



13. Seksuele oriëntatie en identiteit

Vastgesteld LOI-SG: 1 november 2016.

Inhoud deeldraaiboek 13

13.1 Problemen met de seksuele oriëntatie	203
13.1.1 Definitie	203
13.1.2 Vragen	203
13.1.3 Probleembeschrijving	204
13.1.4 Mogelijke problemen	206
13.1.5 Plan van aanpak	207
13.1.6 Verwijzen	208
13.2 Transgenders en genderdysforie	208
13.2.1 Definitie	208
13.2.2 Vragen	209
13.2.3 Probleembeschrijving	209
13.2.4 Mogelijke problemen	211
13.2.5 Plan van aanpak	212
13.2.6 Verwijzen	213
Referenties	213

13.1 Problemen met de seksuele oriëntatie

13.1.1 Definitie

De cliënt is in verwarring over de seksuele en/of romantische verlangens ten aanzien van personen van hetzelfde geslacht of beide geslachten en lijdt onder, al dan niet geïnternaliseerde, oordelen (binnen de directe omgeving, de cultuurreligieuze peergroup of de bredere maatschappelijke omgeving).

De problemen kunnen zich voordoen op 3 dimensies: (seksuele) aantrekking, gedrag en zelfbenoeming. Dit kan op alle gebieden tegelijk, maar ook op elk gebied afzonderlijk.

13.1.2 Vragen

In kader 13.1 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.1: Vragen tijdens consult rondom problemen met de seksuele oriëntatie

- Waar loop je tegenaan?
- Wat is het geslacht van de persoon/personen die centraal staat/staan in je seksuele verlangens/fantasieën, je seksuele gedrag en je behoefte aan intimiteit/relatievorming?
- Hoe was dat vroeger, hoe is het nu?
- Wat vind je van jezelf, hoe zou je zelf je seksuele verlangens benoemen?
- Heb je problemen met dit label of het label dat anderen aan je kunnen geven? Zo ja, welke problemen?
- Sinds wanneer ervaar je deze problemen
- Wat betekent dat in je dagelijkse leven, school, werk?
- Hoe denk je dat jouw omgeving je ziet?
- Weet je omgeving van je verlangens en hoe wordt daar op gereageerd?
- Heb je (intieme, seksuele) ervaringen met partners van hetzelfde geslacht?
- Ben je op dit moment verliefd? Is dat een partner van hetzelfde of van het andere geslacht?
- Kun je aangeven waarom je op die persoon verliefd bent?
- Uit die verliefdheid zich ook in (sterke) seksuele verlangens naar die persoon?
- Weet je of de verliefdheid wederzijds is?
- Heb je al eens seksueel contact gehad met deze persoon?
- Hoe zou je jezelf op dit moment geestelijk typeren: evenwichtig/onevenwichtig, somber/vrolijk?
- Hoe is het met je stemming? Heb je depressieve gevoelens en/of suïcidale gedachten naar aanleiding van je gevoelens?
- Gebruik/misbruik je alcohol, kalmerende middelen (of antidepressiva), slaapmiddelen, pijnstillers en/of drugs? Zie je zelf een relatie tussen dit gebruik en je seksuele verlangens?
- Hoe zie je de toekomst in relatie tot je seksuele gevoelens?
- Heb je eerder hulp gezocht?
- Heb je te maken (gehad) met uitsluiting of (seksueel) geweld?
- Wat is je vraag? Welke hulp zou je willen?

13.1.3 Probleembeschrijving

Ongeveer 4 tot 7% van de mensen voelt zich (ook/grotendeels/alleen) seksueel en/of romantisch aangetrokken tot personen van hetzelfde geslacht (Kuyper 2016). Aantrekking tot beiden geslachten komt ongeveer even vaak voor als aantrekking tot alleen hetzelfde geslacht. De mate van aantrekkingskracht varieert enorm per persoon, en kan ook in de tijd variëren. Seksuele oriëntatie is dus niet per definitie een vaststaand gegeven. Er is sprake van een continuüm, op elk van de eerdergenoemde dimensies. Iemand kan homoseksuele verlangens hebben, met of zonder seksueel contact met partners van het eigen geslacht, maar zichzelf niet als homoseksueel of lesbisch benoemen en ook geen relatie met een partner van het zelfde geslacht ambiëren (Bakker 2014).

Het is daarom goed om als hulpverlener een open houding te hebben, de gevoelens en vragen van de cliënt te exploreren en deze zelf te laten definiëren. Het is ook goed te weten dat 11% van de homo- en biseksuele

jongeren zijn of haar seksuele oriëntatie niet wenst te definiëren om niet in een hokje geplaatst te worden (Kuyper 2015).

Er bestaan verschillende modellen om de ontwikkeling van de seksuele oriëntatie te beschrijven. Bezwaar tegen deze modellen is dat ze de ontwikkeling beschrijven als een lineair proces met vaste volgorde met als uitkomst een vaststaande seksuele identiteit. In elk van de modellen worden mijlpalen benoemd, zoals het besef dat men zich aangetrokken voelt tot hetzelfde of beide geslachten, verwarring daarover, zelfidentificatie, seksueel gedrag, coming out en acceptatie. De volgorde waarin elk van deze aspecten binnen een persoon aan de orde komt en de betekenis die er aan gehecht wordt, kan enorm verschillen. Er kan aan de cliënt zelf gevraagd worden welke aspecten en mijlpalen hij of zij ervaren heeft en op welke manier, zodat recht gedaan wordt aan deze verschillen.

Over het algemeen wordt aangenomen dat een predispositie voor een homo- of biseksuele oriëntatie aangeboren is. Over de oorzaken daarvan bestaan diverse biologische en psychologische theorieën. Aangezien de onderzoeksuitkomsten niet eenduidig zijn en omdat kennis van de oorzaken niet van wezenlijk belang is voor de benadering van cliënten, wordt hier niet verder ingegaan op deze theorieën.

Voor de meeste jongeren geldt dat ze zich vanaf hun 12e-15e jaar voor het eerst seksueel aangetrokken voelen tot iemand van hun eigen geslacht. Soms treedt dit vroeger op (Bakker 2014). De fasen van verwarring over de seksuele oriëntatie en zelfidentificatie in de ontwikkeling van de homo- en biseksuele oriëntatie zijn niet eenvoudig voor de cliënt. Bij sommige homo- en biseksuele jongvolwassenen ontstaan problemen waarvoor ze professionele hulp nodig hebben. Deze problemen worden vooral veroorzaakt door de maatschappelijke houding tegenover homo- en biseksualiteit. Angst voor het oordeel van de omgeving hangt voor een groot deel af van de eigen sociaal-culturele en religieuze achtergrond. Binnen Nederland zijn er wat dat betreft grote verschillen. Ook door leeftijdgenoten wordt homoseksualiteit lang niet altijd geaccepteerd. Vanwege de angst voor de reactie van de omgeving wordt de seksuele oriëntatie soms lang geheimgehouden voor de buitenwereld, wat een belangrijke factor is voor het ontstaan van problemen (Bakker 2014). Ondanks geringe homoacceptatie komen jongeren tegenwoordig eerder uit de kast: in de afgelopen jaren is de gemiddelde leeftijd van coming out bij jongens gedaald van 17,8 naar 16,6 jaar en bij meiden van 16,3 naar 15,9 jaar (De Graaf 2012).

Er bestaan sekseverschillen in de seksuele oriëntatie. Van de mensen met een niet-heteroseksuele oriëntatie zijn mannen vaker uitsluitend georiënteerd op mannen en vrouwen vaker in bepaalde mate op vrouwen en mannen.

Het idee van een seksuele identiteit kan iemand houvast geven om een volwaardige levensstijl te ontwikkelen. Voor een deel van de mensen met een migrantenachtergrond, of mensen met een sterk religieuze achtergrond gaat dit minder goed op. Zij voelen niet altijd de gelegenheid hun seksuele identiteit als een zichtbaar onderdeel van de eigen persoonlijke identiteit te tonen. Om die reden is het zinvol uit te gaan van de eigen wensen en mogelijkheden van de hulpvrager. Wat wil de hulpvrager met de eigen seksuele verlangens, welke plek moet dat in het eigen leven krijgen, en hoe open wil deze persoon daarover zijn naar anderen?

Een verschil tussen homo- en biseksualiteit is het relatieve gebrek aan toegang van biseksuele mannen en vrouwen tot een subcultuur van gelijkgestemden. Ook binnen de homoseksuele gemeenschap kunnen biseksuele mensen tegen vooroordelen aanlopen. Biseksuele mensen zijn zich meer gaan emanciperen, waardoor een biseksuele oriëntatie tegenwoordig als een aparte categorie wordt gezien.

Op het gebied van seksuele gezondheid zijn er verschillen en overeenkomsten ten opzichte van heteroseksuele mensen. Alle seksuele disfuncties kunnen voorkomen bij homo- en biseksuele cliënten. Moeite met integratie van intimiteit en seksualiteit doet zich vaak voor, onder andere ten gevolge van een minder vanzelfsprekend lopende seksuele ontwikkeling. De behandeling van seksuele problemen is gelijk aan die bij heteroseksuele mensen. Homoseksuele cliënten krijgen vaker te maken met seksuele grensoverschrijding. 16% van homo- en biseksuele jongens en 25-33% van de lesbische en biseksuele meisjes heeft te maken gehad met seksuele dwang. Onder heterojongeren gaat het om respectievelijk 4 en 21% (De Graaf 2014).

13.1.4 Mogelijke problemen

- Onzekerheid ten opzichte van de seksuele oriëntatie
Twijfel over de seksuele oriëntatie kan grote onzekerheid en eenzaamheid opleveren, in de puberteit, maar ook op latere leeftijd. Misbruik door iemand van hetzelfde geslacht kan verwarring geven over de eigen seksuele oriëntatie.
- Negatief zelfbeeld
Acceptatie- en waarderingsproblemen kunnen leiden tot een negatief zelfbeeld. De cliënt is zich bewust van de eigen seksuele oriëntatie, maar slaagt er niet in om deze oriëntatie als positief of neutraal te waarderen.
- Verlies van sociale contacten
Door coming out lopen sommige homo- en biseksuele mensen het risico het bestaande sociale netwerk en steun te verliezen, in het bijzonder binnen etnische en religieuze gemeenschappen waarin men sterk afwijzend staat tegenover niet-heteroseksuele oriëntatie.
- Psychische problemen
Door het samenspel van problemen met de seksuele oriëntatie en negatieve reacties uit de omgeving kunnen ernstige persoonlijke problemen ontstaan. Uit onderzoek blijkt dat eenzaamheid, depressie, sociale fobie, automutilatie, middelenmisbruik en suicidaliteit vaker voorkomen onder homo- en biseksuele mensen ten opzichte van heteroseksuelen (Kuyper 2015). Deze ernstige psychische problematiek blijkt vaak ontkend en onderschat te worden, ook door lesbische, homoseksuele en biseksuele (LHB) mensen zelf.
- Vormgeving seksuele oriëntatie
Vragen rondom de vormgeving van de homo- en biseksuele identiteit kunnen zich aandienen: hoe en waar vind ik mijn gewenste seksuele en relatiepartners, hoe zoek ik mijn weg binnen de verschillende subculturen die er bestaan, ga ik voor een duurzame relatie en hoe ga ik om met mijn eventuele kinderwens?

- **Specifieke problemen rondom bisexualiteit**
Biseksuele mensen kunnen tegen specifieke problemen aanlopen. Een biseksuele oriëntatie wordt niet altijd serieus genomen in de omgeving. Biseksuele mensen kunnen het lastig vinden om hier open over te zijn en hier vorm aan te geven binnen relaties. Ook kunnen ze te maken krijgen met specifieke vooroordelen (bijvoorbeeld dat biseksuele mensen niet monogaam kunnen zijn, geen goede partners zijn, promiscue zijn).
- **(Seksueel) geweld en grensoverschrijding**
Verminderde weerbaarheid, als gevolg van sociaal isolement en een negatief zelfbeeld, maakt LHB-jongeren kwetsbaarder voor geweld en seksuele grensoverschrijding. Maar ook LHB-volwassenen kunnen te maken krijgen met zeer bedreigende vormen van antihomoseksueel geweld. Openbare uiting van homoseksuele voorkeur en non-genderconform gedrag spelen hierin een rol. Cijfers van ervaringen met (seksueel) geweld variëren van 1:3 biseksuele vrouwen tot 1:7 homomannen (De Graaf 2014).
- **Seksuele problemen**
Ondanks dat de meerderheid van homo- en biseksuele mensen geniet van seks en voldoende seksueel zelfvertrouwen heeft, bestaat er veel onzekerheid ten aanzien van het uiterlijk en de seksuele prestaties. Biseksuele mannen en vrouwen hebben meer seksuele problemen (resp. 17 en 20%) dan homoseksuele mannen en lesbische vrouwen (resp. 12 en 14%). Dit is minder dan in de algemene populatie (20% van de mannen en 25% van de vrouwen hebben seksuele problemen). Naarmate er een groter psychisch welbevinden is, is de seksbeleving positiever en zijn er minder seksuele problemen. Bij mannen komen voornamelijk erectiestoornissen voor, bij vrouwen verminderd verlangen en pijn bij vrijen. Onbeschermd seksueel contact komt vaker voor bij homo- en biseksuele mannen, waardoor zij een groter risico hebben op het oplopen van soa en hiv (De Graaf 2014).
- **Specifieke problemen binnen een heterorelatie**
Homo- of bisexualiteit binnen de context van een heterorelatie brengt specifieke problemen met zich mee. Als homoseksuele of biseksuele gevoelens tijdens een dergelijke relatie aanwezig blijven of sterker worden, dan spreekt men van Orpheusproblematiek. Andere problemen die veel voorkomen hebben te maken met openheid naar de buitenwereld.

13.1.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

- De meeste hulpvragen hebben te maken met verwarring over de oriëntatie en identiteitsontwikkeling. Neem een open niet-(ver)oordelende houding aan. Lukt dat niet? Draag de cliënt dan over aan een collega met een meer open houding.
- Richt je niet direct op oplossingen, maar laat de cliënt het eigen verhaal doen en exploreer samen vragen en problemen.
- Laat de cliënt zelf de eigen seksuele oriëntatie definiëren. Niet iedereen wenst de oriëntatie te definiëren en niet iedereen kan of wenst de oriëntatie als identiteit aan (te) nemen.

- Taalgebruik kan belangrijk zijn. Termen als homoseksueel, biseksueel en lesbisch worden meestal als neutraal ervaren. Vraag hoe iemand zichzelf benoemt.
- Wees alert op signalen van (seksueel) geweld.

Zo mogelijk kan een tweede gesprek volgen om uitgebreider de hulpvraag te verhelderen en/of informatie en advies te geven en/of de cliënt te motiveren voor verwijzing en verdere hulp en/of adressen of websites aan te reiken, zoals:

- [COC](#): Nederlandse Vereniging tot Integratie van Homoseksualiteit;
- [Switchboard](#): voor alle vragen over homo- en biseksualiteit en genderidentiteit;
- www.iedereenisanders.nl: website voor jongeren met informatie en tips over 'anders' zijn;
- www.orpheushulpverlening.nl: landelijke vereniging voor hulpverlening bij homo/biseksualiteit in man-vrouwrelaties.

13.1.6 Verwijzen

- Indien er sprake is van identiteitsverwarring: verwijst (eventueel via huisarts) naar psycholoog-seksuoloog NVVS met specifieke kennis op dit gebied.
- Indien sprake is van problemen rond de identiteitsontwikkeling kan verwijzing (eventueel via huisarts) naar een openlijk homoseksuele of biseksuele psycholoog of seksuoloog geëigend zijn. Maak een sociale kaart van de regio of raadpleeg de website [roze hulpverlening](#).
- Indien er sprake is van seksuele problematiek bij een homoseksuele, biseksuele of lesbische cliënt, individueel of binnen een relatie: verwijst (eventueel via huisarts) naar een seksuoloog die goed op de hoogte is van de seksuele beleving van mensen met een niet-heteroseksuele oriëntatie.
- Als er enige aanwijzing is voor psychopathologische comorbiditeit en/of aanwijzingen voor risico op suicide: verwijst via de huisarts naar de gespecialiseerde GGZ, liefst naar een tweedelijns GGZ met een multidisciplinair seksuologisch team.

13.2 Transgenders en genderdysforie

13.2.1 Definitie

De term transgender geldt in het algemeen voor mensen die het gevoel hebben dat hun genderidentiteit (het subjectieve gevoel tot een gender te behoren) niet overeenkomt met het toegewezen geboortegeslacht. Het gaat om een continuüm van het gevoel geheel, gedeeltelijk of soms, man of vrouw, of noch man of vrouw te zijn.

In de DSM-5 wordt de diagnose genderdysforie gehanteerd als er een duidelijke incongruentie bestaat tussen de ervaren en de toegewezen gender, als de symptomen minimaal 6 maanden bestaan en als de aandoening zorgt voor aanzienlijk lijden en stress op diverse of alle levensgebieden. Niet elke transgender heeft last van genderdysforie. Genderdysforie uit zich op vele manieren, waaronder sterke overtuiging te behoren tot het andere geslacht, de sterke wens behandeld te worden als zijnde van het andere geslacht of de wens tot aanpassing van de (secundaire) geslachtskenmerken.

13.2.2 Vragen

Rondom genderidentiteit kunnen zich tijdens het consult seksuele gezondheid de volgende problemen en/of vragen aandienen:

- twijfel en verwarring over eigen genderidentiteit en vragen met betrekking tot normaliteit;
- vragen naar informatie over genderidentiteit en genderdysforie;
- moeite met acceptatie en vraag om hulp bij het onderdrukken van de gevoelens;
- vragen naar informatie over de mogelijkheden tot geslachtsaanpassing.

In kader 13.2 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.2: Vragen tijdens consult rondom problemen met genderidentiteit

- Waar loop je tegen aan?
- Voel jij je geheel, gedeeltelijk of soms, man of vrouw, of noch man of vrouw?
- Komt dit overeen met je uiterlijk?
- Heb je behoefte je af en toe om te kleden als man of vrouw?
- Zijn je gevoelens duidelijk voor jezelf of twijfel je over je eigen identiteit?
- Sinds wanneer heb je deze gevoelens?
- Zou jij je lichaam/geslacht aan willen passen aan je gevoelde identiteit?
- Wat zou je dan willen aanpassen of veranderen?
- Denk je wel eens: ben ik homo, hetero of bi?
- Weet je omgeving van je gevoelens en verlangens?
- Heb je een partner?
- Weet je partner dit?
- Hoe functioneer je op school of op je werk?
- Heb je te maken (gehad) met uitsluiting of (seksueel) geweld?
- Heb je ooit eerder met iemand over je gevoelens en twijfels gesproken?
- Ben je wel eens depressief of angstig door je gevoelens en twijfels?
- Denk je er wel eens aan om je leven te beëindigen?
- Gebruik je (overmatig) alcohol en/of drugs?
- Is er sprake van co-morbiditeit (genetisch, hormonaal, cerebraal, psychologisch, cognitief)
- Wat is je vraag? Welke hulp zou je willen?

13.2.3 Probleembeschrijving

Er worden bij transgenders 3 categorieën onderscheiden:

- travestie;
- transgenderisme;
- transseksualiteit.

Het is goed je te realiseren dat de termen aan verandering onderhevig zijn.

Travestie

Tijdelijk, geheel of gedeeltelijk gekleed willen zijn in kleding die wordt geassocieerd met een andere sekse (ook wel omkleeden genoemd). Geen

verlangen tot geslachtsverandering of andere blijvende uiterlijke, lichamelijke aanpassingen. Er worden 2 vormen onderscheiden:

- Travestie: de omkleeding heeft geen seksuele betekenis, de bevrediging bestaat uit de beleving van het tijdelijk deel uitmaken van de andere sekse. Aan een meer permanente sekseverandering is geen behoefte.
- Fetisjistische travestie: de omkleeding wordt seksueel opwindend ervaren. Deze vorm kan gezien worden als parafilie.

Transgenderisme

Een transgenderist is een man of vrouw die zich deels man en deels vrouw of geen van beiden voelt. Deze mensen noemen zichzelf vaak geen transgenderist. In niet-klinische kring wordt dit ook wel genderambigüiteit of non-binaire gender genoemd. De groep transgenderisten kent een grote verscheidenheid aan vormen, waaronder:

- mannen of vrouwen die een gedeeltelijke lichamelijke verandering met behulp van hormonen en/of operatieve ingrepen hebben ondergaan; tegelijkertijd kiezen ze voor behoud van de eigen genitaliën;
- mannen en vrouwen die zich soms meer vrouw, soms meer man, geen van beiden of iets anders voelen.

Transseksualiteit

Bij transseksuele personen is de genderidentiteit niet in overeenstemming met het toegewezen geboortegeslacht én heeft men de overtuiging tot de andere gender te behoren. Bovendien bestaat de behoefte aan een geslachtsaanpassende behandeling, wat niet voor alle transgender personen geldt. Deze mensen noemen zich niet altijd transseksueel. In niet-klinische kring wordt dit ook wel genderincongruentie genoemd. Transseksualiteit komt bij 1,1% van de geboren mannen en 0,8% van de geboren vrouwen voor, waarbij ongeveer 1/5 een continue en stabiele wens heeft tot een totale geslachtsaanpassing (met behulp van hormonale behandeling en operatieve ingrepen) (Kuyper 2012). Mogelijk heeft er al een geslachtsverandering plaatsgevonden.

Iemand die als man geboren is en zich vrouw voelt, heet ook wel man naar vrouw transseksueel of transgender MV of *transvrouw*. Iemand die als vrouw geboren is en zich man voelt, heet ook wel vrouw naar man transseksueel of transgender VM of *transman*. Transitie is het proces van aanpassing aan de gevoelde genderidentiteit. Het kan zowel om een sociale transitie gaan (leven in de gewenste genderidentiteit) als om een medische geslachtsaanpassende behandeling (bijvoorbeeld hormoonbehandeling of operaties).

Genderdysfore gevoelens kunnen al op zeer jonge leeftijd optreden, soms al vanaf het 4e jaar. Bij het grootste deel van de kinderen (73-94%) verdwijnen deze gevoelens weer zo rond de 10-11 jaar. Bij het naderen van de puberteit kunnen transkinderen negatieve gevoelens ontwikkelen over hun lijf, dat dan duidelijke geslachtskenmerken gaat vertonen. Genderatypisch gedrag kan leiden tot negatieve reacties van ouders en de omgeving, met als gevolg een verstoorte emotionele en sociale ontwikkeling en genderdysforie. Soms ontstaan genderdysfore gevoelens in de puberteit en soms ook pas op volwassen leeftijd (Bakker 2014, Gort 2011).

Genderdysfore gevoelens zijn voor de meeste mensen moeilijk te onderdrukken. Een heel enkele keer lukt het toch om het biologische geslacht te accepteren, afhankelijk van bijvoorbeeld het slagen van de behandeling van bijkomende psychische problemen of bij sterke angst voor verlies van de

sociale inbedding. De gevoelens kunnen uiteraard tot onzekerheid leiden: “Wie of wat ben ik? Wat is er met me aan de hand? Wat zou de betekenis van mijn verlangens en/of gedrag kunnen zijn?” Daarbij zal een cliënt hulp vragen hoe om te gaan met deze verwarring. Soms roept het ook vragen op over de seksuele oriëntatie, bijvoorbeeld of het betekent dat de cliënt homoseksueel is. Een vraag om informatie is vaak een onderdeel van deze hulpvraag.

Bij genderdysforie komt iemand te staan voor beslissingen rondom transitie. Allereerst de sociale transitie, waarbij de persoon zich meer en meer gaat uiten naar de gewenste genderidentiteit. Het gaat dan om verandering van uiterlijk, van naam, van benoeming als ‘hij’ naar ‘zij’ of vice versa. Daarnaast de medische transitie, waarbij de vraag beantwoord moet worden of iemand hormonen wenst en eventueel een geslachtsaanpassende operatie wil ondergaan. Voor aanvang van de puberteit kan deze beslissing uitgesteld worden met behulp van puberteitsremmers (kan meestal vanaf het 12e jaar). Vanaf het 16e jaar kan begonnen worden met hormoonbehandelingen. Vanaf het 18e jaar kan geslachtsaanpassende chirurgie plaatsvinden.

Partners van cliënten met genderdysforie worden geconfronteerd met een belangrijk deel van de identiteit van hun partner waarvan zij meestal geen weet hadden. Dit heeft vaak ingrijpende persoonlijke consequenties. Daarom hebben partners van cliënten met genderdysforie vaak behoefte aan persoonlijke hulp of begeleiding. Ook ouders en kinderen van een vader of moeder met genderdysforie kunnen behoefte hebben aan persoonlijke hulp om met de nieuwe identiteit van het kind/de ouder om te gaan.

13.2.4 Mogelijke problemen

Cliënten met een hulpvraag rond genderidentiteit kunnen kampen met twijfel aan hun genderidentiteit en problemen met de acceptatie van de gevoelens. De gevolgen kunnen zijn: aantasting van het gevoel van eigenwaarde en zelfrespect, schaamte, angst- en stemmingsstoornissen en stressgerelateerde klachten. Zij kunnen vragen hebben over de vormgeving van hun identiteit, geslachtsaanpassing, seksualiteit en relaties. Ook kunnen zij te maken krijgen met seksuele problemen en (seksueel) geweld.

De gevolgen per groep kunnen verschillen.

Travestie

Veel travestieten zijn heteroseksuele mannen bij wie het omkleden in het geheim plaatsvindt. Angst voor ontdekking van de travestie, gepaard gaand met schaamtegevoelens en/of angst voor verlies van controle over de omkleeddrang kunnen leiden tot stressgerelateerde klachten, angststoornissen, alcoholmisbruik, depressieve klachten, relationele spanningen, werk gerelateerde problemen, etc.

Als legitimatie en acceptatie van de travestieverlangens mogelijk zijn en als er een vorm gevonden is waar en wanneer men zich kan uiten in travestie, dan brengt de travestie meestal geen of weinig problemen met zich mee.

Transgenderisme

Dit is een heterogene groep. De mate van genderdysforie kan zeer verschillend zijn en daarmee ook de inhoud en de ernst van de problematiek. Aan de vraag naar gedeeltelijke geslachtsaanpassing door hormonen of operatie kan in Nederland niet altijd voldaan worden, vanwege strikte

behandelprotocollen. Dit kan leiden tot ongecontroleerd gebruik van hormonen die via internet worden verkregen, met alle risico's van dien.

Transseksualiteit

Transseksualiteit kan samengaan met afkeer van primaire en secundaire geslachtskenmerken. Men heeft afkeer van de eigen genitaliën en daarbij behorende functies als erecties, ejaculaties en menstruatie. Het lijf dat niet past bij de genderidentiteit is de kern van de genderdysforie en kan een rol spelen in de ontwikkeling van problemen of stoornissen als middelenmisbruik, depressiviteit, laag zelfbeeld, vereenzaming, automutilatie en suicidaliteit. Deze problemen worden versterkt door gebrek aan (verwachte) acceptatie en afwijzing door de sociale omgeving. Dit kan zich uiten in pesten of uitsluiting. Transseksuelen hebben een reële kans op verlies van sociale inbedding, partner en/of werk wanneer zij in transitie gaan. Op veel gebieden kunnen er stagnaties of verstoringen zijn in de ontwikkeling, bijvoorbeeld op het gebied van de seksuele ontwikkeling of in het aangaan van intieme relaties.

Onvrede met het eigen lijf en onzekerheid over de genderidentiteit kunnen een positieve beleving van seksualiteit in de weg staan. Dit kan problemen opleveren op alle aspecten van de seksuele respons (verlangen, opwinding, orgasme). Seksuele problemen komen voor bij 25-40% van de transseksuelen en transgenderisten. Naarmate de psychische gezondheid beter is en er meer tevredenheid is met het eigen lijf (voor/na geslachtsverandering), is er een positievere beleving van seksualiteit en zijn er minder seksuele problemen. Door gebrek aan acceptatie van transgenders in de buitenwereld en door verminderde weerbaarheid bij transgenders zelf door schaamte en onzekerheid, krijgen transgenders vaker te maken met (seksueel) geweld dan heteroseksuele mensen. Cijfers variëren van 19 tot 50% (De Graaf 2014).

Last van bijwerkingen en complicaties ten gevolge van geslachtsaanpassende behandeling en onvrede met het resultaat van de ingrepen kunnen voorkomen tijdens en na de medische transitie.

13.2.5 Plan van aanpak

Wanneer uit de directe hulpvraag of uit gegevens verkregen door de algemene seksuele anamnese blijkt dat er sprake is van genderdysforie, zal er aanvullende informatie nodig zijn om de cliënt goed te kunnen verwijzen en deze persoon daarvoor te kunnen motiveren. Verder ingaan op de lijdensdruk en nagaan of er medische problematiek bestaat is van belang.

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

- Neem een open houding aan ten aanzien van het verhaal van de cliënt en probeer niet in hokjes te denken. Heb oog voor de grote verschillen in genderidentiteit. Lukt dit je niet, draag de cliënt dan over aan een collega met een meer open houding.
- Vraag aan de cliënt hoe deze graag wil worden aangesproken (hij/hem, zij/haar, iets anders) en respecteer dit.
- Probeer samen met de cliënt de hulpvraag te verhelderen, niet iedere transgender wenst geslachtsaanpassing.
- Neem uitgebreide anamnese af.
- Wees alert op signalen van (seksueel) geweld.
- Vraag de cliënt nogmaals langs te komen als het probleem nog niet duidelijk is na het eerste gesprek.

13.2.6 Verwijzen

- Bij behoefte aan informatie en psychologische of psychosociale zorg: naar [Transvisie Zorg](#).
- Bij géén wens tot geslachtsaanpassing en géén psychopathologische comorbiditeit: (eventueel via huisarts) naar een psychotherapeut/seksuoloog NVVS met specifieke kennis op dit gebied.
- Als er enige aanwijzing is voor psychopathologische comorbiditeit en/of aanwijzingen voor risico op suicide: via huisarts naar tweedelijns GGZ met een multidisciplinair team.
- Bij wens tot geslachtsaanpassing: via huisarts naar het Genderteam van het VUMC (Zorgcentrum voor Genderdysforie) te Amsterdam of het UMCG (Groninger Genderteam UMCG) te Groningen. Jongeren tot 16 jaar kunnen in het VUMC of het LUMC (Curium LUMC Genderteam) te Leiden terecht.
- Bij problematisch middelengebruik: via huisarts naar verslavingszorg, echter niet in combinatie met verwijzing naar het Genderteam (één behandelaar is gewenst).
- Voor contact met andere transgender personen: naar patiëntenorganisatie [Transvisie](#).

Referenties

- Bakker BHW, Peters I, Doorduyn T, de Graaf H 2014. Ben ik anders? In: Leusink P, Ramakers M. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Gort A 2011. Elk kind is anders. Amsterdam/Utrecht: FWOS/VU Medisch Centrum.
- de Graaf H, Kruijer H, van Acker J, Meijer S 2012. [Seks onder je 25e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012](#). Utrecht: Rutgers.
- de Graaf H, Bakker BHW, Wijsen C 2014. [Een wereld van verschil: seksuele gezondheid van LHBT's in Nederland 2013](#). Utrecht: Rutgers.
- van Houdenhove E, Gijs L, T'Sjoen G Enzlin P 2012. [Aseksualiteit: een kwestie van variatie of pathologie?](#) *Tijdschrift voor Seksuologie* 36(3):175-182.
- Kuyper L 2012. [Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes](#). *Tijdschrift voor Seksuologie* 36(2):129-135.
- Kuyper L 2015. Jongeren en seksuele oriëntatie: opvattingen over en ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele jongeren. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kuyper L 2016. LHBT monitor 2016. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Leusink P, Ramakers M 2014. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.