

Multipiele Minderheidsstress onder lhbti+ personen

Mentale gezondheidsverschillen verklaard
vanuit een intersectioneel perspectief



Inhoud

Inhoud	3	
Samenvatting	4	
Begrippenlijst	5	
1	Introductie	6
1.1	Minderheidsstressmodel	6
2	Onderzoeksmethode	8
2.1	Analytisch raamwerk	8
3	Uitkomsten literatuuronderzoek	9
3.1	Algemene minderheidsstress	9
3.2	Multipele minderheidsstress	10
3.3	Introductie Temporal Intersectional Minority Stress model	11
4	Discussie	12
4.1	Aanbevelingen	12
4.2	Limitaties onderzoek	12
4.3	Conclusie	13
5	Referenties	15

Samenvatting

In 1995 werd voor het eerst Minority Stress Theory (MST) omschreven waarbij mentale gezondheid bij homo mannen werd verklaard aan de hand van ervaren minderheidsstress. Sindsdien is het model wereldwijd gebruikt om mentale gezondheidsverschillen in kaart te brengen binnen de lesbische, homoseksuele, biseksuele, transgender, intersekse (lhbti+) gemeenschap. Wetenschappers zijn echter ook kritisch op het model, omdat het zich voornamelijk focust op seksuele oriëntatie en geen rekening houdt met het kruisen van verschillende identiteitslagen. Het analytisch raamwerk intersectionaliteit verwijst naar de overlappende of kruisende sociale identiteiten en institutionele systemen die enerzijds privilege en anderzijds onderdrukking verklaren. Het huidige onderzoek richt zich op het incorporeren van intersectionaliteit in het MST-model en kijkt ook naar (de impact van) unieke stressoren bij gemarginaliseerde lhbti+ personen. Uit de resultaten komt naar voren dat met name bi+ personen, trans- en genderdiverse personen en queer personen van kleur blootgesteld worden aan unieke stressoren die impact hebben op een verslechterde mentale gezondheid. Dit onderzoek presenteert ook uitbreidingen op het MST-model, waaronder het Temporal Intersectional Minority Stress (TIMS) model en de Gender Minority Stress Framework (GMSF). Beide uitbreidingen geven een vollediger beeld van de risico- en beschermende factoren waar lhbti+ personen aan worden blootgesteld. Beschermende factoren zijn mogelijk een sleutelfactor in het wegnemen of verminderen van mentale gezondheidsverschillen voor lhbti+ personen.

Summary

In 1995, Minority Stress Theory (MST) was first described in order to explain mental health amongst gay men, on the basis of perceived minority stress. From then on, the model has been used globally to map mental health disparities within the lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex (lhbti+) community. However, scholars are also critical of the model because it primarily focuses on sexual orientation and fails to take into account intersecting layers of identity. The analytical framework intersectionality refers to overlapping or intersecting social identities and institutions that explain privilege on one hand and oppression on the other. The current research focuses on incorporating intersectionality into the MST model, amongst investigating (the impact of) unique stressors on marginalized lhbti+ people. Results indicate that in particular bi+ people, trans- and gender-diverse people and queer people of color are exposed to unique stressors that impact their mental health negatively. This research also presents extensions to the MST model, including the Temporal Intersectional Minority Stress (TIMS) model and the Gender Minority Stress Framework (GMSF). Both extensions provide a more complete overview of the risk and protective factors to which lhbti+ people are exposed. Protective factors are potentially a key factor in eliminating or reducing mental health disparities amongst the lhbti+ people.

Begrippenlijst

Begrip	Uitleg
Bifobie	Negatieve attitudes, vooroordelen en opvattingen tegenover biseksuele personen.
Bi+ personen	Iemand die zich aangetrokken voelt tot meer dan één gender. De meeste biseksuele personen zeggen te vallen op mannen en vrouwen. Sommige mensen die op meer genders vallen beschrijven hun seksuele oriëntatie als biseksueel, maar niet iedereen. Bi+ is de overkoepelende term voor alle mensen met een seksuele oriëntatie gericht op meer dan één gender. Sommigen noemen zichzelf bi, pan, queer of fluïde.
Cisnormativiteit	De verwachting, aanname of overtuiging dat alle mensen cisgender en heteroseksueel zijn. De hetero, cisgender mens als norm nemen en geen rekening houden met diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie. Zowel personen, beleid als organisaties kunnen cis-heteronormatief zijn.
Coping	Omgang van stressvolle omstandigheden en tegenslagen.
Gemarginaliseerd	Een groep die minder belangrijk of invloedrijk is gemaakt in de maatschappij en dus te maken heeft (gehad) met uitsluiting.
Heteroseksisme	Het geloof dat iedereen heteroseksueel zou moeten zijn en dat heteroseksualiteit superieur is ten opzichte van homoseksualiteit.
Identiteitslagen	Identiteit is de manier hoe we onszelf definiëren en beschrijven en bestaat uit meerdere lagen. Dit kunnen gedragsmatige, cognitieve en gevoelsmatige processen zijn.
Intersectionaliteit	Intersectionaliteit, of 'kruispuntdenken' geeft aan dat individuen of groepen in een samenleving onderdrukking of juist privilege ondervinden op grond van het kruisen van verschillende factoren, zoals seksuele oriëntatie, genderidentiteit, ras/ethniciteit, klasse, leeftijd, etc.
Lhb / lhbti+	Lhb staat voor lesbische, homoseksuele en biseksuele personen. Lhbti+ staat voor lesbische, homoseksuele, biseksuele, transgender en intersekse personen. De plus staat voor eventuele andere termen waar men zich qua seksualiteit of gender mee kan identificeren. Beide zijn paraplu termen. Als men spreekt over lhb wordt specifiek alleen lesbische, homoseksuele en biseksuele personen bedoeld.
Microagressies	Verbale of non-verbale uitingen die gebaseerd zijn op impliciete aannames en die als kwetsend of beledigend kunnen worden ervaren.
Minderheidsstress	Een vorm van stress die voortvloeit op basis van het behoren tot een minderheidsgroep, zoals lhbti+ zijn of een migratieachtergrond hebben.
Misgenderen	Iemand identificeren of benoemen met een verkeerde gender aanduiding.
Monoseksuele norm	Maatschappelijk verwachting dat mensen zich tot slechts één gender voelen aangetrokken.
Multipel minderheidsstress	Unieke stressoren ervaren op basis van meerdere gestigmatiseerde identiteitslagen, waarbij de persoon of groep tegelijkertijd wordt blootgesteld aan meerdere stressoren.
Patriarchaat	Het patriarchaat kan worden gedefinieerd als de mannelijke controle over machtsposities en economische hulpbronnen in combinatie met de fysieke, psychologische en seksuele onderwerping van vrouwen.
Seksueel geobjectificeerd	Bij seksuele objectificatie wordt iemand als lustobject beschouwd door een ander die op genot uit is: alleen iemands fysieke aantrekkelijkheid of sexappeal doen ertoe.

1. Introductie

De minderheidsstresstheorie is binnen de sociale wetenschappen een veel gebruikt theoretisch model om (mentale) gezondheidsverschillen te verklaren tussen enerzijds lesbische, homoseksuele, biseksuele, transgender, intersekse (lhbti+) personen en anderzijds heteroseksuele personen aan de hand van ervaringen. Minderheidsstress is een specifieke vorm van stress waar de lhbti+ gemeenschap mee te maken krijgt, bijvoorbeeld stress door coming-out of omdat je niet geaccepteerd wordt vanwege je gaardheid. Het minderheidsstressmodel kent echter ook zijn beperkingen, zoals de beperkte focus op trans- en genderdiverse personen en het ontbreken van andere identiteitslagen, waaronder ras/ethniciteit en leeftijd (Frost & Meyer, 2023). Door de jaren heen zijn er door verschillende onderzoekers uitbreidingen gedaan op het model, om ook gezondheidsverschillen te kunnen verklaren voor lhbti+ personen met meervoudige identiteitslagen. In het huidige onderzoek presenteren we enkele van deze modellen en belichten we de impact van minderheidsstress bij gemarginaliseerde lhbti+ personen. Dit doen we door intersectionaliteit toe te voegen aan het huidige minderheidsstressmodel.

1.1 Minderheidsstressmodel

In 1995 werd voor het eerst *Minority Stress Theory* omschreven waarin in een model het verband werd gelegd tussen mentale gezondheid bij homo mannen en het ervaren van minderheidsstress (Meyer, 1995). Op basis van bestaande sociaalwetenschappelijke literatuur rondom stress en gezondheid stelt Meyer dat lesbische, homoseksuele en biseksuele personen (hierna lhb personen genoemd) ten opzichte van heteroseksuele personen een specifieke vorm van stress ervaren, namelijk minderheidsstress. Deze stress komt voort uit het behoren tot een gestigmatiseerde 'minderheid' in de maatschappij. Minderheidsstress is een aanvullende vorm van stress, die bovenop andere, algemene stress en problemen komt. Het zorgt dus voor een extra last (ofwel 'stressor'), waardoor minderheidsgroepen die ermee te maken krijgen, meer stress ervaren. Ook kan deze stress tot risicogedrag (zoals alcohol- en drugsmisbruik) en andere vormen van zelfbeschadigend gedrag leiden.

Meyer omschrijft twee type stressoren, namelijk distaal en proximaal. Distale stressoren zijn extern en afkomstig van personen of instituten die lhb personen beïnvloeden. Deze kunnen bekeken worden op microniveau (bv. persoonlijke ervaringen met discriminatie of microagressies als reactie op een lhb oriëntatie) en op macroniveau (bv. discriminerende wetgeving of bevolkingsopvattingen over lhb personen). Proximale stressoren zijn intern en zijn afkomstig van socialisatieprocessen waarbij lhb personen aanleren om zichzelf af te wijzen voor wie ze zijn (geïnternaliseerd stigma), verwachtingen hebben om gestigmatiseerd te worden vanwege het bewustzijn van heersende sociale stigma en het verbergen van hun lhb identiteit ter bescherming van zichzelf tegenover distale stressoren (Pachankis et al., 2020).

Het oorspronkelijke model definieert vijf concrete minderheidsstressfactoren voor lhb personen, namelijk: 1) het meemaken van negatieve reacties, vooroordelen, discriminatie en stigma 2) het anticiperen op mogelijke negatieve reacties 3) het verbergen van de lhb oriëntatie 4) geïnternaliseerde minderheidsstress en 5) het kennen van andere lhb's. De eerste vier zijn risicofactoren en worden in verband gebracht met verhoogde mentale gezondheidsproblemen, zoals depressie, angst en suïcidale gedachten (Pearce et al., 2019). De laatste factor heeft juist een beschermende werking. Tan et al. (2019) stellen dat voor het ontwikkelen van een positieve identiteit het nodig is om voldoende identificatiemogelijkheden en positieve rolmodellen te kennen, waardoor een jongere zich kan spiegelen en zich onderdeel voelt van een geheel.

In de literatuur wordt de focus veelal gelegd op de negatieve impact van het minderheidsstressmodel. Echter kan stress ook gereduceerd worden door zogeheten beschermende factoren. Een voorbeeld van een beschermende factor is het ontvangen van sociale steun. Uit de literatuur blijkt dat meer sociale steun leidt tot een lagere mate van depressieve symptomen en angst (Thio et al., 2015). Een andere beschermende factor is coping, wat in deze context gedefinieerd wordt als de reactie van het individu ten aanzien van confrontaties met vooroordelen en discriminatie (Meyer, 2003). Volgens onderzoekers kunnen constructieve vormen van coping ervoor zorgen dat personen veerkrachtiger worden en dat ze strategieën ontwikkelen voor het opbouwen van positieve vaardigheden (Meyer, 2003; Mustanski, 2015). Een vruchtbaar pad voor preventie- en interventieonderzoek naar de mentale gezondheid van lhbti+ personen kan dus zijn om de effectiviteit van beschermende factoren in overweging te nemen.

In 2015 is het minderheidsstressmodel uitgebreid om ook trans- en genderdiverse personen te includeren. Het model, *Gender Minority Stress and Resilience Measure*, houdt rekening met stigmatisering en distale en proximale stressoren van trans- en genderdiverse personen (Testa et al., 2015). In paragraaf 3.1.2 wordt uitgebreider ingegaan op dit model. Daarnaast is er in recente jaren ook meer gepubliceerd over multi-pele minderheidsstress. Dit wordt gedefinieerd als het ervaren van unieke stressoren op basis van meerdere gestigmatiseerde identiteitslagen en daarmee tegelijkertijd te worden blootgesteld aan meerdere stressoren. Denk bijvoorbeeld aan lhbti+ personen van kleur die niet enkel stressoren ervaren op basis van hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit, maar ook vanwege hun ras/ethniciteit of huidskleur.

Ondanks significante maatschappelijk veranderingen in de afgelopen vijftig jaar beïnvloeden stigma, vooroordelen en discriminatie nog steeds de levens van vele lhbti+ personen. Dit geeft aan dat de minderheidsstresstheorie nog steeds relevant en bruikbaar is voor het begrijpen, maar ook verbeteren van de mentale gezondheid en het welzijn van lhbti+

personen. Desondanks zien we ook in de literatuur dat met name queer, trans- en non-binaire personen van kleur multi-pele stressoren ervaren, zoals de combinatie van racisme, transfobie en xenofobie. Zo blijkt uit onderzoek dat lhb personen die meerdere vormen van discriminatie ervaren vier keer zoveel risico lopen op middelengebruik (McCabe et al., 2010). Dit vraagt om een scherpe analyse van het minderheidsstressmodel waarin de intersectionaliteit van identiteiten wordt geïncorporeerd, om zo inzicht te krijgen waarop stress wordt ervaren en welke gevolgen dit heeft voor lhbti+ groepen met meervoudige identiteitslagen.

1.1.1 Doelstelling onderzoek

Het doel van het huidige onderzoek is om een overzicht te presenteren hoe minderheidsstress ervaren wordt door (gemarginaliseerde) lhbti+ personen. Vervolgens wordt in kaart gebracht welke invloed dit heeft op hun mentale gezondheid in het algemeen, en specifiek de GGZ-problematiek. Vanuit de literatuur ontbreekt nog relatief veel informatie over lhbti+ personen met meervoudige identiteitslagen. Door het analytisch raamwerk intersectionaliteit mee te nemen in het minderheidsstressmodel van Meyer, brengen we gezondheidsverschillen in kaart bij verschillende lhbti+ groepen.

Dit onderzoek beoogt antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:

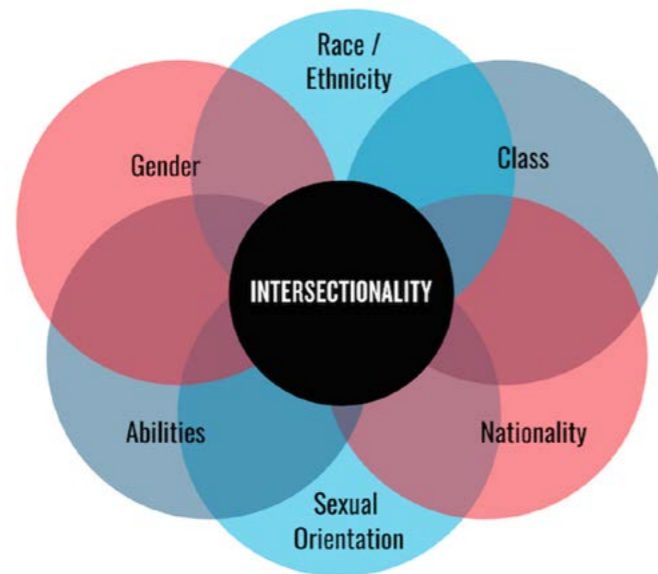
- 1) Op welke manier kunnen we intersectionaliteit incorporeren in het minderheidsstressmodel?
- 2) Welke unieke stressoren zien we terug bij gemarginaliseerde lhbti+ personen?
- 3) Wat is de impact van de unieke stressoren op de mentale gezondheid van lhbti+ personen?

2. Onderzoeksmethode

Dit rapport is tot stand gekomen aan de hand van een literatuuronderzoek over minderheidsstress. Voor het verzamelen van literatuur is gebruikgemaakt van de databanken PsycINFO, Scopus en Google Scholar. De meest gebruikte zoektermen voor dit onderzoek zijn “multipale minderheidsstress”, “intersectionaliteit”, “mentale gezondheid” en “lhbt+ personen”. Verder hebben we geprobeerd om zo veel mogelijk recente studies mee te nemen van de afgelopen tien jaren die zijn uitgevoerd in de Nederlandse context. Hierop zijn uitzonderingen, bijvoorbeeld als de studie nieuwe informatie toevoegde aan dit onderzoek en niet in Nederland is uitgevoerd. Voor de scope van dit onderzoek hebben we zowel kwalitatieve als kwantitatieve studies gebruikt, zodat we een volledig overzicht hebben van cijfers en analyses rondom minderheidsstress. Uiteindelijk hebben we ongeveer dertig bruikbare artikelen geselecteerd die in dit onderzoek worden voorgelegd.

2.1 Analytisch raamwerk

Dit onderzoek stelt het minderheidsstressmodel centraal. Omdat critici aangeven dat het model redeneert vanuit afzonderlijke identiteitslagen, nemen wij intersectionaliteit mee in het huidige onderzoek. De term ‘intersectionaliteit’ werd voor het eerst beschreven door Kimberlé Crenshaw in 1991. Het verwijst naar de overlappende of kruisende sociale identiteiten en gerelateerde systemen van onderdrukking, overheersing of discriminatie (Crenshaw, 1991). Het idee erachter is dat meerdere identiteiten (zoals ras/ethniciteit, gender en seksuele oriëntatie) elkaar kruisen om een geheel te creëren dat verschilt van de losse identiteiten. Intersectionaliteit wordt ook wel ‘kruispuntdenken’ genoemd. Het verklaart enerzijds privileges en anderzijds ongelijkheid (zie figuur 1).



Figuur 1. Intersectionaliteitsmodel (afbeelding: First Book)

Few-Demo and Allen (2020) stellen dat een intersectionele analyse meer is dan enkel een diverse steekproef van bijvoorbeeld mensen van kleur samenstellen en vervolgens te analyseren. Volgens de onderzoekers is het niet voldoende om intersectionele stressoren te beschouwen als een optelsom van de totale stress van meerdere minderheidsidentiteiten. Het toepassen van een intersectionaliteitsraamwerk vereist dat wetenschappers rekening houden met de tijd en plaats waarin iemands ervaringen zich bevinden en welke ongelijkheden er in deze contexten bestaan om te bepalen wie of wat bevoorrecht is en waarom anderen naar de marge worden verdrongen.

In dit onderzoek presenteren we meerdere uitbreidingen op het minderheidsmodel en wordt in kaart gebracht hoe we intersectionaliteit kunnen meenemen om recht te doen aan alle personen binnen de lhbt+ gemeenschap.

3. Uitkomsten literatuuronderzoek

3.1 Algemene minderheidsstress

In paragraaf 1.1 wordt een algemene uitleg geven over het minderheidsstressmodel. Binnen deze uitleg vallen ook de risico- en beschermende factoren voor lesbische en homoseksuele personen, aangezien het model oorspronkelijk ontstaan is om mentale gezondheidsverschillen te verklaren voor deze groepen. Het huidige onderzoek belicht minderheidsstress, niet alleen op basis van seksuele oriëntatie, maar ook andere identiteitslagen zoals genderidentiteit en ras/ethniciteit. Om die reden wordt in de onderstaande paragraaf specifiek ingegaan op bi+ personen, trans- en genderdiverse personen en queer personen van kleur.

3.1.1 Minderheidsstress onder biseksuele personen

Een onvermijdelijke groep die ongeveer de helft vormt van de lhb gemeenschap, is bi+ personen. Onderzoekers geven aan dat de groep bi+ personen op zichzelf staand beschouwd moeten worden, omdat ze zich op een aantal belangrijke factoren onderscheiden van lesbische en homoseksuele personen (la Roi, Meyer & Frost, 2019). Zo krijgen bi+ personen te maken met dubbele minderheidsstress: afwijzing en discriminatie omdat zij niet aan de heteroseksuele norm voldoen én omdat zij niet aan de monoseksuele norm voldoen (Huijnk, Damen & Kampen, 2022). Naast algemene stressfactoren die gelden voor lhbt+ personen, zijn er ook een paar specifieke stressoren zoals het ontkennen of onzichtbaar maken van bi+ zijn, afwijzing binnen de lhbt+ gemeenschap en het gebrek aan steun van de eigen partner (Baams et al., 2021). De beschermende factor, het kennen van andere lhb personen en/of onderdeel zijn van de lhb gemeenschap, geldt in mindere mate voor biseksuele personen. McLean (2008) laat bijvoorbeeld zien dat bi+ personen vaak complexe en ambivalente relaties hebben met de homo en lesbische gemeenschap. Ze ervaren enerzijds steun en empowerment vanwege hun seksuele aantrekkingskracht tot mensen van hetzelfde geslacht, maar eveneens negativiteit en microagressies vanuit homoseksuele en lesbische personen. Hierdoor ervaren ze ook minder sociale steun. Tot slot blijkt ook dat bi+ personen een slechtere algemene en mentale gezondheid hebben dan andere seksuele minderheden. Ook hebben ze een ongezondere leefstijl, met name op het vlak van middelengebruik (roken en drugs). Een verklaring hiervoor is dat bi+ personen door bifobie een meer ambigu seksuele identiteit hebben (la Roi, Meyer & Frost, 2019).

3.1.2 Minderheidsstress onder trans- en genderdiverse personen

Veel van het bestaande onderzoek rondom het minderheidsstressmodel richt zich voornamelijk op seksuele minderheidsgroepen, of neemt transgender personen mee zonder specifiek naar de behoeften en ervaringen van deze groep te kijken. Echter, hebben verschillende studies het minderheidsstressmodel recentelijk uitgebreid naar trans- en genderdiverse

personen (Kuyper, 2012; Tan et al., 2019; Testa et al., 2015; Thio et al., 2015). In deze studies wordt onder andere beschreven dat ook trans- en genderdiverse personen proximale en distale stressoren ervaren die kunnen leiden tot een lager niveau van welbevinden en hoge mate van suïcidale gedachten. Het verschil met lhb personen is dat deze groep transspecifieke stressoren ervaart die uniek zijn voor de populatie.

Introductie Gender Minority Stress Framework

Testa et al. ontwikkelden het Gender Minority Stress Framework (GMSF) dat mentale gezondheidsverschillen tussen transgender en cisgender personen verklaart aan de hand van unieke stressoren gericht op trans- en genderdiverse personen.

Ten eerste geeft Testa et al. (2015) aan dat trans- en genderdiverse personen geconfronteerd worden met gender-gerelateerd slachtofferschap, afwijzing en discriminatie. Denk hierbij aan verbaal of fysiek geweld, maar ook institutionele uitsluiting en amper toegang tot de woningmarkt, werk of medische zorg. In Nederland werd één op de vijf transgender personen in de afgelopen vijf jaar slachtoffer van fysiek anti-lhbt+ geweld (tegenover één op de tien lhb personen) (Pierik, 2021).

Ten tweede anticiperen trans- en genderdiverse personen, net zoals lhb personen, ook op toekomstige negatieve reacties. Dit gebeurt meestal vanwege eerdere ervaringen met vooroordelen en discriminatie. Uit een studie onder jongeren blijkt dat meer dan de helft (52,5%) van transgender personen (tegenover 39,8% van cisgender personen) angstig was dat iemand hen op school zou lastigvallen of kwetsen (Clark et al., 2014). Verder blijkt ook dat de prevalentie van angst onder trans- en genderdiverse personen tot wel 68,0% kan zijn, vergeleken met de 18,0% die werd gevonden in algemene bevolkingsonderzoeken (Tan et al., 2019).

De derde factor in het model is geïnternaliseerde transfobie, ofwel het internaliseren van negatieve maatschappelijke gedachten over de eigen transgender identiteit of transgender personen als een sociale groep. Uit een studie van 482 transgender personen bleek dat meer dan de helft (55,8%) van de deelnemers een bepaalde vorm van geïnternaliseerde transfobie ervoer, zoals gevoelens van schaamte en laag zelfvertrouwen in relatie tot de transgender identiteit (Marshall et al., 2016). Volgens de onderzoekers zijn deze gevoelens afkomstig van negatieve maatschappelijke reacties die resulteren vanuit cismativiteit (zie meer hierover in de onderstaande paragraaf).

In het Gender Minority Stress Framework (GMSF) komen naast risicofactoren, ook beschermende factoren voor. De meeste beschermende factoren, zoals het kennen van andere community members, sociale steun en verbondenheid met de gemeenschap, komen overeen met het algemene minderheidsstressmodel. Echter kent dit model een additionele beschermende factor, namelijk trots op de eigen identiteit. Dit wordt gedefinieerd als het vermogen om de eigen genderidentiteit te definiëren en de eigenwaarde

te omarmen (Singh, Hays & Watson, 2011). De onderzoekers noemen het belangrijkste aspect van veerkracht onder trans- en genderdiverse personen trots op eigen identiteit. Trans- en genderdiverse personen met een sterke transgender identiteit hebben een versterkt gevoel van eigenwaarde en zijn ook beter in staat om voor zichzelf op te komen in een cisnormatieve sociale omgeving.

Impact van cisnormativiteit

Cisnormativiteit als ideologie en de geïnstitutionaliseerde sociale norm van cisgender zijn, verklaren waarom de transgender identiteit als 'afwijkend' wordt gezien door de huidige samenleving. Cisnormativiteit wordt gebruikt om situaties te beschrijven waarin personen transgender identiteiten of -ervaringen niet begrijpen of weigeren te begrijpen (Riggs, Ansara & Treharne, 2015). Deze ideologie bevoordeelt cisgender personen, omdat het idee wordt versterkt dat er slechts twee genders zijn (namelijk, vrouw en man) en dat deze altijd overeenkomen met het biologische geslacht. Hierdoor wordt het bestaan van het gender en lichaam van transgender personen ontkend (Ansara & Hegarty, 2012; Baril & Trevenen, 2014; Riggs, Ansara & Treharne, 2015).

Cisnormativiteit omvat ook het misgenderen van trans- en genderdiverse personen, waarbij transgender personen onjuist geclassificeerd worden op basis van dominante opvattingen over gender en lichamen (Riggs, Ansara & Treharne, 2015). Misgendering van mensen met een transgender identiteit leidt tot ontkenning, waarbij de omringende omgeving niet in staat of bereid is om de juiste naam, het juiste voornaamwoord of het juiste gender van trans- en genderdiverse personen te erkennen of te gebruiken. In dit geval zorgt cisnormativiteit ervoor dat trans- en genderdiverse personen het risico lopen op sociale uitsluiting, omdat ze te maken krijgen met beperkte kansen en toegang tot hulpbronnen.

3.2 Multipiele minderheidsstress

Zoals eerder omschreven kent het minderheidsstressmodel een aantal beperkingen. Eén van deze beperkingen is dat het model zich enkel focust op seksuele oriëntatie, ofwel lhb personen. In recente jaren hebben onderzoekers geprobeerd om dit uit te breiden naar genderidentiteit (zie paragraaf 3.1.2) en ras/ethniciteit, maar desondanks wordt het gepresenteerd als een additionele benadering en is er geen aandacht voor het kruisen van identiteiten (Few-Demo & Allen, 2020). Hierom pleiten verschillende onderzoekers dat een intersectionele benadering nodig is. Deze benadering zou niet enkel moeten kijken naar identiteiten, maar ook hoe het kruisen van identiteiten zich verhoudt tot specifieke contexten, en hoe systemen van onderdrukking in deze contexten werken om stress te veroorzaken voor queer personen met diverse achtergronden. Uit meerdere studies komt naar voren dat lhbti+ personen die multipiele vormen van discriminatie (waaronder microagressies) ervaren, vier keer zo vaak de kans hebben op middelengebruik en extra kwetsbaar zijn voor een slechte mentale en fysieke gezondheid (McCabe et al., 2010).

3.2.1 Queer personen van kleur

Vanuit een intersectionele analyse wordt beredeneerd dat personen die meervoudige gemarginaliseerde identiteiten hebben, zoals queer personen van kleur, ook kwetsbaarder zijn voor negatieve ervaringen die vervolgens van invloed zijn op hun mentale gezondheid. Zo geven onderzoekers aan dat queer personen van kleur unieke stressoren ervaren vanwege hun meervoudige minderheidsstatus. Ze beweren dat systemen van onderdrukking voortdurend inwerken op met name jonge queer personen van kleur op het snijvlak van hun gemarginaliseerde identiteiten (bijv. homofobie, transfobie, racisme en leeftijdsdiscriminatie). Balsam et al. (2011) toonde aan dat queer personen van kleur ook vanuit de lhbti+ gemeenschap racisme ervaren, zowel binnen romantische relaties, sociale netwerken als dominante lhbti+ belangenorganisaties. Dit heeft vervolgens weer een negatieve impact op hun mentale gezondheid. Op seksueel gebied ervaren queer personen van kleur enerzijds afwijzing en tegelijkertijd worden ze seksueel geobjectiveerd (Wilson et al., 2009). De ervaren discriminatie heeft er soms invloed op dat ze op zoek zijn naar niet-witte partners voor mogelijke relaties en vriendschappen (Mays, Cochran & Rhue, 1993).

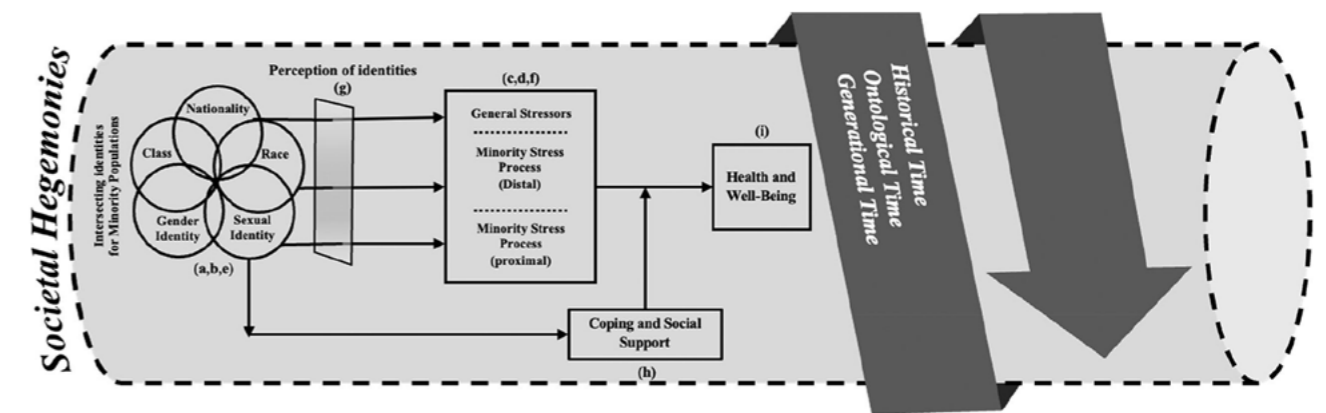
Heteroseksisme en mentale gezondheid

Naast het ervaren van racisme en transfobie, kunnen queer personen van kleur ook worden blootgesteld aan heteroseksisme: een filosofie die stelt dat heteroseksualiteit de norm is en eenieder die niet aan deze norm voldoet inferieur is ten opzichte van de norm (Balsam et al., 2011). Studies laten zien dat heteroseksistische attitudes in hogere mate voorkomen bij specifieke groepen binnen de queer gemeenschap van kleur. Dit kan leiden tot het verbergen van hun seksuele oriëntatie (Ward, 2005; Moradi et al., 2010). Eerder onderzoek heeft aangetoond dat psychiatrische symptomen geassocieerd zijn met zowel racistische als heteroseksistische stressoren bij homo mannen van kleur (Zamboni & Crawford, 2007). Deze stressoren zijn direct gelinkt aan negatieve mentale en fysieke gezondheidssuitkomsten. Verder tonen onderzoekers aan dat queer personen van kleur meer rekenen op raciale/ethnische gemeenschappen dan op lhbti+ gemeenschappen (Balsam et al., 2011). Ze zijn vooral angstig dat ze verlaten worden door hun eigen community die hen veelal ondersteund heeft op het gebied van antiracisme. Omdat de raciale/ethnische gemeenschappen zo vitaal zijn voor queer personen van kleur, kan discriminatie vanuit deze gemeenschappen een negatievere invloed hebben op de (mentale) gezondheid dan racisme vanuit de lhbti+ gemeenschap. Kortom, heteroseksisme binnen raciale/ethnische gemeenschappen kan schadelijk zijn voor de mentale gezondheid van queer personen van kleur.

3.3 Introductie Temporal Intersectional Minority Stress model

Volgens Few-Demo (2020) zou intersectionaliteit ingezet moeten worden als raamwerk om te begrijpen hoe personen met elkaar in contact staan binnen verschillende sociale netwerken en hoe hun ervaringen in de maatschappij kunnen verschillen, afhankelijk van hun locatie. Dit geeft niet alleen de diversiteit weer van de ervaringen van queer personen, maar tegelijkertijd hoe gemeenschappelijke stressoren impact kunnen hebben op personen en families. Dit illustreert dat het

noodzakelijk is om verder te kijken dan een additionele benadering van minderheidsstress en te exploreren hoe stressprocessen uniek zijn voor individuen, gebaseerd op hun multipiele identiteit. Voor het incorporeren van intersectionaliteit binnen het minderheidsstressmodel ontwikkelde Rivas-Koehl, Rivas-Koehl & Smith (2023) het *Temporal Intersectional Minority Stress* (TIMS) model. Dit model is een uitbreiding van het minderheidsstressmodel waarin intersectionaliteit en tijdsperiodes als elementen zijn toegevoegd.



Figuur 2. Temporal Intersectional Minority Stress model (afbeelding: Rivas-Koehl, Rivas-Koehl & Smith, 2023)

Zoals te zien in figuur 2, bevat het TIMS-model, net zoals het minderheidsstressmodel ook algemene, proximale en distale stressoren. Waar het TIMS-model zich onderscheidt is dat er stippellijnen tussen de drie verschillende stressfactoren zijn die de wederzijdse invloed van deze stressfactoren op elkaar weergeven. In het minderheidsstressmodel van Meyer werden de stressoren afzonderlijk gepresenteerd. Het TIMS-model geeft juist aan dat de stressoren tegelijk kunnen optreden en van invloed kunnen zijn op elkaar. Dit is ook in lijn met het intersectionele raamwerk (zie paragraaf 2.1).

Het model van Meyer werd veelal gepresenteerd als een opsomming van identiteiten, terwijl het TIMS-model suggereert dat meervoudige identiteiten van een persoon niet geïsoleerd beschouwd moeten worden, maar dat ze juist de manier beïnvloeden hoe iemand omgaat met de omstandigheden in diens omgeving. Bijvoorbeeld een omstandigheid zoals dakloosheid kan van andere invloed zijn op queer en trans personen ten opzichte van cisgender hetero personen. In figuur 2 is via een lens zichtbaar van waar queer personen stress ervaren op basis van hun intersectionele identiteiten. Zo kunnen homo vaders stigma ervaren op basis van hun seksualiteit (homofobie), maar ook omdat ze een vader zijn in een niet-normatieve familie (heteroseksisme). Verder wordt het minderheidsstressproces in een tube geplaatst die maatschappelijke hegemonieën weergeeft. Maatschappelijke hegemonieën zijn structurele stigma's (bijvoorbeeld transfobie, racisme, heteroseksisme) die sociale hiërarchieën creëren die het stressproces beïnvloeden. Dit illustreert dat de stress van minderheden altijd ingekapseld zit in een samenleving

waarin socio-politieke dominantie meer macht en privileges geeft aan sommigen middels stigmatisering en marginalisering van anderen. Heteronormativiteit en het patriarchaat geven bijvoorbeeld meer privilege aan heteroseksuele witte, monogame en normatieve families ten opzichte van niet-normatieve of queer families. Deze hegemonieën kunnen ook bestaan binnen gemarginaliseerde gemeenschappen: witte, cisgender, homo mannen hebben meer privilege in de lhbti+ community dan andere queer personen. In het figuur kun je aan de hand van de stippellijnen ook zien hoe hegemonieën kunnen veranderen afhankelijk van de tijdsperiode en locaties waar gemarginaliseerde personen zich in bevinden.

Tot slot bevat dit model ook een nieuw component, namelijk ontwikkelings-, generationele- en historische tijdsperiodes. Het ontwikkelingscomponent van tijd houdt rekening met de ontwikkelingsveranderingen van gemarginaliseerde personen naarmate ze groeien en ouder worden. Generatietijd helpt bij het begrijpen van de cohorteffecten van ervaringen voor queer personen die in dezelfde tijdsperiode geboren zijn. Historische tijd tenslotte verwijst naar de historische en actuele gebeurtenissen die het beleid en het sociale klimaat voor queer personen vormgeven.

Kortom, het TIMS-model biedt ruimte voor een analytisch perspectief van queer personen met meerdere gemarginaliseerde identiteiten in verschillende tijdsperiodes. Het model beperkt bovendien zich niet alleen tot lhb personen, maar omvat het hele spectrum van lhbti+ personen.

4 Discussie

Het huidige literatuuronderzoek legt bloot dat het minderheidsstressmodel sinds 1995 tot nu wordt ingezet om mentale gezondheidsverschillen wereldwijd te verklaren bij met name lhbti+ personen. Door de jaren heen zijn er ook wetenschappers geweest die beperkingen van het model aan het licht hebben gebracht. Zo beargumenteren ze dat het MST-model inherent niet intersectioneel is en zich voornamelijk focust op seksuele oriëntatie. Alhoewel in meer recente studies ook gekeken wordt naar andere assen van identiteit (zoals ras/ethniciteit en gender), wordt het bestuderen hiervan gezien als aanvulling op elkaar, in plaats van hoe deze identiteiten elkaar kruisen (Few-Demo, 2010). Om deze limitaties te ondervangen hebben verschillende wetenschappers uitbreidingen op het model gepresenteerd. Zo ontwikkelden Testa et al. (2015) het Gender Minority Stress Framework (GMSF) dat mentale gezondheidsverschillen tussen transgender en cisgender personen verklaart. Een andere belangrijke uitbreiding is het *Temporal Intersectional Minority Stress* (TIMS) model waarin intersectionaliteit en ontwikkelings-, generationele- en historische tijdsperiodes als elementen zijn toegevoegd. Deze uitbereidingen geven een completer beeld van het MST-model en doen meer recht aan het verklaren van gezondheidsverschillen voor verschillende lhbti+ groepen, waaronder queer en trans personen, specifiek personen van kleur.

Crenshaw (1991) stelt dat iemands sociale identiteiten niet geïsoleerd bestaan, maar met elkaar interacteren en conflicteren in een ongelijkwaardige samenleving die sommige groepen onderdrukt en tegelijkertijd macht en privileges geeft aan dominante groepen. Uit de huidige studie komt naar voren dat meerdere lhbti+ groepen unieke stressoren ervaren, die vervolgens een negatief effect hebben op hun mentale gezondheid. Zo krijgen bi+ personen te maken met dubbele minderheidsstress, omdat zij niet aan de heteroseksuele én monoseksuele norm voldoen (Huijnk, Damen & Kampen, 2022). Bij trans- en genderdiverse personen zien we andere unieke stressoren, zoals geconfronteerd worden met gender-gerelateerd slachtofferschap en het internaliseren van negatieve maatschappelijke gedachten over de eigen transgender identiteit (Testa et al., 2015). Tot slot zien we dat queer personen van kleur juist eerder worden blootgesteld aan (seksueel) racisme en heteroseksisme (Balsam et al., 2011). Deze unieke ervaringen benadrukken het belang om de verschillende groepen afzonderlijk te bestuderen, in plaats van hen op één hoop te gooien.

De studies uit het literatuuronderzoek worden verricht met als uiteindelijke doel de mentale gezondheidsverschillen te verklaren en verbeteren onder lhbti+ personen. Ook in dit onderzoek komt meermaals naar voren dat stressoren, zoals het meemaken van- en anticiperen op negatieve reacties, vooroordelen en stigma's, wederom zorgen voor een hogere mate van depressie, angst en suicidaliteit onder lhbti+ personen (Pearce et al., 2019). De eerder

omschreven modellen geven weer dat meerdere stressoren tegelijk kunnen optreden, maar dat stressoren elkaar ook kunnen complimenteren. Zo genieten witte, homo, cisgender mannen privilege vanwege hun huidskleur en genderidentiteit, maar ervaren ze mogelijk ook onderdrukking vanwege hun seksuele oriëntatie. De kern is dat meerdere groepen blootgesteld kunnen worden aan stressoren, maar de mate en ernst is verschillend afhankelijk van de sociaal-maatschappelijke positie waar zij zich in bevinden. Daarom is het van belang om gemarginaliseerde groepen, waaronder queer en trans personen van kleur, niet uit het oog te verliezen.

Tot slot zien we in de literatuur dat er grotendeels wordt gefocust op risicofactoren en amper wordt gekeken naar beschermende factoren van het MST. Deze beschermende factoren komen de mentale gezondheid van lhbti+ personen vaak ten goede. In het huidige onderzoek worden deze beschermende, ofwel protectieve factoren uitgelicht. In het algemeen is het 'kennen van andere lhbti+ personen' een protectieve factor. Bij het meemaken van negatieve reacties kan het kennen van andere 'lhb personen de potentiële negatieve werking van die reacties tegengaan (Meyer, 2003). Ook is sociale steun van familie, vrienden en peers een beschermende factor die gerelateerd is aan een lagere mate van depressieve symptomen en angst (Thio et al., 2015). Singh, Hays en Watson (2011) noemen het belangrijkste aspect van veerkracht onder trans- en genderdiverse personen 'trots op eigen identiteit'. Trans- en genderdiverse personen die trots zijn op hun transgender identiteit hebben een sterke eigenwaarde en zijn ook beter in staat om voor zichzelf op te komen. Een vruchtbaar pad voor preventie- en interventieonderzoek naar de mentale gezondheid van lhbti+ jongeren kan dus zijn om de effectiviteit van beschermende factoren in overweging te nemen.

4.1 Aanbevelingen

4.1.1 Algemene aanbeveling

Erken de verschillen tussen en binnen lhbti+ groepen

In dit onderzoek is er consequent gesproken over de 'lhbti+ gemeenschap'. Deze afkorting duidt personen aan op basis van sekse, gender en seksuele oriëntatie die gemeenschappelijke ervaringen delen vanwege hun minderheidspositie. Alhoewel er veel overeenkomsten zijn tussen deze groepen, zijn er ook enorme verschillen. De groepen verschillen niet alleen van elkaar, maar ook binnen elke groep is er veel diversiteit. Hiermee willen we benadrukken dat het voor preventie en interventie van (mentale) gezondheid belangrijk is om deze verschillen in overweging te nemen en de groepen niet over één kam te scheren.

4.1.2 Aanbevelingen voor zorgprofessionals

Ontwikkel en verspreid lhbti+ inclusieve interventies en methoden gericht op minderheidsstress

Er is een verhoogd risico op een breed scala aan psychische klachten bij lhbti+ jongeren, voortvloeiend uit onder andere minderheidsstress. Het is daarom van belang dat (ggz-)hulpverleners hier sensitief voor zijn en over voldoende vaardigheden en kennis beschikken om adequate hulp te bieden. Gerichte lhbti+ inclusieve interventies en methodieken gericht op coping met minderheidsstress zijn nodig. Daarnaast kunnen alternatieve copingstrategieën worden aangeleerd om de geïnternaliseerde negatieve gevoelens over henzelf en hun geaardheid te reduceren en zo hun weerbaarheid te vergroten.

Ga op zoek naar sociale steun, zowel buiten als binnen het gezin

Een specifieke stressor bij lhbti+ jongeren is stigmatisering binnen het eigen gezin. Terwijl een aantal personen een veilige haven vinden in eigen gezin of leefgemeenschap, kan het gezin voor een deel van de lhbti+ jongeren juist een plek van onveiligheid zijn als stigmatisatie in het gezin aanwezig is. Lhbti+ jongeren die juist sociale steun ervaren in het gezin of directe peeromgeving hebben minder psychische problemen (Bockting, 2014). Behalve het gezin kan ook de omgeving in bredere zin hieraan bijdragen door hen actief in bescherming te nemen en negatieve maatschappelijke houdingen weg te nemen.

4.1.3 Aanbevelingen voor onderzoekers

Incorporeer intersectionaliteit standaard in het minderheidsstressmodel

Het huidige onderzoek heeft laten zien dat het oorspronkelijke MST-model niet voldoende in staat is om gezondheidsverschillen te verklaren voor alle lhbti+ personen. Het incorporeren van intersectionaliteit als analytisch raamwerk biedt onderzoekers de mogelijkheid om de contextuele aard van unieke stressoren en de onderliggende mechanismen in

overweging te nemen. De nadruk komt hierdoor te liggen op individueel, familie- en gemeenschapsniveau en geeft een vollediger beeld weer van groepen met meervoudige identiteitslagen. Het TIMS- en GMSF-model bieden hiervoor inspiratie.

Besteed meer aandacht aan het onderzoeken van beschermende factoren

Beschermende factoren in het MST-model kunnen uiteindelijk bijdragen aan het wegnemen of verminderen van mentale gezondheidsklachten. Onderzoek naar de effectiviteit hiervan is onderbelicht en verdient daarom meer aandacht. Denk bijvoorbeeld aan onderzoek naar copingstrategieën, agency, sociale steun, sociale netwerken, verbondenheid met de gemeenschap en positieve lhbti+ identiteit.

4.2 Limitaties onderzoek

Dit onderzoek kent ook een aantal limitaties die we graag onder de aandacht brengen. Ten eerste is dit onderzoek uitgevoerd om vooral aandacht te besteden aan lhbti+ personen met meervoudige identiteitslagen. We hebben met onze huidige tijd en middelen ervoor gekozen om ons te richten op lhbti+ personen van kleur, trans- en genderdiverse personen en bi+ personen. Er zijn echter ook andere gestigmatiseerde groepen, zoals queer personen met een beperking, mensen die leven met hiv en sekswerkers, die niet aan het licht zijn gekomen in het huidige onderzoek. Ten tweede hebben we op basis van literatuur beredeneerd dat mentale gezondheidsverschillen ontstaan vanuit minderheidsstress. Echter wordt mentale gezondheid ook verklaard door trauma, sociale afwijzing, systeemproblematiek en andere factoren. Deze factoren zijn niet aan bod gekomen in dit onderzoek, omdat het onderzoek zich juist richt op mentale gezondheid in relatie tot minderheidsstress. Hiermee willen we aanduiden dat mentale gezondheid wat complexer is dan hier wordt aangetoond.

Tot slot hebben we ervoor gekozen om ons enkel te focussen op mentale gezondheid en niet op andere vormen, zoals algemene of fysieke gezondheid. Deze keuze is gemaakt vanwege de oorsprong van het MST-model en om de kaders van het onderzoek te definiëren. De genoemde modellen in dit onderzoek kunnen wel enigszins verklaringen bieden voor andere vormen van gezondheid, aangezien minderheidsstress invloed heeft op meerdere domeinen.

4.3 Conclusie

Aan de hand van de uitkomsten van dit literatuuronderzoek kunnen we concluderen dat het minderheidsstressmodel wereldwijd nog steeds veel gebruikt wordt om mentale gezondheidsverschillen bij lhbt+ personen te verklaren. De nodige uitbreidingen, zoals het TIMS en GMSF-model, houden ook rekening met de identiteitslagen van gemarginaliseerde lhbt+ groepen. Deze groepen, waaronder bi+ personen, trans- en genderdiverse personen en queer personen van kleur, ervaren elk unieke stressoren die impact hebben op hun eigen mentale gezondheid. Nu de oorsprong van mentale gezondheidsverschillen voldoende in kaart is gebracht, is de volgende stap om te focussen op onderzoek die de effectiviteit van beschermende factoren weergeeft. Hiermee dragen we uiteindelijk bij aan het welzijn van lhbt+ personen.

Dit onderzoek geeft antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

1) Op welke manier kunnen we intersectionaliteit incorporeren in het minderheidsstressmodel?

Er zijn onderzoekers die aangeven dat het minderheidsstressmodel inherent niet intersectioneel is, omdat het van oorsprong primair focust op seksuele oriëntatie. Verschillende onderzoekers hebben pogingen gedaan om het meer intersectioneel te benaderen door andere identiteitslagen toe te voegen, zoals genderidentiteit en etniciteit. Zo hebben Tesla et al. het GMSF ontwikkeld die zich richt op het verklaren van mentale gezondheidsverschillen bij trans- en genderdiverse personen. Belangrijk om in gedachte te houden is dat elke groep te maken krijgt met unieke stressoren die hun gezondheid beïnvloeden (zie vraag 2). Tot slot is intersectionaliteit niet slechts een opsomming van identiteitslagen, maar laat het juist zien hoe deze identiteiten zich tot elkaar verhouden. Zo hebben witte queer personen meer privilege in de lhbt+ gemeenschap ten opzichte van queer personen van kleur. Dit illustreert dat de stress van minderheden altijd ingekapseld zit in een samenleving waarin socio-politieke dominantie meer macht en privileges geeft aan sommigen middels stigmatisering en marginalisering van anderen. Het TIMS-model, zoals beschreven in het huidige onderzoek, is een belangrijk uitgangspunt om intersectionaliteit te incorporeren in het minderheidsstressmodel.

2) Welke unieke stressoren zien we terug bij gemarginaliseerde lhbt+ personen?

Het minderheidsstressmodel omschrijft algemene stressoren die voornamelijk gericht zijn op lhb personen. Een voorbeeld hiervan is het meemaken van negatieve reacties, vooroordelen, discriminatie en stigma op basis van seksuele oriëntatie. Het bestuderen van afzonderlijke groepen heeft tot nieuwe inzichten geleid in de wetenschap. Zo tonen onderzoekers

aan dat bi+ personen te maken krijgen met dubbele minderheidsstress: afwijzing en discriminatie omdat zij niet aan de heteroseksuele norm voldoen én omdat zij niet aan de monoseksuele norm voldoen. Het ontkennen of onzichtbaar maken van bi+ zijn, afwijzing binnen de lhbt+ gemeenschap en het gebrek aan steun van de eigen partner zijn ook unieke stressoren waar bi+ personen mee te maken krijgen. Een tweede groep die ook veel aandacht vergt is trans- en genderdiverse personen. Onderzoekers hebben aangetoond dat deze groep te maken krijgt met zogeheten 'transspecifieke' stressoren, zoals gender-gerelateerd slachtofferschap, het anticiperen op toekomstige negatieve reacties en geïnternaliseerde transfobie. Tot slot zien we bij queer personen van kleur dat zij meervoudige vormen van discriminatie ervaren, zoals racisme binnen relaties en sociale netwerken en tegelijkertijd queer- en transfobie binnen raciale/etnische gemeenschappen.

3) Wat is de impact van de unieke stressoren op de mentale gezondheid van lhbt+ personen?

Wereldwijd zijn er talloze studies die onderzoek hebben gedaan naar de impact van minderheidsstress op de mentale gezondheid van lhbt+ personen. De kernconclusie is dat het ervaren van minderheidsstress leidt tot een negatieve mentale gezondheid. Ook dit onderzoek stelt dat risicofactoren in verband worden gebracht met verhoogde mentale gezondheidsproblemen, zoals depressie, angst en suïcidale gedachten. In dit onderzoek is er ook ingezoomd op gemarginaliseerde lhbt+ personen. Zo kwam naar voren dat bi+ personen een slechtere algemene en mentale gezondheid hebben dan andere seksuele minderheden. Ze hebben ook een ongezondere leefstijl, met name op het vlak van middelengebruik (roken en drugs). Bij trans- en genderdiverse personen zien we dat blootstelling aan unieke stressoren juist leidt tot een lager niveau van welbevinden, hogere mate van angst en meer suïcidale gedachten. Tot slot blijkt uit meerdere studies dat queer personen van kleur vier keer zo vaak de kans hebben op middelengebruik en extra kwetsbaar zijn voor een slechte mentale als fysieke gezondheid. Nu deze inzichten in kaart zijn gebracht, is het belangrijk om te onderzoeken of beschermende factoren ook leiden tot het verminderen of elimineren van een negatieve mentale gezondheid.

5 Referenties

Ansara, Y. G., & Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3(2), 137-160.

Baams, L., de Graaf, H., van Bergen, D., Cense, M., Maliepaard, E., Bos, H.M.W., de Wit, J., Jonas, K., den Daas, C., & Joemmanbaks, F. (2021). Niet in één hokje: Ervaringen en welzijn van bi+ personen in Nederland. The Netherlands: Rijksuniversiteit Groningen & Rutgers.

Balsam, K. F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., & Walters, K. (2011). Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(2), 163.

Baril, A., & Trevenen, K. (2014). Exploring ableism and cisnormativity in the conceptualization of identity and sexuality 'disorders'. *Annual Review of Critical Psychology*, 11(1), 389-416.

Bockting, W. O. (2014). Transgender identity development. Crenshaw, K. (1991). Race, gender, and sexual harassment. *s. Cal. I. Rev.*, 65, 1467.

Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of adolescent health*, 55(1), 93-99.

Few-Demo, A. L., & Allen, K. R. (2020). Gender, feminist, and intersectional perspectives on families: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 326-345.

First Book. Afbeelding Intersectionaliteit. Verkregen van: <https://firstbook.org/>

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 101579.

Huijnk, W., Damen, R., & Kampen, L. V. (2022). LHBT Monitor 2022. Kuyper, L. (2012). Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 129-135.

Marshall, B. D., Socías, M. E., Kerr, T., Zalazar, V., Sued, O., & Arístegui, I. (2016). Prevalence and correlates of lifetime suicide attempts among transgender persons in Argentina. *Journal of homosexuality*, 63(7), 955-967.

Mays VM, Cochran SD, Rhue S (1993). The impact of perceived discrimination on the intimate relationships of Black lesbians. *Journal of Homosexuality*. 1993;25:1- 14.

McCabe, S. E., Bostwick, W. B., Hughes, T. L., West, B. T., & Boyd, C. J. (2010). The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American journal of public health*, 100(10), 1946-1952.

McLean, K. (2008). Inside, outside, nowhere: Bisexual men and women in the gay and lesbian community. *Journal of Bisexuality*, 8(1-2), 63-80.

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*, 38-56.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.

Moradi, B., Wiseman, M. C., DeBlaere, C., Goodman, M. B., Sarkees, A., Brewster, M. E., & Huang, Y. P. (2010). LGB of color and white individuals' perceptions of heterosexist stigma, internalized homophobia, and outness: Comparisons of levels and links. *The Counseling Psychologist*, 38(3), 397-424.

Mustanski B. (2015). Future directions in research on sexual minority adolescent mental, behavioral, and sexual health. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44, 204-219. doi: 10.1080/15374416.2014.982756

Pachankis, J. E., Clark, K. A., Burton, C. L., Hughto, J. M. W., Bränström, R., & Keene, D. E. (2020). Sex, status, competition, and exclusion: Intraminority stress from within the gay community and gay and bisexual men's mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(3), 713.

Pearce, J., Rafiq, S., Simpson, J., & Varese, F. (2019). Perceived discrimination and psychosis: a systematic review of the literature. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *54*, 1023-1044.

Pierik (2021). Verontrustende feiten en cijfers over acceptatie LHBTI-persoenen. Movisie. Verkregen van: <https://www.movisie.nl/artikel/verontrustende-feiten-cijfers-over-acceptatie-lhbt-persoenen>

Riggs, D. W., Ansara, G. Y., & Treharne, G. J. (2015). An evidence-based model for understanding the mental health experiences of transgender Australians. *Australian Psychologist*, *50*(1), 32-39.

Rivas-Koehl, M., Rivas-Koehl, D., & McNeil Smith, S. (2023). The temporal intersectional minority stress model: Reimagining minority stress theory. *Journal of Family Theory & Review*, *15*(4), 706-726.

la Roi, C., Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2019). Differences in sexual identity dimensions between bisexual and other sexual minority individuals: Implications for minority stress and mental health. *American journal of Orthopsychiatry*, *89*(1), 40.

Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. S. (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling & Development*, *89*(1), 20-27.

Tan, K. K., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2019). Gender minority stress: A critical review. *Journal of homosexuality*.

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, *2*(1), 65.

Thio, S., Bos, H., Wormgoor, T., & Kaufmann, R. (2015). Ervaren stigmatisering onder transgenderjongeren in Nederland. *Pedagogiek*, *35*(2), 110-127.

Ward, E. G. (2005). Homophobia, hypermasculinity and the US black church. *Culture, health & sexuality*, *7*(5), 493-504

Wilson PA, Valera P, Ventuneac A, Balan I, Rowe M, Carballo-Diéguez A. (2009). Race- based sexual stereotyping and sexual partnering among men who use the internet to identify other men for bareback sex. *Journal of Sex Research*. 2009;46:399-413.

Zamboni, B. D., & Crawford, I. (2007). Minority stress and sexual problems among African-American gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, *36*, 569- 578.

datum

12 februari 2024

auteurs

Fayaaz Joemmanbaks (hoofdonderzoeker)
Tomas Derckx

copyright

© Rutgers 2024

