



rijksuniversiteit
groningen

The B in LGBTIQ+:

The role of LGBTIQ+ connectedness in the relation between
internalized stigma and the mental health of bi+ youth

Iris Zoer

i.zoer@student.rug.nl

S5372070

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Mastertrack Orthopedagogiek

Begeleider: PhD. L. Baams

Tweede beoordelaar: Prof. Dr. A. Minnaert

Aantal woorden: 6807

Datum: 05-07-2023

Samenvatting

Bi+ mensen hebben een relatief slechtere mentale gezondheid ten opzichte van hetero- en homoseksuele mensen. Deze relatief slechtere mentale gezondheid uit zich in onder andere angst en depressieklachten die deels voortkomen uit het geïnternaliseerd stigma dat bi+ mensen ervaren. Aangezien de meeste onderzoeken worden uitgevoerd met bi+ volwassenen, is er een tekort aan informatie over de doelgroep bi+ jongeren. Daarnaast bestaat er geen consensus over de rol die verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap speelt in de relatie tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Het doel van dit onderzoek is om de samenhang weer te geven tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid bij bi+ jongeren en in hoeverre deze samenhang verschilt naarmate bi+ jongeren meer verbondenheid voelen tot de LHBTIQ+ gemeenschap. Met een bestaande dataset vanuit een vragenlijstonderzoek is een regressie- en moderatieanalyse toegepast. Tevens is er een eenvoudige richtingscoëfficiënten analyse uitgevoerd om te specificeren vanaf welke waarde verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap van invloed was op de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Uit de resultaten bleek dat er voor bi+ jongeren samenhang is tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Hoe meer geïnternaliseerd stigma zij ervaren, hoe slechter de mentale gezondheid. Daarnaast bleek dat hoe meer verbondenheid bi+ jongeren voelen met de LHBTIQ+ gemeenschap, des te sterker de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Het advies voor vervolgonderzoek is om onderzoek te doen naar beschermende factoren binnen de LHBTIQ+ gemeenschap, aangezien er in de steekproef ook bi+ jongeren waren die weinig depressieve en angstklachten hadden maar wel een hoge mate van verbondenheid voelden tot de LHBTIQ+ gemeenschap. Ook wordt er geadviseerd binnen de hulpverlening bi+ jongeren niet automatisch te stimuleren om nauw contact te zoeken met de LHBTIQ+ gemeenschap, aangezien dat mogelijk een averechts effect heeft op hun mentale gezondheid.

Abstract

Bi+ people have relatively worse mental health compared to heterosexual and homosexual people. This relatively worse mental health manifests itself in anxiety and depression symptoms, which partly stem from the internalized stigma experienced by bi+ people. Since most studies are conducted with bi+ people, there is a shortage of information for only the bi+ youth target group. In addition, there is no consensus about the role that connectedness with the LGBTIQ+ community plays in the relationship between internalized stigma and mental health. This study aims to show the relationship between internalized stigma and mental health in bi+ youth and to what extent this relationship differs as bi+ youth feel more connected to the LGBTIQ+ community. Regression and moderation analysis were applied to an existing dataset from a questionnaire study. In addition, a simple slope analysis was performed to specify at what value connection with the LGBTIQ+ community influenced the association between internalized stigma and mental health. The results showed that there is also a connection between internalized stigma and mental health for bi+ youth. The more internalized stigma they experience, the worse their mental health. Furthermore, the more connected they feel to the LGBTIQ+ community, the stronger the connection between internalized stigma and mental health. It is recommended to conduct follow-up research into the protective factors within the LGBTIQ+ community, as the sample also included bi+ youth who had few symptoms of depression and anxiety but who did feel a high degree of connection to the LGBTIQ+ community. It is also advised that social workers do not automatically encourage bi+ youth to seek close contact with the LGBTIQ+ community, given that this may have a counterproductive effect on their mental health.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	3
Inleiding	5
Methode	9
Resultaten	12
Discussie	14
Literatuurlijst	21

Inleiding

De mentale gezondheid van bi+ mensen is over het algemeen slechter in vergelijking met heteroseksuele en homoseksuele mensen (Bostwick & Hequembourg, 2014; Mereish et al., 2017; Prell & Træen, 2018; McLaren & Castillo, 2020). Bi+ jongeren komen gemiddeld op 16-17 jarige leeftijd ‘uit de kast’ (Rutgers & Soa Aids Nederland, 2017). Dit is een tijd waarin ze vatbaar zijn voor de houding en mening van leeftijdsgenoten en gemakkelijker slachtoffer kunnen worden van pesten (Robinson, Espelage & Rivers, 2013; Russell & Fish, 2019; Fish, 2020). Bi+ jongeren zijn vanuit een orthopedagogisch standpunt een relevante doelgroep aangezien deze jongeren vaak een slechtere mentale gezondheid hebben. Dit hangt samen met het geïnternaliseerd stigma dat zij ervaren (Mereish et al., 2017; Fish, 2020). Er bestaat geen consensus over de rol van verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap in de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Hierbij spreken de bevindingen elkaar voornamelijk tegen of verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap stress verhogend of –verlagend is voor bi+ personen. Zo zeggen sommige studies dat LHBTIQ+ verbondenheid een factor is die de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid verzwakt, echter andere studies zeggen dat het een factor is die de samenhang versterkt (Schulz et al., 2021; Kaniuka et al., 2019). Daarnaast is er in deze studies alleen gekeken naar volwassenen. Aangezien volwassenen in een andere levensfase zitten dan jongeren, kunnen de resultaten van de onderzoeken met volwassenen niet gegeneraliseerd worden naar jongeren. Vandaar de volgende onderzoeksvraag: *Wat is de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid bij bi+ jongeren? En verschilt deze samenhang naarmate bi+ jongeren meer verbondenheid voelen tot de LHBTIQ+ gemeenschap?*

In Nederland zijn er naar schatting één miljoen mensen die aangetrokken zijn tot meerdere genders (Baams et al., 2021). Deze groep mensen identificeren zich met onder andere de volgende seksuele oriëntaties: biseksueel, panseksueel, heteroflex en queer (Feinstein et al., 2020). Bi+ mensen voelen zich seksueel en/of romantisch aangetrokken tot minimaal twee genders en/of hebben seksuele en/of romantische ervaringen gehad met minimaal twee genders (Baams et al., 2021). Bi+ is de verzamelnaam die tijdens dit onderzoek gehanteerd wordt voor deze seksuele oriëntaties (Baams et al., 2021).

Samenhang Mentale Gezondheid en Geïnternaliseerd Stigma

De focus in dit onderzoek in het kader van mentale gezondheid is depressie en angst. Bi+ mensen hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van depressie en angstgevoelens (Baams et al., 2021; Maliepaard, 2020). Dit houdt echter niet in dat angst en depressie de

enige mentale problemen zijn die bi+ mensen ervaren. De gevoelens van depressie en angst kunnen deels verklaard worden vanuit het geïnternaliseerd stigma dat bi+ mensen ontwikkelen (Herek et al., 2009). Geïnternaliseerd stigma is een proces waarbij de negatieve opmerkingen en opvattingen over de seksuele oriëntatie worden geïnternaliseerd (Baams et al., 2021), waardoor je zelf ook een negatieve attitude ontwikkelt over je eigen seksuele oriëntatie (Meyer, 2003).

Dat de mentale gezondheid van bi+ mensen slechter is dan die van homo- en heteroseksuelen hangt samen met de mate waarop bi+ mensen geïnternaliseerd stigma ervaren (Mohr & Sarno, 2016; Mereish et al., 2017). Bi+ mensen ervaren relatief meer geïnternaliseerd stigma dan mensen met een homoseksuele oriëntatie (Mereish et al., 2017). Zo geeft 38,3% van de bi+ mensen aan niet trots te zijn op hun seksuele oriëntatie (Baams et al., 2021). Daarnaast doet 42% van de bi+ populatie geen poging om hun seksuele oriëntatie te uiten en/of te vertellen aan anderen (Davila et al., 2018).

Dit geïnternaliseerd stigma ontstaat deels door microagressies die zowel binnen als buiten de LHBTIQ+ gemeenschap plaatsvinden (Bostwick & Hequembourg, 2014; McLaren & Castillo, 2020). Microagressies zijn vaak subtiele handelingen en/of opmerkingen die negatieve boodschappen overbrengen aan een bepaalde groep mensen. Deze acties dragen bij aan een vijandige of onwelkome omgeving (Nadal, 2013). In de LHBTIQ+ gemeenschap wordt er ook negatief naar biseksualiteit gekeken door homoseksuele mannen en lesbische vrouwen (Katz-Wise et al., 2017). Bi+ mensen komen binnen en buiten de LHBTIQ+ gemeenschap een negatieve houding tegen, omdat bi+ gezien wordt als een niet valide seksuele oriëntatie (McLaren & Castillo, 2020). Zo worden bi+ mensen bijvoorbeeld gezien als mensen die niet volledig uit de kast durven te komen als homoseksueel (McLaren & Castillo, 2020), of als heteroseksuele mensen die een ‘uitstapje maken’ naar de LHBTIQ+ gemeenschap (Weiss et al., 2011).

Dat bi+ niet als een valide seksuele oriëntatie wordt gezien, komt voort uit de monoseksuele norm die in de samenleving bestaat (Hayfield & Křížová, 2021). De monoseksuele norm houdt in dat we er van uitgaan dat mensen aangetrokken zijn tot één gender. Hierdoor categoriseren mensen anderen onbewust in de categorie homoseksueel of heteroseksueel (Diamond, 2008). Ook creëert de monoseksuele norm bij bi+ personen zelf een hogere mate van verwarring over hun identiteit en seksuele oriëntatie, aangezien de samenleving voornamelijk homoseksualiteit en heteroseksualiteit promoot (Pistella et al., 2022). Daarnaast zorgt de monoseksuele norm ervoor dat biseksualiteit en homoseksualiteit tijdens een onderzoek vaak in dezelfde onderzoeksgroep worden geplaatst, hierdoor is er

relatief weinig informatie over de mentale gezondheid van alleen bi+ mensen (Jones & Haycraft, 2018).

Rol van Verbondenheid met de LHBTIQ+ Gemeenschap

De LHBTIQ+ gemeenschap is een plek waarbinnen microagressies kunnen plaatsvinden naar bi+ mensen, wat ervoor zorgt dat bi+ mensen stress ervaren (McLaren & Castillo, 2020). Echter is de LHBTIQ+ gemeenschap ook een plek die stress verlagend kan zijn voor bi+ mensen (Bonet et al., 2007). Over de rol van verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap bij het ontwikkelen van een slechtere mentale gezondheid van bi+ mensen, is geen consensus.

Ten eerste zijn er onderzoeken die stellen dat verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap een beschermende factor is in relatie tot geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap is een protectieve factor in het voorkomen van depressie bij LHBTIQ+ mensen die stigma ervaren (Kaniuka et al., 2019). Uit een andere studie blijkt dat biseksuele mannen die een groot gevoel van verbondenheid hebben met de LHBTIQ+ gemeenschap minder stress en meer zelfvertrouwen hebben dan biseksuele mannen die een laag gevoel van verbondenheid voelen (Stokes et al., 1993). Daarnaast wordt het kennen van meerdere LHBTIQ+ mensen geassocieerd met het ervaren van sociale steun (Bonet et al., 2007), sociale steun is weer een protectieve factor tegen depressieve klachten (Levula et al., 2018). Het is dus plausibel dat verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid verzwakt en helpt bij het voorkomen van mentale gezondheidsproblemen.

Ten tweede zijn er ook onderzoeken die stellen dat LHBTIQ+ verbondenheid een slechte relatie heeft met geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Dit heeft te maken met de microagressies binnen de LHBTIQ+ gemeenschap die bi+ mensen meer stress geven (Katz-Wise et al., 2017). In hoeverre men zich verbonden voelt met de LHBTIQ+ gemeenschap, heeft ook invloed op in hoeverre men te maken krijgt met de microagressies binnen de LHBTIQ+ gemeenschap (Schulz et al., 2021). Vanuit deze redentatie is het dus ook plausibel dat verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheidsproblemen versterkt.

Tot slot is er ook een onderzoek dat stelt dat verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap geen invloed heeft op de relatie tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid (Prell & Træen, 2018). In een onderzoek waarbij Noorse volwassen biseksuele vrouwen werden vergeleken met Noorse volwassen lesbiennes, kwam naar voren dat betrokkenheid bij de LHBTIQ+ gemeenschap niet beschermend was bij het ontwikkelen van

een slechtere mentale gezondheid als gevolg van geïnternaliseerd stigma (Prell & Træen, 2018). Daarnaast kwam men in hetzelfde onderzoek tot de conclusie dat er geen nadelige uitkomsten geassocieerd konden worden met betrokkenheid bij de LHBTIQ+ gemeenschap. De reden hiervoor was dat de LHBTIQ+ gemeenschap voor biseksuele vrouwen zowel een steun kon zijn, als een stressbron vanwege de microagressies binnen de LHBTIQ+ gemeenschap (Prell & Træen, 2018). Het is dus ook plausibel dat de positieve en de negatieve aspecten van verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap tegen elkaar opwegen.

De reden dat de uitkomsten van de diverse onderzoeken verschillen, kan te maken hebben met de onderzoeksopzet. Sommige studies gebruiken rond de 400 respondenten en andere onderzoeken rond de 10. Daarnaast verschillen de subgroepen ook per onderzoek.

Onderzoek naar Jongeren

Al deze onderzoeken hebben zich gefocust op bi+ volwassenen. Echter is de gemiddelde leeftijd waarop bi+ mensen uit de kast komen tussen de 16 en de 17 jaar (Rutgers & Soa Aids Nederland, 2017). Er zijn geen studies bekend die de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid bij bi+ jongeren hebben onderzocht. Daarnaast is er ook nog niet gekeken naar de rol van verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap bij bi+ jongeren. Tegenwoordig overlapt het proces 'uit de kast komen' met de adolescentie. In deze levensfase neemt de invloed van leeftijdsgenoten toe en zijn jongeren erg gevoelig voor peer pressure (Feldman, 2005). Daarnaast staat het proces van 'erbij horen' centraal en conformeren jongeren zich vaak aan de dominante norm. Bi+ jongeren zijn daarom mogelijk extra vatbaar voor de houding van anderen (Robinson, Espelage & Rivers, 2013; Russell & Fish, 2019; Fish, 2020).

Aangezien er een tekort is in onderzoek bij bi+ jongeren en het de vraag is of de gegevens bij volwassenen te generaliseren zijn naar deze leeftijdsfase, wordt er met de volgende onderzoeksvragen gewerkt:

- Wat is de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid bij bi+ jongeren?

- Verschilt de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid naarmate bi+ jongeren meer verbondenheid voelen tot de LHBTIQ+ gemeenschap?

Hypothesen

Naar aanleiding van de literatuur (Herek et al., 2009; Mohr & Sarno, 2016; Mereish et al., 2017; Fish, 2020) is de verwachting dat er wel een samenhang is tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Hierbij is de nulhypothese (H_0): Er is geen samenhang tussen

geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid bij bi+ jongeren. De alternatieve hypothese is (H_a): Er is wel een samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid bij bi+ jongeren.

Ook is er vanuit de literatuur geen consensus over welke rol verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap speelt in de samenhang tussen mentale gezondheid en geïnternaliseerd stigma. Vandaar dat dit tweezijdig wordt getoetst met als H_0 : Verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap speelt geen rol in de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Deze hypothese wordt ondersteund door de studie van Prell en Træen (2018). De alternatieve hypothese (H_a) is: Verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap speelt wel een positieve of negatieve rol in de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Deze hypothese wordt ook ondersteund door verschillende studies (Schulz et al., 2021; Kaniuka et al., 2019; Stokes et al., 1993). Dit onderzoek focust zich op alle subgroepen binnen de definitie van bi+ in de leeftijdscategorie van 16 tot en met 25 jaar en neemt een grotere steekproefgrootte.

Methode

Onderzoeksdesign

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is er een cross-sectioneel kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Met dit onderzoek werd een moderatieanalyse uitgevoerd met reeds bestaande data. Deze data was afkomstig van een vragenlijstsonderzoek in samenwerking met Bi+ Nederland.

Data-verzameling

De data is verzameld middels een online vragenlijstsonderzoek dat was ingevuld door 2934 bi+ deelnemers tussen 16 en 55 jaar oud in de periode november-december 2020 (Baams et al., 2021). Het inclusie criterium was dat de participanten binnen de definitie van bi+ vallen. Participanten hebben de vragenlijst zelfstandig ingevuld. Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst was hen om toestemming gevraagd. Het vragenlijstsonderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de afdeling Pedagogische en Onderwijswetenschappen (Rijksuniversiteit Groningen).

De vragenlijst was opgesteld in samenwerking met en gefinancierd door Bi+ Nederland. Deelnemers werden via social media advertenties op Facebook, Instagram en Snapchat geworven. Hierdoor is de steekproef niet representatief voor de gehele LHBTIQ+ gemeenschap in Nederland (Baams et al., 2021).

In Tabel 1 staat een samenvatting van de demografische gegevens van het online

vragenlijstonderzoek weergeven. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 26,2 jaar met een standaarddeviatie van 10,9 jaar. De meerderheid van de steekproef was vrouw (60%), verder hebben er ook mannen (28,9%) en non-binaire mensen (11,1%) aan de steekproef deelgenomen. Een grote meerderheid van de participanten had een Nederlandse culturele achtergrond (86,4%). Verder was ongeveer de helft middelbaar opgeleid (Baams et al., 2021).

In Tabel 2 staat een samenvatting van de demografische gegevens van de bi+ jongeren. In de leeftijdsgroep 16-25 jaar was een grote meerderheid vrouw (71,9%). Uit deze dataverzameling is de data gehaald van de bi+ jongeren van 16 tot en met 25 jaar. Dat betrof 1931 participanten. Niet alle participanten hebben de vragen van mentale gezondheid, geïnternaliseerd stigma en verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap beantwoord. Participanten die geen vragen over deze variabelen hebben beantwoord zijn uit de sample gehaald. De totale sample size is 1512.

Instrumenten

In de vragenlijst stonden vijf vragen die gerelateerd zijn aan 'mentale gezondheid'. Zo werden er vragen gesteld als '*Voelde je je erg zenuwachtig?*' en '*Zat je zo erg in de put dat niets je kon opvrolijken?*' (Baams et al., 2021). De antwoordmogelijkheden en bijbehorende scores waren: nooit (0), zelden (1), soms (2), vaak (3), meestal (4) en voortdurend (5). Bij vraag 3 en vraag 5 werd de toekenning van de scores omgedraaid (nooit = 5, zelden = 4, etc.), aangezien dit positief geformuleerde vragen waren, tegenover de andere vragen die negatief waren geformuleerd. Er is gekeken naar de gemiddelde score op de beantwoorde items, waarbij hogere scores (variërend van 0 tot 5) wezen op een slechtere waargenomen mentale gezondheid. De variabele 'mentale gezondheid' heeft een goede Cronbach's Alfa van 0.851. De Mental Health Inventory-5 is gebruikt als schaal om de mentale gezondheid te meten. Dit is een internationale standaard als het aankomt op het specifiek meten van psychische gezondheid (CBS, z.d.). De Mental Health Inventory-5 heeft een hoge interne consistentie, convergente validiteit en discriminante validiteit (Berwick et al., 1991).

Ook waren er vijf items die het 'geïnternaliseerd stigma' hebben gemeten. Er werden vragen gesteld als '*Ik vind het makkelijk om te vertellen over mijn seksuele oriëntatie*' en '*Ik zou liever een andere seksuele oriëntatie hebben*' (Baams et al., 2021). Deze bijbehorende items zijn middels de Likert-schaal gemeten. De antwoordmogelijkheden met bijbehorende scores waren: helemaal mee oneens (1), mee oneens (2), niet mee oneens/niet mee eens (3), mee eens (4) en helemaal mee eens (5).

Hierbij werd de toekenning van de scores bij vraag 1, 2 en vraag 5 omgedraaid, aangezien dit positief geformuleerde vragen waren. Er is gekeken naar de gemiddelde score op de beantwoorde items, waarbij hogere scores (variërend van 1 tot 5) wezen op een hoger waargenomen geïnternaliseerd stigma. De variabele geïnternaliseerd stigma heeft een Cronbach's Alfa van 0.691. Het thema geïnternaliseerd stigma is geanalyseerd door een schaal die de onderzoekers zelf hebben gemaakt. Deze beslissing is genomen, omdat er geen passende schalen bestaan (Baams et al., 2021).

Tot slot stonden er in de vragenlijst vijf items die de 'verbondenheid met LHBTIQ+ gemeenschap' hebben gemeten. Vragen die hierbij gesteld werden, waren onder andere '*Ik voel een band met de LHBTIQ gemeenschap*' en '*Ik heb veel vrienden en kennissen binnen de LHBTIQ gemeenschap*' (Baams et al., 2021). De antwoordmogelijkheden met bijbehorende scores waren: helemaal mee oneens (1), mee oneens (2), niet mee oneens/niet mee eens (3), mee eens (4) en helemaal mee eens (5). Er is gekeken naar de gemiddelde score op de beantwoorde items, waarbij hogere scores (variërend van 1 tot 5) wezen op een hoger waargenomen gevoel van verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap. De variabele 'verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap' heeft een goede Cronbach's Alfa van 0.889. De Community Connectedness schaal is gebruikt om de variabele verbondenheid met LHBTIQ+ gemeenschap te meten. Deze schaal is specifiek ontwikkeld om verbondenheid tot een gemeenschap te meten van mensen die tot een minderheidsgroep behoren in termen van seksuele oriëntatie (Frost & Meyer, 2012). De Community Connectedness schaal heeft een hoge interne consistentie en goede constructvaliditeit (Fancourt & Steptoe, 2018).

Analyseplan

De data werd geanalyseerd met het programma IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics versie 29. Eerst werd gekeken naar de beschrijvende statistiek. Zo werd er gekeken naar het gemiddelde, de standaarddeviatie en de standaardfout. Daarna werden de modelassumpties gecheckt. Met behulp van de scatterplot is er gekeken naar de modelassumpties lineariteit en homoscedasticiteit. Door middel van een histogram en p-p plot is gekeken naar de modelassumptie dat de residuen normaal verdeeld zijn met een gemiddelde van 0.

Aangezien er met intervalvariabelen werd gewerkt, is een lineaire regressieanalyse om antwoord te geven op het eerste deel van de onderzoeksvraag '*Wat is de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid bij bi+ jongeren?*' passend (Field, 2009). Eerst werd er gekeken naar de relatie tussen geïnternaliseerd stigma (voorspeller) en mentale

gezondheid (uitkomst). Van de 1931 participanten waren er 1517 participanten die zowel de vragen horend bij geïnternaliseerd stigma als bij mentale gezondheid hadden ingevuld, er wordt daardoor gewerkt met $N = 1517$. De nulhypothese wordt verworpen bij $p < .05$.

Om antwoord te geven op het tweede deel van de onderzoeksvraag ‘*En verschilt deze samenhang naarmate bi+ jongeren meer verbondenheid voelen tot de LHBTIQ+ gemeenschap?*’ werd vervolgens een moderatieanalyse uitgevoerd door de interactie tussen de voorspeller en de verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap (moderator) toe te voegen. Hierbij zijn de voorspeller en moderator niet van tevoren gecentreerd, aangezien dit geen noodzakelijke stap was bij het uitvoeren van een moderatieanalyse (Field, 2009; Hayes, 2022). Toch is achteraf de moderatieanalyse ook uitgevoerd met een gecentreerde voorspeller en moderator, dit leverde geen verschil op in de resultaten. Het programma PROCESS was gedownload voor het uitvoeren van de moderatieanalyse. PROCESS is een extra softwarecomponent die kan worden geïnstalleerd en geïntegreerd binnen SPSS (Hayes, 2022). Het is een hulpmiddel voor geavanceerde data-analyses die de mogelijkheid biedt om in één model verschillende soorten analyses uit te voeren. Er werd geanalyseerd of er een verschil was in de relatie tussen de voorspeller en de uitkomst voor verschillende waarden van de moderator. Mocht dit significant zijn, dan werd nader gespecificeerd waar het verschil precies zat. Dit is gedaan aan de hand van een eenvoudige richtingscoëfficiënten analyse (Simple Slope analyse). Ook deze stap is met behulp van PROCESS gedaan, door de optie ‘John-Neyman Significance’ in de analyse aan te vinken. De nulhypothese wordt verworpen bij $p < .05$. Hierbij is een betrouwbaarheidsinterval (bhi) van 95% aangehouden.

Resultaten

Participanten

Er is van 1971 bi+ jongeren data verzameld, waarvan 414 participanten (21,00%) gedurende het beantwoorden van de vragenlijst zijn gestopt. Aangezien deze participanten geen vragen over de mentale gezondheid hebben beantwoord, is de data van deze participanten niet meegenomen tijdens de regressie- en moderatieanalyse. Wanneer deze participanten wel vragen hebben beantwoord over verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap en geïnternaliseerd stigma, is er wel naar deze data gekeken voor de descriptieve statistiek.

Beschrijvende Statistiek

In Tabel 2 staat een overzicht van de descriptieve statistiek van de variabelen ‘geïnternaliseerd stigma’, ‘mentale gezondheid’ en ‘verbondenheid met de LHBTIQ+

gemeenschap'. De vragen over geïnternaliseerd stigma zijn door de meeste participanten ingevuld ($N = 1815$). De verdeling van de uitkomsten op de variabele geïnternaliseerd stigma laat zien dat geen van de participanten een gemiddelde score van geïnternaliseerd stigma van 5 of hoger had en er sprake was van een rechts-scheve verdeling. Dat betekent dat bi+ jongeren gemiddeld weinig geïnternaliseerd stigma ervaarden. Daarnaast was verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap het meest ingevuld ($N = 1627$). Bij de verdeling over de scores van verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap was er sprake van een lichte links-scheve verdeling, aangezien er relatief veel participanten waren die een gemiddelde score van 5 hadden. Dat betekent dat bi+ jongeren gemiddeld een hoog gevoel van verbondenheid tot de LHBTIQ+ gemeenschap ervaarden. Tot slot waren de vragen over mentale gezondheid door de minste participanten ingevuld ($N = 1517$). De spreiding van deze scores was normaal verdeeld.

Op basis van het histogram en de p-p plot kan geconcludeerd worden dat de data voldeed aan de basisassumptie dat de residuen normaal verdeeld waren. Het histogram liet een normale verdeling zien en in de p-p plot lagen alle punten op één lijn met minimale afwijkingen. Ook voldeed de data aan de basisassumpties lineariteit en homoscedasticiteit. In de scatterplot was er niet meer of minder spreiding bij verschillende waarden van de verklarende variabele (van Heijst, 2023).

Lineaire Regressie

Een overzicht van alle gegevens betreffende de lineaire regressieanalyse is te vinden in Tabel 3. In de regressieanalyse kwam naar voren dat er een positieve samenhang was tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Deelnemers die een hoge mate van geïnternaliseerd stigma ervaarden rapporteerden een slechtere mentale gezondheid. Uit de lineaire regressieanalyse bleek dat er een significante negatieve samenhang bestaat tussen de variabelen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid ($p = .001$, $F(1, 1515) = 50,46$, $\beta = 0,25$). De regressievergelijking luidt $y_{\text{mentale gezondheid}} = 2,04 + 0,25_{\text{geïnternaliseerd stigma}}$. Dit suggereert dat hogere scores op geïnternaliseerd stigma geassocieerd werden met hogere scores op mentale gezondheid. Hoe hoger de score op mentale gezondheid, hoe meer gerapporteerde angst en depressieve klachten. De verklaarde variatie is 3,2% ($R^2 = 0,032$). Dit houdt in dat van de uitkomsten van mentale gezondheid 3,2% verklaard kan worden vanuit het geïnternaliseerd stigma dat bi+ jongeren ervaarden.

Moderatieanalyse

De onderzoeksgroep voor de regressieanalyse bevatte $N = 1517$ deelnemers. Vijf van deze participanten hadden geen vragen beantwoord behorend bij de variabele verbondenheid

met de LHBTIQ+ gemeenschap. Er is daarom tijdens de moderatieanalyse gewerkt met $N = 1512$.

Voor de moderatieanalyse werd de score van geïnternaliseerd stigma vermenigvuldigd met de score van verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap, als modererende variabele. De moderatieanalyse werd uitgevoerd met het programma PROCESS, waarvan de resultaten zijn weergegeven in Tabel 4.

De bevindingen van de moderatieanalyse toonden aan dat de interactieterm significant is ($p = .005$, $F(3, 1508) = 25,66$, $\beta = 0,10$). Dit suggereert dat verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid vergroot. De moderatievergelijking luidt: $y_{\text{mentale gezondheid}} = 2,26 - 0,06_{\text{geïnternaliseerd stigma}} - 0,09_{\text{verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap}} + 0,10_{\text{moderator}}$. De verklaarde variatie is 4,9% ($R^2 = 0,049$). Dit houdt in dat de mentale gezondheid voor 4,9% verklaard kunnen worden door het geïnternaliseerd stigma en de verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap.

De Simple Slope analyse werd met het programma PROCESS uitgevoerd om de rol van de moderator verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap in de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid te onderzoeken (Tabel 5). Op basis van de resultaten van de Simple Slope analyse kon geconcludeerd worden dat de moderator significant was wanneer deze een waarde van 1,97 of hoger had ($p < .05$). Het effect van de moderator was minder groot bij lage waarden van de moderator verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap en groter bij hoge waarden van de moderator. Hoe meer bi+ jongeren zich verbonden voelden met de LHBTIQ+ gemeenschap, des te groter de impact geïnternaliseerd stigma had op de mentale gezondheid. Dit betekende dat een bi+ jongere met een groot gevoel van geïnternaliseerd stigma en een groot verbondenheidsgevoel met de LHBTIQ+ gemeenschap, een slechtere score behaalde op de variabele mentale gezondheid. Wanneer bi+ jongeren een lagere score dan 1,97 hadden op hun ervaren verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap, is het onduidelijk of deze verbondenheid een rol speelde in de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid.

Discussie

De focus van de studie was het onderzoeken van de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid bij bi+ jongeren en in hoeverre deze samenhang verschilt naarmate bi+ jongeren meer verbondenheid voelen tot de LHBTIQ+ gemeenschap. De bevindingen lieten zien dat bi+ jongeren een slechtere mentale gezondheid hadden naarmate ze meer geïnternaliseerd stigma ervaarden. Deze bevinding kwam overeen

met de hypothese en resultaten uit eerdere onderzoeken. In eerdere onderzoeken werd aangetoond dat mentale gezondheidsproblemen zoals depressie en angst deels voortkomen uit het geïnternaliseerd stigma dat bi+ jongeren ervaren (Herek et al., 2009; Mohr & Sarno, 2016; Mereish et al., 2017). Geïnternaliseerd stigma heeft namelijk een stress verhogend effect op bi+ jongeren, wat uiteindelijk leidt tot meer gevoelens van angst en depressie (McLaren & Castillo, 2020).

Met betrekking tot de vraag welke rol verbondenheid met de LHBTIQ+ speelt in de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid, bleek dat het de samenhang versterkt. Hoe meer verbonden bi+ jongeren zich voelden met de LHBTIQ+ gemeenschap, des te meer geïnternaliseerd stigma samenhang met een slechtere mentale gezondheid. Vanuit voorgaande onderzoeken was er geen consensus over de rol van verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap in de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. De bevinding uit het huidige onderzoek spreekt sommige onderzoeken tegen, die beargumenteren dat verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap een beschermende factor is in het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen (Kaniuka et al., 2019). Echter, de bevindingen van het huidige onderzoek bevestigden de speculatie uit andere onderzoeken. Eén onderzoek stelt dat verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap de relatie tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid juist sterker maakt (Katz-Wise et al., 2017). Mogelijk is het zo dat bi+ personen die meer verbondenheid voelen ook meer te maken krijgen met microagressies binnen de LHBTIQ+ gemeenschap (Bostwick & Hequembourg, 2014; McLaren & Castillo, 2020; Schulz et al., 2021). Voor mensen die zich nauw verbonden voelen met de LHBTIQ+ gemeenschap kunnen microagressies harder aankomen vanwege de bestaande stigmatisering en discriminatie waarmee ze vaak worden geconfronteerd (Schulz et al., 2021). Deze microagressies kunnen vervolgens een stress verhogend effect creëren, waardoor geïnternaliseerd stigma in sterkere mate samenhangt met de mentale gezondheid (Katz-Wise et al., 2017; Mereish et al., 2017).

Er bestaat dus een samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap speelt hierin een rol. Namelijk hoe meer het gevoel tot verbondenheid, des te meer samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid.

Beperkingen

Een mogelijke uitleg dat verschillende studies het niet eens zijn over de rol van verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap was dat de onderzoekspopulatie per onderzoek verschilde. Om iets te kunnen zeggen over de gehele bi+ jongerenpopulatie moet

er een representatieve onderzoekspopulatie aanwezig zijn. De onderzoekspopulatie waarvan gebruikt werd gemaakt in dit onderzoek was echter ook niet representatief voor de gehele bi+ populatie (Baams et al., 2021).

De eerste reden dat het onderzoek niet representatief was, was dat het een online vragenlijstonderzoek betrof. Hierdoor zijn alleen bi+ jongeren bereikt die online actief waren op social media en op social media lieten zien dat ze enige interesse hadden in LHBTIQ+ gerelateerde onderwerpen (Baams et al., 2021). Vanwege de wervingsmethode hebben vooral bi+ personen meegedaan die al interesse hadden in het onderwerp LHBTIQ+. Mogelijk is hierdoor een steekproef genomen met personen die meer verbondenheid met het onderwerp en de gemeenschap voelden dan de rest van de bi+ populatie. Er bestaat een kans dat een deel van de bi+ personen niet is meegenomen in de steekproef omdat zij geen/minder verbondenheid voelen, maar wel last hebben van geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Uit de beschrijvende statistiek bleek ook dat er in de steekproef sprake was van een hoge mate van verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap. Wanneer een moderator snel aanwezig is, kan dit betekenen dat de invloed van de moderator op de relatie tussen variabelen eerder detecteerbaar is (Hayes, 2022). Het is dus mogelijk dat verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap geen of minder een rol speelt in de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid, wanneer er gekeken wordt naar de gehele bi+ jongerenpopulatie.

De andere reden dat de steekproef niet representatief was, was dat 414 van de 1971 participanten (21,00%) geen vragen hadden ingevuld over hun mentale gezondheid. Dit kan verschillende implicaties hebben voor de interpretatie van de resultaten. Het is mogelijk dat de reden voor het niet invullen van de vragen over mentale gezondheid verband houdt met de mentale gezondheid zelf, omdat het bijvoorbeeld confronterend is. Dit zou kunnen betekenen dat de mentale gezondheid van bi+ jongeren mogelijk wordt overschat. Mocht dit het geval zijn, dan is de samenhang in de bi+ jongerenpopulatie hoogstwaarschijnlijk sterker dan in de gevonden resultaten.

Het gevolg van een niet representatieve steekproef is dat er voorzichtig naar de bevindingen gekeken moet worden (Scheepers & Tobi, 2021). Zo is er een reële kans dat er sprake is van een vertekening van de resultaten (Scheepers & Tobi, 2021). Desalniettemin was de vragenlijst, in vergelijking met voorgaande studies, door een groot aantal bi+ jongeren ingevuld. Verder is het ook niet mogelijk om een random steekproef te trekken uit de bi+ populatie, aangezien er nergens een register is waarin de seksualiteit van alle personen in Nederland is opgenomen. Onderzoek naar bi+ jongeren kan daardoor alleen bestaan uit

participanten op vrijwillige basis. Er kan daardoor gestreefd worden naar een meer representatievere steekproef, maar een geheel representatieve steekproef is niet haalbaar.

Normaliter wordt er bij het onderzoeken van moderatie gesproken over causaliteit (Scheepers & Tobi, 2021). Bij dit onderzoek kan er echter niet gesproken worden over causaliteit, aangezien er is gewerkt met een cross-sectionele vragenlijstonderzoek. Alle variabelen werden op hetzelfde moment gemeten, waardoor het niet mogelijk was om te kijken naar de richting van de relaties (Scheepers & Tobi, 2021). Het is dus ook mogelijk dat mensen die een slechtere mentale gezondheid rapporteerden daardoor ook meer geïnternaliseerd stigma ervaarden. Verder kan een onbekende derde factor die zowel geïnternaliseerd stigma als mentale gezondheid beïnvloedde, niet uitgesloten worden. Het gevolg hiervan is dat er voorzichtig gedaan moet worden bij het trekken van causale conclusies en dat er beperkt moet worden tot het identificeren van samenhang tussen de variabelen. Het is belangrijk om de bevindingen in dit onderzoek te interpreteren als een verband tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid, zonder te stellen dat het ene de oorzaak is van het andere. Ondanks dit design blijkt uit voorgaande onderzoeken wel dat mentale gezondheid deels ontstaat vanuit het geïnternaliseerd stigma (Herek et al., 2009; Mohr & Sarno, 2016; Mereish et al., 2017). Er zijn geen onderzoeken die stellen dat geïnternaliseerd stigma voortkomt uit mentale gezondheidsproblemen. Toekomstig onderzoek met longitudinale designs en controle over mogelijke cofounders kan helpen om meer inzicht te krijgen in de richting van deze relaties (Scheepers & Tobi, 2021).

Vervolgonderzoek

Om de richting van de verbanden te bevestigen, is het waardevol om een longitudinaal panelonderzoek uit te voeren (Scheepers & Tobi, 2021). Hierbij kunnen de richtingen bevestigd worden dat geïnternaliseerd stigma inderdaad invloed heeft op de mentale gezondheid van bi+ jongeren en in hoeverre die invloed verschilt tussen bi+ jongeren die een lage of hoge mate van verbondenheid voelen. Er zijn drie weken nodig om te meten of de verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap een rol speelt in de relatie tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid (Dyar & London, 2018). Daarom zal het tweede meetmoment drie weken na het eerste meetmoment gepland moeten worden. Om de lange termijn gevolgen meer in kaart te brengen, wordt ook aanbevolen een derde meetmoment zes weken na het tweede meetmoment te plannen. De richting van de verbanden kunnen dan bevestigd worden middels een regressieanalyse en moderatieanalyse.

Hierbij is het van belang een zo representatief mogelijke onderzoekspopulatie te krijgen, om de uitkomsten te kunnen generaliseren naar de gehele bi+ populatie. Om

bepaalde subgroepen meer aan bod te laten komen, kan een diversificatie van de wervingsmethoden toegepast worden (Baarda et al., 2021). Het is daarbij van belang te streven naar een evenwichtige vertegenwoordiging van deelnemers met betrekking tot relevante demografische gegevens, zoals genderidentiteit, seksuele oriëntatie, geslacht, opleidingsniveau en etniciteit (Baarda et al., 2021). Aangezien de voorgaande onderzoekspopulatie is verzameld middels een online vragensurvey, kunnen andere wervingsmethoden zijn het verspreiden van vragenlijsten door bijvoorbeeld verschillende gemeenschapsorganisaties en scholen te benaderen. Op deze manier worden ook de bi+ jongeren benaderd die niet op social media LHBTIQ+ gerelateerde onderwerpen volgen.

Verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap is geen beschermende factor in de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid. Dit roept de vraag op wat wel mogelijk beschermende factoren zijn. Zo zijn er in deze steekproef ook bi+ jongeren geweest die veel verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap voelden, maar weinig geïnternaliseerd stigma, angst en depressieve klachten hadden. Het advies voor vervolgonderzoek is dan ook om kwalitatief onderzoek uit te voeren waarin er middels interviews wordt onderzocht waarom sommige bi+ jongeren die wel veel verbondenheid voelen weinig geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheidsklachten ervaren. Aan de hand van een thematische analyse kan gekeken worden welke thema's aan bod komen als er wordt gepraat over verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap en in hoeverre bi+ jongeren aangeven dat dit optreedt als een beschermende factor. Denk hierbij aan nauw contact met andere bi+ personen binnen de LHBTIQ+ gemeenschap. Het is mogelijk dat een bi+ gemeenschap wel de steun en acceptatie brengt die zorgt voor een stress verlagend effect, zonder dat de bi+ jongere microagressies ervaart (Bonet et al., 2007; Gonzalez et al., 2021).

Wat kunnen we met dit onderzoek?

Dit onderzoek laat zien dat hoe meer geïnternaliseerd stigma bi+ jongeren ervaren, des te slechter de mentale gezondheid is. Daarom is het van belang dat jongeren en zorgprofessionals zich bewust worden van de monoseksuele norm in de samenleving. Verder is het belangrijk dat aangetrokken zijn tot meerdere genders net zo'n valide status krijgt als andere seksualiteiten. Seksuele voorlichting op scholen biedt een mooie kans hiervoor (Gegenfurtner & Gebhardt, 2017). Door hier ook meer te focussen op oriëntaties als biseksualiteit en panseksualiteit, kan de boodschap sneller verspreid worden dat mensen zich ook tot meerdere genders aangetrokken kunnen voelen (Fish, 2020). Een onderwijsinterventie vond voorlopig bewijs dat het lezen van een biseksueel bevestigend artikel de negatieve houding ten opzichte van bi+ kan verminderen bij mensen die onderdeel zijn van de

LHBTIQ+ gemeenschap (Morrison et al., 2016). Dus het valideren van bi+ als valide seksualiteit binnen scholen zou mogelijk kunnen bijdragen aan het creëren van een accepterende houding binnenin de LHBTIQ+ gemeenschap, met als gevolg kan hebben dat microagressies kunnen afnemen.

Ook kunnen organisaties die zich inzetten om plekken voor de LHBTIQ+ gemeenschap te creëren benaderd worden om voorlichting te geven over de gevolgen van microagressies jegens bi+ mensen. Soortgelijke publieke campagnes waarbij de focus ligt op het kenbaar maken van mentale gezondheid kan effectief zijn (Wright et al., 2006). Dit kan door de gemeenschap te wijzen op één van hun kernwaarden: ‘acceptatie’ (Flores, 2019). De LHBTIQ+ gemeenschap wil over het algemeen dat zij door de buitenwereld geaccepteerd wordt. Hierbij is het van belang zelf ook accepterend te zijn naar mensen binnen de eigen gemeenschap, zoals bi+ mensen (Flores, 2019).

Wanneer een bi+ jongere naar de hulpverlening stapt met klachten over mentale gezondheid zoals eenzaamheid, is het cruciaal dat hulpverleners niet veronderstellen dat meer contact met mensen binnen de LHBTIQ+ gemeenschap de oplossing is. Het kan namelijk een averechts effect hebben op de mentale gezondheid, omdat de jongere in een niet accepterende gemeenschap terecht komt, terwijl juist steun en begrip nodig is (McLaren & Castillo, 2020). Een kanttekening is om te erkennen dat individuele ervaringen en behoeften van bi+ personen kunnen variëren. Hoewel sommige bi+ jongeren mogelijk steun en verbondenheid vinden door contact te hebben met anderen binnen de gemeenschap, geldt dit lang niet voor iedereen. In plaats daarvan moet er gekeken worden naar de specifieke behoeften en voorkeuren van de persoon (American Psychological Association, 2015).

Conclusie

Ondanks dat de steekproef niet representatief is voor de gehele bi+ populatie, is het vragenlijstonderzoek door een groot aantal participanten ingevuld. De resultaten uit dit onderzoek hebben bevestigd dat hoe meer geïnternaliseerd stigma bi+ jongeren ervaren, hoe slechter de mentale gezondheid over het algemeen is. Deze studie laat ook zien dat de verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap een significante rol speelt die de samenhang tussen geïnternaliseerd stigma en mentale gezondheid versterkt.

Het is daarom van belang dat zowel mensen binnen als buiten de LHBTIQ+ gemeenschap zich bewust worden van de microagressies jegens de bi+ jongeren. Acceptatie en bewustwording zijn hierbij richtinggevend. Als samenleving moet hiernaar gestreefd worden door mensen bewust te maken van de monoseksuele norm dat in de samenleving heerst en de gevolgen van geïnternaliseerd stigma op de mentale gezondheid. Tijdens de

hulpverlening van een bi+ persoon met mentale gezondheidsklachten, is in contact brengen met anderen van de LHBTIQ+ gemeenschap of inzetten op het vergroten van de verbondenheid met de LHBTIQ+ gemeenschap niet de oplossing, maar kan het juist een averechts effect hebben op de mentale gezondheid.

Literatuurlijst

- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Baams, L., De Graaf, H., Van Bergen, D., Cense, M., Maliepaard, E., Bos, H., De Wit, J., Jonas, K., Den Daas, C., & Joemmanbaks, F. (2021). *Niet in één hokje: Ervaringen en welzijn van bi+ personen in Nederland*. Bi+ Onderzoeksconsortium. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://biplus.nl/wp-content/uploads/2021/03/Rapport-Hoe-is-het-om-biplus-te-zijn-maart-2021.pdf>
- Baarda, D. B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Van Der Hulst, M., Van Vianen, R., & Goede, M. P. M. (2021). *Basisboek methoden en technieken: kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis (7^e druk)*. Noordhoff.
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware Jr, J. E., Barsky, A. J., & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29(2), 169-176. <https://doi.org/10.1097/00005650-199102000-00008>
- Bonet, L., Wells, B. E., & Parsons, J. T. (2007). A positive look at a difficult time: A strength based examination of coming out for lesbian and bisexual women. *Journal of LGBT Health Research*, 3(1), 7–14. https://doi.org/0.1300/J463v03n01_02
- Bostwick, W. B., & Hequembourg, A. (2014). ‘Just a little hint’: bisexual-specific microaggressions and their connection to epistemic injustices. *Culture, Health & Sexuality*, 16(5), 488–503. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.889754>
- Davila, J., Jabbour, J., Dyar, C., & Feinstein, B. A. (2018). Bi+ Visibility: Characteristics of Those Who Attempt to Make Their Bisexual+ Identity Visible and the Strategies They Use. *Archives of Sexual Behavior*, 48(1), 199–211. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1284-6>

- Diamond, L. M. (2008). Female bisexuality from adolescence to adulthood: Results from a 10-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, *44*(1), 5–14.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.5>
- Dyar, C., & London, B. (2018). Longitudinal Examination of a Bisexual-Specific Minority Stress Process Among Bisexual Cisgender Women. *Psychology of Women Quarterly*, *42*(3), 342–360. <https://doi.org/10.1177/0361684318768233>
- Fancourt, D., & Steptoe, A. (2018). Community engagement, social capital and health: a cluster randomized controlled trial in England. *BMC Public Health*, *18*(1), 36.
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4557-9>
- Feinstein, B. A., Hall, C. D. X., Dyar, C., & Davila, J. (2020). Motivations for Sexual Identity Concealment and Their Associations with Mental Health among Bisexual, Pansexual, Queer, and Fluid (Bi+) Individuals. *Journal of Bisexuality*, *20*(3), 324–341. <https://doi.org/10.1080/15299716.2020.1743402>
- Feldman, R. S. (2005). *Ontwikkelingspsychologie* (3e ed.). Pearson Education Limited.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE Publications.
- Fish, J. N. (2020). Future Directions in Understanding and Addressing Mental Health among LGBTQ Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *49*(6), 943–956. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1815207>
- Flores, A. R. (2019). *Social Acceptance of LGBT people in 174 countries, 1981 to 2017*. The Williams Institute. Geraadpleegd op 20 mei 2023, van <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/global-acceptance-index-lgbt/>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *Journal of Sex Research*, *49*(1), 36–49.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2011.565427>

- Gegenfurtner, A., & Gebhardt, M. (2017). Sexuality education including lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues in schools. *Educational Research Review*, 22, 215–222. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2017.10.002>
- Gonzalez, K. A., Flanders, C. E., Pulice-Farrow, L., & Bartnik, A. (2021). “It’s Almost Like Bis, Pans Kind of Stick Together:” Bi + Belonging and Community Connection. *Journal of Bisexuality*, 21(2), 194–224. <https://doi.org/10.1080/15299716.2021.1927282>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach* (3e ed.). The Guilford Press.
- Hayfield, N., & Křížová, K. (2021). It’s Like Bisexuality, but It Isn’t: Pansexual and Panromantic People’s Understandings of Their Identities and Experiences of Becoming Educated about Gender and Sexuality. *Journal of Bisexuality*, 21(2), 167–193. <https://doi.org/10.1080/15299716.2021.1911015>
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32–43. <https://doi.org/10.1037/a0014672>
- Jones, R., & Haycraft, E. (2018). Understanding the mental health challenges faced by bisexual individuals. *Journal of Homosexuality*, 65(5), 631–648. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1344757>
- Kaniuka, A. R., Pugh, K. C., Jordan, M., Brooks, B. D., Dodd, J., Mann, A. K., Williams, S. L., & Hirsch, J. K. (2019). Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: Are anxiety and depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help? *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(2), 205–220. <https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1560385>

- Katz-Wise, S. L., Mereish, E. H., & Woulfe, J. (2017). Associations of Bisexual-Specific Minority Stress and Health Among Cisgender and Transgender Adults with Bisexual Orientation. *Journal of Sex Research, 54*(7), 899–910.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1236181>
- Levula, A., Harré, M., & Wilson, A. (2018). The Association Between Social Network Factors with Depression and Anxiety at Different Life Stages. *Community Mental Health Journal, 54*(6), 842–854. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0195-7>
- Maliepaard, E. (2020). *Internationaal onderzoek naar ervaringen en realiteit van personen die op meerdere geslachten en / of genders vallen*. Bi+ Nederland. Geraadpleegd op 1 maart 2023 van, <https://biplus.nl/wpcontent/uploads/2020/12/Maliepaard-2020-Internationale-Kennissynthese-bi.pdf>
- McLaren, S., & Castillo, P. (2020). What About Me? Sense of Belonging and Depressive Symptoms among Bisexual Women. *Journal of Bisexuality, 20*(2), 166–182.
<https://doi.org/10.1080/15299716.2020.1759174>
- Mereish, E. H., Katz-Wise, S. L. & Woulfe, J. (2017). Bisexual-Specific Minority Stressors, Psychological Distress, and Suicidality in Bisexual Individuals: the Mediating Role of Loneliness. *Prevention Science, 18*(6), 716–725. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0804-2>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mohr, J. J., & Sarno, E. L. (2016). The ups and downs of being lesbian, gay, and bisexual: A daily experience perspective on minority stress and support processes. *Journal of Counseling Psychology, 63*(1), 106–118. <https://doi.org/10.1037/cou0000125>

- Morrison, K. E., Gruenhagen, J. M., & Pedersen, C. L. (2016). Challenging binaries by saying good bi: Perceptions of bisexual men's identity legitimacy. *Journal of Bisexuality, 16*, 361–377.
- Nadal, K. L. (2013). That's so gay!: microaggressions and the lesbian, gay, bisexual, and transgender community. *Choice Reviews Online, 51*(01), 51–56.
<https://doi.org/10.5860/choice.51-0562>
- Pistella, J., Rosati, F., & Baiocco, R. (2022). Feeling safe and content: Relationship to internalized sexual stigma, self-awareness, and identity uncertainty in Italian lesbian and bisexual women. *Journal of Lesbian Studies, 27*(1), 41–59.
<https://doi.org/10.1080/10894160.2022.2087344>
- Prell, E. & Træen, B. (2018). Minority Stress and Mental Health Among Bisexual and Lesbian Women in Norway. *Journal of Bisexuality, 18*(3), 278–298.
<https://doi.org/10.1080/15299716.2018.1518180>
- Robinson, J. R., Espelage, D. L., & Rivers, I. (2013). Developmental Trends in Peer Victimization and Emotional Distress in LGB and Heterosexual Youth. *Pediatrics, 131*(3), 423–430. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2595>
- Russell, S. J., & Fish, J. N. (2019). Sexual Minority Youth, Social Change, and Health: A Developmental Collision. *Research in Human Development, 16*(1), 5–20.
<https://doi.org/10.1080/15427609.2018.1537772>
- Rutgers & Soa Aids Nederland. (2017). Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017. *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen, 90*(4), 209–210. <https://doi.org/10.1007/s12508-012-0080-2>
- Scheepers, P., & Tobi, H. (2021). *Onderzoeksmethoden* (10e ed.). Boom uitgevers: Amsterdam.

- Schulz, C., Glatt, E. M., & Stamates, A. L. (2021). Risk factors associated with alcohol and drug use among bisexual women: A literature review. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 30(5), 740–749. <https://doi.org/10.1037/pha0000480>
- Stokes, J., McKirnan, D. J., & Burzette, R. G. (1993). Sexual behavior, condom use, disclosure of sexuality, and stability of sexual orientation in bisexual men. *Journal of Sex Research*, 30(3), 203–213. <https://doi.org/10.1080/00224499309551704>
- Van Heijst, L. (2023, 11 januari). *Aannames bij Statistische Toetsen | Homoscedasticiteit, Lineariteit*. Scribbr. Geraadpleegd op 15 mei 2023, van <https://www.scribbr.nl/statistiek/aannames-statistiek/>
- Weiss, J. T. (2011). Reflective Paper: GL Versus BT: The Archaeology of Biphobia and Transphobia Within the U.S. Gay and Lesbian Community. *Journal of Bisexuality*, 11(4), 498–502. <https://doi.org/10.1080/15299716.2011.620848>
- Wright, A., McGorry, P. D., Harris, M., Jorm, A. F., & Pennell, K. (2006). Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign – The Compass Strategy. *BMC Public Health*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-215>

Tabel 1*Demografische Gegevens van Bi+ Mensen vanuit het Vragenlijstonderzoek*

	<i>N</i>	%
Gender		
Man	761	28,9
Vrouw	1579	60,0
Non-binair/genderfluide	291	11,1
Leeftijdsgroep		
16-25 jaar	1931	65,8
26-33 jaar	335	11,4
34-41 jaar	257	8,8
42-55 jaar	411	14,0
Culturele achtergrond		
Geen migratieachtergrond	2400	83,3
Migratieachtergrond	480	16,7
Hoogst afgeronde opleiding		
Laag	572	20,3
Middelbaar	1439	51,0
Hoog	813	28,8

Noot. Laag = basisonderwijs, vmbo, onderbouw van havo/wo of mbo-1; Middelbaar = bovenbouw havo/vwo, mbo-2, mbo-3 of mbo-4; Hoog = hbo of wo

Tabel 2*Demografische Gegevens Onderzoekspopulatie en Descriptieve Statistiek*

	<i>N</i>	% / M (SD)
Gender		
Man	276	16,0
Vrouw	1237	71,9
Non-binair/genderfluide	208	12,1
Culturele achtergrond		
Geen migratieachtergrond	1543	81,4
Migratieachtergrond	352	18,6
Hoogst afgeronde opleiding		
Laag	430	23,1
Middelbaar	1128	60,5
Hoog	306	16,4
Mentale gezondheid	1517	2,53 (0,93)
Verbondenheid LHBTIQ	1627	3,82 (0,91)
Geïnternaliseerd stigma	1815	2,03 (0,68)

Noot. Laag = basisonderwijs, vmbo, onderbouw van havo/wo of mbo-1; Middelbaar = bovenbouw havo/vwo, mbo-2, mbo-3 of mbo-4; Hoog = hbo of wo

Tabel 3*Lineaire Regressieanalyse*

Model	Coëfficiënt		t	Sig.	95% BHI	
	β	SE			OG	BG
(Constant)	2,04	,07	27,79	<,001	1,90	2,19
Stigma	.25	,03	7,10	<,001	,18	,31

Noot. BHI = Betrouwbaarheidsinterval, OG = ondergrens, BG = bovengrens

Tabel 4*Moderatieanalyse*

	Ongestandaardiseerde Coëfficiënten				95% BHI	
	β	SE	t	p	OG	BG
(Constant)	2,26	,31	7,34	,000	1,65	2,86
Stigma	-,06	,13	-,45	,651	-,31	,20
Verbondenheid	-,09	,08	-1,15	,252	-,24	,06
Interactie effect	,10	,03	2,84	,005	,03	,16

Noot. BHI = Betrouwbaarheidsinterval, OG = ondergrens, BG = bovengrens

Tabel 5*Simple Slope Analyse*

F(moderator)	β	SE	t	p	95% BHI	
					OG	BG
2,9370	,23	,04	5,21	,00	,14	,31
3,8318	,31	,04	8,52	,00	,24	,39
4,7267	,40	,05	7,73	,00	,30	,50

Noot. BHI = Betrouwbaarheidsinterval, OG = ondergrens, BG = bovengrens