

# 5

## Ben ik anders?

*Bouko Bakker, Ilse Peters, Tamar Doorduyn en Hanneke de Graaf*

In dit hoofdstuk staan variaties in seksuele oriëntatie en genderidentiteit centraal; twee verbonden, maar van elkaar te onderscheiden aspecten van iemands identiteit. Seksuele oriëntatie en genderidentiteit kunnen (soms nauw) samenhangen met iemands seksuele gezondheid en met problemen en vragen die op dit terrein naar voren kunnen komen.

De meerderheid van de mensen voelt zich seksueel alleen aangetrokken tot het andere geslacht en noemt zich heteroseksueel; voor hen is dit een vanzelfsprekendheid zonder hier bewust bij stil te hoeven staan en zonder hieraan te twijfelen. Voor een aanzienlijke minderheid ligt dit anders. Bijna 9% van de mannen en 12% van de vrouwen voelt zich seksueel en relationeel ook of alleen aangetrokken tot het eigen geslacht.<sup>1</sup> We spreken dan van een homoseksuele of biseksuele oriëntatie. Dit hoeft nog niet te betekenen dat iemand zich daadwerkelijk seksueel zo gedraagt of zichzelf homoseksueel, lesbisch, biseksueel noemt. Er is een grote mate van diversiteit te zien in niet-uitsluitend heteroseksuele oriëntaties.<sup>2</sup>

Voor de meeste mensen geldt dat hun genderidentiteit (zich mannelijk of vrouwelijk voelen) niet verschilt van het geslacht dat zij met geboorte hebben gekregen. Zij voelen zich tevreden met en in de genderrol waarin zij zijn groot gebracht. Dit geldt niet voor iedereen. Soms identificeert iemand zich niet met zijn of haar geboortegeslacht, en wil het liefst in een andere genderrol gaan leven. Naar schatting voelt 5,7% van de mannen en 4% van de vrouwen zich psychisch even sterk of sterker behorend tot het andere geslacht dan wat ze bij hun geboorte hebben toegewezen gekregen.<sup>3</sup>

Ook deze groep kenmerkt zich door de grote mate van diversiteit.<sup>2</sup>

Voor een definiëring van de in dit hoofdstuk gebruikte begrippen verwijzen we naar de Verklarende woordenlijst.

---

### Er over willen praten

Laura gaat studeren. Ze verhuist over een maand naar Leiden. Sinds haar eindexamens voorbij zijn is ze erg met seks bezig, vooral met jongens. Ze vraagt zich af of dit het allemaal wel is, ze fantaseert veel over meiden. Ze wil graag praten over hoe ze nu weet of ze biseksueel of lesbisch is? Hoe kan ze gaan experimenteren met deze gevoelens?

---

### Weerbaarheid

Jeffrey is 15 en nog maar net 'uit de kast' naar zijn ouders en twee goede vriendinnen. Hij voelt zich erg opgelucht en gelukkig hebben ze lief en ondersteunend gereageerd. Hij kent in zijn directe omgeving, behalve oom Marco en zijn vriend, niet veel jongens die homo zijn. Hij fantaseert veel over seks, maar heeft nog geen ervaring. Hij zou wel eens een jongen willen ontmoeten om wat uit te proberen en misschien worden ze wel verliefd, hoewel aan een vaste vriend moet hij nog niet echt denken. Hij meldt zich aan bij een populaire datingsite en zet een mooie foto van zichzelf zonder shirt online; binnen een mum van tijd heeft hij 15 reacties van mannen die in zijn buurt zijn en die willen afspreken.

---

---

### Uit de kast?

Johan is 45 jaar, getrouwd met Anne, en ze hebben samen 3 kinderen, ze wonen in Kampen en zijn lid van de Gereformeerde Kerk. Hij heeft seks gehad met mannen, waardoor hij zich nu wil laten testen op een soa. Zijn vrouw weet hier niets van. Hij probeert monogaam te zijn, maar weet uit ervaring dat de relatie met zijn vrouw, die al jaren niet meer seksueel is, te weinig spanning biedt, waardoor hij toch weer de spanning gaat opzoeken op parkeerplaatsen. Daar heeft hij dan onveilige seksuele contacten. Hij weet dat hij dan veel risico loopt, wil dit eigenlijk niet, maar zoekt het toch steeds weer op. Hij houdt erg veel van Anne en omschrijft haar echt als zijn maatje. Hij voelt zich erg schuldig tegenover zijn vrouw en kinderen en voelt zich af en toe ook vies.

---

### Gendervariatie

Mark, 28 jaar, voelt zich al van kinds af aan anders: jongensdingen zoals stoeien, vechten, voetbal en auto's vind hij maar niks. Sinds de puberteit heeft hij steeds meer een hekel gekregen aan zijn lichaam. De baardharen, borstharen en lage stem vindt hij maar niks. Vrouwenkleding vindt hij helemaal fantastisch, maar die overdreven *Drag Queens*\* spreken hem niet aan.

---

## 5.1 Seksuele oriëntatie en genderidentiteit

Seksuele oriëntatie verwijst naar de mate waarin iemand gericht is op mannen, vrouwen of beiden in seksueel of romantisch opzicht. Algemeen wordt aangenomen dat personen heteroseksueel (gericht op personen van een verschillend geslacht), homoseksueel (homo of lesbisch, gericht op personen van hetzelfde geslacht) of biseksueel (gericht op zowel mannen als vrouwen) zijn. Meer recent wordt ook asexualiteit als een seksuele oriëntatie gezien.<sup>4</sup>

Genderidentiteit verwijst naar de diepgevoelde overtuiging man, vrouw of iets anders te zijn. Iedereen heeft een genderidentiteit. Meestal komt deze genderidentiteit overeen met het geboortegeslacht: het

geslacht dat men bij geboorte, op grond van het zichtbaar zijn van een penis of vagina, heeft toegewezen gekregen. Wanneer iemand een genderidentiteit heeft die niet overeenkomt met het geboortegeslacht, is die persoon transgender. Iemand voelt zich bijvoorbeeld man, en leeft misschien al als man, maar is als meisje geboren. Of iemand is geboren als jongen, maar voelt zich iets tussen man en vrouw in. Het gaat hierbij om een andere dimensie dan de seksuele oriëntatie; er zijn homo-, bi- en heteroseksuele transgenders.

Wanneer er over lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen en transgenders als groep in zijn geheel gesproken wordt, is LHBT een veelgebruikte aanduiding. In dit hoofdstuk proberen we deze term zoveel mogelijk te vermijden, omdat seksuele oriëntatie en genderidentiteit twee verschillende dimensies zijn. De term 'LHBT' is dan verwarrend, omdat het suggereert dat er sprake is van één groep en 'transgender' een vierde seksuele oriëntatie zou zijn. Desondanks delen seksuele minderheden en transgenders ook veel ervaringen. Ze maken ten eerste een zoektocht naar hun identiteit door en ten tweede leven ze in een normatieve samenleving waarin hun acceptatie niet altijd vanzelfsprekend is, wat kan leiden tot minderheidsstress.<sup>5-6</sup>

In het kader van de preventie van hiv/soa wordt vaak gesproken over MSM, mannen die seks hebben met mannen. Voor de definitie van MSM is het seksuele gedrag leidend, en niet de seksuele oriëntatie of hoe iemand zichzelf noemt. Het begrip seksueel gedrag wordt hierbij vaak geoperationaliseerd als 'seks gehad met een of meer mannen in de laatste 6 of 12 maanden'. De meest recente schatting van het aantal MSM in de mannelijke bevolking dateert uit 2011; in het onderzoek Seksuele gezondheid in Nederland heeft 5,3% van de mannen het afgelopen halfjaar seks gehad met een man; een enkeling (0,3% van alle mannen) voelt zich niet aangetrokken tot mannen terwijl hij er wel seks mee heeft.<sup>7</sup> Van de mannen met tenminste enige aantrekkingskracht tot het eigen geslacht die in 2013 deelnamen aan een survey naar de seksuele gezondheid van LHBT heeft 57% het afgelopen halfjaar seks met een of meer mannen gehad en wordt als MSM beschouwd.<sup>8</sup>

### 5.1.1 Seksuele oriëntatie

Hoe groot de groep met een homo- of biseksuele oriëntatie ingeschat wordt, hangt af van de gehanteerde

---

\* Homoseksuele mannen die zich voor de show als extravagante dames verkleeden

definities en vraagstellingen in onderzoek. Seksuele oriëntatie wordt in onderzoek meestal geoperationaliseerd als de mate waarin men zich aangetrokken voelt tot het andere en/of het eigen geslacht voor seks en/of een relatie. Steeds vaker wordt een indeling in drie basisdimensies gehanteerd: aantrekking, gedrag, en zelfbenoeming. Al deze dimensies kunnen ook los van elkaar aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld wel seksuele aantrekking tot hetzelfde geslacht ervaren maar alleen seksuele contacten hebben met iemand van het andere geslacht. Schattingen zijn dus afhankelijk van of gevraagd wordt naar aantrekking, gedrag en/of zelfbenoeming. Maar ook van de onderzochte tijdsperiode in de levens van de personen uit de onderzoeksgroep (gaat het over 'ooit' of over 'recent'), en de wijze van categorisering en indeling (in homoseksueel, biseksueel) door de onderzoekers zelf. Hierdoor lopen de schattingen nogal eens uiteen.

In de praktijk is elk van de dimensies een continuüm. In Nederlands bevolkingsonderzoek wordt de dimensie aantrekking vaak gecategoriseerd als een 5-puntschaal, waarbij 0 volledige aantrekking tot het eigen geslacht is en 5 volledige aantrekking tot het andere geslacht met gradaties daar tussen in. Daarnaast zijn er ook 7-puntschalen beschikbaar, zoals de Klein Sexual Orientation Grid,<sup>9</sup> die meerdere dimensies omvat en rekening houdt met het tijdsaspect. Het is bekend dat seksuele oriëntatie niet altijd een statisch, onveranderlijk gegeven is. Van bijvoorbeeld een groep jonge vrouwen die gedurende tien jaar werd gevolgd en die zichzelf bij het eerste interview lesbisch of biseksueel noemde, of die zichzelf geen label op wilden plakken, wisselde twee derde gedurende die tien jaar van identiteit, waarvan de helft meerdere keren.<sup>10</sup> Bovendien is bekend dat lang niet iedereen die zich aangetrokken voelt of seks heeft met iemand van het eigen geslacht, zichzelf homoseksueel, biseksueel of lesbisch noemt of zo genoemd wil worden. Vooral de jongere generaties wijst labeling en hokjes-denken af: wat je doet, hoe je het doet en wat voor naam dit heeft, is niet van belang; hoe je je erbij voelt, dat is belangrijker. Sommigen gebruiken hiervoor de term *queer*, een soort geuzennaam voor "ik ben anders en laat me niet in een hokje stoppen".

Er zijn verschillende pogingen gedaan om deze samenhang en variaties in biologische sekse, seksuele aantrekking en seksueel gedrag, genderidentiteit en genderexpressie visueel in één model inzichtelijk

te maken. Zo is door Killerman de Genderbread Person 2.0 ontwikkeld,<sup>11</sup> dat recent ook in een aangepaste versie is uitgebracht door het Vlaamse Çavaria<sup>12</sup> (figuur 5.1). De figuur maakt het onderscheid in de verschillende dimensies inzichtelijk en laat zien dat er steeds sprake is van een continuüm. Hierdoor zijn talloze combinaties van samengestelde 'identiteiten' mogelijk, in de figuur aangeduid met mogelijke namen of 'labels'. De figuur en de gebruikte terminologie zou getoetst kunnen worden aan wat in Nederland gangbaar of wenselijk is.

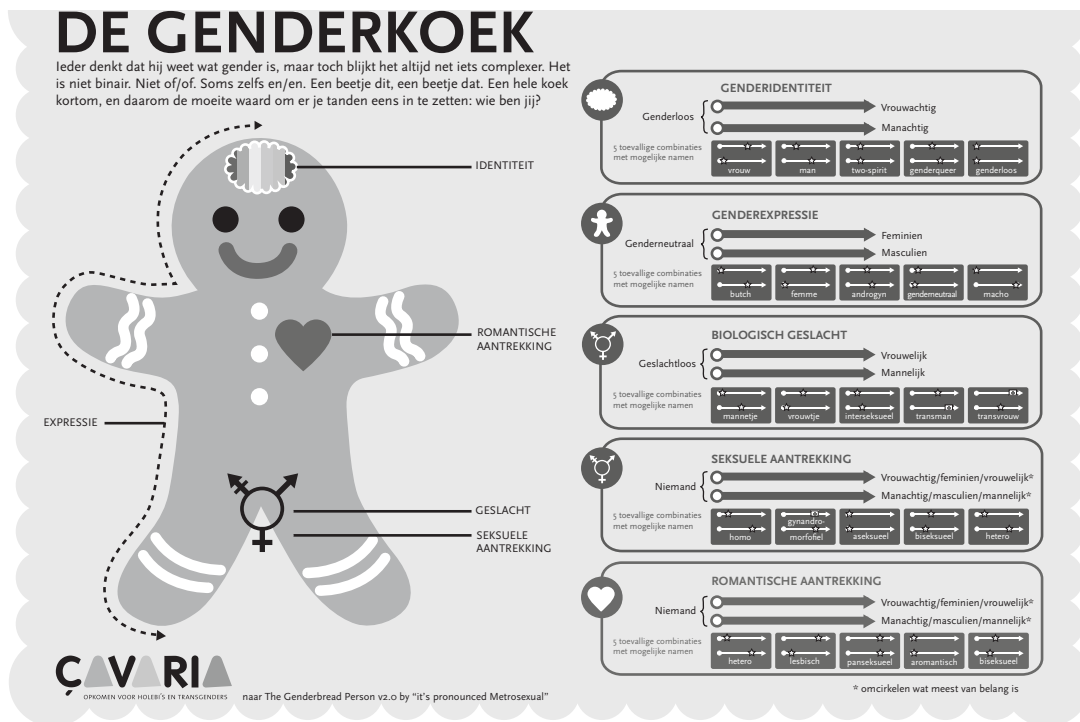
#### 5.1.1.1 Homoseksualiteit

De term homoseksueel wordt gebruikt als algemene term voor aantrekking, seksuele contacten en romantische relaties met een partner van hetzelfde geslacht. De term wordt in onderzoek vaak gebruikt ongeacht of iemand zichzelf ook daadwerkelijk zo benoemt.<sup>1</sup> Bij de term homoseksueel denkt men vaak alleen aan mannen, maar strikt genomen vallen hieronder ook vrouwen die op vrouwen vallen. Voor vrouwen gebruikt men meestal lesbisch als term voor een (veelal exclusieve) aantrekking tot vrouwen.

#### 5.1.1.2 Biseksualiteit

Soms gedragen mensen zich biseksueel, maar noemen ze zichzelf niet zo en andersom. De mensen die zich wel biseksueel noemen geven daar onderling vaak verschillende betekenissen aan. Biseksuelen voelen zich aangetrokken tot zowel mannen als vrouwen. Dit kan alleen seksuele aantrekking omvatten maar ook het hebben (gehad) of wens van relaties en seks met beide geslachten. Wat onder het begrip biseksualiteit verstaan wordt varieert nog meer dan bij homoseksualiteit.

Biseksualiteit is lange tijd niet als aparte seksuele oriëntatie beschouwd.<sup>14</sup> Hoewel de openheid over biseksualiteit de laatste jaren is toegenomen (vooral onder jongeren), is deze seksuele categorie nog maar beperkt onderwerp van wetenschappelijk onderzoek en beperkt ingebed in emancipatie- en gezondheidsbeleid. Dit terwijl biseksuelen zowel binnen als buiten de 'gay' of lesbische *scene* tegen vooroordelen aan kunnen lopen. Ook laten zij meer seksuele gezondheidsproblemen zien dan homo- en heteroseksuelen.<sup>1</sup> Mede door hun eigen emancipatie, wordt de biseksuele oriëntatie tegenwoordig meer en meer als aparte categorie gezien.



Figuur 5.1 Genderkoek<sup>12</sup>

### 5.1.1.3 Aseksualiteit

Aseksualiteit is geen nieuw fenomeen, maar van een algemeen aanvaarde definitie is nog geen sprake.<sup>4</sup> In de jaren 80 lijken er twee visies op aseksualiteit te zijn ontstaan. Aan de ene kant aseksualiteit als een stoornis in het seksueel verlangen en aan de andere kant aseksualiteit als een aparte seksuele oriëntatie. De drie dimensies van seksuele oriëntatie (gedrag, aantreking of verlangen en zelfidentificatie) zijn ook terug te vinden in de literatuur over aseksualiteit. Vandaar dat er nu geopperd wordt om aseksualiteit als een aparte seksuele oriëntatie te beschouwen.<sup>4,15</sup>

Een van de vroegere definities, afwezigheid van seksueel gedrag, is niet hanteerbaar in de praktijk. Als je alleen kijkt naar gedrag, dan zullen veel personen in meerdere of mindere mate in bepaalde fasen van hun leven aseksueel zijn. De afwezigheid van seksueel gedrag is dan vaak bepaald door de afwezigheid van een (seks)partner. Sommigen aseksuelen voelen zich wel op een romantische, niet-seksuele manier aangetrokken tot mannen en/of vrouwen, en sommigen masturberen wel, hoewel dit dan eerder als iets lichamelijks gezien wordt in plaats van als iets seksueels.

De meest gehanteerde definitie – ook door de aseksuele gemeenschap Asexual Visibility and Education Network (AVEN) – is ‘geen seksuele aantreking tot mannen of vrouwen ervaren’, soms gecombineerd met andere dimensies zoals zelfbenoeming. Naar gelang de gehanteerde (combinaties van) definities varieert de geschatte prevalentie van 0,6% tot 5,5%.<sup>4</sup> Aseksualiteit lijkt bij vrouwen vaker voor te komen. In de bevolkingsstudie Seksuele gezondheid in Nederland 2011 koos 0,5% van de mannen en 0,7% van de vrouwen de optie ‘ik voel mij tot niemand seksueel aangetrokken’ bij de vraag naar seksuele oriëntatie.<sup>7</sup> Dit kan als (marker voor) aseksualiteit opgevat worden. Er is steeds meer consensus dat aseksualiteit als een weinig voorkomende variatie moet worden begrepen en niet als pathologie.

Op conceptueel niveau heeft aseksualiteit een sterke mate van overlap met de DSM-IV-R diagnose van een (levenslange) Hypoactief Seksueel Verlangensteroornis (*Hypoactive Sexual Desire Disorder, HSDD*). Deze seksuele disfunctie wordt gedefinieerd als een aanhoudend of recidiverend gebrek aan of ontbreken van seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activi-

Tabel 5.1. Homoseksuele oriëntaties in de Nederlandse bevolking naar aantrekking, gedrag en zelfbenoeming (%)

	mannen		vrouwen	
	2009	2011	2009	2011
Aantrekking uitsluitend tot hetzelfde geslacht	4,2	3,8	1,5	1,2
Seks* met iemand van het zelfde geslacht in laatste 6 maanden	3,6	5,3	1,6	1,9
Zelfbenoeming als homo resp. lesbisch	3,6	n.a.	1,4	n.a.

\* Seks is hierbij ruim opgevat en kan van alles zijn. Bijvoorbeeld strelen, orale seks en anale seks.  
 Ontleend aan Seksuele gezondheid in Nederland 2009<sup>13</sup> en 2011<sup>7</sup>

Tabel 5.2. Biseksuele oriëntaties in de Nederlandse bevolking naar aantrekking, gedrag en zelfbenoeming (%)

	mannen		vrouwen	
	2009	2011	2009	2011
Aantrekking tot beide geslachten*	5,7	4,8	9,4	10,1
Seks** met beide geslachten in laatste 6 maanden	2,0	1,1	0,8	0,5
Zelfbenoeming als biseksueel***	5,5	n.a.	7,4	n.a.

\* Het grootste deel van deze groep, namelijk 62% (2009: 72%) van de mannen en 82% (2009: 83%) van de vrouwen valt vooral op het andere geslacht.  
 \*\* Seks is hierbij ruim opgevat en kan van alles zijn. Bijvoorbeeld strelen, orale seks, anale seks en geslachtsgemeenschap.  
 \*\*\* Biseksueel is inclusief 'meer hetero dan bi' en 'meer homo/lesbisch dan bi' op de dimensie 'aantrekking'  
 Ontleend aan Seksuele gezondheid in Nederland 2009<sup>13</sup> en 2011<sup>7</sup>

teit. Het verschil met aseksualiteit is dat bij het laatste het ervaren van duidelijk lijden of relatieproblemen vaak afwezig is, tenzij de aseksualiteit voor relatieproblemen zorgt.<sup>4</sup> Een ander belangrijk onderscheid is dat iemand met HSDD wel ooit seksuele aantrekking heeft ervaren en dit terug wenst. In de nieuwe DSM-5 van 2013 staat deze stoornis er alleen nog maar in voor mannen. Voor vrouwen is HSDD opgegaan in Seksuele interesse/opwindingsstoornis (*Sexual Interest/Arousal Disorder in Women*), waarbij een gebrek aan verlangen en een gebrek aan emotionele en lichamelijke opwindings wederzijds van elkaar afhankelijk zijn.

5.1.2 *Genderidentiteit, transgender en genderdysforie*  
 Genderidentiteit is het gevoel of de overtuiging man, vrouw, of iets daartussen of daarbuiten te zijn. 'Transgender' is de paraplueterm voor iedereen bij wie genderidentiteit niet overeenkomt met het geslacht dat bij de

geboorte, op grond van het lichaam, werd toebedeeld. Er worden verschillende categorieën en identiteiten onder verstaan, zoals 'transseksueel', 'transgenderist', 'genderqueer', 'travestiet'.<sup>1,16</sup>

Het begrip transgender is relatief nieuw en nog volop in ontwikkeling. Mensen bedoelen er niet altijd hetzelfde mee. De indeling in de 3 groepen a) travestieten, b) transgenderisten, en c) transseksuelen, is in Nederland wel redelijk gangbaar. Zij verschillen van elkaar wat betreft genderexpressie, genderidentiteit en behandelwens.

Travestieten uiten zich een deel van de tijd door middel van kleding, naam en gedrag als het andere geslacht. Meestal gaat het om geboren mannen die zich regelmatig of af en toe als vrouw uiten. Zij doen dit om verschillende redenen: omdat zij zich deels vrouw voelen, omdat zij er seksueel opgewonden van worden, en/of omdat het gewoon prettig voelt. Transseksuelen iden-

tificeren zich met het andere geslacht dan waarmee ze zijn geboren en hebben de (al dan niet vervulde) wens om door middel van medisch handelen hun lichaam blijvend aan te passen. Transgenderisten staan min of meer tussen deze groepen in. Ze identificeren zich als man en vrouw, ertussenin of als geen van beide en hebben vaak een genderexpressie en eventueel een behandelwens die daarbij aansluit.<sup>17,18,19,20</sup>

Genderdysforie is een gevoel van onvrede met het geslacht. In de volksmond wordt vaak gesproken van het gevoel 'in het verkeerde lichaam te zitten'. Sommige transgenders kunnen zich in deze uitdrukking vinden, anderen niet. Transgenders spreken ook vaak van het gevoel dat 'het niet klopt'.<sup>18</sup> Genderdysforie gevoelens maken het moeilijk zich verbonden te voelen met het eigen lichaam. Niet alle transgenders hebben last van genderdysforie. Transgenders die hun transitie volledig achter de rug hebben, hebben er meestal geen last meer van. Veel travestieten en transgenderisten hebben geen onvrede met hun lichaam. En sommige transgenders hebben het gevoel dat hun lichaam wel klopt, maar de manier waarop dat lichaam cultureel wordt geïnterpreteerd niet.<sup>18-21</sup> Een deel van de transgenders gaat in transitie. Dit betekent dat zij gaan leven in de geslachtsrol die past bij hun genderidentiteit. Transitie bestaat bijvoorbeeld uit het dragen van andere kleding, het aannemen van een nieuwe naam, 'hij' genoemd willen worden in plaats van 'zij' of andersom. Voor een deel van de transgenders hoort een geslachtsaanpassende behandeling bij hun transitie: zij melden zich aan bij een genderteam om in aanmerking te komen voor hormoonbehandeling en vaak ook operaties.

In 2011 is in het onderzoek Seksuele gezondheid in Nederland onderzocht in hoeverre men zich in de algemene bevolking psychisch man en/of vrouw voelt: 5,7% van de als man geboren en 4,0% van de als vrouw geboren voelt zich psychisch minimaal even sterk het andere geslacht als hun geslacht bij geboorte. De meesten zijn 'genderambigu': zij voelen zich psychisch evenveel man als vrouw. Slechts 1,1% van de als man geboren en 0,8% van de als vrouw geboren is 'genderincongruent': zij voelen zich *meer* het andere geslacht dan het geboortegeslacht. Deze mensen hebben echter niet allemaal onvrede met het eigen lichaam en een wens om hun lichaam aan te passen. Dit komt minder vaak voor, namelijk bij 0,6% van de geboren mannen en 0,25% van de geboren vrou-

wen. Het gaat hier dan vooral om genderambiguen. Bij de genderincongruenten gaat het om 0,2% van de geboren mannen en 0,05% van de geboren vrouwen. Dit zijn mensen die mogelijk in aanmerking (willen) komen voor een geslachtsaanpassende behandeling.<sup>3</sup>

## 5.2 Ontwikkeling seksuele oriëntatie<sup>22</sup>

Seksuele ontwikkeling vindt levenslang plaats (zie hoofdstuk 3 van dit boek). Hier gaan we in op de ontwikkeling van seksuele oriëntatie van mensen die zich (ook) aangetrokken voelen tot mensen van hetzelfde geslacht.

Tussen de 12 en 15 jaar voelen jongeren zich vaak voor het eerst seksueel aangetrokken tot anderen. Als dit tot iemand van het eigen geslacht is, ervaren jongens dit gemiddeld rond 12,6 jaar en meisjes rond de 13,5 jaar. Vaak is er nog geen acceptatie van deze gevoelens. Er kan dan verwarring zijn over de eigen seksuele oriëntatie, eventueel versterkt doordat er vaak ook heteroseksuele contacten zijn, en iemand zich bewust wordt van de negatieve opvattingen over homoseksualiteit, of omdat iemand er gewoon heel weinig over weet. Soms hoopt of denkt de jongere dan ook dat het een (voorbijgaande) fase is. Een grote groep jongeren heeft zich op enig moment wel eens afgevraagd of hij/zij ook op hetzelfde geslacht verliefd kan worden of er seks mee zou kunnen of willen hebben.

Meer acceptatie en zekerheid over de eigen seksuele oriëntatie en 'uit de kast komen' (*coming out*; open zijn hierover) komt vaak pas na verloop van tijd, zo tussen de 15 en 18 jaar. Sommigen beseffen van het ene op het andere moment dat ze homoseksueel zijn, anderen trekken na verschillende verliefdheden op personen van het eigen geslacht die conclusie en vinden dit eigenlijk direct wel in orde.<sup>23</sup> Door leeftijdgenoten wordt homoseksualiteit niet altijd of helemaal geaccepteerd. Daarom krijgen homojongeren vaak te maken met uitingen van homo-negativiteit zoals pesten, vervelende opmerkingen, belachelijk gemaakt worden, roddelen of negeren. Het direct open zijn is vaak nog beperkt tot een klein aantal mensen.

In de ontwikkeling van jongeren die zich aangetrokken voelen tot mensen van het eigen geslacht onderscheiden Savin-Williams en Cohen zeven 'mijlpalen'.<sup>24</sup> Zij maken hierbij de kanttekening dat niet alle jongeren deze ontwikkelingen in dezelfde volgorde meemaken.

Zij noemen als mijlpalen:

1. Het gevoel anders te zijn.
2. Aantrekking tot het eigen geslacht.
3. Twijfel aan de eigen heteroseksualiteit.
4. Seks met iemand van het eigen geslacht.
5. Zelfidentificatie.
6. Coming-out.
7. Acceptatie.

Dit soort modellen zijn omstrepen, niet alleen vanwege het feit dat jongeren de mijlpalen in verschillende volgorde beleven, maar ook omdat enkel *coming-out* als einddoel wordt gesuggereerd. Verder zouden deze mijlpalen meer van toepassing zijn op jongens dan op meiden omdat het hebben van een relatie niet wordt benoemd. Bij meiden zou de seksuele ontwikkeling meer binnen een romantische context plaatsvinden en bij jongens meer in een seksuele context.<sup>25</sup> Om deze reden is gesuggereerd om niet een gestandaardiseerd stappenmodel te gebruiken, maar jongeren zelf te vragen naar de mijlpalen in hun seksuele ontwikkeling om daarmee zowel overeenkomsten als verschillen in ontwikkelingstrajecten bloot te kunnen leggen.<sup>26</sup> *Coming-out* is bovendien een levenslang proces. In elke nieuwe context zal iemand opnieuw 'moeten' afwegen of hij of zij open wil en kan zijn over de seksuele oriëntatie of identiteit; dit wordt ook wel 'zichtbaarheidsmanagement' genoemd.<sup>27</sup>

### 5.3 Ontwikkeling en variaties in genderidentiteit

#### 5.3.1 *De ontwikkeling van een 'atypische' genderidentiteit*<sup>22</sup>

De typische genderontwikkeling is beschreven in hoofdstuk 3. Hier wordt de atypische genderontwikkeling beschreven, die al zichtbaar kan zijn op 4-jarige leeftijd. De begrippen typisch en atypisch zijn wat kunstmatig en worden vanuit praktische overwegingen gebruikt. Je zou ook kunnen zeggen dat de meeste mensen een enigszins gelijke (typische) genderontwikkeling doorlopen en sommige mensen doorlopen deze anders (atypisch).

Op 4 – 5 jarige leeftijd vertonen sommige kinderen atypisch genderrolgedrag (bijvoorbeeld in voorkeur voor kleding, spel of vrienden). Soms geven ze aan dat ze zich als het andere geslacht voelen of liever van het

andere geslacht willen zijn. Ze kunnen ook een hekel hebben aan de eigen geslachtsorganen. Er wordt dan gesproken van genderdysfore gevoelens.

Vaak wordt tussen het 10<sup>e</sup> en 13<sup>e</sup> jaar duidelijk of deze gevoelens blijvend zijn of niet. Bij 73 tot 94% van de genderdysfore kinderen verdwijnt de onvrede over het eigen geslacht voor het begin van de puberteit. Blijvend genderdysfore kinderen houden in deze levensfase een voorkeur voor vrienden van het geslacht waarmee zij zich identificeren. Bij deze kinderen neemt de onvrede met het eigen lichaam toe door de (anticipatie op) lichamelijke veranderingen van de puberteit. Gender-atypisch gedrag kan tot gevolg hebben dat deze kinderen buitengesloten of gepest worden door leeftijdsgenoten. Ook hebben sommige ouders er moeite mee als hun kind zich niet conform de genderrol horend bij hun geboortegeslacht gedraagt. Mede door deze reacties kunnen kinderen met genderdysforie emotionele en sociale problemen ontwikkelen.<sup>28</sup> Niet alle kinderen met genderdysfore gevoelens uiten dit overigens in hun gedrag. Veel volwassen transgenders zeggen dat zij hun genderidentiteit niet durfden te uiten, vaak omdat elke uiting die ze eraan gaven sterk gecorrigeerd werd.<sup>18</sup> Bij een kleine groep blijven de genderdysfore gevoelens tijdens de adolescentie bestaan. Het kan ook zijn dat op deze leeftijd voor het eerst onvrede met het eigen geslacht ervaren wordt. Op deze leeftijd zijn er ongeveer even veel jongens als meisjes met genderdysfore gevoelens. Niet alle genderdysfore jongeren durven op deze leeftijd al voor hun gevoelens uit te komen. Ook krijgt niet iedereen toestemming van hun ouders om in een andere genderrol te gaan leven of met een behandeling te beginnen. Voor jongeren die zich niet thuis voelen in hun jongens- of meisjeslichaam of in hun genderrol, kunnen seksuele contacten ongemakkelijk zijn. Dat lijkt sterker te zijn als iemand echt afkeer voelt van zijn of haar geslachtsdelen, en daarom seksualiteit gaat vermijden of seksuele contacten heeft die niet echt op de eigen verlangens zijn afgestemd.<sup>18</sup> Ook op latere leeftijd, 25 tot 39 jaar, kunnen mensen nog gevoelens van onvrede met het eigen biologische geslacht ontwikkelen of ontdekken. Deze mensen vertoonden doorgaans minder atypisch genderrolgedrag in hun jeugd dan mensen die op jonge leeftijd genderdysfore gevoelens ontwikkelen.<sup>29</sup> In de leeftijdsgroep van 40 tot 54 jaar komt het vaker voor dat mensen gevoelens van onvrede met het biologische geslacht verborgen houden en zich niet volgens de gewenste



genderrol gedragen. Soms lukt het redelijk om het geboortegeslacht te accepteren, vooral wanneer bijkomende psychische problemen succesvol behandeld zijn, iemands geloofsovertuiging onverenigbaar is met een geslachtsaanpassende behandeling, het fysieke uiterlijk (bijvoorbeeld lichaamslengte) het lastig maakt om door te gaan voor het gewenste geslacht en wanneer iemand bang is belangrijke anderen (de partner of kinderen) kwijt te raken. Sommige mensen met genderdysfore gevoelens (vooral biologische mannen die op vrouwen vallen) stellen geslachtsaanpassing uit totdat ze kinderen hebben en de ouderlijke plichten hebben vervuld.<sup>30</sup>

### 5.3.2 *Het transitieproces*

In het proces waarin transgenders hun genderidentiteit ontdekken en in hun leven inbedden staan allerlei beslissingen centraal. Transgenderjongeren moeten allereerst beslissen of zij wel of niet de behoefte hebben om in transitie te gaan: om fulltime te gaan leven in het geslacht waarmee zij zich identificeren. Dit is niet voor alle transgenders het geval. Er zijn bijvoorbeeld transgenders die zich grotendeels met hun geboortegeslacht identificeren, en slechts gedeeltelijk met het andere geslacht. Voor hen kan periodieke rolwisseling in de privésfeer, bijvoorbeeld je af en toe thuis als meisje kleden, voldoende zijn.

Transitie heeft zowel een sociale als een medische kant. Sociale transitie of 'rolwisseling' betekent dat een transjongere in sociaal opzicht zoveel mogelijk als het gewenste geslacht door het leven gaat. Zo'n rolwisseling is een wisselwerking tussen enerzijds het eigen uiterlijk en gedrag en anderzijds de benadering door anderen. Een transjongen gaat bijvoorbeeld jongenskleren dragen, zijn borsten verbergen met een platdrukend hesje, een jongensnaam gebruiken en anderen vragen 'hij' en 'hem' te zeggen. Geleidelijk aan zal zijn naaste omgeving hem ook steeds meer als jongen zien en behandelen, en zullen ook onbekenden hem steeds vaker als jongen inschatten. Dit gaat echter niet van de ene op de andere dag. Zonder hormoonbehandeling is het vaak niet mogelijk om jongen te worden, bijvoorbeeld vanwege het gebrek aan baardgroei en doordat de stem dan nog niet is gedaald. Een tweede vraag die transgenderjongeren moeten beantwoorden is dan ook de vraag of zij behoefte hebben aan lichamelijke verandering. Aanpassing van het lichaam door middel van hormonen en/of

operaties wordt medische transitie of geslachtsaanpassende behandeling genoemd. Vanaf het 12e jaar kunnen genderdysfore kinderen puberteitsremmers slikken, vanaf het 16e jaar kunnen ze met hormoonbehandeling beginnen en vanaf 18 jarige leeftijd is het mogelijk een geslachtsaanpassende operatie te laten uitvoeren. Een medische transitie bestaat uit diagnostische gesprekken, hormoonbehandeling en verschillende operaties. Niet iedereen die onvrede voelt met het geboortegeslacht kiest hiervoor. Slechts een minderheid van alle mensen die zich niet geheel met hun geboortegeslacht identificeren heeft ook een behandelwens. Zo zijn er transgenders die wel graag fulltime in het andere geslacht willen leven, maar geen hekel hebben aan hun lichaam en het daarom ook niet willen veranderen. Voor sommigen geldt daarnaast dat zij slechts een gedeeltelijke behandeling wensen, bijvoorbeeld wel voor het gebruik van hormonen, maar geen of gedeeltelijke operatieve ingrepen. Een vrouw-naar-man transgender kan bijvoorbeeld kiezen voor het slikken van mannelijke hormonen, het operatief laten verwijderen van borsten, en niet voor het operatief construeren van een penis.

Wat operaties betreft kunnen transgender vrouwen één operatie, namelijk de vaginaplastiek, vergoed krijgen. Bij deze operatie wordt hun penis omgevormd tot een vagina. De borstgroei van transgender vrouwen wordt door oestrogeenbehandeling op gang gebracht, maar het resultaat verschilt sterk. Afhankelijk van het effect van de hormonen en de eigen wensen kunnen transvrouwen behoefte hebben aan een borstvergroting, maar deze moeten zij zelf betalen.

Transgender mannen krijgen een borst-, buik- en genitale operatie vergoed. Bij de borstoperatie wordt een mannelijke borstkas gecreëerd door de borsten te verwijderen en de tepels terug te plaatsen. De buikoperatie bestaat uit het verwijderen van baarmoeder en eierstokken. Er zijn twee genitale operaties mogelijk: metaidoioplastiek en falloplastiek. Bij een 'meta' wordt de door testosteron gegroeide clitoris aan één kant losgemaakt van de huid, zodat er een kleine penis ontstaat. Bij een 'fallo' wordt weefsel uit (meestal) de pols gebruikt om een penis te creëren. De schaamlippen worden bij beide operaties omgevormd tot balzakken, en ook is het in beide gevallen mogelijk de plasbuis te verleggen naar de penis zodat men staand kan plassen. Een 'meta' behoudt de erotische gevoeligheid van de clitoris. De lengte van de penis bij een 'meta'



(4-6 cm) blijft achter bij die van een 'fallo' (13 cm) wat problemen kan geven bij een eventueel gewenste seksuele penetratie of staand plassen. Bij een 'fallo' kan een erectieprothese worden toegevoegd, waarbij de penis stijf wordt door middel van een pompje in de balzak (deze erectieprothese wordt niet vergoed).

## TERZIJDE

Kernpunten seksuele gezondheid van LHBT's uit het onderzoek Een wereld van verschil (2013)<sup>49</sup>

### *Tevreden over seks*

Bent u tevreden over uw seksleven? 57% van de homoseksuele mannen en bijna de helft van de lesbische vrouwen en biseksuelen in het onderzoek zegt van wel. Bij transgenders ligt dit percentage tussen de 26 en 32 procent. Transgenders zijn vooral ontevreden over de manier waarop ze seks hebben.

### *Seksueel actief?*

Ongeveer de helft van de transgenders, een kwart van de biseksuele vrouwen en homo- en biseksuele mannen en een derde van de lesbische vrouwen heeft het afgelopen jaar geen seks gehad met een partner. Veel van hen vinden dit jammer. De mannen en vrouwen die wel seks hadden, zouden dit vaker willen doen. De meeste LHBT's masturberen wel. Lesbische vrouwen en transvrouwen doen dit van alle groepen het minst.

### *Vijf opvallende uitkomsten*

1. Mensen die goed in hun vel zitten, hebben minder seksuele problemen.
2. Lesbische en biseksuele vrouwen die vaker op zoek zijn naar spannende seks, zijn positiever over hun seksleven.
3. Eén op de zes biseksuele mannen en een op de vier transgenders voelen zich schuldig over hun seksuele gedrag en gevoelens.
4. Eén op de drie homo- en biseksuele mannen en een op de acht biseksuele vrouwen had meerdere sekspartners in het afgelopen half jaar.
5. Homo- en biseksuele mannen en man-naar-vrouw transgenders die als kind 'meisjesachtiger' waren, hebben vaker seksueel geweld meemaakt.

## 5.4 Wat kan problemen geven?

In dit onderdeel wordt aangegeven hoe verschillende problemen rond seksuele oriëntatie, leefstijlen en genderidentiteit zichtbaar kunnen worden en zich in de praktijk van de hulpverlening of zorg kunnen aandienen. Na een aantal 'Algemene tips' volgen 'Vragen en problemen' die naar voren kunnen komen in het contact met de cliënt, en worden 'Adviezen' gegeven die in de dagelijkse praktijk te gebruiken zijn. Hoewel hier een indeling in vier probleemgebieden wordt gehanteerd, is er in de praktijk vaak sprake van overlap en samenhang in manifestatie. De probleemgebieden zijn als volgt ingedeeld:

1. twijfels over seksuele oriëntatie en genderidentiteit;
2. geen of geringe zelfacceptatie en een afwijzende omgeving;
3. inrichting levensstijl: *coming out*, relaties, kindwens en ouder worden;
4. negatieve ervaringen, grensoverschrijding, en geweld.

---

Zoals bij alle cliënten is het van belang om een open, niet (ver-)oordelende houding aan te nemen. Bij cliënten met een homo- of biseksuele oriëntatie of transgendergevoelens kan dit soms nog net wat belangrijker zijn, omdat zij vaak (en veel) ervaring hebben met negatieve en afwijzende reacties, deze soms ook geïnternaliseerd hebben, en hier in ieder geval uiterst gevoelig voor zijn. Richt je ook niet direct op oplossingen maar laat je cliënt zijn of haar probleem of worsteling eerst uitgebreid vertellen. Ga daarna samen op zoek met de cliënt naar manieren om met het probleem of de worsteling om te (leren) gaan. Exploreer wat er feitelijk speelt. Vaak gaat het ook over negatieve reacties vanuit de omgeving. Het is belangrijk om in te schatten in welke fase je iemand treft en hoe lang iemand hier al mee worstelt.

Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat sensitief taalgebruik een vereiste is.<sup>31</sup> Termen als homo(seksueel), lesbisch en bi(seksueel) worden door veel jongeren zelf duidelijk en neutraal gevonden. Over verzameltermen als 'LHBT', 'holebi', 'roze' en 'gay' verschillen ze vaak van mening. Voor transgenders is sensitief taalgebruik nog sterker van belang, omdat de erkenning van hun genderidentiteit staat of valt met de manier

waarop zij worden aangesproken. Vraag aan cliënten hoe zij zich zelf benoemen en sluit daarbij aan. Het zal je helpen wanneer je je wat verdiept in de diversiteit aan leefstijlen van homo- en biseksuele mannen en vrouwen en van transgenders.

Richt kortdurende hulpverlening rond problemen met of twijfels over seksuele oriëntatie of genderidentiteit vooral op het luisteren naar de cliënt en het helpen bij het maken van eigen keuzes. Houd de mogelijkheid van een vervolgspraak open. In sommige gevallen kun je een cliënt beter doorverwijzen omdat er mogelijk onderliggende problematiek speelt waar jij niet in gespecialiseerd of opgeleid bent. Psychische problemen die zich kunnen voordoen zijn onder andere depressies, angststoornissen (met name sociale fobien), alcohol- en drugsafhankelijkheid, suicidaliteit, automutilatie en eetproblemen.<sup>32,33,34</sup>

Algemene tips voor het gesprek met cliënten waarin twijfels over of worsteling met hun seksuele oriëntatie en/of 'same sex' gedrag naar voren komen:

- Ga nooit uit van heteroseksualiteit.
- Richt een 'doodgewone kamerlamp' op homo/bi-zijn, geen duisternis óf schijnwerper.
- Beschouw biseksualiteit als authentieke seksuele identiteit en seksuele oriëntatie als continuüm op verschillende dimensies.

Algemene tips voor het gesprek met transgenders of mensen met genderdysfore gevoelens:

- Laat iemand vrij om zelf te bepalen welk hokje het beste past, of misschien wel geen enkel hokje, vergeet je aannames, en sta je eigen verwarring toe.
- Heb aandacht voor de verschillen tussen transgenders, en neem genderidentiteit serieus. Ga er niet vanuit dat iemand met transgendergevoelens altijd in transitie wil gaan, maar wel zoekt naar een manier om met deze gevoelens om te gaan en hieraan wel of geen uiting te geven.
- Als het gaat om 'hij' en 'zij', willen mensen over het algemeen aangesproken worden op grond van hun genderidentiteit, niet hun geboortegeslacht. Twijfelt iemand nog over de genderidentiteit of staat iemand nog aan het begin, dan kan dat anders zijn. Twijfel je hoe je iemand moet aanspreken vraag het dan gewoon ("Hoe wil je genoemd worden?").

- Gebruik nooit het woord 'ombouwen'. Het sensitieve alternatief is 'in transitie gaan' (het hele proces, ook het sociale aspect) of 'geslachtsaanpassende behandeling' (het medische proces).

#### 5.4.1 *Twijfels over seksuele oriëntatie en genderidentiteit*

Vanaf de vroege jeugd kunnen er twijfels over de seksuele oriëntatie of genderidentiteit zijn, maar dit kan zich ook op (veel) latere leeftijd uiten. In het laatste geval is er soms sprake geweest van langdurige ontkenning en onderdrukking van gevoelens. De vragen waarmee cliënten kunnen komen zijn heel divers, en hangen in belangrijke mate af van de fase waarin de zelfacceptatie en het uiting geven aan seksuele oriëntatie of genderidentiteit zich bevinden.

#### *Vragen en problemen rond seksuele oriëntatie en genderidentiteit*

- Ben ik (als man) homoseksueel als ik mij ook aangetrokken voel tot mannen? Of ben ik pas homo als ik er ook seks mee heb gehad?
- Ik voel mij aangetrokken tot mannen en vrouwen. Ben ik nu biseksueel? Bestaat dat wel echt?
- Ontevreden zijn over het eigen geslacht; duidelijke signalen afgeven omtrent onvrede met het eigen geslacht, atypisch gendergedrag (willen) vertonen.
- Moeite hebben met seksueel contact, zich ongemakkelijk voelen of afkeer hebben van seks en/of van het eigen geslachtsdeel.

#### *Adviezen*

- Sta stil bij de twijfels van iemand, laat iemand vertellen waarom hij of zij twijfelt en welke gedachten iemand hierbij heeft.
- Leg uit dat meer mensen dergelijke gevoelens hebben, in welke vormen het voor kan komen, en hoe mensen hier verschillend mee om kunnen gaan.
- Verken of iemand zich kan voorstellen deze gevoelens te accepteren en hierin berusting kan vinden (eventueel ook in het blijven ontkennen). Heb goed oog voor het verdere zelfbeeld van iemand.
- Maak angsten bespreekbaar, bespreek in hoeverre iemand in staat is het eigen leven (anders) vorm te geven (i.v.m. culturen waar familie-eer en religiositeit belangrijk is). Vraag na hoe de omgeving van iemand eruit ziet; hoe zou die kunnen reageren?

- Nuanceer en relatieveer stereotype gender- en seksualiteitsopvattingen die naar voren komen door informatie te geven.
- Bij sterke aanwijzingen voor genderdysforie, of als iemand verdere begeleiding wenst is verwijzing naar gespecialiseerde zorg wenselijk. Dit kan voor volwassenen naar de kenniscentra van VUmc en UMCG, en voor kinderen naar het VUmc en het LUMC. Ook is doorverwijzing via de huisarts naar gespecialiseerde hulpverlening van psychologen of seksuologen mogelijk.

#### 5.4.2 *Geen of geringe zelfacceptatie en een afwijzende omgeving*

Zelfacceptatie en sociale acceptatie hangen nauw samen. Wanneer iemand met homoseksuele of biseksuele gevoelens is opgegroeid in een homo-onvriendelijke omgeving, kunnen bepaalde negatieve ideeën ook bij hem of haar zelf leven. In dat geval spreken we over geïnternaliseerde homonegativiteit. Omdat de geïnternaliseerde negatieve ideeën terugslaan op de persoon in kwestie, kan dit extra stressvol zijn, en zelfacceptatie in de weg staan.<sup>35</sup> Geïnternaliseerde homonegativiteit lijkt hoger te zijn onder mannen dan onder vrouwen en hangt samen met een minder goede psychische gezondheid,<sup>36</sup> met minder tevredenheid over het seksleven en met meer behoefte aan zorg op seksueel gebied.<sup>37</sup> Lesbische moeders met meer geïnternaliseerde homonegatieve ideeën hebben vaker het gevoel zich te moeten rechtvaardigen voor hun moederschap.<sup>38</sup>

Transgenders kunnen ook te maken krijgen met al dan niet openlijke afwijzing, discriminatie en geweld. Dezelfde dynamiek van 'internalisering' kan optreden bij transgenders die opgroeien en leven in een transnegatieve omgeving. Ze kunnen dit soort afwijzing (gaan) verwachten, misschien zelfs deels begrijpelijk of terecht vinden en hiernaar gaan handelen, bijvoorbeeld door hun identiteit te verbergen tegenover anderen, wat stress oplevert. De afwijzing, discriminatie, geweld, minderheidsstress, het zelf inadequaat omgaan met de genderdysfore gevoelens, het opgegroeid zijn met deze gevoelens en de geslachtsaanpassende behandeling hebben een duidelijke invloed op de gezondheid van transgenders.

Homoseksuele jongens en in mindere mate ook lesbische meiden willen 'normaal' gevonden worden en wijzen om die reden stereotiep gedrag af, zoals seks-

gerichtheid en promiscuïteit, maar ook afwijkend gendergedrag zoals 'nichterigheid' of 'potteuze' mannelijkheid. Zij hebben veel moeite met de extravagantie van homo's in de media en rondom *gay pride*. 'Normaal' willen zijn, blijkt vooral te betekenen dat ze niet af willen wijken van de heteroseksuele norm, niet op willen vallen.<sup>39-40</sup> Jongeren die zich niet conform hun gender gedragen, lopen daardoor niet alleen de kans om afgevoerd te worden door hun heteroseksuele omgeving, maar ook door homoseksuelen. Bovendien kunnen zij er zelf negatief over denken. Niet de homoseksualiteit op zich, maar gendernonconformiteit zorgt dat homojongeren zich minder goed voelen over zichzelf.<sup>41</sup>

Homonegativiteit van familie, vrienden of collega's heeft impact op de psychosociale gezondheid. Homonegativiteit van mensen die verder weg staan (vreemden op straat bijvoorbeeld) heeft die impact niet.<sup>42</sup> Meer in het algemeen blijkt het meegemaakt hebben van afwijzing samen te hangen met minder seksuele tevredenheid, met seksuele dwang en met de behoefte aan hulpverlening.<sup>37</sup> Afwijzing of het verwachten daarvan hangt ook samen met eenzaamheid van oudere lesbische vrouwen en homoseksuele mannen.<sup>43</sup> Onder homo- en biseksuele jongens hangt minderheidsstress samen met depressie.<sup>44</sup> Afwijzing hangt ook samen met ouderschapsstress voor lesbische moeders.<sup>38</sup> Een homo- of transvriendelijke omgeving zal zelfacceptatie gemakkelijker maken, maar geeft hierop nog geen garantie. Een aanhoudende geringe zelfacceptatie en geïnternaliseerde negatieve oordelen kunnen leiden tot somberheid, depressieve gevoelens en in het ergste geval tot suïcidale gedachten of pogingen.

#### *Vragen en problemen rond zelfacceptatie en een afwijzende omgeving*

- Wel *same sex* contacten rapporteren, maar niet uit de kast (willen) komen of niet goed weten wat hij of zij wil.
- Zich wel in het geheim conform de genderidentiteit kleden, maar niet uit de kast (willen) komen (let op: wanneer iemand geen enkel verlangen heeft om in transitie te gaan en bijvoorbeeld alleen travestiet is, zegt dit niet per se iets over zelfacceptatie).
- Negatief praten over zichzelf, zichzelf verlagen of vernederen, moeite met voor zichzelf opkomen
- Wensen dat het anders was en *same sex* gevoelens of transgendergevoelens onderdrukken, bagatelliseren of 'slecht' vinden.

- Zich heel erg aan de heteronorm of aan gendernormen conformeren en afkeurend over 'overdreven homo's' of 'overdreven travestieten' praten.
- Willen voldoen aan een bepaald beeld, uitspraken doen als 'dat vind ik niet kunnen' en uit het oog verliezen wie ze echt (willen) zijn en niet echt genieten van het leven.
- Zichzelf zichtbaar of onzichtbaar maken naar gelang de homo-vriendelijkheid of homo-negativiteit, en hierbij interne stressoren ervaren zoals angst, schaamte, of schuld, of externe stressoren zoals discriminatie en vooroordelen.

#### Adviezen

- Leg uit dat als mensen seks hebben met iemand van het eigen geslacht, dit nog niet wil zeggen dat iemand zich op dat moment of later wil of gaat identificeren als homo, lesbisch of bi.
- Leg uit dat niet alle transgenders hetzelfde zijn: er zijn transgenders die alleen de behoefte hebben om zich afen toe als het 'andere' geslacht te uiten, er zijn transgenders die behoefte hebben aan een volledige transitie, en hiertussen zijn ook allerlei mogelijkheden.
- Exploreer ervaringen en gevoelens, probeer te ontdekken waar de negatieve gevoelens vandaan komen, zit daar iets onderliggend achter, of reageert de directe omgeving negatief?
- Zoek met de cliënt naar een weg om met deze gevoelens om te gaan. Wees alert op de aanwezigheid van een depressie.
- Dwing iemand niet in een hokje: "Ik denk dat jij homo bent" of "Je bent dus gewoon bi" of "Volgens mij ben jij gewoon transgender".
- Stimuleer sociale contacten met en steun van *peers* (lotgenoten, vrienden) of een contact met een hulpverlener, vooral wanneer de eigen omgeving alleen negatief reageert.

#### 5.4.3 Inrichting levensstijl: coming out, relaties, kindervens en ouder worden

Wanneer iemand zijn of haar gevoelens voor iemand van hetzelfde geslacht onder ogen ziet en daar ook 'iets' mee gaat doen, kan de vormgeving van een levensstijl die bij hem of haar past een zoektocht zijn. Dit is voor heteroseksuelen en mensen zonder transgendergevoelens (ook wel aangeduid met 'cisgenders') niet anders, alleen zijn voor hen veel meer

voorbeelden beschikbaar en is de maatschappij volledig op hen ingericht.

*Coming out* is niet altijd beter, maar met een geheim rondlopen of moeten liegen is ook niet goed voor de psychische gezondheid. Niet iedereen heeft echter de mogelijkheid of de wens de seksuele identiteit of genderidentiteit als een zichtbaar onderdeel van de persoonlijke identiteit te tonen. Voor gelovige en biculturele LHBT's is dit een veelvoorkomende worsteling, maar andere LHBT's kunnen hier ook tegenaan lopen in verschillende contexten van hun leven (bijvoorbeeld bij sportvereniging, op het werk, etc.). De keuzes die iemand maakt rondom wel of niet uit de kast komen en open zijn, wordt ook wel zichtbaarheidsmanagement genoemd.<sup>27</sup> Met name binnen etnische en orthodox religieuze culturen kan de ontwikkeling van en het uiting (gaan) geven aan een homo- of biseksuele oriëntatie soms onmogelijk zijn of worden gemaakt. Echter, er worden door hen ook deels subtiele, deels activistische strategieën gebruikt om binnen hun sociale omgeving met een homo- of biseksuele oriëntatie om te kunnen gaan.<sup>45</sup> Wat iemand met zijn of haar seksuele verlangens wil doen, welke plek dit in zijn of haar leven krijgt, en hoe openlijk hij/zij daarover naar anderen (iedereen of een selecte groep) is of kan zijn, laat een enorme verscheidenheid zien.

Wanneer iemand met een homo- of biseksuele oriëntatie een relatie is aangegaan kunnen specifieke problemen een rol (gaan) spelen, naar gelang de situatie waarin iemand zich bevindt. Als homoseksuele gevoelens tijdens een heterorelatie of huwelijk aanwezig zijn of zich ontwikkelen, spreekt men wel van een Orpheussituatie (genoemd naar de mythologische figuur uit de Klassieke Oudheid). Het mag duidelijk zijn dat partners hierin persoonlijke keuzes maken en besluiten nemen, en de uitkomsten dus heel verschillend kunnen zijn. Natuurlijk heeft de ontdekking of het uiting willen geven aan transgendergevoelens ook een grote invloed binnen bestaande relaties. Ook hiervoor geldt dat er zeer verschillende uitkomsten kunnen zijn, mede onder invloed van eventuele kinderen, overige familie en de sociale omgeving. In (langdurende) homoseksuele en lesbische relaties kunnen zich, net als in heteroseksuele relaties, problemen rond intimiteit, seksualiteit, zelfstandigheid en tevredenheid voordoen.

Het realiseren van een kindervens kan voor homoseksuele mannen, lesbische vrouwen, biseksuelen en

transgenders ingewikkeld zijn. Zo'n 60% van de lesbische meiden en 40% van de homoseksuele jongens heeft een kinderwens.<sup>46</sup> Tijdens hun jeugd gaan veel homojongens ervan uit dat homo zijn betekent dat ze geen vader zullen worden.<sup>23</sup> Als ze meer vertrouwen in zichzelf als homoman krijgen, worden bepaalde levensdoelen zoals een eventuele kinderwens soms herzien. Wanneer een manier is gevonden om de kinderwens te vervullen, volgt een periode waarin de identiteit als homoman en vader geïntegreerd kan worden. Bij (jonge) lesbische vrouwen lijkt er minder twijfel te zijn aan een eventueel moederschap, en kan het proces om tot een eigen keuze te komen korter duren. Wanneer volwassen homoseksuele mannen en vrouwen kinderen krijgen, zijn ze over het algemeen ouder dan heteroseksuele mannen en vrouwen. Ze denken langer na over het al dan niet krijgen van kinderen en het kost meer tijd om dit te realiseren. Daarnaast doorlopen homoseksuele mannen en vrouwen fasen in de overgang naar ouderschap die voor heterostellen niet relevant zijn; de vormen van ouderschap kunnen bovendien sterk verschillen.<sup>47</sup> In 2009 woonden bij 20% van de vrouwenparen en bij 3% van de mannenparen kinderen.<sup>48</sup> Recent is in het onderzoek 'Een wereld van verschil' ook de kinderwens bij homo- en biseksuele mannen en vrouwen nagegaan.<sup>49</sup> Onder 'kinderwens' werd verstaan dat iemand geen kinderen heeft en dit op dit moment wel zou willen, of dat iemand wel kinderen heeft, maar er meer zou willen hebben. Uit nog ongepubliceerde cijfers blijkt dat biseksuele mannen (19%) en vrouwen (23%) vaker een kinderwens hebben dan homomannen (11%) en lesbische vrouwen (16%).

Op oudere leeftijd kunnen homo- en biseksuele en transgender ouderen knelpunten (gaan) ervaren zoals isolement, onvoldoende sociale participatie en kwetsbare netwerken. Eenzaamheid en depressiviteit komen onder homoseksuele ouderen vaker voor dan onder heteroseksuele ouderen. Vaak ontbreken er uitgebreide familie- of sociale netwerken. Ze hebben ook meer dan anderen te maken met generatiegenoten die een negatieve houding hebben ten aanzien van homoseksuelen of transgenders. Dit kan vooral problemen geven als ouderen dichtbij elkaar wonen, zoals in een verzorgingshuis. Bovendien kan de afhankelijkheid van zorg ervoor zorgen dat men opnieuw de kast in gaat door confrontatie met negatief en afwijzend gedrag van zorgverleners of andere ouderen. De laat-

ste jaren is er meer aandacht voor het LHBT-vriendelijk maken van de ouderenzorg. Zo zijn er tools ontwikkeld voor verzorg- en verpleeghuizen om de bejegening door medewerkers en andere bewoners te verbeteren.<sup>50</sup> Daarnaast wordt er, mede onder invloed van veranderend overheidsbeleid, vaker initiatief genomen tot doelgroep-specifiek aanbod en voorzieningen op het terrein van zorg en wonen voor ouderen.

#### *Vragen en problemen rond inrichting levensstijl*

- Waar kun je mensen/partner(s) ontmoeten, hoe werkt dat via datingsites en -apps (bijvoorbeeld de Grindr-app voor homo- en biseksuele mannen) en in de horeca, wat zijn de bijbehorende gedragscodes.
- Hoe om te gaan met pesten, afkeuring en andere (normerende) invloeden vanuit de sociale omgeving (familie, vrienden, maar ook de 'gay' en transgender community's).
- Hoe te kiezen in en aangaan van relatievorm(en): vaste relatie, meerdere partners, monogaam zijn, open relaties, single zijn? Hoe een kinderwens realiseren?
- Wat voor 'soort' homo/lesbo/bi en/of transgender wil ik zijn? Hoe verhoud ik me tot de *scene* en tot mijn *mainstream* vriendenclub? Zijn die werelden met elkaar te integreren? En, wil ik dat wel, of wil ik deze juist gescheiden houden?
- Moeite relaties aan te gaan of te onderhouden, ontevredenheid binnen relaties, verschillen in behoeften aan intimiteit en seks, deze niet kunnen of willen verbinden in één vaste relatie of niet monogaam willen zijn.
- Weinig sociale steun ervaren door klein netwerk, verlies van vrienden, kwetsbaar zijn voor vereenzaming en isolement.

#### *Adviezen*

- Er is vaak behoefte aan (een variatie in) rolmodellen, bijvoorbeeld het zien van homo- of transgenderkarakters in films, het lezen van magazines en het volgen van sociale media, om de nieuwe wereld – met soms andere gedragscodes – wat beter te leren kennen. Stimuleer dit, en vervolgens ook dat iemand zelf bepaalt hoe met die gedragscodes om te gaan.
- Bespreek hoe iemand in contact kan komen met gelijkgestemden, al zal dit niet voor iedereen even

succesvol zijn. Soms voelt men zich niet thuis in de subcultuur of ervaart men deze als decadent, promiscue en alleen op seks gericht. Verken de alternatieven met elkaar.

- Ga er niet van uit dat iemand alles al weet, wees voorbereid op het geven van informatie over seksuele onderwerpen zoals veilig vrijen en grensoverschrijding. Geef tips over betrouwbare websites.
- Laat iemand reflecteren over eigen ervaringen, wensen en gevoelens, heb hierbij aandacht voor verwachtingen vanuit de familie of omgeving en hoe iemand hiermee om kan gaan.
- Hoe is het met iemands zelfvertrouwen en weerbaarheid gesteld, bespreek of iemand open is over zijn haar seksuele identiteit, het wel eens verborgen houdt, hoe dat is voor iemand, of en hoe iemand dit anders zou willen.
- Verwijs bij aanhoudende of complexe relatieproblemen door naar gespecialiseerde relatietherapeuten (zie Meer informatie aan eind van het hoofdstuk).

#### 5.4.4 Negatieve ervaringen, grensoverschrijding en geweld, en psychisch welbevinden

LHBT hebben meer te maken met negatieve ervaringen zoals afwijzing, discriminatie, grensoverschrijding en seksueel geweld. Het maakt hen kwetsbaar voor stressreacties, seksuele problemen en psychische problemen. Hoe iemand hiermee omgaat hangt onder meer af van de sociale context, de ernst van de stressoren, de individuele geschiedenis en vaardigheden, en het gebruiken van effectieve  *coping*  strategieën.

Onvoldoende of ineffectieve  *coping*  kan leiden tot minderheidsstress en psychische ongezondheid.<sup>53</sup>

Homoseksuele mannen, lesbische vrouwen, biseksuele mannen en vrouwen, en transgenders maken vaak seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld mee. De prevalentie van seksueel geweld ligt in de verschillende groepen tussen de 14% en 50%,<sup>51</sup> en komt – met uitzondering van lesbische vrouwen – vaker voor dan onder de heteroseksuele en niet-transgender bevolking. Dit geldt ook voor seksueel misbruik voor het 16<sup>e</sup> jaar. Homo- en biseksuele mannen hebben ruim drie keer zo vaak ooit seksueel geweld meegemaakt dan heteroseksuele mannen. Bij biseksuele vrouwen is dit ruim anderhalf keer zo veel dan bij heteroseksuele en lesbische vrouwen.<sup>1</sup>

Suïcidale gedachten komen vaak voor onder homo- en biseksuelen en transgenders, zie tabel 5.3.

Niet alle homo- en biseksuele mannen en vrouwen hebben te maken met ernstige minderheidsstress en de negatieve gevolgen daarvan op hun gezondheid. Er zijn ook factoren die beschermen. Voor een deel gaat het om minderheid-specifieke factoren, zoals contact met anderen uit dezelfde minderheidsgroep. Voor ouderen blijkt bijvoorbeeld een homosociaal netwerk te beschermen tegen de negatieve invloed van minderheidsstress op eenzaamheid. Bij jongeren zijn het vooral goede relaties met de vader en met leeftijdsgenoten die beschermen tegen een mindere psychische gezondheid.<sup>54</sup>

Tabel 5.3 Suïcidale gedachten en suïcidepoging onder groepen met verschillende seksuele oriëntatie en transgenders (%; afgerond).<sup>32,33,46,52,53</sup>

	Suïcidegedachten	Suïcidepoging
Algemene populatie	8	2
Biseksuele oriëntatie, man	38	4
Homoseksuele oriëntatie, man	42	6*
Homoseksuele oriëntatie, vrouw	46	10*
Biseksuele oriëntatie, vrouw	53	14
Transgender, volwassene	69	21
Heteroseksuele jongeren	11	3
Homo- en biseksuele jongeren	50	12

\* Niet elke poging heeft te maken met de seksuele oriëntatie; voor 60% van de homoseksuele mannen en 30% van de lesbische vrouwen was dit wel het geval.<sup>33</sup> Voor de andere groepen is niet bekend in hoeverre de poging met de seksuele oriëntatie te maken heeft.

*Vragen en problemen rond negatieve ervaringen, grensoverschrijding en geweld, en psychisch welbevinden*

- Moeite hebben met de normerende vanzelfsprekendheid van heteroseksualiteit (heteronormativiteit), en van man/vrouw opvattingen (gendernormativiteit) en hiermee samenhangende vooroordelen en discriminatie.
- Ervaring hebben met expliciete uitingen van homo- of transnegativiteit, zoals uitgescholden worden, sociale uitsluiting ervaren, herhaaldelijk geconfronteerd worden met vooroordelen, als minderwaardig beschouwd worden en fysiek geweld ondervinden.
- Internalisering van afwijzing en discriminatie, wat gepaard kan gaan met gevoelens van eenzaamheid, schaamte, negatief toekomstbeeld, zelfverwerping, en het angstvallig geheim willen houden van de seksuele – of genderidentiteit voor anderen.
- Uitingen van depressieve en suïcidale gedachten, en ervaring(en) met ernstige grensoverschrijding of seksueel geweld, moeite hebben dit te verwerken en hier nog (of weer) last van hebben.

*Adviezen*

- Vraag of iemand wel eens een minder prettige seksuele of relationele ervaring heeft meegemaakt en hoe daar mee om gegaan is.
- Maak ervaringen met discriminatie bespreekbaar, ook de impliciete vormen van homonegativiteit, “heb je ooit het gevoel gehad afgewezen te worden door je seksuele oriëntatie/voel je je overal even welkom/ben je overal even open?”
- Ga na of iemand zijn eigen grenzen goed kent en of het steeds lukt deze aan te geven en te bewaken, in welke situatie wel/niet, bespreek hoe iemand duidelijk grenzen aan kan geven in een relatie en bij seksueel contact.
- Verwijs door naar gespecialiseerde hulpverlening bij recente of niet verwerkte ervaringen met seksueel geweld, ernstige grensoverschrijding en wanneer suïcidale gedachten aanwezig zijn.

5.4.5 *Achtergrondinformatie behandeling en seksueel functioneren transgenders<sup>22</sup>*

Omdat genderdysfore gevoelens in de meeste gevallen voor het begin van de puberteit verdwijnen, wordt geadviseerd om geslachtsrolwisseling (bijvoorbeeld

het veranderen van de naam of het dragen van kleding van de andere sekse) uit te stellen tot duidelijk is of de genderdysfore blijvend is. Het is dan minder moeilijk om weer terug te gaan naar de genderrol die bij de biologische sekse hoort wanneer de genderdysfore gevoelens verdwijnen. Soms worden kinderen echter heel ongelukkig als ze zich niet mogen uiten volgens de genderrol waar ze zich prettig bij voelen en geven ouders hun kind daarom toch liever de ruimte om zich niet conform het aangeboren geslacht te gedragen. Een geslachtsrolwisseling is nog altijd omkeerbaar maar kan voor het kind en de omgeving natuurlijk wel gevolgen hebben. Het kind dus wel of niet van genderrol laten wisselen is ook een principiële en ethische vraag waar ouders (en ook hulpverleners) zelf hun standpunt in moeten bepalen: laat je je kind opgroeien met het idee dat je je beter kunt conformeren aan de omgeving dan je eigen gevoelens volgen? Of kies je een pragmatische aanpak? Verder heb je als ouder ook weer niet alle macht over je kind, en is een rolwisseling soms gewoon niet tegen te houden.

Zodra ze in de puberteit komen, kunnen deze jongeren puberteitsremmers krijgen (bijvoorbeeld Gonadotrofine Releasing Hormoon (GnRH) agonisten). Voor het maken van een weloverwogen beslissing door het kind en zijn ouders wordt aanbevolen om te wachten met puberteitsremmers tot de lichamelijke ontwikkeling tenminste tot het tweede Tannerstadium gevorderd is. Er is dan een kleine hoeveelheid schaamhaar aanwezig, knopvorming van de borst bij meisjes en groei van testes en scrotum bij jongens (maar nog geen vergrote penis).

Puberteitsremmers remmen de ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken, zoals borstgroei en menstruatie bij meisjes en baardgroei en een lagere stem bij jongens. De jongere en zijn of haar ouders hebben dan meer tijd om te kijken hoe de genderidentiteit verder ontwikkelt en een eventuele geslachtsaanpassing zal later soepeler verlopen. Iemand komt pas in aanmerking voor puberteitsremmers wanneer er gedurende langere tijd sprake is van ernstige genderdysfore gevoelens, wanneer deze gevoelens toegenomen of begonnen zijn rond de puberteit, wanneer de situatie en het functioneren van de adolescent stabiel genoeg is en wanneer de familie de behandeling ondersteunt.<sup>55</sup> Wanneer jongeren na de puberteit nog onvrede voelen met het eigen biologische geslacht, is de kans groot dat dit blijvend is. Vanaf 16 jaar kunnen ook geslachts-



hormonen worden toegediend: oestrogenen of testosteron. Hierdoor wordt het lichaam respectievelijk vrouwelijker of mannelijker. In tegenstelling tot de effecten van puberteitsremmers zijn de gevolgen van geslachtshormonen niet zonder meer omkeerbaar. Soms is hiervoor een operatie nodig (bijvoorbeeld bij borstvorming door oestrogenen), soms kunnen de gevolgen helemaal niet meer ongedaan gemaakt worden (zoals bij het zwaarder worden van de stem door testosteron).<sup>55</sup>

Vanaf 18 jaar is een geslachtsaanpassende operatie wettelijk toegestaan. De richtlijnen van de 'The World Professional Association for Transgender Health' geven aan dat sprake moet zijn van blijvende, goed gedocumenteerde genderdysforie voordat kan worden overgegaan tot een geslachtsaanpassende operatie. Ook wordt van de patiënten verwacht dat zij gedurende minstens 12 maanden (openlijk) leven in de rol van het gewenste geslacht, meestal ondersteund door hormoontherapie. Als dit succesvol verloopt kan worden overgegaan tot een geslachtsaanpassende operatie. Over het algemeen verminderen de genderdysfore gevoelens sterk na deze operatie, maar verdwijnen niet helemaal.<sup>56</sup> Bijvoorbeeld transmannen die moeite blijven hebben met seks omdat ze niet kunnen ejaculeren en omdat hun lichaam nog steeds niet helemaal als van henzelf aanvoelt (maar wel stukken beter dan voor de transitie).<sup>18</sup> Een geslachtsaanpassende behandeling kan veel impact hebben op het seksueel functioneren en welzijn. In een kwalitatieve verkenning gaven verschillende transgenders aan dat ze seksualiteit pas echt gingen (her)ontdekken na hun transitie. Dat geeft soms een geweldig gevoel, maar kan ook onzekerheid en verwarring oproepen. Daarnaast is de werking en anatomie van de geslachtsdelen van transseksuelen anders dan van een vagina of penis die men bij de geboorte heeft gekregen. Dat geldt vooral voor vrouw-naar-man transseksuelen. Zij moeten leren leven met beperkt functioneren van hun seksuele lichaam of zien om die reden af van een geslachtsaanpassende operatie. Man-naar-vrouw transseksuelen hebben bijvoorbeeld te maken met lubricatieproblemen en moeten vaak glijmiddel gebruiken als ze seks hebben.<sup>18</sup>

Vooraf transgenders in het man-naar-vrouw spectrum die op vrouwen vallen, ondergaan soms pas een geslachtsaanpassende operatie als ze halverwege de 30 zijn, of nog later. Deze transgenders hebben dan vaak al jaren met hun gevoelens van genderdysforie

geworsteld. Zij hebben ook veel langer geprobeerd in de eigen genderrol te leven en als gevolg daarvan een sterkere band met de eigen genderrol opgebouwd. De tevredenheid over een geslachtsaanpassende behandeling op latere leeftijd is echter even groot als bij een operatie op jongere leeftijd. Het fysieke resultaat van de operatie speelt de grootste rol voor postoperatieve tevredenheid en spijt.<sup>30</sup>

## 5.5 Terug naar de praktijk

Hoewel het accepteren en uiting (gaan) geven aan een homo- of biseksuele oriëntatie, of aan transgendersgevoelens, ook min of meer vanzelfsprekend, geleidelijk en zonder problemen kan verlopen, kan iemand behoefte hebben aan informatie, advies of hulpverlening.

Laagdrempelige informatie en advies voor jongeren is te vinden op websites als allesovergay.nl, iedereenisanders.nl en sense.info. *Peer-to-peer* contacten kunnen zeer ondersteunend zijn en vragen of problemen helpen oplossen. Activiteiten voor en door LHBT-jongeren zijn te vinden op nietalleenanders.nl. Sense.info biedt mogelijkheden om met een hulpverlener te chatten en op regionaal niveau zijn er face-to-face spreekuren. Switchboard biedt telefonisch en via de website informatie over een breed scala aan onderwerpen, waaronder ook verwijsmogelijkheden. Is er behoefte aan meer dan informatie en eenvoudig advies, dan ligt contact met de huisarts, verwijzing naar een eerste- of tweedelijns hulpverlener, zoals een seksuoloog of psycholoog, voor de hand. Is er sprake van suïcidaliteit, dan kan een eerste contact en verwijzing ook verlopen via de getrainde vrijwillige hulpverleners van 113online of via de huisarts de crisisdienst van een GGZ-instelling.

Indien er sprake is van aanhoudende identiteitsverwarring: verwijs naar een seksuoloog met specifieke kennis op dit gebied. Belangrijk is dat het, in dit stadium, om een neutraal contact gaat, niet om een duidelijk homoseksuele hulpverlener. Indien er sprake is van problemen rond identiteitsaanname kan verwijzing naar een openlijk homoseksuele psycholoog of seksuoloog juist geëigend zijn. Staan seksuele problemen op de voorgrond, verwijs dan naar een seksuoloog die goed op de hoogte is van de homoseksuele leefwereld. Als er twijfel is of als juist duidelijk is dat psy-

chische stoornissen op de voorgrond staan, verwijs dan naar de GGZ. In geval van relatieproblemen kan het best verwezen worden naar een relatietherapeut met ervaring met niet-hetero relaties. Transvisie Zorg kan benaderd worden door jongeren (of hun ouders) en volwassenen met transgendergevoelens. Zij hebben zelf een hulpverleningsaanbod (individueel en in groepen) of kunnen op hun beurt doorverwijzen naar gespecialiseerde seksuologen of psychologen (zie Meer informatie). Ook geven zij consultatie, advies en deskundigheidsbevordering op maat aan professionals in het onderwijs of de (jeugd-)zorg die te maken krijgen met genderdysforie.

---

#### **Er over willen praten**

Advies: Geef Laura de ruimte om over haar gedachten en gevoelens te praten en leg uit dat biseksuele en lesbische gevoelens voorkomen; ze hoeft niet eens perse een keuze te maken. Ze hoeft er ook niets mee te doen als zij dat niet wil. Als ze (seksueel) wil gaan experimenteren met meiden laat haar dan goed nadenken over wat haar grens is en hoe ze ervoor kan zorgen dat ze geen dingen doet waar ze later spijt van heeft. Voor haar kan het helpen om verhalen te lezen van anderen, of naar een online forum te gaan of anderen te ontmoeten; ze zou ook naar een gayfeestje of een ontmoetingscafé kunnen gaan om eens af te tasten hoe ze zich daar bij voelt.

---

#### **Weerbaarheid**

Advies: Een praatgroep van Jeffrey's eigen leeftijd en informatieve websites kunnen ondersteunend voor hem zijn. Biedt ondersteuning bij het uitzoeken en aangeven van grenzen. Wijs hem op de uitgebreide informatie die op [www.mantotman.nl](http://www.mantotman.nl) te vinden is over de do's en don'ts bij verschillende vormen van dating.

---

#### **Uit de kast?**

Advies: Een plek waar iemand open en eerlijk kan zijn is erg belangrijk voor Johan, hij is blij dat hij deze plek bij een hulpverlener heeft gevonden. Geef hem de ruimte om te vertellen, maak zijn angsten bespreekbaar en ondersteun hem bij het maken van een keuze die bij hem past en voor hem mogelijk is. Exploreer waar hij moeite mee heeft en waaraan hij iets zou wil-

len doen. Help hem te reflecteren op zijn mogelijkheden. Uit de kast komen zal zijn problemen zeker niet oplossen. Voor zijn depressie zal hij mogelijk aanvullende hulp moeten zoeken, mogelijk een hulpverlener met gereformeerde achtergrond die positief staat ten opzichte van homoseksualiteit.

---

#### **Genderdiversiteit**

Advies: Voor Mark kan het helpen als hij een plek heeft waar hij regelmatig kan praten over zijn gevoelens. Ondersteuning bij het keuzes maken of ontdekken wat deze gevoelens precies inhouden voor hem en deze een plek geven zullen waarschijnlijk centraal staan. Informatieve websites en folders kunnen helpen om zich meer in het thema te verdiepen. Een community of praatgroep zouden hem meer het gevoel kunnen geven dat hij niet alleen is en hem uit zijn isolement kunnen halen.

---

#### *Meer informatie*

De literatuurlijst en praktische informatie over boeken, video's en websites zijn te vinden op de website [www.seksueelgezond.nl](http://www.seksueelgezond.nl)