

De eerste, tweede en vierde auteur zijn werkzaam bij de Afd. Klinische en Gezondheidspsychologie, UU, de derde auteur bij de Afd. Methoden en Statistiek, UU. De tweede auteur is tevens verbonden aan Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen.

Correspondentieadres: Drs. A. Schouten, Afd. Klinische en Gezondheidspsychologie, UU, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht

E-mailadres:

A.C.H.Schouten@uu.nl

Adriaan Schouten, Jeroen Knipscheer, Rens van de Schoot en Liesbeth Woertman

Islamitisch en homoseksueel in Nederland – een dubbele psychische belasting?

SUMMARY

Islamic and homosexual in the Netherlands – a double mental burden?

According to the Minority Stress Model, immigrants have an increased risk of mental health problems compared with the general population. Homosexual feelings can form an additional minority stress factor next to ethnic minority status, given the social disapproval of homosexuality within non-Western cultures, the open manifestations of homosexual behavior in the western society, and the influence of religion, such as the Islam. It is unknown whether Islamic homosexuals indeed have an increased risk of developing mental health problems as compared to the general population or indigenous homosexual people. The aim of this study is to obtain a first insight into mental health problems of Islamic men and women with homosexual feelings in order to tailor health care services to their possible needs. The Islamic sample consisted of 51 men and 6 women and was compared with the Dutch norm group (N=1009) and with a group of indigenous Dutch homosexuals (N=61). Indicators of mental health problems were the anxiety and depression subscales of the SCL-90. Both the Islamic and the indigenous homosexual group reported significantly more symptoms of anxiety and depression than the Dutch norm group. The Islamic homosexual group did not differ significantly from the indigenous homosexual group with regard to anxiety, but showed a trend for higher depression. Despite the limitations, this unique study has provided an important first insight into this complex to reach population, warranting more research. Potential consequences for prevention policy and clinical implications are discussed.

Marokkaanse man (22 jaar): *“Ik heb vaak vlinders in mijn buik voor iemand van hetzelfde geslacht. Nooit heb ik iets met deze gevoelens gedaan en zal dit nooit doen. Waarschijnlijk zal ik trouwen met een Marokkaanse vrouw. Ik kan niet anders. Ik durf niet te zijn wie ik ben... Ik voel me sterk verbonden met mijn religie en wil Allah niet teleurstellen.”*

(el Kaka & Kursun, 2002)

Marokkaanse man (21 jaar): “Mijn ouders spreek ik niet meer, en dit doet pijn. Het gemis van mijn familie kan ik bijna niet verdragen, voor hen ben ik een slechte jongen, ik ben namelijk homoseksueel. (...) Als er een pil zou zijn waarmee ik hetero kon worden, zou ik deze meteen innemen.”

(el Kaka & Kursun, 2002)

Inleiding

De huidige pluriforme samenleving impliceert verschillen tussen mensen in religie, normen en waarden, opvoeding, leefgewoonten en ook beleving van seksualiteit. Vooral seksualiteit is in vele religies en culturen omgeven door taboe. Zeker het ervaren van homoseksuele gevoelens is vaak moeilijk bespreekbaar (Duran, 1993). Religie speelt in de attitude ten aanzien van homoseksualiteit een belangrijke rol (Adamczyk & Pitt, 2009). De meeste religies neigen ertoe om gedragingen die samenhangen met homoseksualiteit te kwalificeren als ‘onnatuurlijk’, ‘zondig’ en ‘onrein’ (Yip, 2005). In de westerse samenleving was homoseksueel handelen lange tijd verboden binnen de christelijke traditie. Gedurende de laatste decennia van de vorige eeuw heeft er in Nederland een transformatie plaatsgevonden van homoseksualiteit als zondig en pathologisch naar een meer geaccepteerde vorm van seksuele identiteit (Oosterhuis, 1996). Desondanks gaat de ontdekking homoseksueel te zijn bijna altijd gepaard met verwarring, onafhankelijk van de culturele of religieuze achtergrond van mensen (Cass, 1979; Troiden, 1988). Ondanks de meer tolerante houding in Nederland ten aanzien van homoseksualiteit, ondervinden autochtone homoseksuelen, vergeleken met de heteroseksuele normgroep, nog immer een verhoogde kans op psychische gezondheidsklachten (Sandfort, De Graaf, Bijl & Schnabel, 2001). Ook internationaal onderzoek toont aan dat een homoseksuele identiteit een verhoogde kans op psychisch onwelbevinden geeft (Balsam, Huang, Fieland, Simoni & Walters, 2004; Yoshikawa, Wilson, Chae & Cheng, 2002). Homoseksualiteit is dus op zichzelf een risicofactor voor het ontwikkelen van psychische problematiek.

Volgens het *Minority Stress Model* (Meyer, 2003) is minderheidsstress het gevolg van geïnternaliseerde negatieve attitudes, discriminatie en sociale afkeuring en uitsluiting. Depressie, hopeloosheid en suicidale ideatie zijn het gevolg. Tevens kan deze stress tot risicogedrag (alcohol- en drugsmisbruik) en tot andere vormen van zelfbeschadigend gedrag leiden. Hierdoor kunnen minderheidsgroeperingen binnen Nederland, waaronder allochtonen, een verhoogde kans lopen op

het ontwikkelen van psychische problemen in vergelijking met de algemene (autochtone) bevolking. Homoseksualiteit kan hierbij een extra minderheidsstressfactor vormen, gezien de sociale afkeuring van homoseksualiteit vanuit de normen van niet-westerse culturen en religies zoals de islam.

Seksualiteit wordt in de islam gewaardeerd en erkend als een menselijke behoefte (Steinberger, 1999), echter enkel binnen het huwelijksinstituut of een andere geregistreerde samenlevingsvorm tussen man en vrouw. Wat zich buiten dit kader afspeelt wordt in principe beschouwd als verwerpelijk (Ajouaou, 2002). Het idee heerst dat homoseksualiteit een zonde tegen de islam is die bestraft dient te worden. Shadid en Koningsveld (1990) stellen dat de islamitische cultuur een waardesysteem van eer en schande kent dat betrekking heeft op vele maatschappelijke terreinen. Dat homoseksuele gevoelens bij gelovige moslims vaak een extra psychische belasting vormen, zelfs een ernstig conflict kunnen veroorzaken, heeft alles te maken met het dubbele taboe dat er heerst. Er is sprake van een sterke sociale afkeuring en er rust vanuit de religie een algemeen verbod op het uitdragen van homoseksualiteit. Dat wil zeggen, homoseksualiteit is in vele culturen best acceptabel, zolang de homoseksuele gevoelens maar niet openlijk worden gemanifesteerd in gedrag. Het hebben van homoseksuele gevoelens op zich hoeft dus niet per definitie problematisch te zijn binnen de islamitische cultuur, maar islamitische homoseksuelen kunnen in een tweestrijd komen in een land waarin openlijk uiting wordt gegeven aan homoseksuele gevoelens. Als openlijk islamitisch homoseksueel word je geacht verantwoording af te leggen tegenover de gehele moslimomgeving en tegenover God (Nahas, 2005). Door de afkeurende houding tegenover homoseksualiteit binnen de eigen cultuur en religie en de openlijke manifestaties in het publieke domein neemt de verwarring over de eigen identiteit toe met mogelijk ernstige psychische consequenties. Toch is deze groep tot nu toe erg onzichtbaar in de samenleving en is er nog zeer weinig bekend over hun psychische gezondheid.

Doel van dit onderzoek is het verkrijgen van een eerste inzicht in de psychische gezondheid van deze specifieke en moeilijk te bereiken doelgroep ten einde hulpverlening beter te kunnen toesnijden op hun hulpvraag en eventueel gewenste zorg beter toegankelijk te maken. De onderzoeksvraag is of in Nederland wonende islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens meer angst en depressie rapporteren dan een aselechte steekproef uit de algemene Nederlandse bevolking en een groep autochtone homoseksue-

elen. Gezien eerdergenoemde problemen onder de groep islamitische migranten met homoseksuele gevoelens is de verwachting dat zij meer psychische klachten rapporteren in vergelijking met zowel de algemene bevolking als met een autochtone homoseksuele vergelijkingsgroep.

Methode

Participanten

De steekproef uit de populatie islamitische homoseksuelen bestond uit 57 respondenten, voor het merendeel (88%, $n=51$) mannen. De gemiddelde leeftijd was 26 jaar ($SD = 5,47$). Een kwart (26%, $n = 15$) is geboren in Nederland, een kwart (28%, $n = 16$) in Turkije en een vijfde (21%, $n = 12$) in Marokko; de resterende respondenten (25%; $n = 14$) kwamen uit onder meer Algerije, Egypte, Libanon en Macedonië. De groep autochtone homoseksuelen kende 61 deelnemers onder wie bijna een derde ($n=18$, 30%) mannen. Beide groepen zijn vergeleken met een normgroep uit de algemene Nederlandse bevolking ($N = 1009$, 43% man; zie Arrindell & Ettema, 1986).

Procedure

Werving van de islamitische steekproef vond plaats door het verspreiden van 150 papieren versies van een vragenlijst via verschillende maatschappelijke organisaties die zich richten op islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens (zoals Stichting Veilige Haven, Schorer Stichting, Stichting Habibi Ana, Stichting Yoesuf, COC Nederland, en verschillende regionale COC-afdelingen van Nederland). Daarnaast is geworven in het uitgaansleven en in persoonlijke kring. Tevens is een digitale versie van de vragenlijst online gezet via Veilige-haven.nl, Gay.nl, COC.nl, Mikado.nl en Altranet.nl. De groep autochtone homoseksuele mannen en vrouwen is digitaal geworven via verschillende internetsites die zich richten op de homoseksuele doelgroep.

Een schatting van de non-respons is door de digitale mogelijkheid tot participatie moeilijk te geven. Hoewel de respons op de papieren versie van de vragenlijst laag was (6%) hebben relatief veel personen de vragenlijst digitaal ingevuld. Bij vragenlijsten over seksualiteit is non-respons altijd relatief hoog, vanwege de persoonlijke (taboe-gerelateerde) aard van de vragen (zie bijvoorbeeld Mor, Davidovich, McFarlane, Feldshtein & Chemtob, 2008), wat bij islamitische homoseksuelen in nog sterkere mate zou kunnen gelden dan voor autochtone homoseksuelen. Daarnaast zouden zorgen over

anonimiteit en mogelijk het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal een rol kunnen spelen.

Gezien het delicate onderwerp is veel aandacht besteed aan het werven van respondenten in relatie tot anonimiteit en vertrouwelijkheid. De keuze is gegeven of respondenten gebruik willen maken van een digitale vragenlijst of een papieren versie. Het was mogelijk om de vragenlijst anoniem in te vullen en te retourneren. Ervaring heeft geleerd gebruik te maken van tussenpersonen werkzaam bij verschillende maatschappelijke organisaties die zich richten op de doelgroep (zie Knipscheer, Drogendijk, Gülşen & Kleber, 2009). Tevens waren er concrete afspraken gemaakt met deze tussenpersonen om in te schatten of eventuele respondenten niet teveel belast zouden worden met het participeren in dit onderzoek. De communicatie tussen respondent en onderzoekers is met zoveel mogelijk respect en openheid uitgevoerd. De respondenten waren goed geïnformeerd over het doel van het onderzoek door middel van een duidelijke introductie en instructie aan het begin van de vragenlijst. De vragenlijst was dusdanig opgesteld dat de identiteit van de respondent niet herleid kan worden uit de verkregen data waardoor anonimiteit en vertrouwelijkheid volledig is gegarandeerd.

Instrument

Naast vragen over de sociodemografische achtergrond van de deelnemers is de psychische gezondheid bepaald aan de hand van de subschalen Angst en Depressie van de Symptom Checklist-90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986). De SCL-90 is een multidimensionale zelfrapportage-klachtenlijst. De vragenlijst bestaat uit 90 items die klachten beschrijven op acht dimensies, gemeten op een 5-punts schaal variërend van 1 (helemaal niet) tot 5 (helemaal wel). In het huidige onderzoek zijn de dimensies angst (10 items) en depressie (16 items) meegenomen (de andere SCL-schalen waren niet relevant voor de specifieke vraagstelling van dit onderzoek). De betrouwbaarheid in de islamitische subgroep was voldoende (Cronbach's $\alpha = .87$ voor angst en $.94$ voor depressie).

Resultaten

Groepsverschillen in angst en depressie

Vergeleken met de normgroep uit de algemene bevolking (angst: $M = 14,0$, $SD = 5,25$; depressie: $M = 22,7$, $SD = 7,86$) rapporteerde de islamitische homoseksuele groep significant meer angst ($M = 17,4$, $SD = 7,2$, gemiddeld verschil 3,39; betrouwbaarheidsinterval 1,45-5,33); $t(55) = 3,51$, $p < .001$) en depressie ($M = 32,3$, $SD = 14,0$,

gemiddeld verschil 9,63; betrouwbaarheidsinterval 5,92 – 13,35; $t(56) = 5,19, p < .001$).

Autochtone homoseksuelen scoorden eveneens significant hoger op angst ($M = 16,9, SD = 7,6; t(60) = 2,99, p < .01$) en depressie ($M = 29,0, SD = 11,7; t(60) = 4,24, p < .001$) dan de normgroep.

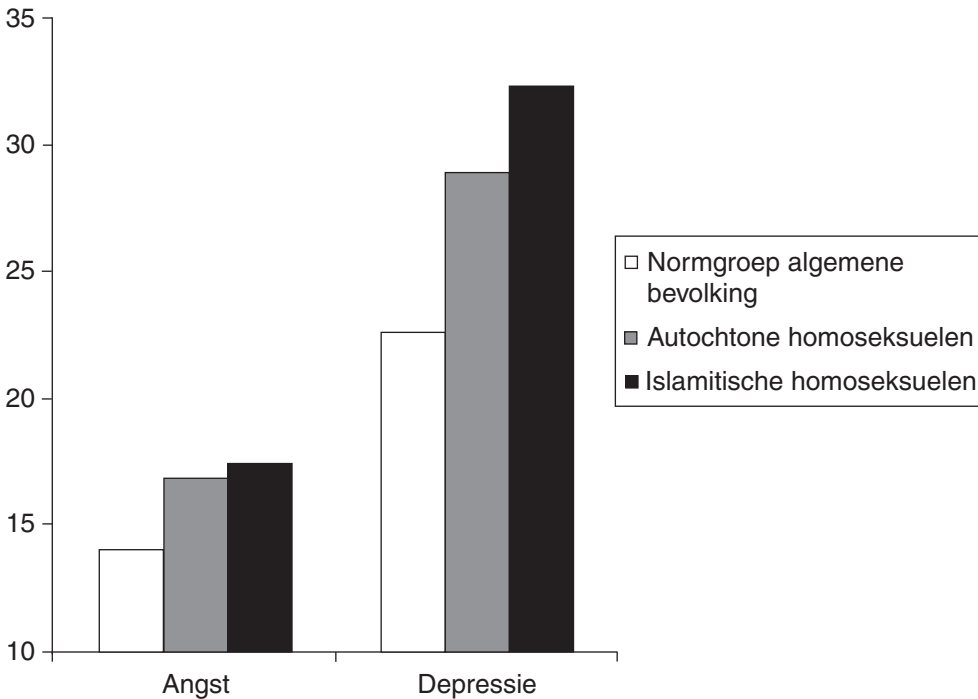
De islamitische homoseksuele groep verschilde niet significant op angst van de autochtone homoseksuele groep, $t(115) = -.36, p = .36$. Wel was er een trend voor een hogere depressiescore in de islamitische groep vergeleken met de autochtone homoseksuele groep, $t(116) = -1,39, p = .08$.

Figuur 1 geeft de verschillen grafisch weer.

Discussie

Voor zover bekend is dit het eerste empirische onderzoek dat de psychische problematiek van islamitische homoseksuele migranten in kaart heeft gebracht. Deze inventarisatie was van belang omdat homoseksuele gevoelens bij gelovige, geëmigreerde moslims een ernstig innerlijk conflict kunnen veroorzaken met als gevolg een verhoogde kans op angst- en depressieklachten (Balsam et al., 2004; Yoshikawa et al., 2002). De huidige gegevens ondersteunen deze assumptie

gedeeltelijk. Islamitische homoseksuelen rapporteren significant meer angst en depressie dan de algemene autochtone bevolking. In vergelijking met autochtone homoseksuelen neigen islamitische homoseksuelen naar meer depressie, maar niet naar meer angst. Het hebben van homoseksuele gevoelens *sec* lijkt dus stressverhogend te zijn in vergelijking met een heteroseksuele geaardheid (zie ook Sandfort et al., 2001). Wanneer de sociaal-culturele omgeving dergelijke gevoelens expliciet afwijst (zoals in de islamitische gemeenschap) lijkt dit vooral samen te hangen met meer somberheid. Juist het punt van migratie en culturele adaptatie is hierin belangrijk. Het is namelijk de vraag of homoseksuelen in het land van herkomst ook zulke problemen zouden hebben; onderzoek daarover is (ons) niet bekend. Het is in het bijzonder de frictie tussen twee culturen die continue spanning zou kunnen veroorzaken. Het *Minority Stress Model* (Meyer, 2003) illustreert de complexe sociale context die homoseksuelen ervaren in relatie tot gezondheid. Men ervaart stress door zichzelf te identificeren als seksuele minderheidsgroepering en zich tegelijkertijd betrokken te blijven voelen bij de 'traditionele' cultuur die afwijzend staat ten opzichte van het openlijk belijden van hun seksuele oriëntatie (zie ook Szymanski & Sung, 2010).



Figuur 1. Gemiddelde scores op de SCL-90 subscales Angst en Depressie van de normgroep uit de algemene bevolking ($N = 1009$), de steekproef autochtone homoseksuelen ($N = 61$) en de steekproef islamitische homoseksuelen ($N = 57$)

Methodologische overwegingen

Het huidige onderzoek is uniek, het bestuderen van een 'gevoelig' en een in de taboesfeer verkerend onderwerp onder een verborgen en weinig bereidwillige doelgroep is precair en uitdagend. De uiteindelijk gerealiseerde respons is dan ook zeer goed te noemen. Het is evenwel onduidelijk in hoeverre de resultaten van dit onderzoek generaliseerbaar zijn naar de totale groep islamitische homoseksuelen in Nederland. Mogelijk ervaren respondenten die hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek meer of juist minder problemen dan andere personen uit de doelgroep die niet geparticipeerd hebben. De gehanteerde snowball-sampling methode ontbeert randomisering en kan niet worden vergeleken met representatieve steekproefverzamelingsmethoden. Nochtans wordt deze methode aangeraden in onderzoeken waar populatiekarakteristieken onhelder zijn, een zekere participatieweerstand wordt verwacht en gevoelige onderwerpen aan bod komen (Okazaki & Sue, 1995).

Daarnaast is de verdeling van sekse in dit onderzoek niet gelijk; het aantal mannelijke participanten is binnen de islamitische groep hoger dan het aantal vrouwelijke, terwijl in beide vergelijkingsgroepen het percentage vrouwen hoger lag. Dit duidt echter eerder op een onderschatting van de problematiek onder islamitische homoseksuelen dan een overschatting, aangezien de prevalentie van angst- en stemmingsproblematiek onder vrouwen hoger is dan onder mannen (Ten Have, Schoemaker & Vollebergh, 2002).

Aangezien de bevindingen van de islamitische homoseksuelen niet vergeleken zijn met een groep islamitische heteroseksuelen is het niet mogelijk om te onderscheiden in hoeverre de verhoogde angst en depressie zijn toe te schrijven aan de combinatie van migratie/acculteratie problemen en homoseksualiteit. Of de invloed van religie groot was weten we evenmin, aangezien van de groep autoctonen de religieuze affiliatie niet bekend is. Tot slot is de SCL-90 niet formeel cross-cultureel gevalideerd voor deze groepen, maar de lijst blijkt goed toepasbaar in onderzoeken in Turkije (Aksaray, Kortan, Erkaya, Yenilmez, & Kaptanoglu, 2006; Guz, Sunter, Bektas, & Doganay, 2008) alsook in België met Turkse en Marokkaanse migranten (Leveque, Lodewyckx & Vranken, 2007).

Toekomstig onderzoek

Hoewel het gebruik van de SCL-90 een indicatie geeft van psychisch onwelbevinden, zou vervolgonderzoek specifiek naar klinische angst en depressie moeten kijken om concretere aanbevelingen voor behandeling te kunnen realiseren. De inzet van *mixed methods* zou

daarbij zinvol zijn. Toekomstig onderzoek zou voorts idealiter een evenredig percentage islamitische homoseksuelen vrouwen moeten includeren evenals een vergelijkbare sekseverdeling tussen de verschillende vergelijkingsgroepen. Gezien de lage respons op de schriftelijke vragenlijst en de betere respons op de digitale vragenlijst lijkt werving van respondenten via het internet de meest geschikte methode om respondenten te benaderen. Werving via internet heeft echter ook nadelen, zoals het mogelijk meermalen invullen van de vragenlijst via verschillende computers. Om de betrouwbaarheid van gegevens te optimaliseren lijkt werving via tussenpersonen aangewezen waardoor respondenten persoonlijk benaderd worden (zie Gülşen, Knipscheer & Kleber, 2010 en Drogendijk et al., 2003), die hiermee vruchtbare resultaten hebben geboekt). Tevens is het van belang om de weg naar zorg binnen deze groep in kaart te brengen. Hierbij speelt onder andere de culturele context waarbinnen psychopathologie wordt ervaren een rol. Het is van belang om de contextuele factoren in beeld te brengen die beslissingen over het gebruik van zorg beïnvloeden. Longitudinaal onderzoek zou inzicht moeten geven in hoeverre psychologisch relevante aspecten van cultuur en acculturatie predictief zijn voor de ontwikkeling en mogelijk instandhouding van psychische problemen onder homoseksuelen moslims en hun terughoudendheid om hulp te zoeken (zie ook Barry & Grilo, 2002).

Implicaties voor de klinische praktijk

Een aantal maatschappelijke organisaties in Nederland (zoals die hebben meegewerkt bij de vragenlijst verspreiding) richt zich op hulpverlening aan islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens. Specifieke hulpverlening op dit terrein staat echter nog in de kinderschoenen. Cijfers verkregen uit empirisch onderzoek zijn evenmin aanwezig – laat staan dat gegevens bekend zijn die specifieke therapie-mogelijkheden ondersteunen en optimaliseren. Ondanks de beperkingen van het huidige onderzoek geven de bevindingen een eerste indicatie dat preventie- en klinische activiteiten zich in het bijzonder rekenschap moeten geven van het belang van de socioculturele context voor de hulpvrager en zich bewust moeten zijn van mogelijke aarzeling onder islamitische mannen en vrouwen met homoseksuele gevoelens om psychologische hulp te zoeken (zie ook Hamilton & Mahalik, 2009). Hulpverleners dienen zich bewust te zijn van de impact die het stigma 'islamitisch en homoseksueel' kan hebben en hoe dit kan leiden tot angst en depressie – en mogelijk tot zelfdestructief gedrag. Therapie kan cliënten helpen de stress die resulteert van onderdruk-

king van gevoelens te begrijpen. Daarnaast kunnen alternatieve copingstrategieën worden aangeleerd om de geïnternaliseerde negatieve gevoelens over henzelf en hun geaardheid te reduceren en zo hun weerbaarheid te vergroten.

Dankbetuiging

Dank aan alle respondenten en masterstudenten die hun bijdrage aan dit onderzoek hebben geleverd. In het bijzonder mw. drs. Janneke Veldhoen-Duzgun voor haar enthousiaste inzet.

Literatuur

- Adamczyk, A., & Pitt, C. (2009). Shaping attitudes about homosexuality: The role of religion and cultural context. *Social Science Research, 38*, 338-351.
- Ajouaou, M. (2002). Islam en homoseksualiteit. *Blad van Interkerkelijke Stichting Kerken en Buitenlanders, 53*, 10-12.
- Aksaray, G., Kortan, G., Erkaya, H., Yenilmez, C., & Kaptanoglu, C. (2006). Gender differences in psychological effects of the August 1999 earthquake in Turkey. *Nordic Journal of Psychiatry, 60*, 387-391.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. SCL-90*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Balsam, K.F., Huang, B., Fieland, K.C., Simoni, J.M., & Walters, K.L. (2004). Culture, trauma, and wellness: A comparison of heterosexual and lesbian, gay, bisexual, and two-spirit native Americans. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 10*, 287-301.
- Barry, D.T., & Grilo, C.M. (2002). Cultural, psychological, and demographic correlates of willingness to use psychological services among East Asian immigrants. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 190*, 32-39.
- Cass, V.C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality, 4*, 219-235.
- Drogendijk, A.N., Velden, P.G. van der, Kleber, R.J., Christiaanse, B., Dorresteyn, S.M., Grievink, L., Meeuwisse, M., Olff, M., & Gersons, B.P.M. (2003). Turkse getroffen en vuurwerkkramp Enschede: Een vergelijkende studie. *Gezondheid, 31*, 145-162.
- Duran, K. (1993). Homosexuality and Islam. In A. Swindler (Ed.), *Homosexuality and world religions* (pp. 181-197). Valley Forge, PA: Trinity Press International.
- Gülşen, C.H., Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2010). The impact of forced migration on mental health: A comparative study on posttraumatic stress among internally displaced and externally migrated Kurdish women. *Traumatology, 16*, 109-116.
- Guz, H., Sunter, A.T., Bektas, A., & Doganay, Z. (2008). The frequency of the psychiatric symptoms in the patients with dyspepsia at a university hospital. *General Hospital Psychiatry, 30*, 252-256.
- Hamilton, C.J., & Mahalik, J.R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling, 56*, 132-141.
- Have, M. ten, Schoemaker, C., & Vollebergh, W. (2002). Genderverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie, 44*, 367-375.
- Kaka, I. el, & Kursun, H. (2002). *Mijn geloof en mijn geluk, Islamitische meiden en jongens over hun homoseksuele gevoelens*. Amsterdam: Schorer boeken.
- Knipscheer, J.W., Drogendijk, A., Gülşen, C.H., & Kleber, R.J. (2009). Differences and similarities in posttraumatic stress between economic migrants and forced migrants: Acculturation and mental health within a Turkish and a Kurdish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*, 373-391.
- Leveque, K., Lodewyckx, I., & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders, 97*, 229-239.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*, 674-697.
- Mor, Z., Davidovich, U., McFarlane, M., Feldshtein, G., & Chemtob, D. (2008). Gay men who engage in substance use and sexual risk behaviour: A dual-risk group with unique characteristics. *International Journal of STD & AIDS, 19*, 698-703.
- Nahas, M.O. (2005). *Homo en moslim, hoe gaat dat samen?* Haarlem: Boom Planeta.
- Okazaki, S., & Sue, S. (1995) Methodological issues in assessment research with ethnic minorities. *Psychological Assessment, 7*, 367-375.
- Oosterhuis, H. (1996). Christian social policy and homosexuality in The Netherlands. *Journal of Homosexuality, 32*, 95-112.
- Sandfort, T.G., Graaf, R. de, Bijl, R.V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands mental health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry, 58*, 85-91.
- Shadid, W.A.R., & Koningsveld, P.S. van (1990). *Moslims in Nederland: minderheden en religie in een multiculturele samenleving*. Alphen aan de Rijn: Samsom Stafleu.
- Steinberger, R. (1999). Homoseksualiteit onder mannen uit islamitische landen: Naar homovriendelijke en transculturele hulpverlening. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 54*, 641-653.
- Szymanski, D.M., & Sung, M.R. (2010). Minority stress and psychological distress among Asian American sexual minority persons. *The Counseling Psychologist, 38*, 848-872.
- Troiden, R.R. (1988). Homosexual identity development. *Journal of Adolescent Health Care, 9*, 105-113.

Yip, A.K.T. (2005). Queering religious texts: An exploration of British non-heterosexual Christians' and Muslims' strategy of constructing sexuality-affirming hermeneutics. *Sociology*, 39, 47-65.

Yoshikawa, H., Wilson, P.A., Chae, D.H., & Cheng, J.F. (2002). Do family and friendship networks protect against the influence of

discrimination on mental health and HIV risk among Asian and Pacific Islander gay men? *Journal of Sex Research*, 39, 179-189.