

Erkenning in plaats van correctie: aseksualiteit in de GGZ

Terwijl een wetswijziging die conversietherapie verbiedt, is aangenomen door de Tweede Kamer, blijft één groep buiten beeld: aseksuele personen. Waar het publieke debat over conversietherapie zich richt op homoseksuele of transgender personen, tonen recente (inter)nationale onderzoeken aan dat ook aseksuele mensen in de (geestelijke) gezondheidszorg te maken krijgen met misverstanden, medicalisering en pogingen tot 'behandelen' van hun asexualiteit. In dit artikel bespreken we ervaringen van aseksuele personen in de zorg en handelingsperspectief voor psychologen.

Lisa van der Wal, Renee Finkenflügel, Amber Witsenburg, Yolin Kraan & Tomas Derckx

Op 9 september 2025 stemde de Tweede Kamer in met een wetsvoorstel om handelingen gericht op het veranderen of onderdrukken van de seksuele gerichtheid, genderidentiteit of genderexpressie (ook wel 'conversiehandelingen' genoemd) strafbaar te stellen. Dit wetsvoorstel is vooral gericht op conversiehandelingen bij homoseksuele en transgender personen binnen religieuze context. Na inspanningen van de Nederlandse Organisatie Asexualiteit (NOA) is tijdens de behandeling in de Tweede Kamer echter bevestigd dat ook asexualiteit valt onder de noemer 'seksuele gerichtheid', waarover in het wetsvoorstel wordt gesproken (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2025). Daarmee worden, bij het aannemen van deze wet, ook aseksuele personen beschermd tegen conversiehandelingen.

Conversietherapie of conversiehandelingen verwijzen naar interventies die gericht zijn op het veranderen of onderdrukken van iemands seksuele oriëntatie, genderidentiteit of genderexpressie. Deze praktijken nemen uiteenlopende vormen aan – van pseudo-psychologische begeleiding en religieuze counseling tot gedragsinterventies en, in extreme gevallen, hormonale of medische ingrepen (Boot-Haury et al., 2024).

In de Britse National LGBT Survey (GEO, 2018) gaf 2,3% van de aseksuele cisgender respondenten aan ooit conversietherapie te hebben ondergaan – eenzelfde percentage als onder homoseksuele en lesbische respondenten. In vergelijking met cisgender lesbische, homo, bi+, panseksuele en queer personen kregen aseksuele personen het vaakst conversietherapie aangeboden: bij 7,9% van de aseksuele respondenten was dit het geval. Onder de overige groepen lag dit percentage tussen 3,7% en 5,6% (GEO, 2018).

Ook in Nederland zijn signalen van vormen van conversiegerichte zorg, vaak vermomd als goedbedoelde begeleiding: artsen of psychologen die asexualiteit interpreteren als symptoom van depressie, hormonale disbalans of trauma, en trachten deze te "behandelen" (Finkenflügel, et al., 2025), wat problematische gevolgen kan hebben.

Dit artikel geeft nationale en internationale ervaringen weer van aseksuele personen binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en biedt praktische tips voor psychologen.

Wat is asexualiteit?

Asexualiteit verwijst naar het ervaren van geen of weinig seksuele aantrekkingskracht tot anderen. Het is een seksuele identiteit, vergelijkbaar met hetero-, homo- en biseksualiteit (Hinderliter, 2015). Asexualiteit als seksuele identiteit helpt asexuele personen in zelfbegrip, doordat hun persoonlijke ervaring in een context geplaatst kan worden. Ook kunnen ze met deze benaming hun identiteit tot expressie brengen (Schneckenburger et al., 2024). Onderzoek laat zien dat bevestiging in asexualiteit bijdraagt aan zelfacceptatie en geluk onder asexuele personen (Boot-Haury et al., 2024). Het tegenovergestelde van asexueel is allosexueel, wat verwijst naar iemand die wel seksuele aantrekkingskracht ervaart.

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek identificeert 0,7% van de mannen en 1,2% van de vrouwen van vijftien jaar en ouder zich als asexueel (Kenniss, 2024). De Monitor Seksuele Gezondheid Nederland (2024) rapporteert dat 0,4% van de volwassenen zich als asexueel identificeert, terwijl dit onder non-binaire personen oploopt tot 8,7% (De Graaf et al., 2024). Hoewel de cijfers variëren afhankelijk van meetmethode en definitie, bevestigen ze dat asexualiteit een herkenbare en consistente seksuele oriëntatie vormt binnen de Nederlandse bevolking.

Voor het meten van asexualiteit is een gevalideerde schaal beschikbaar: de Asexuality Identification Scale (AIS), ontwikkeld door Yule et al. (2015). De AIS bevat twaalf items en omvat meerdere dimensies van asexualiteit, waaronder het ontbreken van seksuele aantrekkingskracht, een lage behoefte aan seksueel contact en de mate van identificatie met een asexuele oriëntatie. De schaal is geschikt als zelfrapportage-instrument voor het identificeren en onderzoeken van asexualiteit (Yule et al., 2015).

Asexualiteit als spectrum

Door de verschillende ervaringen en voorkeuren, die sterk van elkaar kunnen verschillen, wordt er vaak gesproken over het asexuele spectrum. Dit spectrum omvat alle diversiteit rondom asexualiteit. Asexualiteit is dus geen monolithisch begrip. Sommige mensen identificeren zich als grijs-asexueel (zij ervaren onder specifieke omstandigheden aantrekkingskracht), of als demiseksueel (zij voelen pas seksuele aantrekkingskracht na het opbouwen van een sterke emotionele band) (NOA, z.d.-a).

Hoewel aromantische en asexuele individuele ervaringen kunnen overlappen, zijn deze niet gelijk aan elkaar (Antonsen et al., 2020). Het Split-attraction model (Decker, 2015) wordt veel gebruikt om onderscheid te maken tussen seksuele en romantische aantrekkingskracht (zie Figuur 1). Romantische aantrekkingskracht is het verlangen naar een romantische relatie of naar het daten met een specifiek iemand. Seksuele aantrekkingskracht is het verlangen naar seks met een specifiek iemand (NOA, z.d.-a). Het framework splitst aantrekkingskracht in deze twee vormen en maakt onderscheid in 'allo-' en 'a-', oftewel wel of geen (romantische of seksuele) aantrekkingskracht. Hierbij gaat alloromantisch en aromantisch over wel of geen romantische aantrekkingskracht hebben, en allosexueel en asexueel over wel of geen seksuele aantrekkingskracht hebben. Sommige asexuele personen ervaren wél romantische gevoelens, bijvoorbeeld heteroromantisch, homoromantisch of panromantisch, terwijl anderen geen romantische aantrekkingskracht ervaren en zich als aromantisch identificeren.

Naast seksuele en romantische aantrekkingskracht worden er nog drie andere vormen van aantrekkingskracht gebruikt voor identificering, namelijk platonische aantrekkingskracht, esthetische aantrekkingskracht en sensuele aantrekkingskracht. Platonische aantrekkingskracht gaat over het verlangen naar vriendschap. Esthetische aantrekkingskracht omvat waardering van iemands uiterlijk of esthetiek zonder hier seksuele aantrekkingskracht bij te voelen. En sensuele aantrekkingskracht gaat over verlangen naar fysiek contact zoals knuffelen (Tessler & Winer, 2023). Hoewel alle vijf vormen van aantrekkingskracht

gebruikt worden, wordt bij identiteitsbenoeming vooral romantische en seksuele aantrekking gebruikt (Winer, 2024).

De kijk op seks

Omdat asexualiteit niet hetzelfde is als het ontbreken van verlangen naar seks, is de kijk op seks verschillend voor elk asexueel persoon. Seksuele aantrekking gaat over je seksueel aangetrokken voelen tot iemand en seksueel verlangen gaat over je eigen verlangen om seksuele activiteiten te hebben. Deze nuance helpt individuele ervaringen van asexuele personen te begrijpen.

Binnen de asexuele gemeenschap wordt verschillend naar seks gekeken, ook wel seksuele gezindheid genoemd. Er wordt vaak onderscheid gemaakt in seksgezind, seksonverschillig, seksafwijzend en seksafkerig (NOA, z.d.-b). Seksgezind gaat over (het idee van) seks lekker vinden en eventueel opzoek gaan naar seks. Bij seksonverschillig staat men neutraal tegenover het hebben van seks. Seksafwijzend is een afwijzend gevoel tegenover (het idee van) seks en vaak ook porno. Tot slot gaat seksafkerig over een afkeer van seks en geen seks willen (NOA, z.d.-b).

Asexualiteit en relaties

Asexuele personen kunnen net als allosexuele personen relaties aangaan. Afhankelijk van iemands seksuele gezindheid kan dit ook een seksuele relatie zijn. De impact van asexualiteit op relaties verschilt per persoon. We zien dat asexualiteit in relaties uitdagingen met zich mee kan brengen. De druk vanuit de maatschappij om te kiezen voor een relatie kan voor veel stress zorgen wanneer iemand daar geen behoefte aan heeft (Bogaert, 2015).

Bij een asexueel alloromantisch persoon die graag een relatie aangaat, kan asexualiteit van grote invloed zijn als er wel een seksuele verwachting bestaat (Schneckenburger et al., 2024). Dit kan leiden tot schuldgevoelens, bijvoorbeeld tegenover de partner. Hierdoor lukt grenzen stellen moeilijker of weten asexuele personen niet hoe ze dit kunnen doen (Boot-Haury et al., 2024). Daarom is het belangrijk om in een behandeling waar een relatie een rol speelt, rekening te houden met iemands kijk op relaties en seks.

Pathologisering van asexualiteit

Asexualiteit kent een lange geschiedenis van pathologisering, zoals beschreven door Hinderliter in 2015. In 1980 werd *inhibited sexual desire* voor het eerst opgenomen in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). In 1994 werd deze classificatie hernoemd tot *hypoactive sexual desire disorder*. Met de publicatie van de DSM-5 in 2013 werd een onderscheid geïntroduceerd tussen mannen en vrouwen, resulterend in respectievelijk *male hypoactive sexual desire disorder* en *female sexual interest/arousal disorder* (een aanhoudend of recidiverend gebrek aan of ontbreken van seksuele fantasieën en verlangen naar seksualiteit). In de toelichting bij de DSM-5 wordt echter vermeld dat, wanneer een persoon een levenslang gebrek aan seksueel verlangen ervaart en dit verklaart vanuit een zelfidentificatie als asexueel, er géén diagnose gesteld dient te worden (Hinderliter, 2015).

Minderheidsstress bij asexuele personen

Onderzoek wijst uit dat asexuele personen vaker kampen met depressieve klachten, angststoornissen en een lagere levensvoldoening dan allosexuele personen (Benoit & De Santos, 2023). Dit betekent niet dat asexualiteit zelf problematisch is, maar dat de sociale context waarin asexuele personen worden ontvangen dat wél kan zijn. Deze sociale context bevat normatieve aannames, waaronder de aanname dat seksuele aantrekking en/of seksueel verlangen een algemeen gevoel is dat iedereen op dezelfde manier ervaart (Brotto & Yule, 2017).

Het ontbreken van erkenning en de voortdurende blootstelling aan die normatieve aannames dragen bij aan een verhoogd niveau van minderheidsstress bij asexuele personen. Deze stress ontstaat uit chronische ervaringen van invalidatie, discriminatie en onbegrip, en kan leiden tot gevoelens van isolatie, schaamte en zelfstigma (Boot-Haury & Cusick, 2023). Dit kan zich uiten in een gevoel van er niet bij te horen, of denken dat er iets mis met hen is (Schneckenburger et al., 2024). Naast minderheidsstress ervaren ze ook een unieke vorm van onzichtbaarheid die kan leiden tot gevoelens van isolatie en gebrek aan sociale steun (Boot-Haury, 2023).

De erkenning van asexualiteit als een seksuele identiteit is cruciaal om misverstanden in de zorg te voorkomen. Het benadrukt dat een gebrek aan en/of afwezigheid van seksuele aantrekkingskracht niet automatisch wijst op een psychisch probleem, maar deel uitmaakt van de normale variatie in menselijke seksualiteit (Brotto & Yule, 2017; Flanagan & Peters, 2020).

Ervaringen van asexuele personen in de zorg

Uit internationaal onderzoek blijkt dat 28% van de asexuele personen hun asexualiteit deelt met zorgprofessionals. Redenen om hun identiteit niet te delen met zorgprofessionals, zijn eerdere ervaringen of angst dat hun seksualiteit wordt geproblematiseerd. Zorgprofessionals proberen het gebrek aan seksuele verlangens of activiteit dan te verklaren of te verhelpen door middel van therapie (Flanagan & Peters, 2020). Anderen voelen zich juist genooddaakt hun asexuele identiteit te openbaren om hun keuzes met betrekking tot seksuele gezondheid te verklaren (bijvoorbeeld het niet gebruiken van anticonceptie) (Flanagan & Peters, 2020).

In het EU LGBTIQ Survey III-rapport gaf 16% van de 509 Nederlandse asexuele respondenten aan ooit ongepaste nieuwsgierigheid of opmerkingen te hebben ervaren binnen de zorg (FRA, z.d., 2025). Daarnaast meldde 12% dat hun specifieke behoeften ooit door een zorgprofessional werden genegeerd, en 10% vermeed ooit zorgverlening (FRA, z.d.). Voorbeelden uit de Nederlandse setting zijn het advies dat twee asexuele personen hadden gehad van respectievelijk een seksuoloog en een psycholoog. Ze kregen ieder advies om seksuele opwindings te bevorderen ('meer tongzoenen' en 'ontspanningsoefeningen') (Van Ankeren, 2024). Het rapport *(A)seksualiteit als norm*, opgesteld door de Alliantie Gezondheidszorg op Maat en de NOA, laat zien dat ook in Nederland asexuele personen binnen de zorgpraktijk vaak niet erkend worden in hun identiteit (Finkenflügel et al., 2025). Door de bestaande normatieve aannames, zoals de veronderstelling dat seksualiteit vanzelfsprekend is voor iedereen, zien zorgprofessionals volgens asexuele personen het ontbreken ervan als iets dat verklaard en/of opgelost dient te worden (Finkenflügel et al., 2025).

Hoewel opleidingsprogramma's de afgelopen jaren vooruitgang hebben geboekt in de voorlichting over de zorg voor andere seksuele minderheden (zoals homoseksuele, lesbische en biseksuele personen), bestaat er nog steeds een opvallend gebrek aan educatie over asexualiteit (Abbott et al., 2021; Miller & Byers, 2010). Mogelijk als gevolg hiervan kiezen veel asexuele personen ervoor hun identiteit niet te delen met zorgprofessionals, uit angst voor discriminatie, pathologisering, veroordeling of simpelweg het niet serieus genomen worden (Flanagan & Peters, 2020; Foster & Scherrer, 2014; Jones et al., 2017; Rothblum et al., 2020; Wood, 2023).

Ervaringen in de GGZ

In het EU LGBTIQ Survey III-rapport rapporteerde 76% van de Nederlandse asexuele respondenten die obstakels in de zorg ervoeren dat deze zich binnen de GGZ voordeden (FRA, z.d.). Die obstakels zouden veroorzaakt kunnen worden door stigmatiserende opvattingen, die ook onder professionals in de geestelijke gezondheidszorg bestaan.

Zo wordt bijvoorbeeld binnen de GGZ aangenomen dat asexualiteit gevolg is van trauma (Herbitter, 2021) of wordt asexualiteit op een andere manier gepathologiseerd (Finkenflügel et al., 2025).

Interpretatie van Hypoactive Sexual Desire Disorder

Aseksuele personen ondervinden regelmatig negatieve gevolgen van hoe de DSM-V diagnose *Hypoactive Sexual Desire Disorder* (HSDD) in de praktijk geïnterpreteerd wordt (Gupta, 2017). De beschrijving van HSDD kan namelijk voor een groot deel overlappen met de ervaringen die aseksuele personen hebben (Gupta, 2017). Er zijn namelijk ook aseksuele mensen die geen seksueel verlangen hebben als gevolg van het niet ervaren van seksuele aantrekkingskracht.

Een van de belangrijkste factoren die gebruikt wordt voor het diagnosticeren van HSDD is de mate van stress voor de cliënt. Die stress wordt veroorzaakt door het ontbreken van seksueel verlangen en/of seksuele aantrekkingskracht. Volgens eerdere artikelen zou het onderscheid tussen asexualiteit en HSDD zitten in die mate van stress, die bij aseksuele personen lager zou zijn (Brotto et al., 2015). In de praktijk is dit echter anders. Aseksuele personen ervaren namelijk ook een hoge mate van stress, door de druk vanuit de maatschappij waarin seksualiteit de norm is (Boot-Haury & Cusick, 2023; Gupta, 2017). Door de stress wel als onderscheidende factor te gebruiken in de DSM-V, worden aseksuele personen vaak foutief gediagnosticeerd met HSDD (Gupta, 2017).

In de beschrijving van HSDD wordt ook gesproken over een afname van gevoelens van seksuele aantrekkingskracht en seksueel verlangen. Ook deze factor kan leiden tot foutieve interpretaties. Iemand kan namelijk ook op het aseksuele spectrum zitten en ooit wel seksuele aantrekkingskracht hebben ervaren, maar dit vervolgens niet of nauwelijks meer hebben.

Trauma en asexualiteit zijn twee aparte dingen

Het kan voorkomen dat een cliënt die aseksueel is, te maken heeft (gehad) met trauma of depressie. Trauma kan invloed hebben op hoe seks ervaren wordt. Om de impact van trauma te onderzoeken, kan er gekeken worden of er verschil is in seksuele interesse en aantrekkingskracht tussen de tijd voor en ná de traumatische gebeurtenis. Het is erg aannemelijk dat de invloed op de ervaring van seks trauma-gerelateerd is als dat verschil groot is (Yehuda, 2015). Ook kan er gekeken worden naar de aanwezigheid van traumatische herinneringen of gedachten bij seks. Als dit niet het geval is, kan trauma dat losstaat van seksuele ervaringen, alsnog van invloed zijn op de ervaring van seks, maar is de kans klein dat het de oorzaak is van een gebrek aan seksuele aantrekkingskracht en/of verlangen (Boot-Haury et al., 2024).

Het is belangrijk om asexualiteit en de eventuele invloed van trauma los van elkaar te bekijken. Asexualiteit kan context geven aan de gevoelens van de cliënt omtrent seks en seksuele aantrekkingskracht, waarnaast de impact van eerder trauma of mentale problematiek in ogenschouw genomen moet worden (Boot-Haury et al., 2024).

Een werkelijk inclusieve zorgpraktijk vraagt om een verschuiving van perspectief: van correctie naar erkenning. Het is belangrijk om variatie in seksueel verlangen en seksuele aantrekkingskracht te normaliseren, inclusief asexualiteit (Herbitter, 2021). Als er hierbij sprake is van stress voor de cliënt, sta hen dan bij in het acceptatieproces. Asexualiteit moet niet benaderd worden als afwezigheid van iets, maar als een volwaardige vorm van seksuele diversiteit.

Aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk

Het onderzoek van Finkenflügel et al. (2025), dat de ervaringen van asexuele personen in de zorg onderzocht, geeft enkele aanbevelingen voor professionals die werken met asexuele cliënten. Deze zijn aangevuld en hieronder beschreven.

1. Includeer asexualiteit in de norm

Asexualiteit includeren in de norm geeft asexuele personen meer ruimte, zowel binnen als buiten de zorg. Dit doe je door uit te dragen dat asexualiteit een seksuele identiteit is en dus niet gepathologiseerd of behandeld moet worden. Door aan te geven dat asexualiteit een mogelijkheid is bij het bespreken van seksuele oriëntatie, maak je asexualiteit even normaal als andere seksuele geaardheden.

2. Maak vragenlijsten en aanmeldformulieren inclusief

Om een inclusief klimaat te creëren waarin je zo veel mogelijk relevante informatie genereert over de context van de zorgvraag, is het nodig om vragenlijsten en aanmeldformulieren waar mogelijk inclusief te maken. Dit doe je bijvoorbeeld door opties te geven waarin seksuele aantrekking en seksueel verlangen niet vanzelfsprekend zijn. Het is hierin ook belangrijk om een mogelijkheid te bieden waarin de persoon kan aangeven dat seksuele aantrekking en verlangen structureel afwezig zijn, in plaats van slechts tijdelijk of iets wat 'niet meer' aanwezig is. Door de inclusieve vraagstelling kunnen mensen met hun antwoorden meer aansluiting vinden bij de vragen, wat bijdraagt aan bevestiging in hun identiteit. Als het niet mogelijk is om de vragenlijst inclusief te maken, bespreek dan met je cliënt dat het mogelijk is dat de vragenlijst niet de juiste opties biedt, zodat diegene daarop voorbereid is.

3. Bespreek asexualiteit wanneer het relevant is

Asexualiteit hoeft alleen besproken te worden indien dit relevant is voor de zorgvraag, zoals dat ook het geval is bij andere seksuele oriëntaties. Als de relevantie voor de cliënt niet duidelijk is, neem hen dan mee in de reden dat je het wil bespreken. Eventueel kan je daarvoor het PLISSIT-model gebruiken (Annon, 1976). Daarnaast is het belangrijk om los daarvan naar seksueel gedrag te vragen, aangezien dit voor elk persoon weer anders is. Bij het bespreken van (a)sexualiteit, vraag je dan steeds af of je een vraag ook aan een heteroseksueel persoon zou stellen.

4. Sta open voor hun ervaring en bied hulp bij het acceptatieproces

Niet elk asexueel persoon praat over hun identiteit. Sommigen durven dit niet, door eerdere negatieve ervaringen. Reageer open, empathisch en bied een luisterend oor. Wees hierin ook nieuwsgierig naar wat asexualiteit betekent voor de persoon die je voor je hebt en waar ze eventueel tegenaan lopen.

Er zullen ook personen zijn die hun (seksuele) identiteit nog aan het ontdekken zijn, waarbij asexualiteit ook een uitkomst zou kunnen zijn. Het is hierbij belangrijk om asexuele personen te helpen in het acceptatieproces van asexualiteit. Ze kunnen namelijk veel stress ervaren door de druk vanuit de maatschappij waarin allosexualiteit de norm is. Door hulp aan te bieden in het acceptatieproces, draag je uit dat asexualiteit een seksuele identiteit is, die dus niet opgelost moet worden. Het is hierbij heel waardevol om te wijzen op gemeenschappen van asexuele personen, zoals de Nederlandse Organisatie Asexualiteit en COC Nederland, waar asexuele personen steun kunnen vinden en anderen kunnen ontmoeten. Daarnaast zijn er verschillende online groepen. Een overzicht is te vinden op de website www.asexualiteit.nl.

5. Wees je bewust van je vooroordelen

Het is goed om reflectief te zijn op je eigen vooroordelen en normen en waarden, waarbij je jezelf afvraagt hoe deze van invloed zijn op de zorg die je verleent. Weet dat asexualiteit niet

hetzelfde is als geen behoefte hebben aan seks, en dat er koppels zijn die ervoor kiezen geen of weinig seks te hebben. Voor iedereen is hun seksuele behoefte anders. Het is belangrijk om dit te erkennen. Houd ook rekening met de overlap tussen asexualiteit en de beschrijving van HSDD in de DSM-V, wat leidt tot foutieve diagnoses. Neem als uitgangspunt dat je mensen helpt in het acceptatieproces van asexualiteit.

6. Bespreek asexualiteit met je collega's

Je kan veel leren van collega's. Sommigen zullen meer weten van asexualiteit, anderen juist minder. Het is belangrijk om ervaringen met elkaar te delen. Hoe kan je het best reageren? Welke houding neem je aan in een gesprek? Bespreek dit met elkaar en sta open voor aanbevelingen van anderen.

7. Verwijs door als je zelf niet de juiste zorg kunt leveren

Het is mogelijk om iemand door te verwijzen als je zelf niet de zorg kan leveren die de cliënt nodig heeft. Gebruik hiervoor bijvoorbeeld de zorgkaart op Switchboard (www.switchboard.nl/zorgkaart), waar je zorgprofessionals en instellingen vindt die affiniteit hebben met (zorg voor) lhbtq+ personen (lesbische, homoseksuele, bi+, transgender, intersekse, queer en asexuele personen). Ook vind je op de website van Roze in Wit (www.rozeinwit.nl) een overzicht met lhbtq+ vriendelijke artsen. Zo kun je samen met de cliënt besluiten welke zorg het best aansluit bij de zorgvraag.

Behoeftte aan meer informatie?

Deze handvatten sluiten aan bij de bredere beweging binnen de psychologie en de GGZ richting gender- en seksuele diversiteitsensitieve zorg. Voor meer informatie kan je terecht bij de toolkit van Alliantie Gezondheidszorg op Maat (toolkit.komteenmensbijdedokter.nl). In deze toolkit vind je kennisbronnen, materialen en relevante tools die kunnen ondersteunen in het rekening houden met diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie bij je cliënten. Hier vind je ook een handreiking voor psychologen met verkorte uitleg over asexualiteit en nog meer tips voor in de psychologenpraktijk.

Conclusie

Asexualiteit is als seksuele oriëntatie onderdeel van de menselijke diversiteit, maar binnen de Nederlandse gezondheidszorg wordt dit nog te vaak gepathologiseerd, gemedicaliseerd of genegeerd. Zorgprofessionals kijken vaak door de lens van de allooseksuele norm, die veronderstelt dat iedereen seksuele aantrekkings naar specifieke andere mensen voelt. Hierdoor wordt asexualiteit vaak gezien als een gebrek in plaats van een verrijking.

Asexualiteit in de norm includeren geeft dus meer ruimte voor personen op het asexuele spectrum binnen de zorgpraktijk. Het wordt dan ook aanbevolen om asexualiteit als optie mee te nemen voor een seksuele oriëntatie en alleen te bespreken als het relevant is. Een inclusieve zorgpraktijk is hierbij een vereiste, zodat psychologen asexualiteit benaderen met dezelfde professionaliteit en respect als elke andere oriëntatie. Dat vraagt niet om meer interventie, maar om meer erkenning.

Door allooseksualiteit niet langer als vanzelfsprekende norm te hanteren, ontstaat er ruimte voor een zorgbenadering die inclusief is en aansluit bij ieders specifieke beleving en leven.

Auteursgegevens

- Renee Finkenflügel was onderzoeker Seksualiteit & Zorg bij Rutgers, expertisecentrum seksualiteit en seksuele gezondheid. Momenteel is ze werkzaam bij het Amsterdam UMC als promovendus op het onderwerp inclusieve palliatieve zorg voor lhbtq+ personen.
- Lisa van der Wal is masterstudent Biomedical Sciences aan de Radboud Universiteit en stagiair wetenschapscommunicatie bij Rutgers, expertisecentrum seksualiteit en seksuele gezondheid.
- Amber Witsenburg is voorzitter van de Nederlandse Organisatie Aseksualiteit (NOA). Eerder deed die onderzoek naar de representatie van aseksualiteit in fictie.
- Yolin Kraan was junior onderzoeker binnen team Kennisontwikkeling bij Rutgers, expertisecentrum seksualiteit en seksuele gezondheid. Is momenteel werkzaam bij de Gemeente Amsterdam als medewerker huisvesting statushouders.
- Tomas Derckx is projectleider Gezondheid bij Rutgers, expertisecentrum seksualiteit en seksuele gezondheid.

Referenties

- Abbott, D. M., Mollen, D., Anaya, E. J., Burnes, T. R., Jones, M. M., & Rukus, V. A. (2021). Providing sexuality training for psychologists: The role of predoctoral internship sites. *American Journal of Sexuality Education*, 16(2), 161–180.
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1–15.
- Antonsen, A. N., Zdaniuk, B., Yule, M., & Brotto, L. A. (2020). Ace and aro: Understanding differences in romantic attractions among persons identifying as asexual. *Archives of Sexual Behavior*, 49(5), 1615–1630.
- Benoit, Y., & De Santos, R. (2023). *Ace in the UK Report*. Stonewall. Geraadpleegd van: https://files.stonewall.org.uk/production/files/ace_in_the_uk_report_2023.pdf?dm=1725385212.
- Bogaert, A. F. (2015). Asexuality: What it is and why it matters. *Journal of Sex Research*, 52(4), 362–379.
- Boot-Haury, J. W. (2023). Minority stress and psychological distress among asexual transgender and gender nonconforming individuals. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 28(2), 132–141.
- Boot-Haury, J., Brennan, J. M., & Joseph, K. M. (2024). Asexual-affirming care: Recommendations for practice. *Journal of Health Service Psychology*, 50(3), 137–147.
- Boot-Haury, J. W., & Cusick, K. M. (2023). Intersectional asexual and transgender and gender diverse identity and existential concerns: A thematic analysis. *The Humanistic Psychologist*, 53(1), 59–79.
- Brotto, L. A., & Yule, M. (2017). Asexuality: Sexual Orientation, Paraphilia, Sexual Dysfunction, or None of the Above?. *Archives of sexual behavior*, 46(3), 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.
- De Graaf, H., Kraan, Y., Oldenhof, A., & Joemmanbaks, F. (2024). *Monitor Seksuele Gezondheid 2023*. Rutgers. Geraadpleegd van: [Rutgers_MS_def_proef2.pdf](#).
- Decker, J. (2015). *The invisible orientation: An introduction to asexuality*. Skyhorse.
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (z.d.). EU LGBTIQ Survey III. Geraadpleegd op 26 november 2025, van: [EU LGBTIQ Survey III | European Union Agency for Fundamental Rights](#).
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2025). *Technical report - EU LGBTIQ Survey III*. Geraadpleegd van: [Technical report - EU LGBTIQ Survey III](#).
- Finkenflügel, R. & Billinghamurst, K. (2024). "Daar ga ik niet zomaar over beginnen": Een verkennend onderzoek onder mbo en hbo-geschoolde zorgprofessionals over inclusieve zorg op

het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. AGOM. Geraadpleegd van: [Rapport-zorgprofessionals-cor3.pdf](#).

Finkenflügel, R., Kraan, Y., & Derckx, T. (2025). *Aseksualiteit als norm*. AGOM & NOA.

Geraadpleegd van: [Aseksualiteit als norm.pdf](#).

Flanagan, S. K., & Peters, H. J. (2020). Asexual-identified adults: Interactions with health-care practitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 49(5), 1631–1643.

Foster, L., & Scherrer, K. S. (2014). Asexuality and mental health care: A qualitative study. *Psychology & Sexuality*, 5(3), 242–256.

Foster, A. B., & Scherrer, K. S. (2014). Asexual-identified clients in clinical settings: Implications for culturally competent practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 422–430.

Government Equalities Office (GEO). (2018). *National LGBT Survey: Research Report*.

Geraadpleegd van: [National LGBT survey: research report](#).

Gupta, K. (2017). What does asexuality teach us about sexual disinterest? Recommendations for health professionals based on a qualitative study with asexually identified people. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(1), 1–14.

Herbitter, C., Vaughan, M. D., & Pantalone, D. W. (2021). Mental health provider bias and clinical competence in addressing asexuality, consensual non-monogamy, and BDSM: A narrative review. *Sexual and Relationship Therapy*, 39(1), 131–154.

Hinderliter, A. (2015). Sexual dysfunctions and asexuality in DSM-5. In *The DSM-5 in perspective* (pp. 125–139). Springer.

Jones, C., Hayter, M., & Jomeen, J. (2017). Understanding asexual identity as a means to facilitate culturally competent care: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3811–3831.

Kennis, M. (2024, 11 oktober). Hoeveel LHBTQIA personen telt Nederland? *Centraal Bureau voor de Statistiek*. Geraadpleegd op 26 november 2025, van [Hoeveel LHBTQIA personen telt Nederland? | CBS](#).

Miller, S. A., & Byers, E. S. (2010). Psychologists' sexual education and training in graduate school. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(2), 93–100.

Nederlandse Organisatie Aseksualiteit (NOA). (z.d.-a). *Termenlijst*. Aseksualiteit.nl.

Geraadpleegd op 26 november 2025, van <https://aseksualiteit.nl/termenlijst>

Nederlandse Organisatie Aseksualiteit (NOA). (z.d.-b). *Over aseksualiteit*. Aseksualiteit.nl.

Geraadpleegd op 26 november 2025, van [Over aseksualiteit – NOA](#)

Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757–767.

Schneckenburger, S. A., Tam, M. W. Y., & Ross, L. E. (2024). Asexual competent practices in healthcare: A narrative review. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 28(3), 314–334.

Tessler, H., & Winer, C. (2023). Sexuality, romantic orientation, and masculinity: Men as underrepresented in asexual and aromantic communities. *Sociology Compass*, 17(11), e13141.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2025, 2 september). *Voortzetting behandeling (document 3): Wet strafbaarstelling conversiebehandeling*. Geraadpleegd van:

https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20250902/voortzetting_behandeling_2/document3/f=vmreiimruazl.pdf.

Van Ankeren, J. (2024, 4 december). 5 mensen over hun aseksualiteit – “Seks? Nee, bedankt”. *Psychologie Magazine*. Geraadpleegd van: <https://www.psychologie.nl/artikel/aseksualiteit>.

Van Dyk, I. S. (2023). The “A” is not for ally: The continued pathologization of asexual people in modern mental health practice. *the Behavior Therapist*, 46(8), 337–342.

Winer, C. (2025). Splitting attraction: differentiating romantic and sexual orientations among asexual individuals. *Social Currents*, 12(3), 215–230.

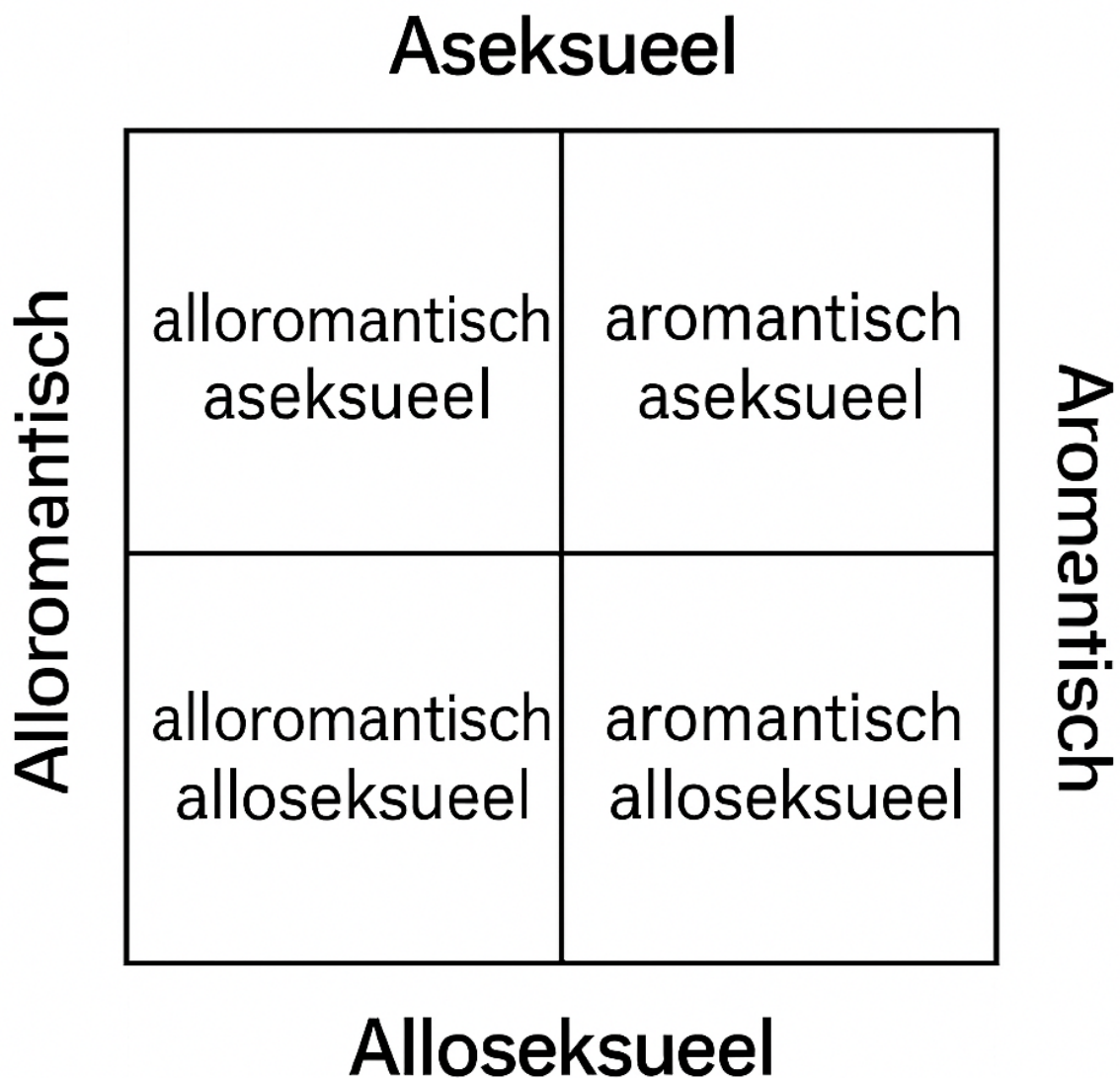
Wood, K. (2023). *"I don't know if this counts but..." Asexual Lived Experiences Survey 2021: Final Report*. Ace & Aro Collective AU & ACT Aces. Geraadpleegd van: https://acearocollective.au/wp-content/uploads/2023/02/i-dont-know-if-this-counts-but-2.pdf?force_download=true.

Yehuda, R., Lehrner, A., & Rosenbaum, T. Y. (2015). PTSD and sexual dysfunction in men and women. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(5), 1107–1119.

Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148–160.

Summary 112/125

Asexual people often feel unrecognized within healthcare. Although asexuality is a valid sexual orientation, it is still frequently pathologized, medicalized, or ignored in Dutch healthcare settings. Normative assumptions can cause professionals to interpret the absence of sexual attraction as a problem that must be explained, treated, or corrected. Stigmatizing beliefs persist, such as assuming that asexuality results from trauma or should be considered a disorder. Experiences of asexual individuals can sometimes overlap with the description of Hypoactive Sexual Desire Disorder, which causes false diagnosis. It is therefore essential to normalise diversity in sexual attraction and sexual desire. Inclusive care requires shifting from stigmatizing approaches toward recognition and discussing asexuality only when relevant.



Figuur 1: Split-attraction Model (Decker, 2015) (Afbeelding vertaald naar het Nederlands).