

# Op weg naar passende zorg voor lhbt+-jongeren met psychische klachten

L.P. Sonneveld, S.L. Bungener

- Achtergrond** Trauma en psychische klachten zoals angst, depressie en suicidaliteit komen vaker voor onder lhbt+-jongeren (lesbische, homoseksuele, biseksuele, transgender- en andere) jongeren dan bij hetero- en cisgenderjongeren.
- Doel** Bewustzijn en begrip creëren van dit verhoogde risico en inzicht geven in interventies om lhbt+-inclusieve ggz-zorg te vergroten.
- Methode** Bespreken van literatuur en verklaringsmodellen, beschouwen van het huidige jeugd-ggz-zorglandschap en geven van praktische adviezen.
- Resultaten** Minderheidsstress, trauma, sociale afwijzing en systeemproblematiek zijn factoren die bijdragen aan een verhoogd risico op psychische klachten bij lhbt+-jongeren. De ggz is onvoldoende ingericht op deze groep jongeren, wat betreft kennis, vaardigheden, instellingscultuur en zorgaanbod. Enkele manieren om inclusieve zorg te vergroten zijn: de relatie tussen psychische klachten en lhbt+-identiteit signaleren en inclusieve taal gebruiken; jongeren ondersteunen in het onderzoeken van de eigen identiteit; veiligheid waarborgen; helpen omgaan met minderheidsstress; een organisatiescan uitvoeren naar het instellingklimaat; generalistische zorg én expertisecentra inrichten.
- Conclusie** Er is een verhoogd risico op psychische klachten bij lhbt+-jongeren, voortvloeiend uit minderheidsstress, trauma, sociale afwijzing en systeemproblematiek. Sensitiviteit hiervoor bij ggz-hulpverleners en -organisaties is van belang en lhbt+-inclusieve zorg is nodig om deze groep jongeren goed te kunnen helpen.

Trauma en psychische klachten zoals angst, depressie en suicidaliteit komen vaker voor onder lhbt+-jongeren (lesbische, homoseksuele, biseksuele, transgender- plus een brede groep personen die zich buiten een heteroseksuele cisgendernorm identificeren; zie **tabel 1**) dan bij hetero- en cisgenderjongeren. Terwijl het om een grote groep jongeren gaat die zich in de hele breedte van de ggz presenteert en de klinische relevantie groot is, is er nog te weinig actieve aandacht voor deze groep onder hulpverleners in de jeugd-ggz (Emmen e.a. 2015). Met dit artikel hopen we het bewustzijn en de kennis onder alle ggz-hulpverleners te vergroten en hen aan te zetten tot actieve signalering en het bieden van sensitieve zorg van lhbt+-jongeren. Eerst bespreken we literatuur en verklaringsmodellen voor het verhoogde risico op psychische klachten in deze groep. Vervolgens geven we een beschouwing van knelpunten en uitdagingen in het huidige ggz-zorglandschap en beschrijven we interventies voor het vergroten van lhbt+-inclusieve geestelijke jeugdgezondheidszorg waar elke zorgverlener en zorginstelling direct mee aan de slag kan.

## Verhoogd risico op psychische klachten

Ongeveer een op de tien jongeren identificeert zich als lhbt+-persoon (Movisie 2021). Suicidaliteit en depressieve symptomen komen onder lhbt+-jongeren vaker voor (OR 2,92-2,94) en zijn ook ernstiger van aard (Marshall e.a. 2011; Lucassen e.a. 2017; Russell & Fish 2016). Uit het NEMESIS-onderzoek onder volwassenen blijkt dat lhb-personen voor een breed scala aan psychiatrische aandoeningen een verhoogd risico hebben ten opzichte van hetero-personen, bijvoorbeeld een stemmingsstoornis (13,8% van de heteromannen versus 33,4% van de lhb-mannen, en 23,7% van de hetero-vrouwen versus 36,4% van de lhb-vrouwen)(Sandfort e.a. 2014).

Het aantal hetero- en cisgenderjongeren dat een tentamen suicidii pleegt, is 2%; bij lhb-jongeren komt dit 4 tot 5 keer zo vaak voor (9%), en bij transgenderjongeren 10 keer zo vaak (21%)(Kuyper 2015). Suicidegedachten onder de lhbt+-groep zijn voor een groot deel gerelateerd aan de seksuele oriëntatie of genderidentiteit (25 en 42%) (113 zelfmoordpreventie 2017).

## AUTEURS

**Liza Sonneveld**, kinder- en jeugdpsychiater, Care-Express, Opvoedpoli Amsterdam, systeemtherapeut in opleiding en lid kernteam LHBT-platform NVvP.

**Sara Bungener**, kinder- en jeugdpsychiater, seksuoloog, expertisegroep coördinator Seks & Gender, Levvel, Amsterdam, en promovendus, Kennis en Zorgcentrum Genderdysforie, Amsterdam UMC.

## Correspondentie

Liza Sonneveld (L.Sonneveld@protonmail.com).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-11-2021.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(3):152-159

## Verklaring verhoogd risico

Verschillende factoren kunnen bijdragen aan de psychische problematiek van deze groep jongeren.

Specifiek voor jongeren speelt mee dat zij nog in ontwikkeling zijn. De vorming van de identiteit in brede zin, seksuele ontwikkeling en relatievorming zijn gedurende de tiener- en begin twintigerjaren een van de belangrijkste ontwikkelingstaken. Hiervoor is een vrije en veilige sociale omgeving nodig waarin kan worden geëxploreerd en geëxperimenteerd. Voor lhbt+-jongeren is dit niet altijd het geval, zoals we hierna zullen bespreken.

Het ontwikkelen van hun identiteit kan complex zijn, wanneer zij zich anders voelen of dilemma's hebben over het onthullen van hun seksuele of genderidentiteit die anders is dan de sociale verwachtingen (Adelson e.a. 2012). Wanneer zij zich (eventueel pas later) wel in een lhbt+-vriendelijke omgeving bevinden, kan dit een

positieve invloed hebben op de identiteitsontwikkeling, doordat er meer ruimte is om ervaringen op te doen op het gebied van seksualiteit en relaties.

Ten slotte hebben jongeren met genderdysforie als extra bijdragende factor de aversie van het lichaam dat zich niet in lijn met het eigen ervaren gender ontwikkelt gedurende de puberteit, wat gepaard gaat met lijdensdruk. Onderzoek onder jongeren met genderdysforie en een wens voor een medische genderbevestigende behandeling, laat zien dat deze behandeling en de bijpassende sociale transitie een positieve invloed heeft op hun psychisch functioneren en (verdere) ontwikkeling van een positieve identiteit (de Vries e.a. 2014).

Het minderheidsstressmodel van Brooks (1981), later aangepast door Meyer (1995; 2003), is een van de manieren om het verhoogd risico op psychische klachten te verklaren onder lhbt+-personen. Minder-

**Tabel 1. Begrippenlijst (Alliantie Gezondheidszorg op Maat)**

<b>Lhbt+</b>
Parapluterm voor lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mensen, transgenderpersonen en anderen die qua genderidentiteit, genderexpressie, seksualiteit of lichaam buiten wat in de maatschappij wordt gezien als 'standaard' vallen.
<b>Transgender</b>
Iemand bij wie de genderidentiteit niet (geheel) overeenkomt met het geslacht dat bij geboorte is toegekend. Transgender wordt gebruikt als 'parapluterm' waaronder een brede range van identiteiten valt. Alleen wanneer iemand een zeer diep onbehagen voelt omdat het ervaren gender niet overeenkomt met het gender wat bij de geboorte is toegewezen, spreken we van genderdysforie.
<b>Cisgender</b>
Iemand van wie de genderidentiteit overeenkomt met het bij geboorte toegekende geslacht.
<b>Genderidentiteit</b>
Van welk gender iemand naar eigen gevoel of overtuiging werkelijk is of zou moeten zijn. Dit staat los van het bij geboorte toegekende geslacht, juridisch geslacht en/of lichamelijke kenmerken. Het is de diepgevoelde innerlijke en persoonlijke ervaring van gender.
<b>Genderexpressie</b>
Uiterlijke manifestatie van mannelijkheid of vrouwelijkheid in bijvoorbeeld gedrag, kleding, spraak, haardracht en lichaamskenmerken. Of gedrag en expressie als mannelijk of vrouwelijk worden geïnterpreteerd, is sociaal-cultureel bepaald.
<b>Genderfluïde/niet-binair</b>
Identiteit van iemand die niet alleen man of alleen vrouw is, maar zich presenteert als man én als vrouw, of geen gender hebbend. Het gender kan veranderen afhankelijk van context en tijd.

heden in seksuele oriëntatie, genderidentiteit, maar ook in bijvoorbeeld culturele achtergrond, etniciteit, sociaaleconomische status, fysieke gesteldheid en religieuze achtergrond hebben meer kans om slachtoffer te zijn van vooroordelen, geweld en discriminatie (in direct interpersoonlijk contact of institutioneel). Daarnaast kan ook de verwachting te worden gediscrimineerd een vorm van stress geven. Wanneer iemand tot verschillende minderheden behoort, kan er sprake zijn van dubbele minderheidsstress (McConnell e.a. 2018; Shangani e.a. 2020).

Subtiele vormen van stigmatisatie en vooroordelen zijn moeilijker om te herkennen en aan te tonen, maar niet minder schadelijk dan meer expliciete vormen van stigma (Barreto & Ellemers 2015). Voorbeelden van subtiele vormen van stigma zijn negatieve associaties, relatief lichte negatieve emoties als ongemak (versus haat), non-verbale expressie zoals lichamelijke afstand nemen of nastaren, maar ook uitblijven van pro-lhbt+-gedrag (bescherming bieden bij agressie, actief inclusieve taal gebruiken, ontkennen dat vooroordelen over lhbt+-personen vandaag de dag nog bestaan) en ambivalente overtuigingen tegenover lhbt+-personen, zoals beweren dat iedereen zijn leven vrij mag invullen, maar tegelijkertijd wel aanstoot nemen aan openlijk lhbt+-zijn.

Binnen religieuze gemeenschappen is er (in verschillende mate per religie) een hogere kans op afwijzing van de lhbt+-identiteit dan bij niet-religieuze gemeenschappen, waarbij weerstand tegen verandering een belangrijke onderliggende factor is (Cramwinckel e.a. 2018).

Een specifieke vorm van stigmatisatie bij lhbt+-jongeren is stigmatisatie binnen het eigen gezin. Terwijl de meeste minderheden een veilige haven vinden in eigen gezin of leefgemeenschap, kan het gezin voor een deel van de lhbt+-jongeren juist een plek van onveiligheid zijn als stigmatisatie in het gezin aanwezig is. Zij zijn dan als het ware *'born into enemy camp'*. Doordat dit juist dichtbij in hun primaire systeem aanwezig is, beïnvloedt dit de ontwikkeling van de jongere met een risico op zelfstigmatisatie: een afwijzing van (een deel van) de eigen identiteit, wat geïnternaliseerde homofobie wordt genoemd. Dit is een van de grootste risicofactoren voor het ontstaan van depressie bij lhbt+-jongeren (Hall 2018). Lhbt+-jongeren die juist sociale steun ervaren in het gezin of directe peeromgeving hebben minder psychische problemen (Bockting 2014; Parra 2021). Behalve het gezin kan ook de omgeving in bredere zin hieraan bijdragen: negatieve opmerkingen over lhbt+-personen, het gebruik van 'homo' of 'lesbo' als scheldwoord, een negatieve maatschappelijke houding of onvoldoende actieve bescherming van lhbt+-personen kunnen leiden tot internalisering van deze homofobie (van Lisdonk e.a. 2015; van Lisdonk 2018).

Een andere risicofactor is het doormaken van traumatische ervaringen, zoals het slachtoffer zijn van pesten, emotionele verwaarlozing, seksueel trauma of fysiek

geweld. In Nederland werd 1 op de 10 lhbt+-personen en 1 op de 5 transgenderpersonen in de afgelopen 5 jaar slachtoffer van fysiek anti-lhbt+-geweld (EU 2020; Movisie 2021). 38% van de lhbt+-personen in de EU heeft de afgelopen 12 maanden anti-lhbt+-intimidatie meegemaakt, waarbij dit nog vaker voorkomt naarmate de persoon jonger is (47% onder 15- tot 17-jarigen) (EU 2020).

Lhbt+-jongeren worden twee keer zo vaak gepest als hetero-cisgenderjongeren (Movisie 2021). Transgenderjongeren zijn twee keer zo vaak als hun cisgenderleef-tijdgenoten slachtoffer van emotionele verwaarlozing of mishandeling voor hun 16de jaar (van Beusekom & Kuypers 2018). Lhbt+-personen zijn vaker slachtoffer van seksueel geweld dan hetero-personen (5% van de hetero-mannen, 21% van de hetero-vrouwen), waarbij met name biseksuele personen een extra verhoogd risico hebben; 25% van de bi-mannen en ruim 50% van de bi-vrouwen (Nikkelen e.a. 2019) zijn hier slachtoffer van.

Het frequenter en in ernstigere vorm meemaken van trauma op kinderleeftijd verklaart 9-57% van de verschillen in prevalentie van DSM-IV-diagnoses tussen lhbt+- en hetero-personen in het eerdergenoemde NEMESIS-onderzoek (Baams e.a. 2021).

### Beschermende factoren

Beschermende factoren voor psychische klachten zijn, naast sociale steun, onder andere een positieve lhbt+-identiteit en zelfvertrouwen. Om een positieve identiteit te kunnen ontwikkelen, is het nodig om voldoende identificatiemogelijkheden en positieve rolmodellen te kennen, waardoor een jongere zich kan spiegelen en zich onderdeel voelt van een geheel. Nederland lijkt de laatste decennia in algemene zin toleranter en minder homofob geworden; er is bijvoorbeeld meer positieve en normaliserende aandacht voor lhbt+-personen in sommige media. Echter, in het grotere geheel heerst er nog steeds hetero- en genderconforme normativiteit (Twisk e.a. 2017; van Lisdonk 2018; Onderzoeksrapport NTR media 2018 (<https://www.uu.nl/achtergrond/diversiteit-op-televisie-er-valt-veel-winst-te-behalen>)).

Steeds meer scholen hebben aandacht voor een veilig lhbt+-klimaat, bijvoorbeeld in de vorm van een Gender en Seksualiteit Alliantie (GSA), wat de kans op sociale steun en zelfvertrouwen onder lhbt+-jongeren kan vergroten. Tegelijkertijd blijkt er nog vaak een schaamtcultuur op scholen te heersen (<https://www.nrc.nl/nieuws/2021/04/23/even-niet-nadenken-over-wie-je-bent-a4040871>). Slechts 24% van de leerlingen zou een klasgenoot adviseren open te zijn over diens lhbt+-identiteit (de Graaff e.a. 2017); blijkbaar schatten zij in dat het leven met een geheim minder negatieve consequenties heeft dan jezelf zijn als lhbt+-jongere. Jongeren die gepest worden op school omdat ze (ook) vallen op jongeren van hetzelfde geslacht, hebben meer zelfwaardering als ze gesteund worden door een medeleerling (Movisie 2021).

Jongeren zijn op steeds jongere leeftijd open over hun seksuele oriëntatie en genderidentiteit, wat een positieve ontwikkeling is. Echter, het 'uit de kast komen' tijdens een ontwikkelingsfase waarin *peer influence* sterk aanwezig is, kan ook impactvoller zijn als er afwijzing is door leeftijdgenoten (Russell & Fish 2016).

### Maatschappelijk klimaat en wettelijk kader

Hoewel Nederland qua wettelijke bescherming en maatschappelijk klimaat een relatief veilige plek is voor lhbt+-personen, vinden ook hier discriminatie, anti-lhbt+-geweld, stigmatisatie en uitsluiting plaats, wat kan bijdragen aan het ontstaan van psychische klachten (Andriessen e.a. 2020). Belangrijk om te beseffen is dat er ook in Nederland qua wetgeving en beleid nog veel verbeterpunten zijn. Zo is er nog altijd geen verbod op conversiepraktijken (zorg waarbij wordt uitgedragen en gepoogd om lhbt+-personen van hun identiteit 'af te brengen/te genezen'), worden niet-binaire identiteiten bij veel (zorg)instanties niet erkend, zijn er recente voorbeelden van antihomoverklaringen op scholen, en is de wet voor lhbt+-personen met een gezin (regenbooggezinnen) onvoldoende ingericht.

Daarnaast worden Nederlandse jongeren geconfronteerd met de situatie waar hun lhbt+-peers in andere landen mee te maken hebben, wat kan bijdragen aan het gevoel er niet te mogen zijn. In een groot deel van de wereld staat immers tot op heden voor lhbt+-personen de doodstraf op hun genderidentiteit of hun liefde voor een ander persoon. Een overzicht is te vinden op de wereldkaart van ILGA ([https://ilga.org/sites/default/files/DUT\\_ILGA\\_World\\_map\\_sexual\\_orientation\\_laws\\_dec2020.png](https://ilga.org/sites/default/files/DUT_ILGA_World_map_sexual_orientation_laws_dec2020.png)) of via Amnesty (<https://www.amnesty.nl/encyclopedie/homoseksuelen-homofobie-homohaar>). Ten slotte kunnen brede maatschappelijke factoren bijdragen aan het verhoogde risico op psychische klachten onder lhbt+-personen, zoals het feit dat er onder deze groep meer armoede, eenzaamheid en werkloosheid voorkomen (Movisie 2021); alle drie negatieve risicofactoren voor mentale gezondheid.

### Knelpunten in ggz en verbeteringen

Welke knelpunten zijn er in de huidige ggz voor lhbt+-jongeren, en welke basisstappen kunnen we nemen ter bevordering van lhbt+-inclusieve zorg? Op verschillende niveaus zijn er knelpunten en uitdagingen in de huidige ggz voor lhbt+-jongeren: op landelijk beleid/onderzoek/politiek niveau, op ggz-organisatieniveau en op het niveau van de individuele professional. Op basis van deze niveaus volgen ook onze aanbevelingen voor verbeteringen.

### Landelijk beleid, onderzoek en politiek

Landelijk is de zorg voor transgenderjongeren met name gecentreerd in specialistische centra zoals het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie (KZcG) van het Amsterdam UMC, en sinds kort ook Youz/ZaansMC/Transvisiezorg en Radboudumc. In deze centra wordt uitge-

breide diagnostiek verricht naar genderdysforie en kan na vaststellen van de diagnose bij een verdere behandelwens worden gekozen voor een medische genderbevestigende behandeling bestaande uit puberteitsremming, hormonen en eventueel operatieve interventies.

In deze centra wordt ook wetenschappelijk onderzoek gedaan. Er is al jaren een toename van jongeren die hulp zoeken bij vragen over hun genderidentiteit. Medio 2021 stonden 1855 jongeren (< 18 jaar) in Nederland op de wachtlijst voor zorg, ten opzichte van 1179 in 2020. Een mogelijke verklaring is dat er (mede door sociale media) meer bekendheid en erkenning van genderdysforie en transgenderpersonen zijn, waardoor transgenderjongeren dit vaker bij zichzelf herkennen, erkennen en hulp zoeken (<https://nos.nl/artikel/2397280-toename-jongeren-in-de-transgenderzorg-leidt-tot-nog-lange-wachtlijsten>).

Echter, een deel van de jongeren met een genderdiverse identiteit heeft geen behoefte aan medische genderbevestigende interventies. Er kan bijvoorbeeld een genderfluïde of niet-binaire identiteit zijn, zonder verdere wens om medische aanpassingen te doen. Uit SCP-onderzoek blijkt dat ongeveer 3,9% van de Nederlandse bevolking zich niet eenduidig identificeert met het geslacht dat is geregistreerd bij de geboorte. In totaal geeft 0,6% aan problemen te hebben met het toegekende geboortegeslacht en hormoonbehandelingen en/of operaties te (hebben) ondergaan (Movisie 2021). Indien wel een verwijzing is gedaan naar een genderexpertisepoli, blijkt er bij 90,6% van deze jongeren sprake te zijn van genderdysforie, en ondergaat 77% van de aangemelde jongeren uiteindelijk een medische behandeling (Arnoldussen 2020).

De groep die geen behoefte heeft aan medische behandeling, kan wel baat hebben bij andere genderbevestigende of explorerende interventies (zie de alinea 'ggz-professionals') of specifieke behandeling van psychiatrische klachten indien aanwezig. Deze zorg hoort thuis in de generalistische jeugd-ggz.

Ook indien er wél sprake is van genderdysforie en een medische behandelwens, kan de generalistische jeugd-ggz gerichte behandeling bieden, aan jongeren die kampen met comorbide psychische klachten en wachten op medische genderbevestigende behandeling (of al in behandeling zijn), zodat er voldoende stabiliteit is om het intensieve traject van medische transitie aan te kunnen en om de wachttijd zinvol en effectief te benutten.

Het is van belang, naast het integreren van inclusieve lhbt+-zorg als generiek onderdeel van de zorg, dat er een lhbt+-expertisecentrum is, breder dan alleen voor de transgendergroep. Momenteel bestaat dit niet in Nederland (in het buitenland zijn hier wel succesvolle voorbeelden van, zoals in de Verenigde Staten). Deze expertisehouders kunnen consultatie bieden aan de generalistische ggz en met het bestaan van expertisecentra wordt het (verder) ontwikkelen van kennis met onderzoek verankerd.

## Tabel 2. Informatiebronnen en tools

Algemene informatie over lhbt+ en diversiteit in de zorg is te vinden in het Kennisdossier Genderdiversiteit ( <a href="http://www.kenniscentrum.kjp.nl">www.kenniscentrum.kjp.nl</a> ), op de websites <a href="http://www.iedereenisanders.nl">www.iedereenisanders.nl</a> en <a href="http://www.iedereepatientisanders.nl">www.iedereepatientisanders.nl</a> .
Transvisie biedt een overzicht van zorgaanbieders voor transgenderpersonen en van relevante boeken en films: <a href="http://www.transvisie.nl">www.transvisie.nl</a> .
Vaardigheid- en kennistrainingen zijn o.a. beschikbaar bij Movisie (e-learning jong en transgender), Qpido en Alliantie Gezondheidszorg Op Maat; onder andere een toolkit voor het bieden van lhbt+-inclusieve zorg.
Tools om gesprekken te starten zijn De Genderunicorn ( <a href="http://www.bedmanieren.nl">www.bedmanieren.nl</a> ), SexQ ( <a href="http://www.kenniscentrum-kjp.nl">www.kenniscentrum-kjp.nl</a> ) en ARQ2 (Asking the Right Questions, voor Engelstalige jongeren). Het werkboek <i>Genderzoektocht</i> (Testa e.a. 2021) kunnen jongeren en behandelaars gebruiken om de eigen identiteit te exploreren.

Onderzoek naar nieuwe en bestaande interventies voor de brede lhbt+-jongerengroep met psychische klachten en de effectiviteit hiervan is nodig. Het leren omgaan met (eventueel dubbele) minderheidsstress en het gebruik van inclusieve taal zijn voorbeelden van specifieke behandelcomponenten die nuttig zouden kunnen zijn bij lhbt+-jongeren met psychische klachten. Tot op heden zijn daar weinig onderzochte gerichte methodieken voor, maar gezien het verklaringmodel zouden deze wenselijk zijn (zie ook paragraaf 'ggz-professionals'). Momenteel verricht de Rijksuniversiteit Groningen onderzoek naar online-CGT (cognitieve gedragstherapie) om suïcidedachten onder lhbt+-jongeren te verminderen, door beter om te leren gaan met minderheidsstress (<https://www.rug.nl/gmw/pedagogical-and-educational-sciences/research/lhbtonderzoek>). Ook op maatschappelijk niveau zou men meer preventieve interventies kunnen inzetten om vooroordelen en stigmatisatie tegen te gaan. Dit is grotendeels een politieke verantwoordelijkheid, maar de ggz als specialistische sector zou hier meer voor kunnen pleiten. Educatie in de vorm van kennis over lhbt+-personen en discriminatie vergroot met name het bewustzijn van privilege onder hetero/cis-personen, maar heeft weinig tot geen impact op vooroordelen of gedrag (Cramwinckel e.a. 2018). Interventies die gericht zijn op verandering van perspectief en empathie (bijvoorbeeld in de vorm van games of gedachte-experimenten waarbij je behoort tot een minderheidsgroep en de gevolgen daarvan ervaart) hebben wel effect op overtuigingen en pro-lhbt+-gedrag (Cramwinckel e.a. 2018).

### Ggz-organisaties

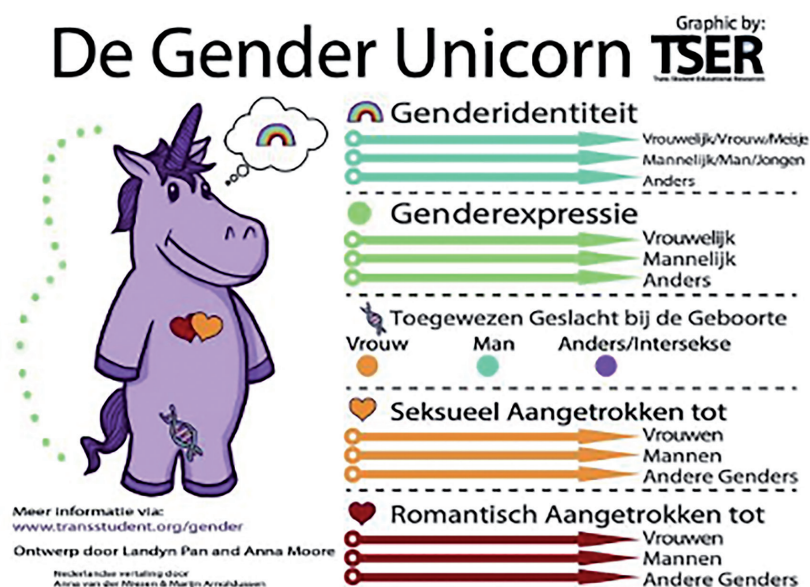
Vervolgens is de vraag hoe inclusief en veilig het klimaat in brede zin is binnen ggz-instellingen. Hoe veilig en open is het klimaat onder medewerkers? Is er een veilig klimaat op groepsverblijven? Durven lhbt+-medewerkers open te zijn over hun identiteit? Een manier om hier als organisatie zicht op te krijgen is het uitvoeren van een organisatiescan, ontwikkeld door Rutgers (expertisecentrum seksualiteit) in samenwerking met Levvel (jeugd- en jeugd-ggz-instelling in Amsterdam) (publicatie nog niet geaccepteerd: Bakker e.a. Hoe zorg je er als jeugd- of jeugd-ggz-instelling voor dat je een (nog) lhbtq+-vriendelijker organisatie wordt? Praktische aanbevelingen vanuit een recent onderzoek met een

organisatiescan van de Rutgers bij Levvel in Amsterdam. Kind adolesc praktijk). Het rapport van de organisatiescan bij Levvel in 2020 (als eerste jeugd- of jeugd-psychiatrie-instelling in Nederland) kan een indruk geven van de meerwaarde van zo'n onderzoek (Tijndink e.a. 2020). Ggz-organisaties zijn daarnaast verantwoordelijk voor het voldoende scholen van medewerkers in vaardigheden en kennis van lhbt+-inclusief werken. Er zijn verschillende e-learnings en trainingen beschikbaar (tabel 2). De zichtbaarheid van een lhbt+-inclusieve visie draagt bij aan de veiligheid van het klimaat, bijvoorbeeld door een boodschap op de website, een regenboogvlag, genderneutrale toiletten of registratie van hulpverleners bij Roze-in-Wit. Ook in het personeelsaansnamebeleid kan men zich richten op meer inclusiviteit en diversiteit, zodat diversiteit de norm wordt en ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet waar wenselijk en passend.

### Ggz-professionals

Allereerst is meer bewustzijn nodig bij behandelaars zodat er adequaat wordt gesignaleerd bij lhbt+-gerelateerde psychische klachten. 41% van de professionals in de jeugd- en jeugd-ggz weet niet hoe je signaleert dat een jongere met lesbische, homo- of biseksuele gevoelens worstelt (Movisie 2021). Daarnaast is het van belang dat elke ggz-professional voldoende basiskennis, vaardigheden en een inclusieve attitude heeft om deze groep jongeren adequaat te kunnen helpen. Bijna alle (99,5%) behandelaars in de Nederlandse jeugd-ggz blijken het bespreken van seksualiteit, waaronder seksuele oriëntatie, belangrijk te vinden. Echter, slechts 17,7% bespreekt dit met het merendeel van de jongeren en ouders van de jongeren die bij hen in zorg zijn. 2,3% bespreekt genderdiversiteit met het merendeel van de jongeren en 25% heeft dit nog nooit besproken (Bungener e.a. 2021). Medewerkers zouden hier standaard naar kunnen vragen, op een neutrale manier en met een open houding. Bewustzijn van de hulpverlener over diens eigen referentiekader is hierbij van belang. In plaats van te vragen aan een jongen of hij een vriendinnetje heeft (of omgekeerd), kun je als hulpverlener vragen of iemand al eens verliefd is geweest en of diegene al weet of wie hij/zij/die valt. Een tool om het gesprek hierover te starten is de SexQ, ontwikkeld samen met jongeren en ggz-behandelaars ([www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl)).

**Figuur 1. Genderunicorn, door Trans Student Education Resources (TSER)**



Een tweede basisinterventie is het ondersteunen van de jongere in het exploreren en valideren van de genderidentiteit en het geven van psycho-educatie. Het gebruik van de Gender Unicorn (figuur 1) als handvat om de verschillende aspecten van seksuele identiteit te benoemen, kan hier ondersteunend bij zijn. Ook kan men samen met de jongere werken met het werkboek *Genderzoektocht* (Testa e.a. 2021).

Daarnaast speelt bij lhbt+-jongeren relatief vaak onveiligheid in het gezin of directe omgeving. Het is de taak van de hulpverlener om oog te hebben voor deze onveiligheid en deze ook zo veel mogelijk te stoppen. Ook ogenschijnlijk subtiele stigmatiserende opmerkingen van gezinsleden kunnen zeer impactvol zijn zoals eerder beschreven, zeker als er door de hulpverlener niet op wordt geacteerd (Barreto & Ellemers 2015; Cramwinckel e.a. 2018). Hulpverleners kunnen gezinsleden ondersteunen in het onderzoeken van hun eigen onzekerheden en opvattingen over en acceptatie van lhbt+-personen en hoe inclusieve taal te gebruiken. Regenboogtaaltips zijn bijvoorbeeld beschikbaar via [amsterdam.nl/sociaaldomein/diversiteit/amsterdam-regenboogstad/](http://amsterdam.nl/sociaaldomein/diversiteit/amsterdam-regenboogstad/) of [iederepatientisanders.nl](http://iederepatientisanders.nl).

Ten slotte is het leren omgaan met minderheidsstress en hier weerbaar tegen worden een manier om lhbt+-jongeren duurzaam te ondersteunen. Lhbt+-bevestigende behandeling, zoals CGT-assertiviteitstraining met specifieke lhbt+-elementen en een minderheidsstressbenadering, heeft een positief effect op stemming en angst en vergroot het hebben van een authentiek zelf (in tegenstelling tot het geheimhouden van de eigen identiteit en/of schaamtegevoelens) (Pachankis e.a. 2009, 2015; Pachankis 2015). Hierbij wordt een verschuiving gestimuleerd van cognities over persoonlijk falen naar het inzien van stigmatiserende structuren. Daarnaast wordt het opbouwen van lhbt+-positieve relaties gestimuleerd

en blijken schrijfopdrachten over ervaren minderheidsstress positieve psychosociale effecten te hebben. Ter illustratie geven we een voorbeeld uit de praktijk waarbij deze basisinterventies werden gebruikt en het effect daarvan duidelijk werd.

## VIGNET

Patiënte A, een 15-jarige adolescente met depressieve klachten, werd op de spoedeisende hulp gezien na een tentamen suïcidii. Zij was al langere tijd onder behandeling op de polikliniek van een ggz-instelling. Bij beoordeling werd gevraagd naar relatievorming en genderidentiteit. Hierop ontstond een gesprek over haar zoektocht naar haar identiteit, waarbij ze zich aangetrokken voelde tot meisjes, een gendernon-conforme kledingstijl prefereerde en zich niet eenduidig identificeerde als meisje. Ze bleek hier nog niet over te hebben gesproken en de eenzaamheid hierin hield mede de depressieve klachten in stand. Daarnaast bleken haar gendernon-conforme gedrag en kledingstijl aanleiding te zijn voor ruzies met ouders.

De vervolgbehandeling op de polikliniek richtte zich daarna meer op het exploreren van de seksuele en genderidentiteit. Ook vonden er systeemgesprekken plaats waarin de betekenis van gender werd onderzocht en inclusieve taal gemeengoed werd gemaakt, ter ondersteuning van de jongere. De stemming verbeterde, zij voelde zich meer verbonden en de suïcidaliteit nam af. Thuis waren er meer open gesprekken mogelijk in een respectvolle sfeer.

## DISCUSSIE

Met dit essay hebben we gepoogd een overzicht te geven van relevante literatuur over het verhoogd risico op psychische klachten bij lhbt+-jongeren en verklaringen hiervoor. We hebben op gestructureerde wijze naar literatuur gezocht, maar dit essay is niet bedoeld als volledige systematische review.

De beschouwing van knelpunten en uitdagingen in de huidige ggz en de beschreven interventies voor het vergroten van lhbt+-inclusieve geestelijke jeugdgezondheidszorg, zijn voor een groot deel gebaseerd op praktijkervaring aangezien er tot op heden weinig onderzoek is verricht. Genoemde interventies zijn zo veel mogelijk onderbouwd met wetenschappelijke literatuur; echter, er is nog veel wetenschappelijk onderzoek nodig om interventies verder te ontwikkelen en de effectiviteit hiervan te toetsen.

## CONCLUSIE

Er is een verhoogd risico op een breed scala aan psychische klachten bij lhbt+-jongeren, voortvloeiend uit onder andere minderheidsstress, trauma, sociale afwijzing en systeemproblematiek. Het is van belang dat ggz-hulpverleners hier sensitief voor zijn en over voldoende vaardigheden beschikken om adequate hulp te bieden. lhbt+-inclusieve zorg zou een generalistisch onderdeel moeten zijn van de jeugd-ggz.

Daarnaast zijn expertisecentra nodig, gericht op de brede lhbt+-groep en hun mentale gezondheid, om kennisontwikkeling, consultatie en (specifiek voor de transgendergroep) medische transgenderzorg te verankeren. Gerichte lhbt+-inclusieve interventies en methodieken gericht op coping met minderheidsstress zijn nodig, evenals meer onderzoek naar de effectiviteit hiervan. Ggz-organisaties zijn verantwoordelijk voor een veilig en divers lhbt+-instellingsklimaat en het bieden van scholing aan medewerkers.

## LITERATUUR

- 113 Zelfmoordpreventie, Movisie, Rijksuniversiteit Groningen. Factsheet Suïcidaliteit onder LHBT'ers. 2017.
- Adelson SL, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 957-74.
- Alliantie Gezondheidszorg op Maat. Begrippenlijst sekse, gender en seksuele oriëntatie. [www.iederepatientisanders.nl](http://www.iederepatientisanders.nl)
- Andriessen I, Hoegen Dijkhof J, van der Torre A, e.a. Ervaren discriminatie in Nederland II. Den Haag: SCP; 2020.
- Arnoldussen M, Steensma TD, Popma A, e.a. Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020; 29: 803-11.
- Baams L, Ten Have M, de Graaf R, e.a. Childhood trauma and bullying-victimization as an explanation for differences in mental disorders by sexual orientation. *J Psychiatr Res* 2021; 137: 225-31.
- Barreto M, Ellemers N. Detecting and experiencing prejudice: new answers to old questions. *Advances in Experimental Social Psychology* 2015; 52: 139-219.
- Beusekom van G, Kuyper L. LHBT-monitor 2018. De leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland. Den Haag: SCP; 2018.
- Bockting W. The impact of stigma on transgender identity development and mental health. In: Kreukels BPC, Steensma TD, De Vries ALC, red. Focus on sexuality research. Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge. Springer Science + Business Media; 2014. p. 319-30.
- Brooks VR. Minority stress and lesbian women. Lexington Books; 1981.
- Bungener SL, Post L, Berends I, e.a. Talking about sexuality with youth: a taboo in psychiatry? *J Sex Med* 2022; doi: 10.1016/j.jsxm.2022.01.001.
- Cramwinckel FM, Scheepers DT, van der Toorn J. Interventions to reduce blatant and subtle sexual orientation- and gender identity prejudice (SOGIP): Current knowledge and future directions. *Soc Issues Policy Rev* 2018; 12: 183-217.
- Emmen M, Felten H, Addink A, e.a. Jong en anders. Onderzoek naar de aandacht voor lesbische, homo, bi-jongeren, transgenderjongeren en jongeren met een intersekse conditie in de jeugdsector. *J Soc Interv T P* 2015; 24(3): 21-42.
- EU-LGBTI II. A long way to go for LGBTI equality. European Union Agency for Fundamental Rights; 2020.
- Graaff de L, Michon L, Bosveld W. Fact sheet lhbt Amsterdammers 2017. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, Onderzoek, Informatie en Statistiek; 2017.
- Hall WJ. psychosocial risk and protective factors for depression among lesbian, gay, bisexual, and queer youth: a systematic review. *J Homosex* 2018; 65: 263-316.
- Kuyper L. Jongeren en seksuele oriëntatie. Ervaringen van en opvattingen over lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele jongeren. Den Haag: SCP; 2015.
- Lisdonk van J, van Bergen DD, Hospers HJ, e.a. The importance of gender and gender nonconformity for same-sex attracted Dutch youth's perceived experiences of victimization across social contexts. *J LGBT Youth* 2015; 12: 233-53.
- Lisdonk, van J. Uncomfortable encounters Dutch same-sex oriented young people's experiences and the relation with gender nonconformity in a heteronormative, tolerant society. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2018.
- Lucassen MF, Stasiak K, Samra R, e.a. Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Aust N Z J Psychiatry* 2017; 51: 774-87.
- Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, e.a. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta analytic review. *J Adolesc Health* 2011; 49: 115-23.
- McConnell EA, Janulis P, Phillips G 2nd, e.a. Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* 2018; 5: 1-12.
- Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav* 1995; 36: 38-56.
- Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003; 129: 674-97.
- Movisie. Handreiking LHBTI-Emancipatie. Feiten en Cijfers op een rij. 2021. [www.movisie.nl/publicaties](http://www.movisie.nl/publicaties)
- Nikkelen S, Tijdink S, de Graaf H, e.a. Seksuele gezondheid van lesbische, homoseksuele en biseksuele personen in Nederland anno 2017. Utrecht: Rutgers; 2019.
- Pachankis JE. The use of cognitive behavioral therapy to promote authenticity. *Pragmat Case Stud Psychother* 2009; 5(3): 28-38.
- Pachankis JE. A transdiagnostic minority stress treatment approach for gay and bisexual men's syndemic health conditions. *Arch Sex Behav* 2015; 44: 1843-60.

- Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Rendina HJ, e.a. LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 875-89.
- Parra LA, van Bergen DD, Dumon E, e.a. Family belongingness attenuates entrapment and buffers its association with suicidal ideation in a sample of Dutch sexual minority emerging adults. *Arch Sex Behav* 2021; doi: 10.1007/s10508-020-01838-0.
- Russell ST, Fish JN. Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annu Rev Clin Psychol* 2016; 12: 465-87.
- Sandfort TG, de Graaf R, Ten Have M, e.a. Same-sex sexuality and psychiatric disorders in the second Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2). *LGBT Health* 2014; 1: 292-301.
- Shangani S, Gamarel KE, Ogunbajo A, e.a. Intersectional minority stress disparities among sexual minority adults in the USA: the role of race/ethnicity and socioeconomic status. *Cult Health Sex* 2020; 22: 398-412.
- Testa RJ, Coolhart D, Peta J. *The Gender Quest Workbook: A guide for teens and young adults exploring gender identity*. New Harbinger Publications; 2015. Nl. vert.: *Genderzoektocht. Een gids voor tieners en jongvolwassenen die hun genderidentiteit willen verkennen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2021.
- Tijdink S, de Graaf H, Lingmont K, e.a. *LHBTI-organisatiescan Spirit en De Bascule. Onderzoek naar sociale klimaat en toerusting van hulpverleners*. Utrecht: Rutgers; 2020.
- Twisk D, Cense M, Vijlbrief A, e.a. *Gender Diversiteit Literatuurstudie*. Alliantie Genderdiversiteit; 2017.
- Vries de AL, McGuire JK, Steensma TD, e.a. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics* 2014; 134: 696-704.

---

## SUMMARY

# Towards LGBT+ inclusive youth mental healthcare

L.P. Sonneveld, S.L. Bungener

- Background** LGBT+ (lesbian, gay, bisexual, transgender and other) youth have a higher risk to experience trauma and develop mental health problems including anxiety, depression and suicidality than their straight cisgender peers.
- Aim** To explore underlying factors for this elevated risk. To provide insight in LGBT+ inclusive mental healthcare.
- Method** Overview of the literature and explanatory models. Contemplation of the current youth mental healthcare and advices for clinical practice.
- Results** The elevated risk for mental health problems in LGBT+ youth could be explained by minority stress, trauma, social exclusion and family problems. For these young people, the current healthcare system lacks sufficient knowledge, skills, safe environment and availability of expert care. Interventions that could contribute to inclusive care are: signaling the link between mental health problems and LGBT+ identity, using inclusive language; supporting youth in exploring their own identity; ensuring safety; support coping with minority stress; an organizationscan exploring institution's environments; providing both general and expertise care.
- Conclusion** LGBT+ youth is prone for mental health problems, resulting from minority stress, trauma, social exclusion and family problems. Awareness amongst health care professionals and organizations is important and LGBT+ inclusive mental health care is needed to give adequate care.