

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Affirmatieve cognitieve gedragstherapie voor homoseksuele, lesbische en biseksuele cliënten

Arjan E.R. Bos¹ en Volker Moritz²

SAMENVATTING

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van affirmatieve cognitieve gedragstherapie voor homoseksuele mannen, lesbische vrouwen en biseksuelen. Eerst wordt dieper ingegaan op de affirmatieve cognitieve gedragstherapie, waarbij een empathische behandeling zonder vooroordelen centraal staat en de identiteit als homoseksueel, lesbische of biseksueel (holebi) door de therapeut bevestigd en versterkt wordt. Vervolgens worden belangrijke zaken besproken waar therapeuten van 'holebi's' kennis van zouden moeten hebben, zoals identiteitsontwikkeling, stigmatisering en intieme relaties. Hierna wordt stil gestaan bij richtlijnen om vooroordelen te voorkomen tijdens de therapie. Tot slot worden suggesties gegeven voor toekomstig onderzoek naar affirmatieve cognitieve gedragstherapie.

INLEIDING

Onderzoek laat zien dat homoseksuele mannen, lesbische vrouwen en biseksuelen ('holebi's') meer psychische problemen hebben dan heteroseksuelen (Herek & Garnets, 2007; Kuyper, 2011; Meyer, 2003; Sandfort, Bakker, Schellevis & Vanweesenbeeck, 2006). Holebi's hebben niet alleen een verhoogd risico op depressie en angst (Cochran, Sullivan & Mays, 2003; Sandfort, De Graaf, Bijl & Schnabel, 2001), maar ook suicide komt vaker voor bij deze groep (De Graaf, Sandfort & Ten Have, 2006; Meyer, 2003). Er is ook sprake van verhoogd middelengebruik onder holebi's (Corliss, Rosario, Wypij, Fisher & Austin, 2008; Gruskin, Greenwood, Matevia, Pollack & Bye, 2007; Sandfort, De Graaf & Bijl,

¹ Universitair hoofddocent klinische psychologie, Open Universiteit, Heerlen

² V. Moritz MSc, Psycholoog-seksuoloog NVVS, PsyQ Amsterdam

Correspondentie: Dr. Arjan E.R. Bos, Faculteit Psychologie, Open Universiteit, Postbus 2960

6401 DL Heerlen, E-mail: Arjan.Bos@ou.nl

2003). Een van de belangrijkste verklaringen voor de hogere prevalentie van psychische klachten bij holebi's is het stigma van homoseksualiteit (Herek & Garnets, 2007; Meyer, 2003). Psychologische hulpverlening voor holebi's vereist een gedegen kennis van de problemen waarmee holebi's te maken kunnen krijgen. Volgens het affirmatieve perspectief kunnen dergelijke thema's pas effectief worden aangepakt als de therapeut een bevestigende houding voor de identiteit van de cliënt heeft, zonder vooroordelen (Kort, 2008).

Dit artikel geeft een overzicht van de affirmatieve cognitieve gedragstherapie voor holebi's. Eerst wordt dieper ingegaan op de belangrijkste kenmerken van deze therapievorm. Vervolgens worden belangrijke zaken besproken waar therapeuten van holebi's kennis van zouden moeten hebben, zoals identiteitsontwikkeling, stigmatisering, seksualiteit en intieme relaties. Ook wordt stil gestaan bij richtlijnen om vooroordelen te voorkomen tijdens de therapie. Tot slot worden suggesties gegeven voor toekomstig onderzoek naar affirmatieve cognitieve gedragstherapie.

AFFIRMATIEVE THERAPIE

Homoseksualiteit wordt gedefinieerd aan de hand van verschillende componenten die onderling zwak correleren: homoseksueel verlangen, homoseksueel gedrag en homoseksuele identiteit (Hendrickx & Litaer, 2003). Onderzoek onder de Nederlandse volwassen populatie laat zien dat 21.9 procent van de vrouwen en 16.5 procent van de mannen enige vorm van homoseksueel verlangen, gedrag of identiteit vertoont (Rutgers Nisso groep, 2006). De groep met uitsluitend een homoseksuele, lesbische of biseksuele identiteit is veel kleiner: 2.6 procent van de vrouwen beschouwt zichzelf als lesbisch en 3.3 procent als biseksueel. Van de mannen heeft 4.0 procent een homoseksuele identiteit en 3.1 procent een biseksuele identiteit (Rutgers Nisso groep, 2006). Seksuele oriëntatie heeft betrekking op de seksuele, romantische en affectieve aantrekking tot anderen (APA, 2011) en kan gezien worden als een continuüm van geheel heteroseksueel tot geheel homoseksueel (APA, 2011). Seksuele oriëntatie omvat seksueel verlangen en seksuele identiteit, maar niet seksueel gedrag (APA, 2011). Homoseksualiteit en biseksualiteit zijn – net als heteroseksualiteit – geen vastomlijnde categorieën: de seksuele oriëntatie is veel 'vloeibaarder' en complexer dan men vroeger dacht en kan in de loop der tijd veranderen (Diamond & Butterworth, 2008; Pederson & Kristiansen, 2008). Zo laten de ontwikkeling en beleving van de lesbische en biseksuele identiteit van vrouwen bijvoorbeeld veel variatie en veranderlijkheid in de tijd zien (Diamond, 2008; Vanwesenbeeck, 2009). Voor mannen is de seksuele oriëntatie overigens veel minder vloeibaar dan voor vrouwen (Chivers, 2005; Pedersen, 2008).

Tot en met 1973 was homoseksualiteit als een psychische stoornis opgenomen in de DSM II (Drescher, 2010; Milton & Coyle, 1999). Veel therapeuten hadden voor die tijd een niet-bevestigende houding ten aanzien van homoseksue-

aliteit en probeerden homoseksuelen met behulp van conversietherapie om te vormen tot heteroseksuelen (Hendrickx & Litaer, 2003). In de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw ontstond een andere visie op seksuele diversiteit, waarbij homoseksualiteit en biseksualiteit gezien werden als normale variaties van de seksuele oriëntatie (Hendrickx & Litaer, 2003). In deze periode is ook de affirmatieve therapie voor holebi's ontstaan. Het affirmatieve perspectief wijst de visie dat homoseksualiteit pathologisch is af en stelt juist dat *homofobie* pathologisch is (Hendrickx & Litaer, 2003). Bij affirmatieve therapie staat een empathische benadering zonder vooroordelen centraal. De therapeut bevestigt en versterkt tijdens de therapie de identiteit van de cliënt als holebi (Hendrickx & Litaer, 2003; Pachankis & Goldfried, 2004). Het is belangrijk om op te merken dat het affirmatieve perspectief geen aparte therapiestroming is, maar een werkwijze die binnen meerdere therapeutische stromingen kan worden toegepast (Milton & Coyle, 1999). De affirmatieve therapie omvat vaardigheden en kwaliteiten die een effectieve therapeut in feite bij iedere cliëntengroep zou moeten hebben. Het is daarbij essentieel dat de therapeut de normaliteit en de waarde van de holebi seksualiteit onderschrijft en een grondige kennis heeft van de aard en dynamiek van de problematiek, en van de uitdagingen waarmee holebi's te maken kunnen krijgen (Milton & Coyle, 1999). Niet alle psychologische problemen van holebi's komen voort uit problemen rondom de seksuele oriëntatie (Pachankis & Goldfried, 2004). Een affirmatieve therapeut zal dan ook goed moeten kijken of het psychische probleem centraal moet staan, of dat de psychische problematiek samenhangt met de seksuele oriëntatie.

Een cognitieve gedragstherapeut die werkt vanuit het affirmatieve perspectief veronderstelt dat irrationele cognities of ontspoorde leerprocessen ten grondslag liggen aan het gedrag en probeert de inhoud van deze cognities te veranderen of het leerproces om te buigen. Tijdens de diagnostische fase probeert de cognitieve gedragstherapeut een beeld te krijgen van de disfunctionele schema's en het probleemgedrag van de cliënt (Arntz & Smeets, 2009; Emmelkamp & Vedel, 2009). Na de fase van informatieverzameling (intake, anamnese en psychodiagnostiek) stelt de therapeut een casusconceptualisatie op, die wordt besproken met de cliënt. Vervolgens kan de therapie van start gaan. Een affirmatieve cognitieve gedragstherapeut heeft de beschikking over technieken uit de cognitieve en de gedragstherapie. Zo kan een affirmatieve cognitieve gedragstherapeut negatieve gedachten opsporen door cliënten associaties te laten opschrijven op zinnen als: 'Homo's zijn...', 'Omdat ik lesbisch ben kan ik niet...' of 'Als ik hetero was...'. Met een cliënt die bang is om intimiteit in het openbaar te tonen, kan de therapeut bijvoorbeeld een 'ergste wat kan gebeuren' oefening doen. Daarbij stelt de therapeut bijvoorbeeld de vraag wat het ergste is wat er kan gebeuren als de cliënt hand in hand met de partner door de stad loopt. Vervolgens vraagt de therapeut wat er daarna het ergste is wat er kan gebeuren. Een voorbeeld van een gedragstherapeutische

interventie is *rescripting*. Veel cliënten herinneren of beleven nog steeds de angst of het trauma bij het op school als holebi uit de kast komen. Deze situatie kan nagespeeld worden, maar dit keer met de bekrachtiging die de cliënt als kind nodig had. In het artikel van Moritz en Bos (2012) in dit nummer van Gedragstherapie worden twee verschillende casussen beschreven waarbij dieper wordt ingegaan op de affirmatieve behandeling van een homoseksuele man en een lesbische vrouw vanuit cognitief gedragstherapeutisch perspectief.

Een belangrijke vraag is of therapeuten die zelf holebi zijn beter in staat zijn om psychologische hulp te verlenen aan holebi's dan heteroseksuele therapeuten. Volgens Kort (2008) zijn er veel heteroseksuele therapeuten die 'open-minded' zijn en hun best doen om op een onbevooroordeelde manier psychologische hulp te bieden aan holebi cliënten. Toch vindt Kort (2008) dat veel therapeuten 'ongeinformeerd' zijn en niet weten met welke specifieke uitdagingen holebi's te maken kunnen krijgen (Kort, 2008). Deze specifieke kennis over holebi's is volgens Kort (2008) essentieel om goed hulp te kunnen bieden. Milton en Coyle (1999) hebben onderzoek gedaan naar affirmatieve therapie bij homoseksuele mannen en lesbiennes. Uit dit onderzoek bleek dat sommige cliënten de seksuele geaardheid van de therapeut een essentieel onderdeel vonden van affirmatieve therapie, terwijl andere cliënten dat juist niet vonden (Milton & Coyle, 1999). De deelnemers aan het onderzoek van Milton en Coyle (1999) noemden een aantal voordelen van holebi therapeuten en heteroseksuele therapeuten. Een voordeel van holebi therapeuten is dat zij gevoelens en ervaringen snel begrijpen en dat zij de taal spreken die aansluit bij de holebi ervaringen en cultuur (Milton & Coyle, 1999). Een heteroseksuele therapeut kan de vooroordelen van de buitenwereld in de therapie brengen. Als de therapeut in staat is om de cliënt te begrijpen en op een onbevooroordeelde manier te reageren, kan dat een positieve invloed hebben op de behandeling. Als dat echter niet op een goede manier gebeurt, kan het juist negatief werken (Milton & Coyle, 1999). Pachankis en Goldfried (2004) wijzen op een mogelijke valkuil voor holebi therapeuten. Zij stellen dat holebi therapeuten het risico lopen om minder begrip te hebben voor geïnternaliseerde schaamte en de cliënt te snel open willen laten zijn over de holebi identiteit (Pachankis & Goldfried, 2004).

IDENTITEITSONTWIKKELING

Het is belangrijk dat een affirmatieve therapeut kennis heeft van de identiteitsontwikkeling van holebi's. Er zijn verschillende modellen die de identiteitsontwikkeling van holebi's beschrijven. Het model van Cass (1979) is het meest geciteerde en onderzochte model (Savin-Williams, 2011) en wordt binnen de affirmatieve therapie veel gebruikt (Kort, 2008). Cass (1979) onderscheidt zes verschillende stadia in de identiteitsontwikkeling van holebi's.

In de eerste fase (Identiteitsverwarring) begint men zich af te vragen of men homoseksueel is. Deze fase wordt vaak gekenmerkt door het gevoel anders te zijn en door verwarring over de seksuele oriëntatie. In de tweede fase (Identiteitsvergelijking) begint de cliënt de identiteit als holebi voorzichtig onder ogen te zien. Soms accepteert men wel homoseksueel gedrag, maar accepteert men nog niet een identiteit als holebi. Het komt ook voor dat men wel de identiteit als holebi accepteert, maar geen homoseksueel gedrag vertoont (Kort, 2008). In de derde fase (Identiteitstolerantie) accepteert men de mogelijkheid dat men holebi is. De verwarring over de identiteit neemt af, maar men is zich er sterk van bewust dat het zelfconcept afwijkt van de maatschappelijke norm. Dit kan tot gevoelens van eenzaamheid leiden. In de vierde fase (Identiteitsaanvaarding) accepteert men de identiteit als holebi en voelt men zich in toenemende mate verbonden met de holebi gemeenschap. In de vijfde fase (Identiteitstrots) voelen holebi's zich trots op hun identiteit en storten sommigen zich in de holebi gemeenschap. (Kort, 2008). In de laatste fase (Identiteitssynthese) wordt de seksuele identiteit geïntegreerd in andere aspecten van het zelf. Het persoonlijke zelf en het publieke zelf worden geïntegreerd (Kort, 2008; Ritter & Terndrup, 2002).

Een ander model dat de identiteitsontwikkeling van holebi's beschrijft is afkomstig van Troiden (1979). In de eerste fase van zijn model (Sensitatie) heeft men het gevoel anders te zijn dan leeftijdsgenoten. In de tweede fase (Dissociatie) wordt men zich steeds sterker bewust van de gevoelens, maar maakt men nog steeds een onderscheid tussen enerzijds het homoseksuele verlangen en gedrag en anderzijds de homoseksuele identiteit. In de derde fase (Coming out) neemt men de holebi identiteit aan en noemt men zichzelf holebi. In de laatste fase (Commitment) is sprake van zelfacceptatie en integratie van de holebi identiteit in het dagelijks leven.

De fasenmodellen van identiteitsontwikkeling (Cass, 1979; Troiden, 1979) zijn de laatste tijd bekritiseerd (Schoonacker, Dumon & Loucks, 2009). Deze modellen gaan er vanuit dat iedere holebi een vaste opeenvolgende identiteitsontwikkeling doormaakt. Er zijn steeds meer studies die laten zien dat de identiteitsontwikkeling op verschillende manieren kan plaats vinden en dat deze stadia niet door alle holebi's in een vaste volgorde worden doorlopen (Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2011). Ondanks de diversiteit qua identiteitsontwikkeling, is het belangrijk dat de affirmatieve therapeut weet hoe de ontwikkeling doorgaans verloopt en welke problemen er in iedere fase centraal staan. Het is belangrijk dat de therapeut benadrukt dat de gevoelens die de cliënt in iedere fase ervaart normaal zijn. De identiteitsontwikkeling wordt door holebi's vaak als moeilijk ervaren: in de eerste fasen is er vaak sprake van een verminderd psychologisch welbevinden, maar in de laatste fasen neemt het welbevinden weer toe (Halpin & Allen, 2004). Recent onderzoek laat zien dat holebi's die hun identiteit beter hebben geïntegreerd in andere aspecten van het zelf, een hogere zelfwaardering hebben en minder depressieve klachten,

angstsymptomen en gedragsproblemen rapporteren (Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2011).

COMING OUT

De coming out als holebi is geassocieerd met de fasen van identiteitsontwikkeling. In de latere fasen van de identiteitsontwikkeling wordt de seksuele identiteit in toenemende mate onthuld en is men steeds opener over de seksuele identiteit (Ritter & Terndrup, 2002). Franssens en collega's (2009) hebben onderzoek gedaan naar coming-out onder jonge homomannen in Nederland. Gemiddeld waren de jongens uit hun onderzoek 13,5 jaar toen zij merkten dat zij zich tot jongens aangetrokken voelden. Op de leeftijd van 16,1 jaar gingen zij zich als homo- of biseksueel beschouwen. De gemiddelde leeftijd waarop zij hun coming out hadden was 18,1 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop homoseksuelen voor het eerst seks hebben met een man is 19,2 jaar (Van Empelen, Van Berkel, Roos & Zuilhof, 2011). Het merendeel van de jongens heeft in het begin met name aan hun moeder, beste heterovriendinnen, zussen en homovrienden verteld dat zij homoseksueel zijn. Na verloop van tijd is men ook steeds opener over de homoseksualiteit ten opzichte van de vader, broers en anderen.

Het onthullen van een identiteit die kan leiden tot stigmatisering is vaak een dilemma (Bos et al., 2009). Enerzijds kan openheid daadwerkelijk leiden tot stigmatisering. Anderzijds heeft het delen van belangrijke aspecten van onszelf juist positieve gevolgen (Pennebaker, 1990) en levert geslotenheid juist veel stress op (Pachankis, 2007). In bepaalde contexten, culturen of religies is het taboe rondom homoseksualiteit groot (Stutterheim et al., 2011), waardoor de coming out als homoseksueel ernstige gevolgen kan hebben. Voor sommige holebi's kan geslotenheid over de seksuele identiteit en het leiden van een dubbelleven dan een bewust gekozen optie zijn (Moritz & Bos, 2012; casus 2). Joling en collega's (2003) deden onderzoek onder homoseksuele werknemers en vonden dat openheid over seksuele voorkeur op het werk alleen positieve gevolgen voor het welbevinden had als deze personen in de werkcontext weinig stigmatisering ervoeren. Kuypers en Fokkema (2011) vonden dat openheid over de seksuele oriëntatie bij lesbische en biseksuele vrouwen gerelateerd was aan een verhoogd psychologisch welbevinden, terwijl dit voor homoseksuele en biseksuele mannen niet het geval was.

STIGMATISERING

Een stigma is een alles overheersend negatief kenmerk waardoor mensen als minderwaardig worden gezien (Bos, Schaalma & Pryor, 2008; Goffman, 1963). Stigmatisering is het afwijzingsproces dat bij de waarnemer wordt opgeroepen door het stigma (Dijker & Koomen, 2003). Onderzoek laat zien dat stigma-

tisering zowel bewuste (reflectieve) aspecten als meer automatische (reflexieve) aspecten bevat (Pryor et al, 2004). In eerste instantie reageren mensen vaak automatisch op een stigma, maar na een aantal seconden spelen de bewuste processen meer een rol en zullen waarnemers hun vooroordelen vaak proberen onder controle te krijgen (Pryor et al., 2004).

Holebi's lopen een groot risico om slachtoffer te worden van geweld en discriminatie (Herek, 2009; Katz-Wise & Hyde, 2012). Amerikaans onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat 38% van de homoseksuele mannen in zijn leven één of meerdere keren slachtoffer is geweest van een (gewelds)misdad. Voor lesbiennes, biseksuele mannen en biseksuele vrouwen liggen deze percentages aanzienlijk lager (respectievelijk 13%, 11% en 13%) (Herek, 2009). Homoseksuele mannen hebben eveneens vaker last gehad van schelden (68%) dan lesbiennes (54%), biseksuele mannen (41%) en biseksuele vrouwen (34%) (Herek, 2009). Homoseksuele mannen en lesbiennes rapporteren meer discriminatie op het werk en met betrekking tot huisvesting (respectievelijk 18% en 16%) dan biseksuele mannen en biseksuele vrouwen (respectievelijk 4% en 7%) (Herek, 2009). Onderzoek onder Nederlandse homoseksuele werknemers laat zien dat 17 procent van de homoseksuele deelnemers negatieve reacties op het werk ervaart. Het gaat dan vooral om roddelen, spotten met het privéleven of de ander belachelijk maken. Fysiek geweld wordt amper gerapporteerd (Joling, Bos & Sandfort, 2003). Nederlands onderzoek onder jonge homomannen die net uit de kast zijn gekomen laat zien dat ongeveer één op de tien jongens in de afgelopen zes maanden uitgescholden of belachelijk is gemaakt. Spugen, slaan en dreigen worden vrijwel niet gerapporteerd (Franssens & Hospers, 2009).

Verschillende factoren hangen samen met stigmatisering van holebi's (Herek, 2000). Ten eerste wordt er in sterkere mate gestigmatiseerd door oudere mensen, mensen met een lagere opleiding en mensen die wonen op het platteland (Herek, 2000; Herek & Capitanio, 1999). Ten tweede blijken mensen die hoog scoren op autoritarisme holebi's in sterkere mate te stigmatiseren dan mensen die hier laag op scoren (Haddock & Zanna, 1998; Herek, 2000). Ten derde blijken mensen met strenge religieuze opvattingen holebi's ook negatiever te bejegenen dan atheïsten of mensen met liberale opvattingen (Herek & Capitanio, 1996). Verder is gebleken dat mensen die persoonlijk contact hebben met holebi's minder stigmatiseren (Herek, 2000; Pettigrew & Tropp, 2006). Nederlands onderzoek onder adolescenten naar vooroordelen over holebi's laat vergelijkbare factoren zien. Mevissen en collega's (2011) vonden dat negatief gedrag ten opzichte van homoseksuelen grotendeels verklaard kon worden door sekse, religie, masculiniteit, sociale normen, cognitieve en affectieve attitudes ten opzichte van homoseksuelen, en contact met homoseksuelen (Mevissen, Bos, Pryor, De Haas, Van Empelen & Kok, 2011).

Naast het zogenaamde 'publieke stigma', de reacties van de maatschappij op homoseksuelen, wordt er in de literatuur ook 'zelf stigma' onderscheiden

(Pryor et al, 2010). Dit is de internalisering van de stigmatiserende reacties. Gestigmatiseerde individuen kunnen gaan geloven in de maatschappelijke reacties en die op zichzelf toepassen. Zelfstigmatisering leidt er toe dat mensen een lager zelfbeeld krijgen en meer psychische problemen ontwikkelen.

Meyers (1995; 2003) heeft een model ontwikkeld dat verklaart hoe stigmatisering een negatieve impact heeft op het psychologisch welbevinden van holebi's. Volgens Meyers ervaren holebi's vanwege hun minderheidsstatus chronische stress, wat de verhoogde niveaus van psychopathologie onder holebi's verklaart. Er worden in dit model vier verschillende stress processen onderscheiden, namelijk ervaringen met stigmatiserende situaties, verwachtingen om afgewezen te worden, het verhullen of onthullen van de seksuele oriëntatie en geïnternaliseerde homofobie (Meyers, 2003). Individuele coping en sociale steun kunnen een buffer zijn voor de effecten van stigmatisering op het psychologische welbevinden van holebi's (Meyer, 2003). Meyer (2003) heeft wetenschappelijke evidentie gevonden voor dit model. Recentelijk hebben Kuypers en Fokkema (2011) ook ondersteuning voor het model gevonden bij Nederlandse holebi's. Deelnemers die meer stigmatiserende ervaringen hadden gehad of de homofobie in sterkere mate internaliseerden, bleken inderdaad meer stigmatiserende reacties te rapporteren. Interessant is dat de impact op het psychologisch welbevinden sterker was voor homoseksuele mannen of lesbiennes dan voor biseksuelen. Nederlands onderzoek van Joling en collega's (2003) laat eveneens zien dat ervaren stigmatisering een impact heeft op zowel stress, psychologisch welbevinden als de lichamelijke gezondheid van homoseksuelen.

SEKSUALITEIT EN INTIEME RELATIES

Het is voor een affirmatieve therapeut belangrijk om voldoende te weten over seksualiteit en intieme relaties van holebi's. Tijdens affirmatieve therapie komt het thema seksualiteit vaak aan bod. Het kan dan gaan over de fijne en plezierige kanten van homoseksualiteit, maar ook over seksuele disfuncties, seksueel geweld of angst voor een hiv-infectie (Moritz & Bos, 2012; casus 1). Het is belangrijk dat de affirmatieve therapeut het seksuele gedrag van de cliënt niet veroordeelt. Net als binnen de heteroseksuele levensstijl komen alle vormen van relaties en seksuele uitdrukkingen voor. De affirmatieve therapeut moet om kunnen gaan met het hele spectrum van monogame relaties tot en met frequent dating gedrag, niet gender-typisch of 'BDSM' (bondage, dominantie en sadomasochisme) leefstijl.

Binnen de groep holebi's is er een grote diversiteit aan leefstijlen en relatievormen. Homoseksuele mannen en lesbische vrouwen verschillen meer van elkaar dan van hun heteroseksuele seksegenoten (Vanwesenbeeck, 2009). Er zijn relatief weinig verschillen qua relatiesatisfactie en interactiekwaliteit tussen heteroseksuele en homoseksuele koppels (Vanwesenbeeck, 2009;

Herek & Garnets, 2007). Homoseksuele en lesbische koppels verdelen het huishoudelijk werk eerlijker en lossen conflicten constructiever op dan heteroseksuele koppels (Kurdek, 2005). De factoren die de kwaliteit van de relatie bepalen zijn vergelijkbaar voor homoseksuele en heteroseksuele koppels: individuele kenmerken van de partner, hoe de partner de relatie ziet, hoe partners zich ten opzichte van elkaar gedragen en de waargenomen steun voor de relatie (Kurdek, 2005). Terwijl heteroseksuele koppels vaak steun krijgen van familieleden, krijgen homoseksuele en lesbische koppels dat meer van vrienden (Kurdek, 2005). Onderzoek laat zien dat geweld binnen homoseksuele en lesbische relaties ongeveer even vaak voorkomt als binnen heteroseksuele relaties en dat de risicofactoren eveneens vergelijkbaar zijn (Kurdek, 2005).

Homoseksuele mannen verschillen wel van heteroseksuele mannen wat betreft seksueel gedrag: homoseksuele mannen hebben vaker seks, hebben meer seksuele partners en hebben doorgaans kortere relaties dan heteroseksuele mannen (Vanwesenbeeck, 2009). Dergelijke verschillen zijn niet gevonden voor lesbische vrouwen en heteroseksuele vrouwen (Vanwesenbeeck, 2009). De Schorer monitor meet jaarlijks seksueel risicogedrag bij een grote steekproef van Nederlandse homoseksuele mannen. Hieronder worden gegevens uit de laatste twee metingen besproken. Van de deelnemers blijkt 44 procent een vaste relatie te hebben met een man (Van Empelen et al., 2011). Ongeveer driekwart van de deelnemers had in het afgelopen half jaar één of meer losse sekspartners (Van Empelen et al., 2011). De meest populaire ontmoetingsplaatsen voor sekspartners zijn het internet (78%), sauna (27%), via vrienden/kennissen (22%), café/bar (21%), discotheek/dansfeest (14%), openlucht ontmoetingsplek (14%) en darkrooms (14%) (Van Empelen et al., 2011). Bij het eerste sekscontact met een losse partner heeft 55 procent geen anale seks, 29% beschermde anale seks en 16% onbeschermde anale seks (Van Empelen, Van Berkel, Roos & Zuilhof, 2010). Binnen vaste relaties worden vaak afspraken gemaakt over seks met andere mannen: van de mannen met een relatie langer dan zes maanden heeft 32% afgesproken monogaam te zijn en 38 procent dat (eventuele) anale seks alleen met een condoom mag (Van Empelen et al., 2010). Alcohol, poppers, viagra, hasj en XTC wordt door meer dan 15% van de mannen soms of altijd gebruikt voor of tijdens de seks (Van Empelen et al., 2010). Het gebruik van alcohol en drugs voor of tijdens de seks komt vaker voor bij homoseksuele mannen dan bij biseksuele mannen (Van Empelen et al., 2010). Het bespreken van seksueel risicogedrag kan een lastig thema zijn voor een affirmatieve therapeut. Enerzijds wil de affirmatieve therapeut een goede band opbouwen met de cliënt, anderzijds kan er ook de behoefte zijn om de cliënt te waarschuwen en weerbaar te maken om onveilige seks niet te accepteren.

Seksuele problemen komen vaak voor onder holebi's. Onderzoek bij een grote Amerikaanse steekproef van homoseksuele mannen laat zien dat bijna vier op de vijf deelnemers ten minste één seksuele disfunctie rapporteerde (Hirschfield et al., 2010). Gering seksueel verlangen, erectiestoornis en presta-

tiëangst werden het vaakst genoemd (Hirschfield et al., 2010). Homoseksuele mannen die hun seksuele disfunctie als probleem zien, hebben vaak een geringere acceptatie van de homoseksualiteit en een langzamere aanname van een positieve homoseksuele identiteit. Deze groep rapporteert ook meer psychische problemen en is in het algemeen minder tevreden met de seksuele relaties (Gellman, 1986; Sandfort & de Keizer, 2001). Lesbische en biseksuele vrouwen zijn doorgaans seksueel actiever dan heteroseksuele vrouwen (Burri et al., in press; Henderson, Lehavot & Simoni, 2009). Ten aanzien van de seksuele tevredenheid is het beeld wisselend: Burri en collega's (in press) vonden juist dat lesbische en biseksuele vrouwen meer seksuele distress en geringere seksuele tevredenheid rapporteerden dan heteroseksuele vrouwen. Henderson en collega's (2009) vonden daarentegen dat lesbische en biseksuele vrouwen minder seksuele problemen en een grotere seksuele tevredenheid rapporteerden. Vergelijkbare factoren bepalen de seksuele tevredenheid voor heteroseksuele, lesbische en biseksuele vrouwen. Voor lesbische en biseksuele vrouwen is geïnternaliseerde homofobie een extra factor die negatief gecorreleerd is aan seksuele tevredenheid (Henderson, Lehavot & Simoni, 2009).

BEWUSTWORDING EN REDUCTIE VAN VOOROORDEN BIJ DE THERAPEUT

Een centraal kenmerk van de affirmatieve cognitieve gedragstherapie is een behandeling zonder vooroordelen. Sociaal psychologisch onderzoek naar het reduceren van vooroordelen laat zien dat het niet eenvoudig is om stereotypen en vooroordelen te veranderen (Bos, Schaalma & Pryor, 2008). Het onderdrukken van vooroordelen is bijvoorbeeld een strategie die averechts werkt (Macrae et al., 2004). Hierdoor worden vooroordelen juist toegankelijker. Het aanbieden van stereotype-inconsistente informatie is ook niet altijd succesvol. Het kan leiden tot 'subtyping', waardoor de persoon in kwestie als een uitzondering wordt gezien en de stereotype denkbeelden over de groep niet veranderen (Kunda & Oleson, 1995, 1997). Als het stereotype-inconsistente beeld bij meerdere personen voorkomt en niet te veel afwijkt van het oorspronkelijke stereotype beeld, kan stereotype-inconsistente informatie overigens wel effect sorteren (Kunda & Oleson, 1995, 1997). Het opwekken van empathie voor een lid van een gestigmatiseerde groep kan leiden tot positievere attitudes ten aanzien van de groep als geheel (Batson et al., 1997). Een strategie die goed lijkt te werken is interpersoonlijk contact met de doelgroep. Door een afname van angst en toename van empathie worden de attitudes ten aanzien van leden van de andere groep positiever (Pettigrew, Tropp, Wagner & Christ, 2011). Een meta-analyse van Pettigrew en Tropp (2006) laat zien dat contact interventies effectief zijn en vooroordelen kunnen reduceren. Interpersoonlijk contact met de doelgroep is effectiever als aan bepaalde voorwaarden is voldaan (Pettigrew & Tropp, 2006): de groepen moeten een gelijke status en gemeen-

schappelijke doelen hebben. Verder moet er ruimte voor persoonlijk contact zijn en moet de leiding van de groepen het contact ondersteunen (Allport, 1954). Onderzoek van Herek en Capitano (1996) laat zien dat de contacthypothese ook opgaat voor homoseksuele mannen en lesbiennes. Heteroseksuelen die interpersoonlijk contact hebben met homoseksuele mannen of lesbiennes blijken een positievere attitude ten aanzien van deze groepen te hebben dan heteroseksuelen die geen interpersoonlijk contact hebben (Herek & Capitano, 1996).

Het is essentieel dat therapeuten zich bewust zijn van de eigen vooroordelen ten opzichte van homoseksualiteit. Stigmatisering is een proces dat zowel uit reflectieve als reflexieve componenten bestaat. Als therapeuten zich bewust worden van de eigen vooroordelen en getraind worden om vooroordelen weg te nemen, wordt het reflectieve deel van stigmatisering aangepakt. Therapeuten die gemotiveerd zijn om onbevooroordeeld te reageren, zullen hun best doen om ook hun automatische responsen ten opzichte van holebi's te controleren. Toch is het mogelijk dat therapeuten in de omgang met hun cliënten vooroordelen 'lekker' tijdens de therapie (Hebl, Tickle & Heatherton, 2000). Holebi's hebben tijdens hun leven vaak een sterke gevoeligheid ontwikkeld voor stigmatisering. De non-verbale houding en de woorden van de therapeut luisteren daarom heel nauw. Als de affirmatieve therapeut zich bewust is van de eigen reacties en alert is op de reacties van de cliënt kunnen deze gevoelens ook in de therapie besproken worden. Naarmate de therapeut meer ervaring heeft met de doelgroep en meer bekend is met de taal en cultuur van holebi's, zal de non-verbale houding van de therapeut ook veel beter zijn.

Psychologen die meer affirmatieve training in hun opleiding hebben gehad, voelen zich competentier om met holebi's te werken (Rock, Stone Carlson & McGeorge, 2010). De hoeveelheid kennis over identiteitsontwikkeling van holebi's is niet gerelateerd aan de gerapporteerde competentie om met holebi's te werken. Het gaat vooral om inzicht in homofobie, en de invloed die dit heeft op cliënten en therapeuten (Rock et al., 2010). Trainingsprogramma's voor (affirmatieve) therapeuten moeten dus aandacht besteden aan de bewustwording en reductie van vooroordelen ten opzichte van holebi's. Deze programma's moeten zich richten op de determinanten van stigmatisering van holebi's (Herek, 2000) en gebaseerd zijn op actuele wetenschappelijke kennis over het reduceren van vooroordelen (Bos, Schaalma & Pryor, 2008).

TOT BESLUIT

Affirmatieve cognitieve gedragstherapeuten behandelen holebi's op een onbevooroordeelde manier en proberen de zelfacceptatie en de identiteit van de holebi te versterken. In dit artikel is de werkwijze van de affirmatieve therapie besproken en is stil gestaan bij relevante thema's die tijdens de therapie aan bod kunnen komen. De affirmatieve therapeut moet niet alleen specifieke

kennis hebben over deze thema's, maar ook de taal spreken die aansluit bij de cultuur en ervaringen van holebi's. Dit vereist een gedegen training in kennis en houding, die nog onvoldoende in het huidige postdoctorale GGZ-onderwijs is opgenomen (zie ook Milton & Coyle, 1999). De thema's die in het artikel zijn besproken gaan vaak over *problemen* waar holebi's mee te maken krijgen. Het is belangrijk om te benadrukken dat het in de affirmatieve therapie juist vaak gaat over *de positieve aspecten* van homoseksualiteit en het krachtig en weerbaar maken van holebi's. De therapeut moedigt daarbij de cliënt aan om de fasen van de identiteitsontwikkeling van holebi's te doorlopen (uiteraard in het tempo van de cliënt).

Op het terrein van affirmatieve therapie is nog veel onderzoek nodig. Allereerst is er in het algemeen minder onderzoek verricht onder biseksuelen dan onder homoseksuele mannen en lesbiennes. Het is belangrijk dat er meer specifieke kennis over deze groep komt. Bovendien is het relevant om te onderzoeken of affirmatieve therapie voor biseksuele mannen en biseksuele vrouwen even effectief is als voor homoseksuele mannen of lesbiennes.

Ten tweede moet er meer onderzoek gedaan worden naar de effecten van affirmatieve training op de attitudes en het gedrag van (cognitieve gedrags) therapeuten. Het is daarbij belangrijk dat niet alleen expliciete attitudes ten opzichte van holebi's gemeten worden, maar ook impliciete attitudes (zie Pryor et al., 2004). Bovendien zou ook (non-verbaal) gedrag tijdens een therapeutische sessie met holebi's gemeten moeten worden.

Helaas is er nog geen goede therapie-evaluatiestudie geweest die de effecten van de affirmatieve therapie heeft onderzocht. Het is bijvoorbeeld onduidelijk in hoeverre affirmatieve cognitieve gedragstherapie therapie beter is dan een standaard cognitieve gedragstherapie waarbij de therapeut goede therapeutische vaardigheden heeft maar niet handelt vanuit het affirmatieve perspectief. Ook is voornog onduidelijk of affirmatieve therapie effectiever is vanuit een bepaald therapeutisch kader, zoals bijvoorbeeld de cognitieve gedragstherapie (Pachankis & Goldfried, 2004). Toekomstig therapie-evaluatie onderzoek zal op deze vragen antwoord moeten geven.

SUMMARY

Affirmative cognitive therapy for lesbian, gay and bisexual individuals

This article provides an overview of affirmative cognitive behavioural therapy for lesbian, gay and bisexual (LGB) individuals. Affirmative therapy is characterized by an affirming and non-pathologising treatment of LGB individuals. This article explains the rationale of this therapeutic approach and discusses important topics that play a role in therapeutic work with LGB individuals (e.g., identity development, stigmatization, intimate relationships). Guidelines to reduce sexual prejudice among therapists are discussed and suggestions for future research on affirmative cognitive therapy are provided.

Key words: affirmative therapy, homosexual, lesbian, bisexual, sexual prejudice, cognitive behavioural therapy, review

LITERATUUR

- American Psychological Association (2011). Sexual orientation and homosexuality. Gevonden op het internet op 13 November 2011: <http://www.apa.org/helpcenter/sexual-orientation.aspx>.
- Arntz, A. & Smeets, G. (2009). Cognitieve therapie. In G. Smeets, A.E.R. Bos, H.T. van der Molen & P. Muris (Red), *Klinische psychologie: Diagnostiek en therapie*. Groningen: Uitgeverij Noordhoff.
- Batson, C.D., Polycarpou, M.P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H.J., Mitchener, E.C., Bednar, L. L., Klein, T.R., & Highberger, L. (1997). Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 105-118.
- Bos, A.E.R., Kanner, D., Muris, P., Janssen, B., & Mayer, B. (2009). Mental illness stigma and disclosure: Consequences of coming out of the closet. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 509-513.
- Bos, A.E.R., Schaalma, H.P., & Pryor, J.B. (2008). Reducing AIDS-related stigma in developing countries: The importance of theory- and evidence-based interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 13, 450-460.
- Burri, A., Rahman, Q., Santtila, P., Jern, P., Spector, T., & Sandnabba, K. (in druk). The relationship between same-sex sexual experience, sexual distress, and female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*.
- Cass, V.C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 4, 219-235.
- Chivers, M.L. (2005). A brief review and discussion of sex differences in the specificity of sexual arousal. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 377-390.
- Cochran, S.D., Sullivan, J.G., & Mays, V.M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 53-61.
- Corliss, H.L., Rosario, M., Wypij, D., Fisher, L.B., & Austin, S. (2008). Sexual orientation disparities in longitudinal alcohol use patterns among adolescents: Findings from the growing up today study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162, 1071-1078.
- De Graaf, H., Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25^{ste}: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Rutgers Nisso Groep / SOA AIDS Nederland.
- De Graaf, R., Sandfort, T.H.M., & Ten Have, M. (2006). Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 253-262.
- Diamond, L.M. (2008). Female bisexuality from adolescence to adulthood: results from a 10-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 44, 5-14.
- Diamond, L.M., & Butterworth, M. (2008). Questioning gender and sexual identity: Dynamic links. *Sex Roles*, 59, 365-376.
- Dijker, A.J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology*, 25, 51-68.
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427-460.
- Emmelkamp, P. & Vedel, E. (2009). Gedragstherapie. In G. Smeets, A.E.R. Bos, H.T. van der Molen & P. Muris (Red), *Klinische psychologie: Diagnostiek en therapie*. Groningen: Uitgeverij Noordhoff.
- Franssens, D., & Hospers, H. (2009). *Outcomes*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Gellman, B.D. (1986). Sexual function and dysfunction in homosexual males. *Dissertation Abstracts International*, 46, 3215.

- Glover, J.A., Galliher, R.V., & Lamere, T.G. (2009). Identity development and exploration among sexual minority adolescents: Examination of a multidimensional model. *Journal of Homosexuality*, *56*, 77-101.
- Goffman, I. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gruskin, E.P., Greenwood, G.L., Matevia, M., Pollack, L.M., & Bye, L.L. (2007). Disparities in smoking between the lesbian, gay, and bisexual population and the general population in California. *American Journal of Public Health*, *97*, 1496-1502.
- Haddock, G., & Zanna, M. (1998). Authoritarianism, values, and the favorability and structure of anti-gay attitudes. In G.M. Herek (Ed), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 82-107). Newbury Park, CA: Sage.
- Halpin, S.A., & Allen, M.W. (2004). Changes in psychosocial well-being during stages of gay identity development. *Journal of Homosexuality*, *47*, 109-127.
- Hebl, M.R., Tickle, J., & Heatherton, T.F. (2000). Awkward moments in interactions between nonstigmatized and stigmatized individuals. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 243-272). New York: Guilford Press.
- Henderson, A.W., Lehavot, K., & Simoni, J.M. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of Sexual behaviour*, *38*, 50-65.
- Hendrickx, D., & Lietaer, G. (2003). Affirmatieve hulpverlening aan homoseksuele mannen: Enkele thema's. *Tijdschrift voor psychotherapie*, *29*, 309-327.
- Herek, G.M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, *9*, 19-22.
- Herek, G.M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*, 54-74.
- Herek, G.M. & Capitanio, J. (1996). 'Some of my best friends': Intergroup contact, concealable stigma, and heterosexuals' attitudes towards gay men and lesbians. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *22*, 412-424.
- Herek, G.M. & Capitanio, J. (1999). Sex differences in how heterosexuals think about lesbians and gay men: Evidence from survey context effects. *Journal of Sex Research*, *36*, 348-360.
- Herek, G.M., & Garnets, L.D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 353-375.
- Hirshfield, S., Chiasson, M., Wagmiller, R.L., Remien, R.H., Humberstone, M., Scheinmann, R., & Grov, C. (2010). Sexual dysfunction in an internet sample of U.S. men who have sex with men. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*, 3104-3114.
- Horowitz, J.L., & Newcomb, M.D. (2001). A multidimensional approach to homosexual identity. *Journal of Homosexuality*, *42*, 1-19.
- Joling, E.J., Bos, A.E.R., & Sandfort, T. (2003). Discriminatie van homoseksuele mannen en lesbische vrouwen op het werk: Een onderzoek naar de relatie tussen homodiscriminatie, coping en gezondheid. In E. van Dijk, E. Kluwer & D. Wigboldus (Red), *Jaarboek Sociale Psychologie 2002*. Delft: Eburon.
- Katz-Wise, S.L., & Hyde, J.S. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analysis. *Journal of Sex Research*, *49*, 142-167.
- Kawakami, K., Dovidio, J.F., Moll, J., Hermsen, S., & Russin, A. (2000). Just say no (to stereotyping): Effects of training in the negation of stereotypic associations on stereotype activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 871-888.
- Kort, J. (2008). *Gay affirmative therapy for the straight clinician. The essential guide*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Kunda, Z., & Oleson, K.C. (1995). Maintaining stereotypes in the face of disconfirmation: Constructing grounds for subtyping deviants. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 565-579.

- Kunda, Z., & Oleson, K.C. (1997). When exceptions prove the rule: How extremity of deviance determines the impact of deviant examples on stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 965-979.
- Kurdek, L.A. (2005). What do we know about gay and lesbian couples? *Current Directions in Psychological Science*, 14, 251-254.
- Kuyper, L.S. (2011). *Sexual orientation and health: General and minority stress factors explaining health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual individuals*. Universiteit Utrecht: Academisch proefschrift.
- Kuyper, L., & Fokkema, T. (2011). Minority stress and mental health among Dutch LGBs: Examination of differences between sex and sexual orientation. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 222-233.
- Macrae, N., Bodenhausen, G.V., Milne, A.B. & Jetten, J. (1994). Out of mind but back in sight: Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 808-817.
- Martell, C.R., Safren, S.A., & Prince, S.E. (2004). *Cognitive-behavioral therapies with lesbian, gay and bisexual clients*. New York: The Guilford Press.
- Mevissen, F.E.F., Bos, A.E.R., Pryor, J.B., De Haas, K., Van Empelen, P., & Kok, G. (2011). *Antecedents of sexual prejudice among adolescents*. Poster gepresenteerd op de 25^{ste} EHPS conferentie in Kreta.
- Meyer, I.H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38-56.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Milton, M., & Coyle, A. (1999). Lesbian and gay affirmative psychotherapy: Issues in theory and practice. *Sexual and Marital Therapy*, 14, 43-59.
- Moritz, V., & Bos, A.E.R. (2012). Affirmatieve cognitieve gedragstherapie voor homoseksuele, lesbische en biseksuele cliënten: Twee gevalbeschrijvingen. *Gedragstherapie*, 45, 215-226.
- Pachankis, J.E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133, 328-345.
- Pachankis, J.E., & Goldfried, M.R. (2004). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 41, 227-246.
- Pedersen, W., & Kristiansen, H.W. (2008). Homosexual experience, desire and identity among young adults. *Journal of Homosexuality*, 54, 68-102.
- Pennebaker, J.W. (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. New York: Morrow.
- Pettigrew, T.F. & Tropp, L.R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 751-783.
- Pettigrew, T.F., Tropp, L.R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35, 271-280.
- Pryor, J., Reeder, G.D., Yeadon, C., & Hesson-McLinnis, M. (2004). A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 436-452.
- Ritter, K.Y., & Terndrup, A.I. (2002). *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men*. New York: Guilford.
- Rock, M., Stone Carlson, T., & McGeorge, C.R. (2010). Does affirmative training matter? Assessing CFT students' beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 171-184.
- Rosario, M., Schrimshaw, E.W., & Hunter, J. (2011). Different patterns of sexual identity development over time: Implications for the psychological adjustment of lesbian, gay, and bisexual youths. *Journal of Sex Research*, 48, 3-15.
- Rutgers Nisso Groep (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Sandfort, T.G.M., Bakker, F., Schellevis, F., & Vanwesenbeeck, I. (2006). Sexual orientation and mental and physical health status: Findings from a Dutch population survey. *American Journal of Public Health*, 96, 1119-1125.

- Sandfort, T.G.M., De Graaf, R., Bijl, R.V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- Sandfort, T.G.M., De Graaf, R., & Bijl, R.V. (2003). Same-sex sexuality and quality of life: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 15-22.
- Sandfort, T.G.M., & De Keizer, M. (2001). Sexual problems in gay men: An overview of empirical research. *Annual Review of Sex Research*, 12, 93-120.
- Savin-Williams, R.C. (2011). Identity development among sexual-minority youth. In S.J. Schwartz, K. Luyckx & V.L. Vignoles (Eds), *Handbook of Identity Theory and Research*. New York: Springer.
- Schoonacker, M., Dumon, E., & Louckx (2009). *Welebi: Onderzoek naar het mentaal en sociaal welbevinden van lesbische en biseksuele meisjes*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- Stutterheim, S.E., Shiripinda, I., Bos, A.E.R., Pryor, J.B., De Bruin, M., Nellen, J.F.J.B., Kok, G., Prins, J.M., & Schaalma, H.P. (2011). HIV status disclosure among HIV positive African and Afro-Caribbean people in the Netherlands. *AIDS Care*, 23, 195-205.
- Troiden, R.R. (1989). Becoming homosexual: A model of gay identity acquisition. *Psychiatry*, 42, 288-299.
- Van Empelen, P., Van Berkel, M., Roos, E., & Zuilhof, W. (2010). *Schorer Monitor 2010*. Amsterdam: Schorer.
- Van Empelen, P., Van Berkel, M., Roos, E., & Zuilhof, W. (2011). *Schorer Monitor 2011*. Amsterdam: Schorer.
- Vanwesenbeeck, I. (2009). Seksuele diversiteit. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & P. Weijnenborg, *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.