand te hebben tegen homoseksualiteit dan vrouwen en educatie lijkt de attitudes hierover te beïnvloeden. De hoogopgeleiden lijken hun tolerante normen te verspreiden over het land, waardoor homoseksualiteit meer geaccepteerd lijkt te worden (Jaspers et al., 2007).

Ondanks dat er in Nederlandse samenleving een relatieve tolerantie lijkt te bestaan ten opzichte van homoseksuelen, is dit wellicht een te summiere constatering. De Nederlandse samenleving bestaat al vanuit het verre verleden uit een diversiteit van culturen; waardoor er een discrepantie is tussen denkwijzen onder



verschillende bevolkingsgroepen. Binnen deze verschillende achtergronden en culturen bestaan er verschillen in normen en waarden die onderwerp van discussie kunnen zijn. Dit betreft allerlei onderwerpen waaronder de beleving van seksualiteit. Verschillende religies die in Nederland voorkomen keuren homoseksualiteit nog steeds af. Naast het Christendom keuren ook het Jodendom en het Boeddhisme homoseksualiteit af (o.a Hélié, 2000). Het islamitische geloof is hierop geen uitzondering. In Nederland is de Islam echter (nog) niet de dominante geloofsovertuiging, maar is door de hedendaagse ontwikkelingen en media-aandacht wel zichtbaar aanwezig. Moslims vormen in Nederland nog steeds een minderheidsgroep. Binnen de moslimgemeenschap bestaan er drie redenen voor het afwijzen van homoseksualiteit; (1) homoseksualiteit wordt gelijkgesteld aan sodomie (2) homoseksualiteit wordt gezien als een overdraagbare ziekte (3) er is een godsdienstig verbod op seksualiteit tussen mensen van hetzelfde geslacht. Het is bepaald niet ondenkbaar dat deze opvattingen binnen de islamitische gemeenschap de attitudes negatief kunnen beïnvloeden. Uit onderzoek blijkt immers dat religie mogelijk van invloed is op de houding die men aanhangt ten aanzien van homoseksualiteit (Jaspers et al, 2007). Deze attitudes kunnen van invloed zijn op de sociale steun vanuit de directe omgeving. Acceptatie van familie voorspelt meer zelfvertrouwen, meer steun, en een goede gezondheid; het beschermt ook tegen depressie, middelenmisbruik en suïcidaal gedrag (Ryan, Russell, Huebner, Diaz & Sanchez, 2010). Een afwijzing ten aanzien van homoseksualiteit van de directe omgeving kan tevens een voorspeller zijn van gezondheidsproblemen (Ryan, Huebner, Diaz & Sanchez, 2008). Een hoge mate van afwijzing wordt geassocieerd met een hogere prevalentie van suïcidepogingen, depressie, gebruik van illegale drugs en onveilige seks. Een gebrek aan acceptatie door de primaire steungroep zorgt in alle waarschijnlijkheid voor een verhoogde stressbeleving met het gevolg op meer kans op psychische klachten.

Hoewel homoseksualiteit niet meer wordt gezien als een psychiatrische aandoening zijn er redenen te benoemen waardoor homoseksualiteit tot psychische problemen kan leiden. De literatuur geeft geen eenduidige definitie van homoseksualiteit. Echter bevatten de meeste definities (e.g. Weinrich, 1994; Gijs, 2004) twee componenten: een psychologische en een gedragscomponent. Omdat de literatuur geen eenduidige definitie van homoseksualiteit biedt, worden homoseksuele personen in het huidige onderzoek gezien als *'individuen die zich zowel psychologisch als seksueel aangetrokken voelen tot personen van hetzelfde geslacht'*. Dit wordt door veel mensen gezien als een afwijking van de norm. Aangezien afwijkingen van de norm tot afwijzing, of angst voor afwijzing kunnen leiden is het aannemelijk dat homoseksualiteit leidt tot stress. Onderzoek laat zien dat sociale stress een sterke impact op het leven van mensen kan hebben als ze tot een gestigmatiseerde sociale categorie behoren. Wanneer mensen voor hun afwijkende opvatting, geartheid of visie uitkomen worden ze blootgesteld aan deze stigmatisatie door hun minderheidspositie ten opzichte van de dominante maatschappelijke opvatting. Deze afwijkingen van de norm vereisen aanpassing en kunnen ook daardoor als stressvol beleefd worden (Meyer, 2003). Dit complexe geheel van wederzijdse invloeden wordt door Meyer (2003) inzichtelijk gemaakt door middel van het *Minority stress model*. Dit model gaat uit van drie factoren die stressbeleving beïnvloeden (1) geïnternaliseerde homofobie (2) stigmatisering (3) nadelige gebeurtenissen.

De eerste factor; geïnternaliseerde homofobie is een gevolg van het opgroeien in een heteroseksueel georiënteerde maatschappij. Hierdoor groeit men op met de assumptie dat heteroseksualiteit de standaard is en homoseksualiteit een afwijking. Een gevolg hiervan is het ontstaan van negatieve self-labeling in de adolescentie wanneer de eigen identiteit wordt ontwikkeld. Hierdoor ontstaat aldus Meyer psychologische schade (1995).

Stigmatisering wordt door Meyer gezien als de tweede factor binnen zijn model. Over het algemeen is stigmatisatie gerelateerd aan aversieve affecten in zelfvertrouwen, werk en sociale acceptatie binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Een hoog niveau van ervaren stigmatisatie leidt volgens Meyer tot een hogere kwetsbaarheid voor het ondergaan van discriminatie en geweld in interactie met de dominante groep.

De derde factor betreft nadelige gebeurtenissen. Meyer onderscheidt afwijzing, discriminatie en geweld als nadelige gebeurtenissen. Het ondergaan van 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). Een dergelijke gebeurtenis leidt hierdoor 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 symptomen is het waarschijnlijk dat het onderdeel uitmaken van een dubbele minderheidsgroep (homoseksueel en Moslim) een extra risicofactor betreft.

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. Dit met als doel om de psychische hulpverlening beter te laten aansluiten bij de behoeften van (intercultureel-) diverse groepen. Aangezien er hedendaags 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 homoseksuele Nederlanders met een Islamitische achtergrond een hogere prevalentie van angst- en depressieklachten dan homoseksuele Nederlanders met een religieuze achtergrond?* De hypothesen afgeleid uit bovenstaande vraagstelling betreffen onderstaande:

Hypothese 1: Islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens hebben een hogere prevalentie van angstklachten dan Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens.

Hypothese 2: Islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens hebben een hogere prevalentie van depressieve klachten dan Nederlandse religieus georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens.

In onderstaand review worden 12 relevante (1999-2009) artikelen uiteengezet. Met het gebruik van deze onderzoeken is getracht de huidige stand van zaken weer te geven.

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 stemming, angst and 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 psychiatrische stoornissen 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 delicaatheid 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 uit te rekenen op psychiatrische problemen 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 wellicht 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 psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag. Resultaat laat zien dat homo- en biseksuele jongeren een verhoogde kans op depressie, gegeneraliseerde angststoornis, suïcidale ideatie en suïcidepogingen lopen. Deze bevindingen bevestigen recent bewijs voor het feit dat homo's, lesbiennes en biseksuele jongeren een verhoogde kans lopen op het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen. De data is 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 (Goodman, 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' (Goodman, 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 een weinig heterogene steekproef betreft, die niet representatief en generaliseerbaar is voor de gehele populatie (Goodman, 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 (NIP, 2010). 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 et al. (2008) stond de volgende hypothese centraal "Homo's, lesbiennes en biseksuelen hebben een hoger risico op het ontwikkelen van mentale stoornissen, middelenmisbruik, zelfmoord, zelfmoord ideatie en zelfmutilatie in vergelijking met heteroseksuelen. Resultaat laat zien dat lesbiese, homo's en biseksuele mensen een hoger risico lopen op het ontwikkelen van geestelijke stoornissen vergeleken 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 keer groter. Afhankelijkheid van alcohol of andere middelen was eveneens anderhalf keer 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. Mogelijk zijn er enkel criteria geselecteerd die een bevestiging van de hypothesen mogelijk maken.

Cochran en Mays (1999) hebben onderzocht of homoseksuelen vaker voldoen aan de symptomen van een ernstige depressie, paniekaanvallen en afhankelijkheid van middelen in vergelijking met heteroseksuelen. Uit resultaat 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 rapporteerde homoseksueel te zijn hebben volgens de onderzoeksresultaten meer kans op psychiatrische morbiditeit en zijn geneigd vaker gebruik te maken van de GGZ. Driekwart van de homoseksueel actieve individuen voldeden overigens niet aan criteria van de zes onderzochte syndromen. Deze steekproef bestond uit 9714 respondenten, waarvan 94 mensen met enkel homoseksuele relaties in het afgelopen jaar. Cochran et al. 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 (bij een schatting van 10% homoseksuelen onder een bevolkingsgroep) 9.800.000 homoseksuelen. Een steekproef van 94 respondenten op een steekproef van bijna 10 miljoen is bepaald niet representatief te noemen, zelfs als 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 psychiatrische 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 & 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. Resultaat 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 en Engels sprekende 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 is er veel duidelijkheid over de non-respons. In totaal vielen er 641 respondenten af, wat een percentage van ongeveer 18 procent impliceert. Mensen kunnen om allerlei redenen uitvallen, enkele van die redenen (zoals



uitval vanwege psychische klachten) doen af aan de validiteit van het onderzoek. Ondanks het relatief grote aantal respondenten kunnen er om deze reden geen zekere uitspraken over het onderzoek gedaan worden. Ook is de totale steekproef van homoseksuelen (N=73) te klein voor het trekken van conclusies. Ondanks dat een telefonisch interview relatief weinig tijd en geld kost en makkelijk is kan deze methode voor nadelen zorgen. Doordat mensen niet vooraf benaderd zijn om toestemming te vragen voor een telefonisch interview werden mensen als het ware overvallen met het interview. 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 kan of zal niet elke geënquêteerde ook daadwerkelijk deelnemen aan het onderzoek (gebrek aan motivatie, problemen met de bezorging, onduidelijkheden, etc.) wat de non-respons verhoogt. Ook is er tijdens het invullen van de enquête geen enkele controle over de deelnemers (op bijvoorbeeld volledigheid). In dit interview worden de nadelen van telefonisch en enquête onderzoek met elkaar gecombineerd wat niet ten goede komt ten aanzien van de generaliseerbaarheid, betrouwbaarheid en/of validiteit van dit betreffende onderzoek.

Cochran & Mays (2009) hebben de associaties tussen seksuele oriëntatie en geestelijke gezondheid onderzocht. Resultaat wijst uit dat er verband is tussen seksuele geaardheid, psychische gezondheid en middelenmisbruik. Het behoren tot een minderheidsgroep op het gebied van seksuele oriëntatie is volgens hen een risicofactor voor psychiatrische morbiditeit. De risicofactor varieert tussen de 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 collega een belangrijke, maar weinig onderzocht persoonlijkheidskenmerk, die van invloed is psychiatrische morbiditeit. Hoewel zij stellig zijn in hun uitspraken is hier echter 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%. Dit lage responspercentage verlaagt de betrouwbaarheid en validiteit zodanig dat er geen harde uitspraken kunnen worden gedaan (Goodman, 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 nadelen zoals al eerder beschreven in dit review.

Cochran en Mays (2007) hebben onderzocht of een minderheidsgroep (homoseksuelen) geassocieerd is met een verhoogde kans op psychische gezondheidsproblemen. Dit onderzoek laat zien dat homoseksuele- en biseksuele mannen en vrouwen een grotere variëteit van gezondheidsproblemen en beperkingen hebben dan exclusief heteroseksuele mannen en vrouwen. Homoseksuele- en biseksuele mannen en vrouwen, maar ook heteroseksuele individuen met homoseksuele ervaringen hadden een hoger niveau van psychologische stress dan exclusief hetero georiënteerde mannen en vrouwen. Evenals in eerder genoemde onderzoeken valt hier 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 % homoseksueel 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 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. 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 (homoseksualiteit) van invloed is op het zoeken van behandelingen. Grella et al. onderzochten het aantal behandelingen ten bate van psychiatrische 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 regressie analyse 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 psychiatrische 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 psychiatrische 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 een 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 angst, stemming, middelenmisbruik stoornissen en zelfmoordgedachten evenals -plannen in vergelijking met de respondenten met alleen heteroseksuele partners. Leeftijden in het begin en het aanhouden van stoornissen verschilde niet bij de homoseksuele en de heteroseksuele steekproef. 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 hierbij redelijk groot, tevens omdat er onduidelijkheid is over de reden van de non respons. Non respons kan ontstaan door verscheidene redenen waaronder mogelijke psychische of somatische aandoeningen of geaardheid, hetgeen relevant zou zijn voor dit onderzoek (Baarda & de Goede, 1997). Onder andere door dit gebrek aan relevante informatie is het niet mogelijk om 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. 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 wel consistent met de gestelde hypothese dat stress geassocieerd is met een hogere kans op herhaling van stress. Er waren echter een groter aantal non-



significante relaties die deze bevinding ondermijnen. Dit indiceert dat de hypothese dat homoseksuele mensen een hoger risico lopen op het ontwikkelen van psychopathologie in dit onderzoek niet gesteund wordt. In dit onderzoek zijn longitudinale relaties tussen homogereleerde stress (homogereleerde stressvolle gebeurtenissen, negatieve attitudes jegens homoseksualiteit en ongemak met 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 (non respons=24). Een mogelijke reden voor de uitval kan worden verklaard doordat sommige respondenten wellicht geen motivatie hebben om aan interviews over een dergelijk kwetsbaar onderwerp van twee a drie uur deel te nemen, ondanks de vergoeding. Hierdoor kan een mogelijke vertekening ontstaan, omdat er hierdoor wellicht een mogelijke selectie is gemaakt (Baarda & de Goede, 1997). De jongeren werden uit vijf homogereleerde organisaties, drie maatschappelijke organisaties en twee studentenorganisatie geworven. Deze steekproef betreft hierdoor een zogenaamde '*convenient sample*' (dat wil zeggen een om praktische redenen gekozen steekproef van beschikbare respondenten die vrijwillig meedoen aan onderzoek). Kiezen voor een '*convenient sample*' heeft als risico dat de steekproef niet representatief of generaliseerbaar is (Goodwin, 2002).

Volgens het merendeel aan onderzoek lijkt het aannemelijk dat er een verband bestaat tussen homoseksualiteit en de prevalentie van psychiatrische symptomatologie. Terugkomend op de onderzoeksvraag "Hebben allochtonen met homoseksuele gevoelens een hogere prevalentie van angst- en depressieklachten dan autochtonen met homoseksuele gevoelens?" kan deze naar aanleiding van de bevindingen van de relevante artikelen en omdat allochtonen zich in een dubbele minderheidspositie bevinden, vooralsnog waarschijnlijk beaamd worden.



Methoden

Design

Om de hypothesen te toetsen is er gebruikt gemaakt van een independent group design. De twee groepen worden vergeleken met elkaar om te zien of het onderzoek inderdaad verschillende groepen betreft (Grimm, 1993). De resultaten van beiden groepen zijn gebaseerd op verkregen scores uit de Symptom Checklist-90 (SCL-90: Arrindell & Ettema, 2002), de Zelfbeoordelings vragenlijst (ZBV -Nederlandse versie van de STAI-: Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1979) en de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D: Bouma, Tanchor. Sanderman & Sonderen, 1995). 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 onafhankelijke variabelen zijn religieuze oriëntatie (religieus, niet Islamitisch en Islamitisch), geslacht (mannen en vrouwen) en homoseksualiteit. Er is onderzoek verricht naar de prevalentie van angst en depressieklachten onder 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 allochtone mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens. Om de groepen te vergelijken zijn de hoofdschalen van eerder genoemde gestandaardiseerde vragenlijsten gebruikt en er hebben semigestructureerde interviews plaatsgevonden met behulp van een voor dit onderzoek ontworpen vragenlijst. De interviews zijn afgenomen om achtergrondinformatie van de respondenten te vergaren en zijn nadrukkelijk niet bedoeld om de klachten in beeld te krijgen (Luteijn et al., 2008).

Participantenwerving

In dit onderzoek zijn homoseksuele mannen en vrouwen met een religieuze oriëntatie gezocht die wonen in Nederland. In dit onderzoek was sprake van een sneeuwbal effect (Baarda en de Goede, 1995). De werving is in eerste instantie bewerkstelligd via het persoonlijke netwerk van de onderzoekers. De respondenten konden potentiële respondenten aandragen die door de onderzoekers konden worden benaderd. Dit heeft geleid tot een steekproef met N=43 en betrof 22 mannen en 21 vrouwen. Er is getracht een zo heterogeen mogelijke steekproef te creëren op het gebied van; leeftijd, opleidingsniveau en woonplaats. De participanten zijn afkomstig uit de reguliere Nederlandse bevolking en uit een niet-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

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

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

Tabel 2

Tabel 2 *Leeftijd naar afkomst (n=*

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

Tabel 3

Tabel 3 *Woonplaatsen van participanten (n=43)*

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

Tabel 4

Tabel 4 *Hoogst genoten opleidingsniveau autochtone (n=43) en allochtone participanten (n=44)*

Opleiding	Autochtone participanten	Allochtone participanten
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 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

Interviewprocedure

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.

Ethische overwegingen/ informed consent

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 worden 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 om een ethisch verantwoorde onderzoeksomgeving te creëren.

Vragenlijst

Volgend op het interview is een vragenlijst afgenomen (zie bijlage), 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 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 vierpunt 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 zelfbeoordeling 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 vijfpunt 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 item 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 vierpunt 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 COTAN beoordeling 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 alfa's groter dan $\alpha = .71$ (zie bijlage 4.3, Goodwin, 2002).

Analyse

Er is onderzocht of er een significant verschil is tussen onafhankelijke groepen, te weten: tussen religieus georiënteerde (niet Islamitische) en Islamitisch georiënteerde mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens. Hiervoor zijn de gemiddelden van deze groepen met elkaar vergeleken. Voor alle kwantitatieve testen is gebruik gemaakt van enkele independent-samples t-tests. De t-test vergelijkt de gemiddelden van groepen en toetst daarmee de aanname dat het dezelfde populaties betreft. In dit onderzoek is een eenzijdige (linkszijdige) t-toets gebruikt aangezien wordt aangenomen dat de niet-islamitische groep minder klachten ervaart dan de Islamitische groep en dat het aldus niet gaat om dezelfde populatie. De verwachting is dan ook dat de t-toetsen significante ($p < .05$) uitkomsten laten zien.

Statistische analyse en software

Voor de statistische analyse is gebruik gemaakt van het programma Statistical Package for the Social Sciences 16 (Brace, Kemp & Snelgar, 2006).



Resultaten (kwantitatief)

Karakteristieken van de samples

De 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 bestond uit 22 mannen en 23 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 28,36 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 respondenten binnen de topics; homoseksualiteit, familie, omgeving, religie en hulpverlening. Dit met het doel achtergrondinformatie te vergaren en met deze verkregen inzichten uiteindelijk een accurate behandeling in de hulpverlening te ontwikkelen die aansluit bij de behoefte van homoseksuelen. In dit onderdeel worden deze bevindingen ingedeeld aan de hand van genoemde topics.

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; biseksualiteit 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 het merendeel van haar familie al was 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 ongeloof 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 tijde 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 geaardheid 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

Aanvullend werd door enkele participanten aangegeven dat de emancipatie van homoseksuelen in Nederland bij lange na niet 'af' is en dat individuele homo's de beste ambassadeurs zijn voor de 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 het taboe doorbraken.



Conclusie

Een diversiteit aan onderzoek heeft aangetoond dat personen met homoseksuele gevoelens in Nederland een grotere kans lopen op het ontwikkelen van psychische problemen (o.a Cochran & Mays, 2000). Aangezien het behoren tot een minderheidsgroep leidt tot een verhoogde kans op psychische klachten (Meyer, 2003) is aannemelijk dat het onderdeel uitmaken van een dubbele minderheidsgroep (homoseksueel en Moslim) een extra risicofactor betreft. Met deze constatering als basis is in dit onderzoek getracht een beeld te vormen van de psychische gezondheid van homoseksuelen die religieus georiënteerd zijn.

In deze studie is onderzocht of er een verschil bestaat in prevalentie van depressie- en angstklachten tussen allochtonen en autochtone proefpersonen met homoseksuele gevoelens. Steekproeven van beide populaties zijn hierbij 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 allochtonen met homoseksuele gevoelens meer depressie- en angstklachten ervaren dan autochtonen met homoseksuele gevoelens. Uit de resultaten bleek dat de steekproef van islamitische georiënteerde participanten met homoseksuele gevoelens een significant hogere prevalentie hebben van angst- en depressieklachten dan participanten die wel religieus georiënteerd (niet-islamitisch) waren. De gemiddelde scores van de autochtone groep verschillen op zowel de angst- als de depressieschalen significant van de allochtone groep. Beiden hypothesen kunnen hierdoor aangenomen worden.

Naast de vragenlijsten is een semigestructureerd interview afgenomen om relevante informatie te verzamelen over de achtergrond van de participanten. 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.

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



Discussie

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat een onderdeel uitmaken van een dubbele minderheidsgroep, in dit geval zowel homoseksuele gevoelens hebben als Moslim zijn, een belangrijke factor in het ontwikkelen van zowel angst- als depressieklachten. Deze inzichten hebben zowel theoretische als klinische relevantie. Indien therapie wordt aangeboden aan homoseksuelen met een religieuze achtergrond zou het van belang kunnen zijn om de aard van de religieuze oriëntatie en het al dan niet zijn van een dubbele minderheid in de maatschappij in ogenschouw te nemen. Dit kan immers leiden tot een meer problematisch verloop van zelfontwikkeling, coming out en acceptatie door de omgeving. Hierbij is het voor de clinicus wellicht ook zeer relevant om te weten dat een achtergrond van ervaren problematiek niet per definitie weerspiegeld wordt in een zelfscoring van vragenlijsten op het gebied van angst- en depressie. Hierbij kan een verschil worden verwacht tussen mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens. Ook 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 voor een andere omgevingssituatie leiden die een unieke invloed hebben.

Theoretisch gezien zijn de inzichten relevant om de volgende redenen 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. Hiernaast kunnen religie en cultuur een invloed hebben op de omgevingssituatie.

In dit onderzoek is alleen onderzocht of homoseksualiteit, religie en de interactie tussen beide variabelen van invloed zijn op het psychische welzijn. Wellicht is dit een summier aanneme en worden andere individuele aspecten over het hoofd gezien. Uit onderzoek is bijvoorbeeld bekend dat de persoonlijkheidstrek neuroticisme uit de *Big Five* persoonlijkheidstreken verantwoordelijk is voor een groot scala aan psychische klachten (Duijsens & Diekstra, 1996). 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 & de Goede, 2003) waardoor psychiatrische symptomen 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 psychiatrische 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.

Daarnaast 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. Deze steun en afwijzing wordt mogelijk 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 niet statistisch is onderzocht 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.

Ondanks de inspanningen om twee steekproeven te formeren die in alle redelijkheid met elkaar te vergelijken zijn blijft het zeer complex om onderzoek te doen binnen maatschappelijke systemen en subsystemen. Een ander kritiek punt van dit onderzoek is dan ook 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 (wel/niet religieus). Hierdoor ontstaat er een grote diversiteit in de steekproef, wat niet bevorderlijk is voor de validiteit en betrouwbaarheid. Tevens komt de generaliseerbaarheid van het onderzoek in gevaar. 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. Dit kan een vertekening geven van informatie en illustreert hoe moeilijk het is om valide en betrouwbaar onderzoek te doen op het grensvlak van religies, culturen en overtuigingen. In vervolgonderzoek is het wellicht mogelijk om een enkele groep zoals Rooms Katholieken te vergelijken met bijvoorbeeld Soennitische Moslims om vertekening te voorkomen. Vanwege deze limitaties van dit onderzoek kunnen er slechts globale en geen generaliseerbare uitspraken worden gedaan.

Verder kan het in kaart brengen van een groter aantal variabelen bijdragen aan een mogelijk beter passende 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 heeft voor onderzoek.

Naast genoemde beperkingen op het gebied van de meetmethoden van dit onderzoek, kennen ook de gebruikte tests 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 voornog geen uitsluitel 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 die door de COTAN hoog worden beoordeeld (Luteijn, Barelds, Arrindell, Deelman, Kamphuis & Vertommen, 2008) is getracht een zo bruikbaar mogelijke testbatterij te construeren.

Een laatst aandachtspunt is dat er in dit onderzoek sprake is van een sneeuwbaaleffect. Een sneeuwbaaleffect ontstaat doordat er aan participanten die deelnemen aan het onderzoek en 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, 1993).

Door benoemde aandachtspunten kunnen er geen algemeen geldende uitspraken worden gedaan en kan men slechts van aanwijzingen spreken op basis van de verkregen resultaten. Vervolgonderzoek is noodzakelijk om beter inzicht te verkrijgen in het verwachte samenspel van de variabelen homoseksualiteit, religie en psychische klachten.

Aanbevelingen

Door middel van dit onderzoek zijn kritiekpunten op de huidige hulpverlening naar voren gekomen. Middels de aangedragen kritiekpunten 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. 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. 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 te betuigen aan enkele personen. Zonder de hulp van deze personen was het niet mogelijk geweest om dit onderzoek uit te voeren.

Ten eerste ben ik 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 wil ik de heer N. Lagerweij en L. Wijsman bedanken voor hun hulp bij het uitvoeren van statistische analyses.

Tot slot wil ik A.C.H.Schouten hartelijk bedanken. Zonder diens kennis, passie en grote motivatie had ik dit onderzoek niet kunnen uitvoeren. Bedankt Adriaan!

Marleen Bakker



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 19th, 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) of mw. V. Siemers Reiter BSc (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: Het 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 u 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 | • | • | • | • |

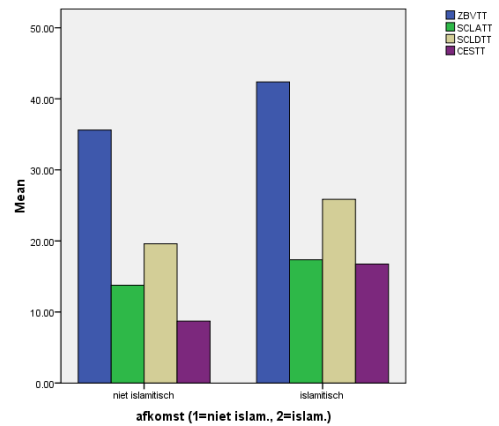


Bijlage 4: SPSS output

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	-8.02609	2.24611	-12.49320	-3.56298
	Equal variances not assumed			-3.595	82.578	.001	-8.02609	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

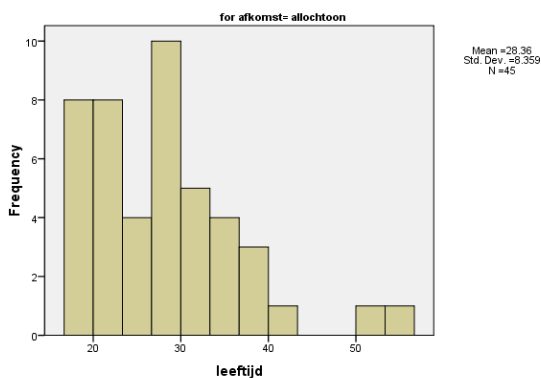
Case Processing Summary

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

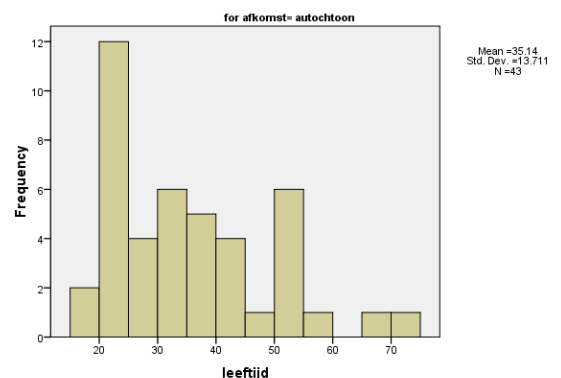
Descriptives

afkomst (1=Autochtoon, 2=allochtoon)	Statistic	Std. Error
leeftijd		
autochtoon	Mean	35.14
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	30.92
95% Confidence Interval for Mean	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
allochtoon	Mean	28.36
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	25.84
95% Confidence Interval for Mean	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





4.3 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 ^a	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
→ ZBVT	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