

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

JAARGANG 54 • NR 5 • MEI 2019

SEKSUELE IDENTITEIT EN GENDERIDENTITEIT: EEN INTRODUCTIE • FORUM: DE SCHADUW VAN DE WALGINGS-REFLEX • GENDERIDENTITEIT EN SEKSUELE IDENTITEIT BIJ VROUWEN MET ASS • INTERVIEW MARK HOMMES • ESSAY: ASEKSUALITEIT • INSPIRATIE: EVELINE VAN DER BURG JONGMANS • VENI, VIDI, VICI: LAURA BAAMS OVER MENTALE GEZONDHEID LHBT-JONGEREN • JUNIOR: EVA-MARIJN STEGEMANN • COLUMN ANGÉLIQUE CRAMER

SEKSUELE IDENTITEIT



Dag van intelligentie

2019 vrijdag 21 juni

www.pearsonclinical.nl/dag-van-intelligentie



Programma

Keynote

Dr. Dawn P. Flanagan: hoogleraar in de psychologie en auteur van o.a. de 'Essentials' boeken.

Spreekers waaronder:

Dr. Marc Hendriks, Dr. Selma Ruiter, Dr. Paul van der Heijden, Alissa Sikkenk, Jeannette Rosbach, Femke Jonker, Dr. Bart Vogelaar

Deelsessies waaronder:

- Leerstoornissen
- IQ tests, zoveel keuze? Praktische sessie rondom testkeuze voor PDW'ers en startende gedragswetenschappers
- Deep-dive in WAIS-IV-NL
- Deep-dive in WISC-V-NL
- Licht Verstandelijke Beperking: de uitslag van een IQ-test is niet genoeg
- Hoe verhoudt intelligentie-onderzoek zich tot moderne benaderingen van hoogbegaafdheid?
- De meest gestelde vragen over de WISC-V-NL uit de praktijk
- Intelligentie en cognitieve reserve bij ouderen



Congres 18 juni 2019, Utrecht

'Meer dan intelligentie'

Oorzaken van ontwikkelingsproblemen bij kinderen

Problemen in de ontwikkeling gaan nooit alleen over IQ. Diagnostiek en behandeling bij kinderen die achterblijven of uitvallen op school begint bij het vaststellen van de oorzaak.

De nieuwste inzichten uit de wetenschap over sociale en emotionele vaardigheden, het CHC-model, neuropsychologische factoren, de IDS-2 en de schoolse vaardigheden van de toekomst.



Ook: IDS-2 trainingen

Interpretatie en verslaglegging van de IDS-2

14 juni - Den Bosch

25 juni - Amsterdam

Volledige programma's en aanmelden:
www.hogrefe.nl



- 10 SEKSUELE IDENTITEIT EN GENDERIDENTITEIT: EEN INTRODUCTIE** – De laatste jaren is er meer aandacht voor seksuele identiteit en genderidentiteit. Maar waar staan gender en toegewezen sekse voor? En gendervariantie en seksuele diversiteit? Daphne Raaijmakers c.s. bieden een overzicht van begrippen en huidige wetenschappelijke inzichten.
- 36 GENDERIDENTITEIT EN SEKSUELE IDENTITEIT BIJ VROUWEN MET ASS** – Bij vrouwen met een autisme-spectrumstoornis verloopt de ontwikkeling van de seksuele identiteit en genderidentiteit vaak anders dan bij andere vrouwen. Wat zijn de gevolgen hiervan en hoe kun je hiermee rekening houden in de spreekkamer? Annelies Spek en collega's geven een overzicht van de beschikbare literatuur en gaan in op implicaties voor de klinische praktijk.
- 44 FORUM: DE SCHADUW VAN DE WALGINGSREFLEX** – Kinderporno wordt zowel door pedofielen als door niet-pedofielen bekeken. Het is volgens seksuoloog en cultuurfilosoof Erik van Beek geen geheim dat de *War on Child Porn* niet makkelijk te winnen is. Dat is volgens hem voor een belangrijk deel te wijten aan de afwezigheid van legale alternatieven voor pedofielen die hun seksuele impulsen en fantasieën willen reguleren.

Psyned *Select* werk-leertraject van start!

Leer in twee jaar een bloeiende praktijk opbouwen.

Met Psyned **Select** helpen wij je in twee jaar stapsgewijs een succesvolle praktijk op te bouwen. Samen met 20 andere ondernemende basispsychologen volg je **opleidingen, supervisie, leertherapie en intervisie** waarbij je jouw therapeutische en bedrijfsvaardigheden ontwikkelt. Je ontvangt vanuit Psyned daarbij een extra toestroom van cliënten, zodat je dit direct in jouw praktijk kunt toepassen.

psychologen
nederland

www.psyned-select.nl / 085 401 47 20

Ben jij:

- ✓ Een basispsycholoog
- ✓ Ambitieuze genoeg voor een eigen praktijk
- ✓ Op zoek naar intercollegiaal contact
- ✓ 1,5 dag per week beschikbaar om te behandelen?

Meld je dan aan bij Julia van Alphen via julia@psyned.nl en start in september!



Waarom blijven sommige gezinnen overeind na heftige verlieservaringen terwijl andere ontredderd zijn?

Tijdens het congres Trauma en veerkracht leer je van Froma Walsh hoe je veerkracht bij gezinnen en families bevordert met behulp van het Family Resilience raamwerk.

Kijk op www.rinogroep.nl/froma-walsh

RINO
GROEP

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Angélique Cramer
- 22 INSPIRATIE: Eveline van der Burg Jongmans
- 24 INTERVIEW: Mark Hommes
- 30 BOEKEN & MEDIA
- 34 JUNIOR: Eva-Marijn Stegemann
- 52 VENI, VIDI, VICI: Laura Baams
- 54 ESSAY: Een kennismaking met asexualiteit

Redactioneel

COLOFON

De Psycholoog is het redactioneel onafhankelijke maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). *De Psycholoog* verschijnt elke eerste week van de maand (behalve in augustus) in een oplage van 12.600 exemplaren. **Redactie:** Vittorio Busato (hoofdredacteur), Jeroen van Goor (redacteur) en Geertje Kindermans (schrijvend redacteur), e-mail: redactie@psynip.nl. ISSN: 0033-3115. **Redactieraad:** Eline van Baal, Marrie Bekker, Kimiko Bohle, Sonja Borgsteede, Miriam de Graaff, Dennis Hernaus, Sabine Hunnius, Johan Lataster, Wilmar Schaufeli, Wouter Schoonman, Annelies Spek, Giovanni Timmermans (voorzitter), Marcel Veenman, Anneke Vinke, Rolf Zwaan. **Eindcorrectie:** Else de Jonge. **Vormgeving:** Studio Jorrit van Rijt. **Basisontwerp:** Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, contactpersoon Geert Janus, tel.: 073-6895889, e-mail: depsycholoog@performis.nl. **Uitgave en ledenadministratie:** NIP-bureau, Postbus 2085, 3500 GB Utrecht. Tel. 030-8201500 (keuze 2), 9.00-17.00 uur. IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

Coverfoto Mark Hommes: Stijn Rademaker
Wilt u reageren op een artikel of een discussie
starten naar aanleiding ervan, surf dan naar LinkedIn:
<http://alturl.com/wz95u> of op Twitter (@RedactieDP).

DE
PSY-
CHO-
LOOG

WIE BEN IK?

Eens per jaar maken we met *De Psycholoog* een themanummer. Dat betekent zoveel dat het onderwerp en voor zoveel mogelijk psychologen interessant moet zijn en als het even kan in alle rubrieken van het blad aan de orde komt. Suggesties voor themanummers worden gedaan in de altijd levendige vergaderingen met de Redactieraad. Voor dit jaar viel de keuze op seksuele identiteit en genderidentiteit.

In de eerste wetenschappelijke bijdrage bieden Daphne Raaijmakers en haar collega's een algemeen overzicht van de relevante begrippen over dit thema en de huidige wetenschappelijke inzichten daarin. Zij stellen onder meer dat hulpverleners niet alleen open in gesprek moeten gaan over seksuele en genderidentiteit, maar ook alert moeten zijn op bijkomende psychische problemen. Annelies Spek c.s. gaan in de tweede wetenschappelijke bijdrage dieper in op de ontwikkeling van seksuele identiteit en genderidentiteit bij specifiek vrouwen met een autismespectrumstoornis; uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat er bij deze vrouwen vaker sprake is van gendervariantie.

De Belgische hoogleraren Luk Gijs en Paul Enzlin gaan in een interessant essay in op asexualiteit, een fenomeen dat volgens hen niet per definitie gepathologiseerd zou moeten worden. 'Uit empirisch onderzoek blijkt dat vele personen met asexualiteit gezond functioneren en gelukkig zijn.'

En van de hand van seksuoloog en cultuurfilosoof Erik van Beek is een prikkelende Forum-bijdrage over onder meer legale alternatieven voor pedofielen die hun seksuele impulsen en fantasieën willen reguleren. 'Justitie richt zich vooral op consumenten en hun seksuele oriëntatie,' schrijft hij, 'terwijl de producenten van kinderporno natuurlijk de echte criminelen zijn, die met voorbedachten rade het materiaal vervaardigen om het te verhandelen.'

Lees vooral ook het interview met psycholoog Mark Hommes, die van vrouw man is geworden. Hij vertelt bewonderenswaardig open over wat dat allemaal betekent en betekend heeft. 'Ik ben een vrouwelijke man. Maar of je mannelijk of vrouwelijk bent is iets anders dan of je man of vrouw voelt.'

Vittorio Busato, hoofdredacteur (vittorio.busato@psynip.nl)
Annelies Spek, lid Redactieraad (a.spek@autismeexpertise.nl)

PLOTSELING ONTSTAAN?

GENDERDYSFORIE BIJ JONGEREN

Jongeren die plotseling als genderdysfoor uit de kast komen, kunnen beïnvloed zijn door social media en hun vriendengroep. Deze hypothese behoeft wel nader onderzoek.

Toen psycholoog Lisa Littman vorig jaar in *PLOS ONE* een onderzoek publiceerde waarin ze stelde dat social media en de invloed van peers kunnen leiden tot een 'cluster outbreak' van genderdysforie, kreeg ze een stortvloed aan kritiek over zich heen. Haar concept *Rapid Onset Gender Dysphoria* (ROGD) zou zeer twijfelachtig zijn. Nu, een half jaar later, komt *PLOS*

ONE met een revisie van het originele gewraakte artikel. Daarin zijn woorden als 'cluster outbreak' verdwenen, wordt meer tekst en uitleg gegeven over de dataverzameling en wordt gesteld dat ROGD als aandoening inderdaad nog niet klinisch gevalideerd is. Maar aan de conclusies van het oorspronkelijke onderzoek, uitgevoerd bij 256 ouders, wordt niet getornd. Bij jongeren, vooral meisjes, lijkt onvrede met de eigen gender wel degelijk plotseling te kunnen ontstaan.

Vraag is waardoor die onvrede veroorzaakt wordt. Zo maakt volgens

86% van de ouders hun kind deel uit van een vriendengroep met daarin minstens één genderdysfoor kind en/of zat hun kind meer op social media voorafgaand aan de coming out. Identificatie met een genderdysfoor identiteit zou ook een ongezond coping-mechanisme kunnen zijn. Dat moet allemaal nog nader onderzocht worden, benadrukt *PLOS ONE*: het eerste artikel was exploratief en hypothese-genererend van aard. (ID)

Bron: Littman, L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*, 19 maart 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>

PERCEPTIE VAN INVLOED

KANS OP PTSS NA TRAUMA

Als kinderen iets traumatisch meemaken, verwerken ze dat doorgaans op een natuurlijke manier en zonder professionele hulp. Soms echter leidt zo'n trauma tot een post-traumatische stressstoornis die jaren aanhoudt.

Onderzoekers aan de University of East Anglia in het Britse Norwich vroegen zich af hoe dat verschil in reactie te verklaren is en concluderen dat kinderen die hun aanvankelijke stressreacties als abnormaal beschouwen meer kans hebben een PTSS te ontwikkelen. Zij interviewden tweehonderd getraumatiseerde kinderen tussen acht en zeventien jaar en testten hen op PTSS-symptomen zoals nachtmerries, angst

en herbeleving. Ze deden dat tussen twee en vier weken na de traumatische gebeurtenis en opnieuw na twee maanden.

Op grond van de uitkomsten daarvan verdeelden ze de kinderen in drie groepen: 'veerkrachtige kinderen' hadden op geen van beide meetmomenten stressverschijnselen, 'herstellende kinderen' – de grootste groep – alleen bij de eerste meting en 'volhardende kinderen' op beide momenten. Van deze laatste groep stelden de onderzoekers vast dat zij veel sterker dan de kinderen uit de 'herstelgroep' geneigd waren te reflecteren op hun stressreacties en die als negatief en abnormaal te beoordelen. Terwijl de stress die ze aanvankelijk ervoeren een gezonde reactie op een

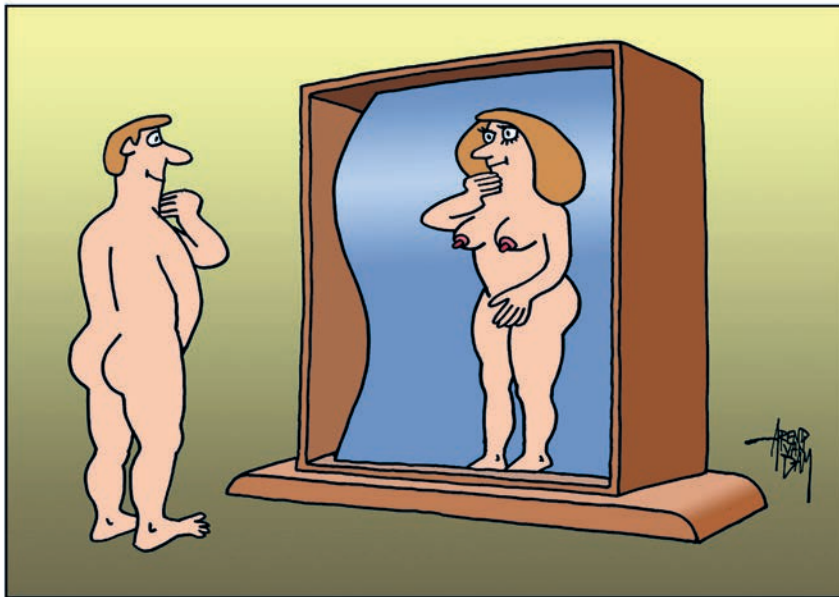
abnormale situatie is, meenden zij dat die bewees dat er iets ernstig mis was met ze.

Kinderen die goed herstelden, lieten zich niet of nauwelijks hinderen door hun stressreactie en besteedden er minder aandacht aan. Factoren als sociale steun, ernst van eventuele verwondingen en pijn bleken niet voorspellend te zijn bij het ontwikkelen van een PTSS. (EdJ)

Bron: Meiser-Stedman, R. et al. (2019). A core role for cognitive processes in the acute onset and maintenance of post-traumatic stress in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi.org/10.1111/jcpp.13054

SCHAP

GENDERVERANDERING



NEW PUBLIC MANAGEMENT

HELDERE DOELSTELLINGEN MOTIVEREN

Wie als leidinggevende in de publieke sector zijn personeel tot grote prestaties wil verleiden, moet resultaten centraal stellen. En sturen op cultuur.

Resultaatgericht management heeft een positief effect op de verrichtingen van medewerkers in de publieke sector. Dat stellen onderzoekers aan de RUG en de IE University Madrid. Zij baseren hun conclusie op een onderzoek bij 105 Nederlandse gemeenten en wel onder ambtenaren van de afdelingen Burgerzaken aldaar. Als managers van deze afdelingen heldere resultaatafspraken maken met hun personeel – denk aan productiecijfers, klantbeoordelingen en specifieke kwaliteitseisen – en die

resultaten ook monitoren, heeft dat een positief effect op de extrinsieke motivatie van de medewerkers en leidt dat tot verbeterde prestaties. Intrinsieke motivatie zou juist positief te beïnvloeden zijn met cultuuraspecten als gemeenschappelijke doelen, zelfstandigheid en ontwikkelmogelijkheden voor medewerkers in de vorm van trainingen en cursussen.

De onderzoekers zien hun resultaten als support voor *New Public Management*. Verdedigers van die managementfilosofie vinden dat men in de publieke sector, net als bij winstgeoriënteerde organisaties, moet denken in termen van producten en klanten en dat men zuinigheid, doelmatigheid en doeltreffendheid als basiswaarden dient te

omarmen. Dit onderzoek bij gemeentes zou uitwijzen dat de publieke sector inderdaad floreert bij zo'n bedrijfsmatige aanpak. Enkel focussen op resultaten is echter onvoldoende; als aandacht voor een goede bedrijfscultuur achterwege blijft, kan dat de positieve effecten van resultaatgerichtheid weer tenietdoen. (EdJ)

Bron: Van der Kolk, B. et al. (2018). The Impact of Management Control on Employee Motivation and Performance in the Public Sector. *European Accounting Review*. doi.org/10.1080/09638180.2018.1553728

PROMOTIES

OP WEG NAAR NUL ZELFDODINGEN

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat verhoging van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor suïcidale mensen tot minder suïcides leidt. Het ongefundeerde idee dat suïcides uiteindelijk niet te voorkómen zijn, heeft het verbeteren van de suïcidepreventie lang in de weg gestaan. Psychiater Jan Mokkenstorm laat in zijn proefschrift zien dat hier in de afgelopen tien jaar bescheiden verandering is gekomen. Mokkenstorm beschrijft het proces en de uitkomsten van twee strategieën die hieraan een bijdrage hebben geleverd. Ook geeft hij antwoord op de vraag hoe rationeel het is om de verbetering van de zorg voor suïcidale mensen te versnellen met een ambitieuze Zero Suicide-benadering.

Jan Mokkenstorm, *On the road to zero suicides: Implementation studies*. Vrije Universiteit Amsterdam, 8 maart 2019. Promotoren prof.dr. J.H. Smit, prof.dr. A.J.F.M. Kerkhof, prof.dr. A.T.F. Beekman

BESTE MANIER OM DYSLEXIE VAST TE STELLEN

Wat is de beste methode om dyslexie te diagnosticeren en hoe kunnen bestaande methodes verbeterd worden? Deze vragen staan centraal in het proefschrift van Peter Tamboer. Het stellen van een diagnose dyslexie wordt bemoeilijkt door de vraag wat dyslexie is en waardoor het wordt veroorzaakt. Daarover bestaat weinig consensus. De enige consensus is dat dyslexie erfelijk is en dat het allerlei effecten heeft op het aanleren en gebruiken van geschreven taal. Tamboer neemt geen standpunt in over de aard en oorzaak van dyslexie. Een belangrijk uitgangspunt is wel dat de studie van diagnostiek mogelijk kan bijdragen aan theoretische inzichten, en daarmee weer aan het verbeteren van diagnostiek.

Peter Tamboer, *Dyslexia. From Diagnoses to Theory*. Universiteit van Amsterdam, 21 maart 2019. (Co-)promotoren prof.dr. J.F.J. Oort, prof. dr. P.F. de Jong, dr. H.S. Scholte

PATIËNTGERELATEERDE FACTOREN EN BARIATRISCHE CHIRURGIE

Voor personen met morbide obesitas is bariatrische chirurgie (de chirurgie die tot doel heeft gewicht te verminderen) de beste behandeling. Bij 20-30% van de bariatrische patiënten is er echter onvoldoende gewichtsverlies of zelfs gewichtstoename na operatie. Niet goed bekend is of patiëntgerelateerde (fysieke en psychische) factoren dit beïnvloeden. Valerie Monpellier toont in haar proefschrift aan dat preoperatieve patiëntgerelateerde factoren niet voorspellend zijn voor de mate van gewichtsverlies na bariatrische chirurgie. Bovendien blijkt huidoverschot een groot probleem in de post-bariatrische populatie. Patiëntgerelateerde factoren zijn dus heel belangrijk bij patiënten na bariatrische chirurgie en hieraan zou meer aandacht besteed moeten worden. Deze factoren zullen ook deels moeten worden meegenomen bij de beoordeling voor vergoeding van plastische chirurgie bij huidoverschot.

Valerie Monpellier, *When surgery alone won't cut it; Physical and psychological influences on weight loss after bariatric surgery*. Maastricht University, 22 maart 2019. (Co-)promotoren prof.dr. A.T.M. Jansen, dr. E.E. Antoniou, dr. A.B. Mink van der Molen

Darya Moghimi, *The Role of Selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Successful (Daily) Life Management*. Rijksuniversiteit Groningen, 7 maart 2019. (Co-)promotoren prof.dr. N. van Yperen, prof. dr. S. Scheibe, dr. H. Zacher

Ingrid van der Bij-de Puij, *De rol van de Groningse kinderrechter bij ondertoezichtstelling 1922-1995*. Rijksuniversiteit Groningen, 18 maart 2019. (Co-)promotoren prof.dr. J.J.H. Dekker, prof. dr. T. Zandberg, prof. dr. H.W. van Essen

Peter Kruijthoff, *Loopbaanadvisering een vak apart: op weg naar een professie?* Maastricht University, 29 maart 2019. (Co-)promotoren prof.dr. A. de Grip, prof.dr. T.A.M.J. van Amelsvoort, dr. S. Schinkel

Karin Gerritsen-van Leeuwenkamp, *Assessment quality in higher education: students' perspectives in relation to their learning*. Open Universiteit, 22 maart 2019. (Co-)promotoren prof.dr. L. Kester, dr. D. Joosten-ten Brinke

Linda Dekker, *Tackling Teenage: Psychosexual functioning in adolescents with autism spectrum disorder (ASD)*. Erasmus Universiteit, 18 april 2019. (Co-)promotoren prof.dr. F.C. Verhulst, dr. K. Graeves-Lord

DE STREPEN OP MIJN MUUR

Verwachtingsvol stak ik mijn hoofd om de hoek. De uren daarvoor had ik ontzettend mijn best gedaan op het schilderen van de muur van de eetkamer. Eerst hier en daar de muur afschuren, daarna schoongemaakt en zelfs nog nagewreven met een droge theedoek, geen pluisje mocht onontdekt blijven. Daarna zo precies mogelijk de randen afgeplakt. En toen: twee lagen verf. Snel doorrollen, zorgen dat de banen verf netjes over elkaar lopen om een egale muur te krijgen. Mijn dochter (7) vond dit zo'n heuglijk moment dat ze het filmde met haar iPad, wel nog even vragend waarom papa dit niet deed. Mijn antwoord: "Omdat mama dit veel beter kan dan papa". Zo, even een puntje gescoord namens de feministische medemens.

En toen stak ik dus mijn hoofd om de hoek om het resultaat van mijn harde werken te aanschouwen. Het werd een deceptie. Vanuit een bepaalde hoek zag ik – ondanks al mijn voorzorgsmaatregelen – hier en daar strepen op mijn muur. Eenmaal gezien, waren die het enige dat ik nog zag. Het viel me niet op dat de kleur echt prachtig staat bij de eettafel en stoelen. Ik zag niet hoe ontzettend netjes de meeste randen waren geworden. En ik was al helemaal niet trots op mezelf. Sterker nog, ik hoorde een heel bekend stemmetje zeggen: "Sukkel, kan je dit ook weer niet?!" Ik schrok er eerlijk gezegd een beetje van: wat onaardig, zo zou ik nooit tegen een ander praten.

De innerlijke criticus. Als ik geld zou krijgen voor iedere keer dat deze criticus ten tonele verschijnt, dan had ik die cabrio en dat appartement in Amsterdam tien jaar geleden al kunnen kopen. Iedereen heeft in min of meerdere mate zo'n stemmetje, de boodschap kan per persoon zeer verschillend zijn. De algemene boodschap van mijn innerlijke criticus is vrij duidelijk: niet goed genoeg, want alles – ja, echt alles! – moet perfect zijn. Niet heel vreemd dat ik een burn-out heb gehad, want tja, het is natuurlijk onmogelijk om alles perfect te doen, maar een rasechte perfectionist zal dat zeker wel proberen. Burn-out is de prijs die je daarvoor betaalt.

Is er iets mis met perfectionisme? Ergens niet: het is op zich niet verkeerd om het beste uit jezelf te willen halen, om geen genoegen te nemen met middelmatige prestaties, en oog te hebben voor detail. Maar het wordt belemmerend als perfectionisme niet kan bestaan naast trots zijn op wat je hebt bereikt, en kunnen omarmen en proberen te leren van wat er misging. Perfectionisme als de enige zoomlens op je levenscamera, waardoor je alleen maar ziet wat er niet goed is, dat is geen recept voor een geweldig leven.

De strepen op mijn muur zijn als de krasjes op mijn ziel, de breuklijntjes in mijn hart, de 1.75 meter die ik niet ben, en de sereniteit die ik niet bezit. Ik kijk tijdens het schrijven van deze column nog maar eens naar de beruchte muur: wat een mooie kleur zeg! Mocht u aankomend weekend niets te doen hebben, ik kan klussen in huis van harte aanraden, niet alleen uw huis wordt er mooier van.



Angélique Cramer

Dr. Angélique Cramer is Universitair Hoofddocent en verbonden aan de Afdeling Methodologie en Statistiek van Tilburg University. Zij is lid van de Jonge Akademie. E-mail: aoj.cramer@gmail.com

FOTO: STIJN RADEMAKER

De laatste jaren is er meer aandacht voor seksuele identiteit en genderidentiteit in de maatschappij, media en wetenschap. Maar waar staan gender en toegewezen sekse voor? Hoe ervaren mensen hun seksuele of genderdiversiteit? Daphne Raaijmakers c.s. bieden een overzicht van begrippen en huidige wetenschappelijke inzichten. ‘Wij pleiten voor een open houding ten aanzien van diversiteit op het vlak van seksualiteit en genderbeleving, maar het is belangrijk om zorgvuldig en methodisch te blijven handelen als professional.’

EEN INTRODUCTIE

SEKSUELE IDENTITEIT EN GENDER- IDENTITEIT

M/V/X/Y: OVER BIOLOGIE Laten we beginnen met de verschillen tussen sekse en gender. *Sekse* wordt gebruikt om verschillen in fysieke (bijvoorbeeld de geslachtsorganen) en genetische karakteristieken (zoals de geslachtschromosomen, XX voor een vrouw en XY voor een man) aan te geven. Geslachtschromosomen zorgen ervoor dat de ontwikkeling van de geslachtsorganen een bepaalde richting op gaan. Dit leidt tot sekseverschillen in de productie van verschillende geslachtshormonen. De prenatale sekseverschillen in niveaus van geslachtshormonen zijn verantwoordelijk voor de fysieke ontwikkelingen van de geslachtsorganen en na de geboorte ook voor de ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken. Gebaseerd op deze karakteristieken wordt bij de geboorte de toegewezen of toegekende sekse aangegeven: iemand is een meisje/vrouw of een jongen/man.

De binaire verdeling die wordt gebruikt in de medische wereld, is niet altijd voldoende. Het is ook mogelijk om geboren te worden met geslachtsorganen waarbij het niet duidelijk is wat de toegewezen sekse zou zijn en waarbij sprake is van een *intersekse-aandoening* (ook wel DSD-aandoeningen genoemd naar disorder/differences in sexual development). Een intersekse-aandoening waarbij het niet duidelijk is wat de toegewezen sekse zou zijn (ambigue genitaal), komt bij ongeveer 1 op de 4.500-5.500 mensen voor (Cyberpoli: Intersekse en DSD, z.d.; Lee et al., 2016). Alle

DSD-aandoeningen, inclusief de aandoeningen waarbij toegewezen sekse wel duidelijk zou zijn, komt voor bij 1 op de 200-300 mensen.

Een aantal voorbeelden van DSD-aandoeningen zijn:

- Adrenogenitaal Syndroom (AGS), waarbij de bijnier te weinig cortisol en te veel testosteron aanmaakt. Deze aandoening komt bij 1 op de 20.000 meisjes (XX) voor. Bij meisjes met deze conditie kunnen geslachtsorganen bij de geboorte er daardoor, deels of volledig, mannelijk uitzien (Lee et al., 2016). Recentelijk zijn de internationale richtlijnen bijgewerkt en daarin wordt ook de nadruk gelegd op de nodige psychische hulpverlening (Lee et al., 2016; Speiser et al., 2018);
- Bij het Androgeen Ongevoeligheidssyndroom werkt de receptor waar testosteron aan bindt niet goed, waardoor testosteron geen of maar gedeeltelijk effect heeft op de lichamelijke ontwikkeling. Deze personen zijn genetisch mannelijk (XY), maar door de verminderd functionerende receptor zien de geslachtsorganen er minder mannelijk en/of vrouwelijker uit. Het Complete Androgeen Ongevoeligheidssyndroom (testosteron heeft geen enkele invloed op de ontwikkeling) komt voor bij 1 op de 20.000-64.000 genetische mannen, maar het is niet bekend wat de prevalentie is voor het syndroom waarbij de testosteronreceptor gedeeltelijk werkt (Mendoza &

Motos, 2013). Aandacht voor het psychisch welzijn bij en na de diagnose wordt ook bij mensen met deze aandoening benadrukt (Chen et al., 2015);

- Mensen kunnen ook meer dan twee geslachtschromosomen hebben. Bij het Syndroom van Klinefelter (1 op de 500-1.000 mensen) hebben mensen bijvoorbeeld niet twee geslachtschromosomen maar drie; twee X-chromosomen en één Y-chromosoom (Lee et al., 2016). Er zijn meerdere variaties in geslachtschromosomen mogelijk, zoals bij het Syndroom van Turner (Xo; alleen één X-chromosoom), en andere variaties (XYY, XXX, etc.) zonder specifieke naam. Er zijn verschillen gemeten in de fysieke en cognitieve ontwikkeling van deze personen (Green et al., 2018).

Bij het Syndroom van Klinefelter hebben mensen niet twee geslachtschromosomen maar drie

We zullen hier niet ingaan op de diagnose of behandeling van mensen met deze condities. Het is wel belangrijk om aan te geven dat, op basis van de huidige inzichten, eventuele operaties bij deze individuen alleen worden uitgevoerd als er ernstige medische problemen zijn zoals urineweginfecties of als de urine niet goed kan weglopen (Cyberpoli: Intersekse en DSD, z.d.). De beslissing over de toegewezen sekse en de genderidentiteit speelt hierbij natuurlijk ook een grote rol (zie de paragraaf over genderdysforie later in dit artikel).

MANNELIJKE EN VROUWELIJKE BREINEN: VENUS EN MARS? Geslachtschromosomen en -hormonen hebben niet alleen effect op de ontwikkeling van de geslachtsorganen maar ook op de ontwikkeling van de hersenen. Sommige gebieden in de hersenen worden meer dan andere beïnvloed door geslachtshormonen en -chromosomen (Goddings et al., 2014; Raznahan et al., 2016; Wierenga et al., 2014). In verschillende studies is onderzocht of er gemiddelde structurele verschillen (zoals totale of lokale verschillen in hersenvolume) te vinden zijn in de hersenen van mannen en vrouwen. Deze studies nemen ervaren gender vaak niet mee in hun

analyse en kijken dus alleen naar de verschillen op basis van toegewezen sekse. De resultaten van deze studies geven nog geen eenduidig beeld, maar tonen een aantal gemiddelde verschillen aan (Ritchie et al., 2018; Ruigrok et al., 2014). Zo is gevonden dat de individuele verschillen vaak groter zijn dan gemiddelde verschillen tussen mannen en vrouwen.

Het is niet onderzocht hoe gender bijdraagt aan de ontwikkeling van de hersenen. Hier zullen wij verder niet op ingaan, maar we verwijzen de lezer naar een recente discussie waar een model is opgesteld dat tracht uit te leggen hoe biologische sekseverschillen en interacties met de omgeving (inclusief identiteit en gender) invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van sekseverschillen in de hersenen (Joel & McCarthy, 2017).

GENDER Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie (World Health Organization (WHO), 2018) is *gender* een sociaal-cultureel concept gebaseerd op de verdeling mannelijk en vrouwelijk. Gender beschrijft bijvoorbeeld hoe het gedrag, de normen en waarden, relaties en de kleding of het kapsel binnen de vrouwelijke of mannelijke categorieën vallen. Deze karakteristieken zullen cultureel gezien niet altijd binnen dezelfde binaire (tweedelige) categorie vallen; traditionele klederdracht zoals de Schotse kilt is hiervan een voorbeeld.

De voornoemde karakteristieken zijn gebaseerd op de expressie van gender, zoals het gedrag en uiterlijk. Dit is natuurlijk deels gebaseerd op hoe iemand zich identificeert met een bepaald gender en hoe dit past in de sociaal-culturele omgeving van die persoon. Net zoals bij de fysieke verschillen is ook de binaire verdeling van het concept gender in opspraak. Tegenwoordig wordt er vooral gesproken over een genderspectrum, waarbij identiteit en expressie niet meer in mannelijke of vrouwelijke hokjes vallen maar ook non-binair kunnen zijn (Gender Spectrum, 2018).

Tabel 1 geeft een overzicht van de verschillende begrippen om *gendervariantie* en *genderdysforie* te beschrijven.

SEKSUELE ORIËNTATIE

Waar genderidentiteit gaat over hoe iemand zichzelf ziet en voelt in verhouding tot de eigen sekse en genderrollen die gelden op een specifieke plaats en tijd, gaat seksuele oriëntatie over aantrekking en opwinding.

Seksuele oriëntatie is een overkoepelende term die verwijst naar de relatieve seksuele aantrekking ten aanzien van mensen van hetzelfde, het andere of beide geslachten en/of gender. Dit kan zich uiten in verschillende vormen van *seksueel gedrag* en kan samengaan, hoewel niet noodzakelijk,

TABEL 1. BEGRIPPEN BIJ GENDERVARIANTIE EN GENDERDYSFORIE

BEGRIJP	DEFINITIE
Sekse Geboortegeslacht	Toegewezen gender bij de geboorte, meestal gebaseerd op fysieke eigenschappen (genitalia etc.).
Genderidentiteit Ervaren gender	Iemands persoonlijke beleving van gender.
Genderincongruentie	Iemands genderidentiteit komt niet (helemaal) overeen met het toegewezen gender bij de geboorte.
Genderrol	Een eigenschap of sociale rol die door een bepaalde cultuur als 'mannelijk' of 'vrouwelijk' wordt benoemd.
Genderexpressie	De uiterlijke presentatie van genderidentiteit – bijvoorbeeld kleding, kapsel en hobby's.
Genderdysforie	Het diepe gevoel van onbehagen dat iemand ervaart als de ervaren genderidentiteit niet overeenkomt met het toegewezen gender bij de geboorte. Daarnaast de classificatieterm die wordt gebruikt in de DSM-5. Niet alle personen met een incongruente genderidentiteit zullen dysforie ervaren.
Cisgender	Personen bij wie het ervaren gender congruent is met het toegewezen gender bij de geboorte.
Transgender	De genderidentiteit is incongruent met het toegewezen gender bij de geboorte. Deze term wordt vaak gebruikt als een verzamelnaam voor personen met elke genderidentiteit anders dan cisgender.
Transseksueel	Een vroeger veelgebruikte term voor personen die een medische behandeling wilden om hun fysieke eigenschappen in overeenkomst te brengen met hun genderidentiteit. Tegenwoordig een term die niet meer geprefereerd wordt.
Transvrouw	Een transgenderpersoon die zich identificeert met een vrouwelijke genderidentiteit met meestal een mannelijk geboortegeslacht.
Transman	Een transgender persoon die zich identificeert met een mannelijke genderidentiteit met meestal een vrouwelijk geboortegeslacht.
Gendervariantie Gendernonconformiteit	Variatie van ontwikkelingsnormen in genderrolgedrag die kan worden beschouwd als niet-stereotiep behorend tot het gender dat bij de geboorte is toegewezen. Dit kan bijvoorbeeld omvatten dat iemand zich als beide genders identificeert maar ook dat iemand zich identificeert op het binaire genderspectrum (man of vrouw).
Non-binaire genderidentiteit	Een persoon die zich niet thuis voelt in de binaire categorieën man of vrouw, maar zich beter voelt bij een non-binaire genderidentiteit. Hieronder valt ook wel genderqueer, genderfluide en a-gender (zie onder).
Genderqueer	Genderidentiteiten die niet worden ervaren als exclusief mannelijk of vrouwelijk.
Genderfluide	Het wisselen tussen genderidentiteiten.
A-gender	Iemand die zich als man noch als vrouw identificeert.
Genderbevestigende behandeling	Verwijst naar behandelingen gericht op het ondersteunen van iemands genderidentiteit. Dit kan betrekking hebben op psychologische ondersteuning, medische behandeling en juridische aspecten van zorg.
Exploratie van de genderidentiteit	Proces waarbij verschillende vormen van genderidentiteit worden geëxploreerd om te kijken waar iemand zich het meest thuis bij voelt.
Travestie Crossdressing	Het gekleed gaan als iemand van de andere sekse. Dit komt zowel voor bij personen met een vrouwelijke als mannelijk toegewezen gender bij de geboorte.

Seksuele identiteit verwijst naar hoe iemand over zichzelf denkt als seksueel wezen en dat al dan niet deelt met zijn of haar omgeving

met het aannemen van een *seksuele identiteit*. Soms wordt hierbij nog verwezen naar *seksuele opwindning*, *fantasieën* en *romantische relaties* als te onderscheiden aspecten. Deze verschillende aspecten worden nu verder toegelicht.

SEKSUELE AANTREKKING Seksuele aantrekkling verwijst naar de mate waarin iemands seksuele fantasieën, seksuele opwindning en seksueel verlangen gericht zijn op één, beide of geen van beide geslachten (Rosario & Schrimshaw, 2014). Mannen en vrouwen die zich aangetrokken voelen tot iemand van hetzelfde geslacht vormen een minderheid, waarbij meer vrouwen aantrekkling tot beide geslachten rapporteren dan mannen (Bailey et al., 2016). In de wetenschap is er discussie over wat de beste manier is om seksuele aantrekkling te meten. Dit kan bijvoorbeeld door zelfrapportage op vragenlijsten (ik voel me aangetrokken tot...) of op basis van fysiologische reacties (bv. verwijding van de pupillen of doorbloeding van de genitalia bij het zien van naaktplaatjes). Als mensen open durven te zijn over hun seksuele aantrekkling, dan lijkt de mate van overeenstemming tussen deze verschillende metingen groot (Bailey et al., 2016). Er zijn voorbeelden van situaties waarin mensen zich niet durven uitspreken over hun aantrekkling (bijvoorbeeld door angst voor de reacties van de omgeving) of het moeilijk vinden om dit bij zichzelf te herkennen.

Er is ook discussie over of een *categoriale* dan wel *continue benadering* het beste de seksuele oriëntatie weergeeft (Pega et al., 2013). Bij de categoriale benadering wordt meestal onderscheid gemaakt tussen drie categorieën: aantrekkling tot iemand van (1) hetzelfde (homoseksueel/niet-heteroseksueel), (2) het andere (heteroseksueel), of (3) beide geslachten (biseksueel/niet-heteroseksueel). Daarnaast worden de categorieën androfiel en gynefiel gebruikt (Bailey et al., 2016). *Androfiel* zijn mensen die seksuele aantrekkling voelen tot mannen. *Gynefiel* mensen voelen seksuele aantrekkling tot vrouwen. *Biseksualiteit* of *ambifilie* verwijst naar het voelen van seksuele aantrekkling ten aanzien van beide geslachten, waarbij de mate van aantrekkling tot één van beide nog kan variëren. *Aseksualiteit* verwijst naar het niet of weinig ervaren

van seksuele aantrekkling, wat niet hoeft te betekenen dat deze personen geen seksuele opwindning ervaren.

Onderzoek wijst erop dat mensen zich meer herkennen in tussenliggende categorieën zoals 'overwegend homoseksueel'. Dit pleit dan weer voor seksuele oriëntatie als een continuüm-benadering met twee assen (mannen, vrouwen) die variëren van 'ik voel me helemaal niet aangetrokken' tot 'ik voel me zeer sterk aangetrokken' (Rosario & Schrimshaw, 2014; Savin-Williams, 2016).

ATYPISCHE INTERESSES Niet iedereen voelt zich (enkel) aangetrokken tot mensen, of tot mensen van ongeveer dezelfde leeftijd. *Parafilieën* verwijzen naar het voelen van seksuele opwindning gerelateerd aan atypische prikkels en wijken soms af van de heersende norm (Kleinplatz & Diamond, 2014). Parafilieën kunnen soms atypisch en onschadelijk zijn (bv. fetisjisme of het voelen van aantrekkling ten aanzien van specifieke materialen of voorwerpen zoals leer of ballonnen), met wederzijdse instemming plaatsvinden (bv. BDSM: Bondage en Disciplineren – Dominantie en Submissie – Sadisme en Masochisme), maar kunnen ook maatschappelijk onaanvaardbaar en strafbaar zijn (bv. pedofilie en zoöfilie).

SEKSUEEL GEDRAG *Seksueel gedrag* verwijst naar het al dan niet hebben van alle mogelijke seksuele interacties tussen mensen van hetzelfde of een verschillend geslacht, maar ook naar solo-seksuele handelingen (bv. masturberen). Seksueel gedrag verwijst niet enkel en niet noodzakelijk naar penetratie of genitaal contact maar ook naar ander stimulerend seksueel gedrag zoals zoenen en strelen. Seksueel gedrag komt vaak overeen met iemands seksuele aantrekkling, maar dat hoeft niet altijd zo te zijn. Ook andere factoren kunnen van invloed zijn op seksueel gedrag zoals leeftijdsgebonden experimenteren, de beschikbaarheid van een partner, en maatschappelijke of religieuze bepalingen (Rosario & Schrimshaw, 2014).

SEKSUELE IDENTITEIT *Seksuele identiteit* verwijst naar hoe iemand over zichzelf denkt (zelfbeeld) als seksueel wezen

en dat al dan niet deelt met zijn of haar omgeving. Sommige mensen identificeren zich met een bepaald label, terwijl anderen dat niet doen. In Vlaanderen wordt vaak verwezen naar *holebi's* (homo, lesbienne of biseksueel), waar in Nederland van *LHBT+* of *LGBT+* wordt gesproken (lesbienne, homo/gay, biseksueel, transgender, waarbij de laatste term niet verwijst naar een seksuele identiteit maar naar genderidentiteit). Het plusteken kan verwijzen naar andere mogelijkheden. Soms wordt daar bijvoorbeeld nog Intersekse aan toegevoegd, *In dubio* of *Questioning* (twijfelend, zoekend) of *Queer*. Deze laatste term wordt gebruikt als alternatief voor of verzet tegen de beperkende labels als homo- en heteroseksueel (oftewel het hokjes-denken) en wordt voornamelijk gedragen door mensen met een niet-heteroseksuele oriëntatie en/of gendervariantie. In het geval van gendervariantie of gendernonconformiteit spreekt men dan van genderqueer (zie tabel 1).

Eerder werd ook al asexualiteit benoemd als het niet ervaren van seksueel verlangen. Daarnaast bestaan tal van andere begrippen die verwijzen naar mogelijke seksuele identiteiten zoals *panseksueel* (aantrekking voelen tot iemand los van geslacht en gender), *gray/grey* (iemand die zich enkel of vooral seksueel opgewonden voelt in specifieke situaties of bij specifieke personen), en *demiseksueel* (iemand die enkel seksuele opwindning ervaart na het aangaan van een emotionele band). Mensen kunnen zich identificeren met een bepaalde omschrijving en met de beeldvorming rond de groep mensen die zich zo identificeert, in hun privé sfeer en uit de kast komen in verschillende contexten.

Gender en genderidentiteit verwijzen, zoals boven besproken, dus niet naar seksuele oriëntatie maar zijn er ook niet helemaal los van te zien (Bailey et al., 2016). Hoe we ons gender ervaren vormt mogelijk een kader voor onze seksuele oriëntatie en identiteit, bijvoorbeeld: 'Ik identificeer me als jongen die zich aangetrokken voelt tot jongens, en ben gay'. Dit staat los van toegewezen sekse. Daarnaast toont onderzoek aan dat gendernonconformiteit op jonge leeftijd een voorspeller is om je op latere leeftijd als niet-heteroseksueel te identificeren en vertonen sommige niet-heteroseksuele mensen een andere genderexpressie en gendernonconform gedrag, zonder dat ze echter twijfelen over of ongelukkig zijn met hun genderidentiteit (zie verder; Bailey et al., 2016).

PREVALENTIE Prevalentiecijfers over seksuele oriëntatie verschillen afhankelijk van de definitie die onderzoekers gebruiken, de meetinstrumenten en deelnemers aan de onderzoeken. In het onderzoek naar de seksuele gezondheid

van volwassenen in Nederland (De Graaf & Wijsen, 2017) gaf 3% van de mannen en 2% van de vrouwen aan zich enkel aangetrokken te voelen tot hetzelfde geslacht. Van de mannen voelt 92% zich seksueel aangetrokken tot iemand van het andere geslacht, bij vrouwen is dat 88%. Net iets meer mannen rapporteren dat ze ooit (8%) of in de voorbije zes maanden (4%) seksueel contact hebben gehad met een man. Onder vrouwen heeft 10% ooit seks gehad met een andere vrouw, waarvan 2% in de voorbije zes maanden. Bij navraag naar seksuele identiteit identificeerde 92% van de mannen en 94% van de vrouwen zich als hetero. In dit onderzoek gaf tot 4.4% van de mannen en 2.3% van de vrouwen een atypische seksuele interesse aan, die 3% van de mannen en bijna 1% van de vrouwen ook in de praktijk bracht.

SEKSUELE AANTREKKING, GEDRAG EN IDENTITEIT

Seksuele aantrekking, gedrag en identiteit kunnen met elkaar overlappen, hoewel dit niet noodzakelijk is (Pega et al., 2013). Iemand kan bijvoorbeeld seksuele aantrekking ervaren ten aanzien van iemand van hetzelfde geslacht, maar er om verschillende redenen niet naar handelen – bijvoorbeeld vanwege geloofsovertuiging of uit angst voor uitsluiting. Mensen die seks hebben met iemand van hetzelfde geslacht, identificeren zich ook niet noodzakelijk als homoseksueel – bijvoorbeeld omdat ze het als een experiment ervoeren of als losse seks. Iemand kan een fijne heteroseksuele relatie hebben en zich ook af en toe aangetrokken voelen tot iemand van hetzelfde geslacht zonder te twijfelen over zijn of haar heteroseksuele identiteit. Iemand kan zich ook platonisch aangetrokken voelen tot hetzelfde geslacht en daarbij iemand fysiek aantrekkelijk vinden, genieten van nabijheid, maar zonder behoefte aan seksueel contact (Savin-Williams, 2017).

Seksuele oriëntatie lijkt bij sommige mensen ook te veranderen of evolueren (Bailey et al. 2016; Rosario & Schrimshaw, 2014). Er is recentelijk meer aandacht voor *seksuele fluiditeit* als verandering in aantrekking, gedrag en/of identiteit door de tijd heen of binnen verschillende sociale contexten.

Een andere dimensie is de *romantische* of *relationele oriëntatie* (Savin-Williams, 2016): bij wie voelen mensen zich meestal veilig en gehecht en met wie gaan ze meestal relaties aan? Dit gebeurt soms op vergelijkbare wijze als op seksueel gebied en hoeft, opnieuw, niet helemaal te overlappen met de seksuele oriëntatie. Een voorbeeld hiervan zijn mensen die zich identificeren als *aromantisch* (iemand die geen behoefte heeft aan een romantische relatie).

Sommige concepten die een vanzelfsprekend onderdeel zijn geworden van ons dagelijks taalgebruik, zijn niet universeel. Een voorbeeld is dat, hoewel seksuele contacten tussen volwassenen van hetzelfde geslacht in verschillende culturen en in de loop van de geschiedenis voorkomen, het concept homoseksualiteit niet overal gangbaar is of vergelijkbaar wordt ingevuld (Bailey et al., 2016).

Recent is er meer aandacht voor seksualiteit bij mensen met specifieke kenmerken zoals autisme. Vergeleken met volwassenen zonder autisme rapporteerden relatief meer volwassen mannen en vrouwen met autisme een niet-heteroseksuele oriëntatie (Dewinter, De Graaf & Begeer, 2017) en meer atypische seksuele interesses zoals voyeurisme (Schöttle et al., 2017). Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor deze samenhang, geen daarvan is voldoende onderbouwd.

GENDERDYSFORIE

De afgelopen jaren is er zowel bij kinderen, adolescenten als volwassenen een sterke toename van het aantal personen dat zich meldt bij de huisarts met een vraag voor verwijzing naar één van de genderklinieken in Nederland vanwege genderdysfore gevoelens (Wiepjes et al., 2018). Genderdysforie is het diepe gevoel van onbehagen dat iemand heeft als het ervaren gender en het toegewezen gender bij de geboorte niet overeenkomen. Vaak gaat dit samen met de wens om van het andere gender te zijn (American Psychiatric Association (APA), 2013). Genderdysforie is ook de term die wordt gebruikt in de DSM-5. Naast genderdysforie zijn er nog verschillende andere termen in omloop waarbij de meest gebruikte term 'transgender' is. Deze term wordt gebruikt als overkoepelende term voor allerlei vormen van gendervariantie (voor een overzicht van de meest voorkomende begrippen zie tabel 1).

Tot een aantal jaren terug werd gedacht dat genderdysforie vrij zeldzaam was (Zucker & Lawrence, 2009). Op basis van verzoeken om een medische genderbevestigende behandeling toonde een recente internationale meta-analyse echter een prevalentie aan van 4.6:100,000 bij volwassenen, (6.8:100,000 voor mensen die bij de geboorte het mannelijke gender hebben toegewezen gekregen en 2.6:100,000 voor mensen die bij de geboorte het vrouwelijke gender hebben toegewezen gekregen; Arcelus et al., 2016). Een Nederlands bevolkingsonderzoek liet zien dat meer mannen (1.1%) dan vrouwen (0.6%) een incongruente genderidentiteit hebben (Kuyper & Wijsen, 2014). Daarnaast rapporteerde 0.6% van de mannen en 0.2% van de vrouwen een incongruente genderidentiteit met onvrede met het eigen lichaam én een wens voor hormonen en/of operaties. De afgelopen jaren is het aantal toegewezen

vrouwen dat zich meldt bij genderklinieken toegenomen (Aitken et al., 2015). Het is nog onduidelijk hoe dit komt.

MOGELIJKE OORZAKEN De precieze oorzaak van genderdysforie is nog niet bekend. Waarschijnlijk spelen meerdere factoren een rol bij het ontstaan ervan. Studies bij tweelingen suggereren bijvoorbeeld een erfelijke component. Uit een grote Nederlandse studie met één- en twee-eiige tweelingen ($N = 23.393$) bleek dat genetische factoren tot 70% bijdragen aan cross-gender gedrag (Coolidge, Thede & Young, 2002). Ook psychosociale oorzaken, zoals socialisatie, kunnen een rol spelen. Hormoonspiegels tijdens de zwangerschap kunnen eveneens van invloed zijn. Uit sommige hersenonderzoeken blijkt dat bepaalde delen van de hersenen meer lijken op het ervaren gender dan op het toegewezen gender bij de geboorte (Zucker, Lawrence & Kreukels, 2016). Omdat andere studies dit weer tegenspreken, is nog veel onduidelijk. Meer onderzoek hierover zal duidelijkheid moeten geven.

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING Kinderen die zich aanmelden bij een genderkliniek hebben eerst gesprekken met psychologen en/of kinderpsychiaters om hun genderidentiteit en algemene ontwikkeling in kaart te brengen (De Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Genderbevestigende medische behandelingen worden niet bij kinderen uitgevoerd. Alhoewel het belangrijk is om kinderen met cross-gendergevoelens en gedrag te ondersteunen, blijkt dat bij een groot deel van de kinderen die zich aanmelden de wens voor behandeling in de puberteit verdwijnt (Ristori & Steensma, 2016).

Voor kinderen bij wie deze gevoelens in de adolescentie blijven bestaan, en voor adolescenten die zich aanmelden bij een genderkliniek, bestaat de genderbevestigende behandeling uit drie fases. In de eerste fase wordt de genderidentiteit in beeld gebracht samen met het algemeen psychosociaal functioneren. In deze diagnostische fase vinden nog geen medische interventies plaats (De Vries & Cohen-Kettenis, 2012). In de tweede fase kan de adolescent met genderdysforie in aanmerking komen voor remming van de puberteit door middel van 'gonadotropin-releasing hormone analogues' (GnRHa). Deze fase geeft de adolescent de tijd om de genderidentiteit en eventuele wensen voor genderbevestigende behandelingen verder te exploreren. De GnRHa remmen de puberteitsontwikkeling zodat de fysieke veranderingen die in de puberteit plaatsvinden, zoals het lager worden van de stem of borstgroei, stoppen. Hierdoor kan de adolescent zich ontwikkelen zonder de stress van het veranderende lichaam te ervaren. In de derde fase kunnen genderbevestigende

cross-sekse hormonen (CSH) worden verstrekt. Bij CSH-behandeling worden androgenen bij toegewezen vrouwen en oestrogenen bij toegewezen mannen gebruikt om de ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken van het ervaren gender te laten ontwikkelen (Cohen-Kettenis, Steensma & De Vries, 2011; De Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Cohen-Kettenis & Klink, 2015).

Bij volwassenen die zich aanmelden wordt na het diagnostische traject begonnen met genderbevestigende hormonen. Hierna kunnen, indien gewenst, ook genderbevestigende operaties volgen. Bij personen met een bij de geboorte toegewezen vrouwelijk gender kan een mastectomie (verwijdering van de borsten) plaatsvinden, een hysterectomie (verwijdering van de baarmoeder) en eventueel een metaïdoioplastiek of phalloplastiek. Bij een metaïdoioplastiekoperatie wordt met behulp van de vrouwelijk uitwendige geslachtsorganen een kleine penis gemaakt. Bij een phalloplastiekoperatie wordt met behulp van weefsel verkregen vanuit elders in het lichaam een penis gemaakt. Bij personen met een bij de geboorte toegewezen mannelijk gender wordt door een vaginaplastiekoperatie een vagina gemaakt. Het volledige behandeltraject neemt vaak een aantal jaren in beslag. Een toenemend aantal personen kiest niet meer voor alle behandelingen, zoals mensen met een non-binaire genderidentiteit (zie tabel 1). De behandelwens en individuele identiteit staan hierbij centraal. Uit vervolgonderzoek blijkt dat de meeste personen tevreden zijn met de behandeling, een goede kwaliteit van leven hebben en dat een genderbevestigende behandeling een behulpzame en goede behandeling is voor genderdysforie (Van de Grift et al., 2018).

PSYCHISCH WELZIJN BIJ SEKSUELE DIVERSITEIT EN GENDERVARIANTIE

In vergelijking met heteroseksuele en *cisgender* (personen bij wie het ervaren gender congruent is met het toegewezen gender) populaties, geven LHBT+'s gemiddeld meer en complexere psychische klachten aan (Becerra-Culqui et al., 2018; Dhejne et al., 2016; King et al., 2008). In vergelijking met de algemene bevolking rapporteren mensen die zich identificeren als LHBT meer depressie en angst, problematisch alcohol- en druggebruik (Gonzalez, Gallego & Bockting 2017; King et al., 2008) en een hoger risico op zelfbeschadiging, suïcidepogingen, en suïcide (Becerra-Culqui et al., 2018; Keuzekamp, 2012; King et al., 2008).

Er zijn een aantal hypothesen die het verhoogd voorkomen van psychische klachten bij LHBT+-jongeren en

volwassenen trachten te verklaren. Deze groepen hebben met elkaar gemeen dat zij soms veroordeeld worden door de maatschappij, wat ook wel publiek stigma genoemd wordt. De dominante normen en waarden die in de algehele maatschappij heersen, kunnen namelijk verschillen met de normen en waarden die in een minderheidsgroep voorkomen. Hierdoor kunnen gevoelens ontstaan van buitensluiting en veroordeling. Volgens het *minderhedenstressmodel* (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003) kan door stigmatisatie niet alleen de fysieke en mentale gezondheid direct nadelig beïnvloed worden, maar zou er ook een negatieve houding kunnen ontstaan ten opzichte van de eigen identiteit als zijnde niet-heteroseksueel of transgender. Deze negatieve houding, of zelfstigma, wordt respectievelijk geïnternaliseerde homofobie en transfbobie genoemd. In beide gevallen kan dit gepaard gaan met het verbergen van de seksualiteit en/of transgenderidentiteit, schaamte, lage eigenwaarde en zelfhaat (Bockting, 2015; Meyer, 2003). Het gevolg van deze publieke stigmatisatie en geïnternaliseerde negatieve houding ten opzichte van de eigen identiteit kan leiden tot verminderd psychisch welzijn van LHBT+'s (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003).

Verder hebben niet-heteroseksuele en transgender personen met elkaar gemeen dat zij beiden 'uit de kast' moeten komen. Dit betekent dat zij dit moeten vertellen aan hun naasten omdat niet-heteroseksualiteit en gendervariantie niet als normen worden gezien in de algemene bevolking. De coming-out wordt vaak als stressvolle periode ervaren waarin het belangrijk is om zelfacceptatie en zelfvertrouwen op te bouwen (Bilodeau & Renn, 2005; Bockting & Coleman, 2007). Hierbij wordt de situatie ongunstiger als er in de directe omgeving van de persoon sprake is van onbegrip, afwijzing en buitensluiting door bijvoorbeeld ouders, kinderen, vrienden, partner en/of collega's. Helaas komt ook in Nederland stigmatisatie nog steeds geregeld voor (Kuyper, 2018).

Sociale ondersteuning, het omgekeerde van stigmatisatie, is sterk gerelateerd aan hoger psychisch welzijn (Davey et al., 2014; Kuyper, 2017; Needham & Austin, 2010). Onderzoek laat echter zien dat transmannen en transvrouwen (zie tabel 1) minder sociale ondersteuning ontvangen vergeleken met cisgender niet-heteroseksuele populaties en dat zij meer symptomen van depressie, angst en stress ervaren (Warren, Smalley & Barefoot, 2016). Bovendien geeft twee derde van de Nederlandse transgenders aan eenzaam te zijn, vergeleken met een derde van de algemene Nederlandse populatie (Keuzekamp, 2012). Het effect van sociale ondersteuning op

welzijn onder transgenders kan mogelijk ook verklaard worden door geïnternaliseerde transfobie. Onderzoek laat namelijk zien dat zowel algemene emotionele sociale ondersteuning als transgender-gerelateerde sociale ondersteuning geïnternaliseerde transfobie verlagen, wat vervolgens de psychologische kwaliteit van leven verbetert (Raaijmakers, Marissen & Mayer, 2018). Vervolgonderzoek onder niet-heteroseksuelen moet aantonen of sociale ondersteuning ook geïnternaliseerde homofobie verlaagt en vervolgens de kwaliteit van leven verbetert.

Transgenders zijn minder vaak tevreden over hun seksleven

Naast de parallellen tussen niet-heteroseksuelen en transgenders zijn er ook verschillen. Bij transgenders speelt de incongruentie tussen de ervaren genderidentiteit en het fysieke lichaam een grote rol in het welzijn (APA, 2013; Bouman et al., 2016). Hoewel de hieraan gerelateerde stress vaak minder wordt na de sociale transitie, kan het voorkomen dat transgenders moeite blijven houden met hun lichaam en onderliggende biologische opmaak of met hun verleden. Uit schaamte wordt er dan zoveel mogelijk aan gedaan om dit te verbergen en om volledig over te komen als het ervaren gender. Terwijl de seksuele identiteit tot een bepaalde hoogte wel is te verhullen, is dit niet het geval voor genderidentiteit. Hierdoor vallen transgenders eerder op in de sociale ruimte als de uiterlijke presentatie afwijkt van de verwachtingen die mensen hebben bij mannelijke en vrouwelijke personen. Zoals het minderhedenstressmodel (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003) beschrijft, heeft de één hier meer last van terwijl de ander minder moeite heeft om zichzelf te zijn. Dit laatste heeft te maken met zelfvertrouwen over de transgenderidentiteit (oftewel lage geïnternaliseerde transfobie), coping-mechanismen en sociale ondersteuning van andere transgenders. De verhoogde zichtbaarheid van transgenders en bijkomende stigmatisatie biedt mogelijk een verklaring voor het verminderd psychologisch welzijn van deze groep in vergelijking met cisgender niet-heteroseksuele personen (Warren et al., 2016) en steekproeven uit de algemene bevolking (Davey et al., 2014). Binnen de gehele groep transgenders laat het onder-

zoek van Warren en collega's (2016) ook zien dat transvrouwen een minder gunstige psychosociale uitkomst hebben ten opzichte van transmannen en non-binaire of gender-queer individuen.

Een ander aspect van psychisch welzijn ligt in het seksueel functioneren en de tevredenheid. Mensen met een niet-heteroseksuele oriëntatie verschillen over het algemeen niet van heteroseksuele personen – bijvoorbeeld in de frequentie van seks, positieve seksuele gevoelens en zelfvertrouwen, seksuele problemen en lichaamsbeeld (De Graaf & Wijsen, 2017). Bovendien is ongeveer de helft van de niet-heteroseksuele personen tevreden over het seksleven. Onderzoek naar transgenders in vergelijking met niet-heteroseksuele personen geven wel duidelijke verschillen aan (De Graaf, Bakker & Wijsen, 2014). Transgenders zijn minder vaak tevreden over hun seksleven; slechts een kwart van de transvrouwen en een derde van de transmannen. Zij voelen zich onzeker over hun lichaam, minder op hun gemak tijdens geslachtsgemeenschap en minder tevreden over de manier waarop zij seks hebben. Seksueel geweld komt relatief vaker voor bij de gehele groep LHBT+-personen dan bij heteroseksuele mensen (Bakker & Wijsen, 2013).

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK Bovenstaande studies geven voor de klinische praktijk belangrijke implicaties aan. Hulpverleners dienen zich bewust te zijn van seksuele diversiteit en gendervariantie. Zij kunnen hiernaar vragen en, als er behoefte is, mensen ondersteunen om dit verder te onderzoeken. Daarnaast is het belangrijk dat hulpverleners rekening houden met het voorkomen van bijkomende psychische klachten bij mensen die zich nu, of wellicht later, identificeren als LHBT. Het is hierbij belangrijk om te kijken of deze eventuele klachten het gevolg zijn van bijvoorbeeld sociale uitsluiting bij genderdysforie, of dat de psychische klachten een andere oorzaak hebben. Specifieke adviezen voor hulpverleners zijn vooralsnog moeilijk te geven omdat altijd maatwerk vereist is.

Een open houding en het bewustzijn van seksuele diversiteit en gendervariatie staat voorop, waarbij hulp kan worden geboden bij het onderzoeken van deze gevoelens en het hiervoor uitkomen in de sociale omgeving. Doordat veel personen ertegen opzien om hun seksuele en/of genderidentiteit uit te spreken of uit te drukken richting hun naasten, kunnen bijvoorbeeld strategieën bedacht worden hoe dit aan te pakken. Een uiterlijke verandering, zoals nodig kan zijn bij genderdysforie, heeft hierbij een effect op de omgeving waar zowel de transgender als de naasten rekening mee moeten

houden. Hoe acceptierend de naaste ook kan zijn, het is meestal even een omschakeling om iemand die je dacht te kennen opeens in een andere genderidentiteit te zien. Hetzelfde geldt voor seksuele diversiteit; wanneer bijvoorbeeld een dochter thuiskomt met een vrouwelijke partner is dit vaak voor alle partijen wennen. Als dit sociale ongemak echter blijft bestaan, kan het raadzaam zijn om hierbij psychosociale hulp te zoeken.

Dit geldt natuurlijk ook voor hulpverleners: hoe ga je om met al die diversiteit, identiteiten, atypische seksuele interesses en de vraag voor ingrijpende veranderingen in iemands dagelijkse leven? Wat vind jij aanvaardbaar en wat voelt misschien als afwijkend? Hoe denkt jouw omgeving over deze diversiteit en waar kan jij overleggen? Het mag duidelijk zijn dat wij pleiten voor een open houding ten aanzien van diversiteit op het vlak van seksualiteit en genderbeleving, maar het is belangrijk om zorgvuldig en methodisch te blijven handelen als professional. Zoek dus interventie en ondersteuning, niet alleen als je op nieuw terrein komt, maar ook als je juist mensen wilt steunen. Zelfs als naastbetrokkene is het zinvol om je eigen overtuigingen en ideeën te toetsen bij anderen, en in gesprek te blijven over hoe het voor jou is dat iemand in je nabije omgeving nadenkt over fundamentele aspecten van wie en wat we zijn.

Zoals hierboven besproken kunnen sociale moeilijkheden een rol spelen in het welzijn van LHBT+-personen, bijvoorbeeld door uitsluiting en pestgedrag van anderen, waarbij steun of hulp belangrijk kan zijn. Een ander gebied voor zowel niet-heteroseksuelen als transgenders waar hulp bij geboden kan worden, is het verbeteren van sociale relaties en ondersteuning. Door de sterke invloed van sociale ondersteuning op welzijn en de indicatie dat veel LHBT+'s minder sociale ondersteuning ontvangen vergeleken met de algemene populatie (De Vries et al., 2016; Needham & Austin, 2010), is dit een aandachtspunt voor hulpverleners. Cijfers over de hoge mate van bijkomende psychische klachten, middelengebruik, zelfbeschadiging en suïcide gedachten en -pogingen, wijzen op het belang van ondersteuning en passende hulpverlening. Daarnaast is aandacht voor de seksuele gezondheid belangrijk, vooral bij transgenders (De Graaf et al., 2014). Specifieke aandacht voor bijkomende psychische klachten of ontwikkelingsstoornissen zijn nodig bij de diagnostiek en behandeling van genderdysforie en het ondersteunen van de sociale transitie. Een voorbeeld hiervan is de richtlijn over diagnostiek en behandeling bij jongeren met autisme en gendervraagstukken (Strang et al., 2016).

Openheid, aandacht en goede zorg bieden begint bij

goede vorming en onderwijs. In Nederland en Vlaanderen bieden we meestal al brede en open relationele en seksuele vorming aan kinderen en jongeren. De aandacht voor seksuele identiteit en gender kan hierbij nog worden versterkt. Daarnaast is aandacht voor deze thema's in vervolgoopleidingen van leerkrachten, artsen, psychologen en andere hulpverleners, voor zover we dat kunnen beoordelen, nog erg beperkt. Investeren in het verbeteren van de opleiding van professionals in sleutelposities is noodzakelijk, in combinatie met het beschikbaar maken van toegankelijke informatie voor de algemene bevolking.

TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Hoewel er op het gebied van seksuele en genderidentiteit steeds meer onderzoek wordt gedaan, blijven er nog veel vragen. We weten bijvoorbeeld niet precies hoe genderidentiteit en seksuele oriëntatie zich ontwikkelen, hoe culturele verschillen hierin een rol spelen, en hoe deze invloed op elkaar hebben. Meer onderzoek is nodig naar het hele spectrum van gender en seksuele oriëntatie, hoe we de maatschappij hierover het beste kunnen voorlichten en hoe hulpverleners seksuele of gender-diverse personen het best kunnen ondersteunen en helpen. We kunnen hier ook denken aan onderzoek naar het effect van individuele, groeps- en familietherapie om zowel de behandeling van persoonlijke moeilijkheden als de nodige sociale ondersteuning op de juiste manier aan te pakken.

CONCLUSIE

De spectra van gender en seksualiteit lijken misschien complex, maar doen meer recht aan de ervaring van jongeren en volwassenen in de hedendaagse maatschappij. De voorbije jaren is er in Nederland niet alleen meer aandacht voor gender, seksuele diversiteit en identiteit in het algemeen, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de aandacht in media, maar is er ook meer aandacht voor specifieke doelgroepen zoals transgenderpersonen. Genuanceerde aandacht hiervoor in onderwijs en voorlichting is belangrijk. Een deel van de groep van gender en seksueel diverse personen heeft meer ondersteuning nodig, getuige het verminderd psychisch welbevinden dat uit onderzoek naar voren komt. Hulpverleners moeten dus niet alleen open in gesprek gaan over seksuele en genderidentiteit, maar ook alert zijn op eventuele bijkomende psychische problemen. Zo kunnen we er samen voor zorgen dat gender en seksueel diverse mensen maximale ontwikkelingskansen krijgen met aandacht voor hun welzijn en gezondheid.

OVER DE AUTEURS

Daphne Raaijmakers, MSc, is zelfstandig auteur/onderzoeker. Anna van der Miesen, MSc, is als arts-onderzoeker werkzaam bij het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie, Amsterdam UMC, locatie VUmc. Dr. Jeroen Dewinter is klinisch psycholoog bij GGZ E en wetenschappelijk onderzoeker bij Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University. Dr. Amber Ruigrok is als wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan het Autism Research Centre, Universiteit van Cambridge, in Engeland.

Dit artikel is mede geschreven door leden van de werkgroep 'Genderidentiteit en seksuele identiteit', die onderdeel is van FANN (Female Autism Network of the Netherlands). FANN is een landelijk interdisciplinair netwerk voor professionals en ervaringsdeskundigen die zich inzetten voor de verbetering van diagnostiek en behandeling van meisjes en vrouwen met autisme. De auteurs willen alle deelnemers van FANN bedanken voor de inspiratie.

Correspondentie aangaande dit artikel:
daphne.raaijmakers@hotmail.com.

Summary

SEXUAL AND GENDER IDENTITY: AN INTRODUCTION
D. RAAIJMAKERS, A.I.R. VAN DER MIESEN, J. DEWINTER,
A.N.V. RUIGROK

In recent years, there has been an increased interest in sexual and gender identity in society, the media and in scientific publications. But what does gender identity mean? What is the difference between birth sex and gender? The difference between gender variance and sexual identity? What should care providers be alerted to in individuals with sexual or gender diversity? In this article, we will give a research-informed response to the questions above and provide an overview of the different concepts and important aspects for care providers who are working with sexual or gender diverse individuals.

Literatuur

- Aitken, M., Steensma, T.D., Blanchard, R., VanderLaan, D.P., Wood, H. et al. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12, 756–763.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arcelus, J., Bouman, W.P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G. & Hernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30, 807–815.
- Bailey, J.M., Vasey, P.L., Diamond, L.M., Breedlove, S.M., Vilain, E. & Epprecht, M. (2016). Sexual orientation, controversy and science. *Psychological Science in the Public Interest*, 17, 45–101.
- Bakker, B. & Wijsen, C. (2013). Wat maakt het verschil? Diversiteit in de seksuele gezondheid van LHBT's. Utrecht: Rutgers WPF. Verkregen van <https://shop.rutgers.nl/nl/webwinkel/wat-maakt-het-verschil/48161>.
- Becerra-Culqui, T.A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W.D. et al. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141. doi:10.1542/peds.2017-3845.
- Bilodeau, B.L. & Renn, K.A. (2005). Analysis of LGBT identity development models and implications for practice. *New Directions for Student Services*, 25–39.
- Bockting, W.O. (2015). Internalized transphobia. In *The International Encyclopedia of Human Sexuality*. John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/9781118896877.wbiehs236.
- Bockting, W.O. & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: toward an integrated identity. In: *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York: The Haworth Press.
- Bouman, W.P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G.L. & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31, 359–375. doi:10.1080/14681994.2016.1184754.
- Chen, M.J., Vu, B.M., Axelrad, M., Dietrich, J.E., Gargollo, P. et al. (2015). Androgen Insensitivity Syndrome: management considerations from infancy to adulthood. *Pediatric Endocrinology Review*, 12, 373–87.
- Cohen-Kettenis, P.T. & Klink, D. (2015). Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice and Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, 29, 485–495.
- Cohen-Kettenis, P.T., Steensma, T.D. & de Vries, A.L.C. (2011). Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, 689–700.
- Coolidge, F.L., Thede, L.L. & Young, S.E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 32, 251–257.
- Cyberpoli. Intersekse en DSD. (z.d.). Verkregen van <https://www.cyberpoli.nl/dsd/medisch/begeleidingbehandeling>.
- Davey, A., Bouman, W.P., Arcelus, J. & Meyer, C. (2014). Social support and psychological well-being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls. *The Journal of Sexual Medicine*, 11, 2976–2985. doi:10.1111/jsm.12681.
- De Graaf, H., Bakker, B.H.W. & Wijsen, C. (2014). Een wereld van verschil: seksuele gezondheid van LHBT's in Nederland 2013. Utrecht: Rutgers WPF. Verkregen van <https://shop.rutgers.nl/nl/webwinkel/lhbt-s/een-wereld-van-verschil/52445>.
- De Graaf, H. & Wijsen, C. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland 2017*. Utrecht: Rutgers WPF. Verkregen van <https://www.rutgers.nl/feiten-en-cijfers/seksuele-gezondheid-en-gedrag/seksuele-gezondheid-nederland-2017>.
- De Vries, A.L.C. & Cohen-Kettenis, P.T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59, 301–320.
- De Vries, A.L.C., Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T., VanderLaan, D.P. & Zucker, K.J. (2016). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 579–588.

- Dewinter, J., De Graaf, H. & Begeer, S. (2017). Sexual orientation, gender identity, and romantic relationships in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 2927–2934.
- Dhejne, C., van Vlerken, R.H.T., Heylens, G. & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28, 44–57.
- Gender Spectrum (2018). Understanding Gender. Verkregen van <https://www.genderspectrum.org/quick-links/understanding-gender/>.
- George, R. & Stokes, M.A. (2018). A quantitative analysis of mental health among sexual and gender minority groups in ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 2052–2063.
- Goddings, A.L., Mills, K.L., Clasen, L.S., Giedd, J.N., Viner, R.M. & Blakemore, S.J. (2014). The influence of puberty on subcortical brain development. *Neuroimage*, 88, 242–251.
- Gonzalez, C.A., Gallego, J.D. & Bockting, W.O. (2017). Demographic characteristics, components of sexuality and gender, and minority stress and their associations to excessive alcohol, cannabis, and illicit (noncannabis) drug use among a large sample of transgender people in the United States. *The Journal of Primary Prevention*, 38, 419–445.
- Green, T., Flash, S. & Reiss, A.L. (2018). Sex differences in psychiatric disorders: what we can learn from sex chromosome aneuploidies. *Neuropsychopharmacology*, doi:10.1038/s41386-018-0153-2.
- Hendricks, M.L. & Testa, R.J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 460–467.
- Joel, D. & McCarthy, M.M. (2017). Incorporating sex as a biological variable in neuropsychiatric research: where are we now and where should we be? *Neuropsychopharmacology*, 42, 379–385.
- Keuzekamp, S. (2012). *Worden wie je bent*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Verkregen van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2012/Worden_wie_je_bent.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70.
- Kleinplatz, P.J. & Diamond, L.M. (2014). Sexual diversity. In D.L. Tolman & L.M. Diamond (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology: vol. 1. Person-based approaches* (Chapter 9). Washington DC, American Psychological Association.
- Kuyper, L. (2017). *Transgender personen in Nederland*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Verkregen van http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Transgender_personen_in_Nederland.
- Kuyper, L. (2018). *Opvattingen over seksuele en genderdiversiteit in Nederland en Europa*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Verkregen van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Opvattingen_over_seksuele_en_genderdiversiteit_in_Nederland_en_Europa.
- Kuyper, L. & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 377–385.
- Lee, P.A., Nordenström, A., Houk, C.P., Ahmed, S.F., Auchus, R. et al. (2016). Global Disorders of Sex Development update since 2006: perceptions, approach and care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85, 158–180.
- Mendoza, N. & Motos, M.A. (2013). Androgen Insensitivity Syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 29, 1–5.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.
- 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.
- Øien, R.A., Cicchetti, D.V. & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: a systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, doi:10.1007/s10803-018-3686-7.
- Pega, F., Gray, A., Veale, J.F., Binson, D. & Sell, R.L. (2013). Toward global comparability of sexual orientation data in official statistics: a conceptual framework of sexual orientation for health data collection in New Zealand's official statistics system. *Journal of Environmental and Public Health*, 2013. doi:10.1155/2013/473451.
- Raaijmakers, D., Marissen, M.A.E. & Mayer, B. (2018). *The Gender Minority Support Model: general and transgender-related social support lowers internalized transphobia and improves quality of life of transgenders*. Masterscriptie Klinische Psychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Raznahan, A., Lee, N.R., Greenstein, D., Wallace, G.L., Blumenthal, J.D. et al. (2016). Globally divergent but locally convergent X- and Y-chromosome influences on cortical development. *Cerebral Cortex*, 26, 70–9.
- Ristori, J. & Steensma, T.D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28, 13–20. doi:10.3109/09540261.2015.1115754.
- Ritchie, S.J., Cox, S.R., Shen, X., Lombardo, M.V., Reus, L.M. et al. (2018). Sex differences in the adult human brain: evidence from 5216 UK Biobank participants. *Cerebral Cortex*, 28, 2959–2975.
- Rosario, M. & Schrimshaw, E.W. (2014). Theories and etiologies of sexual orientation. In D.L. Tolman & L.M. Diamond (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology: vol. 1. Person-based approaches* (Chapter 18). Washington, DC, American Psychological Association.
- Ruigrok, A.N., Salimi-Khorshidi, G., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., Lombardo, M.V. et al. (2014). A meta-analysis of sex differences in human brain structure. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 39, 34–50.
- Savin-Williams, R.C. (2017). *Mostly straight: sexual fluidity among men*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Savin-Williams, R.C. (2016). Sexual orientation: categories or continuum? Commentary on Bailey et al. (2016). *Psychological Science in the Public Interest*, 17, 37–44.
- Schöttle, D., Briken, P., Tüscher, O. & Turner, D. (2017). Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19, 381–393.
- Speiser, P.W., Arlt, W., Auchus, R.J., Baskin, L.S., Conway, G.S. et al. (2018). Congenital Adrenal Hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: an endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, doi:10.1210/jc.2018-01865.
- Strang, J.F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A.L.C., Menvielle, E. et al. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47, 105–115.
- Van de Grift, T.C., Elaut, E., Cerwenka, S.C., Cohen-Kettenis, P.T. & Kreukels, B.P.C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: a follow-up study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44, 138–148.
- Warren, J.C., Smalley, K.B. & Barefoot, K.N. (2016). Psychological well-being among transgender and genderqueer individuals. *International Journal of Transgenderism*, 17, 114–123.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Gender, Equity and Human Rights: Gender*. Verkregen van <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/>.
- Wiepjes C.M., Nota N.M., de Blok C.J.M., Klaver, M., de Vries, A.L.C. et al. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, 15, 582–590.
- Wierenga, L.M., Bos, M.G.N., Schreuders, E., van de Kamp, F., Peper, J.S. et al. (2018). Unraveling age, puberty and testosterone effects on subcortical brain development across adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, 91, 105–114.
- Zucker, K.J. & Lawrence, A.A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: recommendations for the standards of care of the world professional association for transgender health. *International Journal of Transgenderism*, 11, 8–18.
- Zucker, K.J., Lawrence, A.A. & Kreukels, B.P.C. (2016). Gender dysphoria in adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 217–247.

INSPIRATIE – ER SPEELDE IETS...

Eveline van der Burg Jongmans,

gz-psycholoog/medisch psycholoog bij het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Er is vooral één cliënt die veel indruk op me heeft gemaakt. Ik werkte in een dorpspraktijk in een relatief dunbevolkt gebied ergens in Nederland. Op een dag kwam een man van middelbare leeftijd binnen. Hij had depressieve klachten en ook zijn huwelijk liep niet goed. Ik behandelde hem voor die klachten, maar het leek niet te helpen, ik kreeg er geen grip op. Dat bespraken we, maar ook dat leverde niet veel op. Ik begreep dat er iets anders speelde waarover hij niet wilde of kon praten. Ik hield rekening met het ergste, misschien had hij in het verleden een trauma opgelopen, of was hij als kind slachtoffer geweest van seksueel misbruik. Daarom was ik heel voorzichtig. Na zo'n zes of zeven gesprekken waarin we niet veel vooruitgang hadden geboekt, zei hij opeens: 'Ik ben van buiten niet de persoon die ik me voel.' Toen ging er bij mij een lampje branden. Dat kwam waarschijnlijk ook door mijn voorgeschiedenis: een stage bij het genderteam van het VUmc.

Toen hij dus zei dat hij zich niet voelde wie hij was, vroeg ik voorzichtig: 'Gaat het erover dat je je niet helemaal fijn voelt in je eigen lichaam?'

'Ja,' zei hij. 'Dat is het.' Hij voelde zich al zijn hele leven vrouw en worstelde daarmee. Hij had er nog nooit met iemand over gesproken.

Ik vertelde hem meer over mijn werk bij het Kennis- en Zorgcentrum Genderdysforie. De cliënt was bijna in tranen, het was zo'n opluchting. Ik snapte het probleem en liet hem ook blijken dat het verder oké was en dat er mogelijkheden waren om ermee verder te gaan. Die keer hebben we niet zoveel meer besproken. Ik zei dat hij het maar even moest laten bezinken en dat we het er de volgende keer verder over gingen hebben.

EEN TEKEN

Daarna heb ik hem nog een paar keer gesproken. Hij vond het heel toevallig dat hij bij mij terecht was gekomen, want hoe groot is de kans dat je in zo'n klein dorpje een psycholoog treft met ervaring met transgenders? Hij zag het als een teken, misschien was dit het moment om het echt uit te gaan zoeken. Toch bleef de cliënt het lastig vinden het gevoel onder woorden te brengen. En hij aarzelde om verdere stappen te nemen, bijvoorbeeld om te gaan experimenteren met kleding of om er iemand in zijn omgeving over te vertellen. Hij was bang voor de gevolgen die het zou hebben. De laatste paar afspraken heeft hij afgezegd, hij had het te druk. Voor mij eindigde het traject daarom wat onbevredigend, ik bleef nieuwsgierig naar hoe het met hem verder zou gaan.

Niet lang daarna ben ik bij de praktijk vertrokken. Ik had mijn gz-opleiding afgerond en ging terug naar Amsterdam. Ik ging werken bij een psychologiepraktijk, en weer bij het genderteam van het VUmc. Mijn hart ligt bij de doelgroep.



Al tijdens mijn studie werd ik door het onderwerp genderdysforie gegrepen. Het moet zo moeilijk zijn om erachter te komen dat je in het verkeerde lichaam zit. De strijd die je vervolgens moet voeren om simpelweg jezelf te zijn en gelukkig te worden, dat spreekt me er zo in aan. Bovendien zijn er veel vooroordelen en worden transmensen gediscrimineerd, waardoor ik naar mijn gevoel ook een maatschappelijk belang dien.

Eenmaal terug in de transgenderklinieek, hoorde ik van een collega dat ze iemand behandelde die ik eerder had



FOTO: PETER VALCKX

behandeld in de dorpspraktijk. Het bleek om de betreffende cliënt te gaan. Ze is hier aangekomen! dacht ik. Ze zit hier op de goede plek. Ik vond het fijn om dat te horen. Ik was onder de indruk dat ze het gedurfd had.

EEN DAGELIJKS GEVECHT

Mijn collega ging met pensioen en haar cliënten werden verdeeld onder de collega's en zodoende kwam deze cliënt terug bij mij. Ze had het diagnostiek-traject bij mijn collega gedaan, ik begeleid haar nu bij het medische

traject. Het gaat op zich goed met haar, maar het is wel elke dag een gevecht. Ze is gescheiden, ze is verhuisd en heeft geen contact meer met haar familie. Bovendien kan ze nog niet overal leven als vrouw.

Het blijft bijzonder dat ze juist bij mij in de spreekkamer terechtkwam.

Genderdysforie komt niet zo heel vaak voor, mogelijk was een andere psycholoog niet op de gedachte gekomen dat het probleem daar zou kunnen zitten. En in die tijd werd er nog niet zoveel over geschreven als nu. Ik ben in ieder geval heel blij dat ik haar heb kunnen helpen.'

'De cliënt bleef het lastig vinden het gevoel onder woorden te brengen'

INTERVIEW TRANSMAN MARK HOMMES

MAN, MAN, MAN!

Mark Hommes is niet zo snel ongelukkig. Hij voelde zich zijn hele leven al man, maar hield het tot zijn vijftigste als vrouw vol. Ontdekken dat genderdysforie zijn probleem was, duurde bij hem ook lang. Inmiddels is hij man. Hij vertelt over de zoektocht naar wie hij eigenlijk is en over zijn werk als psycholoog. 'Het man- en vrouwgevoel vergelijk ik wel eens met een verstandskies. Je voelt hem pas als hij gaat opspelen.'

'Als kind was het niet zo'n groot probleem. Als ik speelde, was ik cowboy, indiaan of vader. Dat mijn omgeving mij als meisje beschouwde en dat ik Marion heette, nam ik op de koop toe. Andere transgenders worden daar opstandig van, maar ik ben het meegaande type. Dus ik dacht: ze hebben wel gelijk, eigenlijk dom van mij dat ik me meer een jongetje voel.

In de puberteit werd het lastiger. Ik bleef over mannelijke identiteiten fantaseren. Het waren vooral de lichamelijke veranderingen, het krijgen van borsten en vrouwelijke rondingen waarmee ik moeite had. Toch viel het mee, want in de jaren zeventig konden jongens en meisjes er hetzelfde uitzien. Bovendien waren mijn ouders ruimdenkend. Ik gaf mezelf de schuld voor 'die rare neiging'. Ik vond het vervelend als mensen me als jongen zagen. Blijkbaar lukte het niet goed om een meisje te zijn.

Begin jaren tachtig werd ik volwassen, maar er stakte iets. Ik bleef hangen in fantasiewerelden. Er was iets raars met me aan de hand, maar ik begreep niet wat dat kon zijn. Ik raakte in een crisis en schreef er een schrift over vol. Ik wist dat er mannen waren die zich tot vrouw lieten ombouwen, maar dat het voor vrouwen ook kon, wist ik niet. Achteraf kan ik uit dat schrift opmaken dat ik er totaal niet voor openstond. Ik wilde geen freak worden, zo voelde dat.



Misschien was ik lesbisch, bedacht ik. Ik kreeg een relatie met een vrouw. Om niet in de vrouwenrol te zitten, voelde heerlijk. Maar seksueel miste ik iets, ik viel toch echt op mannen. Daarna interpreteerde ik mijn onbehagen feministisch: logisch dat ik liever man wilde zijn, want als man kun je meer.

‘Ik gaf mezelf de schuld voor “die rare neiging”, blijkbaar lukte het niet goed om een meisje te zijn’

FOUTE OPERATIE

Ik had de analistenschool gedaan en kreeg een baan in het academisch ziekenhuis. Maar door die persoonlijke crisis veranderde er iets. Mijn sociale angst verdween, ik vond mijn werk te geïsoleerd en had behoefte meer tussen de mensen te komen. Daarom ging ik psychologie studeren in Groningen en stortte ik me in het studentenleven.

Tijdens de studie was ik gespitst op genderzaken. Daar hoorde ik het fameuze verhaal van de patiënt van seksuoloog John Money. Van een eeneiige tweeling werd een van de twee jongens aan zijn penis geopeerd en die operatie ging fout. Money werd geconsulteerd en zei dat je een jongetje op heel jonge leeftijd ook als meisje kon opvoeden. Ik leerde dat het helemaal goed gekomen was met dat meisje. Dat sterkte mij in het idee dat genderidentiteit is aangeleerd.

De schok was groot toen ik ergens begin deze eeuw op tv in een documentaire viel over dat bewuste meisje. Hij bleek helemaal niet gelukkig te zijn geworden met zijn genderrol, hij was weer man geworden en maakte uiteindelijk een eind aan zijn leven. De artsen hebben dat lange tijd niet naar buiten willen brengen.

ONDERZOEKSVIRUS

Na mijn studie werd ik docent aan de universiteit Groningen. Na een uitstapje als trainer/consultant

kreeg ik een aanstelling aan de Open Universiteit (ou) om daar alle practica voor de studie psychologie te ontwikkelen en organiseren. Ik was bezig met onderwijsontwikkeling en onderwijsvernieuwing en ontwikkelde nieuwe practicumwerkvormen, met gebruik van ICT. Ik promoveerde op de evaluatie van een training die ik voor de ou had ontwikkeld: Zelfinstructie bij gesprekstraining.

Toen ik me als onderzoeker ging bezighouden met (zelf)stigma bij transgenders, werd ook het onderzoeksvirus bij me aangewakkerd. Vooral het zelfstigma herken ik bij mezelf en bij mensen met wie ik in contact kwam via mijn transgenderennetwerk. Ik begeleid twee promovendi die zich met het onderwerp bezighouden (zie kader, GK).

Waar de psychologie zich de vorige eeuw helemaal richtte op mogelijke psychologische oorzaken van genderdysforie, kijken we tegenwoordig ook naar de biologische basis ervan. Er zijn aanwijzingen voor een behoorlijke genetische component, mogelijk in combinatie met hormonale invloeden. De puzzel is nog niet ontward maar ik geloof zeker dat zowel biologische als psychologische factoren meespelen.

Het man- en vrouwgevoel vergelijk ik wel eens met een verstandskies: je voelt hem pas als hij gaat opspelen. Ik ben een vrouwelijke man. Maar of je mannelijk of vrouwelijk bent is iets anders dan of je je man of vrouw voelt.

Ik was vroeger een niet vrouwelijke vrouw, ik kleepte me niet vrouwelijk en kon de rollenpatronen loslaten. Mijn man vond dat leuk, want hij was een vrouwelijke man. Maar de patronen loslaten was niet genoeg, ik moest af en toe alleen zijn om me even man te kunnen voelen. Dan fantaseerde ik dat ik een mannelijke psycholoog was of een popster. Die fantasieën vond ik zelf raar, ik vertelde er niemand over. Maar als ik met het fantaseren probeerde te stoppen, had ik het gevoel dat ik niet meer leefde en werd ik depressief. Ik had veel moeite om bij mezelf te komen en te voelen wat ik echt wilde. Op momenten dat ik me voorstelde man te zijn, ging dat makkelijker.

In psychologieboeken zocht ik op wat er aan de hand kon zijn. Uiteindelijk concludeerde ik dat ik ziekelijk fantaseerde. Genderdysforie kwam niet in me op, als ik iets in die richting las, stopte ik met lezen.

GA LEVEN!

Mijn man kreeg kanker en dat bleek heel ernstig. Omdat hij in die tijd thuis was, was ik nooit alleen en kon ik niet meer in de mannenrol verdwijnen. Daardoor werd het een extra zware tijd voor mij, ik had moeite me staande te houden. Ik begon te begrijpen dat mijn probleem met genderidentiteit te maken had.

Hij knapte op, maar de ziekte kon terugkomen, snel of over een jaar of tien, dat viel niet te voorspellen. De artsen adviseerden ons daarom: ga leven! Voor mij aanleiding om uit te gaan zoeken hoe het bij mij zat. Ik zocht al van alles op internet op en meldde me aan bij een lotgenotengroep in Groningen.

Ik kreeg een doortastend mailtje terug van iemand die schreef: wat goed dat je erachter bent gekomen! Blijf er niet mee zitten, je moet gaan voor een diagnose bij het genderteam bij het UMCG of de vu.

Zo erg is het nou ook weer niet, dacht ik. Maar 's nachts dacht ik opeens: als ik het echt wil uitzoeken, moet ik niets bij voorbaat uitsluiten. En dan kan de conclusie zijn dat ik toch van geslacht wil veranderen. Ik hoefde dat alleen maar te denken. Het was of er een groot rotsblok binnen in me aan de kant schoof. Ik schrok van de heftigheid van het gevoel, maar het was ook heerlijk. Ik mag gewoon zijn wie ik ben! Ik heb nog een of twee dagen een klein beetje

gefantaseerd dat ik man was, maar het hoefde niet meer, want ik wás man. Op een paar details na dan, haha.

Het gaat er vooral om dat je voelt wie je bent. Als man had ik rechtstreeks contact met mijzelf en mijn gevoel. Als vrouw kwam ik daar heel slecht bij. Het is een gekke twist, maar heel essentieel. Het viel me op hoe ongelooflijk makkelijk het leven wordt als je bij jezelf past.

Maar er waren nog veel hobbels te overwinnen. Ik had een zieke man, een kind, een baan. En iedereen dacht dat ik vrouw was.

LIJDENSDRUK

Dat was 2007, inmiddels zijn transgenders veel meer in het nieuws en is het aantal aanmeldingen bij een van de genderteams in zo'n tien jaar vervijfvoudigd. De mensen die zich aanmelden zijn ook erg veranderd, begrijp ik van hulpverleners. De mensen die zich tien jaar geleden aanmeldden hadden een enorme lijdensdruk. Twee derde was man die zich vrouw voelde, een derde vrouw die zich man voelde. Inmiddels melden zich meer vrouwen. Hun lijdensdruk is vaak lager, maar ze willen wel graag uitzoeken wat er speelt.

Mooi natuurlijk dat het makkelijker wordt om

PROMOVENDI

Samen met collega Arjan Bos, hoogleraar Klinische psychologie aan de ou, begeleidt Mark Hommes twee promovendi. Eva-Marijn Stegemann (zie ook de aflevering van 'Junior' in dit nummer) doet onderzoek naar transgenders en hun naasten. Ze brengt in kaart waar die groepen het meest last van hebben. Zoals de partners van transgenders. Lang niet alle relaties halen het, het is een avontuur waarbij niemand vooraf de uitslag weet. Maar als partners bij elkaar blijven, is de band daarna sterker. Vrouwen lijken vaker bij hun partner te blijven dan mannen. Mannen hebben meer moeite om als homoseksueel gezien te worden als ze het niet zijn. Mannen zitten strikter in hun genderrol. Naasten ervaren vaak rouw om degene die van geslacht veranderd is. Dubbelzinnige rouw wordt het ook wel genoemd, want de partner is niet dood en is in veel gevallen ook gelukkiger geworden. Haar toekomstige onderzoek gaat zich richten op ouders van transgenderkinderen en moet uitmonden in een interventie om deze groep te ondersteunen.

Tweede promovenda Maria Verbeek gaat een longitudinaal onderzoek doen waarbij ze transgenders in de verschillende fases van de transitie volgt. Ze kijkt naar welbevinden, zelfstigma en coping-stijlen. Van de probleemgerichte coping-stijl is bekend dat deze in veel situaties goed werkt. Voor transgenders geldt dat niet, want iemand in transitie moet ook goed kunnen afwachten. Een vermijdende coping-stijl is in ieder geval desastreus en hangt samen met psychische klachten en zelfstigma. Dan worden negatieve opvattingen over transgenders geïnternaliseerd en gaat iemand zich terugtrekken. Verbeek ontwikkelt voor dit onderzoek een speciale coping-vragenlijst voor transgenders.



FOTO: STIJN RADEMAKER

ermee naar buiten te komen. Maar de diagnostiek wordt er lastiger door. Er melden zich ook mensen met vage klachten die een transgender op tv hebben gezien en denken: misschien is dat het wel...

De dagen erna was ik er nog helemaal van ondersteboven. Ik heb het mijn man verteld en die reageerde heel mooi. Omdat hij zo ziek was geweest, vond hij dat we in het leven niet de gebaande paden moeten gaan, dus ik moest zeker mijn pad lopen. En inwendig had hij er lol om dat zijn vriend zou vragen: maar ben je dan opeens homo? En dat hij zou antwoorden: 'Nee, maar ik val gewoon op Marion.' Zo heette ik toen nog.

'Ik mag gewoon zijn wie ik ben!'

Helaas werd hij snel daarna weer zieker en dat was zo heftig, dat ik geen stappen wilde ondernemen. Ik heb het alles bij elkaar meer dan twee jaar geparkeerd. Dat was moeilijk, want nu de geest eenmaal uit de fles was, was de genderdysforie erg aanwezig.

Ik ben wel met het diagnostiektraject begonnen. Een jaar na zijn overlijden ging ik er verder over denken. Ik vertelde het mijn zus en een paar goede vrienden en die reageerden heel positief. Mijn zoon vertelde ik het pas toen we naar een vriend waren geweest en op de terugweg in de auto zaten. 'Wist je dat hij vroeger vrouw was?' vroeg ik. Dat wist hij niet, maar hij vond het machtig interessant.

Maar toen ik zei dat ik die gevoelens zelf ook had, was dat een ander verhaal. Ik legde uit dat ik nog niet wist of ik er iets mee ging doen en dat het ook aan hem lag. Ik kon ook wachten tot hij het huis uit was.

Hij protesteerde, ook dan wilde hij het niet. Ik besloot het maar even te laten rusten. Maar de volgende ochtend bleek dat ik er niet zoveel controle over had. We wonen aan een pleintje, het was druk met kinderen die naar school gingen, en hun ouders die hen uitzwaaiden. Toen sprong mijn zoon op de fiets en riep naar een vriendje: 'Weet je wat mijn moeder gaat doen? Die gaat zich laten ombouwen!' 'Neeeee,' riep het vriendje. Vervolgens snelden ze naar het schoolplein om de hele school in te lichten.

Ik schrok me dood, zo had ik me mijn coming-out niet voorgesteld. Toch was het wel goed dat hij zich niet schaamde. Hij was er daarom niet mee te pesten en creëerde zijn eigen steun. Bovendien kwam hij door die openheid vrij snel van zijn weerstand af.

Ik besloot de stap te zetten. Tegen hem heb ik gezegd dat ik er anders uit ga zien, dat ik voor iedereen Mark wordt, maar dat hij het helemaal zelf mag weten. Hij is me gewoon mama blijven noemen.

Ik vond het lastig om een vrouw te zijn, maar zwanger zijn was, gek genoeg, mooi. Eindelijk voelde het alsof iets lukte als vrouw. De bevalling vond ik ook prachtig, die oerkracht. Ik voel me op alle terreinen

man, maar ik voel me wel nog steeds de moeder van mijn zoon.

Mijn zoon verwoordde het heel mooi. We zaten tv te kijken en er was een jongen wiens moeder was overleden. Dat vond hij een akelig idee. Ik zei: "Nou, jouw vader is overleden en je moeder is van geslacht veranderd."

"Om moeder te zijn hoef je toch niet per se vrouw te zijn!" zei hij.

HORMONEN

Dus nu bleef het werk nog over. Psychologen zijn ruimdenkend, maar ik was bang dat ik misschien in het hokje cliënten/patiënten terecht zou komen.

Zo'n transitie gaat geleidelijk. Eerst zijn er gesprekken met psychologen en psychiaters en wordt gekeken of het echt een stap lijkt die je problemen op kan lossen en of jij en je omgeving het aankunnen. Op het moment dat je groen licht krijgt, moet je gaan leven in het andere geslacht. Bij mij zag je nog de vrouw, ik bond mijn borsten af met speciale hesjes die je ervoor hebt, maar je bleef het zien. En ik had een te hoge stem. Maar ik zei dat ik man was en dat ik Mark genoemd wilde worden. Het was een lastig jaar. Mensen vinden het ongemakkelijk als ze niet kunnen inschatten van welk geslacht je bent.

Aan de andere kant was het ook bijzonder. In die fase krijg je ook hormonen. Ik kreeg dus testosteron en dat vond ik heerlijk. Sommige transmannen worden er moe van, maar ik kreeg juist energie. Ik stond een keer voor het stoplicht en voelde dat ik van een vrouw in de overgang was veranderd in een jongen in de puberteit. Ik had de neiging om met mijn voorwiel te steigeren en hard weg te fietsen. Ik werd sterker en mijn libido ging omhoog. Na twee weken begon ik een verkouden stem te krijgen. En ik kreeg het gevoel: iedereen aan de kant, hier kom ik! En ik werd stabiel, ik huil veel minder snel.

Transvrouwen maken een andere ontwikkeling door. Een transvrouw krijgt een testosteronblocker en een androgeen en ik hoor vaak dat ze onzekerder en emotioneler worden. In de begeleiding is het belangrijk om transvrouwen te leren omgaan met die emoties. Ook krijgen transvrouwen meer weerstand uit de omgeving. Van een man wordt het minder makkelijk geaccepteerd dat hij vrouw wordt, dan andersom.

Bij mij reageerde iedereen in mijn omgeving positief en nieuwsgierig. Ik ken ook voorbeelden waarin de omgeving er slecht op reageerde, maar meestal valt het mee, mensen moeten er vooral even aan wennen.

OPERATIES

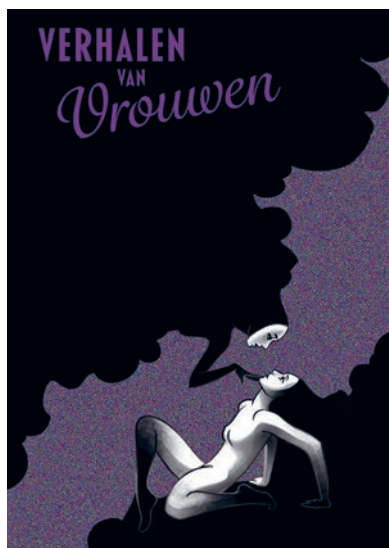
Na een jaar kreeg ik de borstoperaties. Hoewel ik het eng vond – mijn zoon had immers nog maar één ouder – zag ik er ook naar uit. Een paar dagen na de operatie zag ik mezelf lopen in een etalage. Dat strakke vond ik zo mooi! Het profiel klopte, dat ben ik. Dat was voor mij de belangrijkste operatie en had de meeste impact. Ik dacht erover de rest te laten zitten.

Een transman kan drie operaties laten doen. Naast de borstoperatie, ook de baarmoederverwijdering en de penisconstructie. De baarmoederverwijdering heb ik uiteindelijk gedaan, omdat het medisch noodzakelijk bleek door het testosteroengebruik. Maar de penisconstructie heb ik nog niet gedaan. Wat men kan maken vind ik nog niet echt bevredigend en er is een groot risico op complicaties, gemiddeld moet je rekening houden met drie-en-een-halve hersteloperatie en als je ouder bent, meer. Daarom twijfel ik.

Voor transmannen lijkt de transitie makkelijker, je bent door de testosteron sneller 'passabel', dan zie je niet meer dat iemand in het andere geslacht is geboren. Maar in bed is het vaak makkelijker om transvrouw te zijn, want het vrouwelijk geslacht is beter te construeren.

Fysiek én psychisch is het een grote overgang. Als je van geslacht verandert, moet je jezelf helemaal opnieuw uitvinden. Je seksuele oriëntatie verandert meestal niet, maar dat kan wel. Bij mij niet, ik ben nu een homoman. Maar de testosteron had bij mij wel effect, in de zomer toen ik al die vrouwen zag met blote armen en korte rokjes. Daar werd ik toch door afgeleid!

'Ik vond het lastig om een vrouw te zijn, maar zwanger zijn was, gek genoeg, mooi. Eindelijk lukte iets als vrouw'



© ALOYS OOSTERWIJK



© ALEX SKIM



© KIM DUCHATEAU



Nieuw gewonnen vrijheid en ruimte. Dat is wat ik ervaren heb toen ik met de donkerste delen van mijn leven aan de slag ging. Zwaar, dat was het zeker. En toch ook een opluchting. Want het is me gelukt om mezelf met hulp te bevrijden van het juk van seksueel misbruik. Het had impact op alles. Mijn gevoelsleven, mijn relatie, mijn werk, mijn omgang met nieuwe situaties. Maar ook op ogenschijnlijk kleine zaken als het maken van keuzes. De bevrijding begon met het loskomen van mijn gevoel van schuld en schaamte.

Ikzelf heb er ruim twintig jaar over gedaan om het aan te durven. Ik had geen voorbeelden, rolmodellen of inspiratie. En dat heb ik gemist. Het is daarom dat ik met mijn partner vijf jaar geleden uitsprak dat wij hier andere vrouwen mee willen helpen.

We doen dat door voorbeelden en rolmodellen te zoeken, naar hen te luisteren en hun verhaal te vertellen. Zo willen we mensen inspireren. En proberen wij het taboe van seksueel geweld te doorbreken.

Dat doen we met beeld. De kracht van beeld is dat het zoveel meer laat zien en laat voelen dan woorden alleen. Dit past precies bij onze onderwerpen.



© MANON BIJKEK & DOEKE VAN NUL



© ALEX SKIM



© ELS DECKERS

Momenteel werken we aan het zesde beeldverhaal over mijn proces. Twee van mijn verhalen zijn opgenomen in de bundel *Verhalen van Vrouwen*. De bundel bevat verder veertien verhalen van andere vrouwen. Verhalen die laten zien dat slachtoffers van geweld zich niet alleen hoeven te voelen. Daarbij hopen we ook bewustzijn en begrip bij omstanders te creëren. Zodat vanuit dat begrip verbinding kan ontstaan. Wij zijn ervan overtuigd dat dit de hele maatschappij helpt.

Laat het inspireren!

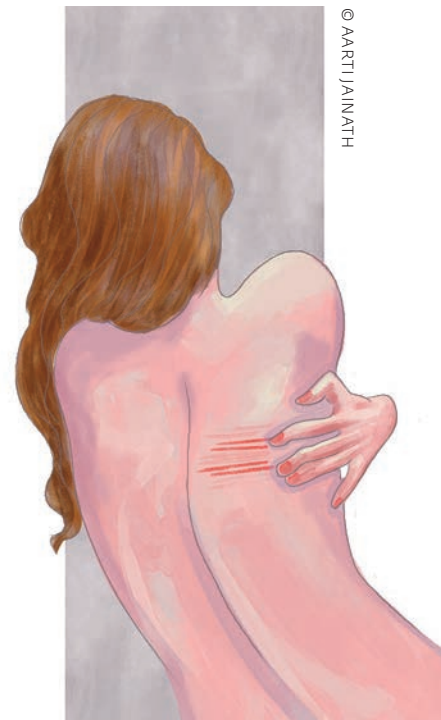
(De opgenomen beelden zijn geselecteerd uit de bundel *Verhalen van vrouwen*. Uitgeverij Realcomics)



© AARTI JAINATH

Tekst: Legien Warsosemito-Schenk

Legien is de partner van Stijn Schenk, Visueel activist en uitvoerend producent *Verhalen van Vrouwen*.



© AARTI JAINATH

ADVERTENTIE

**GIT-PD in de praktijk**

Helga Aalders en Marjolijn Hengstmengel (red.), 2019, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 232p., €30,-
Het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen heeft een model ontwikkeld voor kwalitatief goede en kosteneffectieve zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. In dit boek wordt dit model besproken.

**Executieve functies bij kinderen en adolescenten**

Peg Dawson en Richard Guare, 2019, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 344p., €40,-
Geheel herziene en uitgebreide editie van dit invloedrijke boek. Deze derde editie bevat maar liefst zes nieuwe hoofdstukken, onder andere over ADHD en autismespectrumstoornissen.

**Werkboek Ontspannen ouders, blijde kinderen**

Laura Markham 2019, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 336p., €25,-
Een praktisch werkboek om ruzie, strijd en escalatie te voorkomen en beter met driftbuien en machtsstrijd om te gaan. Minder correctie, meer connectie!

Ga naar www.hogrefe.nl voor meer informatie over deze en andere boeken.

Ook een boekadvertentie plaatsen? Neem voor informatie en tarieven contact op via 073-689 58 89 of depsycholoog@performs.nl

**Verdwaald in een labrynt****My Name Before Naomi**

Spel: Naomi Namutebi en Nazanin Taheri
Regie: Elike Roovers en Rutger Esajas

Recensent: Jeroen van Goor

Deze voorstelling is onderdeel van de programmalijn 'De (on) vertelde stad', opgezet om nog onbekende verhalen van Amsterdam te onthullen. Zoals dat van Naomi Namutebi, een jonge vrouw uit Uganda die vanwege haar homoseksuele geaardheid haar geboorteland moest ontvluchten. In Nederland raakte ze verdwaald in een labrynt van immigratiewetgeving en mensenhandel. Nu is ze nog steeds 'in procedure', onzeker over haar status, maar vastbesloten haar verhaal op het podium te delen.

Door te vertellen kan ze worden wie ze wil zijn, want van haar identiteit is niet veel over. Verstoten door haar familie, misbruikt en mishandeld in de gevangenis in Uganda en door de mangel gehaald door de IND, belandde ze tot overmaat van ramp in de prostitutie. Geen wonder dat het concept 'trauma' centraal staat, uitgebeeld door een tamelijk intimiderende, in het blauw geklede danseres die zich afwisselend schuilhoudt op de achtergrond, dan weer onbedwingbaar begint te dansen, stoelen omver trapt en het publiek uitdaagt.

In de kale setting van een wachtruimte, met het publiek op klapstoeltjes om haar heen, vertelt Naomi haar verhaal en gaat de dialoog aan met een actrice die passages voorleest uit haar IND-rapport. Daaruit blijkt onder meer hoe pijnlijk en onbeholpen de ondervragingen van de dienst kunnen zijn – vooral als het aankomt op traumatische gebeurtenissen – en hoe onmachtig de IND is om te begrijpen wat een trauma werkelijk is, en hoe het menselijk gedrag kan beïnvloeden.

My name before Naomi is een indrukwekkende voorstelling, op overtuigende maar ook kwetsbare wijze gedragen door Namutebi – geen professionele actrice, zoals vooraf wordt benadrukt. Maar dat vormt geen beletsel, ze schetst op heldere wijze een bizarre, keiharde wereld die de meesten van ons volkomen vreemd is. De voorstelling zingt daarom nog wel een tijdje na.

Gezien in: Frascati Theater Amsterdam

Meer info: <https://www.frascatitheater.nl/let-there-be-light>

HET **NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN** IS DE GROOTSTE BEROEPSVERENIGING VAN PSYCHOLOGEN, HOUDT DE ONTWIKKELING VAN HET VAKGEBIED IN HET OOG EN BEHARTIGT DE BELANGEN VAN PSYCHOLOGEN DOOR TE ZORGEN DAT ZIJ GEHOORD EN GEZIEN WORDEN BIJ ALLE PARTIJEN DIE ERTOE DOEN. IEDERE MAAND LEGGEN WE VERSCHILLENDE BETROKKEN NIP-LEDEN EN NIP-MEDEWERKERS EEN VRAAG VOOR: **WAT HOUDT U ZOAL BEZIG EN WAT MERKT U VAN HET NIP?** EEN KIJKJE IN ONS BREDE EN DIVERSE VAK!

Ouderenpsycholoog behandelt mensen steeds vaker thuis

De ouderenpsycholoog werkt steeds vaker buiten het verpleeghuis. De sectie Ouderenpsychologie zet zich samen met het NIP-bureau in om dat goed geregeld te krijgen.

"Werken buiten de muren van het verpleeghuis was erg ingewikkeld voor ouderenpsychologen", concludeert NIP-lid en GZ-psycholoog Amy van Doormaal. Zij werkt bij Zorgspectrum, een instelling die al meer dan tien jaar behandeling aan huis biedt. De instelling is benoemd tot koploperinstelling op het gebied van thuisbehandeling.

"Thuiswonende ouderen kampen vaak met complexe problematiek", ziet van Doormaal, bijvoorbeeld na een beroerte of door ziekten als Parkinson of beginnende dementie. "Voor de oudere en hun omgeving is dat vaak heftig. De ouderenpsycholoog kan hen goed ondersteunen maar wordt daarin beperkt door de ingewikkelde regels die er zijn voor werken buiten de muren van het verpleeghuis. De huisarts of een specialist ouderengeneeskunde vraagt de ouderenpsycholoog gelukkig steeds vaker behandeling in de thuissituatie aan te bieden."

Een taskforce van ervaren psychologen uit zogenaamde koploperinstellingen timmert samen met het NIP hard aan de weg om de zorg aan thuiswonende ouderen goed op de

rit te krijgen. Ook zetten zij zich in om de ouderenpsycholoog goed in beeld te krijgen bij betrokken instanties. Vanuit het NIP-bureau ondersteunt Matt Schillings de sectie Ouderenpsychologie, zoals bij het regelen van de bekostiging.

Workshop voor stakeholders

Het NIP heeft regelmatig contact met VWS over de ouderenzorg en werd uitgenodigd om een workshop te geven tijdens de VWS werkconferentie 'Zorg voor kwetsbare mensen goed geregeld in de Zorgverzekeringswet'. Amy van Doormaal vertelde tijdens de workshop hoe psychologen aankijken tegen zorgprogramma's voor kwetsbare (oudere) mensen. Ook ging zij in op de mogelijkheden om ouderen zo lang mogelijk te ondersteunen bij het thuiswonen.

De taskforce heeft twee formats ontwikkeld: 'Ouderen en Somatic' en 'Ouderen en Psychogeriatric'. Deze formats werden voorgelegd aan de deelnemers van de

workshop. Hierbij waren diverse partijen aanwezig zoals VWS, het Zorginstituut, de NZA, de LHV, Verenso (beroepsvereniging Specialisten Ouderengeneeskunde), de NVAVG (beroepsvereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten), maar ook - en zeker niet onbelangrijk - een groot aantal zorgverzekeraars. Amy was blij verrast met de enorme belangstelling en alle positieve kritische en constructieve feedback die er tijdens de levendige workshop werd gegeven. VWS gaat samen met het Zorginstituut nu verder aan de slag met onze input.

Ook thuis behandelen?

De sectie Ouderenpsychologie ontwikkelde een handreiking voor het bieden van zorg aan thuiswonende mensen met psychogeriatriche en/of chronische somatische aandoeningen. Daarin is te lezen hoe je als ouderenpsycholoog zorg kunt bieden aan thuiswonende ouderen. Leden kunnen de handreiking downloaden op de sectiepagina van de NIP-website: psynip.nl/ouderenpsychologie.

Heeft u nog vragen of wilt u zich aansluiten bij de sectie? Neem dan contact op via ouderenpsychologie@psynip.nl. Amy en de collega's van de andere koploperinstellingen delen hun kennis graag met andere verpleeghuizen.



Amy van Doormaal NIP-lid en GZ-psycholoog



DE WERKDAG VAN...

Anna Gijsberts, behandelaar bij de Waag

Bij De Waag werk ik als behandelaar binnen het FAST-team: Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST). Met FAST behandelen we gezinnen waarvan jongeren ernstig grensoverschrijdend gedrag vertonen. Het FAST-traject is een intensieve behandeling, gericht op het voorkomen van een uithuisplaatsing.

Elke week kom ik als behandelaar meerdere keren bij de gezinnen thuis, ik voer zowel systeemgesprekken, oudergesprekken als individuele gesprekken met de jongere. De behandeling start met een risicotaxatiefase waarin ik samen met het gezin probeer uit te pluizen waar het probleemgedrag vandaan komt. Naast de risicofactoren brengen we de beschermende factoren en krachten in kaart. In de behandelfase zetten we in op het verminderen van de meest prominente dynamische risicofactoren (dit zijn risicofactoren die te veranderen zijn) en het vergroten van de beschermende factoren. We maken hierbij o.a. gebruik van de Geweldloos Verzet methodiek en AR-op-Maat. Inzet van het netwerk, school en sportverenigingen vormen een belangrijk onderdeel.

Snel schakelen

Bij FAST werken we outreachend: bij de gezinnen thuis. Huisbezoeken leveren veel informatie op over een gezin.

Psychologen werken overal in de maatschappij: in de gezondheidszorg, het onderwijs en de wetenschap, maar ook bij bedrijven en de overheid. Hoe ziet een werkdag eruit bij collega's? In de rubriek *De werkdag van* geven vakgenoten een kijkje achter de schermen.

We kunnen niet altijd rustig werken, de gesprekken worden regelmatig verstoord door huisdieren, andere familieleden of vrienden die langs komen. Juist deze dynamiek biedt aanknopingspunten voor interventies. In sommige gevallen betekent dat snel schakelen en ingaan op de gebeurtenis, in andere gevallen betekent dat juist structureren en teruggaan naar de kern. Mijn ervaring is dat de huisbezoeken bijdragen aan de generalisatie van nieuw aangeleerd gedrag. Doordat je oefent in de thuissituatie, met alle prikkels die daar zijn, leren gezinnen nieuwe vaardigheden toe te passen, en deze vaardigheden kunnen ze voortzetten zodra ik de deur achter mij dicht trek.

Veiligheid

Omdat we vaak alleen op pad gaan, is er binnen ons team veel aandacht voor elkaar en voor de veiligheid. Aan het eind van de dag checken we of iedereen weer veilig thuis is. Op de poli ontmoet ik mijn collega's en kan ik overleggen over een casus. Het gevoel dat ik er niet alleen voor sta, is in dit werk heel prettig.

Wanneer het lukt om een gezinssysteem weer positieve momenten met elkaar te laten beleven en er een afname is van de problemen, geeft dat veel voldoening. Elke dag gezinnen ondersteunen om een klein stapje in deze richting te zetten, zorgt ervoor dat ik met veel plezier naar mijn werk ga.

Anna Gijsberts is psycholoog bij de Waag en voor het NIP actief als secretaris van de sectie Forensische Psychologie. Ze heeft de master Forensic Psychology afgerond aan Maastricht University en heeft gewerkt als behandelcoördinator in de reguliere jeugdzorg en in een Justitiële Jeugdinrichting.



MANIFEST 1001 KRITIEKE DAGEN

WERKERVERINGSPLEKKEN

TASKFORCE PRIVACY

VISITATIE



DE ETALAGE:

films over actuele ggz-thema's



De sectie GGZ van het NIP plaatst geregeld films op de NIP-website. Deze films gaan over een actueel onderwerp uit de ggz en zijn bedoeld om de discussie tussen professionals te bevorderen.

Of het nu gaat om opvattingen over wat goede zorg is, over kennis van psychische aandoeningen, over behandelmogelijkheden, de verhouding tussen cliënten en zorgverleners, de rol van zorgverzekeraars of over de inzet van ervaringsdeskundigen: het ggz-werkveld is constant in beweging. De sectie GGZ volgt al deze ontwikkelingen op de voet. Wat zijn de opbrengsten van de ingezette vernieuwingen? Helpen die de mensen uit het veld om hun werk beter te kunnen doen? Zijn cliënten erbij gebaat? Of vormen vernieuwingen een bedreiging voor het welzijn van cliënten en/of de autonomie van zorgprofessionals? En hoe zet het NIP zich in om deze autonomie te verbeteren.

Etalage en Magazijn

Om discussie over ontwikkelingen tussen professionals te bevorderen is de sectie GGZ het project *De Etalage* begonnen. Onder die noemer plaatst de sectie geregeld korte films van acht tot tien minuten op de website van het NIP. Daarin laten steeds een wetenschapper, behandelaar, ervaringsdeskundige en beleidsmaker hun licht schijnen over een actueel issue uit het werkveld. Op de Etalagepagina's zijn, behalve de film, informatie over de sprekers en

geschreven interviews met hen te vinden. Kijkers en lezers die daarna nog meer willen weten, kunnen terecht in het bij elke *Etalage* horende *Magazijn* met achtergrondinformatie en referenties naar publicaties over het betreffende thema. Een enquête biedt leden de mogelijkheid zelf hun mening te geven. Onderwerpen die inmiddels voorbijkwamen zijn 'zorgstandaarden', 'shared decision making' en 'ervaringsdeskundigheid'. Begin april is de nieuwste film verschenen over 'ambulantisering'.

Urgente thematiek

Dat ambulantisering een urgent onderwerp is, bewijst onder meer een recente uitspraak van staatssecretaris Blokhuis van VWS. Die betoogde dat het optuigen van ambulante zorg in Nederland geen gelijke tred gehouden heeft met de reductie van bedden en veel te laat is ingezet. Ambulantisering zou moeten bijdragen aan herstel, inclusie en destigmatisering van mensen met psychische problemen. Uit recent panelonderzoek van het Trimbos-instituut is echter gebleken dat veel van de mensen over wie het hier gaat, zich eenzaam voelen, geen werk hebben en dat zorg niet aansluit bij hun behoeften. In de film *'Ambulantisering – wat zie jij?'*, buigen vier deskundigen zich, elk vanuit hun eigen perspectief, over een aantal vragen rond het thema. Hoe komt het dat de beoogde verbeteringen voor cliënten in de praktijk veelal uitblijven? En wat is er nodig om van ambulantisering wél een succes te maken? Kijk en oordeel zelf op psynip.nl/etalageggz

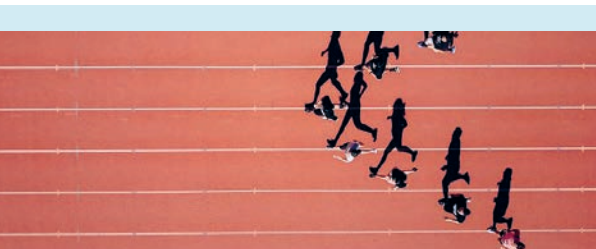
NIP-NIEUWTJES

DR. GERT-JAN PROSMAN NIEUW LID ALGEMEEN BESTUUR

Het Algemeen Bestuur van het NIP is blij aan te kondigen dat de Ledenraad Dr. Gert-Jan Prosman benoemd heeft als lid van het Algemeen Bestuur. Hij volgt Prof. Dr. Hans Koot op die per 1 januari 2019 uit het bestuur is getreden.

Gert-Jan Prosman is Universitair Hoofddocent bij de Universiteit Twente en combineert dit met zijn functie als senior GZ-psycholoog bij het Centrum voor Revalidatie Roessingh in Enschede. Daarnaast is hij Hoofddocent Educatie en Innovatie binnen de GZ-opleiding en docent van de Postdoctorale opleiding tot GZ-psycholoog binnen de RINO Groep.

Hij heeft zijn eigen praktijk als GZ-psycholoog en Supervisor Cognitief Gedragstherapeut. Vanaf 2012 is Prosman vice-voorzitter van de registratiecommissie van de registratie Eerstelijnspsycholoog NIP. Sinds juni 2018 is hij NIP-afgevaardigde in het Algemeen Bestuur van Pijn Alliantie in Nederland (PAiN).



NIP-UP SPORTPSYCHOLOGIE

Op 6 juni komt sportpsycholoog Mitchel Kevenaar vertellen hoe hij sporters helpt te presteren op de momenten dat het erom gaat. De Arbeid- en Organisatiepsycholoog NIP kwam als fanatieke jonge golfer in aanraking met de sportpsychologie. Inmiddels is hij voorzitter van de Vereniging voor SportPsychologie (VSPN) in Nederland. Aanmelden kan via: psynip.nl/NIPUp

CARRIÈRE START STUDENTEN GROOT SUCCES

Afgelopen maand organiseerde de Carrière Commissie met veel plezier een evenement voor aankomende basispsychologen om kennis te maken met het werkveld: *de Carrière Start*. De dag werd geopend door Britt van Beek, zij vertelde wat het NIP te bieden heeft en welke registraties er in het werkveld zijn.

Arbeids- en organisatiepsychologen Paul Kop, Bas van Ommen en Paul Westerman deelden hun ervaringen met het werkveld en gaven hun blik op de huidige arbeidsmarkt. De klinische kant werd beslagen door de RINO Groep, zij vertelden het theoretische verhaal over de GZ-opleiding. Sophie Ebbeler gaf het verhaal meer kleur door haar ervaringen in haar vrijgevestigde praktijk te delen. Duygu Akinci vertelde hoe het is om als startende psycholoog werkzaam te zijn. Na de presentaties was er gelegenheid om verschillende beroepscoaches vragen te stellen en gaf 113 Zelfmoordpreventie informatie over hun organisatie.



SPS NIP kijkt terug op een succesvol evenement. Samen met het NIP konden ze de deelnemers een goede indruk geven van wat hen in de toekomst te wachten staat. Meer informatie lees je ook op SPSNIP.nl.

SECTIE SEKSUALITEIT EN DIVERSITEIT

In deze speciale editie van De Psycholoog leest u diverse artikelen over het thema seksuele identiteit. De NIP sectie Seksualiteit & diversiteit zet zich in om de handelingsbewaamheid op het gebied van seksualiteit in de diverse domeinen in de samenleving waar gedragswetenschappers werkzaam zijn te vergroten. De sectie organiseert regelmatig themabijeenkomsten en werkt nauw samen met het NVO. Kijk voor meer informatie op psynip.nl/seksualiteitdiversiteit



PUBLICATIEPRIJS VOOR JONGE AUTEURS

De redactie(raad) van *De Psycholoog* wil jong talent in de psychologie aanmoedigen tot het schrijven van goede en originele artikelen in de Nederlandse taal. In 1995 is daarom een tweejaarlijkse Publicatieprijs voor aankomende auteurs ingesteld die in 2019 voor de twaalfde keer zal worden uitgelooft. De prijs bestaat uit een publicatie als hoofdartikel in *De Psycholoog* en een bedrag van € 1250.

De ingezonden artikelen worden beoordeeld door een deskundige jury uit de redactieraad, onder leiding van de hoofdredacteur van *De Psycholoog*. De jury let op inhoudelijke en stilistische kwaliteit, originaliteit en toegankelijkheid en de mate waarin het artikel van belang is voor een breed publiek van psychologen. Het winnende manuscript wordt als hoofdartikel geplaatst in het december-nummer van 2019 of januarinumnummer van 2020. Elk ingezonden manuscript wordt beoordeeld en komt, na de gebruikelijk reviewprocedure, eventueel voor plaatsing in aanmerking. Over beslissingen van de jury is geen correspondentie mogelijk.

Ingezonden manuscripten dienen aan de volgende voorwaarden te voldoen:

1. Het artikel biedt een gedegen overzicht van een psychologisch relevant onderwerp, waarin recent onderzoek, literatuur, theorievorming en/of toepassingen op originele wijze worden besproken.
2. De lengte van het artikel bedraagt maximaal 4500 woorden (exclusief referenties).
3. Het is geschreven in goed Nederlands door een junior-psycholoog, niet eerder afgestudeerd dan 1 augustus 2011.
4. Het manuscript moet uiterlijk op 1 september 2019 zijn ingediend volgens de geldende richtlijnen voor auteurs. Uitgebreide richtlijnen kunnen bij de redactie worden aangevraagd (redactie@psynip.nl), en zijn ook te vinden op internet www.tijdschriftdepsycholoog.nl, bij de sectie 'voor auteurs'.
5. Het manuscript mag niet elders zijn aangeboden of gepubliceerd.

MANUSCRIPTEN KUNNEN
TOT 1 SEPTEMBER 2019 WORDEN
TOEGEZONDEN AAN:

Jury Publicatieprijs De Psycholoog
redactie@psynip.nl

JUNIOR – EVA-MARIJN STEGEMANN

Pas op latere leeftijd ben ik psychologie gaan studeren, na vele omzwervingen. Ik heb de secretaresseopleiding gedaan, een acteeropleiding gevolgd, was een tijdje organisator van feestjes, noem maar op. Ik wilde wel altijd iets met psychologie doen, en zo'n tien jaar geleden heb ik de hbo-opleiding Toegepaste psychologie afgerond. Ik stroomde door naar de Open Universiteit, en toen ik daar mijn scriptie moest schrijven, kwam de middelste van mijn drie kinderen, destijds vijf jaar, in de situatie dat ze ongelukkig was met haar gender. Ze voelde zich eigenlijk een jongetje, maar was bij de geboorte als toegewezen geslacht meisje. Ik heb me toen in die materie verdiept en schreef mijn scriptie over naasten van transgenders en de stigmatisering daaromheen.

Toen ging het balletje rollen, ik mocht mijn onderzoek presenteren op het Epath-congres, en mede daardoor ben ik hier terechtgekomen, in praktijk de Vaart in Assen, als behandelaar van transgender personen en mensen met vraagstukken rondom genderidentiteit. Ik ben ook heel actief geworden in het netwerk, volg de opleiding tot gz-psycholoog en ben begonnen met een promotieonderzoek.

DANKBAAR WERK

Het was niet direct mijn doel om in deze tak van zorg te gaan werken, maar ik werd heel erg gegrepen door het onderwerp en de diverse doelgroep. Er komen veel kinderen voorbij, maar ook volwassenen, de leeftijden liggen tussen de zes en de zestig, dus de accenten zijn vaak net even anders. Daarnaast helpen we ook naasten in het traject, mensen die weer-

stand kunnen voelen bij de transitie van een kind, of die er verdrietig om zijn.

Het werk is dankbaar en geeft mij veel voldoening, want transpersonen kunnen zich onthand voelen in het leven. Ze voelen zich niet thuis in hun eigen lichaam, maar soms ook niet in de maatschappij, die bepaalde genderrollen van ze verwacht. Dat maakt alles complex, het is mooi als ik ze dan kan helpen.

KLEINE STAPJES

We doen hier heel diverse diagnostiek en verwijzen mensen naar plekken waar ze hormoontherapie of een medisch traject kunnen volgen. We kijken met meerdere ogen of we hetzelfde zien. Soms levert dat punten van discussie op, maar dat helpt juist om tot een goed eindoordeel te komen. Soms is de diagnose ook lastig, bijvoorbeeld bij cliënten met autisme. Is de wens tot geslachtsverandering dan een conclusie van een logische beredenering – ik hou van roze, dus ik zal eigenlijk wel een vrouw zijn – of een beslissing die echt op gevoel is genomen?

Heel soms komen mensen binnen die denken dat ze genderdysforie hadden en een wens tot geslachtsverandering, maar dan bleek dat ze zochten naar een oplossing voor andere problemen. Zo voelde een kleine man zich als man niet geaccepteerd wegens zijn lengte, maar dacht dat hij wel in de rol van vrouw zou passen. Maar dat is natuurlijk iets heel anders dan diep van binnen voelen dat je in het verkeerde geslacht zit.

De behandeling zelf gaat vaak over exposure: stapjes zetten om te gaan leven in het wensgeslacht. Bijvoorbeeld binnen de omgeving laten weten dat je je gender



aan het onderzoeken bent. Dus niet meteen met nagellak gaan rondlopen, maar eerst in je omgeving bespreekbaar maken wat je wens is en dan stapsgewijs verder opbouwen. Het is eigenlijk werken aan zelfvertrouwen. Hoe meer iemand naar buiten durft te treden met het wensgeslacht, hoe meer zelfvertrouwen men krijgt. Daarom is exposure vaak ook zo goed. Dan zie je diegene groeien naar wie hij of zij wil zijn. Het gevoel is daarbij leidend. Want pas als iets goed voelt, kan iemand de volgende stap zetten.

GEVOEL ALS KOMPAS

Met ons kind gingen we in het begin naar de VU voor diagnostiek. Toen was hij vijf.



FOTO JEROEN VAN GOOR

We zagen dat hij erg ongelukkig was, elke dag was er weerstand, ruzie, huilen, niet naar buiten willen. We wisten dat er iets niet goed zat. Het advies was om alles zo lang mogelijk genderneutraal te houden. Dat deden we ook, en we vertelden op school – ook aan andere ouders – dat ons kind heel erg aan het zoeken was, en dat we niet wisten welke kant het op zou gaan.

Vanaf dat moment kon hij lekker losgaan met zijn Spiderman-poppen en daar fleurde hij van op. Het lange haar moest eraf, dat hebben we zo lang mogelijk uitgesteld maar op een gegeven moment gingen we er op gevoel in mee. Nu is ons kind negen en

leeft volledig als jongen. We geven hem alle ruimte, ook door te laten weten dat hij altijd terug kan, mocht hij willen. Het belangrijkste is dat hij nu gelukkig is, en zijn gevoel is ons kompas.

Ik had als ouder wel last van onzekerheid. Waar ligt de grens? Is ze niet gewoon een tomboy? Ook voelde ik verdriet, nog steeds wel als ik de foto's zie van hem als schattig meisje. Maar het meegroeien in dat proces helpt heel erg. Het lijkt me moeilijker voor ouders als iemand achttien is en de transitie heel snel gaat.

Het is voor mij een voordeel dat ik veel weet over genderdysforie, dat ik weet waar we naartoe kunnen en de

‘Dus niet meteen met nagellak gaan rondlopen’

emoties eromheen herken. Of ik er ook een betere therapeut van word? Ik herken veel bij andere ouders, maar moet wel oppassen dat ik niet in een bias ga zitten.

PROMOVEREN

Mijn loopbaan in de psychologie is snel gegaan, maar het werd ook wel tijd vind ikzelf, zo rond mijn veertigste. Mijn promotieonderzoek is nu in de beginfase. Ik ga ouders interviewen over waar ze tegenaan lopen qua emoties en gevoelens van verlies. Het is uiteindelijk de bedoeling om een interventie te ontwikkelen om ouders hierin te ondersteunen. Dat is althans het plan, maar het duurt nog wel even.

Ondertussen hoop ik vooral dat we vooruitgang kunnen boeken met het terugdringen van de wachtlijsten voor medische zorg voor transgenderkinderen. Want het is vreselijk als een kind in de puberteit komt en nog twee jaar moet wachten op een hormoonbehandeling. Want juist dan ontwikkelt het lichaam zich, en dat is funest met het oog op het wensgeslacht van zo'n kind. Niet alleen om later met medisch ingrijpen ontwikkelingen te moeten terugdraaien, maar ook de psychische schade die het kind oploopt tijdens de ontwikkeling.'

Bij vrouwen met een autisme-spectrumstoornis verloopt de ontwikkeling van de seksuele en genderidentiteit vaak anders dan bij andere vrouwen. Wat zijn de gevolgen hiervan en hoe kun je hiermee rekening houden in de spreekkamer? Annelies Spek en collega's geven een overzicht van de beschikbare literatuur en gaan in op implicaties voor de klinische praktijk. 'Uit wetenschappelijk onderzoek komen duidelijke aanwijzingen naar voren dat er bij vrouwen met ASS vaker sprake is van gendervariantie.'

GENDERIDENTITEIT EN SEKSUELE IDENTITEIT BIJ VROUWEN MET ASS

Een autismespectrumstoornis (Ass) komt voor bij ongeveer 1% van de bevolking (Baird et al., 2006). Lange tijd is gedacht dat Ass ongeveer acht tot tien keer vaker voorkomt bij mannen dan bij vrouwen. Een recente systematische review wijst echter op een man-vrouwverhouding van ongeveer 3:1 (Loomes, Hull & Mandy, 2017). Dit betekent dat er naar verhouding meer vrouwen zijn met Ass dan eerder werd aangenomen.

Wetenschappelijk onderzoek en klinische ervaringen laten zien dat Ass zich bij vrouwen op een andere manier kan uiten dan bij mannen. Dit heeft waarschijnlijk bijgedragen aan de onderschatting van de prevalentie. Zo zien we bij vrouwen met Ass meer compensatiegedrag op sociaal gebied en lijken zij gevoeliger voor sensorische prikkels dan mannen met Ass (Lai et al., 2011; Spek & Goosen, 2013). Ook lijkt er sprake van andere comorbide problematiek (Lai et al., 2011). Internaliserende problemen, zoals angst- en stem-

mingsklachten, blijken bijvoorbeeld vaker voor te komen bij meisjes en vrouwen met Ass, externaliserende problematiek komt meer voor bij jongens en mannen met Ass (Wielemaaker & Verheij, 2012). Verder lijkt er relatief vaak sprake van bijzonderheden in de identiteitsontwikkeling. De problemen in de sociale interactie en het zelfinzicht, naast de moeite met fysiek contact, kunnen ertoe leiden dat de identiteitsontwikkeling anders, of vertraagd, verloopt (Henault, 2005). Dit kan ook gevolgen hebben voor de genderidentiteit en de seksuele voorkeur van deze vrouwen.

Voor vrouwen met Ass met een niet-heteroseksuele oriëntatie of met genderdysforie/variantie kan het helpend zijn om te weten of dit vaker voorkomt bij vrouwen met Ass en wat hier de onderliggende redenen voor zijn. Ook voor hulpverleners is het belangrijk om meer te weten over de seksuele identiteit van vrouwen met Ass, zodat zij hun benadering hierop kunnen aanpassen. Dit artikel beoogt dan

ook een overzicht te bieden van de huidige kennis over de genderidentiteit en seksuele voorkeur van vrouwen met ASS. Hierbij wordt zowel gebruik gemaakt van bestaande literatuur als van ervaringen vanuit de klinische praktijk.

GENDERVARIANTIE EN GENDERDYSFORIE

'Van mijn dertigste tot veertigste heb ik serieus overwogen om mijn geslacht te laten veranderen. Ik voelde me transgender, alsof ik in het verkeerde lichaam zat. Ik ontwikkelde een lichte eetstoornis en ging heel fanatiek trainen om een meer gespierder en een in mijn ogen meer acceptabel lichaam te krijgen. Weg met de vrouwelijke rondingen! Ik heb ook altijd veel last van mijn menstruatie, mijn brein raakt dan van slag. Vanaf mijn veertigste heb ik mezelf meer geaccepteerd. Ook omdat ik op die leeftijd met hormonen toch geen geloofwaardig uitzienende man meer zou worden. Ik beschouw mijzelf nu als iemand die zich niet wil laten labelen als man of vrouw, ik ben genderneutraal' (Borgesius, 2017).

Gender is niet hetzelfde als sekse. De genderidentiteit is een psychologische identificatie van iemand zelf als man, vrouw, geen van beide of anderszins (Prince, 2005). Gender is ook een cultureel begrip. Het gaat erom hoe iemand wordt gevormd of wordt gezien in een culturele, maatschappelijke context (zie het introductie-artikel op pagina 10 van dit tijdschrift). Het begrip sekse verwijst naar de biologische kenmerken, zoals die bij de geboorte zichtbaar zijn, en naar de geslachtschromosomen. We zullen naast gender over 'toegewezen sekse' spreken wanneer het de biologische kenmerken betreft.

Gender is niet hetzelfde als sekse

GENDERDYSFORIE De oorspronkelijke classificatienaam uit de DSM-IV, genderidentiteitsstoornis, is in de DSM-5 vervangen door genderdysforie (GD). Bij GD dient er sprake te zijn van de wens om van het andere gender te zijn samen met een significante lijdensdruk en onvrede met de toegewezen gender (American Psychiatric Association, 2013). Vergeleken met de eerdere terminologie wordt dit veelal als minder stigmatiserend gezien. De prevalentie van GD in de volwassen bevolking wordt geschat op 4.6:100.000 (Arcelus et al., 2015).

PREVALENTIE VAN (KENMERKEN VAN) ASS IN MENSEN

MET GD Uit verschillende studies naar de prevalentie van ASS bij kinderen en volwassenen met GD, blijkt dat zij relatief vaker autistische trekken dan wel een ASS-diagnose hebben (zie Van der Miesen, Hurley & De Vries (2016) voor een uitgebreid overzicht van de literatuur). Zo laat een studie bij kinderen en adolescenten met GD zien dat er bij 7,8% van hen sprake is van een ASS-diagnose, wat aanzienlijk hoger is dan in de algemene bevolking (De Vries et al., 2010). In een studie bij volwassenen met GD is gevonden dat 5,5% van de mensen boven het afkappunt scoorde op een screeningsvragenlijst naar kenmerken van ASS (Pasterski et al., 2014).

PREVALENTIE VAN (KENMERKEN VAN) GD BIJ MENSEN

MET ASS EN VERSCHILLEN TUSSEN BIJ DE GEBOORTE TOEGEWEZEN MANNEN EN VROUWEN Onderzoek naar kenmerken van GD bij mensen met ASS laat zien dat deze meer voorkomen dan in de algemene bevolking. Uit de meeste onderzoeken komt naar voren dat vrouwen met ASS vaker gendervariantie – gedefinieerd als de wens om van het andere gender te zijn – ervaren dan mannen met ASS. In een recente studie werd bijvoorbeeld gevonden dat 15,8% van de vrouwen met ASS 'de wens ervaren om van het andere gender te zijn' tegenover 10% van de mannen met ASS. Bij de adolescenten zijn de verschillen mogelijk nog groter: meisjes met ASS hebben twee keer zo vaak die wens als jongens: 11,5% tegenover 5,3%. (Van der Miesen et al., 2018a).

Uit de Nederlandse gegevens vanuit het Nationaal Autisme Register blijkt dat 22% van de vrouwen met ASS zich niet eenduidig vrouw voelt en 8% van de mannen met ASS zich niet eenduidig man voelt (Dewinter, Graaf & Begeer, 2017). In het onderzoek van Bejerot en Eriksson (2014) rapporteerden twee derde van de vrouwen met ASS dat ze in hun jeugd tomboys waren, tegenover een derde van de vrouwen in de neurotypische controlegroep. Dit gold overigens niet voor de mannen. Zij beschouwden zichzelf niet als vrouwelijker in hun jeugd dan de mannen uit de neurotypische controlegroep.

We zien dat in meer recente studies al een breder begrip van gender zichtbaar wordt. Was er vroeger een eenvoudige tweedeling man-vrouw, nu kennen we een heel scala aan genders en spreken we vaker over een continuüm met termen als genderfluïde en gender non-conform. Vrouwen met ASS rapporteerden bijvoorbeeld een fluïde of afwezig gevoel van gender en uitten een behoefte aan een 'neutrale' genderidentiteit. Bij hen lijkt identiteit ook gerelateerd aan andere factoren zoals persoonlijke interesses (Kourti & MacLeod, 2018).

MOGELIJKE VERKLARINGEN VOOR HET SAMEN VOORKOMEN VAN ASS EN GENDERVARIANTIE

Het is nog onduidelijk hoe een eventueel verband tussen ASS en gendervariantie of GD verklaard kan worden. In verschillende studies is indirecte ondersteuning gevonden voor de zogenaamde testosteron-hypothese. Deze hypothese legt een relatie tussen autisme en een verhoogd testosterongehalte. Zo komt uit onderzoek naar voren dat aan testosteron-gerelateerde aandoeningen, waaronder het polycysteus-ovariumsyndroom, relatief vaak voorkomen bij vrouwen met ASS (Ingudomnukul et al., 2007). Omdat deze theorie alleen een indirecte verklaring zou kunnen geven en onvoldoende verklaring biedt voor het samen voorkomen van ASS en GD bij toegewezen jongens, worden er ook andere hypothesen beschreven.

Zo is geopperd dat jongeren met ASS door hun gevoel anders te zijn wellicht minder het gevoel hebben dat hun toegewezen gender bij hen past (De Vries et al., 2010). Andere onderzoekers stellen dat bepaalde deelkenmerken van ASS, zoals het hebben van obsessies, zouden kunnen leiden tot het vaker samen voorkomen van GD en ASS. In één studie is bijvoorbeeld gevonden dat obsessieve interesses vaker voorkomen bij kinderen met GD (VanderLaan et al., 2015). In ander onderzoek werd echter geen specifieke verhoging van dit kenmerk van ASS aangetroffen (Van der Miesen et al., 2018b). Meer onderzoek zal dus moeten uitwijzen of één van deze hypothesen een (deel)verklaring kan bieden voor het vaker samen voorkomen van ASS en gendervariantie.

SEKSUELE ORIËNTATIE

'Ik weet nog niet of ik op mannen of vrouwen val, daar heb ik nog niet over nagedacht. Verder moet ik er niet aan denken om seksueel contact te hebben, ik ben namelijk erg snel overprikkeld.'

Met seksuele oriëntatie, ook wel seksuele geaardheid genoemd, wordt de mate bedoeld waarin iemand zich seksueel aangetrokken voelt tot mannen, vrouwen, beide of geen van beide (Bailey et al., 2016). Bij het in kaart brengen van de seksuele oriëntatie worden verschillende indicatoren gebruikt, zoals seksuele aantrekkingskracht, seksueel gedrag, seksuele identiteit en lichamelijk seksuele opwindings (Bailey et al., 2016). Grofweg worden vier verschillende soorten seksuele oriëntatie beschreven:

- Heteroseksualiteit: seksuele gevoelens voor het tegenovergestelde geslacht;
- Homoseksualiteit: seksuele gevoelens voor mensen van het eigen geslacht;

Uit de meeste onderzoeken komt naar voren dat vrouwen met ASS vaker gendervariantie ervaren dan mannen met ASS

- Bisexualiteit: seksuele gevoelens voor beide geslachten;
- Aseksualiteit: seksuele aantrekkingskracht voor een andere persoon ontbreekt.

Het begrip aseksualiteit vereist enige toelichting. De definitie ervan kan namelijk gebaseerd zijn op seksueel gedrag, seksueel verlangen/aantrekkingskracht, zelfidentificatie of op een combinatie van deze factoren (Van Houdenhove et al., 2014). Bogaert (2015) pleit voor de definitie van een algeheel gebrek aan seksuele aantrekkingskracht. Deze beschrijving wordt ook het meest gebruikt in de recente literatuur en zal daarom ook in onderhavig artikel worden gehanteerd.

PREVALENTIE SEKSUELE VOORKEUR Er zijn verschillende studies waarin de seksuele oriëntatie van vrouwen met ASS is onderzocht. Zo vergeleken Gilmour en collega's (2012) 55 vrouwen met ASS met neurotypische vrouwen. Bij de vrouwen met ASS bleek significant minder vaak sprake te zijn van een heteroseksuele oriëntatie. Zij bleken vaker homoseksueel, biseksueel of aseksueel georiënteerd. Onderzoek bij een grote groep vrouwen met ASS uit de Nederlandse populatie ($n=343$) laat zien dat 57% zichzelf ziet als heteroseksueel, ten opzichte van 87% van een neurotypische groep vrouwen. Van de vrouwen met ASS bleek 22% zichzelf te identificeren als biseksueel, 6% als homoseksueel en 15% als 'anders' (Dewinter et al., 2017). Uit een andere studie, bij 219 vrouwen met ASS, kwam naar voren dat 69,7% van de mannen en vrouwen met ASS niet-heteroseksueel georiënteerd is (George & Stokes, 2018). De cijfers werden echter niet uitgesplitst naar toegewezen sekse bij de geboorte. Deze drie studies wijzen alle op het minder vaak voorkomen van een heteroseksuele oriëntatie bij vrouwen met ASS. Een beperking van deze studies is echter dat de vragenlijstonderzoeken online plaatsvonden en de ASS-diagnoses niet op formele wijze zijn vastgesteld.

Was er vroeger een eenvoudige tweedeling man-vrouw, nu kennen we een heel scala aan genders en spreken we vaker over een continuüm met termen als 'genderfluïde' en 'gender non-conform'

In slechts twee studies is een formele Ass-diagnose vastgesteld of werd deze later via het medisch dossier gecontroleerd. De eerste studie (Ingudomnukul et al., 2007) bij 54 vrouwen met Ass, laat zien dat 67,9% een heteroseksuele voorkeur heeft. 13,2% ziet zich als biseksueel, 1,9% als homoseksueel (lesbisch) en 17% als asexueel. In de neurotypische controlegroep bleek 97,3% heteroseksueel, 1,1% homoseksueel (lesbisch), 1,6% biseksueel en geen van de deelnemers asexueel georiënteerd. In een tweede, relatief kleine studie werden 24 vrouwen met Ass onderzocht, waarbij biseksualiteit vier keer vaker voorkwam dan bij de neurotypische groep (Bejerot & Eriksson, 2014). Eén van de 24 vrouwen rapporteerde asexueel te zijn. De onderzoeksgroep was echter te klein om duidelijke uitspraken te kunnen doen.

Verder is in onderzoek gekeken naar de relatie tussen zelf-gerapporteerde autistische kenmerken en seksuele oriëntatie (Rudolph et al., 2018). De resultaten laten zien dat mensen die hoog scoren op zelf-gerapporteerde autistische kenmerken, zichzelf minder vaak als heteroseksueel en vaker als biseksueel omschrijven. Daarnaast herkennen deze mensen zich drie keer zo vaak niet in de traditionele categorieën van seksuele oriëntatie, in vergelijking met mensen die weinig autistische kenmerken bij zichzelf herkennen.

Al met al laat wetenschappelijk onderzoek eenduidig zien dat vrouwen met Ass zich minder snel als heteroseksueel identificeren en dat er vaker sprake is van biseksualiteit, homoseksualiteit en asexualiteit.

VERKLARING BEVINDINGEN

Er is weinig tot geen onderzoek gedaan naar de reden(en) waarom vrouwen met Ass zich minder vaak als heteroseksueel identificeren en vaker als biseksueel, homoseksueel en asexueel. Wel worden door onderzoekers verschillende hypothesen benoemd. Enkele hiervan worden hier nader toegelicht.

BEPERKTE ERVARING George en Stokes (2018) vermoeden dat er een verband is tussen het vaker voorkomen van homoseksualiteit en problemen in de sociale en relationele ontwikkeling. Bij het ontwikkelen van seksuele aantrekkingskracht lijkt de socialisatie en het opdoen van ervaring namelijk van groot belang. Gezien de beperkingen in het voorstellingsvermogen kan het voor mensen met Ass extra belangrijk zijn om tastbare ervaring op te doen (Dewinter et al., 2017). De voor Ass kenmerkende beperkingen in de sociale interactie en communicatie kunnen het vormen van relaties en het opdoen van ervaring echter bemoeilijken, zeker als het gaat om een partner van het andere geslacht. Mogelijk beïnvloedt dit de ontwikkeling van de seksuele identiteit. Een romantische relatie met iemand van hetzelfde geslacht ligt dan wellicht meer voor de hand.

SENSORISCHE GEVOELIGHEID Seksuele handelingen gaan gepaard met een veelheid aan sensorische prikkels. Bij vrouwen met Ass is er regelmatig sprake van een hypersensitiviteit voor sensorische prikkels (Lai et al., 2011). Een verhoogde prikkelgevoeligheid kan het aangaan van seksueel contact sterk hinderen, met name wanneer er al sprake is van chronische overbelasting. Wellicht ervaart een deel van de vrouwen met Ass problemen in het seksuele contact door hun prikkelgevoeligheid en mogelijk zorgt dit bij sommigen voor een asexueel bestaan (Aston, 2012; George & Stokes, 2018). In dat geval is het overigens de vraag of daadwerkelijk sprake is van asexualiteit, of van het (tijdelijk) uit de weg gaan van seksualiteit om overprikkeling te voorkomen.

GEVOELIGHEID VOOR DE SOCIALE NORM Onderzoek laat zien dat mensen met Ass minder sensitief zijn voor de sociale norm (Izuma et al., 2011). Dit kan ertoe leiden dat zij een partner eerder zullen uitkiezen op basis van karakter dan vanuit de (toegewezen) sekse. Dit wordt ook wel 'gender blindness' genoemd (Bejerot & Eriksson, 2014). Gilmour en collega's (2012) stellen dat mensen zonder Ass homoseksue-

ele gevoelens wellicht eerder onderdrukken, omdat zij zich graag willen conformeren aan verwachtingen van anderen. Dit zou bij mensen met ASS minder het geval zijn. Als deze hypothese klopt, dan zijn de groepsverschillen mogelijk deels te herleiden tot verschillen in (willen) voldoen aan de sociale norm.

HORMONALE FACTOREN Er zijn aanwijzingen dat testosteron-gerelateerde aandoeningen, zoals polycysteus-ovarium-syndroom, vaker voorkomen bij vrouwen met ASS (Ingudomnukul et al., 2007; Pohl et al., 2014). Dit zou te maken kunnen hebben met verschillen in de sekse-steroïde hormonen, zoals een verhoogd testosterongehalte. Een prenataal verhoogd testosterongehalte zou kunnen bijdragen tot een ‘masculiene’ ontwikkeling van het brein. Prenataal verhoogde testosterongehalten zijn wel gemeten bij mannen met ASS, maar niet bij vrouwen met ASS (Baron-Cohen et al., 2015). Een masculiene breinontwikkeling zou gerelateerd zijn aan een grotere kans op een niet-heteroseksuele oriëntatie (Jenkins, 2010). Deze zogenaamde ‘male brain theory’ is echter meermaals ter discussie gesteld. Zo laat onderzoek zien dat de genderrol/geslachtsrol van mannen en vrouwen met ASS juist niet masculien is (Bejerot & Eriksson, 2014). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een verhoogd testosterongehalte niet gerelateerd is aan seksueel verlangen, waardoor dit geen rol lijkt te spelen in het vaker voorkomen van asexualiteit bij vrouwen met ASS (Van Anders, 2012). Wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaak van ASS wijst dan ook op een complexe combinatie van een groot aantal verschillende factoren, waarbij de invloed van hormonale factoren waarschijnlijk beperkt is (Masi et al., 2017).

CONCLUSIE EN IMPLICATIES VOOR DE KLINISCHE PRAKTIJK

Uit wetenschappelijk onderzoek komen duidelijke aanwijzingen naar voren dat er bij vrouwen met ASS vaker sprake is van gendervariantie. Met betrekking tot onderliggende mechanismen zijn diverse hypothesen beschreven in de literatuur, maar bewijs hiervoor ontbreekt. Ook weten we nog weinig over het verloop van gendervariantie bij mensen met ASS en meer specifiek bij vrouwen met ASS. Meer aanvullend onderzoek is daarom nodig. Naast onderzoek bij grote aantallen cliënten is het dan ook belangrijk dat er meer kwalitatief onderzoek wordt gedaan, waaronder casusbeschrijvingen. Dit kan voor professionals in de zorg inzichtelijk maken welke ondersteuning vrouwen met ASS en gendervariantie/GD in de dagelijkse praktijk nodig hebben. Ook op andere

manieren kan meer rekening worden gehouden met GD bij meisjes en vrouwen met ASS. Een voorbeeld hiervan is het ontwikkelen van gevalideerde, autismevriendelijke non-binaire vragenlijsten, waarmee het brede genderspectrum in kaart gebracht kan worden.

De hulpverlening voor mensen met ASS en GD staat nog in de kinderschoenen. Mogelijk dient deze anders te zijn dan die van mensen zonder ASS. Expertise op dit gebied zou vanuit de genderklinieken en in ASS gespecialiseerde instellingen verder ontwikkeld en verspreid moeten worden. Zo is het belangrijk om meisjes en vrouwen met ASS te ondersteunen en begeleiden bij het ontdekken van hun identiteit. Dit kan eraan bijdragen dat de vragen rond hun genderidentiteit verhelderd worden. (Kourti & MacLeon, 2018). Als hulpverleners zich bewust zijn van moeilijkheden die voortkomen uit identiteitsvragen en die bespreekbaar maken, kan de acceptatie van het genderfluide/agender zijn vergroot worden. Het feit dat genderbevestigende operaties en behandelingen niet meer volledig te hoeven worden uitgevoerd, maar ‘op maat’ kunnen plaatsvinden, kan eraan bijdragen dat gendervariantie als leefwijze ook voor vrouwen met ASS meer geaccepteerd wordt.

Wat betreft de seksuele oriëntatie blijkt ‘slechts’ 57 tot 68 % van de vrouwen met ASS heteroseksueel georiënteerd en komen asexualiteit, biseksualiteit en homoseksualiteit relatief vaak voor. Er zijn verschillende factoren benoemd die ten grondslag kunnen liggen aan het relatief lage percentage heteroseksualiteit bij vrouwen met ASS. Hierbij gaat het om zowel biologische als psychosociale factoren, zoals de invloed van prenatale hormonen, het zich anders voelen dan anderen en concrete informatie nodig hebben om te bepalen waarop men valt (Dewinter et al., 2017). Op dit moment wordt een multi-factormodel als het meest aannemelijk gezien.

Vervolgonderzoek is van groot belang om meer zicht te krijgen op onderliggende mechanismen. Daarnaast weten we nog te weinig over de ervaringen en belevingen van de vrouwen met een niet-heteroseksuele oriëntatie zelf. Zo is de wijze waarop ze hiermee omgaan nog nergens beschreven. Wel wordt vermoed dat vrouwen met ASS met een niet-heteroseksuele oriëntatie een extra grote kans hebben op uitsluiting en isolatie (Dewinter et al., 2017). Het is dan ook belangrijk dat hulpverleners hier oog voor hebben en dat hulp wordt aangeboden in de fasen waarin dit extra belangrijk is. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan de fase van coming-out, waarin het reageren op en omgaan met reacties vanuit de omgeving extra uitdagingen zijn voor vrouwen met ASS.

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat vrouwen met ASS zich minder snel als heteroseksueel identificeren en dat er vaker sprake is van biseksualiteit, homoseksualiteit en asexualiteit

Het feit dat een relatief groot deel van de vrouwen met ASS zich niet als heteroseksueel identificeert, illustreert het belang van verder onderzoek. Aangezien de meeste vrouwen in de reguliere bevolking heteroseksueel zijn en zich eenduidig vrouw voelen, zullen de meeste hulpverleners niet zo snel stilstaan bij dit thema. Gezien de beperkingen in de communicatie, bestaat het risico dat vrouwen met ASS dit onderwerp zelf ook niet te berde zullen brengen. Het kan helpen als de hulpverlener actief hiernaar informeert, bij voorkeur aan het begin van de behandeling.

Voor ouders van meisjes met ASS is het eveneens van belang om rekening te houden met een grotere kans dat er sprake is van een niet-heteroseksuele oriëntatie en dat de seksuele identiteit zich anders ontwikkelt dan bij meisjes zonder ASS. Een open, accepterende houding lijkt hierbij het meest passend.

Het kan voor meisjes met ASS moeilijker zijn om zich 'thuis' te voelen bij de andere meisjes. De subtiele uitsluitingscultuur van meisjes met bijbehorende communicatie (roddelen, uitlachen, negeren, kliekjes vormen) volgen ze vaak niet, waardoor zij kwetsbaarder zijn. Ook dit kan mogelijk de ontwikkeling van hun seksuele identiteit en genderidentiteit beïnvloeden. Dit benadrukt het belang van een zo veilig mogelijke omgeving, zowel op school als thuis, waarin zij het gevoel hebben geaccepteerd en gewaardeerd te worden om wie zij zijn.

OVER DE AUTEURS

Dr. Annelies Spek¹ is klinisch psycholoog en hoofd van het Autisme Expertisecentrum; tevens is zij lid van de redactieraad van De Psycholoog. Drs. Els Borgesius is orthopedagoog en onderzoeker bij Borgesius Consult. Lieke van Dijk is gz-psycholoog io tot klinisch psycholoog bij het Autisme Kenniscentrum, onderdeel van Dokter Bosman. Dr. Amber Ruigrok is wetenschappelijk onderzoeker bij het Autism Research Centre, Universiteit van Cambridge in Engeland. Anna van der Miesen is arts-onderzoeker bij het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie, Amsterdam UMC, locatie VUmc. Correspondentie aangaande dit artikel: a.spek@autismeexpertise.nl.

Summary

GENDER IDENTITY AND SEXUAL IDENTITY IN WOMEN WITH ASD

A.A. SPEK, H.E. BORGESIOUS, L.M. VAN DIJK, A.N.V. RUIGROK & A.I.R. VAN DER MIESEN

In women with an autism spectrum disorder (ASD), the development of sexual and gender identity often differs from that of neurotypical women. It may be helpful to know for women with ASD with a non-heterosexual orientation or with gender dysphoria/variance, that this is more common and what the possible underlying mechanisms are. It is also important for care providers to know more about the sexual identity and gender identity of women with ASD, so they can adjust their approach accordingly. This article, therefore, aims to provide an overview of current knowledge about gender identity and sexual identity in women with ASD. This involves both an overview of the existing literature as well as experiences from clinical practice.

¹ Dit artikel is geschreven door de werkgroep 'Genderidentiteit en seksuele identiteit', die onderdeel is van FANN (Female Autism Network of the Netherlands). FANN is een landelijk interdisciplinair netwerk voor professionals en ervaringsdeskundigen dat zich inzet voor de verbetering van diagnostiek en behandeling van meisjes en vrouwen met autisme. We willen alle deelnemers van FANN bedanken voor de inspiratie en het meedenken bij de totstandkoming van dit artikel. Specifiek willen we Wilma Adrichem bedanken voor haar bijdrage.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arcelus, J., Bouman, W.P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G. & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 20, 807-815.
- Aston, M. (2012). Asperger syndrome in the bedroom. *Sexual and Relationship Therapy*, 27, 1-7.
- Bailey, J.M., Vasey, P.L., Diamond, L.M., Breedlove, S.M., Vilain, E. & Epprecht, M. (2016). Sexual orientation, controversy, and science. *Psychological Science in the Public Interest*, 17, 45-101.
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T. et al. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368, 210-215.
- Baron-Cohen, S., Auyeung, B., Nørgaard-Pedersen, B., Hougaard, D.M., Abdallah, M.W. et al. (2015). Elevated fetal steroidogenic activity in autism. *Molecular Psychiatry*, 20, 369-76. doi: 10.1038/mp.2014.48.
- Bejerot, S. & Eriksson, J.M. (2014). Sexuality and gender role in autism spectrum disorder: a case control study. *PLoS ONE* 9:e87961.
- Bogaert, A.F. (2015). Asexuality: what it is and why it matters. *Journal of Sex Research*, 52, 362-379.
- Borgesius, E. (2017). 'Ik hoef niet meer degene te zijn die ik dacht dat ik moest zijn'. Onderzoek naar vrouwen met autisme/Asperger in Amsterdam.
- De Vries, A.L.C., Noens, I.L.J., Cohen-Kettenis, P.T., van Berckelaer-Onnes, I.A. & Doreleijers, T.A.H. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 930-936.
- Dewinter, J., De Graaf, H. & Begeer, S. (2017). Sexual orientation, gender identity, and romantic relationships in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 2927-2934.
- George, R. & Stokes, M. (2018). Sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism*, 11, 133-141.
- Gilmour, P., Schalom, M. & Smith, V. (2012). Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 313-318.
- Henault, I. (2005). *Asperger's syndrome and sexuality: from adolescence through adulthood*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ingudomnukul, E., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & Knickmeyer, R. (2007). Elevated rates of testosterone-related disorders in women with autism spectrum conditions. *Hormones and Behavior*, 51, 597-604.
- Izuma, K., Matsumoto, K., Camerer, C.F. & Adolphs, R. (2011). Insensitivity to social reputation in autism. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108, 17302-17307.
- Jenkins, W. (2010). Can anyone tell my why I'm gay? What research suggests regarding the origins of sexual orientation. *North American Journal of Psychology*, 12, 279-296.
- Kourti, M.A. & MacLeod, A. (2018). "I don't feel like a gender, I feel like myself": autistic individuals raised as girls exploring gender identity'. *Autism in Adulthood*, 1, 1-8.
- Lai, M.-C., Lombardo, M.V., Pasco, G., Ruigrok, A.N.V., Wheelwright, S.J. et al. (2011). A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PLoS One*, 6, 1-10.
- Loomes, R., Hull, L. & Mandy, W.P.L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56, 466-474.
- Masi, A., DeMayo, M.M., Glozier, N. & Guastella, A.J. (2017). An overview of autism spectrum disorder, heterogeneity and treatment options. *Neuroscience Bulletin*, 33, 183-193.
- Pasterski, V., Gilligan, L. & Curtis, R. (2014). Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 387-393.
- Pohl, A., Cassidy, S., Auyeung, B. & Baron-Cohen, S. (2014). Uncovering steroidopathy in women with autism: a latent class analysis. *Molecular Autism*, 5, 27.
- Prince, V. (2005) Sex vs. Gender. *International Journal of Transgenderism*, 8, 29-32.
- Rudolph, C.E.S., Lundin, A., Åhs, J.W., Dalman, C. & Kosidou, K. (2018). Brief report: sexual orientation in individuals with autistic traits: population based study of 47,000 adults in Stockholm county. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 619-624.
- Spek, A.A. & Goosen, A.C.A. (2013). Autismspectrumstoornissen bij meisjes en vrouwen, een eerste verkenning. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 62-67.
- Van Anders, S.M. (2012). Testosterone and sexual desire in healthy women and men. *Archives of Sexual Behaviour*, 41, 1471-1484.
- VanderLaan, D.P., Postema, L., Wood, H., Singh, D., Fantus, S. et al. (2015). Do children with gender dysphoria have intense/obsessional interests? *The Journal of Sex Research*, 52, 213-219.
- Van der Miesen, A.I.R., Hurley, H., Bal, A.M. & De Vries, A.L.C. (2018a). Prevalence of the wish to be of the opposite gender in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Archives of Sexual Behavior*, doi:10.1007/s10508-018-1218-3.
- Van der Miesen, A.I.R., de Vries, A.L.C., Steensma, T.D. & Hartman, C.A. (2018b). Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, doi:10.1007/s10803-017-3417-5.
- Van der Miesen, A.I.R., Hurley, H. & de Vries, A.L.C. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: a narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28, 70-80.
- Van Houdenhove, E., Gijs, L., T'Sjoen, G. & Enzlin, P. (2014). Asexuality: few facts, many questions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40, 175-192.
- Wielemaker, J.D. & Verheij, F. (2012). Probleemgedrag bij jongens en meisjes met een autismspectrumstoornis in de kindertijd en de volwassenheid. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 39-46.

FORUM

DE SCHADUW VAN DE WALGINGSREFLEX

Kinderporno wordt zowel door pedofielen als door niet-pedofielen bekeken. Het is volgens seksuoloog en cultuurfilosoof Erik van Beek geen geheim dat de *War on Child Porn* niet makkelijk te winnen is. Dat is voor een belangrijk deel te wijten aan de afwezigheid van legale alternatieven voor pedofielen die hun seksuele impulsen en fantasieën willen reguleren. ‘Onderzoek naar het effect van alternatief stimulusmateriaal als virtuele (digitale/getekende) kinderporno op de lustbeleving en opwindingsregulatie van pedofielen en pedofiele/niet-pedofiele kindermisbruikers zou wenselijk zijn om ongefundeerde aannames van voor- en tegenstanders hieromtrent te ontzenuwen.’



De in de titel gebruikte term 'walgingsreflex' is oorspronkelijk afkomstig uit behandelmethoden voor eetstoornissen, maar ik zou deze in het kader van dit artikel vooral willen gebruiken om de veel voorkomende reactie te typeren zodra het onderwerp pedofilie ter sprake komt. Men krijgt een walgende uitdrukking op het gezicht, stopt met afwegen,

nadenken, redeneren enzovoort. Men verliest direct alle gevoel voor nuance en complexiteit, resulterend in uitspraken waarbij zelfs het (voort)bestaan van pedofielen ter discussie wordt gesteld – ofwel gereduceerd tot 'opsluiten, deporteren of castreren'. Net als het verschijnsel pedofilie zelf komt deze walgingsreflex in alle lagen van de bevolking voor, bij leken wat meer dan bij professionals, en de laatste jaren wat meer dan vroeger; in de jaren zeventig en

tachtig van de vorige eeuw werd opvallend tolerant gedacht over dit fenomeen.

PEDOFILIE EN SEKSUELE 'REVOLUTIE'

Vanaf eind jaren zestig was het morele vooruitgangsgeloof zo groot dat er bijna sprake was van een collectieve verwachting dat er een nieuw tijdperk aanbrak. Dat gaf ook de mogelijkheid voor een ieder om zijn eigen binnenwereld, ook seksueel, te ontplooien, en

In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw werd opvallend tolerant gedacht over pedofilie

vooral ook zijn eigen seksuele mogelijkheden ten volle te onderzoeken (Buys, 2014). Dat gold in het bijzonder voor seksuele subculturen die tot dan toe in de marge hadden verkeerd: homoseksuelen, lesbiennes, biseksuelen, transgenders en ook pedofielen. Naast het traditionele huwelijk en gezin werden allerlei omgangs- en samenlevingsvormen onderzocht. En onderzoeken betekende vooral: praktisch oefenen. Weliswaar was seksueel misbruik van een kind nog steeds verboden, maar in het maken en lezen van kinderporno (blaadjes met foto's van blote kinderen of volwassenen die seksuele handelingen verrichten met kinderen) werd niet veel kwaad gezien, met name omdat men erop vertrouwde dat het de pedofiel vooral om de liefde voor kinderen ging, en niet om de seks. Dat het, wanneer het wel om seksuele gevoelens ging, toch voornamelijk handelde om de gevoelens van de volwassene, werd nogal eens over het hoofd gezien.

Ruim vijftig jaar later zijn van dit naïeve vooruitgangsgeloof, hoe inspirerend ook, vooral schaduwkanten overgebleven. Vernietigende onderzoeksresultaten over prevalentie van misbruik door bekenden (Draijer, 1988) en uitgebreide berichtgeving over gewetenloze kinderverkrachters als Marc Dutroux en Roberts M. hebben het beeld van 'kinderliefde'

radicaal van elke romantiek ontdaan en de –voor zover aanwezige – walgingsreflex enorm versterkt (Hekma, 2014). Optimistische naïviteit heeft plaatsgemaakt voor angst, hysterie en volkshaat jegens kindermisbruikers en pedofielen, die – en dat is eigenlijk de grootste onzorgvuldigheid – voortdurend met elkaar worden verward.

Overigens is het onderscheid tussen het stiekem opererende familielid/de bekende en het onbekende 'stranger-danger' relatief. Nogal wat kindermisbruikers (pedofiel of niet) steken veel tijd en energie in het opbouwen van contact en relatie met het kind en de ouders ('grooming') voordat ze overgaan tot seksuele handelingen. Daardoor zijn ze volstrekt geen vreemden meer. Denk bijvoorbeeld aan de veronderstelde uitgebreide initiatieven van Michael Jackson om jongetjes en hun families voor zich te winnen, in zijn 'Neverland'-paradijs.

PEDOFILIE ALS GEAARDHEID

Het laatste decennium ontstaat in academische kringen en behandelkringen steeds meer consensus over het begrijpen van het fenomeen pedofilie als een geaardheid. Het heeft er alle kenmerken van: stabiele seksuele voorkeur, onveranderlijkheid, gepaard gaande met romantische

emotionele gevoelens, beleefd als deel van identiteit (Seto, 2012). Net als bij andere geaardheden (hetero, homo, bi) zijn er bij pedofilie allerlei gedragsvarianten, vormen en maten. Dat wil dus zeggen alle complexiteiten die we bij een geaardheid kunnen terugvinden: personen met veel c.q. weinig seksuele behoeften, seksuele angst, verkrachters/aanranders, met wel of geen respect of gevoel voor grenzen enzovoort.

Kortom: de ene pedofiel is de andere niet. Seksuele oriëntatie is niet richtinggevend voor risicodrag, maar juist de verdere persoonlijkheidsopbouw, mate van controle, empathie en impulsregulatie. De meeste pedofielen zijn overigens niet voortdurend bezig hun seksuele impulsen te onderdrukken, maar proberen zich als celibatair levend mens staande te houden onder het juk van maatschappelijk isolement en veroordeling.

Tegelijkertijd neemt de productie van kinderporno wereldwijd nog altijd toe (en daarbij impliciet ook de kindermisbruiksituaties die gefilmd worden om deze porno te maken). Diep in de krochten van het internet (Dark Web) bevinden zich steeds wisselende en zichzelf transformerende netwerken van kinderpornoproducenten, die ook consument zijn. Hier geldt het dwingende hiërarchische principe

‘wil je nieuw materiaal, dan moet je ook aanleveren’ – een constructie waarmee iemand als Roberts M. zich in die wereld een belangrijke positie kon verwerven.

‘Lang niet alle plegers [van seksueel geweld tegen kinderen] zijn pedofiel. Slechts 20% van de verdachten over wie een psychologische rapportage wordt opge maakt heeft een afwijkende seksuele voorkeur of stoornis, waaronder pedofilie (...) En overigens: niet alle pedofielen zijn plegers’ (citaat afkomstig uit het rapport *Op Goede Grond*, in 2014 uitgebracht door de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen kinderen). Deze conclusie roept vragen op over de effectiviteit van de focus op pedofielen in de bestrijding van kindermisbruik. Kennelijk lopen kinderen niet in de eerste plaats gevaar bij mensen die pedofiele fantasieën over hen koesteren, maar vooral bij degenen die macht over hen hebben of ouder of familie zijn, impulscontroleproblemen, een antisociale persoonlijkheidsontwikkeling, een laag IQ, een gebrekkige gewetensfunctie of andere dan pedofiele, seksuele voorkeuren hebben. Dit compliceert een daderprofiel aanzienlijk:

het kwaad kan kennelijk van alle kanten komen, en voltrekt zich niet langs voorspelbare lijnen.

‘STOP IT NOW’, de telefonische hulplijn voor mensen die zich seksueel aangetrokken voelen tot kinderen en/of kinderporno, heeft in 2019 onderzoek gedaan onder (anonieme) bellers. Het overgrote deel van de mensen (93,2%) die bang zijn controle te verliezen ten aanzien van consumptie van kinderporno, is hetero/ homo/ biseksueel, en niet pedofiel. Maar hoe komen mensen zonder voorkeur voor kinderen in de greep van kinderpornomateriaal terecht?

Hiervoor is het belangrijk iets meer te weten over de intensiteits- en inhoudsdimensie van erotisch/ pornografisch materiaal: seksuele opwinding heeft, net als iedere emotie, een fysiologische en een bewust emotionele/cognitieve dimensie. De fysiologische dimensie is specifiek, waardoor een emotie anders cognitief geduid kan worden dan die ooit begonnen is. Als je bijvoorbeeld met een date samen een horrorfilm bekijkt of een ritje in de achtbaan maakt, kan dit de drempel voor seksuele opwinding verlagen: angst/ gruwel wordt

opwinding (zie Cantor, 1975; Meston, 2003). Een ander voorbeeld is goedmaakseks snel na een fikse ruzie: de intensiteit (adrenaline) wordt anders geduid, krijgt een andere inhoud. Dit geldt ook bij sterke emoties als angst en walging: de intensiteit van walging kan bij sommige mensen omslaan in (ongewilde) seksuele opwinding. Dit verklaart mogelijk hoe mensen zonder pedofiele voorkeur verstrikt kunnen raken in het downloaden van kinderporno.

PEDOFOBIE EN ALTERNATIEF STIMULUSMATERIAAL

Nu duidelijk is dat kinderporno zowel door pedofielen en door niet-pedofielen wordt bekeken, gaan we een stap verder. Het is geen geheim dat de *War on Child Porn*, zoals de wereldwijde bestrijding van kinderpornonetwerken wel wordt aangeduid, niet makkelijk te winnen is. Behalve aan de kwade trouw van producenten van kinderporno (=gefilmde misbruikpraktijken), is dit zeer waarschijnlijk ook te wijten aan de feitelijke afwezigheid van legale alternatieven voor het opwekken en reguleren voor pedofielen die hun seksuele impulsen en fantasieën willen reguleren met

Vernietigende onderzoeksresultaten over prevalentie van misbruik door bekenden en uitgebreide berichtgeving over gewetenloze kinderverkrachters als Marc Dutroux en Roberts M. hebben het beeld van ‘kinderliefde’ radicaal van elke romantiek ontdaan

De meeste pedofielen zijn niet voortdurend bezig hun seksuele impulsen te onderdrukken, maar proberen zich als celibatair levend mens staande te houden onder het juk van maatschappelijk isolement en veroordeling

opwindingsmateriaal ten behoeve van soloseks. Onderzoek naar het effect van alternatief stimulusmateriaal als virtuele (digitale/getekende) kinderporno op de lustbeleving en opwindingsregulatie van pedofielen en pedofiele/niet-pedofiele kindermisbruikers zou wenselijk zijn om ongefundeerde aannames van voor- en tegenstanders hieromtrent te ontzenuwen. Dat zou zinvol zijn voor niet misbruikende pedofielen, die het materiaal risicoloos als hulpmiddel bij masturbatie kunnen gebruiken, maar ook bij veroordeelde kindermisbruikers, bij wie het verantwoord hanteren van stimulusmateriaal aangewend kan worden in behandelprogramma's om bijvoorbeeld meer controle te krijgen over de eigen fantasieën ten faveure van de impulsregulatie en het voorkomen van recidive.

Op dit moment is de overheid nog niet bereid dergelijk onderzoek te faciliteren. Een in 2015 bij het Ministerie van Justitie en Veiligheid ingediend voorstel tot effectonderzoek van virtuele kinderporno werd, na een jaar lang ambtelijk enthousiasme in de voorbereiding, uiteindelijk zonder duidelijke motivering afgewezen

(initiatief van Van Beek, De Graaf, Laan en Van Lunsen). Initiatieven van verschillende Tweede-Kamerleden (in 2013 en 2015) om virtuele kinderporno als alternatief voor pedofielen te onderzoeken, vonden geen weerklank.

De Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen kinderen liet in 2014 desgevraagd persoonlijk weten geen fiducie te hebben in de beschermende (lees: misbruik verminderende) werking die virtuele kinderporno uiteindelijk voor kinderen zou hebben – een opvatting die in politiek Nederland kennelijk zonder behoorlijke onderbouwing breed wordt uitgedragen. Wrang is dat juist de weigering om de werking van alternatieve lustregulatie te onderzoeken en zo haar eigen abstinentie-beleid te toetsen, de overheid in zekere zin medeverantwoordelijk maakt voor de ongebreidelde toename van (digitale) pedo-netwerken en de nog immer groeiende markt van echte kinderporno (Van Beek, 2012; 2016).

Justitie noemt steeds drie argumenten met betrekking tot het verbod op virtuele kinderporno:

1. Virtueel materiaal is technisch

soms moeilijk te onderscheiden van materiaal waarvoor echte kinderen gefilmd zijn. Om de vaak moeilijk bewijsvoering – dat een virtuele film is afgeleid van een echte film – te ontwijken, wordt door justitie a priori geconcludeerd dat virtueel materiaal 'besmet' is. Hier is eigenlijk sprake van *guilt by association*.

2. De aanname dat seksueel prikkelend fantasiemateriaal aanzet tot het bekijken van echte kinderporno of het plegen van kindermisbruik, en daarnaast het oogmerk heeft om kindermisbruik te verheerlijken en daarmee het verspreiden en versterken van een subcultuur te bevorderen.
3. Tot slot zou virtueel materiaal, juist omdat het er soms cartoonachtig/tekenfilmachtig uitziet, voor kinderen interessant zijn en dus als 'lokkend' materiaal (voor 'grooming') kunnen worden gebruikt.

Sinds 2002 zijn bezit en verspreiding van virtuele en echte kinderporno gelijkelijk strafbaar (acht jaar gevangenisstraf). Dat is op zich al vreemd, omdat echte kinderporno bewijsbaar bestaat uit gefilmde misbruiksituaties. Bij virtuele kinderporno is dit in principe niet het geval. Laten we ons, voor zover we willen en kunnen, proberen in te leven in de motieven van kinderpornoliefhebbers (pedofiel of niet). We kunnen ervan uitgaan dat kinderpornoconsumenten en -producenten in hun acties risico's calculeren. Het geeft dus voor de consument in kwestie, gezien de strafmaat, geen voorde-

len om te kiezen voor virtueel materiaal, want er wordt geen hogere strafdrempel opgeworpen voor echt materiaal.

Het is daarnaast aannemelijk, even los van de wijze waarop het materiaal tot stand komt, dat consumenten echte beelden als realistischer, opwindender en dus aantrekkelijker ervaren dan virtuele (die toch afgeleid zijn van de werkelijkheid). Het OM is kennelijk niet bereid een onderscheid te maken tussen een minor en een major crime, en 'het beleven van soloseks met gebruikmaking van afgeleide virtuele fantasiebeelden' los te zien van het 'gewetenloos, instrumenteel en commercieel kinder-exploiterend creëren en uitleven van die fantasieën'.

Mijn opvatting is dat door de gelijkelijke strafbaarstelling van beide vormen van lustmateriaal er een dynamiek optreedt die ik zou willen omschrijven als 'morele inflatie': consumenten zullen niet gemotiveerd raken voor virtueel materiaal, maar kiezen voor 'the real thing', echte kinderporno dus. Een bijkomende redenering, ook vanuit crimineel perspectief, is dat het vervaardigen van virtuele kinderporno technisch waarschijnlijk veel ingewikkelder, moeilijker en tijdrovender is dan het maken van echte kinderporno; dit spreekt evenmin in het voordeel van virtueel materiaal. Het argument betreffende het gebruik van virtueel materiaal voor grooming (lokken van kinderen) is mijns inziens vooral een theoretisch construct, aangezien er nauwelijks jurisprudentie bestaat over zaken waarbij

virtueel materiaal met dit oogmerk is gebruikt.

INTERNATIONALE ONTWIKKELINGEN

Justitie lijkt de laatste jaren bezig strafbaarstelling uit te breiden naar overige afbeeldingen, zoals tekeningen (hentai, manga, child erotica), schilderijen van minderjarigen, 3D-representaties (poppen), robots, geschreven kinderpornografie en zelfs romans als *Lolita* van Nabokov. Hierbij heeft men internationaal de wind mee: De Verenigde Naties, bij monde van haar *Committee on the Rights of the Child* beijvert zich ervoor – onder invloed van particuliere, seks-conservatieve organisaties als het ECPAT (dat onder andere ook de positie van sekswerkers wil tegenwerken, middels de zogenaamde Luxembourg Guidelines) – om alle mogelijke representaties van gefantaseerde erotische situaties met kinderen te verbieden: '*Visual material such as photographs, movies, drawings and cartoons; audio*

representations; any digital media representation; live performances; written materials in print or online; and physical objects such as sculptures, toys, or ornaments' (Luxembourg Guidelines, ECPAT, Prostasia, 2019).

Sceptici beweren dat juist veel haast wordt gemaakt met dit – mondiale – beleid in verband met de Olympische Spelen die in 2020 gehouden zullen worden in Japan, een land dat traditioneel bekend staat als zeer tolerant ten opzichte van fetishes en andere afwijkende seksuele voorkeuren en (grafische) uitingen daarvan.

Hiervoor heb ik al betoogd dat er naar mijn oordeel kapitale denkfouten worden gemaakt ten aanzien van de keuzes met betrekking tot het lokaliseren van het 'kwaad', en de middelen die worden gekozen om dit kwaad te bestrijden en de veiligheid voor kinderen te vergroten:

1. 80% van de kindermisbruikers is niet pedofiel. Volgens internationale schattingen is slechts 7 % van alle pedofielen



geneigd tot kindermisbruik. Ergo: het observeren van legale of illegale netwerken van pedofielen, al of niet met gebruikmaking van de 'sleepnetwet', is een even ineffektieve als privacy-schennende werkwijze.

2. Het gelijkelijk strafbaar stellen van echte en virtuele kinderporno draagt voor geïnteresseerde consumenten onbedoeld bij aan de populariteit van echte kinderporno en zal de vraag naar nieuw materiaal niet doen afnemen.
3. Er zijn aanwijzingen dat kinderpornografisch materiaal ook hevige opwinding kan veroorzaken bij niet-pedofiele consumenten, mogelijk juist door walging over het materiaal, volgens de principes van '(mis)attribution af arousal' en 'excitation transfer'.
4. Justitie richt zich vooral op consumenten en hun seksuele oriëntatie, terwijl de producen-

ten van kinderporno natuurlijk de echte criminelen zijn, die met voorbedachten rade het materiaal vervaardigen om het te verhandelen.

Het is niet waarschijnlijk dat de komende jaren ruimte zal ontstaan voor nog eens een poging om daadwerkelijk de effectiviteit en relevantie van virtueel kinderpornografisch materiaal te onderzoeken. Die ruimte bestaat in Nederland juridisch gezien voorlopig nog wel ten aanzien van kinderpoppes en kinderrobots, maar zal gezien de komende beleidsontwikkelingen vanuit de Verenigde Naties ook niet worden aangemoedigd.

Dat is jammer omdat al dit

materiaal a priori, zonder degelijke wetenschappelijke onderbouwing, al bij voorbaat besmet wordt verklaard – op emotionele, associatieve en onwetenschappelijke gronden. Op basis van aannames, begrips- en definitieverwarring wordt een strategie aangehouden die degenen die kwaad willen met kinderen betrekkelijk onverschillig zal laten, terwijl de vrijheden van individuen die op een bonafide wijze regulatie van seksuele beleving en opwinding nastreven ernstig worden ingeperkt.

OVER DE AUTEUR

Drs. Erik van Beek is seksuoloog NVVS en cultuurfilosoof. E-mail: emvbeek@xs4all.nl.

REAGEREN?

Wilt u reageren op dit artikel? Dat kan via LinkedIn (<http://alturl.com/wz95u>), Twitter (@RedactieDP) of op www.tijdschriftdepsycholoog.nl.

Literatuur

- Babchishin, K.M., Hanson, R.K. & Vanzyulen, H. (2014). Online pornography offenders are different. A meta-analysis of the characteristics of online and offline sex offenders against children. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 1-22.
- Buijs, L., Geesink, I. & Holla, S. (2014). De seksparadox. Nederland na de seksuele revolutie (pp. 3-20). In Buijs, B., Geesink, I., & Holla, S. (red.), *De seksparadox*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Cantor, J.R., Zillmann, D. & Bryant, J. (1975) Enhancement of experienced sexual arousal in response to erotic stimuli through misattribution of unrelated residual excitation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(1), 69-75.
- Draijer, N. (1988). *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Een landelijk onderzoek naar de omvang, de gezinsachtergronden, de emotionele betekenis en de psychische en somatische gevolgen*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Hekma, G. (2014). Kinderen, seks en zelfbepaling. Praten over pedofilie. *Sociologie*, 9(3/4), 277-295.
- Meston, C.M. & Frohlich, P.F. (2003). Love At first fright: partner salience moderates roller-coaster-induced excitation transfer. *Archives of Sexual Behaviour*, 32(6), 537-44.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen kinderen (2014). *Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen*. Den Haag: Nationaal Rapporteur.
- Seto, M.C. (2012). Is pedophilia a sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior*, 41, 231-236.
- Stop It Now (z.d.). Geraadpleegd op www.stopitnow.nl.
- Prostasia, VN Luxembourg Guidelines, geraadpleegd op www.prostasis.org.
- Van Beek, E.M. (2012). Achilleshiel van Nederland, de pedofiel uitgedaagd. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 191-196.
- Van Beek, E.M., Gerritsma, I. (2016). 40 jaar oefenen op de walgingsreflex. *Tijdschrift voor Seksuologie* 40-3, 158-166.



Opleiding
De psychologie van het lichaam
bron: annet van laar

1^E Module: 6-daagse Masterclass Lichaamswijsheid herkennen en toepassen

Accreditaties: ELP, LWP, A&O/A&G, NOBCO

Deze Masterclass biedt een gedegen theoretisch kader en concrete methodieken. Als Psycholoog leer je te werken met lichaamsdiagnostiek en lichaamsgerichte interventies te integreren in je werk.

Start: 12 september 2019

Locatie: Conferentiecentrum te Werkhoven, (Utrecht)

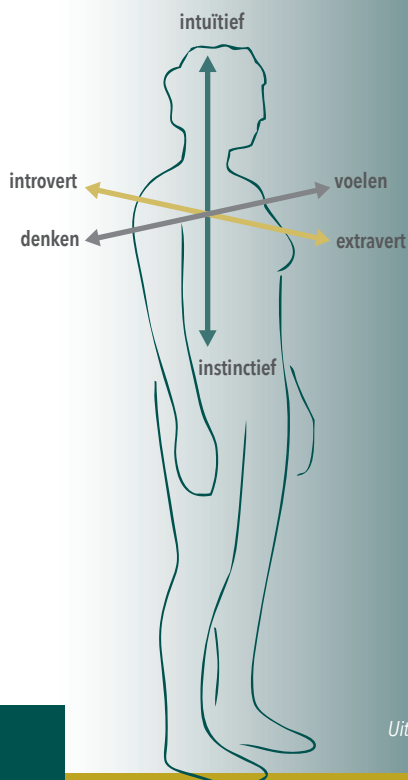
Opleiders: drs. Tessa Harts, opgeleid door drs. Annet van Laar, auteur van 'Van binnen weet je alles, handboek voor lichaamswijsheid' (2012).

2^E Module: 6-daagse Masterclass 7-kwaliteitenpalet®

3^E Module: 6-daagse Masterclass BodyMindScan®

Introductieworkshop Lichaamsdiagnostiek
20 mei 2019 van 19.00 - 21.30 uur

Je maakt kennis met hoe je lichaamsdiagnostiek kunt benutten en krijgt een inzicht in de samenhang tussen lichaamscommunicatie en psychodiagnostiek.



verticale as
je neemt informatie op:
hoog - laag

horizontale as
je verwerkt en
interpreteert informatie:
links - rechts

sagittale as
je oriënteert je op de
buiten- of binnenwereld:
voor - achter



Uit: "Van binnen weet je alles"

Informatie info@depsychologievandhetlichaam.nl
www.depsychologievandhetlichaam.nl

ReAttach is een interventie die in de afgelopen 10 jaar, vanuit een dynamisch orthopedagogisch perspectief door Paula Weerkamp is bedacht en ontwikkeld. Zij ontwikkelde een doeltreffende methode om mensen te ondersteunen bij het omgaan met complexe problematiek zoals autisme, trauma, niet aangeboren hersenletsel. We zien veel overlap in de problemen die mensen met verschillende diagnoses ervaren. ReAttach is toepasbaar bij het hele scala van trans-diagnostische symptoom netwerken binnen de neuropsychiatrie. ReAttach Academy werkt diagnose vrij, gericht op het optimaliseren van ontwikkeling. ReAttach kan op maat worden aangeboden om samen met u de meeste emotionele, psychologische, ontwikkelings-, gedrags- of fysieke uitdagingen aan te gaan.

"ReAttach a new schema therapy for adults?" werd beloond met de Clinical Neuropsychiatry Award 2015.



**ReAttach
Academy**

ACCREDITATIE

Basisopleiding 36 punten

NIP-Lichaamsgericht Werkend Psycholoog NIP
NIP Kinder- en Jeugd psycholoog (K&J)
NVO Orthopedagoog-Generalist (OG)
(36 punten: herregistratie 18, behandeling 12, diagnostiek 4, overige taken 2)

Specialisatie Modules 72 punten

www.reattachopleiding.nl

Deze rubriek belicht onderzoek waaraan de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) een Veni-, Vidi- of Vici-beurs heeft toegekend.

VICTIMISATIE EN MENTALE GEZONDHEID VAN LHBT-JONGEREN

Laura Baams, onderzoeker bij Gedrags- en Maatschappijwetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen. Baams kreeg in 2018 een Veni-beurs voor haar onderzoek naar de mentale gezondheid van lhbt-jongeren.

Ik doe onderzoek naar de mentale gezondheid van lhbt-jongeren – wat staat voor lesbisch, homo, biseksueel, en transgender.

Mijn affiniteit lag al vanaf mijn studie bij de deze doelgroep. Mijn promotieonderzoek bestond evenwel uit een grootschalige longitudinale studie naar de romantische en seksuele ontwikkeling van adolescenten in Nederland*. Dat sluit prima aan bij mijn huidige onderwerp, want het is goed om eerst te begrijpen wat seksualiteit betekent voor jongeren en hoe belangrijk een eerste liefde is. Voor lhbt-jongeren is die beleving soms complexer. Zo kan het lastiger zijn om aan iemand te vertellen dat je verliefd bent, en om verkering vragen is extra eng. Voor transgenderjongeren kunnen de eerste seksuele ervaringen ook lastiger zijn, bijvoorbeeld omdat ze moeite hebben met hun eigen lichaam.

Na mijn promotie heb ik als postdoc onderzoek gedaan naar microagressie en de samenhang met depressie. In dit project komt kennis uit genderstudies en

psychologie samen. We hebben gekeken hoe subtiele uitingen van vooroordelen, lastige vragen of ongepaste nieuwsgierigheid, lhbt-jongeren beïnvloedt. Zo wordt er meestal aangenomen dat je hetero bent. Als meisje kun je de vraag krijgen: wat vind jij nou een leuke jongen? Voor een niet-heteroseksueel meisje kan dat lastig zijn. Het hoeft bij micro-agressie niet te gaan om veroordelende opmerkingen of pesterijen, mensen doen het vaak niet met opzet. Agressie is in dit geval een lastig woord, maar dat is nu eenmaal de term die in de literatuur gebruikt wordt. Het gaat hierbij dus om de gewone omgang waardoor iemand zich onbedoeld vervelend kan voelen.

Na dit project ben ik postdoc geworden in de Verenigde Staten. Ik heb er gewerkt met Stephen Russell, hoogleraar Human Development and Family Sciences aan de University of Texas, en was betrokken bij een onderzoek naar de mentale gezondheid onder lhbt-jongeren. Suïcidaliteit en depressie onder deze groep is hoog, ook in Nederland.

Hoe hoog precies weten we niet goed, schattingen laten zien dat lhbt-jongeren tot wel vijf keer meer kans hebben op mentale gezondheidsproblemen.

We keken ook naar factoren die het leven voor lhbt-jongeren tijdens de adolescentie moeilijker of makkelijker kunnen maken. Op school hebben bijvoorbeeld *gay-straight alliances* een positief effect. Dat zijn schoolclubs die worden opgericht door leerlingen zelf. Ze kunnen allerlei vormen aannemen: van eenmaal per maand pizza eten tot wekelijks bij elkaar komen voor inhoudelijke sessies. Wat er precies gebeurt maakt niet zoveel uit, belangrijker is dat het door leerlingen zelf wordt georganiseerd en dat er zowel lhbt- als niet lhbt-jongeren aan meedoen. Dit lijkt zelfs effectiever dan beleid van bovenaf.

Ook keken we naar ervaringen van lhbt-jongeren in de pleegzorg. Zij zitten vaker in de pleegzorg dan heteroseksuele, cisgender jongeren – van wie de genderidentiteit overeenkomt met het biologische geslacht waarmee ze

VENI
VIDI
VICI



FOTO: GEERTJE KINDERMANS

Nederland staat bekend als tolerant, maar in de praktijk valt dat tegen

geboren zijn. Als lhbt-jongeren in de pleegzorg zitten, gaat het minder goed met hen dan met de andere groepen jongeren. Dat is best ernstig, ons vervolgonderzoek richt zich daarom op de vraag hoe we dit kunnen verbeteren.

Tolerant?

In mijn Veni richt ik me op een vergelijkbare vraag: wat maakt de adolescentie van lhbt-jongeren moeilijker of makkelijker? Tot nu toe heb ik voornamelijk onderzoek gedaan op zogenoemde *convenience samples*. Dan plaatsten we onderzoek op Facebook-pagina's of websites en bezoekers van die sites vulden de vragenlijsten in. Maar daarmee is de steekproef niet goed vergelijkbaar met de algehele bevolking. De bezoekers van de sites presenteren zich al als lhbt en zoeken mogelijk steun op zulke sites. Deze groepen doen het gemiddeld wat slechter wat betreft mentale gezondheid. Ik ga daarom onderzoek doen met steekproeven van onder andere het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en die

onderzoeksgroep die representatief is voor Nederlandse jongeren. Ook mijn aanpak verschilt met eerder onderzoek. Ik ga niet naar geïsoleerde symptomen en ervaringen kijken, ik wil patronen bestuderen. Dus als je gepest bent, ben je misschien ook wel eens in elkaar geslagen, en als je je somber voelt ben je misschien ook vaker nerveus?

Als inderdaad blijkt dat lhbt-jongeren een bepaald patroon laten zien, wil ik dat vervolgens proberen te verklaren. Daarvoor maak ik gebruik van een dataset van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Dat is een unieke steekproef van lhbt-personen die representatief is voor de Nederlandse bevolking. Ze hebben ook vragen gesteld specifiek gericht op seksuele identiteit, zoals ervaringen met discriminatie en negatieve gedachten over je eigen seksuele identiteit. Ik wil kijken hoe dat samenhangt met mentale gezondheid.

In de derde studie zal ik lhbt-jongeren gedurende veertien dagen via een dagboekonderzoek volgen. Ik wil weten

of ze te maken hadden met victimisatie en welke zaken geholpen hebben om zich beter te voelen.

Nederland staat bekend als een tolerant land, maar in de praktijk valt dat tegen. Veel lhbt-jongeren maken onprettige dingen mee, zoals pesten, afwijzing door ouders of leraren en discriminatie op straat. Ook wat wetgeving en beleid betreft doet Nederland het niet veel beter dan andere Europese landen. Omdat we onszelf zo tolerant vinden, is de emancipatie op het gebied van wetgeving misschien wel gestopt.

Het mooie is dat we door onze representatieve datasets de Nederlandse lhbt-jongeren kunnen vergelijken met lhbt-jongeren in het buitenland. Dan komen we erachter of ze evenzeer onder chronische stress lijden, of dat het hier beter of minder goed met de groep gesteld is. Dan weten we hoe tolerant we nu echt zijn.'

**Project STARS, Studies naar Trajecten van Adolescente Relaties en Seksualiteit*



ESSAY

ASEKSUALITEIT: EEN KENNIS- MAKING

In de westerse cultuur wordt meestal aangenomen dat mensen seksuele wezens zijn. Aseksualiteit roept dan ook vragen op: Bestaat dat wel? En zo ja, wat is het precies? Hoe ontwikkelt aseksualiteit zich? Kun je gelukkig zijn als aseksueel persoon? Vanuit het gezichtspunt dat aseksualiteit niet per se een probleem hoeft te zijn voor degene die het betreft, noch a priori gezien moet worden als een psychiatrische stoornis, geven Luk Gijs, Ellen Vanhousdenhove en Paul Enzlin een kort overzicht van het wetenschappelijke psychologische denken over aseksualiteit.

DEFINITIES VERHELDERD

Kinsey en collega's (1948, 1953) gebruikten in hun baanbrekende studies over menselijke seksualiteit een specifieke categorie 'X'. Daarin classificeerden ze personen die niet erotisch reageren op heteroseksuele

of homoseksuele stimuli en geen seksuele interacties met een ander hebben (gehad). Sinds de Kinsey-studies was er jaren lang nagenoeg geen aandacht voor aseksualiteit, tot Johnson in 1977 aseksualiteit gebruikte als een beschrijvend label voor personen

De DSM-5 definieert asexualiteit nadrukkelijk niet als een psychiatrische stoornis

met weinig of geen seksueel gedrag dat geassocieerd is met geen of weinig seksueel verlangen. Kort daarna definieerde Storms (1979, 1980) asexualiteit als een seksuele oriëntatie, waarbij iemand geen of weinig seksueel opwindende fantasieën heeft, noch seksueel/erotische stimuli ervaart. Na de publicaties van Storms verdween asexualiteit opnieuw van de wetenschappelijke radar, tot Bogaert in 2004 rapporteerde dat 1% van de Britse bevolking geen seksuele attractie ervaart. Sindsdien is het thema asexualiteit niet meer weg geweest uit de wetenschappelijke belangstelling (Bogaert et al., 2018; Brotto & Yule, 2017).

Tegenwoordig wordt asexualiteit vaak gebruikt als een paraplu-begrip. Zo definieert het Asexual Visibility and Education Network (AVEN) – de grootste online gemeenschap van asexuele personen, die werd gestart in 2001 – asexualiteit als een spectrum ‘to refer to a range close to the asexual end – levels of sexuality that are so low that they identify more with asexuality than other sexual identities’ (<https://www.asexuality.org/>). Binnen dat spectrum worden ‘demisexual’, ‘grey-asexuality’ en ‘asexual’ onderscheiden. Een demisexual persoon kan enkel (enig) seksueel verlangen of attractie ervaren nadat er een emotionele band met een andere persoon is gevormd. Een grey asexual persoon ervaart heel weinig seksuele attractie of verlangen. Asexualiteit omschrijft AVEN als het niet ervaren van seksuele attractie, noch het ervaren van een intrinsiek verlangen om seksuele relaties te hebben.

Deze definities zijn niet helemaal gelijk. Gaat het bij asexualiteit nu om afwezigheid van seksuele attractie, seksueel verlangen, seksueel gedrag of om een specifieke (aseksuele) identiteit? Bovendien zijn sommige definities categoriaal (wel of niet asexueel) en andere dimensionaal (meer of minder asexueel).

Meest gebruikt zijn de definities ‘aseksualiteit als het niet ervaren van seksuele attractie’ en ‘aseksualiteit als een identiteit’ (Brotto & Yule, 2017). Het is echter niet zo dat deze twee dimensies volledig samenvallen. In een onderzoek van Vanhousenhove en collega’s (2015a) benoemde slechts 33,5% van de bevroegde asexuele personen zowel geen seksuele aantrekkingskracht te ervaren, geen seksueel gedrag te stellen én zich als asexueel te identificeren.

Asexualiteit als het niet ervaren van seksuele attractie kan gemeten worden met de *Asexuality Identification Scale* (Yule, Brotto & Gorzalka, 2015), een gevalideerde vragenlijst met 12 items. Voorbeelden zijn: ‘Ik heb geen interesse in seksueel gedrag’ en ‘De term asexueel is een goede beschrijving van mij’. Ieder item wordt gescoord op een schaal van 1 (volledig onwaar/nooit) tot 5 (volledig waar/altijd). Een score van 40 of meer wordt gezien als indicatief voor asexualiteit.

PREVALENTIE VAN ASEKSUALITEIT

Met gebruik van de criteria ‘geen seksuele attractie of seksueel verlangen gedurende het gehele leven’ of ‘een asexuele identiteit’ wordt meestal een prevalentie gevonden van ruwweg 0,4 tot 4% van de volwassen bevolking (Bogaert, 2015; Greaves, et al., 2017). Wanneer echter het criterium ‘geen relationeel seksueel gedrag met anderen’ wordt gebruikt, stijgt de prevalentie van asexualiteit. Kim en collega’s (2017) vonden in een retrospectieve studie over een periode van vijf jaar dat 13% van de Amerikaanse volwassen bevolking geen relationeel seksueel gedrag had gekend. Zij vonden ook dat voor velen van deze 13% dit gedurende hun gehele leven zo was. Poston en Baumle (2010) vonden met 5,5% een significant lagere levensloopprevalentie voor ‘aseksualiteit als geen seksueel gedrag’.

Het is onduidelijk of er in de prevalentie van asexualiteit genderverschillen zijn. Sommige studies vinden geen genderverschillen (bijv. Brotto et al., 2010; Prause & Graham, 2007), andere wel (bijv. Greaves, et al., 2017).

DE ‘AARD’ VAN ASEKSUALITEIT

Vier vragen hebben sinds 2004 het debat over ‘de aard’ van asexualiteit gedomineerd: (1) Dient asexualiteit als een psychiatrische stoornis te worden geclassificeerd?, (2) Is asexualiteit een onderscheiden seksuele oriëntatie?, (3) Wat is typisch voor personen met

aseksualiteit? en (4) Is asexualiteit een sociale strategie tegen heteronormativiteit?

ASEKSUALITEIT: EEN PSYCHIATRISCHE STOORNIS?

Traditioneel geldt in het Westen het idee dat gezonde mensen seksueel verlangen hebben omdat seksualiteit als een drift wordt gezien. In overeenstemming met deze visie zou asexualiteit een (psychiatrische) stoornis zijn. In tegenstelling tot dit gezichtspunt wordt asexualiteit in de DSM-5 (2013) uitdrukkelijk niet als een psychiatrische stoornis gedefinieerd: *'If a (lifelong) lack of sexual desire is better explained by one's self-identification as "a-sexual", then a diagnosis of Female Sexual Interest/Arousal Disorder (FSIAD) or Male Hypoactive Sexual Desire Disorder (MHSD) would not be made'* (DSM-5, p. 434, p. 443). Deze visie roept evenwel de vraag op wat het onderscheid is tussen asexualiteit en 'Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD)' – een diagnose die in de DSM-5 voor vrouwen niet meer bestaat als een specifiek syndroom, maar onderdeel is geworden van de Female Sexual Interest/Arousal Disorder).

Onderzoek toont aan dat asexuele personen minder seksueel verlangen ervaren dan personen met HSDD (Brotto et al., 2015; Walton, et al., 2016) en minder seksueel verlangen vertonen dan personen met typisch seksueel verlangen (Brotto & Yule, 2011). Deze resultaten suggereren een overlap tussen asexualiteit en HSDD (zie ook Gupta, 2017a; Hinderliter, 2013). Hoe dan het onderscheid tussen beide te maken, in het bijzonder bij personen die gedurende hun gehele leven geen seksueel verlangen ervaren? Brotto & Yule (2017) zien het wel of niet ervaren van 'significant personal distress' als het cruciale verschil. Bij asexuele personen ontbreekt die distress (Brotto, et al., 2010). Dat betekent dat het al dan niet als egosyntoon of egodystoon beleven van geen of heel weinig seksueel verlangen het cruciale diagnostische onderscheid is tussen asexualiteit en HSDD. Onderzoek dat aantoonde dat asexuele personen even gelukkig zijn en even goed psychologisch functioneren als seksuele personen, ondersteunt de visie dat asexualiteit geen psychiatrische stoornis is (Greaves, et al., 2017; Kim, et al., 2017).

ASEKSUALITEIT: EEN SEKSUELE ORIËNTATIE? Tot welke sekse/gender een persoon seksueel agetrokken is, wordt meestal gezien als een bepalende

dimensie van de seksuele oriëntatie (Salomaa & Matsick, 2019). In het verlengde daarvan lijkt het niet voor de hand te liggen om asexualiteit te beschouwen als een aparte seksuele oriëntatie, aangezien asexualiteit zich kenmerkt door een afwezigheid van seksuele attractie. Wanneer echter naast seksuele attractie, ook romantische en (niet-seksuele) emotionele attractie als cruciale dimensies van de seksuele oriëntatie worden gezien (bijv. APA, 2008;), wordt het wel mogelijk asexualiteit als een oriëntatie te zien. Immers, de meeste asexuele personen ervaren wel romantische aantrekking tot anderen. Vooralsnog is er geen overeenstemming of asexualiteit – naast hetero-, homo- of biseksualiteit – beter enkel als een romantische oriëntatie dan wel (ook) als een seksuele oriëntatie kan worden opgevat. In dit debat over asexualiteit als een aparte seksuele oriëntatie wordt er ook vaak op gewezen dat het zich bewust worden van asexualiteit en de vorming van een asexuele identiteit sterke gelijkenissen vertonen met de stappen van een homoseksuele identiteitsontwikkeling (Vanhouden et al., 2015b; Robbins et al., 2016). Zo wijzen asexuele personen op stappen als zich verschillend voelen, zelf-labeling, identiteitsexploratie, identiteitsacceptatie, coming-out, en identiteitsintegratie. Op welke leeftijd deze stappen typisch plaatsvinden is nog niet duidelijk, wel dat een en ander begint in de vroege adolescentie.

KENMERKEN EN FUNCTIONEREN VAN PERSONEN

MET ASEKSUALITEIT Bogaert (2004) vond dat asexuele personen minder vaak seksueel actief waren met hun partner dan seksuele personen: 0.2 versus 1.2 in de afgelopen zeven dagen. Brotto en collega's (2010) signaleerden eveneens een lagere (of andersoortige) seksuele frequentie bij asexuele personen dan bij seksuele personen: 73% van de door hen bevroegde asexuele personen had nooit coïtus gehad. Opmerkelijk is dat vele asexuele personen wel masturberen. Zo vonden Brotto & Yule (2011) dat 80% van de asexuele mannen en 77% van de asexuele vrouwen masturbeerde. Ook het verlangen om te masturberen is even sterk bij asexuele mensen dan bij seksuele mensen (Prause & Graham, 2007). Wel is er waarschijnlijk een verschil in de betekenis van seksuele activiteiten. Minder stimuli worden door asexuele personen ervaren als seksueel, relationele seks doen

ze vooral om hun (eventuele) seksuele partner te plezieren en masturbatie heeft een duidelijk minder seksuele betekenis dan het geval is bij seksuele personen. Interessant is dat bij personen met een asexuele identiteit seksualisering en seksueel gedrag correleren met ongenoegen (Brotto et al., 2010; vgl. Gupta, 2017b). Voor zover bekend zijn er geen verschillen in orgastische capaciteit tussen asexuele en seksuele personen (Brotto & Yule, 2011).

PSYCHOLOGISCH PROFIEL Hebben asexuele personen een typisch psycho(patho)logisch profiel? Het weinige onderzoek hiernaar vertrekt vanuit twee vragen: (1) Hebben asexuele personen een typisch persoonlijkheidsprofiel?; en (2) Is asexualiteit geassocieerd met bepaalde psychiatrische comorbiditeit?.

Bogaert en collega's (2018) en Carvalho en collega's (2017) bestudeerden het psychologisch profiel van asexuele personen vanuit een trek-theoretisch perspectief (respectievelijk het HEXACO-model en het BIG FIVE-model). De kern van hun bevindingen is dat er wel degelijk een typisch psychologisch profiel zou zijn. Bogaert en collega's (2018) vonden dat asexuele personen hoger scoorden op openheid, en lager op extraversie en emotionaliteit. Carvalho en collega's (2017) vonden dat asexuele personen hoger scoorden op neuroticisme en lager op extraversie. Asexuele mannen scoorden daarenboven hoger op psychoticisme en asexuele vrouwen lager op zorgvuldigheid. Carvalho en collega's (2017) stelden ook vast dat asexuele personen een conservatievere en negatievere kijk hadden op seksualiteit. De oorzakelijke richting van deze correlatie tussen persoonlijkheid en asexualiteit is nog onbekend (Bogaert, et al., 2018; Carvalho, et al., 2017).

De samenhang van asexualiteit met psychiatrische stoornissen is verre van duidelijk. Er is tot nog toe vooral aandacht geweest voor een samenhang met depressie (Carvalho et al., 2017;), cluster A persoonlijkheidsstoornissen (Brotto et al., 2010), autismespectrumstoornissen (Ingudomnukul et al. (2007) en anhedonie (Brotto, et al., 2010). Hoewel er weliswaar soms een verband wordt gevonden, is dat niet sterk en komen psychiatrische stoornissen bij deze groep niet meer voor dan in de algemene bevolking (Steel, et al., 2014).

BIOLOGISCHE CORRELATEN Hoewel gezocht is naar biologische correlaten/markers van asexualiteit als bijvoorbeeld kleiner van lengte zijn, meer linkshandigheid (zie Bogaert (2015) voor een review), blijft de wijze waarop biologische factoren bijdragen aan de ontwikkeling van asexualiteit bij mensen volstrekt onbekend (Ventura-Aquino & Paredes, 2016).

ASEKSUALITEIT: EEN SOCIALE STRATEGIE TEGEN HETERONORMATIVITEIT? Psychologen zien asexualiteit als een individueel psychologisch fenomeen; hetzij als een trait dan wel als een state. Een heel ander perspectief is een sociaal constructionistische benadering (Przybylo, 2011). In deze visie wordt asexualiteit niet beschouwd als een individueel psychologische aantrekking of identiteit, maar als een cultureel en sociaalpsychologisch tot stand gebrachte vorm van seksualiteit, die 'verschijnt', 'tot stand' komt op een specifiek historisch tijdstip in een welbepaalde samenleving door een welbepaalde sociale dynamiek. Anders gezegd: asexualiteit als een historisch en sociologisch product. Hoewel het wetenschappelijk niet vol te houden is dat asexualiteit enkel een sociale strategie is, die de gangbare seksuele activiteit en heteronormativiteit ondergraaft, is het belangrijk dat er vanuit een cultureel-historisch perspectief meer onderzoek wordt gedaan naar de stigmatisatie, sociale determinanten en sociale effecten van asexualiteit.

NAAR EEN POSITIEVE BENADERING VAN ASEKSUALITEIT

In een geseksualiseerde samenleving als de westerse, waarin vaak nog sterk gedacht wordt vanuit een wetenschappelijk onhoudbaar drift-denken over seksualiteit (Gijs, Laan & Both, 2018), wordt asexualiteit gezien als een afwijking. In lijn daarmee is asexualiteit vooral bestudeerd geweest vanuit het perspectief van wat het niet is: het is geen seksuele disfunctie noch een (symptoom van een) psychiatrische stoornis.

Deze benadering is echter niet behulpzaam voor het bestuderen van asexualiteit vanuit een positief perspectief, dat onderstelt en empirisch gevonden heeft dat asexuele personen veelal even gelukkig zijn als niet asexuele personen, ondanks sociale stigmatisering en discriminatie (Kim et al., 2017; Greaves et al., 2017). Het conceptualiseren van asexualiteit als een

seksuele oriëntatie of identiteit, levert mogelijk een nuttige bijdrage aan zo'n positief perspectief. Toch blijft er een zekere paradox: ook als we asexualiteit definiëren als een seksuele oriëntatie, blijft het een oriëntatie gebaseerd op het 'niet hebben' van seksuele aantrekkingskracht tot anderen. Sommigen zullen daarbij opmerken dat dat niet per se een probleem is, aangezien het feit dat de menselijke diersoort sterk seksueel is onverlet laat dat sommige mensen asexueel zijn als een normale variatie.

In lijn daarmee pleiten we voor het ontwikkelen van een positief theoretisch kader om asexualiteit beter te begrijpen en voor meer onderzoek naar thema's als: het proces van ontdekking en ontwikkeling van asexualiteit, coming-out processen, identiteitsvorming, het voorkomen en hanteren van stigmatisatie en discriminatie, relatievorming, en hoe asexualiteit sociologisch en sociaalpsychologisch heteronormativiteit en genderstereotyperingen betwist (Przybylo, 2011). Evenmin moet worden vergeten dat voor asexuele personen de ervaring van gangbare fenomenen/begrippen als seksueel verlangen, masturbatie, liefde niet per definitie gelijk is aan de ervaring van personen met seksuele attractie/verlangen tot anderen (Mitchell & Hunnicutt, 2018).

Om het perspectief van asexuele personen zelf meer recht te doen, is meer onderzoek nodig naar hun eigen beleving en betekenisgeving. Er is tot nog toe heel weinig aandacht geweest voor de eventuele hulpbehoeften van asexuele personen (Vanhoudenhove, et al., 2014). Op basis van interviews met dertig asexuele personen kwam Gupta (2017b) tot de volgende aanbevelingen voor de hulpverlening: (1) Ga na wat je vooronderstellingen zijn over (a)seksualiteit en hoe deze effectieve hulpverlening in de weg zitten of bevorderen.; (2) Ga differentiaal diagnostisch na of er sprake is van HSDD dan wel van asexualiteit; (3) Accepteer dat sommige asexuele personen – wanneer ze een seksuele relatie wensen of hebben met een seksuele partner – vragen om meer seksuele attractie of verlangen en dat een dergelijk (relationeel) verzoek niet per se een invalidering is van hun asexuele identiteit; en (4) Als er discrepantie is tussen het seksuele verlangen van partners, dient het uitgangspunt voor de hulpverlening dit verschil tussen partners te zijn, hoe daarover wordt gecommuniceerd en onderhandeld, zonder apriori een van beide partners

te labelen als behept met een psychiatrische stoornis.

Wat de effectiviteit van zo'n hulpverleningsaanpak is, is onbekend. Onderzoek naar de hulpverleningsbehoeften van asexuele mensen alsook naar de effectiviteit van zulke hulpverlening is nodig.

BESLUIT

Sinds Bogaert in 2004 rapporteerde dat de prevalentie van asexualiteit in de Britse volwassen bevolking 1% was, heeft asexualiteit (opnieuw) meer wetenschappelijke belangstelling gekregen. Drie definities van asexualiteit worden daarbij gebruikt: asexualiteit als geen seksuele aantrekkingskracht/seksueel verlangen; asexualiteit als een specifieke identiteit en asexualiteit als geen seksueel gedrag met anderen. Welke definitie ook wordt gebruikt, de prevalentie van asexualiteit is laag in de volwassen bevolking.

Uit empirisch onderzoek blijkt dat vele personen met asexualiteit gezond functioneren en gelukkig zijn. In lijn daarmee denken wij dat asexualiteit een seksuele variatie is, die het best bestudeerd wordt vanuit een positief perspectief (Vanhoudenhove et al., 2017) zonder dat asexualiteit per definitie wordt gepathologiseerd.

Wat de psychologische aard van asexualiteit betreft, zijn de twee dominante zienswijzen dat asexualiteit best opgevat kan worden als een unieke seksuele oriëntatie of als een seksuele identiteit. Hoewel het louter opvatten van asexualiteit als een sociale categorie een te reductionistische benadering is, pleiten we wel voor meer onderzoek naar hoe asexualiteit als sociologische categorie tot stand komt en hoe ze typische westerse beelden over (het belang van) seksualiteit bevraagt.

OVER DE AUTEURS

Prof. dr. Luk Gijs is psycholoog en prof. dr. Paul Enzlin is orthopedagoog-seksuoloog. Ze zijn beiden verbonden aan het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven. Dr. Ellen Vanhoudenhove, psychologe-seksuologe en doctor in de biomedische wetenschappen, is coördinator van de banaba Psychosociale Gerontologie van het KennisCentrum Gezinswetenschappen Odisee, Campus Schaarbeek. Correspondentie aangaande dit artikel: luk.gijs@kuleuven.be.

De meeste asexuele personen ervaren wel romantische aantrekking tot anderen

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: prevalence and associated factors in a national probability sample. *The Journal of Sex Research*, 41, 279-287.
- Bogaert, A. F. (2015). Asexuality: What it is, and why it matters. *Journal of Sex Research*, 52, 362-279.
- Bogaert, A. F., Ashton, M. C. & Lee, K. (2018). Personality and sexual orientation: Extension to Asexuality and the HEXACO model. *The Journal of Sex Research*, 55, 951-961.
- Brotto, L.A., Knudson, G., Inskip, J., Rhodes, K. & Erskine, Y. (2010). Asexuality: a mixed-methods approach. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 599-618.
- Brotto, L.A. & Yule, M.A. (2011). Physiological and subjective arousal in self-identified asexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 699-712.
- Brotto, L.A. & Yule, M.A. (2017). Asexuality: Sexual orientation, paraphilia, sexual dysfunction or none of the above. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 619-627.
- Brotto, L.A., Yule, M.A. & Gorzalka, B.B. (2015). Asexuality: An extreme variant of sexual desire disorder? *Journal of Sexual Medicine*, 12, 646-660.
- Carvalho, J., Lemos, D. & Nobre, P. (2017). Psychological features and sexual beliefs characterizing self-labeled asexual individuals. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43, 517-528.
- Gijs, L., Laan, E. & Both, S. (2018). Psychologische benaderingen van seksualiteit. In: L. Gijs, L. Aerts, M. Dewitte, P. Enzlin, J. Georgiadis, J., B. Kreukels & E. Meuleman (Ed.). *Leerboek Seksuologie* (pp. 97-126).
- Greaves, L.M., Barlow, K., Lee, C.H.J. & Sibley, C.G. (2017). The diversity and prevalence of sexual orientation self-labels in a New Zealand national sample. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 2417 - 2427.
- Gupta, K. (2017a). "And now I'm just different, but there's nothing actually wrong with Me": Asexual marginalization. *Journal of Homosexuality*, 64, 991 - 1013.
- Gupta, K. (2017b). What does asexuality teach us about sexual disinterest and resistance? Recommendations for health professionals based on a qualitative study with asexually identified people. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 43, 1-14.
- Gupta, K. (in druk). Gendering asexuality and asexualizing gender: A qualitative study exploring the intersections between gender and asexuality. *Sexualities*.
- Hinderliter, A. (2013). How is asexuality different from hypoactive sexual desire disorder? *Psychology & Sexuality*, 4, 167-178.
- Johnson, M. T. (1977). Asexual and auto-erotic women: Two invisible groups. In H. L. Gochros & J. S. Gochros (Eds.). *The sexually oppressed* (pp. 96-109). New York, NY: Associated Press.
- Kim, J.H., Tam, W.S. & Muening, P. (2017). Sociodemographic correlates of sexlessness among American adults and associations with self-reported happiness levels: Evidence from the U.S. General Social Survey. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 2403 - 2415.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. & Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders.
- Mitchell, H. & Hunnicutt, G. (in druk). Challenging accepted scripts of sexual "normality": Asexual narratives of non-normative identity and experience. *Sexualities & Culture*.
- Poston, D. L., & Baumle, A. K. (2010). Patterns of asexuality in the United States. *Demographic Research*, 23, 509-530.
- Przybylo, E. (2011). Crisis and safety: The asexual in sex society. *Sexualities*, 14, 444-461.
- Przybylo, E. (2014). Masculine doubt and sexual wonder: Asexually-identified men talk about their (A)sexualities. In: K. J. Cernakowski, & M. Milks (Eds.). *Asexualities: Feminist and queer perspectives* (pp. 225-246). London: Routledge.
- Prause, N., & Graham, C. A. (2007). Asexuality: classification and characterization. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 341-356.
- Robbins, N.K., Graff Low, K. & Query, A. N. (2016). A qualitative exploration of the "coming out" process for asexual individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 751-760.
- Saloomaa, A. & Matsick, J. L. (2019). Carving sexuality at its joints: Defining sexual orientation in research and clinical practice. *Psychological Assessment*, 31, 167-180.
- Storms, M.D. (1979). Sexual orientation and self-perception. In: P. Pliner, K.R. Blankstein, & I.M. Spiegel (Eds.). *Advances in the study of communication and affect. Perception of emotion in self and others* (pp. 165-180). New York: Plenum Press.
- Storms, M.D. (1980). Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 783-792.
- Vanhoudenhove, E., Enzlin, P. & Gijs, L. (2017). A positive approach toward asexuality: Some first steps, but still a long way to go. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 647-651.
- Vanhoudenhove, E., Gijs, L., T'Sjoen, G. & Enzlin, P. (2014). Asexuality: few facts, many questions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40: 175-192.
- Van Houdenhove, E., Gijs, L., T'Sjoen, G., & Enzlin, P. (2015a). Asexuality: A multi-dimensional approach. *The Journal of Sex Research*, 52, 669-678.
- Van Houdenhove, E., Gijs, L., T'Sjoen, G. & Enzlin, P. (2015b). Stories about asexuality: A qualitative study on asexual women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41, 262-281.
- Vares, T. (2018). 'My [asexuality] is playing hell with my dating life': Romantic identified asexuals negotiate the dating game. *Sexualities*, 21, 520-536.
- Ventura-Aquino, E. & Paredes, R. (2017). Animal models in sexual medicine: The need and importance of studying sexual motivation. *Sexual Medicine Reviews*, 5, 5-19.
- Walton, M.T., Lykins, A.D. & Bhuller, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sexual identity expression. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1591-1597.
- Yule, M.A., Brotto, L.A. & Gorzalka, B.B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27, 148-160.



Tactus
verslavingszorg

“Ik heb mijn blik verruimd. Werken in de verslavingszorg is uitdagend en inspirerend”

Eugenie Mulder
klinisch psycholoog

Tactus zoekt een klinisch psycholoog/manager Zorg (lid MT)
Ben jij op zoek naar een topbaan?
Dan zijn wij op zoek naar jou!

www.tactuswerkenleren.nl



APANTA-ACADEMY:
NÉT EVEN ANDERS

Opleidingen & nascholing

Emotion Focused Therapy for Individuals
Opvolgende modules Emotion Focused Therapy
EFT level I: 30 oktober t/m 2 november
EFT level II: start 23 januari 2020
EFT level III: start januari 2020

Los te volgen
Empathy & Empathic Attunement: 16 t/m 18 mei

Masterclasses 2019
EFT for Social Anxiety: 6 en 7 juni
Netwerkevent met Robert Elliot: 26 maart 2020

Focussen
Voorjaar: 11 en 12 februari
Najaar: 22 en 23 september

Persoonsgerichte Experientiële Psychotherapie
Inleiding: start 3 september
Verdieping: start 6 september

UNIEKI
EFT-aanbod gedoceerd door grondleggers

Nieuw!

Apanta-academy staat voor kwaliteit, kleinschaligheid en een persoonlijke aanpak. Onze bij- en nascholingen zijn altijd vanuit een persoonsgericht kader en bieden nieuwe inspiratie en inzichten.

Meld u aan voor onze nieuwsbrief en bekijk ons complete cursusaanbod op onze website.

www.apanta-academy.nl



liberein

Liberein staat voor liefdevolle zorg. Hoe geef jij hier betekenis aan?

Wij zoeken een GZ-psycholoog

Bij Liberein streven we er naar om mensen die zorg nodig hebben het beste te bieden en een gelukkig gevoel te geven. Ons motto is: 'Liefdevolle zorg. Basis voor geluk'. Daar gaan en staan we voor bij Liberein!

Onze cliënten hebben complexe zorgvragen. Als GZ-psycholoog draag je zorg voor hun gezondheid. Wij bieden geriatrische revalidatie, eerstelijns verblijf, chronische somatiek en chronische psychogeriatric aan ouderen. Daarnaast bieden wij ook zorg aan specifieke doelgroepen zoals mensen met Korsakov en geronto psychiatrie.

Onze vakgroep psychologie is jong en ambitieus en wil in de toekomst de GZ-opleiding faciliteren. Ben jij de GZ-psycholoog die ons hierbij gaat helpen? Kijk voor meer informatie of om te solliciteren op:
www.liberein.nl/werken-bij

Liberein. Liefdevolle zorg. Basis voor geluk.

RINO • amsterdam
opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ **Kom ook naar de ZomerRINO!**

16 ZomerRINO workshops, in juli en augustus
www.rino.nl/zomer | zie website voor startdata

→ **Een greep uit het ZomerRINO aanbod**

Vlieg op!
www.rino.nl/1004 | 8 juli

Een baby erbij en samen gelukkig blijven
www.rino.nl/695 | 10 juli

De bedrieglijke verleiding van seksuele bevrijding
www.rino.nl/1026 | 12 juli

Ouderen en Autismespectrumstoornis (ASS)
www.rino.nl/1001 | 17 juli

Gender- en Seksuele Diversiteit
www.rino.nl/1046 | 20 juli

Partnerrelatietherapie na ontroof
www.rino.nl/598 | 25 en 26 juli

Diagnostische dilemma's
www.rino.nl/1025 | 27 augustus

www.rino.nl

VERAAG & AANBOD

GA NAAR WWW.PSYNIP.NL/ADVERTENTIES OM
ONDERSTAANDE ADVERTENTIES TE BEKIJKEN

VACATURES

Studentenpsycholoog

ALMERE



VACATURES

Psycholoog

DIVERSE LOCATIES



VACATURES

**Klinisch psycholoog complexe
angst- en dwangstoornissen**

ERMELO



**GZ-Psychologen/
Psychotherapeuten/ Klinisch
Psychologen**

AMSTERDAM



**Klinisch psycholoog /
Manager zorg**

STEDENDRIEHOEK - ZWOLLE



**(Basis)psychologen of
relatietherapeuten met een
eigen praktijk**

IN HEEL NEDERLAND



Basis Psycholoog

VEGHEL



CURSUSSEN / WORKSHOPS

Sensorimotor Psychotherapy

UTRECHT



CONGRESSEN

**16/5 Congres Behandeling van
patiënten met een laag IQ**

NIEUWEGEIN



GZ-psycholoog

ENSCHEDÉ



WISC-V-NL Verdiepingstraining

DIVERSE LOCATIES



**20/6 Congres Complexe
suïcidaliteit**

NIEUWEGEIN



Arkin is een vooraanstaande organisatie op het gebied van psychiatrie en verslavingszorg en werkt vanuit een groot aantal locaties in onder meer Amsterdam, Amstelveen, Amersfoort en Utrecht. Arkin bestaat uit 11 gespecialiseerde merken. Het NPI, specialist in persoonlijkheidsstoornissen, is één van deze merken.

Het NPI zoekt vanwege de sterk toenemende vraag naar behandeling:

GZ-Psychologen/Psychotherapeuten/ Klinisch Psychologen

Aantal uren per week 20-36 uur

Locaties Amsterdam Domselaerstraat/ Buikslotermeerplein/ Overschiestraat

Algemeen

Het NPI werkt vanuit een ontwikkelingsgerichte psychodynamische visie en staat voor behandelingen waar evidentie voor is. Optimalisatie van behandelingen, innovatie en kosteneffectief werken zijn belangrijke pijlers. Als erkende TOPGGz-instelling zien wij graag dat je bijdraagt aan wetenschappelijk onderzoek, opleiding en het actief uitdragen van kennis.

Vacatures

Er is plaats voor behandelaren met affiniteit en/of ervaring binnen één of meer van de volgende methodieken

- Psychodynamische Psychotherapie (individueel, groep, AFT, KPSP, TFP, MBT)
- Schematherapie (individueel, groep)
- Dagbehandeling Ervaringsgerichte Dynamische Therapie
- GIT-PD

Alle intakes en de meeste behandelmodules worden ook blended uitgevoerd.

Functieomschrijving

Je bent BIG-geregistreerd en hebt belangstelling voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn veel (interne) mogelijkheden voor verdere scholing in één van de therapievormen en deelname aan het klinisch leiderschapstraject van Arkin.

Je bent collegiaal, in staat met empathie complexe therapeutische relaties te hanteren en je werkwijze te actualiseren naar de vraag. Je bent standvastig en flexibel, reflectief en breed inzetbaar.

Wat bieden we je

Het betreft aanstellingen van 20 tot 36 uur per week. De salariering en arbeidsvoorwaarden zijn overeenkomstig de CAO GGZ. Arkin beschikt over uitstekende aanvullende arbeidsvoorwaarden.

Als je dat wenst is het mogelijk de functie te combineren met werken voor één van de andere specialistische merken van Arkin.

Het NPI opent eveneens een vestiging in Amersfoort waar vanaf oktober nieuwe vacatures zullen ontstaan.

Meer weten?

Kijk op www.npispecialist.nl voor een verdere indruk van het NPI. Op www.werkenbijarkin.nl/npi is de vacature ook geplaatst en is er mogelijkheid tot solliciteren.



Voor nadere informatie kun je contact opnemen met één van onze managers behandelzaken, **Loek van Dam** (klinisch psycholoog) en **Linda Dil** (psychiater), bereikbaar via telefoonnummer **020-5904907** of per mail via managementondersteuning@npsai.nl.

3^e Jaarcongres Behandeling van patiënten met een **Laag IQ** in de GGZ

Eerder beoordeeld met een 8

Omdat zwakbegaafdheid niet altijd wordt herkend, belandt deze doelgroep vaak tussen wal en schip en duurt de behandeling langer dan nodig. Kom naar dit congres en ontdek dat u met kleine aanpassingen deze doelgroep veel beter en effectiever kunt behandelen.

Ervaringen van deelnemers in 2018:



'Een frisse blik en praktische tips!'

'Veel nieuwe info over ontwikkelingen'

Geaccrediteerd congres



Bekijk de website voor een overzicht van alle verenigingen.



Praktische tools en tips

Met o.a. workshops over:

- Voorwaarden voor CGT: verder werken met de module 'Denken, Voelen en Doen'
> Wegens succes opnieuw op het programma
Max Goosen, GioS neuropsychologie
- Behandelen van persoonlijkheidsproblematiek bij zwakbegaafde patiënten. Wat let je?
Sonja Schaffner schematherapeut en Annemarie van den Brink EMDR Practitioner
- Wat nu als de patiënt het afsprakenkaartje niet kan lezen?
Marjan Mensinga, Med. Antropoloog, SPV, POH GGZ

Kom ook, want:

- Concrete tips en adviezen
- Tools voor communicatie en bejegening
- Input van collega's en ervaringen van patiënten
- Diverse workshops naar eigen keuze
- In één dag toegerust om uw behandeling af te stemmen op de doelgroep
- Inspiratie om na het congres zelf te (blijven) behandelen!