

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 (X0; 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

BEGRIJF	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, genderfluïde en a-gender (zie onder).
Genderqueer	Genderidentiteiten die niet worden ervaren als exclusief mannelijk of vrouwelijk.
Genderfluïde	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 opwinding*, *fantasieën* en *romantische relaties* als te onderscheiden aspecten. Deze verschillende aspecten worden nu verder toegelicht.

SEKSUELE AANTREKKING Seksuele aantrekkings verwijst naar de mate waarin iemands seksuele fantasieën, seksuele opwinding 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 aantrekkings tot beide geslachten rapporteren dan mannen (Bailey et al., 2016). In de wetenschap is er discussie over wat de beste manier is om seksuele aantrekkings 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 aantrekkings, 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 aantrekkings (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: aantrekkings 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 aantrekkings voelen tot mannen. *Gynefiel* mensen voelen seksuele aantrekkings tot vrouwen. *Biseksualiteit* of *ambifilie* verwijst naar het voelen van seksuele aantrekkings ten aanzien van beide geslachten, waarbij de mate van aantrekkings tot één van beide nog kan variëren. *Aseksualiteit* verwijst naar het niet of weinig ervaren

van seksuele aantrekkings, wat niet hoeft te betekenen dat deze personen geen seksuele opwinding 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 opwinding 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 aantrekkings 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 aantrekkings, 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 Interseks 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 privésfeer 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 vaginoplastiekoperatie 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 nadentk 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 familitherapie 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. & Wijzen, 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. & Wijzen, 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. & Wijzen, 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. & Blake-more, S.J. (2014). The influence of puberty on subcortical brain development. *Neuroimage*, 88, 44–57.
- 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. *Neuro-psychopharmacology*, 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.