

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: twee gevalbeschrijvingen

Volker Moritz¹ en Arjan E.R. Bos²

SAMENVATTING

In dit artikel wordt affirmatieve cognitieve gedragstherapie voor homoseksuele mannen, lesbische vrouwen en biseksuelen ('holebi's') toegelicht aan hand van twee casusbeschrijvingen. In beide casussen speelt de acceptatie van de holebi identiteit een belangrijke rol bij het ontstaan en persisteren van de ervaren psychologische klachten. De eerste casus over een homoseksuele man met angstklachten laat zien hoe een affirmatieve cognitieve gedragstherapeut te werk gaat. De tweede casus over een Noord-Afrikaanse lesbische vrouw met depressieve en psychotische klachten en illustreert mogelijke moeilijkheden in de behandeling van holebi's uit etnische groepen.

INLEIDING

In dit artikel worden twee gevalbeschrijvingen gepresenteerd uit de praktijk van de affirmatieve cognitieve gedragstherapeut. Deze casussen sluiten aan bij het artikel 'Affirmatieve cognitieve gedragstherapie voor homoseksuele, lesbische en biseksuele cliënten' (Bos & Moritz, 2012). Bij affirmatieve cognitieve gedragstherapie staat een empathische benadering van de cliënt, zonder vooroordelen, centraal en wordt de identiteit als homoseksueel, lesbienne of biseksueel (holebi) bevestigd en versterkt. Affirmatieve therapeuten trekken de homoseksuele, lesbische of biseksuele identiteit van een cliënt niet in twijfel en proberen deze niet te veranderen. Het is belangrijk dat affirmatieve therapeuten zich bewust zijn van hun eigen opvattingen en mogelijke voor-

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

Correspondentie: Volker Moritz, PsyQ Amsterdam, Jan van Galenstraat 335, 1061 AZ Amsterdam, v.moritz@psyq.nl

2 Universitair hoofddocent klinische psychologie, Open Universiteit, Heerlen

oordelen ten aanzien van homoseksualiteit. Ook moeten zij ervaring hebben met het werken met niet-heteroseksuele cliënten en gedegen kennis hebben van de holebi-scene (zie het artikel van Bos & Moritz [2012] in dit nummer van Gedragstherapie, voor meer achtergrondinformatie over affirmatieve cognitieve gedragstherapie).

De eerste casus laat zien hoe een affirmatieve cognitieve gedragstherapeut te werk gaat. Deze casus gaat over een 28-jarige homoseksuele man die hulp zoekt voor paniekaanvallen nadat hij seks heeft gehad met een andere man. De paniekaanvallen lijken samen te hangen met een geringe acceptatie van de eigen homoseksualiteit. Door rescripting van de innerlijke homofobie nemen de paniekaanvallen af en kan hij weer van seks genieten. De tweede casus is gekozen om mogelijke moeilijkheden bij de behandeling van etnische groepen te laten zien. Vaak is er sprake van meervoudige stigmatisering en kan men binnen de eigen culturele gemeenschap niet open zijn over de seksuele identiteit. Daarnaast zijn er vaak niet alleen psychische klachten, maar ook problemen met betrekking tot de woonsituatie, financiën en werk. De casus gaat over een 42-jarige Noord-Afrikaanse vrouw met paranoïde denkbeelden, depressieve klachten en suïcidale gedachten. In eerdere behandelingen is nooit aandacht besteed aan de acceptatie van haar seksuele identiteit, terwijl dit wel met haar psychische klachten lijkt samen te hangen. Zij leidt een dubbelleven, maar openheid over haar seksuele identiteit is geen optie binnen haar cultuur. Door mindfulness oefeningen en gesprekken met de therapeut die haar seksuele identiteit accepteert voelt zij zich rustiger en geeft zij aan minder klachten te hebben. De behandeling wordt uiteindelijk voortijdig afgebroken door de cliënte.

EERSTE CASUS

Aanmelding

M., een 28-jarige homoseksuele man, meldt zich aan voor paniekaanvallen en angst voor hiv-infectie. De aanmelding gebeurt via de website www.rozehulpverlening.nl, een website voor homospecifieke hulpverlening in Nederland. M. vindt het belangrijk om een homoseksuele hulpverlener te hebben die zijn seksuele oriëntatie accepteert.

Klachten

M. heeft last van paniekaanvallen³ die optreden nadat hij beschermd seksueel contact heeft gehad met een andere man. Een paniekaanval is een periode van hevige subjectieve angst die samen gaat met symptomen als hartkloppingen,

3 Mensen met een ziektefobie zijn bang om een ziekte te krijgen, terwijl mensen met hypochondrie bang zijn dat zij een bepaalde ziekte hebben. Daarom is er in deze casus geen sprake van hypochondrie, maar van een specifieke ziektefobie (zie Jaspers & Albersnagel, 2007).

trillen of beven, ademnood, transpireren, duizeligheid, pijn op de borst, tintelingen, opvliegers of koude rillingen (Van den Hout, Schruers & Perreijn, 2007). M. denkt zelf dat deze paniekaanvallen voortkomen uit zijn angst om met hiv geïnfecteerd te worden. M. heeft 2 maanden geleden voor het laatst een hiv-test gedaan. Hoewel hij steeds hiv-negatief test, wordt zijn angst niet minder. Naast de paniekaanvallen heeft M. ook slaapproblemen. Hij wordt 's nachts opeens wakker en piekert dan veel over zijn gezondheid en een mogelijke hiv-infectie. M. heeft ongeveer vier keer per jaar contacten via gay chatsites, maar staat tijdens het seksuele contact onder grote spanning. Hij checkt regelmatig of het condoom nog goed zit en heeft erectieklachten. M. vermijdt het liefst seksueel contact uit angst voor een hiv-infectie. Bovengenoemde klachten zijn er vanaf de eerste seksuele contacten met mannen rondom zijn achttiende levensjaar. Sinds twee jaar zijn de klachten erger geworden.

M. piekert meer over zijn gezondheid, hij slaapt slechter en zijn concentratie is verslechterd. Hierdoor zijn de werkprestaties en sociale contacten achteruit gegaan. Het komt nu ook tot paniekaanvallen zonder voorafgaand seksueel contact, wanneer hij denkt aan een mogelijke hiv-infectie. De vermindering van seksueel contact neemt eveneens toe. In het afgelopen jaar durfde hij slechts één keer contact te leggen met een andere man, waarbij het niet tot seksueel contact is gekomen.

Levensgeschiedenis en huidige leefsituatie

M. is het jongste kind uit zijn gezin en geeft aan dat hij een goede kindertijd en jeugd gehad heeft. Zijn oudere broer heeft echter een chronische ziekte waardoor zijn ouders veel tijd moesten investeren in de zorg voor hem. Omdat M. wel gezond was, zijn de ouders erg blij met hem en krijgt hij extra aandacht. Volgens M. is hij geen aandacht of liefde tekort gekomen. M. heeft een goed netwerk van vrienden en op zijn werk in de reisbranche functioneert hij ook goed. Soms is hij in omgang met klanten onzeker. Hij reageert dan krampachtig en soms trillen zijn handen. Hij is zich bovendien constant bewust van zijn hartkloppingen. M. heeft momenteel geen vaste partner.

Indicatiestelling

Voor de indicatiestelling was de vraag of hij behandeld zou worden volgens het standaardprotocol voor behandeling van specifieke angstklachten binnen het reguliere behandelprogramma voor angststoornissen in de instelling. Omdat hij echter uitdrukkelijk een homoseksuele behandelaar heeft gezocht, werd voor het zorgprogramma Seksuologie gekozen.

Anamnese

Tijdens de intakefase wordt standaard de 4 κ's afgenomen. Dit is een meet-instrument binnen Psy-Q dat klachten, kwaliteit van leven, kosten en klanttevredenheid meet (Huibrechts, Appelo, Korrelboom, Van der Heiden & Bos,

2009). De scores van M. op de 4 κ's tijdens de intake worden in Tabel 1 weergegeven. M. blijkt heel erg veel angst te ervaren, tamelijk veel slaapproblemen te hebben en nogal wat seksuele problemen te ervaren. De klachten blijken redelijk wat invloed te hebben op de kwaliteit van leven. In de afgelopen maand heeft M. voor zijn klachten ook contact gehad met de huisarts en een andere hulpverlener.

Tabel 1 Scores van M. op de 4 κ's op relevante items voorafgaand en na afloop van de behandeling

Item	Range	Voormeting	Nameting
Angsten	0 - 4	4	1
Slaapproblemen	0 - 4	3	0
Seksuele problemen	0 - 4	2	1
Invloed klachten op dagelijkse activiteiten	0 - 10	6	2
Invloed klachten op sociale leven	0 - 10	6	1
Invloed klachten op partner of anderen met wie men samen leeft	0 - 10	5	0
Gelukkig in de laatste maand	0 - 10	6	8
Klanttevredenheid: rapportcijfer omgang met problemen	0 - 10		9
Klanttevredenheid: rapportcijfer effect behandeling	0 - 10		9

Aangezien er in de intakefase onvoldoende tijd is om alle aspecten van M.'s klachten en de mogelijke determinanten daarvan te bespreken, is in drie vervolgesprekken extra aandacht besteed aan het ontdekken van M.'s homoseksualiteit en zijn coming out. Het stigma rondom homoseksualiteit kan een grote rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van psychische klachten bij homoseksuelen (Herek & Garnets, 2007; Kuyper & Fokkema, 2011; Meyer, 2003). Daarom is het van groot belang om stil te staan bij de ontwikkeling en acceptatie van de seksuele identiteit en de manier waarop anderen hierop hebben gereageerd.

Ontdekken van de homoseksualiteit. M. voelt eigenlijk al op vijfjarige leeftijd dat hij 'anders' is dan andere kinderen. Hij heeft meer vriendinnetjes dan andere jongens, hij vindt het leuk zich op te maken en houdt niet van typische jongensspelletjes. Zijn ouders ondersteunen zijn gedrag en zijn wensen. Op elfjarige leeftijd sluit zijn belevingswereld niet meer aan bij de interesses van zijn vrienden. Zijn vrienden gaan meer over meisjes praten, en de meisjes kijken naar de jongens. Hij vindt het spannend om andere jongens te zien, maar vindt dit tegelijkertijd ook heel eng. Hij voelt dat erotische gevoelens voor

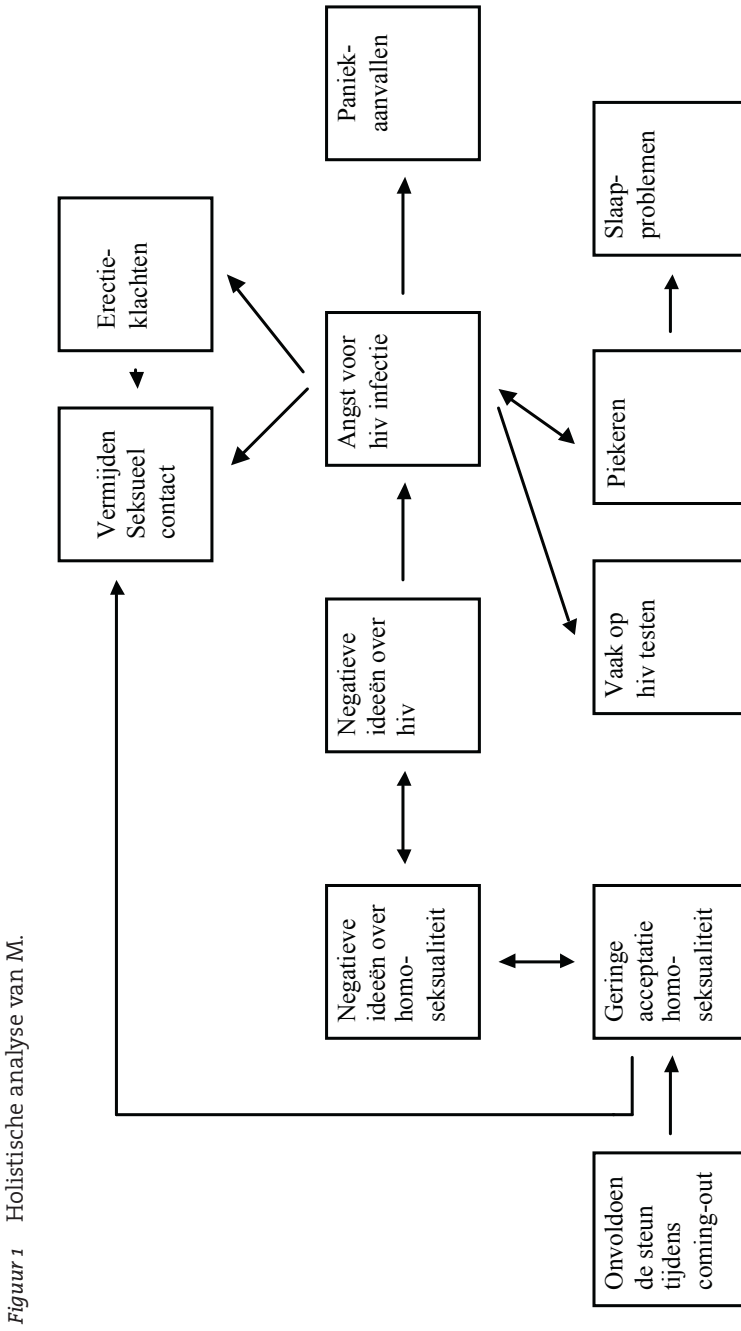
andere leden van het eigen geslacht niet volgens de maatschappelijke norm zijn en ervaart dit als een onuitgesproken taboe. Omdat homoseksualiteit niet zichtbaar is in voorbeeldrollen zoals in de familie, bij burens of leraren, denkt hij dat het slecht was. Hij probeert ook heteroseksueel gedrag, met meisjes te flirten, dicht bij elkaar te dansen en te zoenen, maar hij weet gevoelsmatig dat dit niet klopt. Hij voelt in werkelijkheid niets voor die meisjes, maar wil aan de norm voldoen. Op zijn zestiende jaar heeft hij gedurende een half jaar een relatie met een meisje van dezelfde leeftijd, ondanks dat hij geen seksuele gevoelens voor haar heeft. Over zijn homoseksuele gevoelens spreekt hij met niemand en niemand vraagt hem er naar.

Coming Out. Op zijn zeventiende – na het verbreken van de relatie met het meisje – ontwikkelt hij voldoende zelfvertrouwen om met zijn ouders over zijn homoseksuele gevoelens te spreken. Zijn moeder had al gemerkt, dat hij in deze periode opmerkelijk stil en duidelijk teruggetrokken was. Zijn ouders zijn blij met de openheid van hun zoon en vinden het geen probleem dat hij homoseksueel is. Hij wordt zelfs gefeliciteerd met zijn coming-out. Zij willen het beste voor hem en steunen hem ook hierin. Zij maken zich wel zorgen of hij een vaste partner zal kunnen vinden. Hierna vertelt hij ook aan vrienden en op school dat hij op mannen valt. Iedereen in zijn omgeving accepteert zijn homoseksualiteit en vindt het zelfs 'speciaal'. Zijn ouders en vrienden reageren heel positief, terwijl het voor hem een grote innerlijke strijd was om zijn homoseksualiteit een plek te geven.

In het derde vervolgesprek worden M's angstgedachten in kaart gebracht en wordt gevraagd naar de betekenis van hiv. De therapeut vraagt met behulp van de 'neerwaartse pijl techniek' aan M. wat het ergste is wat kan gebeuren als je hiv oploopt. M. antwoordt dat het ergste zou zijn dat men zou weten dat hij homoseksueel is. Daarna vraagt de therapeut wat het ergste zou zijn als men zou weten dat hij homoseksueel is. M. antwoordt dat hij bang is om dan alleen te komen staan en geen vrienden meer te hebben. Ondanks de positieve reacties uit zijn omgeving, heeft M. zijn homoseksualiteit zelf nog niet geaccepteerd.

Casusconceptualisatie

Figuur 1 geeft een overzicht van de holistische analyse van M. De paniekaanvallen van M. lijken sterk samen te hangen met de angst voor een hiv-infectie. De angst voor een hiv-infectie is gerelateerd aan negatieve opvattingen over hiv, die weer gerelateerd zijn aan negatieve ideeën over homoseksualiteit. Uiteindelijk lijkt er sprake te zijn van geïnternaliseerde homofobie en geringe acceptatie van de homoseksualiteit. De steun die M. tijdens de coming out heeft gekregen van zijn omgeving heeft hij als onvoldoende ervaren. Iedereen reageerde positief, terwijl niemand hem echt steunde in zijn worsteling met de acceptatie van de homoseksualiteit. Het lijkt er op dat het gebrek aan werkelijke steun tijdens de coming out er voor heeft gezorgd dat hij zijn homo-



Figuur 1 Holistische analyse van M.

seksuele identiteit nog niet heeft geaccepteerd. Imaginatie aangevuld met rescripting is een goede manier om de betekenis van emotioneel beladen kerngebeurtenissen uit het verleden te veranderen (Van Genderen & Arntz, 2005). Het is de verwachting dat imaginatie met rescripting bij M. zal leiden tot een grotere acceptatie van de homoseksuele identiteit en dat dit vervolgens zal leiden tot minder angst voor hiv en minder overige klachten.

Behandeling

In twee sessies wordt de ervaring van de puber M. geëxploreerd. In een interne dialoog met de puber begeleidt de therapeut M. om na te gaan wat hij in de fase van het ontdekken van zijn eigen homoseksualiteit nodig heeft gehad. Voor hem was het een persoon die homoseksualiteit niet als 'normaal' en 'geen probleem' zag (zoals de ouders en vrienden), maar iemand die hem serieus nam in zijn innerlijk gevecht. Door 'rescripting' van deze situatie (een vertrouwde vriend met wie hij kon praten over wat het zo moeilijk voor hem maakte) kon de puber de ondersteuning ervaren die hij heeft gemist. In de volgende sessie vertoont M. duidelijk meer zelfvertrouwen. Hij is meer ontspannen en minder verkrampd. Volgens hem is zijn angst voor een hiv-infectie verdwenen. Hij kan weer rustig slapen, ontspannen contacten aan gaan en hij heeft bij twee recente dates van seks kunnen genieten. Erecties zijn weer mogelijk, zonder in toeschouwergedrag en piekeren te vervallen. Hij blijft verder met condooms vrijen, maar de onnodige zorgen, controlebehoefte en de paniek die hij eerder had zijn weggefallen. Hij voelt zich een ander mens en geeft aan dat hij zijn homoseksualiteit nu echt heeft geaccepteerd. M. geeft aan dat verdere behandeling niet nodig is. De volgende sessie wordt daarom gebruikt ter evaluatie en afronding.

Evaluatie van de behandeling

Na afloop van de behandeling heeft M. de 4 κ's weer ingevuld (Huibrechts et al., 2009). Tabel 1 geeft een overzicht van de scores van M. op de voormeting en de nameting. De angstklachten zijn sterk gereduceerd en de slaapproblemen zijn verdwenen. De seksuele problemen zijn eveneens afgenomen. De kwaliteit van leven is sterk verbeterd en M. is zeer tevreden over het effect van de behandeling en de wijze waarop de therapeut met de problemen is omgegaan. De kosten zijn ook lager dan op de voormeting, aangezien M. geen contact heeft gehad met andere hulpverleners.

Deze casus laat zien dat de geringe acceptatie van de homoseksuele identiteit een centrale rol speelde bij de instandhouding van de klachten van M.. Met behulp van affirmatieve therapie werd specifiek gewerkt aan de acceptatie van de homoseksuele identiteit, waardoor de klachten vrij snel gereduceerd werden en de kwaliteit van leven toenam.

TWEEDE CASUS

Aanmelding

R. is een Noord-Afrikaanse vrouw van 42 jaar. Zij meldt zich aan omdat ze haar lesbische seksuele oriëntatie niet kan accepteren en hier ook niet voor uit durft te komen. Een homoseksuele vriend die eerder affirmatieve therapie heeft ontvangen heeft haar aangeraden om zich aan te melden.

Klachten

R. vertoont depressieve klachten zoals sombere stemming, moeheid en futloosheid. Zij heeft suïcidale gedachten. Dertien jaar geleden heeft ze een suïcidepoging gedaan. Toen zag zij geen andere uitweg om van haar toenmalige echtgenoot af te komen. Zij heeft de depressieve klachten al sinds zij zich kan herinneren. De depressieve klachten zijn begonnen tijdens de late adolescentie. R. heeft ook paranoïde wanen: Zij is bang dat mensen haar achtervolgen. Soms ziet zij dat vogels op een plein veranderen in een groep mensen die dan over haar seksuele geaardheid praten. R. is al verscheidene keren in aanraking gekomen met de hulpverlening voor haar psychische klachten, problemen met de woonsituatie en financiële problemen.

Levensgeschiedenis en huidige leefsituatie

R. is op haar 31ste naar Nederland gevlucht nadat ze 12 jaar getrouwd was met een man. Zij heeft twee kinderen die ze in haar land van herkomst heeft achtergelaten. R. heeft een opleiding genoten op HBO niveau, maar heeft nooit gewerkt. Zij werkt nu als schoonmaakster, een baan onder haar niveau. Haar beheersing van het Nederlands is slecht. Vaak werkt zij met mannelijke collega's en wordt zij op haar werk gediscrimineerd als vrouw. R. heeft geen vaste woon- of verblijfplaats. Zij kan bij verschillende mensen logeren in ruil voor het schoonmaken van het huis of als oppas. Zij verlangt erg naar rust en een vaste verblijfplaats. R. heeft na een lange asielpprocedure een legale status gekregen. Maar elke keer dat ze een huis heeft aangeboden gekregen, in combinatie met een financieel plan, heeft ze dit afgewezen. Ze geeft als reden aan dat het voor haar belangrijk is om zelfstandig te blijven. Na haar huwelijk wilde ze niet meer afhankelijk zijn. Zij wil zelf beschikken over haar geld om voor zichzelf te zorgen en regelmatig geld te sturen aan de kinderen. R. heeft een sociaal netwerk van vier Noord-Afrikaanse vriendinnen en twee Nederlandse homoseksuele mannen, maar voelt zich van binnen eenzaam. De meeste kennissen weten niets van haar lesbische seksuele oriëntatie. Zij is blij met haar vriendinnen, omdat ze bij hun een gezinsgevoel heeft en geniet van het contact met hun kinderen. Zij mist haar eigen kinderen en ervaart de kinderen van haar vriendinnen als haar eigen kinderen. Regelmatig komt het echter tot meningsverschillen en ruzies omdat er verschillende verwachtingen bestaan tussen haar, de vriendinnen en de partner van de vriendinnen. R. heeft ook

contact met een aantal homoseksuele mannen, die haar wel eens een slaappleaats aanbieden. Zij praat met hen wel over haar lesbische seksuele oriëntatie.

Indicatiestelling

R. meldt zich specifiek aan met problemen rondom de acceptatie van haar lesbische gevoelens. Ze is al vaker in behandeling geweest voor haar psychische problemen.

In geen enkel eerder hulpverleningscontact is haar lesbische identiteit een thema geweest. Mogelijk hangen haar psychische klachten ook samen met de geringe acceptatie van haar seksuele identiteit. Ze krijgt daarom een therapeut binnen het zorgprogramma Seksuologie toegewezen.

Anamnese

De anamnese verloopt anders dan gebruikelijk. Er zijn geen vragenlijsten bij R. afgenomen vanwege haar slechte beheersing van de Nederlandse taal. Tijdens de anamnese is met R. gesproken over haar lesbische gevoelens en de (on)mogelijkheden om haar lesbische gevoelens te uiten binnen haar cultuur. Zij weet vanaf haar puberteit dat ze gevoelens heeft voor vrouwen. Zij heeft vaak geprobeerd deze te onderdrukken door bijvoorbeeld met een man te trouwen of zich op het geloof te focussen. Omdat ze merkt dat het onderdrukken van haar lesbische gevoelens niet werkt zoekt zij nu hulp bij een psycholoog. R. heeft geen relatie, maar heeft wel enkele voorzichtige contacten in de lesbische scene. Zij durft echter geen seksuele relatie met een vrouw te beginnen. R. geeft heel duidelijk aan dat het binnen haar cultuur onmogelijk is om open te zijn over haar lesbische gevoelens. Dit zou volgens haar onherroepelijk leiden tot sociale uitsluiting. Zij lijdt een stressvol dubbellevens en heeft grote angst dat iemand achter haar lesbische gevoelens zal komen.

Casusconceptualisatie

Binnen bepaalde etnische culturen is het heel moeilijk om open voor homoseksuele, lesbische of biseksuele gevoelens uit te komen (Jaspal & Cinnirella, 2010). In het geval van R. is openheid over haar lesbische gevoelens geen optie. Onderzoek naar het verborgen houden van stigma's laat zien dat het verhullen van een stigma veel stress met zich meebrengt (Pachankis, 2007). Bij R. is dit inderdaad ook het geval. Een recente meta-analyse laat zien dat mindfulness angst kan reduceren (Hoffmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010). De huidige situatie van R. lijkt niet te veranderen, maar de stress die het dubbellevens met zich meebrengt zou wellicht gereduceerd kunnen worden door op een niet-veroordelende manier aandacht te hebben voor wat zich op dit moment afspeelt. Daarnaast is het belangrijk om R. een veilige omgeving te bieden waar ze met de therapeut over haar seksuele oriëntatie kan praten. Het thema 'religie en homoseksualiteit' moet daarbij ook uitgebreid aan de orde komen, omdat

afwijzing van homoseksualiteit door de religie kan leiden tot geïnternaliseerd stigma. De therapeut besluit om in de gesprekken zelfacceptatie centraal te laten staan en door aanvullende mindfulness-oefeningen de spanning rondom het dubbellevens te reduceren.

Behandeling

De therapeut heeft ongeveer 12 gesprekken met R. gevoerd. Daarbij werd een veilige omgeving gecreëerd, waardoor R. zich op haar gemak voelde. Voor het eerst kon zij met een hulpverlener over haar seksuele oriëntatie praten. R. vond het prettig om uitleg te krijgen over het ontstaan van homoseksualiteit en manier waarop de religie invloed heeft op de eigen oordelen over homoseksualiteit. Tijdens de behandeling werden negatieve gedachten van R. ('Ik kan nooit gelukkig worden en een gelukkige familie hebben', en 'Ik ben vervloekt') uitgedaagd, opdat het geïnternaliseerde stigma zou reduceren. Tijdens de sessies werd duidelijk dat haar seksuele verlangens gericht was op het eigen geslacht. Zij vroeg zich tijdens de therapie af of zij niet biseksueel was, omdat ze tot nu toe alleen maar seks gehad had met een man. Haar seksuele identiteit benoemde zij als heteroseksueel, omdat dat de binnen haar cultuur geaccepteerde vorm van seksualiteit is. Door haar homoseksuele vrienden werd zij wel lesbisch genoemd. Gedurende de therapie begon zij zichzelf ook lesbisch te noemen, behalve als ze in het gezelschap was van haar (heteroseksuele) vrienden. Er werden ook mindfulness oefeningen gedaan, onder meer in de vorm van het richten van de aandacht op de ademhaling. R. leerde om negatieve gedachten simpelweg op te merken zonder deze gedachten weg te stoppen of te onderdrukken. R. gaf aan dat zij door de mindfulness oefeningen grip kreeg op haar angsten en lichamelijke tekenen van onrust. In het traject werd nog gepoogd om alsnog een woning voor haar te regelen. Maar R. wees de woning af omdat ze haar onafhankelijkheid wilde bewaren.

Evaluatie van de behandeling

Na 12 gesprekken kwam R. plots niet meer op de gemaakte afspraken. Telefonisch legde zij uit dat ze geen behoefte meer had aan de gesprekken. Op dit moment waren de stappen die zij had gezet voldoende. Hoewel R. tijdens de behandeling aangaf dat ze de gesprekken en de mindfulness oefeningen nuttig vond, zijn er geen gegevens over de effectiviteit van haar behandeling beschikbaar.

Afsluitende opmerkingen

Het behandelen van holebi's uit etnische groepen is niet eenvoudig. Vaak is er sprake van meervoudige stigmatisering (bijvoorbeeld als holebi, allochtoon en vrouw) en is er binnen de cultuur een zeer negatieve houding ten opzichte van holebi's. In tegenstelling tot de vaak geziene benadering dat er een coming-out moet komen als deel van de acceptatie blijkt dit in de praktijk voor vele

allochtonen niet de juiste benadering te zijn. Het is moeilijk te beoordelen of de angsten om de sociale contacten en familiebanden te verliezen reëel zijn. Voor veel patiënten zijn de sociaal-emotionele kosten echter te hoog en kan een dubbelleven een betere optie zijn. Zelf-acceptatie is dan het doel en men probeert dan de negatieve consequenties van het dubbelleven (zoals de spanning en leugens die het met zich mee brengt) beperkt te houden. Het kan voor holebi's uit deze groep nuttig zijn om coming out te zien als een tijdelijke stap. Elke holebi heeft steeds weer een keuze voor een dubbelleven of een coming out. Zo kan men ervoor kiezen om open te zijn in een bepaalde context, maar later in een andere context weer gesloten te zijn. Affirmatieve therapeuten die holebi's uit etnische groepen behandelen dienen uiteraard voldoende kennis en ervaring te hebben over de andere cultuur. Daarnaast is belangrijk dat zij zich bewust zijn van de meervoudige stigma's en stressoren waar deze cliënten dagelijks mee te maken kunnen hebben (Greene, 1994).

SUMMARY

Affirmative cognitive therapy: two case examples

This article describes the treatment of two clients with affirmative cognitive behavioural therapy. The first client is a gay man who is afraid to become HIV- infected. The second client is a Muslim lesbian woman with depression and psychotic complaints. In both cases, the acceptance of the homosexual identity plays a central role in the development and maintenance of the psychological problems.

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

LITERATUUR

- Bos, A.E.R., & Moritz, V. (2012). Affirmatieve cognitieve gedragstherapie voor homoseksuele, lesbische en biseksuele cliënten. *Gedragstherapie*, 45, 199-214.
- Greene, B. (1994). Ethnic-minority lesbians and gay men: Mental health and treatment issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 243-251.
- Herek, G.M., & Garnets, L.D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353-375.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Hout, M. van den, Schruers, K. & Perreijn, S. (2007). De paniekstoornis, fobieën en generaliseerde angst. In H.T. van der Molen, S. Perreijn & M.A. van den Hout (red.), *Klinische Psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Huibrechts, I., Appelo, M., Korrelboom, K., Heiden, C. van der, & Bos, E. (2009). Routine Outcome Measurement binnen PsyQ: normering van de 4 κ's. *Directieve Therapie*, 29, 243-253.

- Jaspal, R., & Cinnirella, M. (2010). Coping with potentially incompatible identities: Accounts of religious, ethnic, and sexual identities from British Pakistanu men who identify as muslim and gay. *British Journal of Social Psychology, 49*, 849-870.
- Jaspers, J. & Albersnagel, F. (2007). Somatoforme en psychosomatische klachten. In H.T. van der Molen, S. Perreijn & M.A. van den Hout (red.), *Klinische Psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- 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.
- 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.
- Pachankis, J.E. (2007). The Psychological Implications of Concealing a Stigma: A Cognitive-Affective-Behavioral Model. *Psychological Bulletin, 133*, 328-345.
- Van Genderen, H., & Arntz, A. (2005). *Schemagerichte cognitieve therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.