

Suïcidepreventie LHBT- jongeren

Wat kunnen ouders en professionals doen volgens de literatuur



Colofon

Auteurs: Afiah Vijlbrief en Martijn Bool
Met dank aan: René Broekroelofs

Foto credits cover: 123RF

Mei 2018, update terminologie 2021
© Movisie

Te downloaden via: www.movisie.nl

In opdracht van ZonMw



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken

Movisie: kennis en aanpak van sociale vraagstukken

Movisie is hét landelijk kennisinstituut voor een samenhangende aanpak van sociale vraagstukken. Samen met de praktijk ontwikkelen we kennis over wat echt goed werkt en passen we die kennis toe. De unieke rol van Movisie is het versnellen van leerprocessen. We zijn alleen tevreden als we een duurzame positieve verandering voor mensen in een kwetsbare positie realiseren. Kijk voor meer informatie op www.movisie.nl

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	2
2	Literatuuronderzoek	2
2.1	Selectiecriteria	2
3	Suïcidaliteit onder LHBT jongeren	2
3.1	LH jeugd en minderheidsstress	2
3.2	Bijzondere risicogroepen	2
3.2.1	Biseksuelen	2
3.2.2	Transpersonen	2
3.2.3	Bi-culturele LHBT's	2
4	Suïcidepreventie	2
4.1	Risicofactoren	2
4.1.1	Extra risicofactoren bi-culturele(n) (LHBT's)	2
4.2	Beschermende factoren	2
4.2.1	Transpersonen	2
4.2.2	Protectieve factoren bij bi-culturen	2
5	Ouders	2
5.1	Coming-out	2
5.2	Wat kunnen ouders doen ten behoeve van suïcide preventie	2
6	Zorg en hulpverlening	2
6.1	Aanpak suïcide preventie onder jongeren in het algemeen én LHBT jongeren in het bijzonder	2
6.2	Bi-culturele LHBT-jongeren en hulpverlening	2
6.3	Wat kunnen professionals doen ten behoeve van suïcide preventie LHBT-jongeren	2
6.4	Tot slot: algemene aanbevelingen	2
7	Conclusie & discussie	2
8	Literatuur	2

1 INLEIDING

Uit veelvuldig onderzoek naar lesbische vrouwen, homo mannen, biseksuelen en transgender personen (LHBT) blijkt dat deze seksuele en/of gender minderheden vaker suïcidale ideatie en suïcidaal gedrag vertonen in vergelijking met heteroseksuele leeftijdgenoten (bijv. Haas, et al. 2010; Almeida et al 2009; Bool et al. 2007; Boote et al. 2012). Met name naar LHB en T jeugd, in zowel nationale als internationale context, is veel onderzoek gedaan omtrent deze thematiek. Onder Nederlandse LHB jeugd komt suïcidaliteit vaker voor ten overstaande van heteroseksuele jeugd, zo worden er 4,5 keer meer pogingen gedaan (Kuyper 2015). Bij transgender jongeren ligt dat zelfs 10 vaker ten opzichte van niet trans jongeren. Minority-stress (Meyer 2003) vanwege seksuele voorkeur of gender gerelateerde issues spelen hier een centrale rol in (Russell & Fish 2016). Minority-stress, is, zoals de naam doet vermoeden, de (extra) stress die iemand ervaart of die iemand verwacht (Baams et al. 2015) door het behoren tot een minderheidsgroep door bijvoorbeeld uitsluiting of negatieve reacties zoals discriminatie of zelfs de angst om dit te ervaren (Kuyper & de Wit 2011). Maar het kan zich ook uiten in geïnternaliseerde homofobie, bi-fobie of transfobie (Baams et al. 2015; Meyer 2003). Deze minderheidsstress heeft allerhande consequenties op de (geestelijke) gezondheid en kan een coping-strategie, als suïcidaliteit, tot gevolg hebben (Russel & Fish 2016).

Naast de impact die de minderheidsstress kan hebben op gezondheid is er een aantal issues in dit kader relevant, in het bijzonder de rol van de gezondheidszorg. Door enerzijds de specifieke behoeften van de doelgroep, maar anderzijds ook door de minderheidsstatus en stigma (Durso & Meyer, 2016) waar deze doelgroep mee te kampen heeft blijkt de gezondheidszorg gericht op suïcidale LHBT's nog achter ten opzichte van het aanbod van de reguliere gezondheidszorg. Zo is bijvoorbeeld de houding tegenover LHBT's niet altijd prettig (Felten 2014). Om die reden willen wij web-based interventie gericht op specifiek deze doelgroep opzetten. Uit de literatuur blijkt namelijk dat een online gezondheidsinterventie meer potentie heeft onder jongvolwassenen in vergelijking met die face-2-face, maar ze zijn vaak onvoldoende gericht op LHBT-jongeren (Abbott et al. 2014). Uit een evaluatie van de interventie Out & Online (www.outandonline.org.au), een suïcide preventie interventie voor Australische LHBT jongeren, blijkt dat een dergelijke interventie effectief is (Abbott et al. 2014). Ook voor de Nederlandse context willen we een gelijksoortige interventie ontwikkelen en we verwachten dat dit zal leiden tot afname in suïcidaliteit onder LHBT jongeren.

Het volledige onderzoek naar suïcide preventie LHBT jongeren is uiteen gezet in drie kwalitatieve studies; [1] een studie onder LHBT-jongvolwassenen (18-30 jaar), [2] een studie onder ouders van LHBT-jongeren die suïcidaal waren en minsten twee jaar hersteld zijn, [3] een studie onder professionals en vrijwilligers die werk(t)en met LHBT jongeren. De data tezamen geeft input voor een web-based suïcide preventie programma. Alvorens data verzameld wordt vindt eerst een literatuurstudie plaats naar deze thematiek. Dit document is de literatuurstudie en dient als basis voor de verdere aanpak van het onderzoek.

2 LITERATUURONDERZOEK

Binnen dit onderzoek staat het thema suïcidaal gedrag onder LHBT-jongeren centraal. Deze literatuurstudie is onderdeel van het volledige onderzoek naar de thematiek en dient als theoretisch kader daarvoor. Naar de doelgroep zelf, jonge LHBT's met suïcidale gedachten, gedrag en/of ideatie, is al veel onderzoek verricht. Maar de omgeving, zoals ouders en professionals, blijven onderbelicht. Om een zo volledig mogelijk beeld te geven vertrekken we in deze studie eerst vanuit de doelgroep LHBT en verschuiven we in de volgende hoofdstukken het accent naar ouders en professionals. We hebben met name gekeken wat er bekend is in internationale literatuur, omdat er bijvoorbeeld in de Verenigde Staten (meer) onderzoek is gedaan naar omgevingsfactoren zoals: ouders, formele en informele netwerk (bijv. Friedman et al. 2006; Olson et al. 2016; Eisenberg & Resnick 2006). Het doel van deze search is om tot inzicht te komen welke rol ouders en professionals in het geheel nemen.

2.1 SELECTIECRITERIA

In de maanden januari, februari en maart van 2018 wordt er door Movisie een literatuursearch verricht voor het project Suïcide preventie onder LHBT jongeren. Binnen dit onderzoek bekijken we eveneens naar welke rol ouders en professionals (kunnen) spelen als het gaat om preventie. Om tot een zo goed mogelijk beeld van de doelgroep, suïcidale LHBT's, en informatie over gerelateerde thema's te komen is daarom gezocht op zoektermen met een directe link naar de thematiek [1] suïcidaliteit en [2] LHBT jongeren en aanverwante onderwerpen. Zoals in onderstaande tabel is opgenomen gaat het daarbij ook om interactie met ouders en professionals. De review neemt relevante wetenschappelijke publicaties mee die niet ouder dan 15 jaar zijn en betrekking hebben op de westerse context. Aanvankelijk is er gezocht naar de meest recente literatuur en maakten we de keuze literatuur die niet ouder is dan 10 jaar in het onderzoek opnemen. Tijdens de search bleek echter zeer relevante literatuur (o.a. aangereikt vanuit de expertgroep) ouder dan 10 jaar beschikbaar. Om deze reden is de grens op 15 jaar gesteld.

Voor de search wordt gezocht binnen zoekmachines *GOOGLE scholar* en *Web of Science* op een aantal zoektermen zoals in onderstaand overzicht opgenomen. Deze hoofdtermen zijn op hun beurt weer gecategoriseerd onder grotere thema's. Om de zoekresultaten verder te verfijnen worden hoofdzoektermen en thema's met elkaar en onderling gecombineerd. De (combinatie van) zoektermen wordt toegepast in alle velden (titel, abstract, key words en volledige tekst). Vervolgens worden artikelen werden alleen geselecteerd indien zij volledig geschreven zijn in het Nederlands of Engels. Daarbovenop is vanuit de gevonden titels verder gezocht binnen de literatuurlijst van relevante titels en in *GOOGLE Scholar* naar verwante artikelen. In totaal zijn meer dan 80 bronnen gelezen, zo'n 72 daarvan bleken relevant voor deze literatuurstudie. Deze 85 bronnen (waarvan 7 hoofdstukken uit hetzelfde boek, dus concreet 78 verschillende literatuurverwijzingen) zijn opgenomen in de literatuurlijst aan het eind van dit rapport.

Let op: We nemen de I van personen met een intersekse conditie in principe niet mee (deze conditie is in de aanvraag niet benoemd), tenzij hier expliciet literatuur over te vinden is en/of dit speciale aandacht behoeft.

Zoektermen:

(combinatie van) LHBT-jongeren, suïcide, ouders, professionals, preventie, opvoeding, interactie, interventie

Overige thema's	
Nederlandse termen	Engelse termen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welzijn ▪ Psychische problemen ▪ Minderheidsstress ▪ Same seks attraction (jongeren) ▪ Gender (non-conformiteit) ▪ Seksualiteit ▪ Queer ▪ LHB ▪ Transgender ▪ Bi-cultureel ▪ Suïcidaal gedrag/gedachten/plannen/ideatie ▪ Coping ▪ Weerbaarheid ▪ Zelfbeschadiging ▪ Zelfbeeld / zelfvertrouwen ▪ Netwerk ▪ Steun ▪ Ondersteuning ouders ▪ Familie acceptatie ▪ Hulpverlening ▪ Afwijzing ▪ Ontkenning ▪ Verzwijgen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Well being ▪ Psychological problems ▪ Minority stress ▪ Same sex attracted youth ▪ Gender (non-conformity) ▪ Sexuality ▪ Queer ▪ LGB ▪ Transgenderism ▪ Bi-cultural ▪ Suicidal behavior / thoughts /plans/ideation ▪ Coping ▪ Resilience ▪ Self-damage ▪ Self-image / confidence ▪ Network ▪ Support ▪ (Parental) support ▪ Family acceptance ▪ Professional (health)care ▪ Rejection ▪ Denial ▪ Keep quiet/concealing

3 SUÏCIDALITEIT ONDER LHBT JONGEREN

Suïcidaliteit ligt onder LHBT's in vergelijking met niet-LHBT's significant hoger. Dit zou te verklaren zijn door het minderheidsstress model van Meyer (2003). Het behoren tot een gestigmatiseerde groep kan verschillende gevolgen hebben voor het psychosociaal welbevinden voor individuen behorend tot deze minderheidsgroepen (Meyer, 2003). Zo kunnen deze stressfactoren en normatieve druk zorgen bijvoorbeeld voor angsten, een negatief zelfbeeld of depressieve gedachten (Ryan et al. 2010). Tegenover deze stressfactoren staan coping strategieën. Hoe iemand met een deviante gender identiteit of seksuele gevoelens omgaat verschilt per persoon. Zo zijn er collectieve manieren, zoals het betrokken zijn bij een gay of trans community, maar ook individuele -zowel positieve als negatieve- strategieën, zoals het met trots uitdragen van je homoseksualiteit, maar ook het verbergen van deze identiteit en zelf destructief gedrag inclusief zelfbeschadiging en suïcidaliteit (Scourfield et al. 2008). Dit hoofdstuk gaat verder in op dit laatste en specifieke uitkomsten voor de doelgroep LHBT.

3.1 LH JEUGD EN MINDERHEIDSTRESS

Hoewel LHBT volwassenen ook subject van onderzoek zijn met betrekking tot suïcide (Haas et al 2010; van Bergen & van Lisdonk 2010), is er in de literatuur speciale aandacht voor LHBT-jongeren te vinden. Mede door processen zoals de fase kind-adolescentie, pubertijd, maar ook de (eerste) coming-out (richting ouders) wat veelal rond die leeftijd plaats vindt, richt de studie zich op deze groep met verhoogde kwetsbaarheid voor suïcidaliteit (Charbonnier & Graziani 2016). Baams et al. (2015) refereren als het gaat om die minderheidspositie in relatie tot suïcidaliteit ook naar het concept *perceived burdensomeness*, waarbij seksuele en gender minderheden zelf de perceptie hebben een last tot anderen (d.w.z. naasten of familie) te zijn door hun minderheidsidentiteit en inherente stigma en slachtofferschap. Uit deze studie blijkt die *perceived burdensomeness* en de mate hiervan een goede voorspeller van depressie en suïcide ideatie.

Voordat we de groep LHBT als een geheel te bespreken, is het van belang onderscheid in de groep te maken. Zo beginnen we met lesbische vrouwen en homo mannen, de *B* en de *T* bespreken we hierna, omdat dit groepen met extra risico zijn. Hoewel vrouwen tegenover mannen in algemene zin ook een subversieve positie in nemen, ofwel de vrouwelijke identiteit staat in hiërarchische zin 'lager' op de ladder dan de mannelijke identiteit o.b.v. sociale gender ongelijkheid (Butler 2014), pakken we homoseksualiteit (d.w.z. lesbisch en homoseksueel) hier tezamen. Tegelijkertijd is de algemene gedachte wel dat attitudes richting homomannen negatiever en vijandiger zijn dan richting lesbische vrouwen (Baams et al. 2015), ondanks dat er weinig bekend is over verschillende vormen van slachtofferschap onder L's (lesbische vrouwen) en H's (homo mannen). Wel weten we vanuit algemene jongeren studies dat jongens eerder directe agressie ervaren dan meisjes, maar bekijken we indirecte slachtofferschap dan verschillen in gender minder duidelijk (Card et al. 2008). Ditzelfde zou ook kunnen gelden voor homoseksuelen jongens tegenover lesbische meisjes.

Charbonnier & Graziani (2016) deden specifiek onderzoek naar lesbische en homoseksuele jongvolwassenen in de Verenigde Staten en kwamen onder meer tot de conclusie dat deze doelgroep een verhoogd stress niveau kennen door hun seksuele geaardheid. Tijdens het coming-out proces richting de ouders kwam verschillende vormen van stress voor, zo zaten zij bijvoorbeeld in een spagaat waarbij ze enerzijds hun familieleden geen pijn wilde doen, maar anderzijds zichzelf niet wilde verloothen (Charbonnier & Graziani 2016). Bovendien stellen de onderzoekers dat je niet eenmalig uit te kast komt maar iedere keer weer als je dat vertelt aan anderen. In het volgende hoofdstuk bekijken we het coming-out proces nader.

3.2 BIJZONDERE RISICOGROEPEN

Hoewel er overlap is tussen de groepen (en hun ervaringen) zoals besproken in de vorige en volgende paragrafen is het van belang bijzondere risicogroepen apart te bespreken. Elke groep heeft namelijk zijn eigen unieke problematiek. Hieronder worden de volgende extra risicogroepen besproken: [1] biseksuelen, [2] transpersonen en [3] bi-culturele LHBT's.

3.2.1 Biseksuelen

Naast diegenen die zich als homoseksueel beschouwen (lesbische vrouwen en homo mannen) hebben biseksuelen vaker een negatief zelfbeeld en zelfs vaker een suïcide poging gedaan (van Bergen van en Lisdonk, 2010). Veelal denken zij zelf alsmede de omgeving dat de seksuele identiteit nog wel eenduidig zal worden (van Bergen van & Lisdonk, 2010). Om die reden kunnen biseksuelen meer onzekerheid ervaren om hun seksuele identiteit. Deze onzekerheid werd ook bevestigd in het praktijkonderzoek van Boote et al., (2012). De omgeving zou het 'biseksueel-zijn' beschouwen als fase waar iemand nog uit moet komen, hetgeen veel twijfel aan de biseksuelen jongeren zelf geeft (Boote et al., 2012). Uit de groepsgesprekken met hulpverleners die de onderzoekers hadden noemt men biseksualiteit een "vluchthaven om niet helemaal homo te zijn" (Boote et al., 2012). In internationaal onderzoek naar biseksuelen mannen en vrouwen wordt gesteld dat ook binnen de (met name) LH community een anti-biseksualiteit attitude heerst (McLean 2008). Ondanks dat biseksuele mannen en vrouwen eerder participeren op gay plekken zoals gayclubs en -bars dan op niet gay plekken (ze zouden zich daar meer thuis voelen) erkent een groot gedeelte van de respondenten dat er discriminatie is jegens biseksuelen (McLean, 2008). Er blijken dus gelijksoortige ideeën over biseksualiteit te bestaan zowel binnen als buiten de LH gemeenschap. Die anti-biseksuele houding zorgt er tevens voor dat een deel van de respondenten uit McLean's (2008) onderzoek niet naar gay plekken gaan om wille van afwijzing en exclusie. Om die reden houden specifiek biseksuelen er een complexe relatie op na met homo mannen en lesbische vrouwen. Dit brengt onder andere problemen met zich mee als betreffende de biseksuele identiteit, in de kast blijven, geheimhouding en de impact ervan op het zelfbeeld en vertrouwen, en gevolgen voor de (mentale) gezondheid (McLean, 2008).

3.2.2 Transpersonen

Transpersonen ervaren op vele vlakken, en ook ten overstaande van LHB's, meer minderheidsstress. Zo stelt het rapport van Kuyper (2017), dat transpersonen over het algemeen een slechtere sociale status hebben door negatieve stereotypering, dat deze groep meer last heeft van negativiteit en discriminatie en dat zij mede om die redenen een slechter zelfbeeld hebben. Heel specifiek voor transpersonen wordt dit verklaard vanuit het genderminderheidsstressmodel wat zorgt voor geïnternaliseerde transfobie bij transpersonen (Kuyper, 2017). Ook hier speelt de binaire gender verdeling (man/vrouw) een grote rol. Zo hebben transvrouwen vaker slechtere sociaaleconomische positie dan transmannen (Clements-Nolle et al., 2001; Guzman-Parra et al., 2016). Transvrouwen ervaren daarnaast vaker verschillende vormen van geweld, zoals fysiek en seksueel geweld (Kenagy, 2005; Stotzer, 2009). Deze extra kwetsbaarheden en complexiteit zorgt er voor dat transpersonen zelfs nog vaker suïcidaliteit rapporteren tegenover niet transpersonen, maar ook tegenover LHB's (Kuyper, 2017; Motmans, 2015).

3.2.3 Bi-culturele LHBT's

Een volgende extra kwetsbare groep is bi-culturele LHBT's en dan met name bi-culturele LHBT's met een Marokkaanse, Turkse of Surinaamse achtergrond. Behalve de niet Nederlandse achtergrond en

cultuur kan ook religie een rol spelen in de opvoeding. Omdat ideeën over homoseksualiteit soms niet overeenkomen met progressieve(re) opvattingen die er bijvoorbeeld wel heersen buiten familie of gezinsverband kan het individu een innerlijk conflict ervaren (van Bergen & van Lisdonk, 2010). Dit kan zelfacceptatie in de weg zitten. In het kader van die zelfacceptatie geven jongeren bijvoorbeeld vaak aan liever hetero dan homo te zijn (van Bergen & van Lisdonk, 2010). Daarbij ervaren bi-culturele LHBT's in het bijzonder meerdere lagen van minderheidsstress. De kans dat zij naast homofobie, bifobie en/of transfobie ook racisme binnen en buiten de LHBT gemeenschap ervaren is significant aanwezig (Reck, 2009). Een volgende stressfactor voor deze groep is, en dan met name wanneer zij uit een meer 'traditionele cultuur' komen, dat er de mogelijkheid bestaat dat zij te maken krijgen met eer gerelateerd geweld vanwege seksualiteit of gender identiteit (Felten & Bakker 2011). Al deze stressfactoren bij elkaar maakt deze groep in menigvuldig opzicht kwetsbaar en zorgt voor een verhoogde kans op suïcidaliteit (van Bergen en van Lisdonk 2010). Al met al is het voorstelbaar dat ook binnen de groep bi-culturele LHBT's verschillende intersecties een rol spelen op de (ervaren) minderheidsstress. De intersectionaliteits-theorie die hieraan ten grond slag ligt (zie bijv. Cho et al., 2013) stelt dat eenieder verschillende deel identiteiten heeft en deze niet los van elkaar gezien kunnen worden. Sociaal economische status, etnische achtergrond, beperking, seksuele oriëntatie, gender enzovoort, het zijn aspecten van je identiteit en gaan automatisch gepaard met hiërarchie en sociale ongelijkheid (Cho et al., 2013) . Als concept verklaart intersectionaliteit de gradaties in *minority stress*. Met andere woorden; die intersecties (minderheidsdeelidentiteiten) kunnen bijdrage aan het ervaren van meer minderheidsstress. Een bi-cultureel transpersoon neemt per definitie een andere positie in dan een witte, Nederlandse lesbische vrouw of zelfs dan een bi-culturele cis-gendered¹ homoseksuele jongen. Cahill et al., (2003) die onderzoek deden naar specifiek zwarte LHBT's in de VS, stellen dat de intersecties van zwarte LHBT's (d.w.z. etniciteit en seksualiteit tezamen met gender en sociaal economische status) zorgen voor een unieke situatie in vergelijking met witte LHBT's of zwarte heteroseksuelen.

¹ 1 Cis, Latijn voor 'aan dezelfde kant' (Aultman, 2014), staat voor diegenen die zich identificeren met de sekse toegewezen bij geboorte. De genderidentiteit en -expressie corresponderen met deze sekse en wat daarbij sociaal van je verwacht wordt. Ofwel CIS-gender staat tegenover transgender (Aultman 2014)

4 SUÏCIDEPREVENTIE

Het vorige hoofdstuk geeft een beeld van de suïcide problematiek onder LHBT's. Dit hoofdstuk spitst zich toe op de preventie hiervan. Ondanks dat al veel van de risicofactoren eerder al aan bod kwamen, richten we ons nog kort op de risicofactoren in de volgende paragraaf. Vanuit daar brengen we beschermende factoren in kaart. Zowel het informele netwerk, en dan voornamelijk ouders, als het formele netwerk, professionals, nemen hier een prominente plek in.

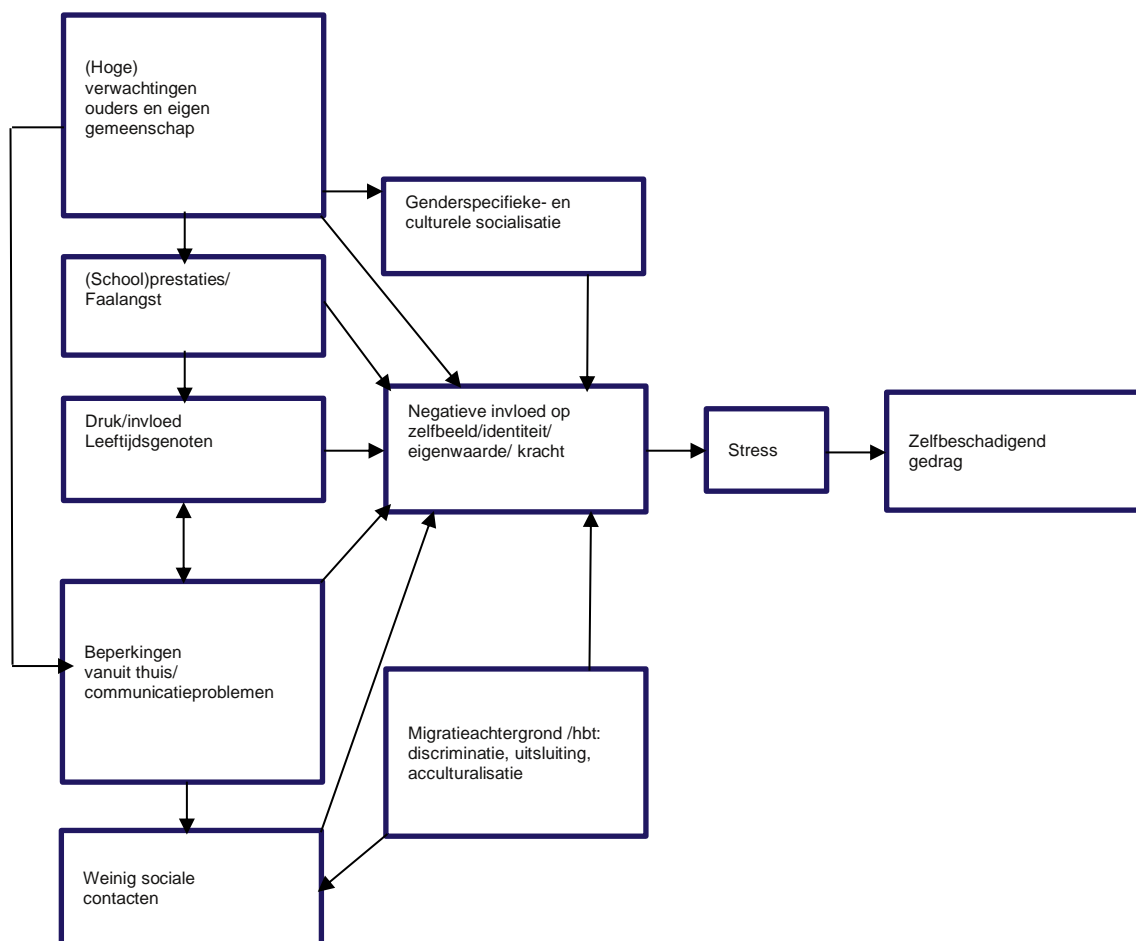
4.1 RISICOFACTOREN

Suïcidaliteit is vaak een complex proces wat niet door een éénduidige factor te verklaren is maar meer een combinatie van allerlei zaken is zoals problemen, kwetsbare positie, (zie vorige hoofdstuk) genetische factoren of de staat van psychische gezondheid. In algemene zin zijn er verschillende risicofactoren in relatie tot suïcidaliteit, bijvoorbeeld; eerdere suïcidaliteit, psychische problemen, negatief zelfbeeld, traumatische ervaringen, gebrek aan toekomstperspectief en sociaal isolement (Kerkhof & Luyn, 2016). Ook kan voor jeugd in het bijzonder een onveilige schoolomgeving een risicofactor zijn voor suïcidaal gedrag (Hatzenbuehler et al., 2014).

Voor LHBT's zou dit allemaal des te meer gelden (Boote et al., 2012). Daarbij is voor LHBT jeugd gender-non-conform gedrag een belangrijke risicofactor (Boote et al., 2012). Ander onderzoek bevestigt ook dat gender-non-conformiteit een belangrijke risico factor kan zijn (Liu & Mustanski, 2012). Hoe slechter gender non-conformiteit sociaal wordt geaccepteerd hoe groter het risico op suïcidale ideatie, Andersom geldt hetzelfde in positieve zin (Liu & Mustanski, 2012). Ditzelfde geldt voor slachtofferschap en sociale steun in relatie tot suïcidaliteit (zelfde auteurs). Uit het onderzoek van D'Augelli et al., (2005) kwam verder naar voren dat voornamelijk homomannen suïcide pogingen doen vanwege de volgende redenen: [1] vroege openheid omtrent seksuele oriëntatie in een omgeving waarbij dat niet gewenst is, [2] slechte identificatie met ouders, [3] (wederom het) gender-non conform gedrag en dan vooral zoals de ouders dat ervaren tijdens de kinderjaren en [4] pogingen vanuit ouders dit gedrag te demotiveren.

4.1.1 Extra risicofactoren bi-culturele(n) (LHBT's)

In algemene zin stellen Boedjarath en Ferber (2016) dat meisjes en jongens met een migratieachtergrond een risicogroep vormen voor suïcidaliteit. Zo is er relatief hoge suïcide onder meisjes van Turkse en Surinaamse afkomst, gevolgd door Hindoestaanse (Surinaamse) meisjes op de tweede plek en achtereenvolgens Marokkaanse meisjes (Burger et al., 2015). Een verklaring hiervoor kan gezocht worden in zaken als bijvoorbeeld een gebrekkige communicatie met ouders, weinig bewegingsvrijheid, hoge verwachtingen die de gemeenschap van de meisjes heeft en grote sociale controle (Bergen, 2009). Door de twee werelden die soms niet goed op elkaar aansluiten kunnen bi-culturele jongeren dan ook grote psychosociale stress ervaren (Burger et al. 2005). Ook is er informatie over Surinaamse en Turkse mannen bekend, die eveneens relatief hoge cijfers laten zien. Een verklaring bij mannen zou zitten in psychiatrische, psychologische en culturele aspecten die samenhangen met migratie (Boedjarath & Ferber, 2010). Zoals bijvoorbeeld de overgang van collectieve naar meer individuele gemeenschappen en isolement. Risico factoren onder jongeren met een migratieachtergrond zijn veelal juist familie, vrienden of andere naasten, met een vergelijkbare culturele en/of religieuze achtergrond, die er bijvoorbeeld collectief conservatieve ideeën op nahouden (Boedjarath & Ferber, 2010). Wat hierin een rol speelt zijn de culturele en sociale codes *'wat zullen anderen hier wel niet van denken'* die binnen de gemeenschap kunnen heersen (Bhugra, 2004). Zie figuur 1 voor de samenhang tussen de factoren.



Figuur 1. (Extra) Risicofactoren migranten (jongeren). *Bhugra, 2004*

Hoewel Boedjarath & Ferber (2016) niet expliciet spreken over LHBT's (LHBT wordt kort benoemd én opgenomen in het figuur, maar verder gaat hun tekst meer over suïcidale personen met een migratieachtergrond) erkennen de auteurs wel de vergelijkbare minderheidspositie die LHBT's van kleur innemen. Zoals eerder genoemd zijn bi-culturele LHBT's extra kwetsbaar omdat ze uit een cultuur kunnen komen waar een taboe heest op seksuele diversiteit (Pierik en Meintser 2008).

4.2 BESCHERMENDE FACTOREN

Tegenover de risicofactoren vinden we ook beschermende factoren. In hetzelfde rapport formuleren Boote et al. (2012) hier al een tweetal factoren; [1] rolmodellen en [2] steun vanuit de omgeving. Dat laatste wordt weer onder verdeeld in: het hebben van een veilige schoolomgeving, het hebben van een partner, het hebben van een LHBT-netwerk en accepterende ouders (zie paragraaf 4.2.2 ouders). Ander onderzoek toont gelijke uitkomsten aan. Zo zou die seksuele oriëntatie van LHB's maar een klein gedeelte van de suïcidaliteit verklaren en zou het veel meer gaan over sociale steun (Eisenberg & Resnick 2006). Dit onderzoek onderschrijft ook het belang van verbondenheid met ouders, aandacht en zorg vanuit leerkrachten, steun van andere volwassenen en steun en veiligheid vanuit binnen de school (Eisenberg & Resnick 2006). Meer ervaren steun betekent minder psychische problemen en het krijgen van daadwerkelijk meer sociale steun betekent minder angst en depressie hetgeen kan leiden tot suïcide (Kwon 2013). Dit laatste geldt overigens ook voor transpersonen (Budge et al. 2013). Met andere woorden: hoe meer deze protectieve factoren worden versterkt, hoe kleiner de kans een jongere suïcidaal gedrag ontwikkelt (Eisenberg & Resnick 2006).

Het hebben van een netwerk of contacten en het ervaren van sociale steun is dus zeer belangrijk. Zo blijkt uit de literatuur dat ook peers (leeftijds en/of lotgenoten) hier een cruciale rol in spelen, evenredig aan de rol van de ouders (bijv. Mustanski & Liu, 2013; van Orden, 2010). Een volgende belangrijke protectieve factor zou het internet zijn, bijvoorbeeld in het bieden van weerstand tegen homofobie. Bovenal zou dit een manier zijn om nieuwe vriendschappen aan te gaan, informatie worden gezocht en kan iemand verbondenheid voelen met een online gay community bijvoorbeeld. In tegenstelling tot niet LHBT's gebruiken LHBT's het internet ook meer om vriendschappen aan te gaan en voor relaties, romantiek en seksuele verkenning (met als gevolg ook meer risicovol gedrag) (Hillier, 2012). In dit rapport richten we ons, gezien de studies (2= ouders en 3 = professionals), niet direct op peers of het internet, maar zijn deze wel relevant. In de volgende paragrafen bespreken we de beschermende factoren tegen suïcidaliteit en welke rol ouders hier in spelen of kunnen spelen. Allereerst specificeren we de positie van transpersonen.

4.2.1 Transpersonen

Vanwege hun verhoogde risico tot suïcidaliteit worden transgenderpersonen in de literatuur vaak apart genoemd of onderzocht. Vandaar dat we hun positie hier apart bespreken en nagaan wat mogelijke beschermende factoren zijn. Significante factoren in suïcidaliteit onder transpersonen kunnen onder meer de volgende zijn: traumatische ervaringen uit het heden of verleden zoals ouderlijk verbaal of fysiek geweld (mishandeling), een lager –ook in tegenstelling tot LHB jongeren- tot slecht zelf en lichaamsbeeld (het gaat hierbij ook hoe anderen de jongere zien), het hebben van een gender minority status én (eventueel) ook een seksuele minderheid zijn (Grossman & D'Augelli, 2007). Overig kwantitatief onderzoek onder deze doelgroep vindt eveneens bewijs dat geweld en discriminatie, maar ook de lichamelijke status (wel of niet in transitie gaan of kunnen) goede voorspellers zijn voor suïcidale ideatie (Rood et al., 2015).

Wat effectief kan helpen in het kader van preventie suïcidaliteit zijn bijvoorbeeld belangenorganisaties en steungroepen heel specifiek gericht op transgenders (Kuyper, 2017). Deelname aan een transgemeenschap en zodoende het opbouwen van een netwerk met gelijkgestemden kan positief effect hebben op de gendermindheidsstress (Kuyper, 2017). Daarnaast kan het kennen van andere transpersonen ook een positieve uitwerking hebben (Testa et al., 2015; 2016). Ook uit dit onderzoek omtrent transpersonen komt duidelijk naar voren dat diverse bronnen van sociale steun een direct positief effect hebben op het algehele welzijn alsmede een meer indirect effect hebben (Testa et al., 2015; 2016). Het indirecte effect kan bijvoorbeeld zijn dat die steun het omgaan met negatieve reacties zoals discriminatie vergemakkelijkt. Wederom gaat het om het hebben van een (goede) band met familie, vrienden, kennissen en/of een partner (Bariola et al., 2015; Bradford et al., 2013; Nuttbrock et al., 2015; Testa et al., 2012; Trujillo et al., 2016). Ook Bauer et al., (2015) stellen heel concreet dat sociale steun van naasten (close-ones) sterke beschermde factoren zijn tegen suïcidale ideatie onder deze doelgroep.

Een ander belangrijk punt wanneer het aankomt op transgender personen in het bijzonder is de beleving en vormgeving van de genderidentiteit. De tevreden of ontevredenheid hiervan heeft weer alles te maken met het welzijn (Kuyper, 2017). Zo kan namelijk de mate waarin uiting gegeven wordt aan de gewenste genderidentiteit enorme impact op het leven van de persoon in kwestie hebben (Kuyper, 2017). Ook wijst een recent Amerikaans onderzoek, onder transgenderjongeren in de leeftijdscategorie 15-21, uit dat zij die een 'eigen' nieuwe naam hebben gekozen en dat gebruiken op plekken zoals werk, school, thuis maar ook onder vrienden significant minder risico lopen op depressie en suïcide tegenover transjongeren die dat niet doen. Hoe vaker zij bij hun gewenste naam worden aangesproken

binnen verschillende contexten hoe een beter (mentale) gezondheid zij hebben (Russell et al., 2018). 71 procent van de ondervraagden die hun gekozen naam doorgaans gebruikten gaven aan niet aan een zware depressie te leiden, 34 procent van het totaal gaf aan dat er een daling was van suïcide gedachten en bij 65 procent van de respondenten is er een daling in suïcide pogingen.

Een sociale of lichamelijke transitie heeft een sterk positieve impact hebben op de leefsituatie omdat een verschil in toegewezen geslacht en de ervaren genderidentiteit aanzienlijk wordt verkleind en eveneens de negatieve gevoelens die daarmee gepaard gaan Coleman et al., (2011). Bovendien ervaren transgender personen die de gewenste uiting aan hun genderidentiteit kunnen geven algemeen een beter welzijn (Barr et al., 2016; Martinez et al., 2017).

Tot slot hebben Moody et al., (2015) een kwalitatieve studie verricht naar beschermende factoren bij preventie van suïcide onder transvolwassenen. Hoewel het onderzoek zich niet richt op jongeren zijn er wel lessen uit de studie te trekken. In het verlengde van voorgenoemde literatuur sommen Moody et al., (2015) de volgende unieke factoren voor transpersonen op:

- Individuele factoren
 - ✓ Weerbaar tegen suïcidaliteit
 - ✓ coping strategieën & probleemoplossend
 - ✓ levens evaluatie
 - ✓ optimisme
- Genderidentiteit
 - ✓ jezelf worden
 - ✓ acceptatie en comfort met identiteit
- Redenen om te leven
 - ✓ religieuze of spirituele reden om te leven
 - ✓ angst voor suïcide
 - ✓ overlevingsdrang
 - ✓ verantwoordelijkheid voor anderen (geliefden, familie, kinderen etc.)
- Sociale steun (hoe groter en hoe meer afgestemd op individu hoe beter)
 - ✓ formele steun
 - ✓ informele steun
- Transitie gerelateerde factoren (mits dit positief verloopt)
 - ✓ transitie
 - ✓ hoop op transitie
 - ✓ coming out (CO) kunnen afsluiten

4.2.2 Protectieve factoren bij bi-culturen

Net zo goed als voor niet-bi-culturele (jongeren) geldt voor bi-culturele (jongeren) ook dat rolmodellen en het netwerk beschermend kunnen werken. Hoewel, zoals eerder genoemd, familie of naasten soms ook een risicofactor zijn kan de omgeving evengoed een beschermende factor zijn (Boedjarath & Ferber, 2010). Misschien nog wel sterker dan bij jongeren zonder migratieachtergrond is het hebben van iemand, al is het maar één persoon, die steun en een luisterend oor biedt erg belangrijk (Boedjarath & Ferber, 2010). Vaak wordt aangenomen dat hoe hechter een sociaal netwerk is des te kleiner de kans op suïcide (Kerkhof & Spijker, 2016), maar slaat dat door in heel verstikkende familie banden dan werkt dit weer niet bevorderlijk (Boedjarath & Ferber, 2010). Een volgende mogelijke bescherming tegen suïcidaliteit is wanneer iemand culturele en/of religieuze waarden die suïcidaliteit afwijzen heeft geïnternaliseerd (Boedjarath & Ferber, 2010). Hoewel dit geen absolute garantie biedt

onderschrijven ook Kerkhof en Spijker (2016) dat bijvoorbeeld een sterke religieuze betrokkenheid geassocieerd is met een kleinere kans op suïcide. Een actief lidmaatschap van een geloofsgemeenschap bijvoorbeeld zou goed beschermen tegen suïcide (Stack & Kposowa, 2011). Een laatste punt in het kader van een migratieachtergrond is dat er (ook vanuit de hulpverlening) naar gestreefd moet worden het onderwerp psychische problematiek zoveel mogelijk uit de taboe sfeer te halen. Ofwel het stigma dat kleeft aan psychische problematiek en het zoeken naar hulp hiervan moet getackeld worden (Boedjarath & Ferber, 2010). In sommige culturen is psychische hulp namelijk alleen voor mensen die 'gek' zijn. Wat de zorg en hulpverlening kan doen ten aanzien van bi-culturele jongeren wordt nader toegelicht vanaf paragraaf 4.4. (Zorg & hulpverlening).

5 OUDERS

Ouders en hun manier van omgang met de atypische seksuele of gender identiteit van hun kind spelen, zoals eerdergenoemd, een aanzienlijke rol in hoe het LHBT kind zelf tegen de seksuele of gender identiteit aan kijkt. Volgens de literatuur is de houding die een ouder heeft ten aanzien van homoseksualiteit een goede voorspeller van hoe het kind tegen homoseksualiteit aan kijkt (D'amico et al., 2015). De onderzoekers vonden dat hoe meer moeite ouders er mee hebben, hoe groter de kans dat kinderen dit ook hebben (D'amico et al., 2015). Voor velen is de context van ouders de voornaamste omgeving van bijvoorbeeld conflict (Scourfield et al., 2008). Dit geldt overigens ook in positieve zin, ouders blijken het belangrijkste vangnet. Uit dit onderzoek naar (minderheids)stress en de rol van de ouders komt naar voren dat hoe meer ouders hun kinderen accepteren des te minder hun kinderen negatieve gedachten en gevoelens hebben met betrekking tot hun seksuele oriëntatie. (Feinstein et al., 2014). Nemen we transjongeren onder de loep dan zien we hetzelfde. Zo vonden onderzoekers die een kwantitatieve studie deden naar de geestelijke gezondheid van transjongeren, bewijs dat transkinderen die ouderlijke steun krijgen in hun transzijn en de ontwikkeling daarvan in vergelijking met CIS kinderen 'normale' mate van depressie en minimale mate van angst hebben tegenover CIS kinderen. (Olson et al., 2016). Friedman et al., (2006) onderscheiden in hun kwantitatieve onderzoek naar de relatie tussen gender-non-conformiteit, pesten en suïcidaliteit ook de drie steunsystemen: [1] steun van leeftijdgenoten (peer support), [2] ouderlijke steun en [3] algehele steun systemen, zoals dat van leerkrachten op school of hulpverleners. Hoewel de auteurs stellen dat minder steun in één of meerdere van al deze systemen mogelijk leidt tot suïcidale ideatie, springen ouders als support systeem ver boven de rest uit (Friedman et al., 2006). Steun van ouder richting LHBT kind is belangrijker voor het kind dan algemene steun (Feinstein et al., 2014). Die steun is met name belangrijk gedurende de basis- en middelbare school en dient als belangrijkste beschermende factor in suïcide preventie tijdens de adolescentie (Friedman et al., 2006). En ondanks dat het kind zich in een fase richting jongvolwassenheid bevindt, waarbij de afhankelijkheidsrelatie met de ouders wordt vaak minder, blijft ouderlijke steun een belangrijke in relatie tot (mentale) gezondheid, ook in deze levensfase (Needham & Austin, 2010).

Als het gaat om LHBT jongeren van kleur is er nog weinig bekend over henzelf en hun ouders. Uit de literatuur weten we wel dat ouderlijke steun voor deze subgroep extra van belang is aangezien zij tegen meerdere vormen van uitsluiting weerbaar moeten zijn (Cahill et al., 2003).

5.1 COMING-OUT

Een belangrijke voorspeller voor suïcide poging is afwijzing door ouders specifiek gericht op seksuele oriëntatie of genderexpressie (Haas et al., 2010). Zo doen LHBT's met niet accepterende ouders acht keer zo vaak een zelfmoord poging in tegenstelling tot LHBT jongeren met accepterende ouders (Ryan et al., 2009). Juist die familie acceptatie richting LHBT jongeren, dat wil zeggen een positieve houding tegenover het LHBT kind, blijkt een goede voorspeller is van onder andere meer zelfvertrouwen, een groter sociaal netwerk en betere gezondheid. Ryan et al., (2010) bevestigen dat acceptatie beschermt tegen depressie, middelen gebruik en suïcidaliteit. Toch betekent dit niet automatisch dat jongeren met accepterende ouders geen stress zouden ervaren of andersom dat niet accepterende ouders direct zou leiden tot suïcidaliteit. Mena en Vaccaro (2013) brengen hier wat nuance in en stellen dat zelfs binnen families die heel open en accepterend zijn jongeren een zekere mate van mentale stress voelen. De geïnternaliseerde homo- bi- en/of transfobie én *perceived burdensomeness* zit vaak zo diep dat het voor beide groepen (jongeren met accepterende ouders en jongeren met niet-accepterende ouders) een stressfactor is. Sterker nog uit angst voor negativiteit is één van de coping strategieën over de seksuele of genderidentiteit te zwijgen. Uit een onderzoek onder LHB's komt naar voren dat

het niet uitkomen voor de seksuele oriëntatie een slechtere psychische en fysieke gezondheid laat zien ten opzicht van LHB's die wel uitkomen voor hun seksuele oriëntatie (Rothman, Sullivan et al., 2012). Daarnaast is er ook een verschil tussen psychische en fysieke gezondheid tussen LHB's die wel of niet gesteund worden door hun ouders : LHB's zonder steun van ouders zijn vaak minder psychisch en fysiek gezond (Rothman et al., 2012). Perrin-Wallqvist et al., (2015) spreken in dit geval zelfs over gevoelens van vervreemding. Vaak is het namelijk zo dat adolescenten die minder steun van ouders krijgen als het gaat om het coming-out proces zichzelf continue hetero-normatief opstellen en zich als een 'ander' voordoen. Mena en Vaccaro (2013) stellen dat niet accepterende ouders weliswaar kunnen leiden tot suïcide ideatie, maar dat meer factoren daar in mee spelen, zoals het niet hebben van een breed sociaal steunnetwerk. Los van accepterende, niet accepterende ouders en positieve, negatieve ervaringen met de coming out (CO), blijkt het volledig doorlopen van het proces positief bij te dragen aan een beter zelfbeeld (Herek & Garnet, 2007; Zubernis & Snyder, 2007). Bevindingen laten namelijk zien dat jongeren die volledig uit de kast zijn een groter sociaal netwerk hebben en minder geïnternaliseerde homo-, bi- en/of transfobie ervaren (D'Augelli et al., 2005). Het verstrijken van de tijd heeft in algemene zin een positieve invloed op de ouder-kind relatie (Mena & Vaccaro, 2013).

Naast meer algemeen onderzoek omtrent het coming-out richting ouders, zijn er ook studies met aandacht voor alleen vaders of moeders. Jadwin-Cakmak et al., (2015) onderzochten specifiek homo mannen en jongens die uitkwamen naar hun vaders. De reden om dit te doen was de veronderstelling in gendered reacties maar ook verwachtingen in dit kader, dus vaders verlangen bepaald gedrag van hun dochter(s) – een vrouw hoort zich zus en zo te dragen- en dit geval verlangen ze ook bepaald gedrag van hun zoon(s) (Jadwin-Cakmak et al., 2015). Zo stond in deze studie naast reacties ook de verwachting die vaders van zonen hebben centraal. De onderzoekers concluderen dat een coming-out, eveneens naar vaders toe, niet een dichotomie is, maar een breed scala aan reacties en ervaringen uitlokt van heel supportieve tot aan fysiek geweld (Jadwin-Cakmak et al., 2015). Wat betreft de reacties van moeders komt uit een grootschalig kwantitatief onderzoek naar voren dat met name een positieve reactie van de moeder op coming-out een significante beschermende factor is (Padilla, Crisp & Rew, 2010). Daarbij blijken kinderen die meer hechten aan hun moeder ook eerder uit te komen naar hun moeder (Carnelley et al., 2011). Kinderen die enerzijds accepterende ouders hebben en anderzijds worden gestimuleerd in hun afhankelijkheid kunnen vaak op een positieve(re) reacties van hun ouders rekening op het moment dat zij uit de kast komen (Carnelley et al., 2011). Ondanks onderzoeken die de positieve(re) reactie van moederkant onderschrijven, komt uit onderzoek onder Italiaanse gezinnen naar voren dat er geen verschil is tussen moeders en vaders reactie op de coming out (Baiocco et al., 2015). Voorspellers voor een negatieve reactie zijn: rechtse politieke voorkeur, sterke geloofsovertuiging en conservatieve, traditionele waarden.

Tot slot, het coming-out proces wordt vaak als een individueel proces beschouwd. Dit heeft tot gevolg dat dit proces, met daarbij optredende problematiek veelal in het licht van het persoonlijke narratief wordt bekeken, met andere woorden alleen vanuit het perspectief vanuit de LHBT persoon. In de literatuur is nog weinig oog voor het proces waar iemand door heen gaat tezamen met familie, naasten en/of andere betrokkenen. Ook heeft de omgeving behoefte aan *disclosure*² (Valentine 2003).

² Onthulling/ openbaring

5.2 WAT KUNNEN OUDERS DOEN TEN BEHOEVE VAN SUÏCIDE PREVENTIE

Protectieve factoren zijn verbondenheid met familie, verbondenheid met andere volwassenen en veiligheid op school (Eisenberg & Resnick, 2006). Die verbondenheid gaat bijvoorbeeld over het kunnen praten over problemen met familie maar ook over of ouders kinderen begrijpen en hen genoeg privacy geven (Eisenberg & Resnick, 2006). Deze factoren kunnen alle drie veranderen over tijd. Ouders kunnen werken aan de verbinding met hun eigen kind. Verder is het belangrijk voor ouders om in de gaten te houden of hun kind andere volwassenen heeft waar het zijn of haar problemen kwijt kan of een goede band mee heeft (Eisenberg & Resnick, 2006). Ook is het van belang om erachter te komen hoe het met de veiligheid van de school maar in bijzonder de veiligheid van het eigen kind binnen de school is (Eisenberg & Resnick, 2006). Juist de schoolomgeving is er één waar een LHBT-jongere te maken kan krijgen met discriminatie op individueel niveau (Bouris et al., 2010). Wanneer LHBT's dit meemaken worden meer suïcidale gedachten en zelfmoordpogingen gerapporteerd Bouris et al., (2010). Wanneer ouders meer bewust zijn van wat de seksuele oriëntatie en/of genderexpressie voor hun kind en andere LHBT'ers betekent dan zouden LHBT-jongeren die te maken krijgen met discriminatie dit daadwerkelijk kwijt kunnen bij hun ouders en voelen zij zich meer gesteund (Bouris et al. 2010). Al met al kunnen ouders veel doen, maar hebben hier wel de juiste tools voor nodig.

6 ZORG EN HULPVERLENING

Behalve ouders (en familie) speelt de zorg en hulpverlening een volgende fundamentele rol. Zo hebben professionals een belangrijke taak in het observeren, signaleren maar ook in de beoordeling van de ernst van de situatie (Kerkhof & van Luyn, 2016). De volgende paragrafen geven inzicht in de rol van de hulpverlening, maar ook wat deze kan doen voor de doelgroep. Ook hier zullen we eerst een algemeen beeld schetsen en daarna toespitsen op de LHBT jongeren.

6.1 AANPAK SUÏCIDE PREVENTIE ONDER JONGEREN IN HET ALGEMEEN

Volgens de literatuur vereisen suïcidale jongeren in het algemeen een andere aanpak dan volwassen patiënten. Zo zouden zij eerder met peers over problemen praten dan met volwassenen. Volgens deze auteurs is de invloed van deze leeftijdsgenoten/gelijken naast ouders dan ook groot en is het noodzakelijk ouders en peers bij de hulpverlening te betrekken patiënten (Meerdinkveldboom & Rood, 2016). Daarbij is het essentieel te realiseren dat als een jongeren al spreekt over suïcidaal gedrag of ondernomen pogingen dit vaak niet richting de ouder gebeurt. Om emoties als schaamte, angst of 'niet tot last willen zijn' uit de weg te gaan, passeren zij vaak ouders en zullen ze het eerder vertellen aan die peers of in sommige gevallen een mentor of sporttrainer bijvoorbeeld. Meerdinkveldboom en Rood (2016) adviseren verder broers of zussen bij de hulpverlening te betrekken. Deze persoon heeft een meer gelijkwaardige positie aan de jongere en kan de interventie op positieve wijze beïnvloeden. Een andere concrete tip is het gebruik maken van beelden, maak bijvoorbeeld een tekening wanneer je de suïcidaliteit inventariseert. Het kan de situatie zeer inzichtelijk maken voor zowel de client als voor de hulpverlener, zonder dat je eventueel in de discussiesfeer belandt (Meerdinkveldboom & Rood, 2016). Twee vragen hierbinnen zijn belangrijk; [1] wie vind jij belangrijk en [2] voor wie ben jij belangrijk? Dit is van cruciaal belang, omdat één van de kenmerkendste zaken van suïcidaliteit bij jongeren is dat het gevoel van bij elkaar te horen of gehecht te zijn geblokkeerd is (*thwarted belongingness*, Joiner, 2005). Dit gaat veelal gepaard samen met het idee anderen alleen maar tot last te zijn (*perceived burdensomeness*, Joiner, 2005). Tekenen als hulpmiddel kan helpen inzicht te krijgen wie het dichtst bij staat, bijvoorbeeld een vriend, vriendin, ouders maar ook eventuele afstand die er is (Meerdinkveldboom & Rood, 2016). Een volgend punt wat te allen tijde gegarandeerd moet worden, ongeacht de groep jongeren waarover we spreken, is veiligheid. Kijken we wederom naar de ouders dan is het inschakelen van die ouders, ook in dit kader, van onmiskenbaar belang. Allereerst tonen ze belangstelling en betrokkenheid richting het kind, hetgeen soms is uitgebleven. En, ten tweede, nemen ouders (weer) de regie over het welzijn van hun kind. Daarmee worden banden, maar zeker ook de hiërarchie binnen het gezin hersteld (Meerdinkveldboom, 2008).

6.2 LHBT JONGEREN IN HET BIJZONDER

Tot zover, een algemeen betoog over de aanpak van suïcide onder jongen, maar wat is nodig bij heel specifiek LHBT jongeren in de hulpverlening? Emmen et al., (2015) deden onderzoek naar LHBT's in de jeugdsector. Het onderzoek geeft een goed en actueel beeld van deze onzichtbare doelgroep in de hulpverlening en met welke specifieke problemen zij te kampen hebben. Uit de resultaten blijkt namelijk dat oog voor seksuele voorkeur of genderidentiteit vanuit professionals niet vanzelfsprekend is (Emmen et al., 2015). Sterker nog, er blijkt sprake van gebrek aan kennis over LHBT thematiek en – jongeren. Zo weet ruim 40 procent niet hoe zij kunnen signaleren dat een jongere worstelt met LHB-gevoelens, voor transjongeren is dat zelfs meer dan 60 procent (Emmen et al., 2015). De

respondenten (professionals) brengen LHBT-gevoelens niet in verband met andere psychische en sociale problemen die deze jongeren hebben (Emmen et al., 2015). Zij ervaren LHBT-gevoelens zelf niet als iets bijzonders en zien geen rol voor zichzelf in het ondersteunen van de betreffende jongeren. De combinatie van enerzijds gebrek aan kennis over de ervaren moeilijkheden van LHBT en anderzijds de handelingsverlegenheid en een gebrek aan handelingsperspectief, zorgt ervoor dat aandacht voor LHBTi-jongeren in de jeugdsector niet vanzelfsprekend is (Emmen et al., 2015). De auteurs pleiten er dan ook voor meer in te zetten op trainingen. In deze trainingen kunnen professionals specifieke LHBT-competenties aangereikt krijgen. Uit de vragenlijst van het onderzoek blijkt dat een behoorlijke meerderheid (81 procent) een dergelijke training wenselijk zou vinden (Emmen et al., 2015).

6.3 BI-CULTURELE LHBT-JONGEREN EN HULPVERLENING

De bi-culturele identiteit die op zich niet altijd verenigbaar is met LHBT-gevoelens, zoals eerder vermeld, kunnen er voor zorgen dat deze identiteiten ook spanningen tussen cliënt en hulpverlening opleveren. Pierik en Meinster (2008) spreken in dit kader ook wel van dubbelbinding: er is een continue worsteling met enerzijds de loyaliteit van de bi-culture LHBT-persoon richting familie, cultuur en/of religie en anderzijds richting de hulpverlening. Dit heeft invloed op de communicatie tussen hulpverlener en cliënt. Uit pilotprojecten komt bovenal naar voren dat de problematiek van de hulpvragers vaak ernstiger en complexer is dan die van niet bi-culturele patiënten in het algemeen. Doorgaans moeten eerst andere praktische zaken rondom huisvesting, geld, dagbesteding worden opgelost voordat een hulpverlener mogelijk over seksuele en genderidentiteit kan beginnen. Wederom staat veiligheid (d.w.z. 'zich veilig voelen', misschien wel meer dan bij andere jongeren die met suïcidaliteit te maken hebben, voorop in de behoeften van de doelgroep. Dit betekent voor de hulpverlening dat dit op de eerste plaats gewaarborgd moet zijn. Anders dan bij de 'andere cliënt' moet het vertrouwen winnen van de persoon in kwestie het eerste doel zijn. Daarbij is spoedhulp (crisisopvang of hulp op korte termijn) vaak ook aan de orde. Ook is er gerelateerd geweld binnen de doelgroep geconstateerd als ernstige problematiek. Een voorbeeld: vertoont een vrouw 'onkuis' gedrag, en daar valt een lesbische relatie en/of seksuele handelingen met hetzelfde geslacht onder, dan schendt zij de familie-eer. Op de seksualiteit van jongens en mannen is echter weinig toezicht. Van hen wordt heteroseksuele seks voor of buiten het huwelijk veelal getolereerd. Homoseksualiteit daarentegen wordt gezien als een grove schending van de familie-eer. Dit kan allerlei negatieve gevolgen hebben als verstoting, dak- of thuisloosheid, uithuwelijken of zelf het vermoorden van 'de schender' (Pierik & Meinster, 2008). Als angst voor deze consequenties lopen veel LHBT's met een migratieachtergrond bij voorbaat van huis weg (Reck, 2009).

6.4 WAT KUNNEN PROFESSIONALS DOEN TEN BEHOEVE VAN SUÏCIDE PREVENTIE LHBT-JONGEREN

Er is al een aantal punten genoemd die hulpverleners kunnen doen zoals luisteren, het betrekken van ouders of peers en de situatie in kaart brengen en daarop inspelen. Er zijn voor suïcidale cliënten richtlijnen opgesteld die zowel nationaal als internationaal gelden, zo ook voor jongeren. Deze richtlijnen vallen onder de volgende 5 punten uiteen:

1. Contact maken met de cliënt;
2. Betrekken van naasten (informeel netwerk);
3. Systematisch onderzoek van de suïcidaliteit > hierbij worden onder meer (langdurige en momentane) risicofactoren en beschermingsfactoren van individu in kaart gebracht

4. Systematische behandeling van suïcidaliteit > bijvoorbeeld meerdere therapievormen aanbieden want dat blijkt effectief tegen suïcide
5. Veiligheid en continuïteit van zorg (met name belangrijk bij jongeren)

(Houwelingen & Kerkhof, 2016)

Kijken we weer in het bijzonder naar bi-culturele jongeren dan is het volgens Boedjarath en Ferber (2010) nodig dat de hulpverlener accurate kennis heeft van de culturele achtergrond van de jongeren, om op die manier te kunnen aansluiten bij de beleving van de jongere maar ook diens ouders. Zoals hiervoor besproken vinden bi-culturele LHBT's minder aansluiting bij de reguliere hulpverlening. Tegelijkertijd kunnen professionals, samen met zelforganisaties, een sleutelrol vervullen in de empowerment van deze groep (Pierik & Rothuizen, 2010). Een cultuur sensitieve benadering, en in dit geval gender en seksueel sensitieve benadering, is dan ook een vereiste. Een simpel voorbeeld: een directe vraag over de cliënt's suïcidaliteit zal niet (of anders) werken dan bij 'andere cliënten' (Boedjarath & Ferber, 2010). Wat veel effectiever werkt bij deze subdoelgroep en het bespreken van dergelijke onderwerpen, is om dit te doen tijdens bijvoorbeeld het opruimen, koken of wandelen (Boedjarath & Ferber, 2010). Bespreek eerst de dagelijkse dingen en bouw op naar de thuissituatie en uiteindelijk de individuele situatie (Boedjarath & Ferber, 2010). Zet, nog meer dan bij andere cliënten, in op het winnen van vertrouwen (Boedjarath & Ferber, 2010). Ofwel werk via een *stapje-voor-stapje* methode en voer dit ook door in de begeleiding (Boedjarath & Ferber, 2010).

Verdere concrete tips aan professionals met betrekking tot bi-culturele zijn volgens Boedjarath en Ferber (2010):

- Ga, nadat je een vertrouwensband hebt opgebouwd, na wie steunfiguren zijn (Nicolai & Ferber, 2007). Deze vragen kunnen overigens ook meer richting geven over iemand seksuele geaardheid wanneer iemand bijvoorbeeld dusdanig over een vriend of vriendin praat zou dat kunnen wijzen op een liefdesrelatie.
- Betrek steunfiguren, waar mogelijk, in de begeleiding en ondersteuning.
- Lever zorg op maat: een hulpverlener met dezelfde achtergrond kan erg helpen. Maar dit kan ook een valkuil zijn. Een LHBT-jongere kan bijvoorbeeld dichtklappen wanneer er een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond wordt toegewezen uit angst voor negatieve reacties of afwijzing ten aanzien van de LHBT-gevoelens. Vraag dus de cliënt zelf wie een geschikte hulpverlener zou zijn.
- Maak gebruik van ijsbrekers. Via vragen over andere personen maak je de confrontatie minder direct en confronterend. Vraag bijvoorbeeld: "Ik ken iemand die zichzelf snijdt omdat ze zo verdrietig is, dat lijkt mij heel moeilijk, wat vind je daar van?". Let op dit kan je doen in de opbouwfase maar kijk uit voor *bevriezing* of *overspoelen*. uit paniek kan jongeren alsnog dichtklappen.
- Bekijk situatie ook vanuit het perspectief van de ouder(s): en stel jezelf vragen als: *Hoe komen de ouders ertoe hun dochters zo strak te houden en te veel te beschermen? Waar zijn ze bang voor? Hoe gaan zij zelf om met het leven in Nederland? Realiseren ze zich dat ze door hun handelwijze de 'normale' puberteitsproblemen bij hun kinderen versterken.*

Pierik en Rothuizen (2010) voegen in het kader van interculturele hulpverlening, ook voor LHBT's, het volgende toe:

- Houding is belangrijker dan kennis van andere culturen.
- Verdiep je in de ander, bijvoorbeeld welke culturele ideeën iemand heeft over een bepaald probleem.
- Stel vragen die aansluiten bij de cliënt.

- Win het vertrouwen.
- Wees eerlijk over eigen vooroordelen en kennislacunes.
- Bespreek de machtspositie van de hulpverlener en vertel wat je als hulpverlener wel en niet kunt doen (psycho-educatie).
- Ga creatief om met tijd.
- Ga creatief om met de locatie waar wordt afgesproken, cliënten uit deze groep spreken vaak liever op neutraal gebied af.
- Laat niet te veel en te snel blijken op de hoogte te zijn van gewoonten uit de andere cultuur (overcompensatie).
- Plaats jezelf niet in de onderpositie. Ga de cliënt niet doorverwijzen naar een hulpverlener uit de eigen cultuur of met meer multiculturele expertise. Dit kan een cliënt het gevoel geven een probleemgeval te zijn waar je geen raad mee weet.

6.5 TOT SLOT: ALGEMENE AANBEVELINGEN

Padilla et al., (2010) deden grootschalig onderzoek onder Amerikaanse LHB's en coping strategieën, waaronder suïcidale ideatie die zij inzetten als antwoord op stigmatisering. Uit ditzelfde onderzoek kwamen een aantal algemene aanbevelingen voor professionals die werken met suïcidale LHB-jongeren naar voren. Allereerst is het van cruciaal belang elke case via een intersectionele bril te bezien, wil je de context kunnen begrijpen en beoordelen (zie ook hoofdstuk 3.2.3) (Padilla et al., 2010). Ten tweede stellen de auteurs dat sterke afwijzing van de seksuele oriëntatie, misbruik, mishandeling e.d. ernstige psychische consequenties voor de jongere kunnen hebben, het kan zelfs trauma tot gevolg hebben. Bij het ontwikkelen van interventies is het noodzakelijk hiervan bewust te zijn. Zo ook van de mogelijke lange-termijn consequenties voor de families (Padilla et al., 2010). En als laatste, derde punt: een groot deel van de LHB jongeren komen terecht in een child-support system (letterlijke vertaling: kind-support systeem). Je zou in Nederland aan een vergelijkbare context kunnen denken; namelijk jeugdzorg. Van een dergelijk systeem moeten de professionals goede kennis hebben, om adequaat ermee om te gaan (Padilla et al., 2010).

Tot slot blijkt een online suïcide preventie interventie zeer effectief voor LHBT- jongeren. Abbott et al., (2014) onderzochten deze webbased interventie en kwamen tot de conclusie dat het zorgt voor vermindering van angst en depressieve symptomen, en dat het juist voor deze doelgroep een aantrekkelijke manier van coping is. Het blijkt prettig te zijn om moeilijke of taboe onderwerpen als suïcidaliteit, gender en seksuele identiteit via een scherm te behandelen (Abbott et al., 2014).

7 CONCLUSIE & DISCUSSIE

Suïcidaliteit komt onder LHBT- jongeren veel vaker voor dan onder heteroseksuele leeftijdsgenoten. Dit zou te verklaren zijn door het minderheidsstressmodel (voor transpersonen door het genderminderheidsstressmodel) van Meyer (2003; 2013). Subgroepen binnen de LHBT- gemeenschap zoals jongeren met een migratieachtergrond blijken een nog slechtere startpositie te hebben. De literatuur doet dan ook sterk de aanbeveling dergelijke problematiek intersectioneel te benaderen. Voor de gehele groep LHBT jongeren, zoals ook voor andere groepen mensen, zijn risicofactoren in relatie tot suïcidaliteit: eerdere suïcidaliteit, psychische problemen, negatief zelfbeeld, traumatische ervaringen, gebrek aan toekomstperspectief en sociaal isolement. Voor deze jongeren in het bijzonder zijn een onveilige schoolomgeving en gender-non-conform gedrag een extra risicofactor. Bovendien kan ook de niet accepterende houding of (verwachte) afwijzing van (de) ouder(s) een zware risicofactor vormen. Eveneens kennen bi-culturele jongeren unieke risicofactoren; bijvoorbeeld de gemeenschap en de hoge eisen die zij kunnen stellen aan de jongere is er zo één. Daartegenover zijn beschermende factoren in relatie tot suïcidaliteit, in algemene zin, de sociale steun netwerken. Informele maar ook formele netwerken komen voor alle subgroepen binnen de LHBT sterk naar voren.

Het doel van deze search is om tot inzicht te komen welke rol ouders en professionals in het geheel hebben. Dat wordt in deze studie aangevuld met interviews en focusgroepen met hen. Daarom is in deze studie niet zozeer gekeken naar de rol van peers. Desalniettemin zullen er wel aan beide partijen vragen worden gesteld over de rol en invloed van deze peers. We kunnen concluderen dat de onderzochte groepen ouders en professionals een cruciale plek innemen als het gaat om een LHBT- jongere die kampt met suïcidaliteit. Op de eerste plaats is dat ouderlijke steun en betrokkenheid van direct belang voor de jongeren en vormen daarmee de belangrijkste beschermende factor in de preventie van suïcidaliteit. Een tweede prominente plek is weggelegd voor de zorg- & hulpverlening. Medebepalend voor de situatie van een LHBT- jongere is de houding en het handelen van de professional. Er is nog een flink slag te maken op het cultureel, gender- en seksueel sensitief werken van de zorg- en hulpverlening. Hierbij staat centraal dat hulpverleners kunnen omgaan met de minderheidsstress, en de nog ontwikkelende, uiteenlopende identiteiten en loyaliteiten waarmee LHBT- jongeren te maken hebben of kunnen hebben.

Tot slot, de beschikbare literatuur is veelal vanuit het perspectief van de LHBT-jongeren geschreven. Er is beperkte literatuur beschikbaar over de zorg, hulpverlening en interventies, wat deze kunnen inhouden als het gaat om suïcidale LHBT-jongeren. Ter aanvulling op deze literatuurstudie zullen interviews worden afgenomen en focusgroepen plaatsvinden, deze zullen ingaan op deze thema's. bij de focusgroepen zullen we ingaan op: signalering Ook de literatuur vanuit alleen het perspectief van de ouders ten aanzien van LHBT- jongeren blijkt nog beperkt. Om die reden is het van waarde onderzoek te verrichten naar het perspectief van de ouders, wat zij zien en ervaren als beste ondersteuning, maar vooral hoe komt dit de jongeren ten goede. Bij het afnemen van interviews onder ouders hanteren we ook een zestal topics: [1] gezinssituatie en onderlinge banden, [2 en 3] omgang van ouders met suïcidaliteit, hetgeen weer is onderverdeeld in a. signalen en reactie(s) en b. zorg, hulp(verlening) en behoeften, [4] reactie en impact van ouders op CO, [5] socialisatie rond het gezin en [6] opvoedstijl. Gezien het doel van het gehele onderzoek zal het zwaartepunt liggen op de thema's van punt 4 en 5.

8 LITERATUUR

Almeida, J., Johnson, R.M., Corliss, H.L., Molnar, B.E., Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth Adolescence*, 38(7).

Aultman, B. (2014). CISgender. *Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 61-62.

Baams, L., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2015). Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. *Developmental Psychology*, 51(5), 688-696.

Baiocco, R., Fontanesi, L., Santamaria, F., Ioverno, S., Marasco, B., Baumgartner, E., & Laghi, F. (2015). Negative parental responses to coming out and family functioning in a sample of lesbian and gay young adults. *Journal Of Child And Family Studies*, 24(5), 1490-1500.

Bariola, E., A. Lyons, W. Leonard, M. Pitts, P. Badcock en M. Couch (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. In: *American Journal of Public Health*, 105(10), p. 2108-2116.

Barr, S.M., Budge, S.L., & Adelson, J.L. (2016). Transgender community belongingness as a mediator between strength of transgender identity and well-being. In: *Journal of Counseling Psychology*, 63, (1), p. 87-97.

Bauer, G.R., Scheim, A., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons. A respondent driven sampling study in Ontario, Canada. In: *bmc Public Health*, 15(1), p. 525

Bergen. van, D.D., Lisdonk. van, J. (2010). Psychisch welbevinden en zelfacceptatie van homojongeren, in: *Steeds gewoner, nooit gewoon* Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Bhugra. D. (2004). Culture and self-harm. *Attempted suicide in South Asians in London*. Hove and New York: Psychology Press.

Boedjarat, I & Ferber, M. (2016). De behandeling van suïcidaal gedrag bij allochtone patiënten. In A. Kerkhof & B. van Luyn (herziene druk, Red), *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Boedjarath, I & Ferber, M. (2010). Huilen zonder tranen: suïcidaal gedrag bij allochtone jongeren. In A. Kerkhof & B. van Luyn (Red.), *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Boel, M. Blekman, J., Doeven, M., van der Feltz-Cornelis, C., de Jong, S., Ruiter, M., Voordouw, I. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boote, M., Felten, H., Schuyf, J. (2012). Interventieontwikkeling 'Gay is okay': suïcidepreventieproject LHBT jongeren. Utrecht: Movisie.

Bouris, A., Guilamo-Ramos, V., Pickard, A., Shiu, C., Loosier, P. S., Dittus, P., & Waldmiller, J. M. (2010). A systematic review of parental influences on the health and well-being of lesbian, gay, and

bisexual youth: Time for a new public health research and practice agenda. *The journal of primary prevention*, 31(5-6), 273-309.

Bradford, J., S.L. Reisner, J.A. Honnold en J. Xavier (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health. Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103(10), p. 1820-1829.

Budge, S.L., J.L. Adelson en K.A.S. Howard (2013). Anxiety and depression in transgender individuals. The roles of transition status, loss, social support, and coping. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), p. 545-557.

Burger, I., Hemert, A.M. van, Bindraban, C.A. & Schudel, W. J. (2005). Parasuicides in Den Haag. Meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiologisch bulletin*, 40 (4), 2-8.

Burger, I., Salverda, B., Ferber, M., Luinstra-Passchier, M., & Ariëns, G. (2015). Suicidal behavior in four ethnic groups in The Hague, The Netherlands, 1987–2010: Epidemiology, prevention, and aftercare. In D. van Bergen, A. Heredia Montesinos, & M. Schouler-Ocak (Red.), *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe* (pp. 145–172). Göttingen: Hogrefe.

Butler, J. (2014). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.

Cahill, S., Battle, J., & Meyer, D. (2003). Partnering, parenting, and policy: Family issues affecting Black lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people. *Race and Society*, 6(2), 85-98.

Card, N., Stucky, B., Sawalani, G., & Little, T. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: a meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Journal of Child Development*. 79(5), 1185-229.

Carnelley, K.B., Hepper, E.G., Hicks, C., & Turner, W. (2011). Perceived parental reaction to coming out, attachment, and romantic relationship views. *Attachment & Human Development*, 13(3), 217-236.

Charbonnier, E., & Graziani, P. (2016). The stress associated with the coming out process in the young adult population. *Journal Of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(4), 19-328.

Cho, S., Crenshaw, K., & McCall, L. (2013). Toward a Field of Intersectionality Studies: Theory, Applications, and Praxis. *Journal of Women in Culture & Society*, 38(4), pp. 785-810

Clements-Nolle, K., R. Marx, R. Guzman en M. Katz (2001). hiv prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons. Implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 91(6) p. 915-921.

Coleman, E., W. Bockting, M. Botzer, P. Cohen-Kettenis et al. (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people (version 7). *International Journal of Transgenderism*, 13(4), p. 165-232.

D'amico, E., Julien, D., Tremblay, N., & Chartrand, E. (2015). Gay, lesbian, and bisexual youths coming out to their parents: Parental reactions and youths' outcomes. *Journal of GLGBT Family Studies*, 11(5).

D'Augelli, A.R., Grossman, A.H., Salter, N.P., Vasey, J.J., Starks, M.T., & Sinclair, K.O. (2005). Predicting the Suicide Attempts of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 35(6), pp. 646-660.

Durso, L. E., & Meyer, I. H. (2013). Patterns and predictors of disclosure of sexual orientation to healthcare providers among lesbians, gay men, and bisexuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 10, 35-42.

Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: The role of protective factors. *Journal of adolescent health*, 39(5), 662-668.

Emmen, M., Felten, H., Addink, A., Bakker, P., Boote, M., & Keuzekamp, S. (2015). JONG EN ANDERS. Utrecht: Movisie.

Feinstein, B. A., Wadsworth, L. P., Davila, J., & Goldfried, M. R. (2014). Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority stress and depressive symptoms among lesbians and gay men?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 239.

Felten, H. (2014). LHBT-jongeren: van kwetsbaar tot weerbaar. Utrecht: Movisie.

Felten, H., & Hilde Bakker, H. (2011), Factsheet Eergerelateerd geweld en seksuele diversiteit, Utrecht: Movisie.

Friedman, M. S., Koeske, G. F., Silvestre, A. J., Korr, W. S., & Sites, E. W. (2006). The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 621–623.

Grossman, A., D'Augelli, A.(2007). Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *The American Association of Suicidology*. 527-536.

Guzman-Parra, J., N. Sanchez-Alvarez, Y. de Diego-Otero, L. Perez-Costillas et al. (2016). Sociodemographic characteristics and psychological adjustment among transsexuals in Spain. In: *Archives of Sexual Behavior*, 45(3), p. 587-596.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., & Russell, S. T. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of homosexuality*, 58(1), 10-51.

Hatzenbuehler, M.L., Birkett, M., Wagenen, van. A., & Meyer, I.H. (2014). Protective school climates and reduced risk for suicide ideation in sexual minority youths. *American Journal Public Health*. 104(2): 279–286.

Hillier, L., Mitchell, K.J., & Ybarra, M.L. (2012). The Internet As a Safety Net: Findings From a Series of Online Focus Groups With LGB and Non-LGB Young People in the United States. *Journal of LGBT Youth*, 225-246

Herek, G. M., & Garnet, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353–375

Huisman, A., Houweligen, C., & Kerkhof, A. (2016). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten. In A. Kerkhof & B. van Luyn (herziene druk, Red), *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Jadwin-Cakmak, L. A., Pingel, E. S., Harper, G. W., & Bauermeister, J.A. (2015). Coming out to dad: Young gay and bisexual men's experiences disclosing same-sex attraction to their fathers. *American Journal Of Men's Health*, 9(4), 274-288.

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.

Kenagy, G.P. (2005). Transgender health. Findings from two needs assessment studies in Philadelphia. *Health & Social Work*, 30(1), p. 19-26.

Kerkhof, A., & Spijker, van, B. (2016). Systematische beoordeling van het suïciderisico: de wanhoop bespreken. In A. Kerkhof & B. van Luyn (herziene druk, Red), *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kuyper, L. (2017) *Transgender personen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kuyper, L., & De Wit, J. (2011). *The relevance of minority stress for explaining the wellbeing of today's LGB youth (red.)*. *Sexual orientation and health. General and minority stress factors explaining health differences between lesbian, gay and bisexual and heterosexual individuals*. (niet gepubliceerd artikel uit proefschrift, pp. 91-110). Utrecht: Universiteit Utrecht.

Kwon, P. (2013). Resilience in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 17,371–383.

Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 221-228.

Martinez, L.R., K.B. Sawyer, C.N. Thoroughgood, E.N. Ruggs en N.A. Smith (2017). The importance of being 'me'. The relation between authentic identity expression and transgender employees' work-related attitudes and experiences. *Journal of Applied Psychology*, 102(2), p. 215-226.

McLean, K., (2008). Inside, Outside, Nowhere: Bisexual Men and Women in the Gay and Lesbian Community. *Journal of Bisexuality*, 8:1-2, 63-80.

Mena, J.A., & Vaccaro, A. (2013). "Tell me you love me no matter what: Relationships and self-esteem among GLBQ young adults." *Journal Of GLBT Family Studies* 9, no. 1: 3-23.

Meerdinkveldboom, J. (2008). Suïcidaliteit bij adolescenten. *Handboek systeemtherapie* (pp. 659–669). Utrecht: de Tijdstroom.

Meerdinkveldboom, J., & Rood, I. (2016). Preventie van suïcide bij adolescenten. In A. Kerkhof & B. van Luyn (herziene druk, Red), *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

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), 647-697.

Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). “Without this, I would for sure already be dead”: A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266-280.

Mustanski, B., & Liu, R.T. (2013). A Longitudinal Study of Predictors of Suicide Attempts Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Archives of Sexual Behavior*. 42(3):437-48.

Needham, B. L., & Austin, E. L. (2010). Sexual orientation, parental support, and health during the transition to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1189–1198.

Nuttbrock, L., W. Bockting, A. Rosenblum, S. Hwahng et al. (2015). Gender abuse and incident hiv/sti among transgender women in New York City: buffering effect of involvement in a transgender community. *Aids and Behavior*, 19(8), p. 1446-1453.

Olson, K., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K.A., (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities.

Orden, van. K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575–600.

Parental Acceptance and Illegal Drug Use among Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents. National Association Sex Workers. *Social Work* . 55(3), 265-275.

Perrin-Wallqvist, R., & Lindblom, J. (2015). Coming out as gay: A phenomenological study about adolescents disclosing their homosexuality to their parents. *Social Behaviour & Personality: An International Journal*, 43(3), 467-480.

Pierik, C., & Meintser, N. (2008). Dubbel en dwars. Naar hulpverlening-op-maat voor allochtone jongeren (m/v) met homoseksuele gevoelens. Utrecht: Movisie.

Pierik C. & Rothuizen, J. (2010). Ketenaanpak voor migranten met homoseksuele gevoelens. Toolkit voor gemeenten, lokale organisaties en hulpverleners. Utrecht: Movisie.

Reck, J. (2009). Homeless Gay and Transgender Youth of Color in San Francisco: “No One Likes Street Kids”-Even in the Castro. *Journal of LGBT Youth*. Taylor & Francis: 6:223–242.

Rood, B.A., Puckett, J.A., Pantalone, D.W., & Bradford J.B. (2015). Predictors of Suicidal Ideation in a Statewide Sample of Transgender Individuals. *LGBT Health*, 2(3): 270-275.

Rothman, E. F., Sullivan, M., Keyes, S., & Boehmer, U. (2012). Parents' supportive reactions to sexual orientation disclosure associated with better health: Results from a population-based survey of LGB adults in Massachusetts. *Journal of homosexuality*, 59(2), 186-200.

Russell, S.T., Pollitt, Li, G., A.M., & Grossman, A.H. (2018). Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 61(3)

Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 12(1), 465-487.

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213.

Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in White and Latino LGB young adults. *Pediatrics*, 123, 346–352.

Stack, S., & Kposowa, A. (2011). Religion and suicide. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Red.), *International handbook of suicide prevention* (pp. 235–252). Chichester: Wiley.

Scourfield, J., Roen, K., McDermott, L. (2008). Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour. *Health and Social Care in the Community*, 16 (3), 329–336

Stotzer, R.L. (2009). Violence against transgender people: a review of United States data. *Aggression and Violent Behavior*, 14(3), p. 170-179.

Testa, R.J., J. Habarth, J. Peta, K. Balsam en W. Bockting (2015). Development of the Gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), p. 65-77.

Testa, R.J., M.S. Michaels, W. Bliss, M.L. Rogers et al. (2016). Suicidal ideation in transgender people. Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), p. 125-136.

Trujillo, M.A., P.B. Perrin, M. Sutter, A. Tabaac en E.G. Benotsch (2016). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), p. 39-52.

Valentine, G., Skelton, T., & Butler, R. (2003). Coming Out and Outcomes: Negotiating Lesbian and Gay Identities With, and in, the Family. *Environment And Planning D: Society And Space*, 21(4), 479-499.

Zubernis, L., & Snyder, M. (2007). Considerations of additional stressors and developmental issues for gay, lesbian, bisexual, and transgender college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 22(1), 75-79.