

# TRANSSEKSUALISME EN GESLACHTS-AFFIRMERENDE INTERVENTIES

De invloed op lichaam, geest en seksualiteit

Promotor: prof. dr. Ludwig MISSIAEN  
Faculteit Geneeskunde  
Departement Cellulaire en Moleculaire  
Geneeskunde  
Laboratorium voor Moleculaire en Cellulaire  
Signaaltransmissie

**Amina Ryffranck**

Masterproef aangeboden tot het behalen van de  
graad van Master in de Seksuologie





# TRANSSEKSUALISME EN GESLACHTS-AFFIRMERENDE INTERVENTIES

De invloed op lichaam, geest en seksualiteit

Promotor: prof. dr. Ludwig MISSIAEN  
Faculteit Geneeskunde  
Departement Cellulaire en Moleculaire  
Geneeskunde  
Laboratorium voor Moleculaire en Cellulaire  
Signaaltransmissie

**Amina Ryffranck**

Masterproef aangeboden tot het behalen van de  
graad van Master in de Seksuologie

© Copyright by KU Leuven

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde Campus Gasthuisberg ON II, Herestraat 49 - bus 400, 3000 Leuven. Telefoon +32 (0)16 37 76 68.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Een gedeelte van de voorbereiding en afwerking van deze masterproef gebeurde in de periode waarin COVID-19-maatregelen van kracht waren (van toepassing vanaf 13/03/2020). In het kader van de maatregelen die binnen de KU Leuven werden getroffen, was het afwerken van de gegevensverzameling voor deze masterproef niet mogelijk en diende de verwerking te gebeuren op basis van beperkte resultaten. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij de lectuur van dit document.

**Amina Ryffranck**, Transseksualisme en geslachts-affirmerende interventies: De invloed op lichaam, geest en seksualiteit.

Masterproef tot het behalen van de graad van Master in de Seksuologie, mei 2020.

Promotor: prof. dr. Missiaen

---

In deze masterproef wordt de invloed besproken van geslachts-affirmerende interventies op het lichaam, de geest en de seksualiteit bij transseksuelen. Transseksuelen zijn vrouwen of mannen die bij de geboorte respectievelijk het vrouwelijke of mannelijke geslacht toegewezen kregen, maar zich respectievelijk (overwegend) geen vrouw of man voelen. Zij worden ook wel respectievelijk transmannen en transvrouwen genoemd, maar in deze masterproef en verder in dit abstract omschreven als mannen en vrouwen. Er is sprake van transseksualisme, het verlangen om de genderidentiteit conform te laten zijn met de fysieke kenmerken, met het uiterlijk. Bij sommigen is dat verlangen zo groot dat daarbij psychisch leed of ongemak ontstaat, genderdysforie. Om genderdysforie te verbeteren en om de fysieke en psychologische kenmerken te laten overeenstemmen met het zich man of vrouw voelen, zoekt het merendeel van de transseksuelen hulp. De hulp kan zowel psychologische/seksuologische, endocrinologische en chirurgische hulp omvatten. De psychologische en seksuologische begeleiding kijken na of er sprake is van genderdysforie, wat in vele landen het geval moet zijn vooraleer andere interventies kunnen ondernomen worden, en of aan de inclusiecriteria voor hormoontherapie voldaan is. Het doel is te proberen zo veel mogelijk mensen van spijt te weerhouden. Wanneer de psychologen/seksuologen toestemming geven, worden de mannen en vrouwen doorverwezen naar een endocrinoloog. Deze zorgt dat mannen een individueel aangepaste hoeveelheid testosteron voorgeschreven krijgen. Testosteron kan intramusculair, subcutaan, transdermaal, oraal of buccaal toegediend worden. Bij sommige mannen wordt ook kortstondig een oraal of parenteraal progestageen of een gonadotropine vrijzettend hormoon-agonist voorgeschreven. Bij vrouwen zorgen de endocrinologen voor een combinatietherapie waarbij de vrouwen een individueel aangepaste hoeveelheid oestrogeen voorgeschreven krijgen in combinatie met een antiandrogeen of een gonadotropine vrijzettend hormoon-agonist. Oestrogenen kunnen bij vrouwen oraal, intramusculair of transdermaal toegediend worden. Antiandrogenen kunnen oraal toegediend worden en gonadotropine vrijzettend hormoon-agonisten intramusculair of subcutaan. Naast de hormoontherapie wordt vaak ook geslachts-affirmerende chirurgie uitgevoerd. Het doel van alle geslachts-affirmerende interventies is het fenotype in overeenstemming te brengen met de genderidentiteit. Bij de mannen wordt daarbij gestreefd naar maximale virilisatie, terwijl bij de vrouwen gestreefd wordt naar maximale feminisatie. Een gebrek aan wetenschappelijke literatuur betreffende de geestelijke gezondheid en voornamelijk betreffende de seksualiteit, heeft ertoe geleid dat voor deze masterproef interviews afgenomen werden bij mannen. Wegens de corona-maatregelen en tijdsgebrek werden geen interviews bij vrouwen afgenomen. Uit de interviews en de literatuur kan geconcludeerd worden dat het kunnen man of vrouw zijn en er ook respectievelijk als man of vrouw uitzien, over het algemeen een positieve invloed op de geestelijke gezondheid en op de seksualiteit hebben. Dit grotendeels omdat de mannen en vrouwen nu eindelijk zichzelf kunnen zijn, wie ze al altijd geweest zijn. Aanvaarding door anderen, maar voornamelijk door (potentiële) partners, blijkt een grote impact te hebben op hun welbevinden, op de visie over hun lichaam en op het initiëren van (potentiële) seksuele relaties.

**Amina Ryffranck**, Transsexualism and sex-affirming interventions: The influence on body, psyche and sexuality.

Master thesis presented to obtain the degree of Master in Sexology, May 2020.

Promotor: prof. dr. Missiaen

---

In this thesis the influence of sex-affirming interventions on the body, psyche and sexuality of transsexuals is discussed. Transsexuals are women and men who were assigned respectively the female or male sex, but don't feel (mainly) respectively woman or man. They are also called respectively transmen and transwomen, but they are described as man and women in this thesis and further in this abstract. They have transsexualism, the craving to conform their gender identity with their physical characteristics, with their appearance. For some of them the craving is so extreme that psychological suffering or distress arises. They suffer from gender dysphoria. To improve gender dysphoria and to bring the physical and psychological characteristics in line with their feeling of being a man or woman, the majority of the transsexual people seeks help. The help can be psychological/sexological, endocrinological and surgical assistance. The psychological and sexological guidance checks whether there is gender dysphoria, which has to be the case in many countries before other interventions can take place, and whether the inclusion criteria for a hormonal treatment are met. The aim is to prevent as much people as possible from the experience of regret. When the psychologists/sexologists have given their permission, the men and women are referred to an endocrinologist. He makes sure that men get an individual adjusted amount of testosterone. Testosterone can be administered intramuscularly, subcutaneously, transdermally, orally or buccally. For some men an orally or parenterally progestational agent or a gonadotropin-releasing hormone agonist is prescribed for a short period of time. When it comes to women, the endocrinologists arrange a combination therapy in which they prescribe an individually adjusted dose of estrogens in combination with an antiandrogen or a gonadotropin-releasing hormone agonist. Estrogens can be administered orally, intramuscularly and transdermally. Antiandrogens can be administered orally and gonadotropin-releasing hormone agonists intramuscularly or subcutaneously. In addition, sex-affirming surgery is often performed. The goal of all the sex-affirming interventions is to align the phenotype with the gender identity. The aim for men is maximal virilization, and for women maximal feminization. An almost lack of scientific literature on mental well-being and mainly on sexuality, has led to the fact that for this thesis interviews were conducted from men. Due to corona-restrictions and lack of time, women were not interviewed. The interviews and the literature led to the conclusion that being a man or woman, with at the same time having the physical appearance of respectively a man or woman, has an overall positive influence on the mental well-being and the sexuality. Mainly because men and women can now finally be who they are, who they have always been. Acceptance from everybody, but especially from (potential) partners, seems to have a huge impact on their well-being, on the way they see their body and on the initiation of (potential) sexual relationships.

## Woord vooraf

In dit gedeelte zou ik graag van de gelegenheid gebruik maken om enkele personen te bedanken. Het twee jaar durende proces van mijn masterproef was een intensief, maar leerrijk proces, dat ik niet tot een goed einde zou hebben gebracht zonder de hulp en steun van enkele mensen. Eerst en vooral zou ik mijn promotor, Professor Ludwig Missiaen, heel hartelijk willen bedanken. Ik denk dat ik niet overdrijf als ik zeg dat hij ongetwijfeld de beste promotor is die ik mij kon wensen! Een voorbeeld voor velen. Hij hielp mij eerst en vooral goed op weg door relevante literatuur aan te reiken. Vervolgens liet hij de planning aan mij over, maar vanaf dat ik feedback wou krijgen, was dit altijd enorm snel mogelijk. Bovendien antwoordde hij ook altijd snel en uitgebreid op vragen die ik hem stuurde *via* e-mail en ook was hij telefonisch bereikbaar indien gewenst. Door de corona-maatregelen moest alles vanop afstand gebeuren, maar ondanks de afstand bleef de begeleiding optimaal. Ik kan hem daarom niet genoeg bedanken voor de begeleiding, de constructieve en uitgebreide feedback, de motiverende woorden en het geloof in mij.

Vervolgens zou ik ook de participanten willen bedanken voor hun deelname aan de interviews, alsook de participanten die bereid waren deel te nemen aan een interview, maar wiens interview ik heb moeten annuleren of op wiens aanbod ik niet kon ingaan, voornamelijk door de corona-maatregelen. Bovendien wil ik ook de mensen bedanken die overwogen hebben om een interview te laten plaatsvinden.

Last but not least zou ik mijn ouders willen bedanken voor de geboden kansen en steun. Zonder hen zou ik de kans niet gekregen hebben om te studeren en zou ik deze masterproef niet tot een goed einde gebracht hebben. Daarnaast wil ik zeker ook mijn vriend, (schoon)familie en vrienden bedanken voor de hulp in mijn zoektocht naar participanten, alle morele steun, alle motivatie en alle aanmoedigingen tijdens de afgelopen twee jaar. Zij hebben er mede voor gezorgd dat ik deze masterproef tot een goed einde heb kunnen brengen.

Amina Ryffranck  
Leuven, 2020



# Inhoudsopgave

|  |             |
|--|-------------|
| <b>Woord vooraf .....</b>  | <b>iii</b>  |
| <b>Lijst van tabellen .....</b>  | <b>vii</b>  |
| <b>Lijst van figuren.....</b>  | <b>viii</b> |
| <b>Lijst van afkortingen .....</b>                                     | <b>ix</b>   |
| <b>Lijst van begrippen .....</b>                                       | <b>x</b>    |
| <b>Inleiding.....</b>  | <b>1</b>    |
| <b>Doel van de studie.....</b>   | <b>6</b>    |
| <b>Methoden.....</b>   | <b>7</b>    |
| <b>1 Systematische literatuurstudie.....</b>                           | <b>7</b>    |
| <b>2 Kwalitatief onderzoek .....</b>                                   | <b>8</b>    |
| 2.1 <i>Dataverzameling</i> .....                                       | 8           |
| 2.2 <i>Participanten</i> .....   | 9           |
| <b>Systematische literatuurstudie .....</b>                            | <b>10</b>   |
| <b>1 Lichamelijke veranderingen.....</b>                               | <b>10</b>   |
| 1.1 <i>Algemene aanpak</i> .....                                       | 10          |
| 1.2 <i>Geslachts-affirmerende hormonen</i> .....                       | 11          |
| 1.2.1 Mannen.....  | 11          |
| 1.2.2 Vrouwen.....   | 14          |
| 1.3 <i>Gewenste effecten van geslachts-affirmerende hormonen</i> ..... | 17          |
| 1.3.1 Mannen.....  | 17          |
| 1.3.2 Vrouwen.....   | 20          |
| 1.4 <i>Neveneffecten van geslachts-affirmerende hormonen</i> .....     | 21          |
| 1.4.1 Mannen.....  | 21          |
| 1.4.2 Vrouwen.....   | 23          |
| 1.5 <i>Geslachts-affirmerende operaties</i> .....                      | 25          |
| 1.5.1 Mannen.....  | 25          |
| 1.5.2 Vrouwen.....   | 26          |
| 1.6 <i>Kankerscreening</i> .....                                       | 27          |
| 1.6.1 Mannen.....  | 27          |
| 1.6.2 Vrouwen.....   | 28          |
| <b>2 Geestelijke gezondheid .....</b>                                  | <b>29</b>   |
| 2.1 <i>Mannen</i> .....  | 31          |
| 2.2 <i>Vrouwen</i> .....   | 31          |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>3</b> | <b>Seksualiteit .....</b>                                | <b>33</b> |
| 3.1      | <i>Mannen .....</i>                                      | 35        |
| 3.2      | <i>Vrouwen .....</i>                                     | 36        |
|          | <b>Kwalitatieve onderzoeksresultaten .....</b>           | <b>39</b> |
| <b>1</b> | <b>Geestelijke gezondheid .....</b>                      | <b>39</b> |
| 1.1      | <i>Ongelukkig zijn.....</i>                              | 39        |
| 1.2      | <i>Angst.....</i>  | 39        |
| 1.3      | <i>Stress.....</i>                                       | 40        |
| 1.4      | <i>Maatschappelijke normen.....</i>                      | 40        |
| 1.5      | <i>Zelfvertrouwen .....</i>                              | 40        |
| 1.6      | <i>Lichaamsbeeld.....</i>                                | 41        |
| 1.7      | <i>Aanvaarding.....</i>                                  | 42        |
| 1.7.1    | <i>Intrapersoonlijke aanvaarding .....</i>               | 42        |
| 1.7.2    | <i>Sociale aanvaarding .....</i>                         | 44        |
| 1.8      | <i>Twijfel.....</i>                                      | 45        |
| 1.9      | <i>Gemoedstoestand bij het innemen van hormonen.....</i> | 46        |
| 1.10     | <i>Gelukkig zijn.....</i>                                | 47        |
| 1.11     | <i>Ontevredenheid .....</i>                              | 48        |
| 1.12     | <i>Agressie .....</i>                                    | 48        |
| 1.13     | <i>Besef dat er iets niet klopte .....</i>               | 48        |
| <b>2</b> | <b>Seksualiteit .....</b>                                | <b>50</b> |
| 2.1      | <i>Seksueel verlangen .....</i>                          | 50        |
| 2.2      | <i>Seksuele noden .....</i>                              | 50        |
| 2.3      | <i>Seksuele gedachten .....</i>                          | 51        |
| 2.4      | <i>Seksuele fantasieën.....</i>                          | 51        |
| 2.5      | <i>Seksueel gedrag .....</i>                             | 51        |
| 2.6      | <i>Porno.....</i>  | 53        |
| 2.7      | <i>Sexting .....</i>                                     | 53        |
| 2.8      | <i>Flirten .....</i>                                     | 53        |
| 2.9      | <i>Seksuele beleving.....</i>                            | 54        |
| 2.10     | <i>Seksuele veiligheid .....</i>                         | 55        |
| 2.11     | <i>Seksuele oriëntatie .....</i>                         | 55        |
|          | <b>Conclusie .....</b>                                   | <b>57</b> |
| <b>1</b> | <b>Invloed op het lichaam .....</b>                      | <b>58</b> |
| <b>2</b> | <b>Invloed op de geest.....</b>                          | <b>62</b> |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>3</b> | <b>Invloed op de seksualiteit .....</b> | <b>64</b>  |
|          | <b>Discussie .....</b>                  | <b>67</b>  |
|          | <b>Referenties .....</b>                | <b>69</b>  |
|          | <b>Bijlagen.....</b>                    | <b>76</b>  |
| <b>1</b> | <b>Codeerboek.....</b>                  | <b>76</b>  |
| <b>2</b> | <b>Interviewprotocol .....</b>          | <b>84</b>  |
| <b>3</b> | <b>Informed consent .....</b>           | <b>88</b>  |
| <b>4</b> | <b>Advies ethische commissie .....</b>  | <b>100</b> |

## Lijst van tabellen

|  |    |
|--|----|
| Tabel 1: Adolescente en volwassen transseksuelen in de DSM-5, ICD-10 en ICD-11 ..... | 3  |
| Tabel 2: Snelheid waarmee lichamelijke veranderingen optreden .....                  | 6  |
| Tabel 3: Testosteronpreparaten die gegeven worden aan mannen .....                   | 12 |
| Tabel 4: Oestrogenen die gegeven worden aan vrouwen .....                            | 15 |
| Tabel 5: Antiandrogenen die gegeven worden aan vrouwen .....                         | 16 |

## Lijst van figuren

|   |    |
|---|----|
| Figuur 1. Gewenste en ongewenste effecten van testosteron bij mannen.....   | 18 |
| Figuur 2. Effect van geslachts-affirmerende hormonen op het seksuele verlangen bij mannen en vrouwen. ....  | 19 |
| Figuur 3. Gewenste en ongewenste effecten van oestrogenen en antiandrogenen bij vrouwen.....  | 21 |
| Figuur 4. Percentage van elke groep in de X-as die bereid is om te daten met een cispersoon, een vrouw, een man, of zowel een vrouw als een man. .... | 34 |

## Lijst van afkortingen

| <b>Afkorting</b> | <b>Betekenis</b>   |
|------------------|--|
| DSM-5            | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e editie |
| GnRH             | Gonadotropine vrijzettend hormoon                                |
| HIV              | Human immunodeficiency viruses                                   |
| ICD              | International Classification of Diseases                         |
| OBC              | Onderwijs-BegeleidingsCommissie                                  |
| SDI              | Sexual Desire Inventory  |

## Lijst van begrippen

| <b>Begrip</b>                        | <b>Betekenis</b>  |
|--------------------------------------|---|
| Agender                              | Genderloos  |
| Bigender                             | Het gelijktijdig of afwisselend ervaren van twee genderidentiteiten   |
| Cisgender (mannen of vrouwen)        | Mensen die bij de geboorte respectievelijk het mannelijke of vrouwelijke geslacht kregen toegewezen en zich respectievelijk ook (overwegend) man of vrouw voelen  |
| Gender                               | Een spectrum van expressie en identiteit dat vaak binair voorgesteld wordt en dat sociaal gestructureerde en culturele karakteristieken weerspiegelt van mannen en vrouwen, zoals normen, rollen en relaties tussen groepen mannen en vrouwen |
| Genderdysforie                       | Wanneer er psychisch leed of ongemak ontstaat bij een individu dat bij de geboorte het mannelijke of vrouwelijke geslacht toegewezen kreeg, maar zich respectievelijk geen man of vrouw voelt   |
| Genderfluiditeit                     | Een veranderende genderidentiteit in functie van de tijd  |
| Genderidentiteit                     | Een intrinsiek gevoel en dus een identificatie met het mannelijke en/of vrouwelijke gender of met geen van beiden   |
| Genderincongruentie                  | Een genderidentiteit die non-conform is aan culturele verwachtingen die horen bij een man of vrouw betreffende attitudes, expressie, gedragingen en genderrollen  |
| Genderqueer                          | Een genderidentiteit die niet mannelijk of vrouwelijk is  |
| Man/vrouw                            | Personen die bij de geboorte respectievelijk het vrouwelijke of mannelijke geslacht toegekend kregen, maar hun eigen genderidentiteit respectievelijk als mannelijk of vrouwelijk zien  |
| Pangender                            | Iemand die zichzelf alle genders toewijst   |
| Transgenderisme/<br>Transseksualisme | Het verlangen om de genderidentiteit conform te laten zijn met de fysieke kenmerken, met het uiterlijk  |
| Trigender                            | Het gelijktijdig of afwisselend ervaren van drie genderidentiteiten   |

## Inleiding

Na het kiezen van een fysiologisch thema voor deze masterproef, werd een systematische literatuurstudie geschreven met aanvullende resultaten uit kwalitatief onderzoek, meer specifiek uit semigestructureerde interviews. Hierbij is gekozen voor de invloed van geslachts-affirmerende hormonen op het lichaam van transgender personen, om dit thema vervolgens verder uit te breiden naar de invloed van geslachts-affirmerende interventies op het lichaam, het mentale welbevinden en op de seksualiteit. Maar wat is een transgender persoon? En wanneer worden geslachts-affirmerende interventies gestart?

Transgender personen zijn mensen met een andere genderidentiteit dan het geslacht dat bij de geboorte toegekend werd (Webb & Safer, 2019), wat meestal gebaseerd is op de externe genitalia of de chromosomen (Tangpricha & den Heijer, 2017). Hun genderidentiteit, wat een intrinsiek gevoel is en dus een identificatie met het mannelijke en/of vrouwelijke gender of met geen van beiden, is met andere woorden non-conform aan culturele verwachtingen die horen bij een man of vrouw betreffende attitudes, expressie, gedragingen en genderrollen (Hembree et al., 2017; Thurston & Allan, 2018; Webb & Safer, 2019). Dit wordt ook wel genderincongruentie genoemd (Hembree et al., 2017; Webb & Safer, 2019). Als er psychisch leed of ongemak ontstaat bij een individu dat bij de geboorte het mannelijke of vrouwelijke geslacht toegewezen kreeg, maar zich respectievelijk geen man of vrouw voelt, dan is er sprake van genderdysforie (Hembree et al., 2017; Webb & Safer, 2019).

Genderidentiteit en -expressie worden als een spectrum bekeken (Webb & Safer, 2019), in plaats van als het dominerende beeld van een man-vrouw dichotomie (Thurston & Allan, 2018). Dat gender meestal dichotoom bekeken wordt, komt door de bovengenoemde culturele verwachtingen (Thurston & Allan, 2018). In het spectrum worden zowel binaire als niet-binaire termen gebruikt. Niet-binaire termen zijn: 'genderqueer' (genderidentiteit die niet mannelijk of vrouwelijk is), 'bigender' (gelijktijdig of afwisselend ervaren van twee genderidentiteiten), 'trigender' (gelijktijdig of afwisselend ervaren van drie genderidentiteiten), 'pangender' (zichzelf alle genders toewijzen), 'agender' (synoniem voor genderloos) en 'genderfluiditeit' (een veranderende genderidentiteit in functie van de tijd) (Thurston & Allan, 2018). Binaire termen vormen het dominante beeld van gender, waarin men zich als (trans)man, (trans)vrouw of transgender moet identificeren (Thurston & Allan, 2018). Er zijn individuen die zich nooit volledig als man of vrouw zullen identificeren en individuen die zich tijdens verschillende fasen van hun leven op een ander punt in het spectrum bevinden (Taylor, Pal, & Seli, 2020). Desondanks wordt in deze masterproef gefocust op de binaire termen van het spectrum, op het zijn van man of vrouw.

Indien er sprake is van genderdysforie, zoekt het merendeel van de transgender personen hulp om de genderdysforie te verbeteren en om de fysieke en psychologische kenmerken te laten overeenstemmen met het gender dat *via* de eigen genderidentiteit ervaren wordt (Tangpricha & den Heijer, 2017). Deze hulp vertaalt zich vaak in een hormoontherapie, al dan niet voorafgegaan door het onderdrukken van de puberteit en al dan niet gevolgd door operaties (Mahfouda et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017). Volgens Webb en Safer (2019) werd voordat de term 'genderincongruentie' werd gebruikt, de term 'transseksuelen' vaak gebruikt. 'Transseksuelen' is dus een oudere term voor genderincongruentie en verwijst naar mensen die hun uiterlijk permanent probeerden te laten overeenkomen met hun genderidentiteit *via* medische interventies of naar mensen die het verlangen hadden om dit te doen (Hembree et al., 2017; Webb & Safer, 2019). Soms worden de termen 'vrouw-naar-man transseksuelen' of 'man-naar-vrouw transseksuelen' nog gebruikt voor respectievelijk transmannen en transvrouwen (Tangpricha & den Heijer, 2017), maar transgender personen zijn hier nooit blij mee geweest (Van Spilbeeck, 2019).

**Net zoals de term 'transseksuelen' tegenwoordig in beperkte mate gebruikt wordt, wordt ook in beperkte mate van 'transseksualisme' gesproken (Thurston & Allan, 2018). Een meer**



voorkomende term is ‘transgenderisme’ (Irwig, 2017). Desondanks dat transgender personen daar nooit blij mee geweest zijn en ‘transgenderisme’ een meer voorkomende term is, wordt in deze masterproef toch voor de termen ‘transseksuelen’ en ‘transseksualisme’ geopteerd. Dit omdat gender een spectrum is en de aanwezige genderincongruentie eigenlijk **geslachtsincongruentie** omvat. Transgenderisme of transeksualisme is het verlangen om de genderidentiteit conform te laten zijn met de fysieke kenmerken, met het uiterlijk (Thurston & Allan, 2018). Dat is ook de reden waarom in deze masterproef geopteerd wordt voor de term ‘geslachts-affirmerend’ en niet voor ‘gender-affirmerend’. Transseksualisme is, net als genderdysforie, een diagnose die kan gesteld worden om gendertransitie te laten plaatsvinden (Thurston & Allan, 2018). Echter werken de meeste landen volgens de vijfde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) (zie Tabel 1), waarbij de diagnose genderdysforie een noodzakelijk criterium is en transeksualisme als dusdanig een onvoldoende criterium voor een transitie (Mueller, De Cuypere, & T’Sjoen, 2017a). Met het verschil dat er dus bij genderdysforie een psychisch leed of ongemak mee gepaard gaat en dat dit bij transeksualisme of transgenderisme niet noodzakelijk het geval is (Webb & Safer, 2019) (cf. supra). Er is een grotere kans op het krijgen van de diagnose en dus op het lijden aan genderdysforie als er een sociaal stigma heerst en/of andere gevolgen die aan de identificatie gebonden zijn op legaal, professioneel, sociaal, familiaal en relationeel vlak (Mueller et al., 2017a). Sommige landen werken echter met de International Classification of Diseases (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie, waarbij meestal de 10<sup>e</sup> versie (ICD-10) gebruikt wordt (World Health Organisation, 2019a). In de ICD-10 is transeksualisme als dusdanig een voldoende criterium (World Health Organisation, 2019a) (zie Tabel 1). In de 11<sup>e</sup> revisie van de ICD (ICD-11) wijzigde de term transeksualisme in genderincongruentie (zie Tabel 1) en werd de diagnose van genderincongruentie uit het hoofdstuk “Mental and behavioural disorders” gehaald en opgenomen in het hoofdstuk “Conditions related to sexual health” (World Health Organisation, 2019b). Dat is een belangrijke verandering in classificatie omdat het op die manier deze mensen uit de pathologie haalt en hen op die manier geen stigma meer geeft (T’Sjoen et al., 2020). Tegelijk geeft de classificatie mannen en vrouwen wel nog toegang tot de geslachts-affirmerende gezondheidszorg en terugbetaling door de ziekteverzekering (Enzlin, 2019)<sup>1</sup>. Bovendien levert dit volgens Enzlin (2019)<sup>1</sup> ook erkenning op voor links tussen genderidentiteit, seksueel gedrag, blootstelling aan geweld en seksueel overdraagbare aandoeningen.

Niet elke transeksuele persoon lijdt dus aan genderdysforie (Webb & Safer, 2019). Een vrouw-naar-man transeksueel, transgender man of transman, is een individu waarbij het vrouwelijke geslacht bij de geboorte vastgelegd werd, maar dat zich identificeert met een man. Een man-naar-vrouw transeksueel, transgender vrouw of transvrouw, is een individu waarbij het mannelijke geslacht bij de geboorte vastgelegd werd, maar dat zich identificeert met een vrouw (Mueller et al., 2017a; Webb & Safer, 2019). Dat houdt niet noodzakelijk in dat daar leed of ongemak mee gepaard gaat. Onafhankelijk van het al dan niet lijden aan genderdysforie zouden transmannen en transvrouwen, volgens Van Spilbeeck (2019) en de participanten van de interviews, niets liever willen dan als respectievelijk mannen en vrouwen te worden aangesproken. **In het verloop van deze masterproef zullen transmannen en transvrouwen dan ook respectievelijk worden benoemd als mannen en vrouwen.** Het voorvoegsel ‘trans’ zorgt voor stigmatisering. Bovendien impliceert het dat ze eerst, respectievelijk, een cisgender vrouw of man waren, terwijl ze zich nooit zo hebben gevoeld (Van Spilbeeck, 2019). Cisgender mannen of vrouwen zijn mensen die bij de geboorte respectievelijk het mannelijke of vrouwelijke geslacht toegewezen kregen en zich respectievelijk ook (overwegend) man of vrouw voelen (Mueller et al., 2017a). Cisgender personen zijn met andere woorden mannen en vrouwen, zoals ze door de gemiddelde burger gezien en omschreven worden. **Indien het in deze**

<sup>1</sup> Bron afkomstig van Toledo (niet publiekelijk toegankelijk).

Tabel 1

*Adolescente en volwassen transseksuelen in de DSM-5, ICD-10 en ICD-11*

|        |  |
|--------|--|
| DSM-5  | <p><b>Gender dysphoria</b></p> <p>In adolescents and adults gender dysphoria diagnosis involves a difference between one's experienced/expressed gender and assigned gender, and significant distress or problems functioning. It lasts at least six months and is shown by at least two of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics</li> <li>2. A strong desire to be rid of one's primary and/or secondary sex characteristics</li> <li>3. A strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics of the other gender</li> <li>4. A strong desire to be of the other gender</li> <li>5. A strong desire to be treated as the other gender</li> <li>6. A strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender</li> </ol> |
| ICD-10 | <p><b>Transsexualism</b></p> <p>A desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by a sense of discomfort with, or inappropriateness of, one's anatomic sex, and a wish to have surgery and hormonal treatment to make one's body as congruent as possible with one's preferred sex.</p>  |
| ICD-11 | <p><b>Gender incongruence of adolescence or adulthood</b></p> <p>Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex, which often leads to a desire to 'transition', in order to live and be accepted as a person of the experienced gender, through hormonal treatment, surgery or other health care services to make the individual's body align, as much as desired and to the extent possible, with the experienced gender. The diagnosis cannot be assigned prior the onset of puberty. Gender variant behaviour and preferences alone are not a basis for assigning the diagnosis.</p>   |

*Noot.* De teksten werden gedownload van de volgende websites:  
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>; <https://icd.who.int/browse10/2019/en>;  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

**masterproef over cisgender mannen of vrouwen gaat, zullen telkens de termen 'cis' of 'cisgender' voorafgaand gebruikt worden.** Waarom iemand zich voelt als het andere geslacht dan zijn/haar cisgender is een punt van discussie. Mogelijke verklaringen zijn: biologische componenten, sociaal-constructivistische componenten of biopsychosociale componenten. Anatomische en genetische studies wijzen alvast op een biologische component (Irwig, 2017). De centrale onderverdeling van de bed nucleus van de stria terminalis, een belangrijke hersenzone voor seksueel gedrag, is bij vrouwen even groot als bij cisgender vrouwen en de helft kleiner dan bij cisgender mannen (Zhou et al., 1995). Positron-emissie tomografie en structurele en functionele magnetische resonantie imaging wijzen ook op functionele en morfologische verschillen in meerdere hersenstructuren tussen cis- en transseksuele personen (Mueller et al., 2017a; Mueller, Landré, Wierckx, & T'Sjoen, 2017b; Webb & Safer, 2019). Zo zijn er bemoedigende resultaten over verschillen in antwoord op olfactorische en stemperceptie (Mueller et al., 2017b). Er zijn nog geen specifieke genen geassocieerd met transseksualisme, maar studies bij tweelingen suggereren wel een mogelijke genetische link (Taylor et al., 2020). In een kleine tweelingenstudie is er 39% concordantie van transseksualisme tussen monozygote (eeneiige) tweelingen en 0% tussen dizygote (twee-eiige) tweelingen (Heylens et al., 2012). De precieze genetische basis van transseksualisme is echter onduidelijk (Irwig, 2017).

Om een gendertransitie te laten plaatsvinden is er een noodzaak aan professionals die kennis hebben van zaken om al dan niet toe te laten dat medische stappen worden ondernomen om er fysiek uit te zien als het gender waarmee een persoon zich identificeert (Thurston & Allan, 2018; World Health Organisation, 2019b). Zij kunnen een transitie met geslachts-affirmerende hormonen opstarten door de diagnose te stellen van genderdysforie op plaatsen waar gewerkt wordt met de DSM-5 door het constateren dat er psychologische 'distress' en een ernstige verstoring van het dagelijkse leven gepaard gaan met de genderincongruentie, de diagnose transseksualisme op plaatsen waar gewerkt wordt met de ICD-10 (World Health Organisation, 2019a), of door genderincongruentie te constateren op plaatsen waar gewerkt zal worden met de ICD-11 (World Health Organisation, 2019b) (zie Tabel 1). Mogelijke medische stappen houden psychologische ondersteuning in, geslachts-affirmerende hormonen en geslachts-affirmerende operaties (Mahfouda et al., 2019). Er bestaan verschillende geslachts-affirmerende operaties, namelijk vaginoplastiek (het creëren van een vagina vanuit de penis en soms vanuit de scrotale huid, niet-genitale huid of een colontransplantaat), clitoroplastiek (het creëren van een clitoris), penectomie (het verwijderen van de penis), orchidectomie (het verwijderen van de testes), hysterectomie (het verwijderen van de baarmoeder) in combinatie met salpingo-ovariëctomie (het verwijderen van de eileiders en eierstokken), vaginectomie (het gedeeltelijk of geheel verwijderen van de vagina), metaidoioplastiek (het creëren van een minipenis uit de door hormoongebruik gegroeide clitoris) of falloplastiek (het creëren van een grotere penis uit weefsel van meestal de voorarm), scrotoplastiek/oscheoplastiek (het creëren van een balzak uit bestaande genitale weefsels met toevoegen van testiculaire prothesen), borstvergroting of bilaterale mastectomie/borstamputatie gevolgd door borstreconstructie (vermannelijken van de thorax), gezichtsreconstructie, en strottenhoofd of luchtpijp operaties (Mahfouda et al., 2019; Taylor et al., 2020; Transgender infopunt, z.j.). Welke operaties worden uitgevoerd, is afhankelijk van de genderidentiteit en de persoonlijke voorkeur (Mahfouda et al., 2019).

De prevalentie van transseksualisme is om verschillende redenen moeilijk vast te stellen. (i) Niet elke transseksuele persoon heeft genderdysforie (Webb & Safer, 2019). (ii) Sommige transseksuele personen komen er pas later in het leven voor uit en anderen nooit, omdat ze bang zijn voor stigmatisering en sociale druk (Irwig, 2017). Dit wil zeggen dat niet elk transseksueel individu medische hulp wil of zoekt, en dus niet in de statistieken opgenomen wordt (Irwig, 2017). (iii) Er zijn verschillende definities van transseksualisme (Tangpricha & den Heijer, 2017). De meeste onderzoekers nemen enkel personen op in hun studies met genderdysforie, al dan niet in combinatie met hormoontherapie, of personen die legale geslachts-affirmerende operaties aangegaan zijn (Tangpricha & den Heijer, 2017; Van Caenegem et al., 2015). In sommige andere onderzoeken moeten ze aan andere diagnostische criteria voldoen dan genderdysforie uit de DSM-5 of een aanvraag voor medische interventies gedaan hebben (Tangpricha & den Heijer, 2017). Het al dan niet op zoek gaan naar hormoontherapie hangt bovendien ook samen met het land waarin het individu woont, omdat de toegankelijkheid tot hormoontherapie van land tot land varieert (Irwig, 2017). Een recente meta-analyse vond een prevalentie van transseksualisme van 4,6 per 100.000: 6,8 voor vrouwen en 2,6 voor mannen (Arcelus et al., 2015). Deze systematische review was gebaseerd op 21 studies, waarbij er maar 12 voldoende data hadden voor een meta-analyse. De prevalentie stijgt de laatste 50 jaar. Deze gegevens zijn gebaseerd op het aantal patiënten die een kliniek voor transseksuelen raadpleegden. Gezien niet elke transseksuele persoon hulp zoekt, is de prevalentie waarschijnlijk veel hoger. Recent verschenen populatiestudies tonen dan ook een veel hogere prevalentie. De cijfers variëren van 0,5% in de Verenigde Staten tot 0,6 - 1,1% in België en Nederland (T'Sjoen et al., 2020). Volgens Van Caenegem et al. (2015) zou de prevalentie van genderincongruentie in Vlaanderen meer specifiek gaan om 0,7% van de personen die bij de geboorte het mannelijke geslacht toegewezen kregen en het verlangen hebben om vrouw te worden/zijn, en om 0,6% van de personen die bij de geboorte het vrouwelijke geslacht toegewezen kregen en het verlangen hebben om man te worden/zijn. Dit komt respectievelijk neer op 17.407 en 14.981 personen. Voor genderdysforie zou dat volgens De Cuyper en Olyslager (2009) in Vlaanderen en Nederland neerkomen op 1 per 1.000 à 2.000 personen die bij de geboorte het mannelijke geslacht toegewezen kregen en het verlangen hebben om vrouw te worden/zijn, en op 1 per

2.000 à 4.000 personen die bij de geboorte het vrouwelijke geslacht toegewezen kregen en het verlangen hebben om man te worden/zijn. Er kan dus geconcludeerd worden dat er in Vlaanderen en Nederland meer personen die bij de geboorte het mannelijke geslacht toegewezen krijgen liever vrouw zouden zijn dan er personen zijn die bij de geboorte het vrouwelijke geslacht toegewezen krijgen en liever man zouden zijn.

## Doel van de studie

In deze masterproef wordt ingegaan op de invloed van geslachts-affirmerende interventies op het lichaam, de geest en de seksualiteit van zowel mannen als vrouwen. Het oorspronkelijk doel was een literatuurstudie uit te voeren. Echter werd, na het doorlopen van de eerste stappen van een systematische literatuurstudie (cf. infra, 1 Systematische literatuurstudie), opgemerkt dat er niet veel informatie te vinden is over voornamelijk de invloed op seksueel vlak (Defreyne et al., 2020), en ook op geestelijk vlak blijkt de informatie schaars en oppervlakkig. Op seksueel en geestelijk vlak blijkt dat voornamelijk het geval voor mannen en vrouwen zonder genitale chirurgie (Colizzi, Costa, & Todarello, 2014; T'Sjoen et al., 2020). Volgens Klein en Gorzalka (2009) is er ook een gebrek aan literatuur over het seksuele functioneren na genitale chirurgie. Door gebrek aan informatie werd door de Ethische Commissie van UZ/KU Leuven toestemming gegeven om interviews af te nemen bij mannen en vrouwen om te peilen naar hun geestelijke en seksuele beleving. Ook (potentieel) geïnterviewde mannen en vrouwen vinden dat er te weinig aandacht besteed wordt aan zowel de geestelijke als seksuele gezondheid, te weinig onderzoek gedaan wordt en dus ook te weinig informatie over te vinden is. Ze waren daarom blij dat iemand daar eens onderzoek naar ondernam. Voor de interviews werd gekozen om een inclusiecriteria en een exclusiecriteria te hanteren om bevindingen uit de literatuur uit te breiden, te bekrachtigen of te ontkrachten. Enerzijds werd als inclusiecriteria gekozen voor de voorwaarde dat de mannen en vrouwen reeds minimaal 6 maanden een geslachts-affirmerende hormoontherapie krijgen. Dit omdat de initiatie van alle mogelijke effecten van masculinisatie en feminisatie tot 6 maanden kan duren (Hembree et al., 2017) (zie Tabel 2). Anderzijds werden kinderen en jongeren van minder dan 18 jaar als exclusiecriteria gekozen. Dit omdat deze leeftijdsgroep een eigen aanpak vereist (Hembree et al., 2017).

Tabel 2

*Snelheid waarmee lichamelijke veranderingen optreden*

| Masculinizing effects in transgender males |         |         | Feminizing effects in transgender females |          |          |
|--|---------|---------|---|----------|----------|
| Effect                                     | Onset   | Maximum | Effect                                    | Onset    | Maximum  |
| Skin oiliness/acne                         | 1–6 mo  | 1–2 y   | Redistribution of body fat                | 3–6 mo   | 2–3 y    |
| Facial/body hair growth                    | 6–12 mo | 4–5 y   | Decrease in muscle mass and strength      | 3–6 mo   | 1–2 y    |
| Scalp hair loss                            | 6–12 mo | —       | Softening of skin/decreased oiliness      | 3–6 mo   | Unknown  |
| Increased muscle mass/strength             | 6–12 mo | 2–5 y   | Decreased sexual desire                   | 1–3 mo   | 3–6 mo   |
| Fat redistribution                         | 1–6 mo  | 2–5 y   | Decreased spontaneous erections           | 1–3 mo   | 3–6 mo   |
| Cessation of menses                        | 1–6 mo  | —       | Male sexual dysfunction                   | Variable | Variable |
| Clitoral enlargement                       | 1–6 mo  | 1–2 y   | Breast growth                             | 3–6 mo   | 2–3 y    |
| Vaginal atrophy                            | 1–6 mo  | 1–2 y   | Decreased testicular volume               | 3–6 mo   | 2–3 y    |
| Deepening of voice                         | 6–12 mo | 1–2 y   | Decreased sperm production                | Unknown  | >3 y     |
|  |         |         | Decreased terminal hair growth            | 6–12 mo  | >3 y     |
|  |         |         | Scalp hair                                | Variable | —        |
|  |         |         | Voice changes                             | None     | —        |

*Noot.* mo, month; y, year.

Aangepast van "Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline", door Hembree, W. et al., 2017, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), p. 3888-3889.

## Methoden

### 1 Systematische literatuurstudie

Deze masterproef kreeg eerst en vooral vorm *via* een systematische literatuurstudie. Bij een systematische literatuurstudie worden volgens Khan, Kunz, Kleijnen en Antes (2003) vijf stappen doorlopen. Een eerste stap is een onderzoeksvraag opstellen. Hierbij werd in deze masterproef gekozen voor: 'Wat is de invloed van geslachts-affirmerende interventies op het lichaam, de geest en de seksualiteit van transseksuele personen?'.

Om vervolgens tot stap twee over te gaan: het selecteren van wetenschappelijke literatuur. Eerst en vooral werden mij hiervoor de boeken *Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management* van Strauss, Barbieri en Gargiulo (achtste editie, 2019) en *Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility* van Taylor, Pal en Seli (negende editie, 2020) aangeboden door mijn promotor, waarin telkens een hoofdstuk is uitgewerkt over hormonen bij transseksuelen. Ook werden mij vijf artikels aangeboden, die ik, samen met andere artikels, terugvond in PubMed met één van volgende zoektermen of met een combinatie van enkele van deze zoektermen: transgender, transgenderism, transsexualism, gender dysphoria, gender-affirming, hormone therapy transgenders, sex\*, trans\* (sexual and gender minorities & transgender persons), man-to-female, female-to-male etc. Bovendien ging ik in de vijf overhandigde artikels en in de twee overhandigde boeken in de bijhorende referentielijst op zoek naar mogelijk relevante literatuur.

In de derde stap werd de wetenschappelijke literatuur gescreend en werd de heterogeniteit nagegaan (kwalitatief onderzoek, kwantitatief onderzoek, narratieve literatuurstudie, systematische literatuurstudie etc.). Aan de hand van bovenstaande termen werd met andere woorden een selectie gemaakt van mogelijk relevante artikels uit heteroog onderzoek. De geselecteerde artikels werden eerst geselecteerd op basis van de titel en vervolgens werd het abstract van deze artikels gelezen. Ten slotte werden de artikels geselecteerd waarvan de abstracts duiden op mogelijk relevante inhoud voor de opgestelde onderzoeksvraag.

In de vierde stap werd een meta-analyse gedaan van alle geselecteerde literatuur. In deze meta-analyse werden alle relevante kenmerken van de geselecteerde literatuur beschreven, passende bij de onderzoeksvraag. Met het beschrijven werden gelijkenissen en verschillen aangehaald.

Ten slotte werd in de vijfde stap een interpretatie gemaakt van alle informatie uit de geselecteerde literatuur. Daarin kwam geregeld tegenstrijdige informatie naar voor. Het was belangrijk om daarbij de meest hoogstaande onderzoeken, en dus meest betrouwbare onderzoeken, te gebruiken als uitvalsbasis.

## 2 Kwalitatief onderzoek

Naast een systematische literatuurstudie om deze masterproef vorm te geven, werd voor bevindingen betreffende mannen ook gebruik gemaakt van interviews. Er werden in totaal 5 semigestructureerde interviews afgenomen bij mannen. Deze werden gebruikt om de informatie uit de geselecteerde wetenschappelijke literatuur uit te breiden, te bevestigen of te ontkrachten. De methode betreffende de interviews wordt hieronder uitgewerkt.

### 2.1 Dataverzameling

Nadat tijdens het verzamelen van literatuur voor deze masterproef bleek dat er niet veel informatie terug te vinden is over de geestelijke en seksuele gezondheid van mannen en vrouwen, werd besloten om bij de Onderwijs-BegeleidingsCommissie (OBC) van de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven een aanvraag in te dienen voor het afnemen van semigestructureerde interviews. Deze aanvraag gebeurde op 05 november 2019. Via de OBC werd dit onderzoek goedgekeurd door de Ethische Commissie van UZ/KU Leuven op 26 november 2019 (zie Bijlage 4). Vervolgens werden de participanten verzameld via een gelegenheidssteekproef en een sneeuwbalsteekproef. Bij een gelegenheidssteekproef wordt een steekproef genomen uit een populatie van participanten die toevallig voorhanden zijn (Baarda et al., 2013). Bij een sneeuwbalsteekproef worden participanten gerekruteerd via proefpersonen die al deelnamen aan het onderzoek (Baarda et al., 2013). Aan de participanten werd voor hun deelname reeds de 'informed consent', die werd goedgekeurd door de OBC, doorgestuurd (zie Bijlage 3). Door deze door te nemen konden ze beslissen al dan niet aan het onderzoek deel te nemen. Wanneer beslist werd om deel te nemen werd een exemplaar van de 'informed consent' meegebracht naar het interview en in tweevoud ondertekend voordat het interview plaatsvond. Voor online interviews (cf. infra, 2.2 Participanten) werd online een formulier ondertekend en bezorgd aan beide partijen. Bovendien hadden de participanten eerst nog de mogelijkheid om eventuele vragen te stellen en werd ook nogmaals de mogelijkheid om het interview te beëindigen, benadrukt. Tijdens de interviews werd gebruik gemaakt van een interviewprotocol die werd goedgekeurd door de OBC (zie Bijlage 2). De interviews vonden plaats op de campus van de KU Leuven te Brugge, en online via Zoom. Op de campus te Brugge werd telkens een lokaal gereserveerd, zodat er in een veilige omgeving ongestoord interviews konden plaatsvinden. De interviews werden telkens opgenomen met behulp van audio-opnameapparatuur om achteraf letterlijke transcripties te kunnen maken van wat de mannen hebben verteld. Nadat de interviews waren afgenomen, die gemiddeld 114 minuten duurden (standaarddeviatie = 34), werden transcripties gemaakt om vervolgens op deze 125 pagina's thematische inhoudsanalyses te kunnen uitvoeren. Daarbij werden thema's en codes, wat korte woorden of combinaties van woorden zijn, afgeleid uit de transcripties (Baarda et al., 2013). Uit de analyses ontstond een codeerboek met 13 thema's betreffende de geestelijke gezondheid en 11 thema's betreffende de seksuele gezondheid (zie Bijlage 1). Uit het codeerboek werden vervolgens de resultaten afgeleid om ten slotte de conclusie en de discussie te schrijven.

## 2.2 Participanten

Om aan de interviews te mogen deelnemen moest met twee inclusiecriteria rekening gehouden worden. Ten eerste moesten de mannen en vrouwen sinds minimaal 6 maanden geslachts-affirmerende hormonen innemen, omdat het lichaam tijd nodig heeft om op die hormonen te reageren (zie Tabel 2). Ten tweede moesten de mannen en vrouwen de inname van de hormonen begonnen zijn na hun puberteit, omdat er een verschil in behandelingsproces is tussen een al dan niet biologisch volwassen lichaam.

De participanten werden verzameld *via* een gelegenheidssteekproef en een sneeuwbalsteekproef (cf. supra, 2.1 Dataverzameling). 4 participanten werden verzameld *via* een gelegenheidssteekproef. Daarvan werden er 3 participanten verzameld *via* vrienden van de onderzoekster die een man kenden die aan de criteria voldeed. Bovendien kende de onderzoekster ook zelf een man die aan de criteria voldeed. *Via* deze man werd nog een participant bereikt. Deze participant werd dus verzameld *via* een sneeuwbalsteekproef. Aan de interviews hebben dus 5 participanten deelgenomen ( $N = 5$ ). Alle participanten bevinden zich in de vroege volwassenheid, waarbij 1 participant zich bijna in de middenvolwassenheid bevindt volgens de leeftijdsstadia van de menselijke ontwikkeling (Berk, 2013). De participanten die zich duidelijk in de vroege volwassenheid bevinden, namen gemiddeld reeds 5 jaar hormonen en de participant die zich net niet in de middenvolwassenheid bevindt, nam reeds 7 maanden hormonen op het moment van hun interview.

De verzameling van de uiteindelijke participanten liep echter niet zoals gehoopt. De rekrutering kwam traag op gang en net toen er 4 interviews hadden plaatsgevonden in de eerste helft van maart 2020, werden de corona-maatregelen in België ingevoerd. Doordat een online afname niet voor iedereen weggelegd is omdat niet iedereen vertrouwen heeft in het delen van vertrouwelijke informatie *via* online tools en niet iedereen even goed kan omspringen met online tools, vond sinds de 'lockdown' slechts 1 extra interview plaats. Dit interview vond plaats *via* het programma Zoom. Verder konden geen participanten worden warmgemaakt voor een online interview. Bovendien werden de uitgevoerde interviews allemaal bij mannen afgenomen doordat de gelegenheids- en sneeuwbalsteekproef vooral mannen opleverd hadden. Er begonnen zich net enkele vrouwen aan te bieden toen de corona-maatregelen ingevoerd werden. Dit maakte het onmogelijk om interviews te organiseren voor vrouwen. Hierdoor werd beslist om een 6<sup>e</sup> interview, dat reeds ingepland werd voordat de corona-maatregelen werden ingevoerd, te annuleren. Hiervoor kon gelukkig op begrip gerekend worden van de participant.



## Systematische literatuurstudie

### 1 Lichamelijke veranderingen

#### 1.1 Algemene aanpak

Het is niet mogelijk om de genderidentiteit van een persoon te veranderen (Webb & Safer, 2019). Pogingen om de genderidentiteit te veranderen leiden volgens de auteurs tot een zeer matige psychosociale uitkomst. Behandelingen hebben dan ook als doel het uiterlijk van een man of vrouw in lijn te brengen met zijn of haar genderidentiteit (Taylor et al., 2020). Deze behandelingen worden uitgevoerd door een multidisciplinair team, waarin endocrinologen een belangrijke rol spelen (T'Sjoen, Arcelus, Gooren, Klink, & Tangprincha, 2019; Taylor et al., 2020). De patiënt consulteert meestal een hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg, zoals een psycholoog of een seksuoloog in een centrum voor transseksuele personen. Gezien genderincongruentie in de ICD-11 geen "mental and behavioural disorder" meer is, maar een "condition related to sexual health" (World Health Organisation, 2019b; cf. supra, Inleiding) en dus uit de pathologie gehaald is, stellen T'Sjoen et al. (2020) zich de volgende vraag: "The change in the ICD-11 questions the need of mental health professionals as part of the assessment of trans people wishing gender-affirming medical interventions". Deze hulpverleners bevestigen normaal gezien de diagnose van genderdysforie, maar door de wijziging in de ICD-11 wordt de nood aan deze bevestiging in vraag gesteld. Er bestaan geen gevalideerde psychologische testen of medische beeldvorming om de diagnose te stellen, omdat het een zeer grote en heterogene populatie betreft (T'Sjoen et al., 2019). Daarnaast moet er nog aan drie inclusiecriteria voldaan worden vooraleer een hormoontherapie te starten (Webb & Safer, 2019). Eerst en vooral moet er een persisterende incongruentie zijn tussen de genderidentiteit en de externe geslachtsdelen die bij de geboorte aanwezig zijn. Bovendien moeten eventuele aanwezige medische of mentale aandoeningen stabiel zijn. Ten slotte moet de persoon in staat zijn om een 'informed consent' te geven en om in te stemmen met de volledige behandeling. Nadat genderdysforie is vastgesteld en de drie inclusiecriteria bevestigd zijn, wordt de persoon doorverwezen naar een endocrinoloog of een gekwalificeerd arts (Taylor et al., 2020). Een 'position statement' van de European Society for Sexual Medicine stelt wel dat deze artsen voldoende vertrouwd moeten zijn met psychische problemen zoals depressie, angst, zelfmoordgedachten en automutilatie, omdat deze frequenter voorkomen dan bij cisgender personen, vooral als men geen hormonen krijgt, weinig sociale steun heeft of weinig weerbaar is. De artsen moeten deze problemen kunnen identificeren en de persoon doorverwijzen naar andere hulpverleners (T'Sjoen et al., 2020).

De behandelende arts doet een anamnese naar de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis, en voert een lichamelijk onderzoek uit om te bepalen of de persoon mag starten met geslachts-affirmerende hormonen (T'Sjoen et al., 2019; T'Sjoen et al., 2020; Taylor et al., 2020). Het doel van de behandeling is volgens de auteurs de fysieke karakteristieken van de persoon meer te laten overeenkomen met zijn of haar genderidentiteit met als doel de mentale gezondheid te verbeteren en de genderdysforie te reduceren. Bij mannen zal men testosteron toedienen en in sommige gevallen kortstondig de endogene oestrogeenproductie remmen met een progestageen of een gonadotropine vrijzettend hormoon (GnRH)-agonist (Hembree et al., 2017; Taylor et al., 2020) (cf. infra, 1.2.1 Mannen). Een (gewenste) zwangerschap en lactatie zijn een absolute contra-indicatie voor het toedienen van testosteron. Een uitgesproken hypertensie, een onstabiel coronair lijden, slaapapneu en polycythemie zijn een relatieve contra-indicatie (T'Sjoen et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Men heeft aandacht voor erythrocytose, een gestegen hematocriet (bijvoorbeeld door roken of chronisch obstructief longlijden) en congestief hartfalen, die allemaal door testosteron kunnen verergeren (T'Sjoen et al., 2020). Bij vrouwen zal men een combinatietherapie toepassen, waarbij zowel oestrogenen als antiandrogeen toegediend worden om de endogene androgeenproductie te onderdrukken (Hembree et al., 2017). De oestrogenen verhogen het risico op trombo-embolische aandoeningen zoals een diepe veneuze trombose en een longembolie, en op cardiovasculaire aandoeningen, en daarom moeten risicofactoren zoals roken,

zwaarlijvigheid of een sedentaire levensstijl voor de behandeling aangepakt worden. Hetzelfde geldt voor hormoongevoelige kankers, coronair lijden, cerebrovasculaire aandoeningen, hyperprolactinemie, hypertriglyceridemie en galstenen.

Gedurende het eerste jaar wordt om de drie maanden een lichamelijk onderzoek gedaan naar hartslag, bloeddruk, lengte en gewicht, en wordt bloed genomen om de hormoonconcentraties te bepalen en om de gewenste effecten en neveneffecten te appreciëren (Webb & Safer, 2019). Na een jaar is dit nog een tot twee keer per jaar (Taylor et al., 2020). Verschillen in opname, distributie en eliminatie van toegediende hormonen leiden namelijk tot aanzienlijke interindividuele en intraindividuele verschillen, zodat het monitoren van hun concentraties essentieel is (Holmberg et al., 2019). Er wordt ook preventief gescreend op kankers van de nog aanwezige weefsels (Taylor et al., 2020).

40 tot 50% van de transseksuelen hebben nog een biologische kinderwens (Taylor et al., 2020). In dit geval wordt men doorverwezen naar een gespecialiseerde endocrinoloog in de voortplanting. Zaadcellen, eicellen, embryo's, testisweefsel of ovarieel weefsel worden ingevroren voor het aanvatten van de behandeling omdat een hormoontherapie kan leiden tot een irreversibele onvruchtbaarheid (Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017). Indien er geen kinderwens meer is, kiezen veel mannen ervoor om een hysterectomie met salpingo-ovariëctomie te laten uitvoeren (Irwig, 2017).

Contraceptie moet zeker besproken worden (Taylor et al., 2020). Geslachts-affirmerende hormonen zijn namelijk geen betrouwbare vorm van contraceptie. Bovendien is het toedienen van testosteron tijdens de zwangerschap teratogeen.

Naast de behandeling met geslachts-affirmerende hormonen kan men er ook voor kiezen om geslachts-affirmerende operaties te ondergaan (Taylor et al., 2020). Geslachts-affirmerende hormonen hebben namelijk enkel invloed op de secundaire geslachtskenmerken en zo goed als geen invloed op de primaire geslachtskenmerken (Tangpricha & den Heijer, 2017).

## **1.2 Geslachts-affirmerende hormonen**

De behandeling met geslachts-affirmerende hormonen verschilt van land tot land. Dit is voornamelijk te wijten aan hun beschikbaarheid, terugbetaling en klinische praktijk (Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017). Mannen en vrouwen willen de secundaire geslachtskenmerken verkrijgen van respectievelijk cisgender mannen en vrouwen, als respectievelijk man of vrouw door het leven gaan, hun welzijn verbeteren, en hun genderdysforie doen dalen (Irwig, 2017).

### **1.2.1 Mannen**

Het doel van de behandeling is een mannelijk fenotype te induceren door de mannelijke secundaire geslachtskenmerken te stimuleren en de vrouwelijke secundaire geslachtskenmerken te onderdrukken. Het resultaat kan variëren van een meer androgeen uiterlijk tot een maximale virilisatie (T'Sjoen et al., 2020). Men geeft hiervoor het krachtige androgeen testosteron, en bij sommigen remt men kortstondig de endogene oestrogeenproductie af met een progestageen of een GnRH-agonist (Hembree et al., 2017; Taylor et al., 2020). Progestagenen kunnen zowel oraal als parenteraal toegediend worden (T'Sjoen et al., 2020). Oraal gebruik vereist een dagelijkse dosis lynesterol of medroxyprogesteron van 5 tot 10 mg (T'Sjoen et al., 2020). Parenteraal gebruik vereist een driemaandelijke dosis van 150 mg medroxyprogesteron (T'Sjoen et al., 2020). Volgens Hembree et al. (2017) dient men een progestageen toe vanaf de start indien de man last heeft van hevige menstruaties, of wanneer de menstruaties standhouden na de start van de behandeling. Een (gewenste) zwangerschap en lactatie zijn een absolute contra-indicatie voor het aanvangen van een behandeling. Een uitgesproken hypertensie, een

Tabel 3

*Testosteronpreparaten die gegeven worden aan mannen*

|                                      | Route      | Dose                                     | Measure                              | Advantage (A)/Disadvantage (D)  |
|--------------------------------------|------------|--|--------------------------------------|---|
| Testosterone Enanthate/<br>Cypionate | IM/SQ      | 100–200 mg/q2wk (half if weekly dosing)  | Midway between injections            | A: Inexpensive, highly effective at reaching target levels, readily available<br>D: Injection, erythrocytosis |
| Testosterone Gels                    | Topical    | 1%: 25–100 mg/day<br>1.6%: 50–100 mg/day | Anytime (After 1 wk of use)          | A: Consistent concentration<br>D: Expensive, skin to skin contact   |
| Testosterone Transdermal Patch       | Topical    | 2.5–7.5 mg/day                           | Anytime (After 1 wk of use)          | A: Consistent concentration<br>D: Expensive, skin irritation, falls off with moisture/exercise                |
| Testosterone Pellets                 | SQ implant | 150–450 mg/q3–6mo                        | Anytime (After 1 wk of use)          | A: Consistent concentrations, infrequent dosing<br>D: Invasive, inflexible dosing, infection risk             |
| Testosterone Buccal                  | Buccal     | 30 mg twice/day                          | Anytime (After 1 wk of use)          | D: Expensive, gum irritation, taste alterations, requires compliance  |
| Testosterone Undecanoate             | Oral       | 40–80 mg/2–3× day                        | Anytime (levels can be inconsistent) | D: Variable concentrations, requires compliance, limited availability in the United States                    |
| Testosterone Undecanoate             | IM         | 1,000 mg/12 wk                           | Prior to next dose (trough)          | A: Infrequent dosing<br>D: Expensive, injection site pain, limited availability in United States              |

*Noot.* IM, intramusculair; mo, month; SQ, subcutaan; wk, week.

Herdruckt van Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility door Taylor, H. S., Pal, L., & Seli, E., 2020, p. 758, Nederland: Wolters Kluwer.

onstabiel coronair lijden, slaapapneu en polycythemie zijn een relatieve contra-indicatie (T'Sjoen et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Men heeft aandacht voor erythrocytose, een gestegen hematocriet (bijvoorbeeld door roken of chronisch obstructief longlijden) en congestief hartfalen, die allemaal door testosteron kunnen verergeren (T'Sjoen et al., 2020). Het doel van de behandeling is een mannelijke cisgenderconcentratie van 300 of 320 tot 1.000 ng/dL testosteron en een mannelijke cisgender oestradiolconcentratie van minder dan 50 pg/mL te bereiken (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019).

Testosteron kan op verschillende manieren en in verschillende dosissen toegediend worden (zie Tabel 3). Hierbij is het belangrijk rekening te houden met de wens van de persoon in behandeling (Taylor et al., 2020). Meestal start men met een kwart of halve dosis, waarna de dosis snel verhoogd wordt tot een fysiologische serumconcentratie bereikt wordt (Irwig, 2017; Webb & Safer, 2019). Testosteron kan intramusculair (een injectie in de spier), subcutaan (een injectie onderhuids), transdermaal (*via* een pleister of een gel), oraal (*via* de mond) of buccaal (tussen de bovenste snijtanden en het wangslimvlies) toegediend worden (Taylor et al., 2020). Taylor et al. (2020) en Webb en Safer (2019) hebben de verschillende producten, hun manier van toediening, hun dosis, en hun voor- en nadelen mooi gereviewd in 2 klassieke tekstboeken van endocrinologie, namelijk *Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management* (2019) en *Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility* (2020). Wij baseren ons dan ook vooral op hun aanbevelingen.

Testosteronenantheaat en -cypionaat kunnen zowel intramusculair als subcutaan ingespoten worden in een wekelijkse dosis van 50 tot 100 of 200 mg (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019), of in een tweewekelijkse dosis van 100 tot 200 mg (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). De preparaten zijn goedkoop, algemeen beschikbaar, en men kan gemakkelijk de gewenste testosteronconcentratie bereiken. Ze leiden wel tot piekconcentraties na 24 tot 48 uur, en soms tot lage dalconcentraties juist voor de volgende injectie, en dit vooral bij de tweewekelijkse injecties. Injecties kunnen pijn doen en stimuleren de aanmaak van erythrocyten meer dan de andere preparaten (Taylor et al., 2020).

Testosteron in een dosis van 150 tot 450 mg kan subcutaan ingeplant worden (Taylor et al., 2020). Het leidt tot een stabiele testosteronconcentratie en moet maar om de 3 tot 6 maanden vervangen worden. Een implantaat is duur, vereist een incisie met een scalpel, de dosis kan niet aangepast worden, en het wondje kan bloeden of infecteren (Taylor et al., 2020).

Testosteron kan buccaal toegediend worden in 2 dosissen van 30 mg per dag (Taylor et al., 2020). Buccale preparaten zijn duur, kunnen het tandvlees irriteren, de smaak aantasten, uitvallen, en moeten strikt ingenomen worden (Taylor et al., 2020).

Testosteronundecanoaat kan oraal (2 tot 3 innames per dag van 40 tot 80 mg) of intramusculair in een dosis van 1.000 mg om de 12 weken (Taylor et al., 2020) toegediend worden. Testosteronundecanoaat is het enige testosteronpreparaat dat oraal kan ingenomen worden. Het preparaat heeft als nadeel dat de testosteronconcentratie fluctueert, dat het tot 3 keer per dag strikt moet ingenomen worden, en dat het niet beschikbaar is in sommige landen (Taylor et al., 2020). Hoewel het beschikbaar is op de Belgische markt, wordt volgens Defreyne en T'Sjoen (2019) het orale preparaat maar zelden voorgeschreven. Het intramusculaire preparaat heeft als voordeel dat het maar om de 12 weken moet toegediend worden. De nadelen zijn dat het product duur is, dat de spier pijn doet omdat een groot volume ingespoten wordt, dat het preparaat beperkt beschikbaar is in sommige landen, en dat de olie microembolen in de longen kan veroorzaken (T'Sjoen et al., 2019; Taylor et al., 2020).

Testosteron kan transdermaal toegediend worden. Een 1% gel met dagelijks 25 tot 100 mg testosteron en een 1,6% gel met dagelijks 50 tot 100 mg testosteron leiden tot een stabiele testosteronconcentratie, maar zijn duur en testosteron kan bij huid-op-huidcontact overgaan naar vrouwen of kinderen (Taylor et al., 2020). Pleisters met een dagelijkse dosis van 2,5 tot 7,5 mg (Taylor et al., 2020) of 25 tot 75 mg (Webb & Safer, 2019) leiden ook tot een stabiele testosteronconcentratie. De dosis vermeld door Webb en Safer (2019) is waarschijnlijk een typefout, omdat Irwig (2017) een dosis van 2,5 tot 10 mg en Hembree et al. (2017) een dosis van 2,5 tot 7,5 mg vermelden. Pleisters zijn duur, kunnen de huid irriteren, afvallen bij zweten of sporten, en men bereikt niet altijd een voldoende hoge testosteronconcentratie (Irwig, 2017; Taylor et al., 2020).

Er is geen reden om de dosis testosteron te verminderen bij oudere mannen (Gooren & T'Sjoen, 2018). Wanneer de ovaria weggenomen werden, moet testosteron namelijk levenslang gegeven worden om de virilisatie te behouden en om symptomen van hypogonadisme, zoals warmteopwellingen en osteoporose, te voorkomen (T'Sjoen et al., 2019).

Een GnRH-agonist onderdrukt de ovariële oestrogeenproductie en dus de vrouwelijke secundaire geslachtskenmerken (Taylor et al., 2020). Deze onderdrukking van de oestrogeenproductie is, indien noodzakelijk voor de man (cf. supra), enkel nodig totdat een mannelijke cisgender testosteronconcentratie bereikt wordt. Vanaf dit moment onderdrukt de chronisch verhoogde testosteronconcentratie de hypothalamo-hypofysaire-ovariële as en is een GnRH-agonist niet meer nodig (Taylor et al., 2020).

De testosteronconcentratie en de hematocriet (cf. infra, 1.3 Gewenste effecten, 1.4 Neveneffecten) moeten het eerste jaar om de 3 maanden bepaald worden, en nadien een- of tweemaal per jaar. De timing van de bloedafnames om de testosteronconcentratie te bepalen hangt af van de farmacokinetiek en de wijze van toediening van het prepraat (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019) (zie Tabel 3). Bij de intramusculaire en subcutane injecties van testosteronenantheaat en -cypionaat is dat halfweg tussen 2 injecties (Hembree et al., 2017; Taylor et al., 2020). Bij de intramusculaire injecties van testosteronundecanoaat is dat juist voor de volgende injectie. Bij de andere preparaten kan dit op elk moment gebeuren vanaf de eerste week na het instellen van de therapie (ten minste 2 uur na de toediening).

### 1.2.2 Vrouwen

Het doel van de behandeling is een vrouwelijk fenotype te induceren door de vrouwelijke secundaire geslachtskenmerken te stimuleren en de mannelijke secundaire geslachtskenmerken te onderdrukken. Men geeft hiervoor een oestrogeen (Taylor et al., 2020). Oestrogenen remmen de hypothalamo-hypofysaire-testis as, maar daarmee wordt de androgeenproductie onvoldoende onderdrukt, waardoor men ook een antiandrogeen of een GnRH-agonist zal toedienen om maximale feminisatie te bereiken (Hembree et al., 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020). De antiandrogeene therapie laat bovendien toe om de dosis van het oestrogeen te verlagen (Webb & Safer, 2019). De combinatie van oestrogenen en een antiandrogeen of GnRH-agonist wordt ook wel combinatietherapie genoemd (cf. supra, 1.1 Algemene aanpak). Het doel van de behandeling is een vrouwelijke premenopauzale cisgenderconcentratie van 100 tot 200 pg/mL oestradiol en minder dan 50 ng/dL (Hembree et al., 2017), 55 ng/dL (Taylor et al., 2020) of 100 ng/dL (Webb & Safer, 2019) testosteron te bereiken. Suprafysiologische concentraties van oestradiol (>200 pg/mL) moeten vermeden worden (Hembree et al., 2017; T'Sjoen et al., 2019; Webb & Safer, 2019).

Oestrogenen kunnen op verschillende manieren en in verschillende dosissen toegediend worden (zie Tabel 4). Hierbij is het belangrijk rekening te houden met de wens van de persoon in behandeling (Taylor et al., 2020). Meestal start men met een kwart of halve dosis, waarna de dosis snel verhoogd wordt (Webb & Safer, 2019). Ze kunnen oraal, intramusculair en transdermaal toegediend worden (Taylor et al., 2020). Taylor et al. (2020) en Webb en Safer (2019) hebben de verschillende producten, hun manier van toediening, hun dosis en hun voor- en nadelen mooi gereviewd in de hogervermelde klassieke tekstboeken van endocrinologie. Wij baseren ons dan ook vooral op hun aanbevelingen.

17- $\beta$ -oestradiol (2 tot 6 mg/dag) en geconjugeerde oestrogenen (2,5 tot 7,5 mg/dag) worden dagelijks oraal ingenomen (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Zij zijn goedkoop, algemeen beschikbaar, en zeer effectief (Taylor et al., 2020). Orale oestrogenen kunnen trombo-embolische aandoeningen veroorzaken bij patiënten boven de 40 - 50 jaar (Iwamoto et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017). Met geconjugeerde oestrogenen is het moeilijk om de oestradiolconcentratie in het serum te monitoren, omdat sommige metabolieten niet gemeten worden in een oestradiol-assay (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Ethinyloestradiol wordt niet meer gegeven wegens het risico op trombo-embolische aandoeningen en cardiovasculaire ziekten (Hembree et al., 2017; Iwamoto et al., 2019).

Oestrogenen kunnen intramusculair toegediend worden als 5 tot 20 mg oestradiolvaleraat om de 2 weken of als 2 tot 10 mg oestradiolcypionaat om de week (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Deze manier van toedienen veroorzaakt minder trombo-embolische aandoeningen dan de orale weg omdat er geen 'first-pass' effect in de lever optreedt. Ze zijn echter duur, en een injectie doet vaak pijn (Taylor et al., 2020).

Oestradiol kan transdermaal als dagelijkse pleister van 0,025 tot 0,20 mg (Taylor et al., 2020 - de waarde van 0,25 - 0,20 mg in Tabel 4 is vermoedelijk een typefout) of als 2 pleisters van 0,10 of 0,25 tot 0,40 mg per week (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019) toegediend worden. Ze induceren volgens de auteurs een consistente oestradiolconcentratie, en het risico op trombo-embolische aandoeningen is lager dan na orale toediening omdat er geen 'first-pass' effect in de lever optreedt. Pleisters zijn daarom aangewezen bij vrouwen met een risico op trombo-embolische aandoeningen of bij vrouwen boven de 40 - 50 jaar (Iwamoto et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Een pleister is duur, kan de huid irriteren, en kan afvallen wanneer men zweet of sport. De dosis is bovendien moeilijk te titreren, en oestradiol kan bij huid-op-huidcontact overgaan naar andere personen (Taylor et al., 2020). Oestradiol wordt in Europa ook als gel (2 tot 4 mg/dag) toegediend, hoewel deze laatste vorm niet opgenomen is in de richtlijnen van de Endocrine Society (Iwamoto et al., 2019).

Tabel 4

*Oestrogenen die gegeven worden aan vrouwen*

|                             | Route   | Dose                                  | Monitor                              | Advantage (A)/Disadvantage (D)   |
|-----------------------------|---------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Conjugated Estrogens        | Oral    | 2.5–7.5 mg/day                        | Anytime (levels can be inconsistent) | A: Inexpensive, readily available, highly effective<br>D: Requires compliance, difficult to monitor levels, VTE risk                       |
| 17-β Estradiol              | Oral    | 2–6 mg/day                            | Anytime (levels can be inconsistent) | A: Inexpensive, readily available, highly effective<br>D: Requires compliance, VTE risk  |
| Estradiol Valerate          | IM      | 5–20 mg/q2wk                          | Midway between injections            | A: Infrequent dosing<br>D: Expensive, injections site pain   |
| Estradiol Cypionate         | IM      | 2–10 mg/qwk                           | 2–4 days after injection (peak)      | A: Infrequent dosing<br>D: Expensive, injections site pain   |
| Estradiol Transdermal Patch | Topical | 0.25–0.2 mg/day<br>0.1–0.4 mg/2× week | Anytime (after 1 wk of use)          | A: Consistent concentration, lower VTE risk<br>D: Expensive, skin irritation, falls off with moisture/exercise, difficult to titrate doses |

*Noot.* IM, intramusculair; VTE, venous thromboembolic; wk, week.

Herdruckt van Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility door Taylor, H. S., Pal, L., & Seli, E., 2020, p. 759, Nederland: Wolters Kluwer.

Men verlaagt de dosis van de toegediende oestrogenen boven de leeftijd van 50 tot 55 jaar omdat de oestrogenen vanaf dan meer neveneffecten en voornamelijk cardiovasculaire neveneffecten induceren (Gooren & T'Sjoen, 2018). Bij cisvrouwen daalt de oestrogeenconcentratie na de menopauze, maar er is geen consensus of men de hormonale behandeling moet stoppen wanneer de vrouw ouder wordt (T'Sjoen et al., 2020). Na een gonadectomie moet men wel de oestrogenen blijven doorgeven om de symptomen van hypogonadisme en osteoporose te voorkomen. Traditioneel adviseren artsen om de inname van oestrogenen te stoppen enkele weken voor een electieve operatie (inclusief een geslachts-affirmerende operatie) en terug te starten na volledige mobilisatie. De laatste jaren komt men hier wel geleidelijk op terug (Gaither et al., 2018).

De oestrogenen remmen de gonadotropinesecretie door de adenohipofyse en zo de testosteronsecretie door de Leydigcellen in de testes (Tangpricha & den Heijer, 2017). De androgeenproductie wordt echter onvoldoende onderdrukt, en daarom zal men ook een antiandrogeen of een GnRH-agonist toedienen (Hembree et al., 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020) (cf. supra; zie Tabel 5).

Cyproteronacetaat is een progestageen met antiandrogene eigenschappen die vooral in Europa voorgeschreven wordt in een dosis van 25 tot 30 mg/dag (Taylor et al., 2020), of 50 tot 100 mg/dag (Webb & Safer, 2019). Cyproteronacetaat wordt oraal ingenomen en is goedkoop, maar kan depressies, meningiomen en hyperprolactinemie veroorzaken (T'Sjoen et al., 2019; T'Sjoen et al., 2020). Bij oudere vrouwen vergroot de combinatie van cyproteronacetaat met een oestrogeen het risico op trombo-embolische aandoeningen (Gooren & T'Sjoen, 2018).

Spironolacton is een antagonist van de androgeenreceptor, inhibeert de secretie en activiteit van testosteron, en stimuleert de oestrogeenreceptor. Spironolacton wordt vooral in de Verenigde Staten voorgeschreven in een dosis van 100 tot 200 of zelfs 400 mg/dag indien deze laatste dosis verdragen wordt (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). De dosis kan over verschillende orale innames per dag verspreid worden, maar men moet rekening houden met het feit dat hoge dosissen een diurese veroorzaken, waardoor toediening in de avond beter vermeden wordt (T'Sjoen et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Spironolacton is vrij goedkoop en verlaagt de mortaliteit bij personen met congestief hartfalen, maar kan als aldosteron-antagonist leiden tot hyperkaliëmie met hartritmestoornissen en

Tabel 5

*Antiandrogeen die gegeven worden aan vrouwen*

| Medication                               | Dose                     | Mode of Action  |
|--|--------------------------|---|
| <b>Antiandrogeen</b>                     |                          |   |
| • Spironolactone                         | 100–200 mg/day           | Androgen receptor blocker and decreases testosterone synthesis            |
| • Finasteride                            | 1–5 mg/day               | 5- $\alpha$ reductase inhibitor, blocks conversion of testosterone to DHT |
| • Dutasteride                            | 0.5 mg/day               | 5- $\alpha$ reductase inhibitor, blocks conversion of testosterone to DHT |
| <b>GnRH Agonists</b>                     |                          |   |
| • Leuprolide Acetate                     | 3.75 mg/mo 11.25 mg/q3mo | Suppresses gonadotropin release and subsequently lowers sex steroids      |
| • Histrelin Acetate Subcutaneous Implant | 50 mg/q12mo              |   |
| <b>Progestins</b>                        |                          |   |
| • Medroxyprogesterone Acetate            | 5–10 mg/day              | Progestin with antiandrogenic properties                                  |
| • Cyproterone Acetate <sup>a</sup>       | 25–30 mg/day             | Progestin with antiandrogenic properties                                  |

*Noot.* DHT, dihydrotestosteron; mo, month.

Herdruckt van Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility door Taylor, H. S., Pal, L., & Seli, E., 2020, p. 760, Nederland: Wolters Kluwer.

spierverlammingen, vooral bij personen met een gedaalde nierfunctie (Tangpricha & den Heijer, 2017; Webb & Safer, 2019).

5 $\alpha$ -reductase inhibitoren zoals finasteride (1 tot 5 mg/dag) en dutasteride (0,5 mg/dag) remmen de reductie van testosteron naar het meer potente dihydrotestosteron (Taylor et al., 2020). Ze zijn geen eerstelijnsbehandeling omdat ze depressies verergeren (Tangpricha & den Heijer, 2017), hun eigen neveneffecten hebben (Hembree et al., 2017) en de serum testosteronconcentratie verhogen en dus in theorie nadelig zijn voor de feminisatie (Iwamoto et al., 2019). Finasteride kan wel overwogen worden bij vrouwen die ondanks de daling van de testosteronconcentratie toch nog last hebben van androgene alopecia (verlies van hoofdhaar) (T'Sjoen et al., 2019).

GnRH-agonisten remmen de hypofysaire secretie van het luteïniserend hormoon (en het follikelstimulerend hormoon) en zo de testosteronproductie door de Leydigcellen in de testes (Taylor et al., 2020). Ze worden gewoonlijk voorgeschreven aan adolescenten met genderdysforie om het begin van de puberteit te blokkeren of aan volwassen vrouwen die te veel neveneffecten ondervinden van antiandrogeen (Tangpricha & den Heijer, 2017). Een voorbeeld is een maandelijkse injectie van 3,75 mg of een driemaandelijke injectie van 11,25 mg leuprorelineacetaat (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Volgens T'Sjoen et al. (2020) bevat een driemaandelijke intramusculaire injectie 11,23 mg triptoreline<sup>2</sup> en kan een maandelijkse injectie van 3,75 mg triptoreline naast intramusculair ook subcutaan toegediend worden. Als alternatief kan 50 mg histrelineacetaat subcutaan geïmplanteerd worden gedurende 1 jaar (Taylor et al., 2020). GnRH-agonisten zijn duur, moeten ingespoten of geïmplanteerd worden, en hun veiligheid op lange termijn is nog onduidelijk (Webb & Safer, 2019).

Progestagenen zoals medroxyprogesteronacetaat hebben antiandrogene eigenschappen. Volgens sommige vrouwen verbeteren progestagenen hun borstontwikkeling, stemming en seksuele verlangens (Hembree et al., 2017). Er zijn echter geen studies over de effectiviteit van progestagenen (Hembree et al., 2017; Iwamoto et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017). Volgens Wierckx, Gooren en T'Sjoen (2014b) heeft progesteron geen effect op de grootte van de borsten. Daarenboven verhogen progestagenen het risico op trombo-embolische aandoeningen en op een beroerte bij cisgender vrouwen, en daarom worden ze niet routinematig voorgeschreven bij vrouwen (T'Sjoen et al., 2019).

<sup>2</sup> Volgens bcfi.be is er op de Belgische markt enkel een product van 11,25 mg geshhikbaar.

## 1.3 Gewenste effecten van geslachts-affirmerende hormonen

De gewenste fysiologische veranderingen worden in het eerste jaar om de 3 maanden opgevolgd, en nadien om de 6 tot 12 maanden (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019).

### 1.3.1 Mannen

De ontwikkeling van een mannelijk patroon van aangezichts- en lichaamsbehaarung is een van de meest gewenste effecten van testosteron (Irwig, 2017). De Ferriman-Gallwey score voor hirsutisme stijgt van 0,5 tot 12 na 1 jaar, en uiteindelijk tot 24 (Wierckx et al., 2014a). Wel is de diameter van het haar na 1 jaar nog steeds kleiner dan bij cisgender mannen (T'Sjoen et al., 2019). Testosteron leidt tot een toename in lichaamsgewicht, 'body mass index', vetvrije massa, spiermassa en spierkracht (Irwig, 2017; Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019) (zie Figuur 1). De clitoris groeit met  $3,19 \pm 0,54$  cm (+60%) na 3 maanden, en met  $3,83 \pm 0,42$  cm na 2 jaar behandeling met testosteron, om nadien niet meer te groeien (T'Sjoen et al., 2020). Voor ongeveer 5% kan de gegroeide clitoris dienen als een penis (Gooren, 2005). Het effect van testosteron op het strottenhoofd leidt tot akoestische veranderingen (Bultynck et al., 2017). Deze viriliserende effecten treden op bij een testosteronconcentratie van meer dan 150 ng/dL. De stem wordt dezelfde als deze bij cisgender mannen. Over het algemeen treden alle effecten op binnen de 3 tot 12 maanden na het instellen van de therapie, en vooral in de eerste 2 tot 5 maanden (zie Tabel 2), maar de exacte veranderingen en hun tijdsverloop verschillen van man tot man (Webb & Safer, 2019).

Kort na het opstarten van de behandeling met androgenen verhoogt niet alleen het seksuele verlangen (zie Figuur 2), maar ook de frequentie van masturbatie, het hebben van seksuele fantasieën en de opwinding (Holmberg et al., 2019). Op lange termijn neemt vooral het seksuele verlangen sterk toe, en is er ook meer seksuele opwinding, komt men gemakkelijker tot een orgasme en is er meer seksuele tevredenheid (T'Sjoen et al., 2020). Wat het seksuele verlangen op lange termijn betreft, is er onenigheid in de literatuur, want Defreyne et al. (2020) en van Dijk et al. (2019) beweren dat deze constant blijft of terug wat afneemt.

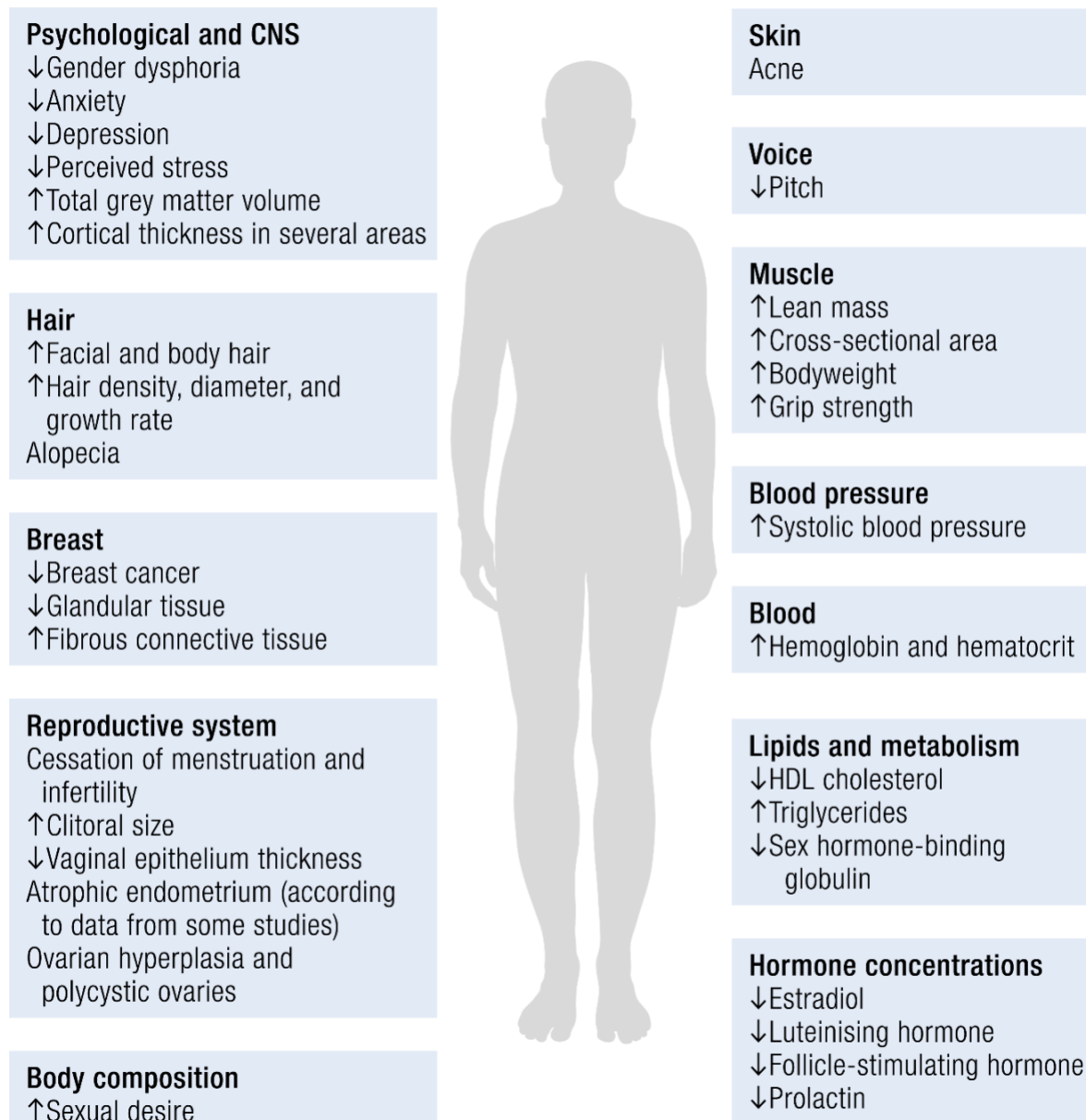
Daarnaast leidt testosteron tot een verlies van vrouwelijke kenmerken. De borsten verkleinen en bevatten minder vetweefsel en klierweefsel en meer bindweefsel (Irwig, 2017). Toch laten veel mannen een mastectomie uitvoeren of dragen ze een binder om hun borsten platter te laten lijken (Irwig, 2017). De totale hoeveelheid vetweefsel neemt af, en de vrouwelijke vetverdeling evolueert naar een mannelijk patroon. De hoeveelheid visceraal vet neemt pas na enkele jaren toe (Spanos et al., 2020). De menstruatie verdwijnt na 1 jaar bij nagenoeg alle mannen (Irwig, 2017; Taylor et al., 2020; van Dijk et al., 2019).

Dierstudies wijzen uit dat testosteron de pijndrempel verhoogt en oestrogenen de pijndrempel verlagen (Holmberg et al., 2019). Volgens Holmberg et al. (2019) rapporteren 60% van de mannen met chronische hoofdpijn dat de pijn significant verbetert na het starten van de testosteronbehandeling.

Testosteron is niet in staat om de lengtegroei te stimuleren en om de bredere heupen door de bredere bekkenbeenderen ongedaan te maken (T'Sjoen et al., 2019). Ook de grotere hoeveelheid subcutaan vet blijft grotendeels bestaan, tenzij men plots veel meer gaat sporten (T'Sjoen et al., 2019).

Korte- en langetermijnstudies tonen geen nadelig effect op de botmineraaldichtheid. Op korte termijn blijft de botmineraaldichtheid constant of neemt lichtjes toe (Gooren & T'Sjoen, 2018; Wiepjes et al., 2019). De botmineraaldichtheid neemt vooral toe wanneer men de behandeling opstart bij postmenopauzale mannen met een lage oestradiolconcentratie. Onder de 50 jaar stijgen de botturnovermerkers voor osteoblastactiviteit (alkalische fosfatase en P1NP) en in mindere mate voor





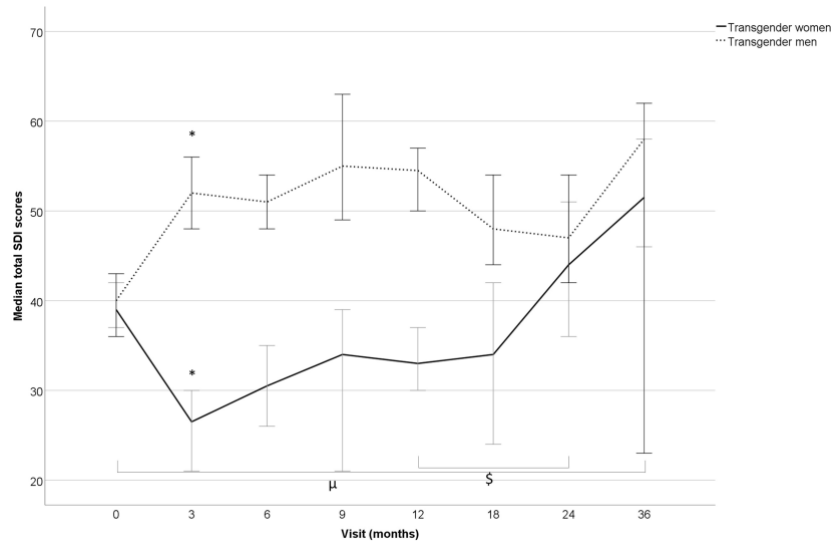
*Figuur 1.* Gewenste en ongewenste effecten van testosteron bij mannen.

*Noot.* CNS, central nervous system; HDL, high-density lipoprotein.

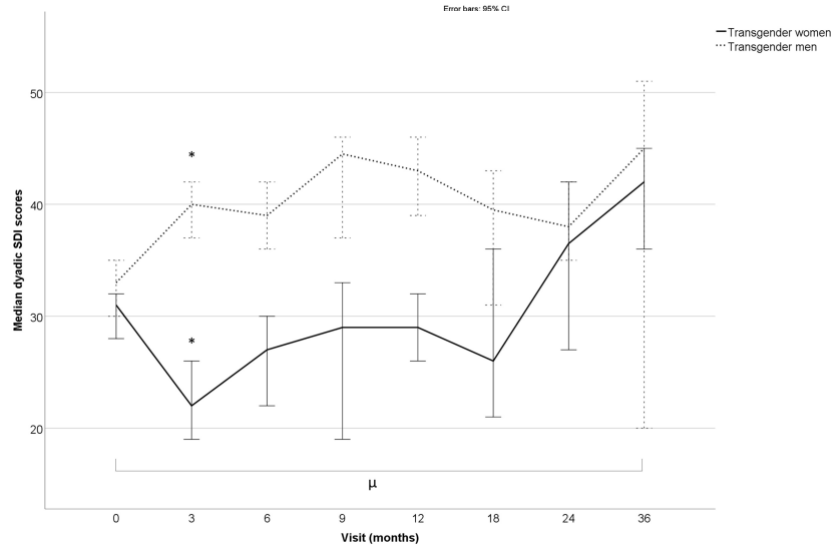
Herdruckt van “Endocrinology of transgender medicine”, door T’Sjoen, G. et al., 2019, *Endocrine Reviews*, 40(1), p. 107.

osteoclastactiviteit (CTx), terwijl alle merkers dalen bij mannen na de menopauze. Testosteron oefent zijn effect indirect uit door aromatisatie naar oestradiol. Oestradiol onderdrukt de activiteit van de osteoclasten en dus de botresorptie. Op lange termijn (10 tot 18 jaar) blijft de botmineraaldichtheid van de lumbale wervels, die vooral uit trabeculair bot bestaan, onveranderd, is de *T*-score gelijk aan deze bij cisgender vrouwen, en stijgt de *Z*-score. De *T*-score van de femurkop, die vooral uit corticaal bot bestaat, is hoger dan bij cisgender vrouwen. Het feit dat mannen meer corticaal bot hebben dan cisgender vrouwen wordt verklaard door de gestimuleerde botvorming door de grotere spiermassa (T’Sjoen et al., 2019). Volgens Wiepjes et al. (2019) is een regelmatige meting van de botmineraaldichtheid niet nodig. T’Sjoen et al. (2019) en Taylor et al. (2019) raden wel een botmeting aan wanneer er risicofactoren zijn voor osteoporose (roken, alcoholmisbruik, familiale antecedenten, een voorgeschiedenis van fractures, inname van corticosteroiden of anorexia nervosa), wanneer men al vanaf jonge leeftijd een GnRH-agonist krijgt en die therapie lang aanhoudt, of wanneer men de hormoontherapie tijdelijk of definitief stopt nadat de ovaria verwijderd zijn. In de andere gevallen doet

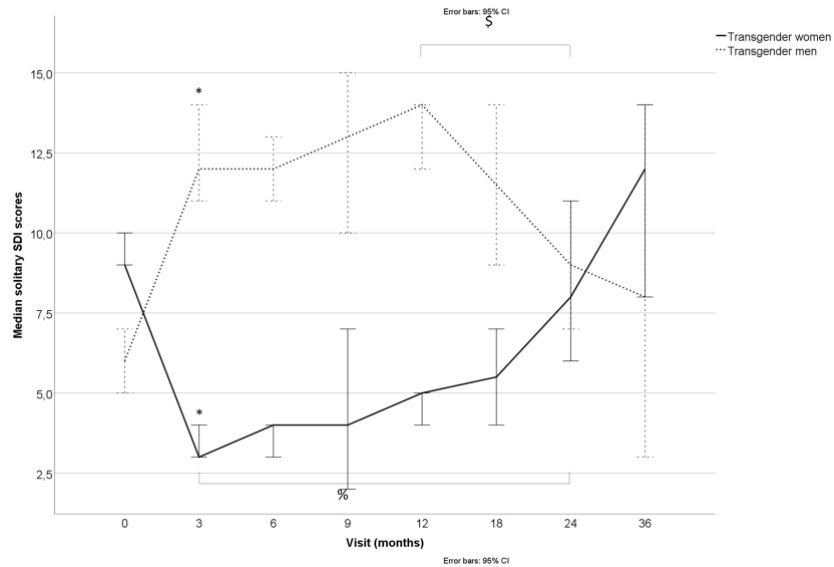
A



B



C



**Figuur 2.** Effect van geslachts-affirmerende hormonen op het seksuele verlangen bij mannen en vrouwen.

*Noot.* A, effect op de totale SDI-score; B, effect op de dyadische SDI-score; C, effect op de solitaire SDI-score. \*, significant verschillend tussen 0 en 3 maanden.

Aangepast van "Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence", door Defreyne, J. et al., 2020, *Journal of Sexual Medicine*, 17(4), p. 8-10.

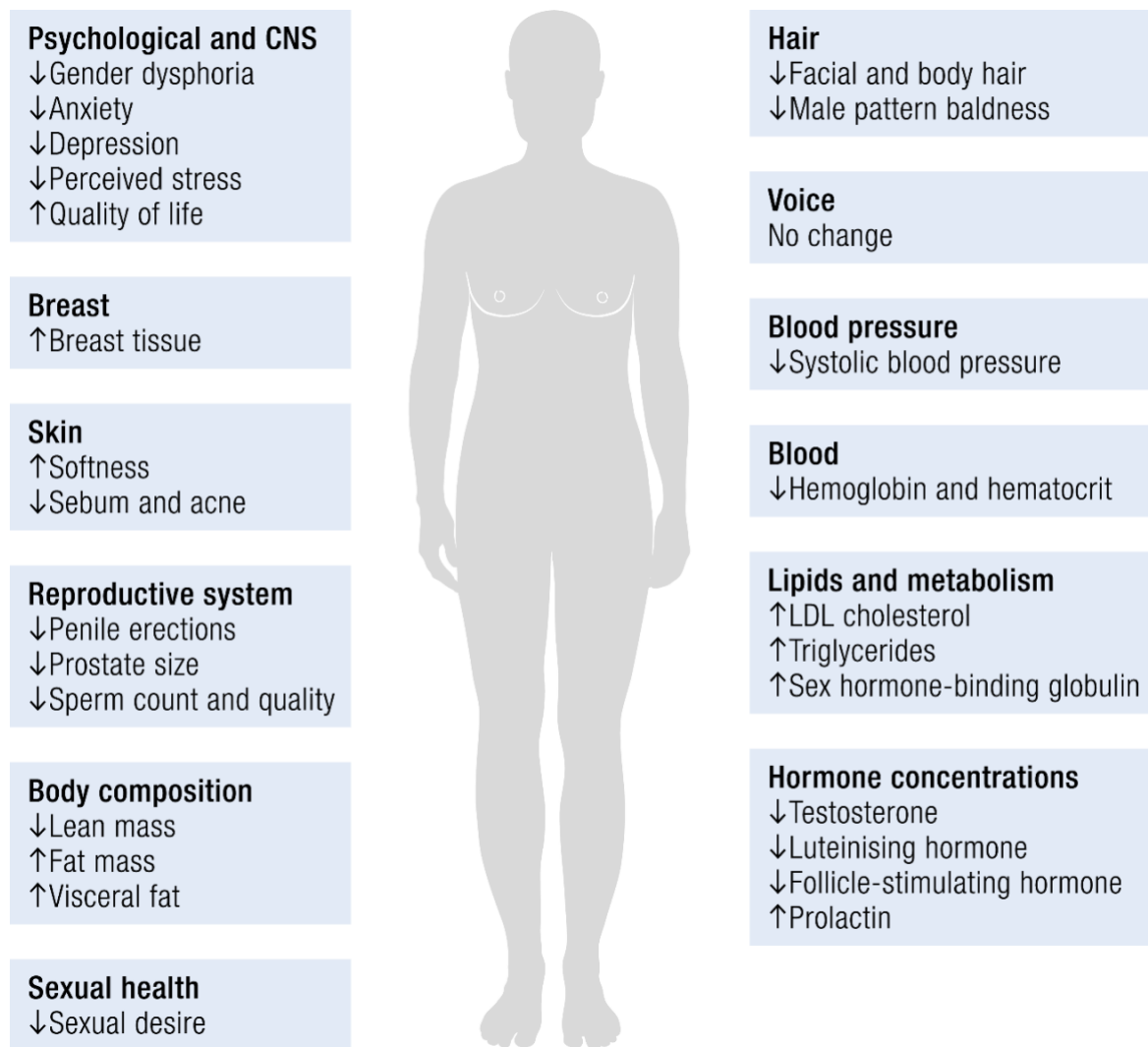
men dit onderzoek rond 60 jaar of wanneer de testosteronconcentraties consistent laag zijn (T'Sjoen et al., 2019; Webb & Safer, 2019).

### 1.3.2 Vrouwen

Het krijgen van borsten wordt beschouwd als het belangrijkste kenmerk van feminisatie (Iwamoto et al., 2019) (zie Figuur 3). Borstontwikkeling is het enige fysieke kenmerk dat significant gecorreleerd is met het afnemen van de ontevredenheid met het eigen lichaam (Fisher et al., 2016). De borstontwikkeling bereikt een plateau na 6 maanden (T'Sjoen et al., 2019) of na 2 tot 3 jaar (Iwamoto et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017; Web & Safer, 2019) (zie Tabel 2). Minder dan 20 procent bereikt Tannerstadium 4 of 5 na 2 jaar behandeling (T'Sjoen et al., 2019). Anatomische verschillen in de vorm van de thorax met cisgender vrouwen zorgen ervoor dat de borsten meer lateraal ontwikkelen en kleiner lijken dan ze werkelijk zijn (Iwamoto et al., 2019; Wierckx et al., 2014b). Daarom wensen 50 tot 60% van de vrouwen een chirurgische borstvergroting (T'Sjoen et al., 2020).

Daarnaast leidt de behandeling tot een verlies van mannelijke kenmerken. Het testisvolume daalt met 40% na 1 jaar therapie (Fisher et al., 2016), waardoor het gemakkelijker is om ze te verbergen en er minder psychologische 'distress' ontstaat. De aangezichts- en lichaamsbeharing nemen af, maar verdwijnen niet volledig. Cosmetische ingrepen zoals scheren, waxen, haar uittrekken, elektrolyse en laserontharing zijn daarom aangewezen (Iwamoto et al., 2019; Taylor et al., 2020). Androgene alopecia zal vaak ophouden (T'Sjoen et al., 2019). De huid wordt zachter en minder vette, en de vrouw heeft minder last van acne. De spiermassa en spierkracht nemen af. Het lichaamsvet verplaatst zich van de buik naar de borsten en heupen, en de hoeveelheid subcutaan vet neemt toe (Iwamoto et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020). Bij vrouwen is het strottenhoofd door de blootstelling aan androgenen tijdens de puberteit weliswaar irreversibel veranderd, maar toch hebben zij de perceptie dat hun stem vrouwelijker klinkt (Bultynck et al., 2017). Een logopedist zal de vrouw verder helpen om haar stem conform te krijgen met deze van cisgender vrouwen (Taylor et al., 2020). Indien de beoordeling van de stem, conditionering en stem- en communicatietherapie onvoldoende resultaat hebben, kan een laryngoplastiek uitgevoerd worden (Tangpricha & den Heijer, 2017). Een recente meta-analyse toonde echter geen significante verbetering van de stem na chirurgie van het strottenhoofd (T'Sjoen et al., 2019).

Bij vrouwen met een neovagina stroomt er in basale omstandigheden minder bloed naar de neovagina dan bij cisgender vrouwen, waarschijnlijk omdat een neovagina minder bevoeid en bezenuwd is dan een vagina bij cisgender vrouwen. Seksuele opwinding leidt tot dezelfde veranderingen in bloedstroom en tot activatie van dezelfde hersengebieden als bij cisgender vrouwen (Holmberg et al., 2019). Vrouwen met een neovagina worden ook vochtig, maar de lubricatie is minder uitgesproken wanneer een huidflap gebruikt wordt in plaats van een stuk darm. De meeste vrouwen kunnen tot een orgasme komen, vooral door te masturberen en minder door penetratie. In vergelijking met voor de operatie zijn de orgasmes intenser, zachter, langer en aangener. Secreties tijdens het orgasme kunnen optreden vanuit de klieren van Cowper, of vanuit overblijfselen van de prostaat en de zaadblaasjes (Holmberg et al., 2019).



*Figuur 3.* Gewenste en ongewenste effecten van oestrogenen en antiandrogenen bij vrouwen.  
 Noot. CNS, central nervous system; LDL, low-density lipoprotein.  
 Herdrukt van “Endocrinology of transgender medicine”, door T’Sjoen, G. et al., 2019, *Endocrine Reviews*, 40(1), p. 104.

## 1.4 Neveneffecten van geslachts-affirmerende hormonen

Geslachts-affirmerende hormonen hebben verschillende neveneffecten (zie Figuur 1, 3). Zij worden in het eerste jaar om de 3 maanden opgevolgd, en nadien om de 6 tot 12 maanden (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Volgens de huidige gegevens is het toedienen van geslachts-affirmerende hormonen veilig, maar toch zijn er meer langetermijnstudies nodig (Webb & Safer, 2019).

### 1.4.1 Mannen

Het meest ongewenste neveneffect van testosteron is een vette huid met acne (Irwig, 2017). Acne wordt door een dermatoloog behandeld met lokale of orale medicatie.

Androgene alopecia bij genetisch voorbeschikte personen is door sommige mannen gewenst, maar door anderen dan weer niet (Irwig, 2017). Het haarverlies neemt toe met de duur van de behandeling (T’Sjoen et al., 2019). De alopecia kan behandeld worden met de 5 $\alpha$ -reductase inhibitor finasteride, maar deze heeft dan weer andere neveneffecten en kan de masculinisatie negatief beïnvloeden.

Testosteron stimuleert de vorming van erythrocyten en verhoogt de hemoglobineconcentratie met 4,9% tot 12,5% en de hematocriet met 4,4% tot 17,6% gedurende het eerste jaar, maar nadien blijven de waarden stabiel (T'Sjoen et al., 2019). Daarom moet men gedurende het eerste jaar om de 3 maanden de hematocriet bepalen en ervoor zorgen dat die niet hoger dan 55% wordt (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Polycythemie treedt eerder zeldzaam op (Irwig, 2017). In dit geval kan men de testosterondosis reduceren of overschakelen naar een transdermaal preparaat. Zo stijgt bij het gebruik van een transdermale gel de hemoglobineconcentratie maar met 4% en de hematocriet maar met 2% (Irwig, 2017).

Cisgender mannen hebben een hogere cardiovasculaire mortaliteit dan cisgender vrouwen. Recente cohortstudies tonen aan dat mannen een hoger risico hebben op een hartinfarct dan cisgender vrouwen (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019). Volgens andere studies neemt de cardiovasculaire mortaliteit op korte of middellange termijn niet toe, ondanks het ontstaan van risicofactoren zoals een gestegen hematocriet, een meer atherogeen lipidenprofiel (minder high-density lipoprotein-cholesterol en meer low-density lipoprotein-cholesterol en triglyceriden), meer inflammatoire parameters, een lichte stijging van de systolische bloeddruk, en minder secretie van adiponectine en leptine door het vetweefsel (Hembree et al., 2017; T'Sjoen et al., 2019). Indien bijkomende risicofactoren zoals obesitas of familiale antecedenten aanwezig zijn, kan testosteron leiden tot hypertensie, type-2 diabetes mellitus en cardiovasculaire aandoeningen (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Daarom moeten een nuchtere glycemie en het lipidenprofiel regelmatig opgevolgd worden. De effecten op lange termijn en bij mannen boven de 65 jaar zijn onvoldoende gekend (T'Sjoen et al., 2019).

Een systematische review van 26 studies toonde aan dat het toedienen van testosteron aan mannen, in tegenstelling met het toedienen van oestrogenen aan vrouwen, geen insulineresistentie induceert en de gevoeligheid voor insuline zelfs verhoogt (Spanos et al., 2020). Deze gegevens zijn in overeenstemming met het feit dat cisgender mannen met een testosterondeficiëntie insulineresistent zijn, en dat deze insulineresistentie verbetert na een behandeling met testosteron.

Testosteron remt de hypothalamo-hypofysaire-ovariële as en dus de ovulatie, waardoor de man onvruchtbaar wordt. Testosteron leidt niet tot een sneller verlies van primordiale follikels in de ovaria, en de normale verdeling van corticale follikels blijft intact (De Roo et al., 2017). Na het stopzetten van de therapie met testosteron komt de menstruatie gewoonlijk na 6 maanden terug en kan men zwanger worden, maar bij sommige mannen zijn de amenorroe en infertiliteit irreversibel (Taylor et al., 2020).

Intermittente spotting (af en toe een beetje vaginaal bloedverlies) ziet men soms bij preparaten die een lagere testosteronconcentratie induceren (transdermaal testosteron of oraal testosteronundecanoaat). Persistierend bloedverlies kan behandeld worden met een progestageen (5 tot 10 mg lynestrenol of 5 tot 10 mg medroxyprogesteron per dag), een GnRH-agonist of met endometriale ablatie (Hembree et al., 2017; Holmberg et al., 2019; T'Sjoen et al., 2019). Testosteron en de gedaalde oestrogeenconcentratie leiden tot een dunner vaginaal epitheel en atrofie van de cervix (Holmberg et al., 2019), wat kan leiden tot jeuk, minder lubricatie en dyspareunie. Dit laatste kan behandeld worden met lokale oestrogenen of een glijmiddel.

24% van de mannen ondervinden problemen met hun stem, zoals vermoeidheid, instabiliteit, onvoldoende verlaging van de toonhoogte, of een te jong klinkende stem voor hun leeftijd (Irwig, 2017). Zij worden naar een logopedist doorverwezen.

Andere neveneffecten zijn slaapapneu, nachtelijk zweten, warmteopwellingen en pijn in de clitoris (Irwig, 2017; Taylor et al., 2020; van Dijk et al., 2019; Webb & Safer, 2019). Psychiatrische stoornissen kunnen destabiliseren, met manische of psychotische symptomen (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Emotionele instabiliteit en angst nemen af (van Dijk et al., 2019).

## 1.4.2 Vrouwen

Trombo-embolische en cardiovasculaire aandoeningen zijn, ten minste in theorie, de belangrijkste neveneffecten van oestrogenen om ons zorgen over te maken, gezien hun protrombotische werking. Recente cohortstudies tonen aan dat vrouwen een hoger risico hebben op een veneuze trombo-embolie en een beroerte in vergelijking met cisgender vrouwen en mannen, en dat vrouwen meer hartinfarcten hebben dan cisgender vrouwen, maar niet in vergelijking met cisgender mannen (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019). Verschillende studies hebben een hoger risico op trombo-embolische en cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit aangetoond, maar deze vrouwen waren allemaal behandeld met ethinyloestradiol (Defreyne et al., 2019). Sindsdien wordt dit oestrogeen niet meer voorgeschreven. Het risico met de nieuwere oestrogenen is echter nog onduidelijk omdat het vooral retrospectieve cohortstudies betreft met onvoldoende lange follow-up (Defreyne et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). De nieuwere oestrogenen zouden leiden tot minder trombo-embolische aandoeningen, maar niet tot minder hartinfarcten (Nota et al., 2019). Vast staat dat het risico op trombo-embolische en cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit groter is met geconjugeerde oestrogenen dan met 17- $\beta$ -oestradiol, en dat het risico door het 'first-pass' effect groter is bij orale toediening dan na transdermale of intramusculaire toediening (Iwamoto et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Het gelijktijdig toedienen van cyproteronacetaat en een leeftijd boven 40 - 50 jaar verhogen het risico (Iwamoto et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017). Het risico na een operatie hangt af van het al dan niet toedienen van tromboseprofyaxe. Andere risicofactoren zoals roken, zwaarlijvigheid, een sedentaire levensstijl en hypertensie moeten aangepakt worden (Tangpricha & den Heijer, 2017) of men kan overwegen om een anticoagulans te geven (T'Sjoen et al., 2019). Vrouwen die blijven roken, maken best gebruik van transdermale preparaten (Tangpricha & den Heijer, 2017). Gezien de lage frequentie van mutaties die leiden tot trombose, is routinescreening op trombofilie niet nodig (T'Sjoen et al., 2019). De European Society for Sexual Medicine stelde dan ook in haar 'position statement' dat "given the low quality of evidence due to the methodological limitations of the included studies and heterogeneity of treatment, further research is needed to better clarify the cardiovascular effects of hormone therapy in trans assigned male at birth people" (T'Sjoen et al., 2020).

Het seksuele functioneren is maar weinig bestudeerd. Defreyne et al. (2020) bestudeerden het seksuele verlangen gedurende 3 jaar na het starten van de behandeling met geslachts-affirmerende oestrogenen en antiandrogenen (zie Figuur 2). Het seksuele verlangen verminderde binnen de 3 maanden. Na 3 maanden stegen de scores terug tot baseline of werden zelfs hoger.

Bij vrouwen die nog een penis hebben gaat seksuele opwindning gepaard met een erectie (Holmberg et al., 2019). Het optreden van erecties vereist een intermitterende toename in doorbloeding en oxygenatie, meestal tijdens de nacht onder invloed van testosteron. Bij vrouwen komen spontane en nachtelijke erecties minder frequent voor binnen de 3 maanden. Erecties uitgelokt door seksuele stimulatie worden sterker. De subjectieve seksualiteitsbeleving is beter wanneer men een partner heeft, hormonen krijgt, of een borstvergroting heeft ondergaan (Bartolucci et al., 2015). De meeste studies over de seksuele functie zijn echter uitgevoerd bij vrouwen die genitale chirurgie ondergaan hebben. Ook volgens T'Sjoen et al. (2020) is er veel minder informatie over het effect van hormonen op de seksuele gezondheid, het seksuele verlangen, opwinding en tevredenheid bij vrouwen die geen genitale chirurgie hebben laten uitvoeren, en de studies spreken elkaar vaak tegen.

Door de atrofie van de testes en de prostaat vermindert de productie van zaadcellen, en nemen het volume en de kwaliteit van het sperma af, zonder dat echter azoöspermie optreedt. Uiteindelijk wordt men volgens Tangpricha en den Heijer (2017) irreversibel onvruchtbaar, terwijl volgens Taylor et al. (2020) sommige vrouwen, maar niet iedereen, weer vruchtbaar kunnen worden wanneer men enkele maanden geen geslachts-affirmerende hormonen toegediend krijgt.

De oestrogenen leiden tot een gewichtstoename, een toename in 'body mass index', meer vetmassa, minder vetvrije massa, minder spiermassa, hypertriglyceridemie, stemmingswisselingen, een verminderde gevoeligheid aan insuline en type-2 diabetes mellitus (Shadid et al., 2019; Spanos et al., 2020; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). De toegenomen vetmassa en de afgenomen spiermassa ziet men vaak al voor het opstarten van de behandeling, omdat heel wat personen minder fysieke activiteit vertonen, mogelijk om hun spiermassa te verkleinen en hun lichaamsvorm te beïnvloeden (Spanos et al., 2020). De hoeveelheid visceraal vet stijgt na 1 jaar met 18% en de hoeveelheid subcutaan vet met 38%, en dus daalt de ratio visceraal over subcutaan vet (Spanos et al., 2020). De insulineresistentie werd gerapporteerd in 5 van de 8 studies die Spanos et al. (2020) reviewden. De 3 andere studies hadden een te klein aantal patiënten geïnccludeerd om tot betekenisvolle resultaten te komen. Deze insulineresistentie ziet men ook bij hyperoestrogene situaties zoals bij het innemen van een contraceptieve pil of bij zwangerschapsdiabetes. Anderzijds suggereren studies bij postmenopauzale vrouwen, bij cisgender mannen en bij cisgender vrouwen die selectieve oestrogeenreceptor modulatoren innemen dat oestrogenen de gevoeligheid voor insuline verhogen (Spanos et al., 2020). Het mechanisme van de insulineresistentie door geslachts-affirmerende hormonen is dus niet volledig begrepen. De insulineresistentie zou kunnen te wijten zijn aan de toename van de vetmassa en de afname van de vetvrije massa, aan de gedaalde concentratie van het glucose-afhankelijke insulintropische peptide, of aan rechtstreekse effecten van de oestrogenen op de weefsels (Shadid et al., 2019; Spanos et al., 2020). Het risico op galstenen neemt toe (Taylor et al., 2020).

Sommige studies rapporteren dat voor de aanvang van het toedienen van geslachts-affirmerende hormonen vrouwen een lagere botmineraaldichtheid hebben dan cisgender mannen (bijvoorbeeld Wiepjes et al., 2019). Hiervoor zijn er 2 verklaringen. Enerzijds hebben vrouwen een lagere 25-hydroxyvitamine D-concentratie dan cisgender mannen. Anderzijds hebben zij een kleinere vetvrije massa en spiermassa, waarschijnlijk door een minder actieve levenswijze door sociale isolatie. Korte- en langetermijnstudies tonen geen nadelig effect op de botmineraaldichtheid. Op korte termijn blijft de botmineraaldichtheid constant of neemt lichtjes toe (T'Sjoen et al., 2019; Wiepjes et al., 2019). Deze toename is positief gecorreleerd met de gemiddelde oestradiolconcentratie tijdens de hormonale behandeling. Vrouwen die ook vitamine D-supplementen krijgen, hebben nog meer toename. De botturnovermarkers voor osteoblastactiviteit (alkalische fosfatase en P1NP) en osteoclastactiviteit (CTx) dalen bij vrouwen op voorwaarde dat de oestradiolconcentratie hoog genoeg is. Deze gegevens wijzen erop dat voldoende oestradiol moet gegeven worden, dat de vrouw strikt haar therapie moet opvolgen, en dat een regelmatige bepaling van de oestradiolconcentratie nodig is. De eerste langetermijn longitudinale follow-up studie van Wiepjes et al. (2019) toonde aan dat de botmineraaldichtheid initieel toenam en na 10 jaar terug daalde naar baseline. Deze afname was te wijten aan het verouderen van de populatie. In de langetermijn cross-sectionele studie van Lapauw et al. (2008) hadden vrouwen na acht jaar behandeling minder botweefsel dan cisgender mannen. De verklaring is hun verminderde spiermassa, hun verminderde fysieke activiteit, en het wegvallen van periostale appositie geïnduceerd door androgenen (T'Sjoen et al., 2019). Een kritiek op deze studie is dat verschillen in baseline niet meegerekend werden (Wiepjes et al., 2019). Volgens Wiepjes et al. (2019) is een regelmatige meting van de botmineraaldichtheid niet nodig. De botmassa moet wel bepaald worden bij vrouwen met traditionele risicofactoren voor osteoporose (een lage 'body mass index', langdurig gebruik van antiandrogenen, familiale antecedenten, sociale isolatie of inname van corticosteroïden) of bij vrouwen die hun hormoontherapie stoppen na een orchidectomie (Iwamoto et al., 2019; Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019; Wiepjes et al., 2019). In de andere gevallen doet men dit onderzoek rond 60 jaar of wanneer de oestrogeenconcentratie consistent laag is.

De hemoglobineconcentratie en de hematocriet dalen (T'Sjoen et al., 2019) (zie Figuur 3).

Cisgender vrouwen hebben meer chronische pijn dan cisgender mannen (Holmberg et al., 2019). Dierstudies wijzen uit dat oestrogenen de pijndrempel verlagen en dat testosteron de pijndrempel verhoogt. Volgens Holmberg et al. (2019) ontwikkelt 25% van de vrouwen chronische pijn na het toedienen van oestrogenen en/of antiandrogenen.

Cyproteronacetaat kan tot vermoeidheid leiden, en de oestrogenen tot een veranderde geurperceptie (van Dijk et al., 2019). Warmteopwellingen, nachtelijk zweten (vooral met transdermaal oestradiol), slaapstoornissen, broze nagels, emotionele instabiliteit, en pijn in de borsten zijn ook beschreven (van Dijk et al., 2019).

Het kaliumsparende diureticum spironolacton kan leiden tot hyperkaliëmie, en daarom moet de plasma kaliumconcentratie opgevolgd worden (Webb & Safer, 2019).

De oestrogenen stimuleren de lactotrope cellen in de adenohipofyse en verhogen de prolactineconcentratie (Hembree et al., 2017). Hyperprolactinemie komt vooral voor bij het gelijktijdig innemen van cyproteronacetaat, maar niet van spironolacton (T'Sjoen et al., 2019). Prolactinomen zijn beschreven bij de inname van oestrogenen, en vooral in combinatie met cyproteronacetaat (Gooren & T'Sjoen, 2018). Multiple meningiomen zijn gerapporteerd na een relatief korte periode (4 jaar) van inname van oestrogenen en cyproteronacetaat aan een dosis van 25 mg/dag of meer (Gooren & T'Sjoen, 2018; Tangpricha & den Heijer, 2017).

## **1.5 Geslachts-affirmerende operaties**

Geslachts-affirmerende operaties worden bij voorkeur uitgevoerd nadat mannen of vrouwen gedurende een bepaalde periode geslachts-affirmerende hormonen nemen en tegelijkertijd sociaal leven als het tegenovergestelde geslacht, onder andere door zichzelf een nieuwe naam toe te kennen, door documenten in orde te brengen en door omstanders op de hoogte te brengen van de transitie (Thurston & Allan, 2018). Vanzelfsprekend verlopen de geslachts-affirmerende operaties anders bij mannen dan bij vrouwen. Hieronder worden mogelijke operaties besproken, met de nadruk op mogelijke, want welke operaties worden uitgevoerd, is afhankelijk van de genderidentiteit en de persoonlijke voorkeur van de persoon zelf (Mahfouda et al., 2019).

### **1.5.1 Mannen**

Volgens Taylor et al. (2020) komt het vaak voor dat mannen een mastectomie met borstreconstructie(s) ondergaan alvorens ze genitale chirurgie ondergaan en eventueel zelfs voordat ze de hormoontherapie starten of zonder dat ze hormoontherapie plannen. Dit door de weinige risico's die samenhangen met een mastectomie. Wel is het zo dat een mastectomie moeilijker verloopt wanneer de man zijn borsten vroeger afgebonden heeft. Dit komt doordat de huid door het afbinden minder elastisch geworden is (Monstrey, Ceulemans, & Hoebeke, 2011).

Er bestaan meerdere genitale operaties (Taylor et al., 2020). Eerst en vooral is er de mogelijkheid tot een hysterectomie in combinatie met een salpingo-ovariëctomie, ook wel hystero-oöforectomie genoemd. Hierbij verdwijnen de risico's op baarmoeder(hals) en eierstok pathologieën, zoals potentiële endometriale hyperplasie (Chipkin & Kim, 2017; Taylor et al., 2020). Door deze ingreep stopt uiteraard de menstruatie (Taylor et al., 2020). Naast de hystero-oöforectomie kunnen ook een metaidoioplastiek of falloplastiek uitgevoerd worden. Deze gaan gepaard met een vaginectomie en scrotoplastiek (Taylor et al., 2020). Vaak wordt ervoor gekozen om eerst de metaidoioplastiek uit te voeren om daarna over te gaan tot een falloplastiek (Holmberg et al., 2019). Bij een falloplastiek wordt onder andere een verlenging van de urethra uitgevoerd om rechtopstaand te kunnen plassen (Monstrey et al., 2011). Bovendien wordt de falloplastiek volgens hen en volgens de World Professional Association for Transgender Health (2012) uitgevoerd in meerdere stappen met meerdere revisies om een zo esthetisch mogelijke penis te creëren, wat tot een jaar kan duren. Volgens Monstrey et al. (2011) kan het zo lang duren omdat er na een falloplastiek meestal ook een penisprothese geplaatst wordt, maar dit is pas toegestaan nadat er gevoel is in de top van de penis. Met de penisprothese wordt gepoogd



het mannelijke fenotype te benaderen en is het doel penetratie te kunnen uitvoeren tijdens geslachtsgemeenschap (Monstrey et al., 2011). Het nadeel is dat bij veel van deze operaties een lang ziekenhuisproces volgt door significante ziektecijfers en hoge complicatieratio's. De koploper van de meest voorkomende complicaties zijn urethrale complicaties. Volgens Taylor et al. (2020) zouden die in 80% van de gevallen voorkomen. Naast urethrale complicaties zijn andere veelvoorkomende complicaties: huidnecrose (vooral bij rokers), infecties en opengaan van wonden (Monstrey et al., 2011). Bovendien zijn dit ook zeer dure ingrepen (Taylor et al., 2020).

### 1.5.2 Vrouwen

In tegenstelling tot mannen is het bij vrouwen sterk aanbevolen dat er eerst minimum 1 jaar hormoontherapie opgestart is vooraleer ze, indien gewenst, een borstvergroting ondergaan (World Professional Association for Transgender Health, 2012). De hormoontherapie heeft namelijk een invloed op het ontwikkelen van het borstweefsel (Taylor et al., 2020). Door de hormonen al minimum 1 jaar in te nemen, krijgt het borstweefsel maximale kans om te ontwikkelen en wordt de kans op esthetische borsten geoptimaliseerd (World Professional Association for Transgender Health, 2012). Bovendien blijkt volgens Gómez-Gil et al. (2006, aangehaald in Taylor et al., 2020) dat 50% van de vrouwen tevreden zijn met hun borsten na 2 jaar hormoontherapie en dus geen chirurgie ondergaan, terwijl dat volgens T'Sjoen et al. (2020) bij 40 tot 50% van de vrouwen het geval is.

Ook bij vrouwen bestaan er meerdere genitale operaties. Chipkin en Kim (2017) halen in hun reviewstudie aan dat de uitvoering van een orchidectomie de genitale chirurgie is die hormonaal gezien het meest oplevert. Dit zorgt er namelijk voor dat de endogene testosteronproductie stopgezet wordt, waardoor het toedienen van antiandrogenen kan stopgezet worden en een lagere dosis oestrogenen kan toegediend worden (Chipkin & Kim, 2017). De uitvoering van een orchidectomie gaat gepaard met andere genitale operaties, namelijk met een penectomie, vaginoplastiek, clitoroplastiek en reconstructie van de uitmonding van de urethra (Taylor et al., 2020). Er vindt geen prostatectomie plaats (Trum, Hoebeke, & Gooren, 2015). Voordat de vaginoplastiek uitgevoerd wordt, is het belangrijk elektrolyse op het scrotale haar uit te voeren (Chipkin & Kim, 2017). Om een neovagina te creëren met natuurlijke lubricatie wordt bij de vaginoplastiek soms gebruik gemaakt van een colontransplantaat (Taylor et al., 2020; World Professional Association for Transgender Health, 2012). Net zoals mannen, hebben ook vrouwen enkele complicaties. Vaginale stenose (waarbij de vagina verkort en versmalt door het vormen van fibreus weefsel) lijkt de meest voorkomende complicatie bij neovagina's, wat voorkomt bij 12% van de vrouwen (Horbach et al., 2015). Dit kan grotendeels voorkomen worden door regelmatig vaginale dilatatie uit te voeren door penetratie met een epithese (siliconeprothese) of door geslachtsgemeenschap (Taylor et al., 2020; Transgender infopunt, z.j.). Voorbeelden van andere complicaties zijn: huidnecrose, infecties, rectovaginale fistels, genitale pijn en urethrale complicaties zoals een stenose aan de mond van de urethra (Horbach et al., 2015; Trum et al., 2015; World Professional Association for Transgender Health, 2012). Bovendien wordt na de ingreep soms ook anorgasmie gemeld (Klein & Gorzalka, 2009).

Naast borstvergroting en genitale chirurgie, worden bij vrouwen ook vaak esthetische operaties uitgevoerd om een vrouwelijker fenotype te creëren. Welke operaties uitgevoerd worden, is afhankelijk van de genderidentiteit en de persoonlijke voorkeur van de persoon in kwestie (Mahfouda et al., 2019). Enkele vaak uitgevoerde esthetische interventies zijn bijvoorbeeld: gezichtsreconstructie, bilimplantaten, lipofilling, liposuctie, strottenhoofd of luchtpijp operaties en permanente haarverwijdering (Mahfouda et al., 2019; Taylor et al., 2020; World Professional Association for Transgender Health, 2012).

## 1.6 Kankerscreening

Transseksuele mannen en vrouwen besteden vaak minder aandacht aan hun oorspronkelijke seksuele organen zoals borsten, uterus, ovarium of prostaat (Taylor et al., 2020). Zij moeten dan ook gewezen worden op de screeningsrichtlijnen voor deze organen.

### 1.6.1 Mannen

Borstkanker, cervixkanker, endometriumkanker en ovariumkanker worden achtereenvolgens besproken.

Over borstkanker zijn vooral casestudies gepubliceerd en zijn geen langetermijngegevens beschikbaar (Patel, Dolitsky, Bachman, & Buckley de Meritens, 2019). Verschillende auteurs suggereren dat de aromatisatie van testosteron naar oestradiol de borsten stimuleert en dat testosteron ook rechtstreeks via androgeenreceptoren de celgroei en -proliferatie stimuleert. Er is echter weinig evidentie voor deze hypothesen. Studies naar de incidentie van borstkanker (zoals hogervermeld meestal gebaseerd op casestudies) tonen geen duidelijke toename van het risico. De incidentie van borstkanker is 5,9 gevallen per 100.000 personenjaren bij mannen, tegenover 154,7 gevallen per 100.000 personenjaren bij cisgender vrouwen (Gooren, van Trotsenburg, Giltay, & van Diest, 2013). De lage incidentie bij mannen is enerzijds te wijten aan het feit dat testosteron tot minder klierweefsel en meer bindweefsel leidt, en aan het feit dat veel mannen een mastectomie laten uitvoeren (Taylor et al., 2020). Na een mastectomie, en vooral een tepel- en areola-sparende mastectomie, blijft echter klierweefsel achter, en er zijn gevallen beschreven van borstkanker in dit klierweefsel 10 jaar na een mastectomie (Gooren et al., 2013). Wanneer men borstkanker indeelt in mannelijk en vrouwelijk, dan zijn de borstkankers bij mannen van het mannelijke type, met andere woorden van de nieuwe sekse (Gooren et al., 2013). Mannen die hun borsten nog hebben, laten best een mammografie uitvoeren op dezelfde leeftijd als cisgender vrouwen. De richtlijnen na een mastectomie zijn minder duidelijk. Hier heeft een mammografie geen zin. Patel et al. (2019) en Taylor et al. (2020) raden een jaarlijkse palpatie van de verwijderde borsten en oksels aan, aangevuld met een echografie of magnetische resonantie imaging wanneer een massa gevoeld wordt.

Veranderende wetgeving in heel wat Europese landen heeft als gevolg dat een hystero-oöforectomie niet meer nodig is om legaal van geslacht te veranderen (T'Sjoen et al., 2020). Vandaar dat het aantal mannen met een nog aanwezige uterus en ovaria zal toenemen. Er zijn nauwelijks gegevens over de incidentie van cervixkanker. Vandaar dat men dezelfde screening aanraadt als bij cisgender vrouwen, namelijk een Papanicolaou-uitstrijkje om de 3 jaar vanaf 21 jaar, of een screening op het humane papillomavirus om de 5 jaar vanaf 29 jaar, of een Papanicolaou-uitstrijkje en een screening op het humane papillomavirus om de 5 jaar vanaf 29 jaar (Patel et al., 2019; Taylor et al., 2020). Slechts 27% van de mannen laten zich screenen, vooral omdat dit hen te veel doet denken aan hun vroeger vrouwelijke gender (Patel et al., 2019). Indien er toch een hysterectomie uitgevoerd wordt, moet de cervix mee verwijderd worden.

De aromatisatie van testosteron naar oestradiol kan in theorie het endometrium stimuleren (Hembree et al., 2017). Hyperplasie van het endometrium komt echter bijna niet voor omdat testosteron hetzelfde atrofische endometrium induceert als bij cisgender vrouwen na de menopauze. De incidentie van endometriumkanker is niet gekend (Patel et al., 2019). Een routinescreening op endometriumkanker is volgens de American College of Obstetrics and Gynecologists niet nodig. Ook een preventieve hysterectomie voor primaire kankerpreventie is niet aangewezen. Patel et al. (2019) adviseren wel om een arts te raadplegen indien abnormaal uterien bloedverlies optreedt.

De ovaria vergroten door hyperplasie van het stroma, en 80% van de mannen ontwikkelen een polycystisch ovariumsyndroom (Irwig, 2017). Er is geen evidentie dat dit het risico op ovariumkanker

verhoogt (Trum et al., 2015). Bij mannen met een mutatie in het *BRCA1*- of *BRCA2*-gen zal men wel preventief de eileiders en de ovaria wegnemen omdat anders ovariumkanker optreedt bij 20 tot 60%.

### 1.6.2 Vrouwen

Borstkanker, prostaatkanker en kanker in de neovagina worden achtereenvolgens besproken.

Gooren et al. (2013) rapporteerden 4,1 gevallen van borstkanker per 100.000 personenjaren bij vrouwen, *versus* 170,0 gevallen bij cisgender vrouwen. Deze gegevens werden bevestigd bij Amerikaanse veteranen (Brown & Jones, 2015). De toegediende oestrogenen lijken dus het risico op borstkanker niet te verhogen in vergelijking met cisgender vrouwen (T'Sjoen et al., 2019; Taylor et al., 2020; Trum et al., 2015). Een meer recente Nederlandse studie toonde een 46 maal hogere incidentie van borstkanker bij vrouwen in vergelijking met cisgender mannen, maar het risico was nog altijd lager dan bij cisgender vrouwen (de Blok et al., 2019). De kankers kwamen voor op jongere leeftijd en na een korte toediening van de hormonen. Borstkankers kunnen ingedeeld worden in een mannelijk en vrouwelijk type. Volgens Gooren et al. (2013) zijn de kankers van het mannelijke type, en volgens de Block et al. (2019) van het vrouwelijke type. Progestagenen verhogen het risico op borstkanker bij vrouwen die oestrogenen innemen (Gooren & T'Sjoen, 2018). Er zijn geen duidelijke richtlijnen voor de screening op borstkanker. Taylor et al. (2020) raden een mammografie aan vanaf de leeftijd van 50 jaar en indien men meer dan 5 tot 10 jaar oestrogenen inneemt. Aan vrouwen met een mutatie in het *BRCA1*- of *BRCA2*-gen wordt een profylactische mastectomie aangeraden met de verwijdering van alle hormoongevoelig borstweefsel (Trum et al., 2015).

De prostaat wordt niet verwijderd bij genitale chirurgie (Trum et al., 2015). Oestrogenen verminderen het risico op prostaatkanker bij vrouwen in vergelijking met cisgender mannen (T'Sjoen et al., 2019). Toch zijn er prostaatkankers beschreven bij vrouwen, ondanks een gonadectomie en de lage testosteronconcentratie (Taylor et al., 2020). Het is mogelijk dat de kanker al aanwezig was voor het starten met geslachts-affirmerende hormonen (Gooren & T'Sjoen, 2018). Een screening wordt aangeraden vanaf 50 jaar (Gooren & Morgentaler, 2014). Deze screening omvat een rectaal onderzoek en een bepaling van het prostaatspecifieke antigeen. De bovengrens van een normale waarde is 1,0 ng/mL in plaats van 4,0 ng/mL bij cisgender mannen omdat de androgeendeprivatie de concentratie van het prostaatspecifieke antigeen verlaagt (Gooren & T'Sjoen, 2018; Iwamoto et al., 2019; Trum et al., 2015).

Een neovagina kan de typische cytologie van een cervix aannemen, met oppervlakkige, intermediaire en parabasale cellen, en bacillen van Döderlein (Grosse et al., 2017). Het blootstellen van een neovagina aan trauma door seksuele betrekkingen, bacteriën en een lage zuurstofspanning kan leiden tot precancereuze letsels en invasieve carcinomen. Vandaar dat ook bij vrouwen een vaginale kankerscreening nodig is.

## 2 Geestelijke gezondheid

Mannen en vrouwen hebben vaak geestelijke gezondheidsproblemen, zoals psychiatrische aandoeningen en stemmingsstoornissen (Mueller et al., 2017a; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020). Ze hebben een hogere kans op een depressie of depressieve symptomen, een hogere kans op angst, meer dan tweemaal zoveel kans op het ondernemen van zelfmoordpogingen, een hogere kans om slachtoffer te zijn van pesteringen, waaronder fysiek geweld, en meer dan tweemaal zoveel kans op discriminatie (Colizzi et al., 2014; Su et al., 2016; Taylor et al., 2020). Colizzi et al. (2014) beweren dat er geen verhoogde kans is op comorbiditeit bij de meerderheid van de transseksuelen.

Het niet accepteren van de eigen genderidentiteit, een onvervuld verlangen om geslachts-affirmerende hormoontherapie te induceren, het gebruik van illegale drugs, het niet ervaren van tolerantie van de maatschappij, een gemiddeld gezien lagere socio-economische status, een lagere of geen opleiding, en minder kans op een job zijn geassocieerd met een depressie of depressieve symptomen (Owen-Smith et al., 2017; Su et al., 2016). Getrouwd zijn lijkt een beschermende factor te zijn (Su et al., 2016). Ook wie zichzelf als gezond beoordeelt lijkt minder depressieve symptomen te vertonen (Su et al., 2016).

Bouman et al. (2016) deden onderzoek naar angststoornissen bij mannen en vrouwen omdat er weinig onderzoek naar gebeurd is. Ze concluderen dat mannen en vrouwen, in vergelijking met cismannen en -vrouwen, bijna driemaal zoveel kans hebben om angststoornissen te ontwikkelen. Voornamelijk mannen hebben voor de start van de hormoontherapie hogere niveaus van angstsymptomen, wat kan wijzen op angststoornissen. Dit komt overeen met het feit dat cisvrouwen meer kans hebben om angststoornissen te ontwikkelen doorheen het leven, met uitzondering van sociale angststoornissen, want daar hebben cismannen evenveel kans op (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011). Bovendien lijken cisvrouwen ook meer te lijden onder angststoornissen (McLean et al., 2011). Bouman et al. (2016) vergeleken transseksuelen die hormonen kregen met transseksuelen die geen hormonen kregen, en vonden een significant verschil tussen beide groepen. Meer personen onder hormoontherapie zaten in de niet-angst categorie in vergelijking met personen die geen hormonen innamen. De laatste groep was meer prevalent in de categorie met angststoornissen. Gezien vrouwen vaker hormonen innamen en mannen vaker angstsymptomen ontwikkelden, werd deze analyse herhaald volgens gender. Vrouwen onder hormoontherapie hadden minder angststoornissen dan vrouwen die geen hormonen kregen. Dit verschil werd in deze studie niet gezien bij mannen. Een mogelijke verklaring is dat het grotere risico om een angststoornis te ontwikkelen wanneer men bij de geboorte het vrouwelijke geslacht toegewezen krijgt, het positieve effect van een hormoontherapie tegenwerkt. Het ervaren hebben van een mannelijk gender voor wie bij de geboorte het vrouwelijke geslacht toegewezen kreeg, een lage zelfwaardering, interpersoonlijke problemen en de afwezigheid van een hormoontherapie zijn geassocieerd met een toegenomen risico op angststoornissen, waarbij vooral de lage zelfwaardering en interpersoonlijke problemen belangrijk zijn (Bouman et al., 2016). Hiermee wordt het belang aangehaald van psychologische interventies en het hebben van sociale steun.

Voordat geslachts-affirmerende interventies plaatsvinden, hebben mannen en vrouwen een grotere lichaamsontevredenheid dan cismannen en cisvrouwen, maar niet in vergelijking met cispersonen met een eetstoornis (Witcomb et al., 2015). Mannen en vrouwen proberen er alles aan te doen om hun fenotype in overeenstemming te brengen met hun genderidentiteit (Taylor et al., 2020). Het gaat daarbij niet enkel om lichaamsdelen die iemand zijn of haar geslacht identificeren. Er zijn namelijk ook enkele lichamelijke aspecten die moeilijk of onveranderbaar zijn (Witcomb et al., 2015). Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de lichaamsvorm, het gewicht en de schouderbreedte. Deze kunnen de lichaamsontevredenheid in stand houden (Witcomb et al., 2015). Bovendien heerst er soms een drang om slank te zijn. Indien deze drang aanwezig is, is deze volgens de auteurs groter bij cispersonen met eetstoornissen dan bij (cis)mannen en (cis)vrouwen. (Cis)vrouwen scoren wel hoger dan (cis)mannen.

Genderdysforie, depressie, angst, stress, sociale stress, algemene symptomen van psychologisch lijden, lage zelfwaardering en ontevredenheid over het lichaam nemen af bij mannen en vrouwen die gebruik maken van geslachts-affirmerende hormonen (Colizzi et al., 2014; Fischer et al., 2016; Gorin-Lazard et al., 2013; Tangpricha & den Heijer, 2017). Er is met andere woorden een verbetering in de mentale gezondheid en levenskwaliteit bij zowel mannen als vrouwen door de positieve bijdrage die geslachts-affirmerende hormonen leveren (Colizzi et al., 2014; Tangpricha & den Heijer, 2017). Vóór de hormoonbehandeling vertonen bijvoorbeeld bijna driemaal zoveel mensen symptomen van angst en bijna tweemaal zoveel mensen symptomen van depressie (Colizzi et al., 2014).

Alle bovengenoemde positieve effecten zijn indirecte effecten, want oestrogenen en androgenen hebben vermoedelijk directe negatieve effecten op de geestelijke gezondheid (Colizzi et al., 2014). Asscheman, Gooren en Eklund (1989) zien het namelijk als een mogelijkheid dat oestrogenen de gevoeligheid voor depressie en angst doen toenemen. King, Rosal, Ma en Reed (2005) vonden een direct negatief effect van testosteron bij cisvrouwen en cismannen, namelijk dat testosteron geassocieerd was met een toename in stress. Dat er desondanks de directe negatieve effecten een positief effect is op de geestelijke gezondheid, komt vermoedelijk doordat de hormoontherapie een vervulling induceert van gewenste verlangens naar gendercongruentie en zo zorgt voor een betere levenskwaliteit (Colizzi et al., 2014). Genderincongruentie levert namelijk enorm veel stress en ontevredenheid op (Colizzi et al., 2014). De verandering van genderrol heeft dus vermoedelijk een directe invloed op de betere zelf-gerapporteerde geestelijke gezondheid (Colizzi et al., 2014).

Su et al. (1993, aangehaald in Colizzi et al., 2014) vonden dat er bij het toedienen van androgenen een direct effect van gevoelens van euforie en energie optreden. De hormoontherapie met zijn directe en indirecte positieve effecten gaat al dan niet samen met geslachts-affirmerende operaties (Webb & Safer, 2019). Volgens Tangpricha en den Heijer (2017) verbetert genderdysforie in 80% van de gevallen onder invloed van hormoontherapie. Taylor et al. (2020) halen aan dat genderdysforie bij sommige transseksuelen ook daalt nadat gedeeltelijke of volledige geslachts-affirmerende operaties uitgevoerd werden. Bij de gedeeltelijke operaties spreekt men meestal van een boven-operatie, met andere woorden een borstvergroting of mastectomie met borstreconstructie(s). De onder-operatie, met andere woorden de genitale chirurgie, gebeurt meestal nadat de boven-operatie reeds plaatsgevonden heeft. De genderdysforie daalt omdat het voor deze mannen en vrouwen belangrijk is hun genderidentiteit te conformeren met hun fenotype, hun anatomische structuren (Taylor et al., 2020). Echter kunnen, voornamelijk bij onder-operaties, verschillende complicaties optreden (cf. supra, 1.5 Geslachts-affirmerende operaties). Het controleverlies over basisfuncties (bijvoorbeeld door het krijgen van een stoma na complicaties) kan ervoor zorgen dat het lichaamsbeeld ernstig negatief beïnvloed wordt (Enzlin, Aerts, & Kiekens, 2018). Door de blijvende aard van deze operaties en een hoog ziektecijfer, is het van belang dat mannen en vrouwen een goede psychologische begeleiding krijgen (Taylor et al., 2020). Bovendien is psychologische begeleiding ook belangrijk omdat geslachts-affirmerende operaties onomkeerbaar zijn en minder dan 1% van de mannen en 1 à 1,5% van de vrouwen achteraf spijt krijgen (Enzlin, 2019; World Professional Association for Transgender Health, 2012). Dit percentage is de verderzetting van een dalende trend (T'Sjoen et al., 2019).

Transseksuele personen plegen vaker zelfmoord en vertonen vaker automutilatie dan controlepersonen (Mueller et al., 2017a; Narang, Sarai, Aldrin, & Lippmann, 2018). De zelfmoordcijfers blijken volgens Tangpricha en den Heijer (2017) hoog te blijven na het induceren van een hormoontherapie, met of zonder geslachts-affirmerende operaties. Ook Mueller et al. (2017a) zijn alarmerend over het blijvende risico op suïcidaliteit, wat zowel suïcidale gedachten, suïcidepogingen en effectieve suïcide omvat, en op automutilatie, wat zowel snijden, slaan en verbranden van (een onderdeel van) het eigen lichaam omvat. Mogelijk weerspiegelen deze gedragingen een onaangepaste manier om met de eigen emoties om te gaan ofwel straffen ze zichzelf op deze manier als reactie op externe of interne druk en op sociaal stigma (Mueller et al., 2017a). Het is daarom belangrijk dat mannen en vrouwen gescreend worden op suïcidaliteit bij de aanvang van de transitie, maar ook wanneer ze longitudinaal opgevolgd worden (Mueller et al., 2017a).

Recent is er meer aandacht voor autismespectrumstoornissen en autistische kenmerken bij transseksuelen (Mueller et al., 2017a). Meer autistische kenmerken zijn beschreven bij kinderen en volwassenen in vergelijking met een controlepopulatie. Volwassen mannen, maar niet volwassen vrouwen, hebben hogere autisme-scores dan cismannen en cisvrouwen, maar wel lagere scores dan personen die volgens de DSM-IV en ICD-10 aan de criteria voor het syndroom van Asperger voldoen.

## 2.1 Mannen

Mannen zonder geslachts-affirmerende interventies en cisvrouwen scoren hoger op lichaamsontevredenheid als groep dan vrouwen zonder geslachts-affirmerende interventies en cismannen als groep (Witcomb et al., 2015). De lichaamsontevredenheid van mannen leunt heel dicht aan bij die van cispersonen met een eetstoornis. Mannen zijn volgens de auteurs dan ook een vermoedelijke risicogroep voor eetstoornissen en andere lichaamsbeeld gerelateerde gedragingen. Ze zijn vooral ontevreden over de volgende zaken en dit in opgesomde volgorde: hun aangezichtsbehandling, lichaamsbehandling, huid, adamsappel, borst(kas), buik, taille, heupen en/of achterwerk (Witcomb et al., 2015). De emotionele instabiliteit en angst nemen wel af onder invloed van de hormoontherapie (van Dijk et al., 2019).

Betreffende geslachts-affirmerende chirurgie om hun fenotype trachten in overeenstemming te brengen met hun genderidentiteit, blijkt uit het onderzoek van Morrison et al. (2016) dat de algemene tevredenheid met een metaidioplastiek 93,1% ( $N = 320$ ) is, met een falloplastiek met een abdominale flap 57,1% ( $N = 168$ ), met een falloplastiek met een m. latissimus dorsi-flap 93,8% ( $N = 48$ ), met een falloplastiek met een liesflap 100% ( $N = 29$ ), met een falloplastiek met een anterolaterale dijflap 100% ( $N = 5$ ), met een falloplastiek met een m. gracilis-flap 100% ( $N = 10$ ), met een falloplastiek met een fibulaflap 100% ( $N = 27$ ), en met een falloplastiek met een radiale voorarmflap 78,1% ( $N = 634$ ). Of de falloplastiek al dan niet voldoet aan het verwachte mannelijke fenotype hangt bij veel mannen af van het al dan niet kunnen douchen bij andere mannen of naar de sauna gaan (Monstrey et al., 2011). Bovendien bleek bij de groep die een falloplastiek kreeg met een radiale voorarmflap ook dat 8% een overeenstemming vindt tussen hun fysieke uiterlijk en gevoel van mannelijkheid (Morrison et al., 2016). Afhankelijk van het soort flap die gebruikt wordt, kunnen mannen tussen de 37,3-100% rechtopstaand urineren (Morrison et al., 2016). Bij de radiale voorarmflap is dit 97,5% en bij de anterolaterale dijflap is dat 66,7%. Bij een metaidioplastiek is dit 94,1%. Veel mannen hechten er waarde aan om te kunnen rechtopstaand urineren (Chipkin & Kim, 2017). Volgens Holmberg et al. (2019) hebben tussen de 62-99% van de mannen deze wens.

## 2.2 Vrouwen

Onder invloed van de toegediende hormonen stijgen de emotionele instabiliteit en stemmingswisselingen bij vrouwen (van Dijk et al., 2019). Bovendien hebben ze ook last van een gestegen persisterende vermoeidheid (van Dijk et al., 2019). Hembree et al. (2017) halen ook aan dat volgens sommige vrouwen progestagenen hun stemming verbeteren.

De borsten mogen dan wel gevoelig worden door de hormoontherapie (van Dijk et al., 2019), het krijgen van borsten wordt desondanks beschouwd als het belangrijkste kenmerk van feminisatie (Iwamoto et al., 2019). Borstontwikkeling is het enige fysieke kenmerk dat significant gecorreleerd is met het afnemen van de ontevredenheid met het eigen lichaam (Fisher et al., 2016). De borsten lijken kleiner dan ze werkelijk zijn (Iwamoto et al., 2019; Wierckx et al., 2014b), waardoor 50 tot 60% van de vrouwen een chirurgische borstvergroting wensen (T'Sjoen et al., 2020).

Over de borstvergroting en andere geslachts-affirmerende operaties heerst een overheersende tevredenheid met de resultaten (Lawrence, 2003). In haar onderzoek waren het merendeel van de participanten late-onset-transseksuelen die aan de transitie begonnen toen ze 40 jaar of ouder waren, wat een invloed zou kunnen hebben op de tevredenheid. Indien er toch spijtoptanten zijn, kunnen die onderverdeeld worden in een groep met grote spijt, waarbij ze spijt hebben dat ze de transitie ondergaan hebben, of een groep met minimale spijt, waarbij ze ontevreden zijn met een bepaalde ingreep of met het verlies van sociale steun door de transitie (T'Sjoen et al., 2019). Het algemene percentage spijtoptanten betreft 1 à 1,5% van de vrouwen (Enzlin, 2019). Bij het merendeel van de vrouwelijke spijtoptanten gaat het om minimale spijt, door bijvoorbeeld sociale en familiale problematieken, maar meestal door ontevredenheid met fysieke of functionele resultaten van een ingreep (Lawrence, 2003). Onder andere de vaginoplastiek heeft over het algemeen een zeer gewenste uitkomst, die veel beter is dan de falloplastiek bij mannen (Mahfouda et al., 2019). Bij een minderheid gaat het om grote spijt, maar daarvan kwamen velen tot dat besef voordat er geslachts-affirmerende operaties plaatsgevonden hadden. Zij stopten dus de inname van geslachts-affirmerende hormonen (Lawrence, 2003). Dit toont nogmaals het belang van psychologische begeleiding.

### 3 Seksualiteit

In dit hoofdstuk worden gelijkenissen en verschillen belicht betreffende de seksualiteit van mannen en vrouwen die al dan niet geslachts-affirmerende chirurgie ondergaan hebben. Dit omdat het seksuele functioneren bij transseksuelen maar weinig bestudeerd is en dit iets meer bij vrouwen dan bij mannen (Defreyne et al., 2020; Klein en Gorzalka, 2009).

Over het algemeen is het belangrijk om bij seksualiteit het Dual Control Model in het achterhoofd te houden. Het model toont aan dat seksueel gedrag bij iedereen kan beïnvloed worden door exciterende en inhiberende processen in de hersenen (Bancroft, Graham, Janssen, & Sanders, 2009). Door verschillen in excitatie en inhibitie worden de interindividuele verschillen duidelijk, ook bij transseksuelen. Het merendeel van de mensen verschilt in het neigen naar excitatie of inhibitie en meestal is de neiging naar het ene of het andere aanpasbaar en niet problematisch (Bancroft et al., 2009). Door hoge levels van excitatie en lage levels van inhibitie verhoogt de kans op risicovol gedrag, terwijl hoge levels van inhibitie en lage levels van excitatie de kans verhogen op problemen met het seksuele functioneren en op seksuele disfuncties. Iwamoto et al. (2019) halen aan dat er meer human immunodeficiency viruses (HIV)-infecties zijn en dit onder andere doordat hoog risicovol seksueel gedrag vaak blijkt voor te komen bij mannen en vrouwen, terwijl ze volgens Su et al. (2016) minder vaak HIV-positief zijn. Psychologische en neurofysiologische kenmerken kunnen een mediërende factor zijn op bepaalde (culturele) stimuli (Bancroft et al., 2009). Bij seksuele excitatie is er seksuele opwinding in reactie op sociale interacties, visuele stimuli, fantasie of niet-seksuele stimuli. Seksuele inhibitie, niet opgewonden raken of verlies van seksuele opwinding, kan enerzijds ontstaan door dreiging van seksueel falen door prestatie- of partner-gerelateerde zorgen, of door verminderde focus. Anderzijds kan de inhibitie voortkomen uit een dreiging van negatieve gevolgen door de kans om betrappt te worden, negatieve gevolgen van seks of door pijn, wat samenhangt met waarden of normen (Bancroft et al., 2009).

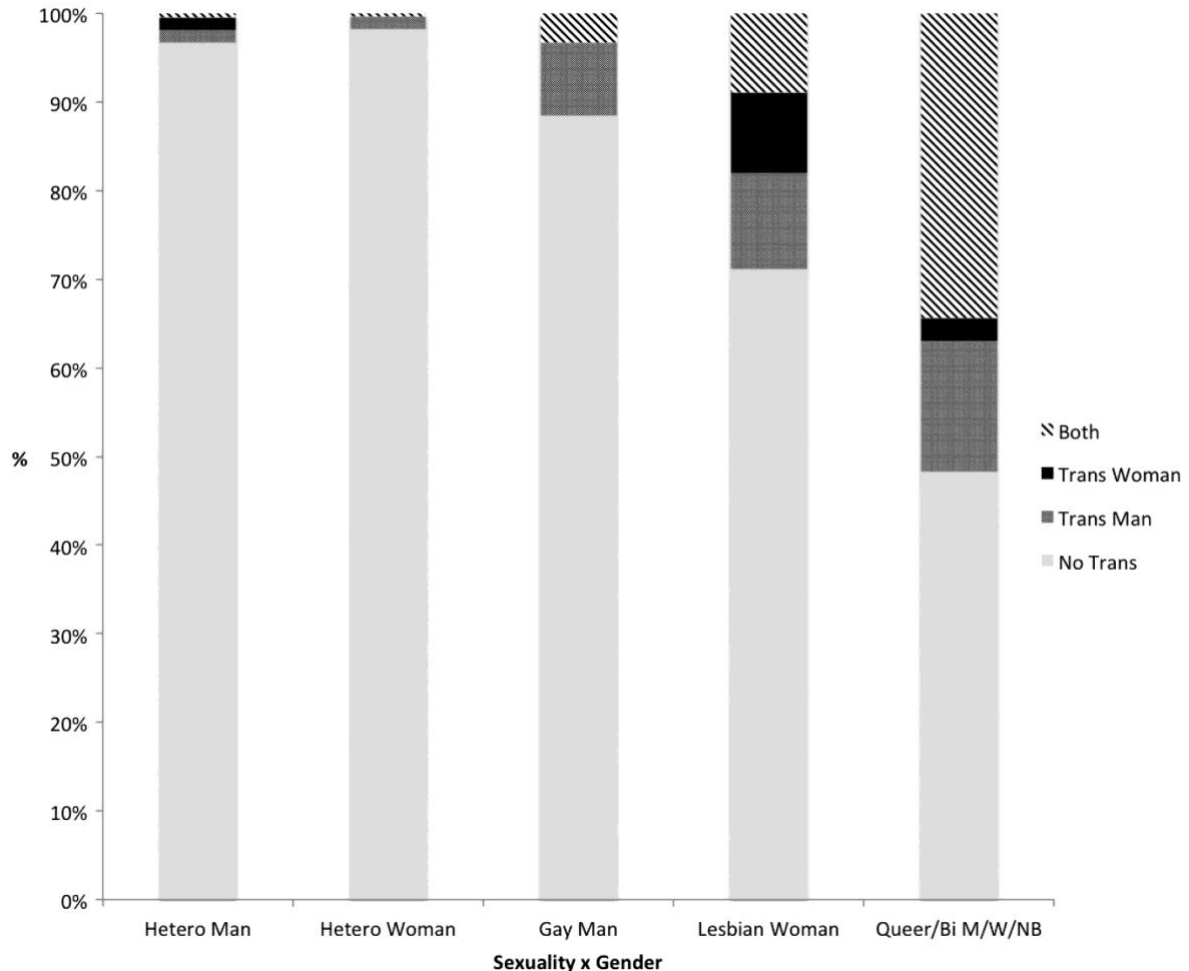
Om de levenskwaliteit van mannen en vrouwen te verbeteren, moet in elke fase van het leven ingezet worden op seksualiteit en seksueel functioneren (Holmberg et al., 2019). Dat wil zeggen zowel voor, tijdens als na de transitie. Volgens Holmberg et al. (2019) is een positief lichaamsbeeld geassocieerd met beter seksueel functioneren en meer seksuele tevredenheid. Wel kan er volgens hen seksuele tevredenheid zijn ondanks dat er geen tevredenheid is met een geslachts-affirmerende chirurgie, en kan er tevredenheid zijn met geslachts-affirmerende chirurgie zonder aanwezigheid van seksuele tevredenheid. Transseksuelen lijken volgens Klein en Gorzalka (2009) over het algemeen adequaat seksueel te functioneren en/of hebben een hoge mate van seksuele tevredenheid na geslachts-affirmerende chirurgie. Seksueel verlangen, in de volksmond ook wel libido of zin in seks genoemd, kan volgens hen uit het niets optreden of gestimuleerd worden door seksuele stimuli. Na geslachts-affirmerende chirurgie is er een matige tot hoge mate van orgasmisch functioneren (Klein & Gorzalka, 2009).

De seksuele oriëntatie, met andere woorden tot welk geslacht iemand zich aangetrokken voelt, is fluïde en kan wijzigen tijdens de sociale of medische transitie (Holmberg et al., 2019). Bij transseksuelen die de interventies gestart zijn na hun puberteit zijn mannen vóór geslachts-affirmerende interventies vaker aangetrokken tot cisvrouwen dan vrouwen tot cismannen (Cerwenka et al., 2014). Ongeveer 80% van de mannen en vrouwen heeft voor de gender-affirmerende interventies reeds ervaring met een seksuele partner en meer vrouwen dan mannen doen dan aan zelfbevrediging (Cerwenka et al., 2014).

Moeilijkheden om een seksueel contact te initiëren en angst voor een seksueel contact zijn twee zeer prevalentie disfuncties bij mannen en vrouwen, zowel voor als na geslachts-affirmerende chirurgie (Kerckhof et al., 2019). Het is vaak moeilijk een partner te vinden die hun genderidentiteit aanvaardt. Heel wat mensen willen dan ook niet daten met een transseksueel persoon (Blair & Hoskin, 2018) (zie Figuur 4). Heel weinig cisgender heteroseksuele mannen en vrouwen wensen te daten met een transseksueel. Mensen die zich identificeren als niet-binair, biseksueel en genderqueer zijn wel vaker



## Willingness to Date Trans Persons By Gender and Sexuality



Figuur 4. Percentage van elke groep in de X-as die bereid is om te daten met een cispersoon, een vrouw, een man, of zowel een vrouw als een man.

Noot. Queer, queer; Bi, bisexual; M, man; W, woman; NB, non-binary.

Herdruckt van "Transgender exclusion from the world of dating: Patterns of acceptance and rejection of hypothetical trans dating partners as a function of sexual and gender identity", door Blair, K., & Hoskin, R. A., 2018, *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(7), p. 2080.

bereid om met een transpersoon te daten. Opvallend is dat zij liever daten met een man dan met een vrouw.

Zelfbevrediging of seksuele handelingen met een partner lijken voor zowel mannen als vrouwen onveranderd of gestegen na geslachts-affirmerende interventies (Holmberg et al., 2019). Zowel mannen als vrouwen komen makkelijker tot een orgasme door masturbatie dan door penetratie (Holmberg et al., 2019). Bovendien verbetert de tevredenheid met romantische relaties voor beiden na een geslachts-affirmerende interventie (Holmberg et al., 2019). Zoals hierboven al aangetoond met het geselecteerd worden om te daten, wordt het initiëren van een relatie altijd als moeilijk ervaren, dus zowel voor als na geslachts-affirmerende interventies. Dit lijkt ook iets moeilijker te zijn voor mannen dan voor vrouwen, al is het speculeren naar de reden(en) hiervoor. Bovendien rapporteren veel personen vooral een moeilijkheid in het vinden van een partner die hen niet objecteert, maar respecteert zoals ze zijn wat betreft genderidentiteit, seksueel zelfvertrouwen en seksuele keuzevrijheid (Holmberg et al., 2019).

Het effect op het seksuele functioneren hangt af van veel factoren, zoals de inname van geslachts-affirmerende hormonen, genitale chirurgie, het hebben van een partner of het aanwezig zijn van psychische problemen (T'Sjoen et al., 2020).

### 3.1 Mannen

Voordat geslachts-affirmerende interventies plaatsvinden is bij het merendeel van de mannen de seksuele oriëntatie fluïde (Cerwenka et al., 2014). Wel lijken mannen die op vrouwelijke personen vallen vaak relaties opgebouwd te hebben met heteroseksuele cisvrouwen die hen al altijd als mannen beschouwden, zelfs nog voor enige geslachts-affirmerende interventie (Cerwenka et al., 2014). Voor enige interventie betreft slechts de helft van de mannen hun genitalia in de seksuele activiteiten met een partner. Er waren te weinig participanten om significante resultaten te bekomen over het al dan niet als plezierig ervaren wanneer de eigen genitalia in de seksuele activiteit betrokken werden, maar de percentages lijken in dezelfde lijn te liggen als die van de vrouwen, met uitzondering van minder antwoorden op 'wisselend' en meer op 'niet van toepassing' (cf. infra, 3.2 Vrouwen). Wat zelfbevrediging betreft kunnen opnieuw geen significante resultaten getrokken worden, maar de 'altijd' en 'nooit' lijken in dezelfde lijn te liggen met de vrouwen, terwijl het 'soms' veel lager ligt (cf. infra, 3.2 Vrouwen) (Cerwenka et al., 2014).

Defreyne et al. (2020) bestudeerden het seksuele verlangen na het starten van de behandeling met testosteron tijdens een driejarig longitudinaal onderzoek (zie Figuur 2). Het seksuele verlangen steeg gedurende de eerste 3 maanden. Dit gold voor de 3 scores van de Sexual Desire Inventory (SDI)-questionnaire: totaal, dyadisch en solitair. Dyadisch verwijst naar het verlangen om seks te hebben met een andere persoon. Solitair verwijst naar het verlangen om seks met zichzelf te hebben, met soms de wens om niet intiem te zijn met een andere persoon. Nadien bleven de scores hoog of daalden terug wat. Ook van Dijk et al. (2019) spreken van een piek rond 3 maanden met daarna een stabilisatie tot een niveau dat iets hoger is dan het oorspronkelijke niveau. Er is geen correlatie tussen de totale of vrije testosteronconcentratie en het seksuele verlangen (Holmberg et al., 2019). De totale en solitaire SDI-scores nemen meer toe indien de baarmoeder en eierstokken weggenomen worden (Defreyne et al., 2020). Een mastectomie en/of een falloplastiek hebben geen effect op de 3 SDI-scores. Wierckx et al. (2011) vonden een gelijkaardige bevinding, namelijk dat een falloplastiek geen invloed heeft op het seksuele verlangen. Bovendien heeft het al dan niet plaatsen van een erectieprothese na een falloplastiek ook geen effect op het seksuele verlangen (Holmberg et al., 2019). Kort na het opstarten van de behandeling met androgenen verhoogt niet alleen het seksuele verlangen, maar ook de frequentie van masturbatie, het hebben van seksuele fantasieën en de opwinding (Holmberg et al., 2019). Waar volgens Defreyne et al. (2020) en van Dijk et al. (2019) op lange termijn het seksuele verlangen constant blijft of terug wat afneemt, neemt volgens T'Sjoen et al. (2020) op lange termijn vooral het seksuele verlangen sterk toe en is er ook meer seksuele opwinding, komt men gemakkelijker tot een orgasme en is er meer seksuele tevredenheid. Hoewel een toegenomen seksueel verlangen een gewenst effect is, klagen 14% van de mannen van 'distress' door een te groot seksueel verlangen (Kerckhof et al., 2019).

Een metaidoioplastiek laat in de meeste gevallen geen penetratie toe omdat de lengte van de penis dit vaak niet toelaat (Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009). Wel kan een gedeeltelijke erectie ontstaan bij seksuele opwinding. Bij een falloplastiek is het percentage mannen dat geslachtsgemeenschap kan hebben afhankelijk van de operatietechniek. Bij een falloplastiek met een radiale voorarmflap is dat 21%, terwijl dat 60% bedraagt bij een falloplastiek met een anterolaterale dijflap. De seksuele verwachtingen worden frequenter ingelost wanneer een erectieprothese geplaatst wordt, maar mannen met een prothese klagen vaker over pijn tijdens penetratie (T'Sjoen et al., 2020). Mannen met een falloplastiek zijn seksueel actiever na hun operatie dan voor hun operatie (zelfbevrediging en seks met een partner) en ze gebruiken hun geslachtsorganen vaker in vergelijking met voor de operatie (78% versus 31%) (van de Griff et al., 2017). Ook Klein en Gorzalka (2009) vonden dat er een stijging is in zelfbevrediging na geslachts-affirmerende chirurgie.

Mannen met een metaidoioplastiek of een falloplastiek kunnen tot een orgasme komen, vooral door te masturberen en minder door te penetreren (Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009). De

orgasmes zijn krachtiger, korter en intenser dan voor de operatie (T'Sjoen et al., 2020). Bovendien komen mannen vaker tot een orgasme dan cisvrouwen (Klein & Gorzalka, 2009).

Uit het onderzoek van Morrison et al. (2016) blijkt dat de seksuele tevredenheid na genitale operaties 6,3% bedraagt bij een metaidoioplastiek en 2,1% bij een falloplastiek met een radiale voorarmflap.<sup>3</sup>

De meeste studies over het seksuele functioneren zijn uitgevoerd bij mannen na genitale chirurgie (T'Sjoen et al., 2020). Er is daarom nood aan meer studies bij mannen die nog geen genitale chirurgie ondergaan hebben.

## 3.2 Vrouwen

Voordat geslachts-affirmerende interventies plaatsvinden voelen vrouwen zich overheersend aangetrokken tot vrouwelijke personen (Cerwenka et al., 2014). Deze vrouwen hebben vaak relaties opgebouwd met heteroseksuele cisvrouwen voor wie de coming-out als uitdagend ervaren wordt. Voordat geslachts-affirmerende interventies plaatsvinden betreft 75% van de vrouwen hun genitalia in de seksuele activiteiten met een partner. Bovendien ervaart 35% van de vrouwen het 'nooit' als plezierig, ongeveer 17% het 'altijd' als plezierig, bij ongeveer 40% is het 'wisselend' en bij enkelingen is het 'niet van toepassing'. Wat zelfbevrediging betreft vindt ongeveer 10% van de vrouwen dat nooit plezierig, meer dan de helft vindt het soms plezierig, ongeveer 25% vindt het altijd plezierig en voor enkelingen is deze vraag niet van toepassing.

Defreyne et al. (2020) bestudeerden het seksuele verlangen na het starten van de behandeling met geslachts-affirmerende oestrogenen en antiandrogeenen tijdens een driejarig longitudinaal onderzoek (zie Figuur 2). Het seksuele verlangen verminderde binnen de 3 maanden. Dit gold voor de totale, de dyadische en de solitaire SDI-scores. De timing van de afname van het seksuele verlangen na het starten van de geslachts-affirmerende hormoontherapie en het feit dat testosteron het seksuele verlangen stimuleert bij cisgender mannen suggereren dat de gedaalde testosteronconcentratie het afgenomen seksuele verlangen zou kunnen verklaren. Elaut et al. (2008) vonden een significant lagere totale en vrije testosteronconcentratie bij vrouwen in vergelijking met een controlegroep van cisgender vrouwen. Daartegen staat dat geen enkele studie een significante correlatie gevonden heeft tussen de totale of vrije testosteronconcentratie en het seksuele verlangen bij vrouwen (Holmberg et al., 2019). Deze gegevens bij vrouwen contrasteren met deze bij ovulerende cisgender vrouwen, waar er wel een correlatie is tussen solitair seksueel verlangen en de totale en vrije testosteronconcentratie (Elaut et al., 2008). Er zijn verschillende mogelijkheden waarom deze correlatie niet gevonden wordt bij vrouwen. (i) De meerderheid heeft een zeer lage (vrije) testosteronconcentratie, wat het vinden van een mogelijke relatie met het seksuele verlangen bemoeilijkt. (ii) De sterk gedaalde testosteronconcentratie kan leiden tot een seksuele aanpassing aan die lagere concentratie en zo de relatie tussen de testosteronconcentratie en het seksuele verlangen beïnvloeden. Hetzelfde ziet men trouwens bij een chirurgisch geïnduceerde menopauze. (iii) Naast testosteron kunnen ook andere factoren een rol spelen in het seksuele verlangen. Zo is het mogelijk dat de opluchting om eindelijk het gewenste lichaam te hebben en sociaal geaccepteerd te worden als vrouw het seksuele verlangen verhoogt ondanks de lage testosteronconcentratie. (iv) De functionaliteit en het uitzicht van de nieuwe genitaliën kunnen de seksuele tevredenheid en misschien ook het seksuele verlangen beïnvloeden. Naast de testosteronconcentratie is ook de gevoeligheid van de androgeenreceptor belangrijk. De androgeenreceptor bevat een polymorfe hyperexpansie in de trans-activerende aminoterminus van exon 1 (Khan et al., 2018). De cytosine-adenine-guanine trinucleotide repeats resulteren in een

<sup>3</sup> Deze cijfers zijn gepubliceerd in een internationaal artikel, maar zijn opvallend laag.

polyglutamineketen van wisselende lengte, die de functie van de androgeenreceptor als transcriptiefactor beïnvloedt. De lengte van deze keten heeft echter geen effect op de relatie tussen de testosteronconcentratie en het seksuele verlangen bij vrouwen (Elaut et al., 2010). Hembree et al. (2017) halen aan dat volgens sommige vrouwen progestagenen hun seksuele verlangen verbeteren. Er zijn echter geen studies over de effectiviteit van progestagenen (Hembree et al., 2017; Iwamoto et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017). Het wegnemen van de testes leidt tot hogere totale en dyadische SDI-scores (Defreyne et al., 2020). Het is onduidelijk of dit te wijten is aan de tevredenheid met het lichaam na de operatie, aan het stoppen van cyproteronacetaat, of aan andere factoren. Vrouwen met een vaginoplastiek hebben meer seksueel verlangen dan personen op een wachtlijst (Holmberg et al., 2019). Het afgenomen seksuele verlangen kan leiden tot persoonlijke en relationele 'distress', en dus tot 'hypoactive sexual desire disorder' wanneer het als een tekort of afwezigheid van seksueel verlangen of fantasieën door de persoon in kwestie ervaren wordt. De prevalentie van deze aandoening bij vrouwen verschilt echter niet van deze bij ovulerende cisvrouwen (Elaut et al., 2008). Indien er sprake is van 'hypoactive sexual desire disorder' kan testosteron toegediend worden tot een testosteronconcentratie van cisgender vrouwen bekomen wordt (Klein & Gorzalka, 2009; Kronawitter et al., 2009). Deze dosis leidt tot een significante toename in seksueel verlangen, zonder ongewenste of neveneffecten. Anderzijds zien veel vrouwen de afname in seksueel verlangen eerder als een opluchting dan als een probleem. Dit kan onder andere komen door aanwezige afkeer van hun genitalia en als er nog geen vaginoplastiek kan of mag plaatsvinden (Wierckx et al., 2014c). Na 3 maanden stijgen de SDI-scores volgens Defreyne et al. (2020) terug tot baseline of worden zelfs hoger, terwijl volgens Kerckhof et al. (2019) het seksuele verlangen lager blijft.

Verschillende studies vinden een daling of lage frequentie in zelfbevrediging na geslachts-affirmerende chirurgie, maar één studie vindt een stijging in het eerste jaar na de chirurgie in vergelijking met cismannen en cisvrouwen (Klein & Gorzalka, 2009).

Vrouwen met een neovagina worden volgens Holmberg et al. (2019) net als cisvrouwen vochtig, maar de lubricatie is minder uitgesproken wanneer een huidflap gebruikt wordt in plaats van een stuk darm. Bovendien is de lubricatie vaak minder uitgesproken dan bij cisvrouwen, waardoor het aangeraden is om een glijmiddel te gebruiken tijdens seksuele activiteiten (Klein & Gorzalka, 2009). Gebrek aan lubricatie en seksuele opwinding kunnen pijn veroorzaken tijdens penetratie (Holmberg et al., 2019). Wel vonden Klein en Gorzalka (2009) dat er een stijging is in seksuele opwinding na geslachts-affirmerende chirurgie.

Bij vrouwen die nog een penis hebben gaat de seksuele opwinding gepaard met een erectie (Holmberg et al., 2019). Het optreden van erecties vereist een intermitterende toename in doorbloeding en oxygenatie, meestal tijdens de nacht onder invloed van testosteron. Bij vrouwen komen spontane en nachtelijke erecties minder frequent voor binnen de 3 maanden. Studies bij cisgender mannen wijzen uit dat minder nachtelijke erecties kunnen leiden tot fibrose van de penis of tot een erectiele disfunctie. Voor vrouwen die belang hechten aan een erectie kan het nuttig zijn om nachtelijke erecties te faciliteren met een lage dosis testosteron of met een cyclisch GMP-fosfodiësterase inhibitor. Erecties uitgelokt door seksuele stimulatie worden sterker (Holmberg et al., 2019).

De meeste vrouwen kunnen tot een orgasme komen, vooral door te masturberen en minder door penetratie (Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009). Wel kan de genitale chirurgie soms leiden tot anorgasmie (Klein & Gorzalka, 2009). Zo niet, dan zijn de orgasmes in vergelijking met voor de chirurgie intenser, zachter, langer en aangenamer (Holmberg et al., 2019). Secreties tijdens het orgasme kunnen optreden vanuit de klieren van Cowper, of vanuit overblijfselen van de prostaat en de zaadblaasjes.

Na de genitale chirurgie is de tevredenheid met de seksuele betrekkingen en met het orgasme hoog: respectievelijk 6,70 en 8,21 op een schaal van 0 tot 10 (Zavlin et al., 2018). De subjectieve seksualiteitsbeleving is beter wanneer men een partner heeft, hormonen krijgt, of een borstvergroting

heeft ondergaan (Bartolucci et al., 2015). Net zoals bij mannen zijn de meeste studies over het seksuele functioneren uitgevoerd bij vrouwen die geslachts-affirmerende chirurgie ondergaan hebben. Volgens T'Sjoen et al. (2020) is er veel minder informatie over het effect van hormonen op de seksuele gezondheid, het seksuele verlangen, de opwinding en de tevredenheid bij vrouwen die geen geslachts-affirmerende chirurgie ondergaan hebben, en de studies spreken elkaar vaak tegen.

## Kwalitatieve onderzoeksresultaten

### 1 Geestelijke gezondheid

#### 1.1 Ongelukkig zijn

Het merendeel van de participanten, namelijk 80%, leed onder depressieve symptomen (40%) of een depressie (40%, al dan niet effectief gediagnosticeerd) voordat de transitie plaatsvond. Dit bevestigt wat in de literatuur terug te vinden is, namelijk dat ze een hogere kans hebben op een depressie of depressieve symptomen (Colizzi et al., 2014; Su et al., 2016; Taylor et al., 2020). De personen die onder depressie(s) hebben geleden, hadden een diepongelukkig gevoel gekend waarbij ze zich nooit echt gelukkig gevoeld hebben en een gevoel van falen ervaarden. De personen met depressies omschreven dit als: "Het leven was een beproeving", "Ik was precies vuiligheid op de grond dat je met een veegblik kon opvegen" en "Ik was eigenlijk niets waard". Betreffende de depressieve symptomen is het kenmerkend dat men zich niet goed in zijn vel voelde. Voordien ging dit om een stijgende trend van zich niet goed voelen, met beïnvloeding door gebeurtenissen zoals het krijgen van borsten, pesterijen (al dan niet gerelateerd aan de genderidentiteit) en een eetstoornis. Mannen zijn volgens Witcomb et al. (2015) een vermoedelijke risicogroep voor eetstoornissen. Na de transitie gaat het om een dalende trend van zich niet goed voelen, maar bepaalde gebeurtenissen kunnen wel nog steeds een invloed uitoefenen en dus opnieuw zorgen voor een tijdelijke stijging, zoals bijvoorbeeld wanneer er achter de rug over de transitie geroddeld wordt. Dit sluit aan bij de bevinding van enerzijds van Dijk et al. (2019) dat de emotionele instabiliteit bij mannen afneemt onder invloed van de hormoontherapie. En anderzijds bij die van Taylor et al. (2020) dat genderdysforie bij sommige transseksuelen daalt nadat gedeeltelijke of volledige geslachts-affirmerende operaties uitgevoerd worden.

De personen die leden aan een depressie waren ook suïcidaal en wouden er dus niet meer zijn. Bij een persoon was het zo erg dat hij in paniek was toen hij hoorde dat hij niet zou sterven aan kanker, terwijl die diagnose eerst wel gegeven was. Dit sluit aan bij de bevinding dat transseksuelen tweemaal zoveel kans hebben op het ondernemen van zelfmoordpogingen (Colizzi et al., 2014; Su et al., 2016; Taylor et al., 2020). Na de transitie heeft hij nooit meer deze gedachten gehad. De andere persoon heeft soms wel nog opflakeringen van die gedachten, maar werkt deze naar eigen zeggen weg door positieve coping. Dit bevestigt de bevinding dat zelfmoordcijfers hoog blijken te blijven na het induceren van een hormoontherapie, met of zonder geslachts-affirmerende operaties (Tangpricha & den Heijer, 2017).

#### 1.2 Angst

Mannen hebben een hogere kans op angst (Colizzi et al., 2014; Su et al., 2016; Taylor et al., 2020). Bij angst gaat het vooral om angst voor de reactie van mensen. Deze was al aanwezig voor de transitie, maar is nog meer uitgesproken geworden na de transitie. De grote vraag waar alle participanten enorm mee worstelen, is de vraag hoe en wanneer ze moeten aanbrenge dat ze trans zijn. Voordien was er al angst om niet te voldoen aan de norm, om afgewezen te worden door (potentiële) partners of anderen en daarbij rare blikken of pesterijen te ervaren. Wat een terechte angst is, want mannen hebben een hogere kans om slachtoffer te zijn van pesterijen, waaronder fysiek geweld, en meer dan tweemaal zoveel kans op discriminatie (Colizzi et al., 2014; Su et al., 2016; Taylor et al., 2020). Na de transitie gaat het voornamelijk om angst voor negatieve reacties wanneer mensen horen dat ze transseksueel zijn en al zeker wanneer het om (potentiële) partners gaat. Daarbij staat de angst om verlaten te worden centraal, doordat (potentiële) partners afknappen op de uiterlijke verschillen met een cisman of doordat ze zich te veel aantrekken wat anderen over hun relatie of de man zeggen. Ook is er bij een persoon angst om seksuele handelingen te stellen.

Bovendien was het opvallend dat 40% faalangst om te spreken aanhaalden. Deze angst lijkt duidelijk afgenomen sinds de transitie. In een huilbui uitbarsten gebeurt bijvoorbeeld niet meer, maar de angst is wel nog in lichte mate aanwezig. Ten slotte zijn er ook angsten voor geslachts-affirmerende interventies, voornamelijk voor een falloplastiek (cf. infra, 1.8 Twijfel), maar ook voordien had een persoon angst voor de hormoontherapie en voor de mastectomie.

### **1.3 Stress**

De ene persoon is sowieso al wat sneller gestresseerd dan de ander, maar voor 40% ging er enorm veel stress gepaard met het proberen conformeren aan de maatschappelijke norm van vrouw-zijn. Dit gebeurde bij beide personen onbewust en ging over houding, gedrag, kledij etc. Bij één van de twee is een duidelijke stopzetting van stress te zien vanaf het moment dat hij besloten had als man door het leven te gaan en zich niets meer aan te trekken van de norm van vrouw-zijn. Bovendien ervaren twee andere participanten nu meer stress om seksualiteit met een partner te initiëren, ondanks dat deze personen wel al ervaring hadden. Het gaat dan om stress dat de ander afknapt op (het ontbreken van) genitalia of omdat de partner meer mannelijkheid verwacht. Ten slotte werd voordien stress ervaren door enkelingen om de coming-out te doen, om uit te gaan, of door te worstelen met het vraagstuk omtrent seksuele oriëntatie. Nu is één persoon ook nog zenuwachtig om over transseksualiteit te praten op een afgesproken moment.

### **1.4 Maatschappelijke normen**

Naast de druk die er is om te voldoen aan de maatschappelijke norm van vrouw-zijn, werd ook de druk vermeld bij de norm om een 'normale' heteroseksuele relatie aan te gaan. Verder werden heel wat stereotypingen aangehaald in de interviews. Ten eerste verschilt wat je aangeleerd krijgt als cisman of cisvrouw. Er is een typisch cismannelijke en een typisch cisvrouwelijke houding: (cis)vrouwen moeten er vrouwelijk en flatterend uitzien, van (cis)mannen wordt verwacht dat ze vrouwen aanspreken, alle (cis)mannen willen een grote penis (wat in de interviews duidelijk ontkracht is), cisvrouwen kijken niet naar porno etc. Ten tweede bepaalt het uiterlijk veel. Als je er als cisvrouw mannelijk uitziet dan ben je lesbisch, en aan transseksuelen kan je onmiddellijk zien dat ze transseksueel zijn. Bovendien ben je vrouw of man en mag je als transseksueel geen lichaamsdelen gebruiken die respectievelijk een cisman of cisvrouw niet heeft. Ten slotte zijn er ook stereotypen dat seks pas seks is als er penetratie plaatsvindt en moet seks voor je 20<sup>e</sup> verjaardag.

### **1.5 Zelfvertrouwen**

Over het algemeen hebben alle participanten na de transitie meer zelfvertrouwen, wat dus wil zeggen meer vertrouwen in hun eigen kunnen en in wie ze zijn. Dat is ook voor anderen duidelijk: "Waar anderen zeiden dat ik achter het behangpapier zou kruipen, zeggen ze nu dat ik opener geworden ben, dat ik lach, dat ik babbel". Een persoon zegt wel meer zelfvertrouwen te hebben, maar zegt eerder er eigenlijk geen te hebben. Het beetje zelfvertrouwen dat er dan nu is, wordt door bepaalde gebeurtenissen op de proef gesteld, voornamelijk wanneer er geroddeld wordt door zijn 'vrienden'. Deze en een andere man halen aan dat ze een lager zelfvertrouwen hebben wanneer ze geconfronteerd worden met het feit dat ze verschillen van een cisman en ze vergelijken zich daar dan ook mee; ze achten zichzelf minder. Een andere persoon had al altijd een hoog zelfvertrouwen, maar dit is toegenomen in bepaalde situaties, zoals voornamelijk in het uitgaan omdat hij zich nu als een man kan gedragen tijdens het dansen en het drinken.

## 1.6 Lichaamsbeeld

Voor de transitie was het lichaamsbeeld enorm negatief. Slechts één persoon had er geen problemen mee omdat hij toen bijvoorbeeld nagefloten werd op straat. De anderen hadden er geen behoefte aan om hun eigen lichaam te zien, waardoor ze bijvoorbeeld wijde T-shirts droegen, het licht uitging wanneer ze soloseks of seks hadden met een partner of ze (solo)seks hadden onder de lakens. Bovendien vonden er soms geen seksuele handelingen plaats omdat seks met hun vrouwelijke genitalia niet klopt(e) of omdat lesbienneseks, indien dit deel was van hun seksuele script, te confronterend was. Er was een algemeen gevoel dat hun lichaam niet klopte. Een persoon zei zelfs: "Ik denk dat ik geen lichaam had". Het merendeel deed er dan ook alles aan om er mannelijk uit te zien vanaf het moment dat ze beseften wat het was dat niet klopte. Irwig (2017) haalt ook aan dat mannen de secundaire geslachtskenmerken van cisgender mannen willen en als man door het leven willen gaan. Om dit na te streven gingen (en gaan) de mannen onder andere naar de fitness om spieren te kweken, wat 100% nu ook doet, en legden de focus op het verliezen van vrouwelijke kenmerken, zoals vet en voornamelijk de heupen, waarbij één persoon zelfs een eetstoornis ontwikkelde. De grotere hoeveelheid subcutaan vet blijft volgens T'Sjoen et al. (2019) grotendeels bestaan, tenzij men plots veel meer gaat sporten. Tijdens het fitnesssen worden dus niet enkel spieren gekweekt, maar kan het vet gereduceerd worden. Het is niet duidelijk of de participanten achtergrondkennis over het laatstgenoemde hebben en dus of ze ook om die reden naar de fitness gaan. Testosteron leidt tot een toename in lichaamsgewicht, 'body mass index', vetvrije massa, spiermassa en spierkracht (Irwig, 2017; Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019), maar is op zich niet in staat om de bredere heupen door de bredere bekkenbeenderen ongedaan te maken (T'Sjoen et al., 2019).

Twee personen wisten wel dat ze knap waren als vrouw, maar ze vonden zichzelf lelijk. Sinds de transitie is over het algemeen iedereen positiever geworden over zijn lichaamsbeeld, wat de wil die Irwig (2017) omschreef deels gerealiseerd heeft. Echter is 60% nog steeds beschaamd zich letterlijk bloot te geven aan anderen en 20% aan zichzelf. Dit door de littekens die er zijn en de vrouwelijke genitalia die nog steeds aanwezig zijn. Daardoor hebben ze bijvoorbeeld seks met het licht uit, met de kleren aan of douchen ze samen in het donker. Bij het seks hebben met de kleren aan maakte de man in kwestie zichzelf wijs dat dat uit luiheid is, maar hij besepte tijdens het interview dat het vermoedelijk meer met vermijding te maken heeft. De grootste onzekerheid en het zich slecht voelen komen voort uit het feit dat men er nog niet als een cisman uitziet en voor sommigen is het besef gekomen dat dit ook nooit het geval zal zijn, dat je het altijd lichamelijk op een of andere manier zal blijven zien, voornamelijk aan de genitalia. Volgens Witcomb et al. (2015) scoren mannen zonder geslachts-affirmerende interventies en cisvrouwen dan ook hoger op lichaamsontevredenheid dan vrouwen zonder geslachts-affirmerende interventies en cismannen. De lichaamsontevredenheid van mannen leunt volgens de auteurs bovendien heel dicht aan bij die van cispersonen met een eetstoornis. Wel helpt het volgens een participant te weten dat cismannen ook een micropenis kunnen hebben. Voor deze participant was het wel wennen en 'awkward' om zich bloot te geven in kleedkamers; het was een grote stap, maar hij voelt zich daar nu goed bij. Een andere persoon was trots dat hij naar een naaktsauna is geweest, maar zal dat niet snel opnieuw doen omdat hij het gevoel had constant bekeken te worden. Of een falloplastiek of metaidoioplastiek al dan niet voldoet aan het verwachte mannelijke fenotype hangt bij veel mannen af van het al dan niet kunnen douchen bij andere mannen of naar de sauna gaan (Monstrey et al., 2011). Echter blijkt dat enkele mannen zich ook voor de genitale chirurgie reeds durven blootgeven. Zich al dan niet kunnen en willen blootgeven lijkt dus eerder af te hangen van persoon tot persoon dan van genitale chirurgie op zich. De persoon die naar een naaktsauna is geweest en twee andere participanten halen dan ook aan dat ze nu eerder neutraal naar hun genitalia kijken. Er is bij twee van hen een acceptatie van hun vrouwelijke genitalia, waarbij de ingesteldheid geëvolueerd is van ze niet willen zien naar er het beste van maken. De derde persoon heeft een falloplastiek laten uitvoeren en zei dat het wel wat wennen was in het begin, maar dat hij er nu neutraal tegenover staat. Nu ervaart iedereen zijn lichaam in het algemeen als positiever, met uitzondering van de bovengemelde negatieve beelden. Het lichaam klopt nog niet volledig, maar wel al meer. Ze zien zichzelf liever en voelen zich goed en beter in hun eigen lichaam, desondanks dat twee personen aanhalen dat ze zichzelf als man als minder



aantrekkelijk beoordelen dan als vrouw. Dit sluit aan bij wat Taylor et al. (2020) gevonden hebben, namelijk dat de genderdysforie daalt omdat het voor mannen belangrijk is hun genderidentiteit te conformeren met hun fenotype, hun anatomische structuren. Ondanks dat de mannen zichzelf liever zien, zich beter in hun eigen lichaam voelen en de hoop hebben zich steeds mannelijker te voelen, hebben Morrison et al. (2016) gevonden dat bij de groep die een falloplastiek kreeg met een radiale voorarmflap slechts 8% een overeenstemming vindt tussen hun fysieke uiterlijk en gevoel van mannelijkheid. Dit werd niet specifiek bevraagd bij de man bij wie een falloplastiek plaatsgevonden heeft.

## **1.7 Aanvaarding**

Dit thema is het meest besproken thema tijdens de interviews. Om de bespreking overzichtelijk te maken, werd gekozen een onderverdeling te maken in ten eerste 'intrapersoonlijke aanvaarding', waarbij drie subthema's voorzien zijn, namelijk 'voordien', 'net na de uiting' en dus net voor de hormoontherapie, en 'in het nieuwe leven'. Ten tweede werd ook gekozen voor 'sociale aanvaarding'.

### **1.7.1 Intrapersoonlijke aanvaarding**

Voor de transitie was er over het algemeen geen zelfaanvaarding. Betreffende geslachtsexpressie bestond het gedragsmatige voornamelijk uit geremdheid en uit een exploratieve fase. Geremdheid om zichzelf te zijn, te praten met anderen, en zichzelf voor te stellen. Wel was er één man open in het aanspreken van mensen en in het praten met familie en vrienden, maar ook die persoon had nooit het gevoel zichzelf te zijn. 60% had het gevoel zich constant te moeten inhouden en in een leugen te leven. De twee personen met een depressie accepteerden zichzelf niet. De ene voelde zich echt minderwaardig en de ander had een hekel aan zichzelf op ieder vlak. Als kind ging 80% als jongensachtig door het leven, door jongensachtige of neutrale kledij te dragen en typische jongensspelletjes te spelen, zoals legertje, voetbal, vechten etc. Als er dan toch een pop moest gekozen worden dan was die zo mannelijk mogelijk. 20% heeft zijn kindertijd verdrongen en herinnert zich dus niets meer van zijn kindertijd, behalve wanneer er foto's bovengehaald worden. Dan heeft hij wel nog herinneringen bij die foto, maar hij identificeert zich niet meer met de persoon op die foto's. Het is precies iemand anders. Dit terwijl een andere persoon het nog wel grappig vindt om zijn foto's van vroeger opnieuw te bekijken en zich daar wel nog mee identificeert. Een participant was heel duidelijk in zijn wens als kind: "Ik was al aan mijn 5 jaar aan het bidden om wakker te worden als een jongen".

60% haalde aan dat genderloos leven toen wel makkelijk was. Dit weerspiegelt zich ook in de gevoelsmatige beleving van hen als kind. Ze identificeerden zich namelijk ook als jongen en voelden zich dus jongen of wouden jongen zijn. Ze hadden het gevoel toen meer zichzelf te kunnen zijn en waren blij met cadeaus uit de jongenscollectie. Echter was er geregeld een onaangename confrontatie met het feit dat ze toen nog een meisje waren. Iemand werd bijvoorbeeld gepest wegens het jongensachtig zijn; dus keerde deze zich rond zijn 10 tegen alle interesses en verlangens uit de kindertijd en bestempelde deze vanaf dan als kinderachtig. Daarna heeft hij nooit meer bij het gevoel van "Ik wil een jongen zijn" stilgestaan, tot de kennis over transseksuelen in zijn leven kwam (cf. infra, 1.13 Besef dat er iets niet klopte). Een andere participant dacht telkens hij langs de spiegel liep: "Ow shit, ja juist, ik ben een meisje". Ook had hij een liedje gezongen en dit opgenomen en vond zijn stem daarbij niet leuk. Ook tijdens de secundaire schoolloopbaan identificeerden 60% zich als jongen. Een persoon ging in zijn laatste jaar als man naar school, terwijl een andere persoon vroeg om met een jongensnaam aangesproken te worden en als jongen naar school te gaan, maar niet doorhad dat hij een transseksueel persoon was (cf. infra, 1.13 Besef dat er iets niet klopte).

In de exploratieve fase, die bij de ene al wat langer duurde dan bij de ander, werd nagegaan wat goed voelt. Onder andere door te focussen op kledij (cf. infra) of op welke seksuele oriëntatie ze hadden, dit bijvoorbeeld door eens relaties met vrouwen te proberen of door gewoon de heteroseksuele oriëntatie aan te houden die van een vrouw verwacht wordt. Vervolgens ging die fase ook gepaard met coping door te rebelleren, humor te gebruiken, zichzelf te herpakken bij verdriet, angstig te reageren op situaties etc. 60% had nood aan aanvaarding en er dus bij te horen. In totaal probeerde 20% als man door het leven te gaan en de voornaam zo lang mogelijk verborgen te houden. De overige 80% had op een bepaald moment geprobeerd om een vrouw of meisje te zijn. Ze probeerden aantrekkelijk gevonden te worden en dus als vrouw te denken en zich zo te gedragen door zo te bewegen, zo'n houding aan te nemen, zo te spreken, zich zo te kleden, hun haar lang of halflang te dragen etc. Echter waren de pogingen bij allen tevergeefs; ze voelden dat er iets fundamenteels verkeerd was. Twee personen voelden zich een gefaalde vrouw. Bij bijvoorbeeld het aanbrengen van make-up om uit te gaan, voelde één van hen zich een slet. Een andere persoon wou niet ouder worden en dit was bij nader inzien omdat hij geen vrouw wou worden.

Wat kledij betreft had er 40% wel eens kleedjes of rokken gedragen in het dagelijkse leven en de andere 40% had geëxperimenteerd met make-up in het dagelijkse leven of in het uitgaan. Over het algemeen streefden deze mannen compromissen na, waarbij de kleren niet te vrouwelijk waren, maar ook niet te mannelijk. Het ging daarbij vaak om een jeansbroek of een geklede broek en een trui of T-shirt met V-hals. Een man ging daar zelfs zo ver in dat hij stijladvies nam. Dit allemaal als poging om te conformeren aan de maatschappelijke norm van vrouw-zijn.

Het mannelijker kleden begon voor drie al experimenterend voor de uiting, voor één net na de uiting en voor één was dat al altijd zijn kledingstijl geweest. Centraal daarbij staat het camoufleren van de borsten. Volgens Irwig (2017) dragen ze een binder om hun borsten platter te laten lijken, met andere woorden om hun borsten te camoufleren. Dit gebeurde hoofdzakelijk door de borsten af te binden met speciaal ontworpen 'hesjes'/binders en een participant deed dit met verbanden. Twee participanten zeiden dat ze tot drie binders/verbanden boven elkaar droegen. Naast het afbinden werden ook sportbeha's gedragen en wijde T-shirts. Slechts 1 participant droeg aansluitende T-shirts en dus geen wijde T-shirts bij het gebruik van binders, omdat hij kleine borsten had en je deze door de binders niet meer kon zien. Voor een andere persoon leek het door de combinatie van binders en losse T-shirts dat de schouders breder waren. Bovendien droegen de mannen naast losse T-shirts ook losse broeken. Door een participant werd benadrukt dat dat vooral was om de heupen te verbergen. Daarnaast werden ook boxershorts, sweaters en sportieve kledij gedragen. Ten slotte liet ook iedereen zijn hoofdhaar kort snijden en bleef andere lichaamsbehaaring staan. Dit bevestigt dat de ontwikkeling van een mannelijk patroon van aangezichts- en lichaamsbehaaring een van de meest gewenste effecten is van testosteron (Irwig, 2017). Een man gaf aan al altijd zeer jidel te zijn geweest over zijn haar. Androgene alopecia, indien genetisch voorbeschikt, is door hem absoluut niet gewenst. Dit zou door sommige mannen wel gewenst kunnen zijn (Irwig, 2017), maar in de interviews werd hier niet op ingegaan.

Zich uiten als transseksueel gaf velen een gevoel van opluchting. De mannen konden nu meer zichzelf zijn omdat ze er mannelijker uitzagen, maar nog niet volledig, wat een onwennig gevoel gaf bij 40% van de mannen. Daardoor verlangden alle mannen op een bepaald moment naar de hormoontherapie. De mannen die er (nu) mannelijker uitzagen, maar wel nog naar de kleedkamers en toiletten voor cisvrouwen moesten of wouden, ervoeren dat als niet leuk of oncomfortabel. Een man gaat daarmee om door humor te gebruiken en hij voelde zich wel nog op zijn gemak in cisvrouwenkleedkamers waar ze hem kenden. Het was voor een andere man niet leuk om noch in de cisvrouwenkleedkamer en -toiletten noch in die van de cismannen thuis te horen. Een participant omschrijft zijn reactie als hij een cisvrouwentoilet binnenkwam als: "De reactie die iedereen zou hebben als je je vergist van toiletten, die reactie. Een instinctieve reactie dat je gemist bent van toilet, maar eigenlijk niet zo is". Ook wekt dat schrikreacties op bij cisvrouwen wanneer een man een kleedkamer of toilet voor cisvrouwen binnenstap(te) en ze werden/worden dan soms weggejaagd.

In het nieuwe leven kleedt iedereen zich nog steeds mannelijk, maar daarbij worden de borsten niet meer gecamoufleerd omdat ze allen een mastectomie ondergaan hebben en worden dus meer aansluitende T-shirts gedragen. Dit is in overeenstemming met wat Irwig (2017) aangeeft, namelijk dat veel mannen een mastectomie laten uitvoeren. De persoon die zelf verbanden aanbracht, heeft daardoor zijn ribbenkast misvormd en dus is de borstreconstructie niet zoals gewenst. Hij wist voor jaren niet af van het bestaan van binders en is nu zeer kwaad op zichzelf dat hij dat ooit gedaan heeft. Als hij het had geweten had hij dat nooit gedaan. Hier is het belang van psycho-educatie zeer duidelijk! Monstrey et al. (2011) halen ook aan dat een mastectomie moeilijker verloopt wanneer de man zijn borsten vroeger afgebonden heeft. Dit komt doordat de huid door het afbinden minder elastisch geworden is (Monstrey, Ceulemans, & Hoebeke, 2011). Naast meer aansluitende T-shirts, wordt er ook eerder gekozen voor deftige broeken uit de mannencollectie en minder voor losse broeken.

De genderdysforie daalt omdat het voor mannen belangrijk is hun genderidentiteit te conformeren met hun fenotype, hun anatomische structuren (Taylor et al., 2020). Niet enkel het fenotype is gewijzigd. De houding van de participanten is omgeslagen van geremd naar open en dit volgens een man "omdat ik terug de persoon kan zijn die ik vroeger altijd wou zijn". De openheid is voornamelijk weerspiegeld in hun communicatie. Sommigen halen bijvoorbeeld aan zich sneller voor te stellen en sneller een gesprek aan te gaan met mensen (in het algemeen en over seksualiteit). De openheid over het trans-zijn verschilt wel. Een persoon is er heel open over en vertelt het snel en makkelijk aan mensen. Deze persoon heeft er ook minder moeite mee om zijn lichaam te tonen in kleedkamers. De andere personen schamen zich er niet voor, maar etaleren het ook niet en zijn er niet trots op. Ze verbergen het zo lang mogelijk, maar zijn wel bereid het toe te geven als ernaar gevraagd wordt. Een man doet dit door humor te gebruiken. Een andere man haalde aan dat hij vooral in het begin er wel voor open stond om vragen te beantwoorden, maar dat hij daar nu geen zin meer in heeft. Dat hij de confrontatie met vroeger probeert te vermijden en dat mensen die informatie willen het maar zelf moeten opzoeken.

Veel mannen hechten er waarde aan om te kunnen rechtopstaand urineren (Chipkin & Kim, 2017). Volgens Holmberg et al. (2019) zouden 62-99% van de mannen deze wens hebben. Deze wens werd door alle mannen bevestigd in de interviews. Echter is dat nu nog niet of misschien nooit mogelijk. Een man haalt aan dat hij kan urineren met zijn uitwendige prothese, maar een andere man haalt aan dat dat meer niet lukt dan wel en het beschamend zou zijn als dat dan niet zou lukken op de toiletten op het werk. Anderen hebben het wel aanvaard dat ze zittend moeten urineren, maar deze laatstgenoemde man en een derde man haalden aan dat daarbij voornamelijk het sociale aspect vervelend is. Dat zij de urinoirs niet kunnen gebruiken die langs de straatkant staan tijdens het uitgaan en dat ze altijd moeten wachten op die (meestal ene) toiletcabine in de cismannentoiletten. Van hen beiden zat er één voornamelijk mee in wat zijn vrienden daarvan denken.

Het eigenbelang staat nu centraler dan dat van een ander. Dit wordt onder andere bewezen doordat 80% aanhaalt zich niet meer aan te trekken van anderen of van de norm. De twee mannen die zichzelf niet accepteerden en vroeger een depressie hebben gehad, accepteren zichzelf nu wel meer en voelen zich duidelijk beter in hun vel, maar één van hen heeft soms nog een minderwaardigheidsgevoel.

### **1.7.2 Sociale aanvaarding**

Ondanks dat het eigenbelang primeert blijven de reacties van anderen wel belangrijk. Moeders hadden het in 100% van de gevallen niet door en reageerden verschillend. Bij 40% was er in het begin verzet en wouden ze hun zoon niet als 'zoon' aanspreken en wouden ze ook zijn nieuwe naam niet gebruiken. Sommigen geraakten in paniek, waren bezorgd, hadden schuldgevoelens waardoor ze zochten naar wat ze verkeerd gedaan hadden, hadden het er moeilijk mee, hadden veel ruzie met hun zoon omdat ze onder andere dachten dat hij spijt zou krijgen, beseften dat ze nooit grootmoeder gingen worden etc. Bij 60% was er geen vader (meer) in hun leven in de periode voor en tijdens de outing. Van de 40% bij wie wel een papa in het leven was, verzette 20% zich in het begin om zijn zoon als 'zoon' te zien en

hem ook zo aan te spreken. De grootmoeders hebben er heel lang over gedaan vooraleer ze het begrepen, maar spreken hen nu wel aan als 'hem' en met de nieuwe naam. Ook opvallend is dat 80% van de mannen een of meerdere zussen heeft en 0% een broer. Wat de bloedverwanten betreft, waren de zussen de enigen die het vaak al zagen aankomen en/of het onmiddellijk accepteerden. In de peergroep was er heel regelmatig wel al een vermoeden en hadden ze respect voor de keuze. Op het werk is het voor een participant veel beter uitgedraaid dan gehoopt. Een ander persoon werd geweigerd voor een job doordat hij kenbaar had gemaakt dat hij met hormoontherapie zou starten. Op het werk dat hij nu heeft zijn ze wel heel aanvaardend en geloven sommige mensen hem zelfs niet wanneer hij zegt dat hij transseksueel is. Twee andere mannen proberen te vermijden dat collega's die het weten het rondvertellen aan andere collega's.

Over het algemeen is er, al dan niet na een verwerkingstijd, nu acceptatie. Dit ontkracht de bevinding dat er meer dan tweemaal zoveel kans zou zijn op discriminatie (Colizzi et al., 2014; Su et al., 2016; Taylor et al., 2020). Mensen respecteren het nieuwe leven van de personen als mannen. Sommigen vrienden en familie corrigeren andere personen of de man zelf wanneer iemand hem of hij zichzelf misgendert. Ouders aanvaarden hun kinderen. Dit onder andere omdat ze blij zijn te weten dat hun kind nu eindelijk gelukkiger is. Potentiële partners reageerden er verschillend op: de man niet meer als vrouw kunnen zien of ontgoocheld omdat hij het zolang had verzwegen. Beide personen werden uiteindelijk wel partners van een man en accepteerden het dus. Soms komen er wel onaangename reacties wanneer een man zich uit aan iemand, zoals "Amai, jij bent goed gelukt!", "Je ziet het niet", en "Wat doen met transpersonen indien ze hier binnenwandelen?" etc.

## 1.8 Twijfel

Van de participanten heeft 80% dit thema aangehaald. De persoon die dit thema niet heeft aangehaald, heeft reeds een falloplastiek laten uitvoeren. Het is dan ook niet verbazend dat alle anderen voornamelijk met twijfels zaten of zitten met betrekking tot geslachts-affirmerende interventies. Van die 80% heeft 60% zich ooit afgevraagd of hij effectief een transseksueel is en/of effectief de stap zal zetten tot man-zijn. Ze waren allen onzeker, zaten in een zoektocht naar zichzelf en hebben er dus lang over nagedacht. Ze wouden geen foute beslissingen nemen en wouden hun leven dus niet omgooien zonder resultaat. Echter is er altijd de mogelijkheid dat er spijtoptanten zijn. Bij mannen bedraagt die kans volgens Enzlin (2019) minder dan 1%. Een participant stelde zich vooral de vraag wat er zou gebeuren als hij over de jaren heen zou beseffen dat het toch niet dat was of dat hij ooit toch nog biologische kinderen zou willen. Hij viel onder de oude wetgeving en dus was het nog een verplichting de hysterio-oöforectomie uit te voeren (T'Sjoen et al., 2020). Een verbetering is dat nu altijd de vraag gesteld wordt naar een eventueel aanwezige kinderenwens en dat daarbij aan cryopreservatie kan gedaan worden indien gewenst. Taylor et al. (2020) tonen aan dat 40 tot 50% van de transseksuelen nog een biologische kinderenwens hebben. Voortplanting werd niet besproken tijdens de interviews; dus dit kan niet bevestigd of ontkracht worden. Indien een kinderenwens aanwezig is, is het belangrijk dat mannen weten dat het toedienen van testosteron tijdens de zwangerschap teratogeen is (Taylor et al., 2020). Indien geen kinderenwens aanwezig is, moet contraceptie zeker besproken worden, want geslachts-affirmerende hormonen zijn geen betrouwbare vorm van contraceptie (Taylor et al., 2020).

Naast twijfels over het al dan niet transseksueel zijn en de stap zetten, heeft iedereen die nog geen genitale chirurgie ondergaan heeft, twijfels om al dan niet geslachts-affirmerende chirurgie te ondergaan. Een man vertelde dat hij twijfels had over de mastectomie. Hij was bang dat hij zijn borsten zou gaan missen. Diezelfde man en nog een man twijfelen of genitale chirurgie wel de oplossing zal bieden. Allen, 80%, twijfelen ze of ze voor de metaidoioplastiek zouden gaan of voor de falloplastiek. Ze denken allen dat ze voor de metaidoioplastiek zullen gaan en 40% overweegt om later nog een falloplastiek te laten uitvoeren. Wat een bevestiging is van wat Holmberg et al. (2019) aanhalen dat vaak overwogen wordt om na een metaidoioplastiek een falloplastiek uit te voeren. De grootste reden

waarom ze geen genitale chirurgie zouden doen, zijn de mogelijke complicaties en risico's. Voorbeelden daarvan zijn volgens de participanten: een stoma hebben, gevoel verliezen, niet rechtopstaand kunnen urineren omdat de verlenging van de urethra niet aanslaat etc. De laatstgenoemde, samen met andere urethrale complicaties, halen Taylor et al. (2020) en Monstrey et al. (2011) aan als de meest voorkomende complicaties. Monstrey et al. (2011) halen ook huidnecrose (vooral bij rokers), infecties en opengaan van wonden aan. Het controleverlies over basisfuncties (bijvoorbeeld door het krijgen van een stoma na complicaties) kan ervoor zorgen dat het lichaamsbeeld ernstig negatief beïnvloed wordt (Enzlin et al., 2018). De vraag is dus of ze ermee zouden kunnen leven indien het fout loopt. Deze mensen zouden volgens T'Sjoen et al. (2019) tot de groep met minimale spijt behoren, waarbij ze ontevreden zouden zijn met een bepaalde ingreep of met het verlies van sociale steun door de transitie, maar geen spijt zouden hebben met de transitie op zich. Naast het vraagteken dat ze hebben indien het fout loopt, speelt het voor hen ook een rol dat het om meerdere ingrepen gaat en je daarna een tijd niet kan werken. Daarbij aansluitend haalt 60% van de mannen aan dat ze de resultaten van een falloplastiek niet realistisch genoeg vinden. Ten tweede twijfelt 60% omdat hun vaginaholte dan wegvalt en op die manier ook de mogelijkheid tot penetratie (met penis of andere middelen), terwijl dit voor die 60% plezier brengt. Ten derde spelen de hoge kosten bij enkelen een rol, wat ook Taylor et al. (2020) aanhalen. Ten slotte is het voor een persoon ook belangrijk wat de toekomstige partner denkt of zou willen. Een reden van een man om het wel te doen, is omdat er dan ook balprothesen zullen zitten en het zo niet meer zichtbaar is voor anderen dat hij vroeger geen man was. Dit vooral tijdens het zwemmen. Voor een andere man is de belangrijkste reden dat hij dan een penis van zichzelf zou hebben. Bovendien gebruikt hij al een prothese, wat hij een goede tussenstap vindt en wat hem de tijd geeft om erover na te denken.

## 1.9 Gemoedstoestand bij het innemen van hormonen

Zoals in de literatuur ook terug te vinden is, ervaren veel mannen frustraties en zijn ze ongelukkig omdat de werking van de hormonen in het begin zo traag gaat en ze voor lange tijd geen effecten ervaren. In de interviews haalde 60% dit ook aan. Ze zien dit als een golvende lijn die over tijd wel steeg in het algemeen, maar regelmatig terug een daling had. Na de daling was er weer eens een stijging omdat er een gewenst effect tevoorschijn kwam, zoals bijvoorbeeld het verzwaren van de stem, baardgroei etc. Volgens Irwig (2017) is een mannelijk patroon van aangezichts- en lichaamsbehaarung een van de meest gewenste effecten. De stem wordt dezelfde als deze bij cisgender mannen. Over het algemeen treden alle effecten op binnen de 3 tot 12 maanden na het instellen van de therapie, en vooral in de eerste 2 tot 5 maanden (zie Tabel 2), maar de exacte veranderingen en hun tijdsverloop verschillen van man tot man (Webb & Safer, 2019). Wat dus bij sommige mannen tot frustraties kan leiden.

Alle participanten dienen hormonen toe *via* injectie, maar één man heeft ook ervaring met gels. Een man haalt aan dat de injecties pijn doen aan de kont, zowel die om de twee weken als die om de 12 weken. Wat ook Taylor et al. (2020) en Webb en Safer (2019) als een negatief effect aanhalen. Bij de injecties om de 12 weken kan spierpijn veroorzaakt worden door het grote volume dat ingespoten wordt (Taylor et al., 2020). De gemoedstoestand bij de injecties is sterk afhankelijk van het product. 40% nam eerst Sustanon (testosteronpropionaat, -fenylpropionaat, -isocaproaat en -decanoaat) en 100% neemt nu Nebido (testosteronundecanoaat). De personen die eerst Sustanon namen, en dus om de twee weken een injectie moesten hebben, deden dit omdat dit product goedkoper is. Echter hadden ze een slechte therapietrouw doordat de twee weken voorbij waren vooraleer ze het beseften. Uit de interviews blijkt dat laattijdige injecties kunnen leiden tot vapeurs en tot een lager energiepeil waarbij men op het laatste van zijn energie zit, en een invloed kunnen hebben op de stemming. Betreffende de stemming kan men humeurig worden, emotionele opvliegingen in het hoofd ervaren en verdrietig worden of huilen (terwijl een participant die met Sustanon soms hilde, vroeger bijna nooit hilde). Een persoon voelde zich met Sustanon helemaal in het begin misselijk en daarna was het wisselend tussen zich ziek en zich heel blij voelen. Met Nebido verdwenen al de bovengenoemde effecten, buiten het verdrietig zijn; dat

blijft nog aanwezig voor één man wanneer er een laattijdige injectie plaatsvond, maar wel in mindere mate. Bovendien voelt niemand van de mannen een verschil in gemoedstoestand wanneer het bijna tijd is voor een nieuwe Nebido-injectie, terwijl dat bij Sustanon wel het geval kon zijn. Ze voelden dan de hormonen afzakken. Ook in dat geval ervoeren de mannen dat ze fysiek en mentaal vermoeider werden, en dat ze zich dus niet goed voelden. Mentaal werden ze dan verdrietiger of huilden ze sneller (tijdens bijvoorbeeld een film), maar een man ervoerde wel dat dit stopte nadat de hystero-oöforectomie uitgevoerd werd.

De man die injecties combineerde met gels deed dit de eerste maal onbewust, omdat hij niet doorhad dat hij zichzelf te veel toediende. In tegendeel, hij voelde zich zelfs enorm goed. Door het feit dat hij dit niet doorhad, vraagt hij zich af of het niet zou kunnen dat sommigen een hogere dosis nodig hebben dan anderen, want bij de cismannen is dit ook het geval. Holmberg et al. (2019) halen aan dat verschillen in opname, distributie en eliminatie van toegediende hormonen leiden tot aanzienlijke interindividuele en intraindividuele verschillen, waardoor het monitoren van hun concentraties essentieel is. Vervolgens vraagt hij zich af waarom ze een bovengrens instellen omdat ze zeggen dat je niet kan overdoseren, dat je lichaam zelf een balans zoekt en het overtollige testosteron automatisch omzet in oestrogenen. Dit is echter foutieve informatie en toont het belang van psycho-educatie aan. Nu doet hij opnieuw aan overdosering, maar dat is op aanraden van zijn arts om te pogen de clitorale groei te bevorderen alvorens genitale chirurgie zal plaatsvinden. Dit is echter zeer recent, waardoor hij nog niet voor zichzelf heeft gemerkt of hij nu bijvoorbeeld minder overdag in slaap zou vallen, wat wel het geval was toen hij enkel Nebido kreeg. Overdosering na meer dan 2 jaar hormoontherapie is geen standaardprocedure, want T'Sjoen et al. (2020) halen aan dat de clitoris na 2 jaar behandeling met testosteron stopt met groeien.

## 1.10 Gelukkig zijn

Toen de mannen nog als vrouw door het leven gingen, vond er (bijna) nooit misgendering plaats, waarbij de mannen dus (bijna) nooit als (cis)mannen werden aangesproken, of toch niet dat ze zich daarvan bewust waren. Met uitzondering bij de man die zich al als man kleepte en gedroeg, waar hij zeer blij mee was. Bij de anderen begonnen mensen hen pas te misgenderen vanaf hun uiting, waar ook zij zeer gelukkig mee waren. Officieel waren ze toen namelijk nog vrouw, maar werden ze dus als (cis)man aanzien. Voor deze laatstgenoemden was het niet zo erg als er net na de uiting mensen waren die hen niet misgenderden. Die hen dus wel nog als cisvrouw aanspreken. Ze zagen er toen nog deels vrouwelijk uit en waren officieel nog vrouw; er konden dus twijfels zijn en mensen moesten er nog aan wennen. Een participant zit nog in deze fase en ook hij vindt dat op dit moment niet erg, maar het geeft wel een wringend gevoel als mensen die het weten hem nog verkeerd aanspreken. Bij de anderen vindt er na de transitie geen misgendering meer plaats. In de zin dat mensen de mannen niet meer aanspreken als vrouwen en hen nu dus zien als mannen. Daar zijn alle mannen zeer blij mee. Ze hebben rust gevonden nu iedereen hen ziet hoe zij zichzelf al altijd zagen. Voor twee mannen was de wijziging van de identiteitskaart een extra bevestiging, omdat zij en anderen nu objectief zekerder zijn van hun man-zijn.

Het geluk van de mannen is voor te stellen door een golvende lijn (cf. supra, 1.9 Gemoedstoestand bij het innemen van hormonen). Deze lijn is ontstaan onder invloed van hormonen. Het opstarten van de hormoonbehandeling was dus zeker een factor van het geluk. De man die een falloplastiek onderging, omschrijft de lijn als gestabiliseerd met af en toe dalingen door bepaalde gebeurtenissen. Hij voelt zich echt gelukkiger en heeft zich niet meer zo verdrietig of slecht gevoeld, zoals hij zich vroeger gevoeld heeft tijdens zijn depressie. Hij en een andere man halen aan dat ze nu ongetwijfeld gelukkiger zijn dan voor de hormoontherapie (en de falloplastiek). Bovendien zorgden ook de mastectomie en de hysterectomie voor een toename in geluk. Bij de mastectomie haalde 60% aan dat ze de mastectomie als een enorme bevrijding ervaren hebben. Dit voornamelijk omdat de binders in combinatie met de borsten zelf een echte lijdensweg waren. Een andere man had de mastectomie niet echt als een

bevrijding ervaren omdat het bij hem lang geduurd had vooraleer hij er terug gevoel in had. Uit deze interviews mag dus geconcludeerd worden dat de wil van mannen om hun welzijn te verbeteren en hun genderdysforie te doen dalen (Irwig, 2017), grotendeels gerealiseerd is.

### **1.11 Ontevredenheid**

De algemene ontevredenheid, waarop alle andere ontevredenheden gebaseerd waren, was de ontevredenheid over een jongen te zijn in een meisjeslichaam. Dit is merkbaar door de volgende uitspraken: “Waarom kan ik nu niet geboren zijn als een normale jongen?” en “Het is moeilijk in een verkeerd lichaam te zitten en je zo slecht te voelen”.

Naast de algemene ontevredenheid waren de mannen voor de transitie ontevreden over hun vrouwelijke stem. Aan het begin van de transitie bleef die ontevredenheid voor iedereen nog enkele weken. De grootste factor voor ontevredenheid na de transitie is wanneer de mannen geconfronteerd worden met hun oude leven. Dat zijn ze echt beu. Twee mannen zijn zelfs van werk of studierichting veranderd omdat er te vaak confrontatie was met het oude leven. Samen met één van deze twee mannen is er nog een man die echt niet blij is als mensen rondvertellen dat hij een transseksueel is en al zeker wanneer mensen het blijken te weten en hij niet weet dat zij het al weten. Dat zorgt voor een bedrogen gevoel en geeft opnieuw het gevoel in een leugen te leven. Bovendien vertelt 20% zelf niet graag dat ze transseksueel zijn. Voor 40% is het teleurstellend als ze nog als vrouw worden aangesproken en dat wordt moeilijker naarmate er meer tijd voorbijgaat. Vervolgens wordt het ook als beledigend ervaren wanneer iemand tegen hem of zijn partner zegt dat ze aan lesbienneseks doen. Ten slotte heeft 40% ook moeite wanneer ze geconfronteerd worden met hun oude leven door hun genitalia te zien of door er opmerkingen over te krijgen.

### **1.12 Agressie**

Met drie participanten werd dit thema in de interviews besproken. Daaruit kwamen tegengestelde resultaten. Twee personen hebben vroeger agressie ervaren; ze verloren snel de controle hoewel ze niet wisten waarom ze een woede-uitbarsting hadden. In het nieuwe leven is één van de twee kalmer geworden en heeft hij rust gevonden. De andere man kan vooral agressief worden als iemand onrecht aangedaan wordt. Hij heeft over het algemeen het gevoel dat de drempel om agressief of kwaad te worden lager geworden is, maar haalt wel aan dat hij niet het gevoel heeft agressiever te zijn. Dat komt overeen met de mening van de derde man. Hij ervaart dit voornamelijk in sport waar hij sneller zal uitvliegen, maar geen fysieke agressie zal tonen.

### **1.13 Besef dat er iets niet klopte**

Alle mannen hadden het besef dat er iets niet klopte, hadden een raar gevoel, maar niemand wist wat het was. Dit besef vond plaats tussen hun 5 en hun 14 jaar. Daarvan wist 80% wel dat ze toen een jongen wouden zijn en jongensachtig waren, maar niet dat er zich nog mensen zo voelden. Ze wisten niet dat daar iets kon aan gedaan worden. Niemand wist van het bestaan van transeksuelen af. En dit tot op latere leeftijd. Een man vroeg bijvoorbeeld om in het secundair onderwijs met een jongensnaam aangesproken te worden en als jongen naar school te gaan, maar hij had zelf niet door dat hij een transseksueel persoon is (cf. supra, 1.7.1. Intrapersoonlijke aanvaarding). “Ik dacht dat alle vrouwen zich eigenlijk man voelden. Het was pas door erover te spreken dat ik ontdekte van: ‘Aaaah jullie zijn graag vrouw en jullie voelen zich goed als vrouw’, ‘Aaaah dat kan”. Hij had wel van travestieten gehoord,

maar wist niet van het bestaan van transseksuelen en dacht vanaf dat hij ervan hoorde dat dat niet bij hem het geval kon zijn omdat hij dacht dat dat enkel voor mentaal onstabiele mensen is, wat bij hem niet het geval is. Een andere man omschrijft transseksuelen wel als personen waarbij er iets in het hoofd niet klopt, omdat de ziekteverzekering tussenkomt.

Toen de mannen het bestaan van transseksuelen ontdekten *via* een vriend, *via* iemand die ze leren kennen hadden of *via* een psycholoog, beseften ze dat ze hetzelfde voelden. Dat ze niet de enigen waren. Het was enorm herkenbaar en ze beseften nu dat ze dus eigenlijk een man zijn. Daarna hebben ze allen bijkomstige informatie opgezocht *via* het internet en documentaires, en begonnen ze uiteindelijk allen aan hun transitie.



## **2 Seksualiteit**

### **2.1 Seksueel verlangen**

Het seksuele verlangen wordt door alle mannen gemiddeld gezien hoger ervaren dan voor de hormoontherapie. Opmerkelijk is wel dat één van de mannen ook aangaf dat hij het gevoel had meer seksueel verlangen te ervaren sinds hij voor zichzelf geaccepteerd heeft dat hij transseksueel is en dus nog voordat de hormoontherapie geïnduceerd werd. Vanaf dat de hormoontherapie geïnduceerd was, was zijn seksuele verlangen een beetje hoger ondanks dat zijn ex vond dat hij libideloos was. Voor de andere 80% was dit opmerkelijk veel hoger. Ze wisten niet wat ze met zichzelf moesten doen, ze werden zot, ook tijdens de minste aanrakingen of visuele stimuli, en ze wouden elke seconde seks. Dat bevestigt dat kort na het opstarten van de behandeling met androgenen het seksuele verlangen verhoogt (Holmberg et al., 2019). Net zoals de participanten aangeven is er volgen Defreyne et al. (2020) en van Dijk et al. (2019) een piek rond 3 maanden. Deze piek stabiliseerde wel volgens de participanten na enkele maanden. Dit tot op een niveau dat voor 60% een beetje hoger is dan voordien, maar dat bijna op hetzelfde niveau zit. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Defreyne et al. (2020) en van Dijk et al. (2019) dat het seksuele verlangen op lange termijn constant blijft of terug wat afneemt. De overige 40% ervaart een duidelijk hoger niveau van seksueel verlangen dan voordien, wat de bevinding van T'Sjoen et al. (2020) bevestigt dat het seksuele verlangen sterk toeneemt op lange termijn. Hoewel een toegenomen seksueel verlangen een gewenst effect is, klagen 14% van de mannen van 'distress' door een te groot seksueel verlangen (Kerckhof et al., 2019). Dit kwam echter niet naar voor in de interviews. Wel kwam bij 60% (20% die het seksuele verlangen een beetje hoger ervaren dan voordien en 40% die het duidelijk hoger ervaren dan voordien) naar voor dat ze al altijd een hoge nood aan seks gehad hebben.

Bij 60% kan dat seksuele verlangen echt uit het niets komen (bij een man komt dat bijvoorbeeld soms voor wanneer hij aan het gamen is, wat hij graag doet), maar bij 100% kan dat ook situationeel bepaald zijn. Daar zijn visuele stimuli die seksueel verlangen uitlokken het meest opvallend, wat een direct effect van de hormonen zou kunnen zijn. De 60% die daar heel duidelijk uitspraak over gedaan heeft, zei dat ze sneller en meer fysieke aantrekking voelen. Als er in hun ogen een aantrekkelijk persoon voorbijkomt (tijdens eender welke activiteit) dan wordt dat (subjectief) mooie lichaam onmiddellijk gelinkt aan het seksuele en zorgt dat er dus voor dat er een seksueel beeld in de man opkomt. Daarbij haalt één van de mannen wel aan dat hij dat niet ervaart wanneer het om een stilstaand beeld gaat, zoals op Tinder, maar dat hij beeld en geluid nodig heeft. Bij de andere mannen is dit niet nagevraagd. Wel haalde 40% aan dat het visuele vroeger niet echt een rol speelde. Het seksuele verlangen nam toen wel toe wanneer er een romantisch verhalend kader aanwezig was en bij één man is dat nog steeds het geval. Een andere situatie die in het verleden invloed had, was voor een man het besef een meisje te zijn; daardoor nam het seksuele verlangen onmiddellijk af. Dat is nu veranderd. De zin in seks blijft nu zolang er seksuele activiteit plaatsvindt. Voor een andere man is het al altijd zo dat de zin in seks stijgt eens er seksuele handelingen gesteld worden.

Ten slotte haalde 60% van de mannen aan dat ze al altijd meer zin in seks hebben aan het begin van een relatie. Dit kwam volgens een man door de verliefdheid en door zichzelf en zijn ex-partner een tijdelijk coïtusverbod op te leggen totdat ze beiden comfortabel genoeg waren om seksuele handelingen te stellen met zijn lichaam. Naar het eind van de relatie toe merkte hij dat hij minder zin had in seks met zijn partner, maar wel nog zin had om te masturberen. Dit vooral tijdens stressvolle gebeurtenissen.

### **2.2 Seksuele noden**

De seksuele noden werden slechts bij twee mannen kort besproken tijdens het interview. Voor de ene man waren de seksuele noden dezelfde gebleven. De andere man zei niet bezig te zijn geweest met

seksualiteit in het begin van de transitie. Later was een seksuele nood van zijn partner wel om zijn hele lichaam naakt te kunnen voelen, maar hij voelde daar niet veel bij.

## **2.3 Seksuele gedachten**

Visuele stimuli kunnen duidelijk zowel seksueel verlangen (cf. supra, 2.1 Seksueel verlangen) als seksuele gedachten stimuleren. Op deze manier komen seksuele gedachten bij 60% van de mannen plotseling in het hoofd. Bij 20% komen seksuele gedachten ook plotseling in het hoofd tijdens een taak waarbij niet veel nagedacht moet worden. Bovendien heeft 40% dit ook al plotseling op het werk gehad. Daarbij omschrijft één persoon zijn seksuele gedachten verder als dezelfde als voordien. De andere man zegt dat seksuele gedachten wel vaker aanwezig waren in het begin van een relatie en dat ze waarschijnlijk in het algemeen vaker aanwezig zouden zijn indien het makkelijker zou zijn om seksuele handelingen te stellen zoals een cisman. Bij nog 20% ontstond een seksuele gedachte plotseling op het werk nadat er een aantrekkelijk persoon binnengekomen was, een visuele stimulus. Hier worden vaker seksuele gedachten ervaren dan voordien en vooral bij het slapengaan. Bovendien waren er bij deze persoon tijdens de hormonenpiek elke seconde van de dag seksuele gedachten net zoals dat bij het seksuele verlangen het geval was. Wat als hinderend ervaren werd.

Hier is een duidelijk verschil met vroeger. Waar nu visuele stimuli noodzakelijk zijn voor een man, was het vroeger noodzakelijk om eerst een gesprek over seks gehad te hebben om er daarna over na te denken en zo seksuele opwindende gedachten uit te lokken. Terwijl hij aanhaalt dat als er nu over seksualiteit gepraat wordt, hij eerder nadenkt wat dat voor hem betekent. Een andere man haalt aan dat hij vroeger enkel seksuele gedachten had wanneer hij seksuele activiteiten aan het uitvoeren was.

## **2.4 Seksuele fantasieën**

Op de seksuele fantasieën werd tijdens de interviews niet met alle mannen dieper ingegaan, namelijk maar met 60%. Van die 60% haalt 40% aan dat ze hun eigen lichaam tijdens het fantaseren vroeger als vrouwelijk zagen en dit doen ze opmerkelijk nog steeds. Wel is dit voor 20% maar soms het geval, bijvoorbeeld tijdens naar porno kijken. Op andere momenten en ook soms tijdens naar porno kijken, fantaseert hij een penis bij zichzelf. In het algemeen helpt porno hem om seksuele fantasieën te initiëren. Dit terwijl hij zich niet herinnert seksuele fantasieën gehad te hebben voor de transitie. Dit bevestigt dat (kort na) het opstarten van de behandeling met androgenen het hebben van seksuele fantasieën verhoogt (Holmberg et al., 2019). De derde man haalt aan dat zijn fantasiewereld gekrompen is. De fantasieën die hij vroeger had, onder andere over een trio, lijken nu te complex. Zijn ultieme seksuele fantasie is een partner te vinden die hem volledig accepteert en waarbij een wederkerige goede band aanwezig is.

## **2.5 Seksueel gedrag**

Bij 40% van de mannen werden enkel dyadische seksuele relaties besproken en werd dus niet dieper ingegaan op zelfbevrediging. Van de 60% waar zelfbevrediging naast de dyadische seksuele relatie wel besproken werd, geeft 40% aan dat ze voordien nooit tot bijna nooit aan zelfbevrediging deden, terwijl ze nu frequenter aan zelfbevrediging doen. Wat overeenkomt met de bevinding van Holmberg et al. (2019) dat een behandeling met androgenen de frequentie van masturbatie verhoogt. Dit kan mogelijk gelinkt worden met de bevinding dat mannen vaker tot een orgasme komen dan cisvrouwen (Klein & Gorzalka, 2009). Opvallend is dat de manier van zelfbevrediging verschilt tussen voor en na de transitie.

Voor de transitie werd bijna uitsluitend aan clitorale stimulatie gedaan, terwijl dat slechts voor één persoon zo is gebeven. Een tweede persoon voert ook hoofdzakelijk nog clitorale stimulatie uit, maar af en toe penetreert hij zichzelf ook handmatig. Dat levert hem dubbele gevoelens op (cf. infra, 2.9 Seksuele beleving). Samen met de derde persoon die over zelfbevrediging sprak, haalde hij aan dat de clitorale stimulatie nu wel anders verloopt. De clitoris wordt nu namelijk meer als een micropenis behandeld, waarbij de typische op-en-neer-beweging gemaakt wordt. Voor ongeveer 5% kan de gegroeide clitoris effectief dienen als een penis (Gooren, 2005). De andere man die ook de clitoris als micropenis gebruikt, penetreert zichzelf echter vaker en dit niet enkel handmatig, maar ook met seksspeeltjes, zoals een dildo of vibrator. Bovendien gebruikt hij ook een uitwendige prothese supracutaan, die hij als fallus behandelt, om zichzelf te bevredigen. Hij heeft “geleerd dat je niet minder man bent doordat je iets vrouwelijks gebruikt”. Tijdens de zelfbevrediging maakt hij bovendien, zowel voor als na de transitie, de typisch mannelijke pompbeweging.

Bij de dyadische seksuele relaties gaf 40% van de mannen aan voor de transitie nooit seksuele handelingen te hebben gesteld met een ander persoon. Wat in lijn ligt met twee bevindingen van Cerwenka et al. (2014). Ten eerste dat slechts de helft van de mannen hun genitalia in de seksuele activiteiten met een partner betreft voordat geslachts-affirmerende interventies plaatsvinden. Daarvan heeft 20% dit nog steeds niet gedaan. Voor hem is het wel noodzakelijk om in een relatie penetratie uit te voeren in de toekomst, terwijl seks voor hem vroeger niet gelijkstond aan penetratie. Ten tweede heeft ongeveer 80% van de mannen voor de gender-affirmerende interventies reeds ervaring met een seksuele partner (Cerwenka et al., 2014).

Met seksuele partners kiest, of koos in geval van de man met falloplastiek, 60% ervoor om geen vaginale penetratie door de partner bij zichzelf toe te laten. Diezelfde mannen hebben seksspeeltjes (proberen te) gebruiken. Van de 60% heeft 20% nooit vaginale penetratie toegelaten door de partner of door een seksspeeltje. Seksspeeltjes gebruikte hij dus enkel bij de partner. Lesbienneseks heeft hij altijd te confronterend gevonden met zijn genderidentiteit als man. Ook nu gebruikt hij enkel een externe prothese om de ander te penetreren. Deze neemt hij er tijdens seksuele activiteit op een bepaald moment altijd zelf bij, tenzij hij wil dat de seks snel voorbij is en dan dus enkel zijn partner bevredigt. Nadelen zijn wel dat de verf er snel afgaat en dat het een duur hulpstuk is. Over het algemeen geeft hij dus aan dat er voor hem niet veel veranderd is. De andere 40% liet wel soms penetratie door de partner toe voor de transitie, maar opmerkelijk daarbij is dat ze aangeven dat nu niet meer toe te laten om twee verschillende redenen van confrontatie. Een man geeft aan dat hij zichzelf wel penetreert, maar dat zijn ex hem nooit handmatig penetreerde omdat dat te confronterend was voor de partner. Wel gebruikten ze soms een dubbele dildo die dan dus ook bij hem werd ingebracht. Ook heeft hij een externe prothese aangeschaft, maar die bezorgt niet het gewenste resultaat. De teleurstelling had voornamelijk te maken met het feit dat hij dacht ‘heteroseks’ te kunnen hebben, waarvoor hij nu veel geld heeft betaald voor een exemplaar dat vermoedelijk te klein gekocht werd. Hier wordt het belang van psycho-educatie nogmaals aangeduid. De andere man geeft aan dat vaginale penetratie voor zichzelf te confronterend was, omdat hij zichzelf daardoor opnieuw als lesbienne zag en hij dan op slag geen zin meer had in seks. Nu heeft hij een falloplastiek ondergaan en is penetratie wel aanwezig in zijn seksuele script, maar niet noodzakelijk. Wanneer er penetratie is, gebeurt dit met een ‘penis sleeve’ omdat de man nog geen interne prothese heeft.

Van de drie personen die ooit orale seks toelieten bij zichzelf door een partner, zijn er twee die dit nu niet meer toelaten. Dit omdat ze het raar vinden nu ze man zijn dat iemand hun vrouwelijke genitalia oraal bevredigt. Bovendien willen ze voorkomen dat de partner opeens denkt seks te hebben met een vrouw en dat ze zich daar niet goed bij voelt. De derde persoon laat het wel nog toe. Ten slotte haalt een vierde man aan vroeger wel heel uitzonderlijk orale seks gehad te hebben, maar dit nu niet meer verkiest. Wel had hij vroeger eerder conservatieve seks en staat hij nu open voor nieuwe dingen. Deze man is getrouwd geweest met een man en staat nog altijd open voor penetratie door een penis. Naar zelf penetratie uitvoeren is hij wel nieuwsgierig en hij overweegt het, maar ziet dat niet als iets noodzakelijk.

## 2.6 Porno

Porno werd in 80% van de interviews aangehaald. Allen haalden ze aan opvallend meer naar porno te kijken dan voor hun transitie. Porno wordt door 20% gebruikt als hulpmiddel om het seksuele verlangen te bevredigen, wat samengaat met stimulatie door seksuele stimuli (cf. supra, 2.1 Dataverzameling). Voor de transitie werd naar porno kijken omschreven als iets dat bijna per ongeluk gebeurde en uit nieuwsgierigheid, informatief. Bovendien haalde 40% aan dat ze nooit naar porno keken vanuit de maatschappelijke norm dat cisvrouwen niet naar porno kijken, terwijl ze het zichzelf nu toelaten. Van die 40% schrikt 20% er wel nog van opgewonden te geraken van porno, wat vroeger als vies ervaren werd.

## 2.7 Sexting

Dit thema kwam bij 60% van de mannen aan bod. Niemand van hen deed vroeger aan sexting. Bij 40% was dat omdat ze bang waren dat de foto's zouden verspreid worden en bij 20% omdat er geen interesse voor was, terwijl dit na de transitie wel het geval is. Nu hebben ze dat allen al gedaan, met of zonder foto's, en is het al dan niet aan sexting doen situationeel bepaald. Als de partner het initieert dan is er bereidheid om erop in te gaan, wat een leuk gevoel en meer zelfvertrouwen oplevert omdat er iemand aangeeft aan je te denken. Bij 20% was er sprake van een online-relatie en zijn er, door initiatie van de partner, seksuele handelingen gesteld *via* webcams. Deze 20% heeft nog nooit seksuele handelingen gesteld bij een andere persoon (cf. supra, 2.5 Seksueel gedrag). Wat erop zou kunnen wijzen dat sexting een lagere drempel heeft dan offline daten.

## 2.8 Flirten

Omtrent flirten werd voornamelijk het flirten geïnitieerd door de mannen besproken. Wel haalde een man ook het flirten naar hem toe aan. Hij vond het verschrikkelijk hoe mannen vroeger tegen hem aan wreven tijdens het dansen. Wanneer ze oogcontact of toenadering zochten liep hij vaak weg en soms zelfs naar huis.

Wat het flirten geïnitieerd door de mannen betreft, heeft 40% al altijd een afwachtende houding aangenomen. Ze gaan zelf geen stappen ondernemen, maar zoeken wel oogcontact in de hoop dat de persoon in kwestie hen zal aanspreken. Wanneer ze aangesproken worden en wanneer hun nummer gevraagd wordt dan zullen ze dat geven, maar ze doen dit niet uit zichzelf. Deze mannen en nog 20% gaan nooit op iemand afstappen. Ze beseffen wel dat ze nu man zijn en de maatschappelijk norm verwacht dat mannen een potentiële partner of aantrekkelijke persoon aanspreken. Wel kan dit volgens een man nog veranderen eens hij wat zekerder is over zijn lichaam. Een man die al altijd een afwachtende houding heeft aangenomen, haalt samen met de overige 40% aan dat hij wel sneller interesse laat blijken dan vroeger, en dat hij sneller toenadering zal zoeken. Van die overige 40% haalt 20% aan het vroeger lichamelijk aan te pakken: "Ik ben mijn lichaam". Terwijl hij nu op zijn eigen innerlijk zal inzetten opdat de persoon hem kan leren kennen. Indien er een vervolg komt aan de kennismaking zal hij ook het lichamelijke inzetten en bijvoorbeeld geklede kledij aantrekken. Echter beseffen ze allemaal dat ze ooit zullen moeten zeggen dat ze transseksueel zijn als het effectief tot meer komt dan een kennismaking en dat zien ze niet zitten. Dit bevestigt de moeilijkheden om een seksueel contact te initiëren en angst voor een seksueel contact (Kerckhof et al., 2019). Het is vaak moeilijk een partner te vinden die hun genderidentiteit aanvaardt. Heel wat mensen willen dan ook niet daten met een transseksueel persoon (Blair & Hoskin, 2018). Bovendien rapporteren veel personen vooral een moeilijkheid in het vinden van een partner die hen niet objectificeert, maar respecteert zoals ze zijn wat betreft genderidentiteit, seksueel zelfvertrouwen en seksuele keuzevrijheid (Holmberg et al., 2019).

## 2.9 Seksuele beleving

Bij de seksuele beleving staat het (her)ontdekken van het eigen lichaam centraal. Dit om verschillende redenen. Ten eerste omdat de clitoris gevoeliger geworden is. Dit vermoedelijk doordat de clitoris gegroeid is (T'Sjoen et al., 2020). Een persoon haalt wel aan dat de verhoogde gevoeligheid van de clitoris enkel het geval was tijdens de hormonenpiek.

Wat een orgasme betreft haalt een man aan dat hij denkt nog nooit een orgasme te hebben gehad. Wel ervaart hij seksuele stimulatie, wat misschien ook tot een orgasme leidt, maar wat dan een teleurstellend gevoel teweegbrengt, als kort en krachtig. Een andere man omschrijft een orgasme ook als kort en oppervlakkig. En een derde man omschrijft het als krachtig. Onder andere zegt hij een krachtigere seksuele prikkel te ervaren tijdens clitorale stimulatie dan tijdens penetratie, terwijl dat vroeger hetzelfde was. Van de 80% die ooit met zekerheid een orgasme bereikt hebben, zegt 60% dat ze sneller tot een orgasme komen en 20% zegt dat het trager gaat met een partner en dat het hetzelfde is bij zichzelf, waarbij zijn orgasmegevoel hetzelfde gebleven is. De 20% die zegt dat het orgasmegevoel hetzelfde gebleven is, heeft een falloplastiek ondergaan. Dit bevestigt dat mannen met een falloplastiek tot een orgasme kunnen komen (Klein & Gorzalka, 2009). Echter ontkracht het het krachtiger, korter en intenser optreden van orgasmes na de genitale chirurgie dan ervoor, wat T'Sjoen et al. (2020) concluderen. Opvallend is wel dat de mannen zonder genitale chirurgie de orgasmes over het algemeen ook als krachtiger en korter omschrijven. Een voorlopige conclusie zou kunnen zijn dat geslachts-affirmerende hormonen deze directe invloed hebben, maar verder onderzoek is daarbij noodzakelijk. Bovendien kan het trager tot een orgasme komen met een partner en geen verandering in snelheid bij zelfbevrediging deels verklaard worden doordat mannen vooral tot orgasmes kunnen komen door te masturberen en minder door te penetreren (Holmberg et al., 2019). De 60% die aanhalen sneller tot een orgasme te komen, bevestigen dat men op lange termijn gemakkelijker tot een orgasme kan komen (T'Sjoen et al., 2020).

Kort na het opstarten van de behandeling met androgenen verhoogt de seksuele opwinding (Holmberg et al., 2019). Ook op lange termijn is er meer seksuele opwinding en is er meer seksuele tevredenheid (T'Sjoen et al., 2020). Of er voldoening of seksuele opwinding gehaald wordt uit het seksuele leven is afhankelijk van excitatie en inhibitie. Het kunnen penetreren van een partner, al dan niet met een externe prothese/voorbinddildo, zorgt voor excitatie. Het is namelijk helpend een penis vast te hebben en te zien, ook tijdens zelfbevrediging. Bovendien wordt de clitoris op deze manier ook gestimuleerd, wat voor een beter gevoel zorgt dan handmatige stimulatie. Naast het kunnen penetreren zorgen een betere kennis van het eigen lichaam en het feit dat het lichaam meer klopt, ook voor excitatie. Volgens Holmberg et al. (2019) is een positief lichaamsbeeld geassocieerd met beter seksueel functioneren en meer seksuele tevredenheid. Net zoals Bancroft et al. (2009) aanhalen is er hier sprake van seksuele opwinding in reactie op visuele stimuli (van zichzelf en de partner), sociale interacties en fantasie (een eigen penis te hebben). Over niet-seksuele stimuli die Bancroft et al. (2009) aanhalen, wordt hier niets gezegd.

Voor 40% was er voor de transitie heel duidelijke seksuele inhibitie aanwezig, wat zoveel betekent als het verlies van seksuele opwinding of het niet opgewonden raken (Bancroft et al., 2009). Ze haalden toen totaal geen voldoening uit seksuele handelingen. De initiatie van of het denken aan seksuele handelingen, met of zonder partner, zagen zij als een verplichting; ze voelden dwang. Bovendien zagen ze dat als iets vies en voelden zij zich er slecht bij en paniekerig. De inhibitie komt hier vermoedelijk voort uit de verminderde focus op het genot en de focus op waarden en normen (Bancroft et al., 2009). Ook in het nieuwe leven is er sprake van seksuele inhibitie, daarbij zorgt de kans om betrappt te worden voor inhibitie alsook een verminderde focus door bijvoorbeeld vermoeidheid, te harde focus op een orgasme, twijfel of hij van zichzelf van de seksuele activiteiten mag genieten (met name van penetratie in zijn lichaam), door te denken dat er iets niet klopt (tijdens de handelingen door hem als man met een gedeeltelijk vrouwenlichaam) etc., net zoals Bancroft et al. (2009) aanhalen. Volgens 40% is er minder

seksuele voldoening aanwezig dan verwacht. Dit omdat ze gehoopt hadden dat een orgasme beter voelbaar zou zijn of gewoon waren dat het langer duurde vooraleer een orgasme bereikt wordt.

Van 60% die een externe prothese of voorbinddildo gebruik(t)en zeiden 40% wel dat dat wat onhandig is omdat deze vaak verschuiven, voornamelijk die zonder riempjes. Ten tweede zei ook de man met de falloplastiek dat een 'penis sleeve' penetratie niet altijd toeliet. Ten derde is een participant ook zodanig gefocust op het willen plezieren van de ander en de ander te laten genieten, waardoor hij mogelijk de focus op zijn eigen gevoel verliest. Bovengenoemde zaken kunnen leiden tot inhibitie door de prestatie-gerelateerde zorgen, wat ook Bancroft et al. (2009) als mogelijke oorzaak van inhibitie omschrijven. Ten slotte kunnen ook partner-gerelateerde zorgen aan de basis van de inhibitie liggen (Bancroft et al., 2009). Dit werd aangehaald door 60% van de mannen wanneer de relatie niet meer goed liep. Echter kunnen partner-gerelateerde aspecten ook tot excitatie leiden.

## **2.10 Seksuele veiligheid**

De seksuele veiligheid werd slechts met één man besproken. Hij haalde aan zich altijd veilig gevoeld te hebben in seksuele relaties. Bovendien wordt er volgens hem nooit anticonceptie gebruikt in lesbische relaties, zoals ook hij zijn relaties vroeger omschreef, en werden seksueel overdraagbare aandoeningen vroeger nooit bevraagd. Nu bevraagt hij wel zijn partners. Dit voornamelijk nu de meeste nieuwe partners al meerdere seksuele partners gehad hebben en al zeker als hij weet dat een partner reeds seks gehad heeft met mannen, wat volgens hem een hoger risico oplevert op seksueel overdraagbare aandoeningen. Iwamoto et al. (2019) halen aan dat er meer HIV-infecties zijn en dit onder andere doordat hoog risicovol seksueel gedrag vaak blijkt voor te komen bij mannen en vrouwen, terwijl ze volgens Su et al. (2016) minder vaak HIV-positief zijn. Daarenboven moet contraceptie zeker besproken worden (Taylor et al., 2020).

## **2.11 Seksuele oriëntatie**

Voordat geslachts-affirmerende interventies plaatsvinden zijn mannen volgens Cerwenka et al. (2014) vaker aangetrokken tot cisvrouwen dan vrouwen tot cismannen. In deze interviews werden enkel mannen bevraagd, dus hier kan geen uitspraak over gedaan worden. Wel waren 40% van de mannen voor de interventies aangetrokken tot cisvrouwen, wat wel een aanwijzing zou kunnen zijn tot bevestiging van bovengenoemde bevinding.

Vervolgens is de seksuele oriëntatie volgens Holmberg et al. (2019) fluïde en kan deze wijzigen tijdens de sociale of medische transitie. Deze bevinding wordt hier wel bevestigd. Van de geïnterviewde mannen is 40% nu overtuigend aangetrokken tot cisvrouwen, terwijl 20% zei zich voordien aangetrokken te voelen tot cismannen, maar dit eerder omdat heteroseksualiteit de norm is en het 'normaal' is om als cisvrouw verliefd te worden op een cisman. De andere 20% lag enorm in de knoop met het vraagstuk rond seksuele oriëntatie en begreep niet, en nog altijd niet, waarom je daar een antwoord op moet kunnen geven, en waarom je niet gewoon kan zeggen je aangetrokken te voelen tot een bepaalde persoon. Ook hij zei zich voordien eerder aangetrokken te voelen tot cismannen vanuit de heteroseksuele norm. Hij heeft het een tijdje willen proberen met cisvrouwen, maar had daarbij geen succes en zei zelfs dat hij een tijd dacht dat hij aseksueel is. Nu is hij wel zeker van zijn oriëntatie.

Ten slotte was er 20% die zich al altijd aangetrokken voelt tot cismannen en nu nog steeds. Toen hij kind was voelde hij zich al jongen en aangetrokken tot jongens, maar zijn gevoel van jongen-zijn verdrong hij, "want een echte man ging ik toch nooit kunnen worden. Euhm, ik was en ben nog altijd aangetrokken tot mannen. Ging ik homo worden? In die tijd was dat ook al, alsh dat was minder

aanvaard dan nu. Ik ging alleen nog maar meer gepest en belachelijk gemaakt worden". Nu is hij zeer gelukkig te weten te zijn gekomen dat een transitie mogelijk was, dat hij die gedaan heeft en zit hij ook niet in met zijn seksuele oriëntatie. Nu voldoet hij niet meer aan de heteroseksuele norm, maar hij doet "de transitie niet om beter of anders in de markt te liggen. Ik heb zoiets van ik doe het voor mezelf, omdat ik me goed wil voelen over mezelf".

## Conclusie

In deze masterproef was het doel de invloed van geslachts-affirmerende interventies na te gaan op het lichaam, de geest en de seksualiteit. Naar de invloed op het lichaam werd reeds veel onderzoek gedaan, maar naar de invloed op de geest en de seksualiteit slechts weinig tot matig, wat een teken is naar de nood voor meer onderzoek. Het weinige onderzoek op seksueel vlak (Defreyne et al., 2020) is volgens Colizzi et al. (2014) en T'Sjoen et al. (2020) voornamelijk uitgevoerd bij mannen en vrouwen zonder genitale chirurgie. Volgens Klein en Gorzalka (2009) is er ook een gebrek aan literatuur na de genitale chirurgie. Doordat verschillende onderzoekers deze nood aanhaalden en door de beperkte gevonden literatuur, werd besloten interviews af te nemen om een uitgebreider beeld te kunnen vormen van de geestelijke en de seksuele gezondheid van mannen. Ook (potentieel) geïnterviewde mannen en vrouwen vinden dat er te weinig aandacht besteed wordt aan zowel de geestelijke als seksuele gezondheid, te weinig onderzoek gedaan wordt en dus ook te weinig informatie over te vinden is. Ze waren daarom blij dat iemand daar eens onderzoek naar ondernam. Vrouwen werden door gebrek aan participanten, de corona-maatregelen en tijdsgebrek niet geïnterviewd. Wel vonden (potentieel) geïnterviewde mannen en vrouwen dat er te weinig aandacht besteed wordt aan zowel de geestelijke als seksuele gezondheid, te weinig onderzoek gedaan wordt en dus ook te weinig informatie over te vinden is.

In de interviews werd bevestigd dat de besproken positieve effecten op de geestelijke gezondheid en op de seksualiteit voornamelijk indirecte effecten van de hormoontherapie zijn (Colizzi et al., 2014). Niet enkel de hormonen veranderen (in) het lichaam, maar op hetzelfde moment start een nieuw leven. Hoe je jezelf ziet, maar ook hoe de wereld je zowel officieel als niet officieel ziet, zorgen ervoor dat mentale en seksuele belevingen voornamelijk direct beïnvloed worden. Dit door de reacties in de samenleving, het officieel veranderd zijn van geslacht en je met een andere naam te kunnen laten aanspreken. Kortom het kunnen zijn wie je al altijd bent geweest/het jezelf kunnen zijn. Door een participant omschreven als: "terug de persoon kan zijn die ik vroeger wou zijn". Bovendien hebben ook persoonlijkheidskenmerken een invloed op de uitkomsten. Interindividuele verschillen kunnen een storende factor zijn in uitkomsten van mannen na hormoontherapie.



## 1 Invloed op het lichaam

Voor mannen en vrouwen is het belangrijk hun genderidentiteit te conformeren met hun fenotype, hun anatomische structuren (Taylor et al., 2020). Betreffende het lichaam hebben hormonen (voornamelijk) een directe invloed op het fenotype. Hormonen kunnen op verschillende manieren en in verschillende dosissen toegediend worden. Voor mannen gaat het om het krachtige androgeen testosteron, en bij sommigen dient men ook kortstondig een progestageen of een GnRH-agonist toe om de endogene oestrogeenproductie af te remmen (Hembree et al., 2017; Taylor et al., 2020). Testosteron kan intramusculair, subcutaan, transdermaal, oraal of buccaal toegediend worden (Taylor et al., 2020). De directe gewenste fysiologische effecten van testosteron bij mannen hebben allen te maken met virilisatie. Er is een toename in lichaamsgewicht, 'body mass index', vetvrije massa, spiermassa en spierkracht (Irwig, 2017; Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Bovendien groeit de clitoris en wordt de stem dezelfde als deze bij cisgender mannen (T'Sjoen et al., 2019). Dit werd bevestigd in de interviews. Ook verkleinen hun borsten en stopt de menstruatie (Irwig, 2017; Taylor et al., 2020; van Dijk et al., 2019). Het stoppen van de menstruatie is gewoonlijk omkeerbaar (Taylor et al., 2020). Ten slotte blijft de grotere hoeveelheid subcutaan vet grotendeels bestaan, tenzij men plots veel meer gaat sporten (T'Sjoen et al., 2019).

Testosteron is niet in staat om de lengtegroei te stimuleren en om de bredere heupen door de bredere bekkenbeenderen ongedaan te maken (T'Sjoen et al., 2019). Bovendien tonen korte- en langetermijnstudies geen nadelig effect op de botmineraaldichtheid. Op korte termijn blijft de botmineraaldichtheid constant of neemt lichtjes toe (Gooren & T'Sjoen, 2018; Wiepjes et al., 2019).

Het meest ongewenste neveneffect van testosteron is een vettige huid met acne (Irwig, 2017). Androgene alopecia bij genetisch voorbeschikte personen is door sommige mannen gewenst, maar door anderen dan weer niet (Irwig, 2017). In de interviews gaf een man aan ijdel te zijn over zijn haar; dus hij wil absoluut niet aan alopecia lijden. Testosteron stimuleert de vorming van erythrocyten en verhoogt de hemoglobineconcentratie en de hematocriet. Na het eerste jaar zijn de waarden gestabiliseerd en blijven nadien stabiel (T'Sjoen et al., 2019). Polycythemie treedt eerder zeldzaam op. Mannen hebben een hoger risico op een hartinfarct dan cisgender vrouwen (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019). Volgens andere studies neemt de cardiovasculaire mortaliteit op korte of middellange termijn niet toe, ondanks het ontstaan van risicofactoren (Hembree et al., 2017; T'Sjoen et al., 2019). Indien bijkomende risicofactoren zoals obesitas of familiale antecedenten aanwezig zijn, kan testosteron leiden tot cardiovasculaire aandoeningen en ook tot hypertensie en type-2 diabetes mellitus (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Intermittente spotting ziet men soms (Hembree et al., 2017; Holmberg et al., 2019; T'Sjoen et al., 2019). Bovendien ondervinden 24% van de mannen problemen met hun stem, zoals vermoeidheid, instabiliteit, onvoldoende verlaging van de toonhoogte, of een te jong klinkende stem voor hun leeftijd (Irwig, 2017). Andere neveneffecten zijn slaapapneu, nachtelijk zweten, warmteopwellingen en pijn in de clitoris (Irwig, 2017; Taylor et al., 2020; van Dijk et al., 2019; Webb & Safer, 2019). Ten slotte induceert testosteron geen insulineresistentie, maar verhoogt de gevoeligheid voor insuline zelfs (Spanos et al., 2020).

Wat de prevalentie van kankers betreft bij mannen tonen studies naar de incidentie van borstkanker geen duidelijke toename van het risico (Patel et al., 2019). Wat screening betreft laten mannen die hun borsten nog hebben, best een mammografie uitvoeren op dezelfde leeftijd als cisgender vrouwen. De richtlijnen na een mastectomie zijn minder duidelijk. Hier heeft een mammografie geen zin. Vervolgens zijn er nauwelijks gegevens over de incidentie van cervixkanker. Vandaar dat men dezelfde screening aanraadt als bij cisgender vrouwen (Patel et al., 2019; Taylor et al., 2020). Ook de incidentie van endometriumkanker is niet gekend (Patel et al., 2019). Een routinescreening op endometriumkanker is volgens de American College of Obstetrics and Gynecologists niet nodig. Ook een preventieve hysterectomie voor primaire kankerpreventie is niet aangewezen. Ten slotte ontwikkelen 80% van de mannen een polycystisch ovariumsyndroom (Irwig, 2017). Er is geen evidentie dat dit het risico op ovariumkanker verhoogt (Trum et al., 2015).

Bij de vrouwen wordt gestreefd naar maximale feminisatie. Aan hen wordt een combinatietherapie gegeven van enerzijds oestrogenen die de hypothalamo-hypofysaire-testis as afremmen, maar waarmee de androgeenproductie onvoldoende onderdrukt wordt. Daardoor moet men anderzijds ook een antiandrogeen of een GnRH-agonist toedienen (Hembree et al., 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020). De oestrogenen kunnen oraal, intramusculair en transdermaal toegediend worden (Taylor et al., 2020).

Wat de gewenste fysiologische effecten betreft, wordt het krijgen van borsten beschouwd als het belangrijkste kenmerk van feminisatie (Iwamoto et al., 2019). Borstontwikkeling is het enige fysieke kenmerk dat significant gecorreleerd is met het afnemen van de ontevredenheid met het eigen lichaam (Fisher et al., 2016). Daarnaast leidt de behandeling tot een verlies van mannelijke kenmerken. Het testisvolume daalt met 40% na 1 jaar therapie (Fisher et al., 2016). De aangezichts- en lichaamsbehaarung nemen af, maar verdwijnen niet volledig. Androgene alopecia zal vaak ophouden (T'Sjoen et al., 2019). De huid wordt zachter en minder vette, en de vrouw heeft minder last van acne. De spiermassa en spierkracht nemen af. Het lichaamsvet verplaatst zich van de buik naar de borsten en heupen, en de hoeveelheid subcutaan vet neemt toe (Iwamoto et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020). Bij vrouwen is het strottenhoofd door de blootstelling aan androgenen tijdens de puberteit weliswaar irreversibel veranderd, maar toch hebben zij de perceptie dat hun stem vrouwelijker klinkt (Bultynck et al., 2017). De oestrogenen leiden ook tot een gewichtstoename, een toename in 'body mass index', meer vetmassa, minder vetvrije massa, minder spiermassa, hypertriglyceridemie, stemmingswisselingen, een verminderde gevoeligheid aan insuline en type-2 diabetes mellitus (Shadid et al., 2019; Spanos et al., 2020; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Bovendien wordt er ook insulineresistentie gevonden (Spanos et al., 2020). Hembree et al. (2017) halen ten slotte aan dat volgens sommige vrouwen progestagenen hun stemming verbeteren.

Korte- en langetermijnstudies tonen geen nadelig effect op de botmineraaldichtheid. Op korte termijn blijft de botmineraaldichtheid constant of neemt lichtjes toe (T'Sjoen et al., 2019; Wiepjes et al., 2019). Op lange termijn daalt de botmineraaldichtheid terug naar baseline of hebben ze minder botweefsel dan cisgender mannen (Lapauw et al., 2008; Wiepjes et al., 2019).

Trombo-embolische en cardiovasculaire aandoeningen zijn, ten minste in theorie, de belangrijkste neveneffecten van oestrogenen om ons zorgen over te maken, gezien hun protrombotische werking. Vrouwen hebben een hoger risico op een veneuze trombo-embolie en een beroerte in vergelijking met cisgender vrouwen en mannen, en vrouwen hebben meer hartinfarcten dan cisgender vrouwen, maar niet in vergelijking met cisgender mannen (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019). Door de atrofie van de testes en de prostaat vermindert de productie van zaadcellen, en nemen het volume en de kwaliteit van het sperma af, zonder dat echter azoöspermie optreedt. Uiteindelijk wordt men volgens Tangpricha en den Heijer (2017) irreversibel onvruchtbaar, terwijl volgens Taylor et al. (2020) sommige vrouwen, maar niet iedereen, weer vruchtbaar kunnen worden wanneer men enkele maanden geen geslachts-affirmerende hormonen toegediend krijgt. Het risico op galstenen neemt toe. Oestrogenen verlagen en androgenen verhogen de pijndrempel, en 25% van de vrouwen ontwikkelt chronische pijn na het toedienen van oestrogenen en/of antiandrogenen (Holmberg et al., 2019). De borsten worden gevoeliger (van Dijk et al., 2019). Cyproteronacetaat, een progestageen met antiandrogene eigenschappen, kan tot vermoeidheid leiden, en de oestrogenen kunnen tot een veranderde geurperceptie leiden (van Dijk et al., 2019). Spironolacton, een antiandrogeen en kaliumsparend diureticum, kan leiden tot hyperkaliëmie (Webb & Safer, 2019). De hemoglobineconcentratie en de hematocriet dalen (T'Sjoen et al., 2019). Warmteopwellingen, nachtelijk zweten (vooral met transdermaal oestradiol), slaapstoornissen, broze nagels, emotionele instabiliteit, en pijn in de borsten zijn ook beschreven (van Dijk et al., 2019). De oestrogenen stimuleren de lactotrope cellen in de adenohipofyse en verhogen de prolactineconcentratie (Hembree et al., 2017). Hyperprolactinemie komt vooral voor bij het gelijktijdig innemen van cyproteronacetaat, maar niet van spironolacton (T'Sjoen et al., 2019). Prolactinomen zijn beschreven bij de inname van oestrogenen, en vooral in combinatie met

cyproteronacetaat (Gooren & T'Sjoen, 2018). Multiple meningiomen zijn gerapporteerd na een relatief korte periode (4 jaar) van inname van oestrogenen en cyproteronacetaat aan een dosis van 25 mg/dag of meer (Gooren & T'Sjoen, 2018; Tangpricha & den Heijer, 2017). Ten slotte hebben vrouwen onder invloed van de toegediende hormonen ook last van een gestegen persisterende vermoeidheid (van Dijk et al., 2019).

Wat de prevalentie van kankers betreft lijken de toegediende oestrogenen het risico op borstkanker niet te verhogen in vergelijking met cisgender vrouwen (T'Sjoen et al., 2019; Taylor et al., 2020; Trum et al., 2015). de Block et al. (2019) vonden een 46 maal hogere incidentie van borstkanker bij vrouwen in vergelijking met cisgender mannen, maar het risico was nog altijd lager dan bij cisgender vrouwen. Er zijn geen duidelijke richtlijnen voor de screening op borstkanker. Voor prostaatkanker is een screening aangeraden vanaf 50 jaar (Gooren & Morgentaler, 2014), desondanks dat oestrogenen het risico op prostaatkanker bij vrouwen wel verminderen in vergelijking met cisgender mannen (T'Sjoen et al., 2019). Het blootstellen van een neovagina aan trauma door seksuele betrekkingen, bacteriën en een lage zuurstofspanning kan leiden tot precancereuze letsels en invasieve carcinomen. Vandaar dat ook bij vrouwen een vaginale kankerscreening nodig is (Grosse et al., 2017).

Niet alle lichamelijke aspecten zijn te beïnvloeden met hormoontherapie. Enkele zijn moeilijk of onveranderbaar en nog andere zijn wel veranderbaar, maar niet zonder chirurgie (Witcomb et al., 2015). In dat geval zijn meerdere geslachts-affirmerende interventies noodzakelijk. Hieronder worden mogelijke operaties besproken voor mannen en vrouwen, met de nadruk op mogelijke, want welke operaties worden uitgevoerd, is afhankelijk van de genderidentiteit en de persoonlijke voorkeur van de persoon zelf (Mahfouda et al., 2019). De persoonlijke voorkeur wordt bovendien beïnvloed door de ziektecijfers en de complicatierisico's (Horbach et al., 2015; Monstrey et al., 2011; Trum et al., 2015; World Professional Association for Transgender Health, 2012). Ook in de interviews werd het duidelijk dat elke man een eigen voorkeur heeft, maar ze allen wel de complicatierisico's meenemen of meenamen in het maken van een beslissing.

Mannen ondergaan meestal een mastectomie met borstreconstructie(s), soms zelfs voor de hormoontherapie gestart is (Taylor et al., 2020). Een bevestiging daarvan is dat alle geïnterviewde mannen deze lieten uitvoeren. Bovendien bestaan er meerdere genitale operaties (Taylor et al., 2020). Er is de mogelijkheid tot een hysterectomie in combinatie met een salpingo-ovariëctomie en ook kan een metaidoioplastiek en/of falloplastiek uitgevoerd worden (Holmberg et al., 2019; Taylor et al., 2020). Enkele van de geïnterviewde mannen overwegen om eerst een metaidoioplastiek te laten uitvoeren om vervolgens later eventueel naar een falloplastiek over te gaan. Deze gaan gepaard met een vaginectomie en scrotoplastiek (Taylor et al., 2020). De falloplastiek wordt uitgevoerd in meerdere stappen met meerdere revisies en na minimum een jaar wordt meestal ook een penisprothese geplaatst vanaf er gevoel waargenomen wordt in de top van de penis (Monstrey et al., 2011; World Professional Association for Transgender Health, 2012). Zowel een metaidoioplastiek als een falloplastiek leveren een hoge tevredenheid op. Afhankelijk van het soort flap die gebruikt wordt, kunnen mannen tussen de 37,3-100% rechtopstaand urineren (Morrison et al., 2016). Bij een metaidoioplastiek is dit 94,1%. 62-99% van de mannen hebben de wens en hechten er dus waarde aan om te kunnen rechtopstaand urineren (Chipkin & Kim, 2017; Holmberg et al., 2019), wat ook bevestigd werd in de interviews.

In tegenstelling tot mannen is het bij vrouwen sterk aanbevolen dat er eerst minimum 1 jaar hormoontherapie opgestart is vooraleer ze, indien gewenst, een borstvergroting ondergaan (World Professional Association for Transgender Health, 2012). Net zoals bij mannen bestaan er meerdere genitale operaties: een orchidectomie, een penectomie, een vaginoplastiek, een clitoroplastiek en een reconstructie van de uitmonding van de urethra (Chipkin & Kim, 2017; Taylor et al., 2020). Er vindt geen prostatectomie plaats (Trum, Hoebeke, & Gooren, 2015). Naast een borstvergroting en genitale chirurgie, worden bij vrouwen ook vaak esthetische operaties uitgevoerd om een vrouwelijker fenotype te creëren. De meeste complicaties van een vaginoplastiek kunnen grotendeels voorkomen worden door regelmatig vaginale dilatatie uit te voeren door penetratie met een epithese (siliconeprothese) of

door geslachtsgemeenschap (Taylor et al., 2020; Transgender infopunt, z.j.). Bij vrouwen heerst over de borstvergroting en andere geslachts-affirmerende operaties een overheersende tevredenheid met de resultaten (Lawrence, 2003).

## 2 Invloed op de geest

Mannen en vrouwen hebben vaak geestelijke gezondheidsproblemen, zoals psychiatrische aandoeningen en stemmingsstoornissen (Mueller et al., 2017a; Tangpricha & den Heijer, 2017; Taylor et al., 2020). Ze hebben bijna tweemaal zoveel kans op depressieve symptomen, een hogere kans op een depressie, bijna driemaal zoveel kans op symptomen van angst of angststoornissen, meer dan tweemaal zoveel kans op het ondernemen van zelfmoordpogingen, een hogere kans om slachtoffer te zijn van pesterijen, waaronder fysiek geweld, en meer dan tweemaal zoveel kans op discriminatie (Bouman et al., 2016; Colizzi et al., 2014; Su et al., 2016; Taylor et al., 2020). Colizzi et al. (2014) beweren dat er geen verhoogde kans is op comorbiditeit bij de meerderheid van de transseksuelen. Voornamelijk mannen hebben voor de start van de hormoontherapie hogere niveaus van angstsymptomen, wat kan wijzen op angststoornissen. Het ervaren hebben van een mannelijk gender, een lage zelfwaardering, interpersoonlijke problemen en de afwezigheid van een hormoontherapie zijn geassocieerd met een toegenomen risico op angststoornissen, waarbij vooral de lage zelfwaardering en interpersoonlijke problemen belangrijk zijn (Bouman et al., 2016). Bij de participanten is angst al altijd voornamelijk gericht op angst voor de reacties van anderen. Voor de initiatie van de hormoontherapie was de angst voornamelijk gericht op het niet voldoen aan de norm, afgewezen te worden door (potentiële) partners of anderen, en daarbij rare blikken of pesterijen te ervaren. Faalangst werd daarbij genoemd. Ook hadden twee mannen een depressie en vertoonden twee andere mannen ook depressieve symptomen. Bovendien hebben mannen en cisvrouwen voor de geslachts-affirmerende interventies een grotere lichaamsontevredenheid dan cismannen en cisvrouwen, maar niet in vergelijking met cispersonen met een eetstoornis (Witcomb et al., 2015). Mannen zonder geslachts-affirmerende interventies en cisvrouwen scoren hoger op lichaamsontevredenheid als groep dan vrouwen zonder geslachts-affirmerende interventies en cismannen als groep (Witcomb et al., 2015). De lichaamsontevredenheid van mannen leunt heel dicht aan bij die van cispersonen met een eetstoornis. Mannen zijn volgens de auteurs dan ook een vermoedelijke risicogroep voor eetstoornissen en andere lichaamsbeeld gerelateerde gedragingen. Ze zijn vooral ontevreden over de volgende zaken en dit in opgesomde volgorde: hun aangezichtsbehandling, lichaamsbehandling, huid, adamsappel, borst(kas), buik, taille, heupen en/of achterwerk (Witcomb et al., 2015). In de interviews worden de heupen en aangezichts- en lichaamsbehandling ook aangehaald en is er een participant die een eetstoornis gehad had. Bovendien blijkt dat mannen de focus leggen op hun fenotype, waarbij ze zichzelf vaak met cismannen vergelijken. Het lichaam klopt nog niet volledig, maar wel al meer. Ze zien zichzelf liever en voelen zich goed en beter in hun eigen lichaam. In het algemeen ervaart iedereen zijn lichaam als positiever.

Er is een verbetering in de mentale gezondheid en levenskwaliteit bij zowel mannen als vrouwen door de positieve bijdrage die geslachts-affirmerende hormonen leveren (Colizzi et al., 2014; Tangpricha & den Heijer, 2017). Genderdysforie, depressie, angst, stress, sociale stress, algemene symptomen van psychisch lijden, lage zelfwaardering en ontevredenheid over het lichaam nemen af bij mannen en vrouwen die gebruik maken van geslachts-affirmerende hormonen (Colizzi et al., 2014; Fischer et al., 2016; Gorin-Lazard et al., 2013; Tangpricha & den Heijer, 2017). Onder invloed van hormonen daalt bij mannen de emotionele instabiliteit, terwijl deze bij vrouwen stijgt (van Dijk et al., 2019). Oestrogenen en androgenen hebben vermoedelijk directe negatieve effecten op de geestelijke gezondheid (Colizzi et al., 2014). Dat er desondanks deze directe negatieve effecten een positief effect is op de geestelijke gezondheid, komt vermoedelijk doordat de hormoontherapie een vervulling induceert van gewenste verlangens naar gendercongruentie en zo zorgt voor een betere levenskwaliteit (Colizzi et al., 2014). Genderincongruentie levert namelijk enorm veel stress en ontevredenheid op (Colizzi et al., 2014; Interviews, 2020). De verandering van genderrol heeft dus vermoedelijk een directe invloed op de betere zelf-gerapporteerde geestelijke gezondheid (Colizzi et al., 2014). Uit de interviews blijkt dat stress om te conformeren aan de maatschappelijke norm van vrouw-zijn, gestopt is. Wel is er vooral nog stress wanneer het over een (potentiële) partner gaat, alsook angst betreffende reacties van voornamelijk potentiële partners. Bovendien zijn alle participanten gelukkig met hun nieuwe leven.

Volgens Tangpricha en den Heijer (2017) verbetert genderdysforie in 80% van de gevallen onder invloed van hormoontherapie. Taylor et al. (2020) halen aan dat genderdysforie bij sommige transseksuelen ook daalt nadat gedeeltelijke of volledige geslachts-affirmerende operaties uitgevoerd werden. Bovendien is psychologische begeleiding ook belangrijk omdat geslachts-affirmerende operaties onomkeerbaar zijn en minder dan 1% van de mannen en 1 à 1,5% van de vrouwen achteraf spijt krijgen (Enzlin, 2019; World Professional Association for Transgender Health, 2012). Dit percentage is de verderzetting van een dalende trend (T'Sjoen et al., 2019). Bij het merendeel van de vrouwelijke spijtoptanten gaat het om minimale spijt, door bijvoorbeeld sociale en familiale problematieken, maar meestal door ontevredenheid met de fysieke of functionele resultaten van een ingreep (Lawrence, 2003). Onder andere de vaginoplastiek heeft over het algemeen een zeer gewenste uitkomst, die veel beter is dan de falloplastiek bij mannen (Mahfouda et al., 2019). Uit de interviews bleek dat een mastectomie zorgt voor een gevoel van bevrijding.

Transseksuele personen plegen vaker zelfmoord en vertonen vaker automutilatie dan controlepersonen (Mueller et al., 2017a; Narang et al., 2018). De zelfmoordcijfers, suïcidale gedachten, suïcidepogingen en automutilatie blijken hoog te blijven na het induceren van een hormoontherapie, met of zonder geslachts-affirmerende operaties (Mueller et al., 2017a; Tangpricha en den Heijer, 2017). Dit werd grotendeels ontkracht in de interviews. Een man die deze problemen vroeger wel had, heeft nooit meer suïcidale gedachten, en een man die deze vroeger had heeft die soms nog, maar gaat daar *via* positieve coping mee om. Bovendien zijn er ook meer autistische kenmerken beschreven bij transseksuele kinderen en volwassenen in vergelijking met een controlepopulatie. Volwassen mannen, maar niet volwassen vrouwen, hebben hogere autisme-scores dan cismannen en cisvrouwen, maar wel lagere scores dan personen met het syndroom van Asperger (Mueller et al., 2017a). Voor mannen kan ook geconcludeerd worden dat testosteron psychiatrische stoornissen kan destabiliseren, met manische of psychotische symptomen (Taylor et al., 2020; Webb & Safer, 2019). Voor vrouwen kan de hormoontherapie stemmingswisselingen doen toenemen (van Dijk et al., 2019).

### 3 Invloed op de seksualiteit

Om de levenskwaliteit van mannen en vrouwen te verbeteren, moet in elke fase van het leven ingezet worden op seksualiteit en seksueel functioneren (Holmberg et al., 2019). Dat wil zeggen zowel voor, tijdens als na de transitie. Het effect op het seksuele functioneren hangt af van veel factoren, zoals de inname van geslachts-affirmerende hormonen, genitale chirurgie, het hebben van een partner of het aanwezig zijn van psychische problemen (T'Sjoen et al., 2020). Bovendien is het over het algemeen belangrijk om bij seksualiteit het Dual Control Model in het achterhoofd te houden. Het model toont aan dat seksueel gedrag bij iedereen kan beïnvloed worden door exciterende en inhiberende processen in de hersenen (Bancroft et al., 2009). Door hoge levels van excitatie en lage levels van inhibitie verhoogt de kans op risicovol gedrag (Bancroft et al., 2009). Iwamoto et al. (2019) halen aan dat er meer HIV-infecties zijn bij transseksuelen en dit onder andere doordat hoog risicovol seksueel gedrag vaak blijkt voor te komen bij mannen en vrouwen, terwijl ze volgens Su et al. (2016) minder vaak HIV-positief zijn. Psychologische en neurofysiologische kenmerken kunnen een mediërende factor zijn op bepaalde (culturele) stimuli (Bancroft et al., 2009).

Zelfbevrediging of seksuele handelingen met een partner lijken voor zowel mannen als vrouwen onveranderd of gestegen na geslachts-affirmerende interventies (Holmberg et al., 2019). Zowel mannen als vrouwen komen makkelijker tot een orgasme door masturbatie dan door penetratie (Holmberg et al., 2019). Bovendien verbetert de tevredenheid met romantische relaties voor beiden na een geslachts-affirmerende interventie (Holmberg et al., 2019). Het initiëren van een relatie wordt altijd als moeilijk ervaren, dus zowel voor als na geslachts-affirmerende interventies. Dit lijkt ook iets moeilijker te zijn voor mannen dan voor vrouwen (Holmberg et al., 2019). Ook hebben mannen en vrouwen moeilijkheden om een seksueel contact te initiëren en ervaren ze angst voor een seksueel contact, zowel voor als na geslachts-affirmerende chirurgie (Kerckhof et al., 2019). Het is vaak moeilijk een partner te vinden die hun genderidentiteit aanvaardt. Heel wat mensen willen dan ook niet daten met een transseksueel persoon (Blair & Hoskin, 2018). De bevindingen omtrent relaties en partners werden in de interviews bevestigd.

Volgens Holmberg et al. (2019) is een positief lichaamsbeeld geassocieerd met beter seksueel functioneren en meer seksuele tevredenheid. Transseksuelen lijken volgens Klein en Gorzalka (2009) over het algemeen adequaat seksueel te functioneren en/of hebben een hoge mate van seksuele tevredenheid na geslachts-affirmerende chirurgie. Seksueel verlangen kan volgens hen uit het niets optreden of gestimuleerd worden door seksuele stimuli. Beide bevindingen werden ook in de interviews aangehaald. Na geslachts-affirmerende chirurgie is er een matige tot hoge mate van orgastisch functioneren (Klein & Gorzalka, 2009).

De seksuele oriëntatie is fluïde en kan wijzigen tijdens de sociale of medische transitie (Holmberg et al., 2019). Bij 40% van de mannen uit de interviews is de seksuele oriëntatie gewijzigd na de transitie. Bij transseksuelen die de interventies gestart zijn na hun puberteit zijn mannen vóór geslachts-affirmerende interventies vaker aangetrokken tot cisvrouwen dan vrouwen tot cismannen en is de seksuele oriëntatie van de meeste mannen fluïde (Cerwenka et al., 2014). Voordat geslachts-affirmerende interventies plaatsvinden voelen vrouwen zich overheersend aangetrokken tot vrouwelijke personen (Cerwenka et al., 2014).

Wat de seksuele gezondheid betreft kan geconcludeerd worden dat bij mannen het seksuele verlangen stijgt tijdens de eerste drie maanden en een piek bereikt wordt op korte termijn en (sterk) toeneemt of stabiliseert of terug wat afneemt op lange termijn (Defreyne et al., 2020; Holmberg et al., 2019; T'Sjoen et al., 2020; van Dijk et al., 2019). In de interviews werd de piek bevestigd en is er volgens hen op lange termijn een stabilisering opgetreden op een niveau dat een beetje of veel hoger is dan voor de transitie. Daarnaast is er ook meer seksuele opwinding, zijn er meer seksuele fantasieën, masturbeert men frequenter, komt men gemakkelijker tot een orgasme en is er meer seksuele tevredenheid (Defreyne et al., 2020; Holmberg et al., 2019; T'Sjoen et al., 2020; van Dijk et al., 2019). Over het algemeen zijn ook

deze bevindingen bevestigd in de interviews. Sommige mannen ervaren 'distress' door een te groot seksueel verlangen (Kerckhof et al., 2019). Er is geen correlatie tussen de totale of vrije testosteronconcentratie en het seksuele verlangen (Holmberg et al., 2019). Het seksuele verlangen neemt meer toe indien de baarmoeder en eierstokken weggenomen worden, maar een mastectomie en/of een falloplastiek met of zonder erectieprothese heeft geen invloed op het seksuele verlangen (Defreyne et al., 2020; Holmberg et al., 2019; Wierckx et al., 2011).

Voordat enige interventie plaatsvindt, betreft slechts de helft van de mannen hun genitalia in de seksuele activiteiten met een partner (Cerwenka et al., 2014). In de interviews gaf ook 40% van de mannen aan voor de transitie nooit seksuele handelingen te hebben gesteld met een ander persoon. Er waren te weinig participanten om significante resultaten te bekomen over het al dan niet als plezierig ervaren van zelfbevrediging of wanneer de eigen genitalia in de seksuele activiteit betrokken werden (Cerwenka et al., 2014). Ongeveer 80% van de mannen en vrouwen heeft voor de gender-affirmerende interventies reeds ervaring met een seksuele partner en meer vrouwen dan mannen doen dan aan zelfbevrediging (Cerwenka et al., 2014). In de interviews had 60% van de mannen toen reeds ervaring met een seksuele partner.

Mannen met een falloplastiek zijn seksueel actiever na hun operatie dan voor hun operatie (zelfbevrediging en seks met een partner) en ze gebruiken hun geslachtsorganen vaker in vergelijking met voor de operatie (Klein & Gorzalka, 2009; van de Grift et al., 2017). Mannen met een metaidoioplastiek of een falloplastiek kunnen tot een orgasme komen, vooral door te masturberen en minder door te penetreren (Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009). De orgasmes zijn krachtiger, korter en intenser dan voor de operatie (T'Sjoen et al., 2020). Opvallend is wel dat de mannen zonder genitale chirurgie in de interviews de orgasmes over het algemeen ook als krachtiger en korter omschrijven. Bovendien komen mannen vaker tot een orgasme dan cisvrouwen (Klein & Gorzalka, 2009). Uit het onderzoek van Morrison et al. (2016) blijkt dat de seksuele tevredenheid na genitale operaties 6,3% bedraagt bij een metaidoioplastiek en 2,1% bij een falloplastiek met een radiale voorarmflap. Een metaidoioplastiek laat in de meeste gevallen geen penetratie toe omdat de lengte van de penis dit vaak niet toelaat (Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009). De seksuele verwachtingen worden frequenter ingelost wanneer een erectieprothese geplaatst wordt, maar mannen met een prothese klagen vaker over pijn tijdens penetratie (T'Sjoen et al., 2020).

Het seksuele verlangen van vrouwen vermindert binnen de 3 maanden (Defreyne et al., 2020). Na 3 maanden stijgt het seksuele verlangen volgens Defreyne et al. (2020) terug tot baseline of wordt zelfs hoger, terwijl volgens Kerckhof et al. (2019) het seksuele verlangen lager blijft. Elaut et al. (2008) vonden een significant lagere totale en vrije testosteronconcentratie bij vrouwen in vergelijking met een controlegroep van cisgender vrouwen. Daartegen staat dat geen enkele studie een significante correlatie gevonden heeft tussen de totale of vrije testosteronconcentratie en het seksuele verlangen bij vrouwen (Holmberg et al., 2019). De cytosine-adenine-guanine repeat lengte in de androgeenreceptor heeft geen effect op de relatie tussen de testosteronconcentratie en het seksuele verlangen (Elaut et al., 2010). Hembree et al. (2017) halen aan dat volgens sommige vrouwen progestagenen hun seksuele verlangen verbeteren. Er zijn echter geen studies over de effectiviteit van progestagenen (Hembree et al., 2017; Iwamoto et al., 2019; Tangpricha & den Heijer, 2017). Het wegnemen van de testes leidt tot meer seksueel verlangen (Defreyne et al., 2020). Ook hebben vrouwen met een vaginoplastiek meer seksueel verlangen dan personen op een wachtlijst (Holmberg et al., 2019). Het afgenomen seksuele verlangen kan leiden tot persoonlijke en relationele 'distress', en dus tot 'hypoactive sexual desire disorder' wanneer het als een tekort of afwezigheid van seksueel verlangen of fantasieën door de persoon in kwestie ervaren wordt. Anderzijds zien veel vrouwen de afname in seksueel verlangen eerder als een opluchting dan als een probleem. Dit kan onder andere komen door aanwezige afkeer van hun genitalia en als er nog geen vaginoplastiek kan of mag plaatsvinden (Wierckx et al., 2014c).

Voordat geslachts-affirmerende interventies plaatsvinden betreft 75% van de vrouwen hun genitalia in de seksuele activiteiten met een partner. Bovendien ervaart 35% van de vrouwen het 'nooit' als plezierig,



ongeveer 17% het 'altijd' als plezierig, bij ongeveer 40% is het 'wisselend' en bij enkelingen is het 'niet van toepassing'. Wat zelfbevrediging betreft vindt ongeveer 10% van de vrouwen dat nooit plezierig, meer dan de helft vindt het soms plezierig, ongeveer 25% vindt het altijd plezierig en voor enkelingen is deze vraag niet van toepassing (Cerwenka et al., 2014).

Bij vrouwen die nog een penis hebben gaat de seksuele opwinding gepaard met een erectie (Holmberg et al., 2019). Bij vrouwen komen spontane en nachtelijke erecties minder frequent voor binnen de 3 maanden. Studies bij cisgender mannen wijzen uit dat minder nachtelijke erecties kunnen leiden tot fibrose van de penis of tot een erectiele disfunctie. Vrouwen met een neovagina worden volgens Holmberg et al. (2019) net als cisvrouwen vochtig, maar de lubricatie is minder uitgesproken wanneer een huidflap gebruikt wordt in plaats van een stuk darm. Bovendien is de lubricatie vaak minder uitgesproken dan bij cisvrouwen, waardoor het aangeraden is om een glijmiddel te gebruiken tijdens seksuele activiteiten (Klein & Gorzalka, 2009). Wel vonden Klein en Gorzalka (2009) dat er een stijging is in seksuele opwinding na geslachts-affirmerende chirurgie.

Verschillende studies vinden bij vrouwen een daling of lage frequentie van zelfbevrediging na geslachts-affirmerende chirurgie, maar één studie vindt een stijging in het eerste jaar na de chirurgie in vergelijking met cismannen en cisvrouwen (Klein & Gorzalka, 2009). De meeste vrouwen kunnen tot een orgasme komen, vooral door te masturberen en minder door penetratie (Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009). Wel kan de genitale chirurgie soms leiden tot anorgasmie (Klein & Gorzalka, 2009). Zo niet, dan zijn de orgasmes in vergelijking met voor de chirurgie intenser, zachter, langer en aangener (Holmberg et al., 2019). Secreties tijdens het orgasme kunnen optreden vanuit de klieren van Cowper, of vanuit overblijfselen van de prostaat en de zaadblaasjes. Na de genitale chirurgie is de tevredenheid met de seksuele betrekkingen en met het orgasme hoog (Zavlin et al., 2018). De subjectieve seksualiteitsbeleving is beter wanneer men een partner heeft, hormonen krijgt, of een borstvergroting heeft ondergaan (Bartolucci et al., 2015).

## Discussie

Er is duidelijk meer nood aan preventief werken en psycho-educatie rond transseksualiteit. Kennisverspreiding over de thema's van gender en transseksualiteit ontbreekt of is minimaal. Geen enkele geïnterviewde man wist dat transseksualiteit bestond en wat het precies inhield toen ze reeds het gevoel ervaarden dat er iets niet klopte. Het zou geld kunnen besparen aan de geestelijke gezondheidszorg als jongeren onder andere deze concepten reeds eerder zouden kennen en dat ze dus bijvoorbeeld zouden weten dat gender een spectrum is, zoals Taylor et al. (2020) en Webb en Safer (2019) aanhalen. Bovendien is en blijft psycho-educatie ook noodzakelijk bij de personen die kennis hebben genomen van transseksualiteit en die zichzelf daarmee geïdentificeerd hebben. Bijvoorbeeld over de maat van een externe prothese, camouflagetips voor genitalia en borsten etc.

Bij de gevonden resultaten uit het kwalitatieve onderzoek moet stilgestaan worden bij beperkingen van het onderzoek. In het onderzoek werd slechts een beperkte groep participanten bevraagd. Bovendien zijn alle participanten uit dezelfde provincie afkomstig en bevinden alle participanten zich in de vroege volwassenheid, wat een invloed kan hebben op de resultaten. Vervolgens werden de resultaten afgeleid uit een codeboom die door slechts één onderzoeker werd opgesteld waardoor er mogelijk sprake is van een lage (interbeoordelaars)betrouwbaarheid. Door een interviewprotocol op te stellen, werd geprobeerd aan een mogelijke tekortkoming van betrouwbaarheid tegemoet te komen. Ook de validiteit werd op die manier in het oog gehouden.

De geïnterviewde mannen die tot het besef zijn gekomen dat ze man zijn en geen cisvrouw stelden allen meermaals de vraag hoe en wanneer ze moeten aanbrengen dat ze transseksueel zijn aan voornamelijk (potentiële) partners. De mannen zullen er namelijk nooit volledig als een cisman uitzien, met nadruk op de genitalia. Dit nagaan bij de bevolking zou mogelijk interessante bevindingen kunnen leveren. Aanvullend zou kunnen onderzocht worden wat de beweegredenen zijn achter het feit dat 60 tot 80% van de mannen ervoor koos om hun nieuwe naam te starten met de eerste letter van hun oude naam. Doen ze dit om aan anderen of zichzelf te tonen dat enkel hun geslacht gewijzigd is, maar dat zij verder niet veranderd zijn en de rest van hun identiteit wel nog dezelfde blijft? Doen ze dit in de hoop dat mensen of zijzelf zich minder snel zullen verspreken?

Twee andere opvallende zaken waarbij verder onderzoek gesuggereerd kan worden, zijn gezinssamenstelling en visuele stimuli. Wat de gezinssamenstelling betreft, is het opvallend dat geen enkele geïnterviewde man een broer heeft en dat 80% van de mannen één of meerdere zussen heeft. Bovendien heeft 60% van de mannen ook geen vader (meer) in hun leven in de periode voor en tijdens de outing en 40% niet meer in hun nieuwe leven. Deze opvallende zaken kunnen toevallige factoren zijn, maar zouden ook verklaringen kunnen bieden. Heeft transman zijn naast een mogelijk genetische oorzaak ook een duidelijke sociaal constructivistische oorzaak? Heeft het ontbreken van cismannen in hun leven een invloed op zich man voelen en man willen zijn? Willen deze mannen (over)compenseren voor het tekort aan vervulling van mannenrollen in hun gezin? Bestaat er een sociaal of biologisch effect van geboortevolgorde? Vermoedelijk is er, net als bij vele andere concepten in de psychologie en seksuologie, sprake van zowel biologische, psychologische als sociale invloeden, maar verder onderzoek moet hier (blijvend) bevestiging voor vinden.

Visuele stimuli lijken bij de geïnterviewde mannen na hun transitie seksueel verlangen uit te lokken, terwijl dat vroeger niet bij iedereen een invloed had. Voor 60% van de geïnterviewde mannen is dit heel uitdrukkelijk het geval. Ze voelen sneller en meer fysieke aantrekking. Als er in hun ogen een aantrekkelijk persoon voorbijkomt (tijdens eender welke activiteit) dan wordt dat (subjectief) mooie lichaam onmiddellijk gelinkt aan het seksuele en zorgt dat er dus voor dat er een seksueel beeld in de man opkomt. Maakt testosteron mannen gevoeliger voor visuele stimuli? Wat met cismannen en cisvrouwen; is daar ook een verschil in gevoeligheid voor visuele stimuli? Kan de stijging in het kijken naar porno bij mannen hieraan gelinkt worden? Is er een verschil in hoeveel mannen en cismannen

naar porno kijken? Zou er ook een verschil zijn in het bekijken van porno tussen vrouwen en cisvrouwen? Een geïnterviewde man doet graag aan gamen; hebben androgenen daar ook een invloed op? Deed hij dat voordien ook al graag? Gamen veel mannen graag? Is er een verschil met cismannen? Wat met cisvrouwen?

## Referenties

- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry, 30*(6), 807-815. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.005
- Asscheman, H., Gooren, L. J. G., & Eklund, P. L. E. (1989). Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism, 38*(9), 869-873. doi: 10.1016/0026-0495(89)90233-3
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., van der Velden, T., & de Goede, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers. Geraadpleegd op 15 april 2020 via <https://www.ensie.nl/basisboek-kwalitatief-onderzoek>
- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The Dual Control Model: Current status and future directions. *Journal of Sex Research, 46*(2-3), 121-142. doi: 10.1080/00224490902747222
- Bartolucci, C., Gómez-Gil, E., Salamero, M., Esteva, I., Guillamón, A., Zubiaurre, L., Molero, F., & Montejo, A. L. (2015). Sexual quality of life in gender-dysphoric adults before genital sex reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine, 12*(1), 180-188. doi: 10.1111/jsm.12758
- Berk, L. E. (2013). *Development through the lifespan*. London, UK: Pearson.
- Blair, K., & Hoskin, R. A. (2018). Transgender exclusion from the world of dating: Patterns of acceptance and rejection of hypothetical trans dating partners as a function of sexual and gender identity. *Journal of Social and Personal Relationships, 36*(7), 2074-2095. doi: 10.1177/0265407518779139
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2016). Transgender and anxiety: a comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism, 18*(1), 16-26. doi: 10.1080/15532739.2016.1258352
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. *Breast Cancer Research and Treatment, 149*(1), 191-198. doi: 10.1007/s10549-014-3213-2
- Bultynck, C., Pas, C., Defreyne, J., Cosyns, M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Self-perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy. *Laryngoscope, 127*(12), 2796-2804. doi: 10.1002/lary.26716
- Cerwenka, S., Nieder, T. O., Cohen-Kettenis, P., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R. H., Kreukels, B. P. C., & Richter-Appelt, H. (2014). Sexual behavior of gender-dysphoric individuals before gender-conforming interventions: A European multicenter study. *Journal of Sex & Marital Therapy, 40*(5), 457-471. doi: 10.1080/0092623X.2013.772550
- Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017). Ten most important things to know about caring for transgender patients. *American Journal of Medicine, 130*(11), 1238-1245. doi: 10.1016/j.amjmed.2017.06.019

- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, *39*, 65-73. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.09.029
- de Blok, C. J. M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., van Engelen, K., Adank, M. A., Dreijerink, K. M. A., ... den Heijer, M. (2019). Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *British Medical Journal*, *365*, l1652. doi: 10.1136/bmj.l1652
- De Cuypere, G., & Olyslager, F. (2009). Genderidentiteitsstoornissen: nieuwe visies en trends in de behandeling aan het UZ Gent. *Verslagen van het Centrum voor Genderstudies*, *18*, 23-37.
- Defreyne, J., & T'Sjoen, G. (2019). Transmasculine hormone therapy. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *48*(2), 357-375. doi: 10.1016/j.ecl.2019.01.004
- Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D. L., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J., & T'Sjoen, G. G. R. (2019). Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry*, *65*(1), 119-134. doi: 10.1373/clinchem.2018.288241
- Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., ... T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, *17*(4), 812-825. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.12.020
- De Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., ... De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, *34*(6), 557-566. doi: 10.1016/j.rbmo.2017.03.008
- Elaut, E., Bogaert, V., De Cuypere, G., Weyers, S., Gijs, L., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2010). Contribution of androgen receptor sensitivity to the relation between testosterone and sexual desire: an exploration in male-to-female transsexuals. *Journal of Endocrinological Investigation*, *33*(1), 37-41. doi: 10.3275/6441
- Elaut, E., De Cuypere, G., De Sutter, P., Gijs, L., Van Trotsenburg, M., Heylens, G., ... T'Sjoen, G. (2008). Hypoactive sexual desire in transsexual women: prevalence and association with testosterone levels. *European Journal of Endocrinology*, *158*(3), 393-399. doi: 10.1530/EJE-07-0511
- Enzlin, P. (2019, 15 april). Seksuele psychopathologie: Gender dysforie 19-20 [PowerPoint]. Geraadpleegd van [https://p.cygnus.cc.kuleuven.be/webapps/blackboard/content/listContent.jsp?course\\_id=\\_88884\\_5\\_1&content\\_id=\\_24704660\\_1](https://p.cygnus.cc.kuleuven.be/webapps/blackboard/content/listContent.jsp?course_id=_88884_5_1&content_id=_24704660_1)
- Enzlin, P., Aerts, L., & Kiekens, C. (2018). Seksualiteit en medische aandoeningen. In L. Gijs, L. Aerts, M. Dewitte, P. Enzlin, J. Georgiadis, B. Kreukels, & E. Meuleman (Eds.), *Leerboek seksuologie* (p. 500). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., ... Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: two-year follow-up data. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *101*(11), 4260-4269.

- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology*, *199*(3), 760-765. doi: 10.1016/j.juro.2017.10.013
- Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., ... Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, *169*(4), 205-213. doi: 10.7326/M17-2785
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, *64*(2), 31-36. doi: 10.1159/000087751
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *Journal of Sexual Medicine*, *10*(12), 3129-3134. doi: 10.1111/jsm.12319
- Gooren, L., & Morgentaler, A. (2014). Prostate cancer incidence in orchidectomised male-to-female transsexual persons treated with oestrogens. *Andrologia*, *46*(10), 1156-1160. doi: 10.1111/and.12208
- Gooren, L. J., & T'Sjoen, G. (2018). Endocrine treatment of aging transgender people. *Reviews in Endocrinology & Metabolic Disorders*, *19*(3), 253-262. doi: 10.1007/s11154-018-9449-0
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J.-C., Pringuey, D., ... Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(11), 996-1000. doi: 10.1097/NMD.0000000000000046
- Grosse, A., Grosse, C., Lenggenhager, D., Bode, B., Camenisch, U., & Bode, P. (2017). Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. *Cytopathology*, *28*(3), 184-191. doi: 10.1111/cyt.12417
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *102*(11), 3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658
- Heylens, G., De Cuypere, G., Zucker, K. J., Schelfaut, C., Elaut, E., Vanden Bossche, H., ... T'Sjoen, G. (2012). Gender identity disorder in twins: A review of the case report literature. *Journal of Sexual Medicine*, *9*(3), 751-757. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02567.x
- Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, *6*(2), 121-139. doi: 10.1038/s41585-018-0108-8
- Horbach, S. E. R., Bouman, M., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: a systematic review of surgical techniques. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(6), 1499-1512. doi: 10.1111/jsm.12868
- Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, *5*(4), 301-311. doi: 10.1016/S2213-8587(16)00036-X

- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, *10*, 2042018819871166. doi: 10.1177/2042018819871166
- Khan, H. L., Bhatti, S., Abbas, S., Khan, Y. L., Aslamkhan, M., Gonzalez, R. M. M., ... Trinidad, M. S. (2018). Tri-nucleotide consortium of androgen receptor is associated with low serum FSH and testosterone in asthenospermic men. *Systems Biology in Reproductive Medicine*, *64*(2), 112-121. doi: 10.1080/19396368.2017.1384080
- Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Héblly, I., van de Griff, T. C., Staphorsius, A. S., ... Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, *16*(12), 2018-2029. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.09.003
- Khan, K. S., Kunz, R., Kleijnen, J., & Antes, G. (2003). Five steps to conducting a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *96*(3), 118-121. doi: 10.1258/jrsm.96.3.118
- King, J. A., Rosal, M. C., Ma, Y., & Reed, G. W. (2005). Association of stress, hostility and plasma testosterone levels. *Neuro Endocrinology Letters*, *26*(4), 355-360.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: a review (CME). *Journal of Sexual Medicine*, *6*(11), 2922-2939. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Kronawitter, D., Gooren, L. J., Zollver, H., Oppelt, P. G., Beckmann, M. W., Dittrich, R., & Mueller, A. (2009). Effects of transdermal testosterone or oral dydrogesterone on hypoactive sexual desire disorder in transsexual women: results of a pilot study. *European Journal of Endocrinology*, *161*(2), 363-368. doi: 10.1530/EJE-09-0265
- Lapauw, B., Taes, Y., Simoens, S., Van Caenegem, E., Weyers, S., Goemaere, S., ... T'Sjoen, G. G. (2008). Body composition, volumetric and areal bone parameters in male-to-female transsexual persons. *Bone*, *43*(6), 1016-1021. doi: 10.1016/j.bone.2008.09.001
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, *32*(4), 299-315. doi: 10.1023/A:1024086814364
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, *7*(6), 484-498. doi: 10.1016/S22138587(18)30305-X
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(8), 1027-1035. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
- Monstrey, S., Ceulemans, P., & Hoebeke, P. (2011). Sex reassignment surgery in the female-to-male transsexual. *Seminars in Plastic Surgery*, *25*(3), 229-244. doi: 10.1055/s-0031-1281493
- Morrison, D. S., Shakir, S. A., Vyas, N. K., Kirby, K. J., & Crane, K. C. (2016). Phalloplasty: a review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *138*(3), 594-615. doi: 10.1097/PRS.0000000000002518

- Mueller, S. C., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2017a). Transgender research in the 21st century: a selective critical review from a neurocognitive perspective. *American Journal of Psychiatry*, *174*(12), 1155-1162. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17060626
- Mueller, S. C., Landré, L., Wierckx, K., & T'Sjoen, G. (2017b). A structural magnetic resonance imaging study in transgender persons on cross-sex hormone therapy. *Neuroendocrinology*, *105*(2), 123-130. doi: 10.1159/000448787
- Narang, P., Sarai, S. K., Aldrin, S., & Lippmann, S. (2018). Suicide among transgender and gender-nonconforming people. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, *20*(3), pii: 18nr02273. doi: 10.4088/PCC.18nr02273
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation*, *139*(11), 1461-1462. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038584
- Owen-Smith, A. A., Sineath, C., Sanchez, T., Dea, R., Giammettei, S., Gillespie, T., ... Goodman, M. (2017). Perception of community tolerance and prevalence of depression among transgender persons. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *21*(1), 64-67. doi: 10.1080/19359705.2016.1228553
- Patel, J. M., Dolitsky, S., Bachman, G. A., & Buckley de Meritens, A. (2019). Gynecologic cancer screening in the transgender male population and its current challenges. *Maturitas*, *129*, 40-44. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.08.009
- Shadid, S., Abosi-Appadu, K., De Maertelaere, A. S., Defreyne, J., Veldeman, L., Holst, J. J., ... T'Sjoen, G. (2019). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin sensitivity and incretin responses in transgender people. *Diabetes Care*, *43*(2), 411-417. doi: 10.2337/dc19-1061
- Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes*, *11*(3), 66-77. doi: 10.4239/wjd.v11.i3.66
- Su, D., Irwin, J. A., Fischer, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., & Coleman, J. D. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health*, *1*(1), 12-20. doi: 10.1089/trgh.2015.0001
- Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, *5*(4), 291-300. doi: 10.1016/S2213-8587(16)30319-9
- Taylor, H. S., Pal, L., & Seli, E. (2020). Transgender endocrinology. In *Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility* (pp. 752-767). Nederland: Wolters Kluwer.
- Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychology Review*, *66*, 39-50. doi: 10.1016/j.cpr.2017.11.008
- Transgender infopunt [Website]. (z.j.). Geraadpleegd op 21 april 2019 via <https://transgenderinfo.be>
- Trum, H. W., Hoebeke, P., & Gooren, L. J. (2015). Sex reassignment of transsexual people from a gynecologist's and urologist's perspective. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *94*(6), 563-567. doi: 10.1111/aogs.12618
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, *40*(1), 97-117. doi: 10.1210/er.2018-00011



- T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine Position Statement "Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction". *Journal of Sexual Medicine*, *17*(4), 570-584. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.01.012
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Nieuwerburgh, F., ... T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, *44*(5), 1281-1287. doi: 10.1007/s10508-014-0452-6
- van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L. A. C. L., ... Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(12), 1621-1628. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.10.064
- van Dijk, D., Dekker, M. J. H. J., Conemans, E. B., Wiepjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., ... T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans people - Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, *16*(8), 1297-1309. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.05.009
- Van Spilbeeck, B. (2019). *Bo - Eindelijk vrouw*. Antwerpen: Horizon.
- Webb, R., & Safer, J. D. (2019). Transgender hormonal treatment. In J. F. III Strauss, R. L. Barbieri, & A. R. Gargiulo (Eds.), *Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management* (pp. 709-716). Philadelphia: Elsevier.
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: an update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, *26*(6), 296-300. doi: 10.1097/MED.0000000000000502
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedecker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, *165*(2), 331-337. doi: 10.1530/EJE-11-0250
- Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedecker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2014a). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(1), 222-229. doi: 10.1111/jsm.12366
- Wierckx, K., Gooren, L., & T'Sjoen, G. (2014b). Clinical review: Breast development in trans women receiving cross-sex hormones. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(5), 1240-1247. doi: 10.1111/jsm.12487
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., ... T'Sjoen, G. (2014c). Sexual desire in trans persons: associations with sex reassignment treatment. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(1), 107-118. doi: 10.1111/jsm.12365
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Brewin, N., Richards, C., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2015). Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study. *European Eating Disorder Review*, *23*(4), 287-293. doi: 10.1002/erv.2362
- World Health Organisation (2019a). Gender incongruence. *International Classification of Diseases 10*, <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F64>

World Health Organisation (2019b). Gender incongruence. *International Classification of Diseases 11*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>

World Professional Association for Transgender Health (2012). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people*. Geraadpleegd op 29 april 2020 via [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20of%20Care\\_V7%20Full%20Book\\_English.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20of%20Care_V7%20Full%20Book_English.pdf)

Zavlin, D., Schaff, J., Lellé, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., ... Papadopoulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 178-187. doi: 10.1007/s00266-017-1003-z

Zhou, J. N., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378(6552), 68-70.





| 83  | 5 | Net na uiting/net voor hormonen   |
|-----|---|---|
|     |   | <u>Geslachtsexpressie</u>   |
|     |   | Gedrag  |
| 3   | 1 | Communicatie: makkelijk over praten, bereidheid antwoorden op vragen daalt  |
| 1   | 1 | Beslist hormonen te nemen   |
| 5   | 1 | Omkleeden in vrouwenkleedkamer, naar toilet bij vrouwen   |
| 5   | 1 | Coping met humor  |
|     |   | Kleedkamer: schrikreactie - De reactie dat iedereen zou hebben als je je vergist van toiletten, die reactie. Instinctieve reactie dat je gemist bent van toilet, maar eigenlijk niet zo.      |
|     |   | Uiterlijk   |
| 1   | 1 | Mannelijker in geheel   |
|     |   | Kledij:   |
| 2   | 1 | Vrouwenkledij, maar dan mannelijker, meer sportieve, marcelleke   |
| 5   | 2 | Mannenkledij, meer mannelijk dan ervoor. - vb. Jongensbroeken uit jongenscollectie - zie 'kledij' hoger   |
| 6   | 3 | Borsten (nog iets meer) camoufleren (zie hoger voor 'hoe')  |
| 1   | 1 | meer aansluitende T-shirts vanaf afbinden borsten   |
| 6   | 1 | Hoofdhair: Kort (ervoor niet)   |
| 2   | 1 | Lichaamsbeharings: niet meer scheren: hele bevrijding   |
|     |   | <u>Gevoelsmatige</u>  |
| 1   | 1 | Zou mezelf minder goed bij voelen (wel mee doorgaan) indien geen aanvaarding van andere   |
| 2   | 2 | Opluchting  |
| 1   | 1 | Wat onwennig door reacties anderen  |
| 1   | 1 | Communicatie: geen leuk gevoel daarover te praten   |
| 1   | 1 | Leven als tegenovergestelde geslacht:   |
| 7   | 1 | Heel moeilijk, voelt niet natuurlijk, want ziet vrouw bent  |
| 3   | 1 | Positief omdat beetje meer jezelf kan zijn  |
| 4   | 1 | Mannenkledij: dubbel gevoel: beter dan dragen vrouwenkledij, voelde goed in <> voelde niet goed in, bewust hoe anderen me zagen, paste niet goed/volledig                                     |
| 3   | 1 | Moelijk op school vertellen   |
|     |   | Aanspreking:  |
| 2   | 1 | Wennen aan 'hij' en nieuwe naam   |
| 2   | 1 | Begrip/begrijpen aanspreking veranderen is moeilijk   |
| 4   | 1 | Verlangen naar de hormonen, zodat als man zal gezien worden   |
| 3   | 1 | Vanaf besef: meest ongelukkig   |
| 8   | 2 | Volledige acceptatie/identificatie zelf als man   |
| 4   | 1 | In vrouwenkleedkamer: Voelde op gemak (ook anderen kennen persoon als vrouw), voelde normaler dan mannenkleedkamer  |
| 287 | 5 | In het nieuwe leven/Als trans   |
|     |   | <u>Geslachtsexpressie</u>   |
|     |   | Gedrag:   |
| 9   | 1 | Openheid over eigen transitie   |
| 6   | 2 | Geen geheim, heel open over, vertelt snel/vaak aan mensen   |
| 1   | 1 | Niet mee te koop lopen/niet mee etaleren, verbergen zolang kan  |
| 2   | 1 | Verberg het niet, Naakt tonen - Bijvoorbeeld: naaktsauna, mannendouches   |
|     |   | Communicatie:   |
| 5   | 1 | Vragen beantwoorden/over transitie praten   |
| 7   | 1 | Openheid om vragen te beantwoorden, over te spreken (in begin)  |
| 2   | 2 | Geen zin (meer) om over te praten   |
| 4   | 1 | Eerlijk antwoorden als ze vragen transitie  |
| 1   | 1 | Moet onderwerp bespreekbaar maken/zijn  |
| 2   | 1 | Makkelijker praten met meisjes (dan met jongens) over wie ik ben  |
| 5   | 2 | Verzwijgen trans (om niet te moeten vertellen)  |
| 1   | 1 | Praat makkelijker met mensen  |
| 3   | 1 | Kan goed met vrouwen praten   |
|     |   | Over seksualiteit: Aan partner wijsmaken dat ging loslopen, dat ervaring mee had om gerust te stellen   |
| 2   | 1 | Open houding (<> geremd)  |
| 5   | 1 | Mezelf niet voorstellen --> Mezelf voorstellen, open nieuwe contacten leggen  |
| 4   | 1 | Vergevingsgezinder naar anderen toe - Fouten accepteren   |
| 3   | 2 | Serius en geremd (o.a. op het werk) --> meer ontspannen, meer lach, meer vertel   |
| 2   | 2 | Gesloten (naar praten over gevoelens toe) --> opener, meer toelaten: 'omdat ik terug de persoon kan zijn dat ik vroeger altijd wou zijn'  |
| 3   | 1 | Open in praten over seksualiteit met vrienden of familie  |
| 3   | 1 | Relaties aangaan  |
| 2   | 1 | Aandacht willen trekken, gezien willen worden door vrouwen  |
| 1   | 1 | Gesloten houding: geen relaties willen aangaan om confrontatie niet te moeten aangaan   |
| 1   | 1 | In sport: minder hyperactief  |
| 4   | 2 | Omkleeden in mannenkleedkamer vanaf mastectomie/hormonen/zichzelf mannelijker vond dan vrouwelijk   |
|     |   | Plassen   |
|     |   | Zittend   |
| 6   | 2 | Aanvaard  |
| 17  | 2 | Moelijk met het sociale aspect (ene kotje in de mannentoiletten, niet in urinoirs langs straat)   |
| 4   | 1 | Niet aangenaam vuile mannentoiletten  |
| 4   | 2 | Rechtstopstaand: met uitwendige prothese, waardoor goed in vel/aanvaarding - 1 wil risico niet nemen op werk  |
|     |   | Coping  |
| 1   | 1 | Confrontatie met vroeger: proberen vermijden  |
| 11  | 2 | Humor: Zelf mopjes over maken (-> gevoel minder snel achter de rug praten en sneller dingen over vragen (maken ook over andere onderwerpen mopjes))   |
| 3   | 1 | Afleiding zoeken, zichzelf oppeppen als verdrietig/zich slecht voelt (<> vroeger)   |
|     |   | Uiterlijk   |
|     |   | Kledij:   |
| 5   | 2 | Mannenkledij:   |
| 1   | 1 | losse T-shirts -> meer aansluitende mannenT-shirts  |
| 1   | 1 | Skinny broeken behouden   |
|     |   | Deftige broeken (niet baggy)  |
|     |   | Beharing  |
| 2   | 1 | Hoofdhair   |
| 1   | 5 | Ijdel over haar   |
| 1   | 1 | Kort haar   |
| 1   | 1 | Lang beenhaar - geeft beter gevoel  |
| 4   | 1 | Uitgaan: Mooie kleren   |
| 4   | 4 | Parfum  |
| 1   | 1 | Borsten: Mastectomie  |
|     |   | Trans = ziekte (ziekteverzekering, omschreven als soort ziekte, iets in hoofd dat niet klopt)   |
|     |   | <u>Gevoelsmatige</u>  |
| 9   | 3 | Geen schaamte, mensen mogen zien/weten (maar niet trots op)   |
| 5   | 1 | Minder gevoelig, sterker geworden emotioneel (door hormonen) - (van: Gevoelig, veel wenen)  |
| 10  | 2 | Beter in vel voelen, o.a. Rustiger - maar lang over gedaan of doe transitie niet om beter of anders in de markt te liggen, maar doe het voor mezelf, omdat ik me goed wil voelen over mezelf. |
| 2   | 1 | Gevoel bijhoort (van: gevoel niet bijhoort)   |
|     |   | Eigenbelang (<> anderen)  |
| 10  | 1 | Niet meer zo belangrijk wat anderen van me denken/aanvaarding, gaat voor eigen interesses, eigen keuzes, zorgelozer, oppervlakkiger   |
| 10  | 4 | Niets van mening anderen/norm aantrekken (met jezelf willen leven), doen wat wil  |
| 1   | 1 | Minder nood aan affectie  |
| 4   | 1 | Zich aantrekken, slecht voelen als achter rug praten  |
| 2   | 2 | In kleedkamer, toilet: Ambetant, oncomfortabel tussen de meisjes te staan   |
| 3   | 1 | Kwaadheid/frustraties door discriminatie stageplaats  |
| 1   | 1 | Comfortabeler met weggebben van vragen  |
| 1   | 1 | In sport: minder gespannen  |
| 4   | 1 | Na hysterectomie: Geen effect van operatie  |
| 6   | 1 | Schuldgevoel t.a.v. Dochter - Dochter mag niet meer met mama aanspreken - Gevoel haar mama beetje afneem  |
| 3   | 1 | Relatieeel: minder jaloeers   |
|     |   | Zelfacceptatie  |
| 4   | 2 | Hoger, waardoor je meer jezelf kan zijn   |
| 4   | 1 | Hekel -> gevoel weggeëbd, maar nog veel werk  |
| 3   | 1 | Minderwaardigheidsgevoel --> Minder, Soms nog steeds (niet te maken met transitie)  |
| 1   | 1 | Kan het niet zien   |
|     |   | Verlangen   |
| 6   | 1 | Liefst verleden doorknippen en ergens anders opnieuw beginnen   |
| 2   | 1 | Niet veel mensen hoeven te weten wat is gebeurd   |
| 4   | 2 | Goedkeuring willen van knappe man (zie seksualiteit - seksuele gedachten)   |
| 1   | 1 | Wil meer mannelijke vrienden  |
| 2   | 1 | Grote impact van sociale gebeurtenis/rolverandering, meer dan lichamelijke veranderingen - zie vb stereotypen anders gedragen   |
| 1   | 1 | Minder op gemak bij stoere jongens - onwetendheid hoe te reageren   |
| 2   | 1 | Afvragen wie het weet   |
| 2   | 1 | Leuk als mensen verbaasd reageren/niet geloven trans bent   |
|     |   | Gevoel bij naakt tonen  |
| 4   | 2 | Grote stap, maar trots, voelde goed - Bijvoorbeeld: naaktsauna, mannendouches   |
| 1   | 1 | Wennen  |
| 2   | 1 | Awkward   |
|     |   | Confrontatie met vroeger  |
|     |   | Identificeert zich  |
|     |   | Niet meer mee:  |
| 4   | 1 | Foto's herkent zichzelf niet in/beeld van persoon op die foto klopt niet (ondanks wel die herinnering heb), wil deze in de kast   |
| 2   | 1 | Oude naam   |
| 3   | 1 | Wel nog mee: Foto's   |
|     |   | Raar:   |
| 2   | 1 | Oude naam   |
| 8   | 2 | Foto's - van 1 nog zichtbaar op fb  |
| 6   | 1 | Positief: Grappig, leuk, niet beschamend: verschillen in foto's, hoe eruit zag  |
| 3   | 1 | Op openbare plaatsen: gevoel moet verantwoorden & mezelf even niet kan zijn, omdat niemand mag weten  |
| 5   | 2 | Misgenderen na = 'zij' wanneer al 'hij' (Noot = bijna altijd: Aanspreken met 'hij') - niet zo erg   |
| 1   | 1 | Identificatie als/met man   |
| 1   | 1 | Voelt nog altijd goed als in boxershort rondloop  |

Gevoelsmatige

Gezinsleden

Papa

Stelde papa teleur  
Geen contact meer met papa

Moeder

(en zus): bezorgdheid, want wisten ongelukkig/niet goed in vel, maar voor hen wel een vrouw  
Goede hand met moeder

Andere familieleden: Tante dacht lesbische

Leeftijdsgenoten

Aanvaarding door (een) vriend(in)en (-> daardoor uiting)  
Als kind

Aanvaard jongensachtige tot 10-12 jaar  
One of the boys

Boodschap dat ik niet oké ben, & gepest (lager)  
Maakte geen verschil of ik er was, maar niet echt aanvaard (secundair)

hogere studies: aanvaard, opnieuw meer genderloos  
(Alle) mannelijke vrienden werden verliefd op mij, misinterpreten signalen

Zien als jongensachtig meisje  
Potentiële partner: aanvaard(, maar later dwangbuis vrouw - zie druk bij gedrag)

Niemand vond kledij mooi buiten papa (dus makkelijker kopen met hem)

Op school

Geliefd: Enkel door leerkrachten, thuis geen aandacht  
Open, aanvaardend

Gedragsmatige

Geen aandacht thuis

Niet aanvaard:

Gepest (om niet transitereden (1), wel transitereden (1)); kwetsende opmerkingen, uitgesloten, uitgelachen  
Jongens accepteren niet, moeten niet van persoon weten

Aanvaard: veel vrienden

Druk vrouwelijk zijn

Moeder sprak aan op niet vrouwelijk genoeg: houding, kledij  
Zus ook niet akkoord met kleding

Partner

Familieleden: niemand sprak op jongensachtig zijn

Misgenderen

Vermoedelijk (bijna) nooit  
In de mate dat trans niet steeds van bewust

Wisselend

Gevoelsmatige

Gezinsleden

(Stief)vader:

Wist het al langer/voelde het aankomen  
Zolang jou gelukkig maakt (, maar zal nooit begrijpen)  
Had moeilijk mee

Mama

pankeerde  
Angst dochter kwijt te geraken

Bezorgdheid  
Schuldgevoel

Dacht spijt zou krijgen  
Geschoqueerd

Niet van bewust, niet zien aankomen  
Kon het niet horen

Had moeilijk mee  
Acceptatie kledij

Niet begripvol  
Confrontatie geen grootmoeder zal worden

Zus:

Wist al langer, voelde aankomen  
Niet van bewust, niet zien aankomen  
Mee met verhaal - o.a. direct aanspreken als 'broer'

Pankeerde (bij operatie), want dacht niet serieus was

Andere familieleden

Oma

Niet begrijpen (niet zelfde als onbegrip), moeilijk te vatten  
Positief omdat ze niet wist hoe te reageren  
Negatief tegen anderen/achter rug

Leeftijdsgenoten

Respect voor keuze - Op school  
Aanvoelden iets aan hand (ook al geen communicatie over) sommigen zeiden dit later ook

Niet zo openminded als verwacht  
Uit de lucht gevallen, onzeker

Familie en vrienden: snel mee/begrip

Collega's (werk of stage)

Begripvol  
Niet geaccepteerd: moeten veranderen van stage, discriminerend

Twijfel of man of vrouw

Gedragsmatige

Gezinsleden

Zus:

Zus deed alsof er niets aan de hand was  
Heeft het aan een belangrijk persoon verteld (partner of vader)

Moeder

wou hem niet aanspreken met nieuwe naam  
zoekend naar wat verkeerd had gedaan  
Veel ruzie/discussies met moeder, ze dacht o.a. dat ik spijt zou hebben

Verzet

Papa

Verzet  
Wou niet aanspreken met nieuwe naam

Nagaan van het verleden (a.d.h.v. Onder andere foto's, kleren) -> puzzelstukjes vielen in elkaar (bijv. niet graag kledjes droeg vroeger)  
Leven als tegenovergestelde geslacht: extra inspanning

Andere familieleden

wou niet aanspreken met nieuwe naam, geslacht  
wel aanspreken met nieuwe naam, geslacht

Leeftijdsgenoten

Na uiting in nieuwe klas: reactie heel positief  
Veel vragen  
(Dames)Kleedkamers

Schrikken als in kleedkamers, toilet kom (toen al hormonen, maar nog niet gezegd op school)  
Weggejaagd  
Misgenderen

Partner

Niet open voor transitie  
Collega's (werk of stage)

Misplaatste grapjes of opmerkingen uit onwetendheid  
Vragen stellen  
Niet gaan rondvertellen  
Geen hand willen geven - discriminatie

Gevoelsmatige

Gezinsleden

Papa

Teleurgestelde papa -> enorm blij papa (maar mag niet weer veranderen en niet homo worden)  
Verzet -> aanvaard  
liefdevol, want die zegt nu 'ik hou van je' (oorzaak? Misschien nu besef hoe belangrijk het is dat kids gelukkig zijn)

Mama

ziet hem graag/acceptatie  
Van angst, bezorgdheid, paniek -> beseffen hoe nu voel, nog nooit zo zot van mij geweest  
Schuldig en betaalt daarom mee  
Verzet -> aanvaard

Band minder sterk en anders (ook door eetstoornis)  
Opgemerkt rustiger geworden  
Betere hand

Zus:

niets aan de hand -> panikerden, onrustig vanaf operaties -> acceptatie  
mee in verhaal -> minder dicht bij elkaar

Dochter

Begripvol

(Potentiële) partners

Onlinevriendin

Eerst: Ontgoocheld & Bedrogen  
Daarna: oké mee, geaccepteerd

Door niemand aantrekkelijk gevonden: of te mannelijk of te vrouwelijk  
Moeilijk, kon niet meer als man zien  
Angst mensen zouden zien dat partner trans is/roddelen (bijv. te vrouwelijk zit)

Andere familieleden

(Gelovige) Familie blij omdat hij het is/familie is, maar indien met transgender samen dan waarschijnlijk geen acceptatie  
Aanvaard: Bepaalde familieleden praten daar zelf niet over OF hun best gedaan en goed mee omgegaan

Oma: Beseft pas jaren later (omdat alles traag ging)  
Positief

Leeftijdsgenoten/vrienden:

Geliefd: Nog steeds niet geliefd  
Respect voor keuze

Erkenning al dan niet na verwerkingstijd  
Verkopers: begrip  
Aanvaarding als wie bent, onwetendheid over transitie

Gedragsmatige

Reacties

Vragen ebdn weg na tijd  
Foute reactie: e.g. Je bent goed gelukt, je ziet het niet, wat doen met transpersonen moesten ze hier binnenwandelen  
Niet geloven, geschoqueerd

Aanspreking nieuwe gender/naam

Aanspreken met nieuwe naam (moeder: -> nu vergeet ze soms dat ik een meisje was en zegt 'mijn zoon')  
Anderen corrigeren persoon zelf, familieleden of collega's omtrent aanspreking  
Begrip

Passende bij nieuwe geslacht = erkenning -> voornamelijk gemak waarmee ze uitspreken  
Oma bleef oude naam gebruiken (mocht van participant) -> nu nieuwe (na aanspreking moeder)

Moeder sprak niet meer aan op houding  
Verkopers: vriendelijk en behulpzaam

Vroeg aan te passen, liet blijken nodig was: e.g. Houding

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 82  | 4 | Maatschappelijke normen  |
| 81  | 4 | Stereotypering   |
| 5   | 1 | Vrouwen (willen) strijden tegen seksisme   |
| 9   | 1 | Kijk op de wereld:   |
| 6   | 1 | Romantisch vlak: verhalende, connectie/verbondenheid --> zintuiglijke waarnemingen, visuele, puur fysieke  |
| 4   | 1 | Neiging terug in dat rolpatroon te vervallen, omdat fysieke (bij oudere trans) niet meer zo belangrijk is  |
| 2   | 1 | Alles wat je doet wordt aangeleerd = verschil vrouw en man   |
| 1   | 1 | Mannen vriendelijker tegen meisjes/vrouwen - Als man moet meer fysiek overmeesteren  |
| 5   | 2 | Houding: hebt typische mannelijke en vrouwelijke houding   |
| 3   | 2 | Vrouw moet vrouwelijk, flatterend uitzien (vaak met inbegrip van make-up)  |
| 6   | 1 | Rem op spreken: Vrouw moet onderdrukken bepaalde zaken te zeggen en komen minder uit voor mening <-> macho-talk, seksistische opmerkingen en makkelijker uitkomen voor mening                              |
| 2   | 1 | Rolpatroon: Typische mannenwereld <-> typische vrouwenwereld (hoe gedragen, studierichting, denkwijze)   |
| 1   | 1 | Ontkracht  |
| 15  | 1 | Vrouw verwacht dat man naar haar toekomt (bij flirtgedrag): Bijv. Als vrouw stond gsm niet stil, als man nu wel  |
| 6   | 1 | School dwingt in stereotype rolpatronen  |
| 3   | 1 | Typische man met typische mannendingen: opwinding van visuele prikkels, objectiveren van vrouwen, elke dag masturberen, geen naspel etc.   |
| 1   | 1 | Onbewust   |
| 1   | 1 | Ongewild   |
| 1   | 1 | Uiterlijk  |
| 3   | 1 | Ziet aan transpersoon dat hij/zij trans is - Wil ontkrachten   |
| 1   | 1 | Ziet mannelijk uit dus ben lesbisch  |
| 3   | 1 | Man wil grote penis (ontkracht)  |
| 1   | 1 | Moet weten op wie je valt: seksuele oriëntatie   |
| 3   | 1 | Bent of man of vrouw en mag dus geen lichaamsdelen gebruiken die man niet heeft  |
| 3   | 1 | Seks moet voor je 20e  |
| 1   | 1 | Hebt pas seks als er penetratie is   |
| 1   | 1 | Druk om 'normale' heteroseksuele relatie te hebben   |
| 202 | 4 | Twijfel - linken in thesis met spijtoptanten prevalentie   |
| 121 | 4 | Geslachtsoperatie:   |
| 6   | 3 | Genitale chirurgie - Willen geen overhaaste beslissing nemen   |
| 26  | 4 | Complicaties-/risico's, bijvoorbeeld: gevoel verliezen, niet rechtopstaand kunnen plassen, stoma, plasbuisverlening slaat niet aan...  |
| 4   | 1 | Afvragen of mee kan leven als het fout gaat  |
| 1   | 1 | Biedt geen garanties   |
| 5   | 2 | Operatie oplossing zal bieden  |
| 2   | 2 | Soort operatie   |
| 1   | 1 | Eventueel later nog de falloplastie  |
| 2   | 2 | Eerst wil zien   |
| 8   | 4 | In 2 keer verdeeld, waardoor minder zwaar, eerst minst risicovolle   |
| 4   | 1 | Opteren/(Vermoedelijk) voor kiezen   |
| 6   | 2 | Ook geen garantie op staand plassen - moeilijk mee (- zie 'sociale aspect' onder nu-gedrag-plassen-zittend)  |
| 6   | 2 | Falloplastie   |
| 1   | 1 | (Lelijke) littekens met o.a. een verzakking op de plaats waar de huis werd verwijderd  |
| 6   | 2 | Om de zoveel tijd weer operatie, o.a. Voor vervangen prothese  |
| 11  | 3 | Belastend regelmatig opnieuw confrontatie  |
| 2   | 1 | Uitgesloten  |
| 3   | 1 | Over mogelijke resultaten van de geslachtsoperatie, bijvoorbeeld: niet realistisch, vals/fake uitziet, niet symmetrisch, resultaten onvoldoende  |
| 1   | 1 | Kostelijk  |
| 15  | 3 | Meerdere operaties   |
| 2   | 1 | Tijd out na operatie(s)  |
| 1   | 1 | Vaginaholte verwijderen -Altijd zo geweest en opwindend (gevonden) --> valt weg/volledig anatomisch een man, optie van penetreren valt dan weg   |
| 2   | 1 | Voordeelen   |
| 1   | 1 | Balprothese --> zichtbaarheid door anderen   |
| 2   | 2 | Penis van jezelf   |
| 2   | 1 | Prothese als goeie tussenstap, kan indagelijkse leven dragen   |
| 1   | 1 | Kan rechtopstaand plassen met prothese   |
| 3   | 1 | Nog niet voor openstaan  |
| 2   | 1 | Wat toekomstige partner zou willen   |
| 37  | 3 | Omdat ex er niet achterstond -> Uiteindelijk toen het gedaan was daar niet meer van aangetrokken en aan transitie begonnen, voor eigen keuze gegaan en geen spijt over                                     |
| 5   | 2 | Effectief trans?   |
| 21  | 3 | worden: Opgebouwd leven omgooien of Bijf wie ik ben en blijf ongelukkig  |
| 6   | 1 | zijn - Worstelen, dingen in vraag stellen, zoektocht naar mezelf, onzekerheid  |
| 5   | 1 | Lang over nagedacht, met mensen over gesproken etc.  |
| 1   | 1 | Voetballen met jongens (rond 12 jaar) - norm   |
| 1   | 1 | Wat als...? - Wou geen foute beslissing maken - Behoort niet meer tot mogelijkheden, kan niet meer over twijfelen --> geruststelling, opluchting   |
| 1   | 1 | Zelf later nog biologische kinderen zou willen   |
| 1   | 1 | Over jaren heen besef dat het dat toch niet is   |
| 2   | 1 | Therapie te zoeken om meer in eigen lichaam te zitten/voor lichaamsbeeld   |
| 132 | 5 | Gemoedstoestand bij nemen hormonen   |
| 24  | 3 | In het begin   |
| 3   | 1 | afwisselend slecht-goed voelen   |
| 1   | 1 | doodziek, misselijk  |
| 1   | 1 | heel blij  |
| 1   | 1 | wist geen weg met mezelf   |
| 7   | 2 | niets ervaren voor lange tijd (de participant die denkt hogere dosis nodig), ging traag  |
| 11  | 3 | enorm mee ingezet/ongelukkig, frustraties omdat traag ging   |
| 4   | 2 | Na een tijd  |
| 1   | 1 | slecht-goed voelen voorbij   |
| 3   | 1 | toen pil ook wegviel: vrouwelijk, zorgende begon te dalen  |
| 33  | 3 | Bij slechte therapietrouw  |
| 3   | 1 | Laattijdig injecteren (of mocht niet omdat operatie aankwam)   |
| 1   | 1 | Vapeurs  |
| 3   | 1 | Emotioneler dan voor hormonen (opvliegingen in hoofd)  |
| 1   | 1 | Zat op het laatste (van energie)   |
| 2   | 1 | wenen (<-> vroeger)  |
| 2   | 1 | Emotioneel/stemming  |
| 2   | 1 | Humerig  |
| 1   | 1 | Sneller kwaad  |
| 1   | 1 | Verdrietig   |
| 2   | 1 | Vermoeider/futloos:  |
| 3   | 1 | Verandert naar Nebido door slechte therapietrouw   |
| 2   | 1 | Beetje verdrietig, maar voor rest niets en ook minder dan bij Sustanon   |
| 5   | 1 | Te veel toedienen (spuiten en gels) - maar denkt dat overdoseren niet kan, dat je lichaam zelf een balans zoekt: te veel T --> E (automatisch)   |
| 1   | 1 | Vermoedelijk hogere dosis nodig dan anderen - natuurlijke variatie   |
| 3   | 1 | Geen last van, super goed voelde   |
| 1   | 1 | Minder in slaap val  |
| 16  | 3 | Bijna tijd voor nieuwe injectie  |
| 4   | 1 | Voel geen verschil, vlakke lijn met Nebido   |
| 4   | 1 | Voel verschil - Sharkweek met Sustanon (de ene persoon nam vroeger Sustanon, om de 2 weken, nu Nebido om de 3 maand en heeft die schommelingen niet meer door tijdig nemen)                                |
| 2   | 1 | Voelt de hormonen afzakken, nood aan nieuwe inspuiting, zich niet goed voelen  |
| 1   | 1 | Vermoeider/futloos: lichamelijk en mentaal   |
| 1   | 1 | Lichamelijk  |
| 2   | 1 | Mentaal/emotioneel worden/Opvliegingen in hoofd  |
| 1   | 1 | voor het minste, bij bijvoorbeeld een stomme film (vroeger nooit) - Niet meer sinds hysterectomie  |
| 1   | 1 | verdrietiger   |
| 1   | 1 | Voelt hormoonspiegel op hol slaat  |
| 1   | 1 | Injectie zorgt voor pijn aan kont  |
| 1   | 1 | Energie: minder snel vermoeid tijdens fitness  |
| 195 | 5 | Gelukkig/bij   |
| 14  | 4 | Misgenderen voor de hormonen - Zag mannelijker uit na outing: droeg o.a. Mannenkleedij   |
| 5   | 2 | In peace dat anderen zien hem als man, hoe zichzelf al altijd zag  |
| 7   | 2 | Identiteitskaart veranderd -> geen twijfel meer over kan bestaan/objectief zekerder  |
| 1   | 1 | Naamsverandering   |
| 1   | 1 | Vroeger al bijnaam   |
| 68  | 5 | Met nieuw leven  |
| 11  | 2 | Curve in stijgende golven (met ups and downs) -- Sinds hormonen: goed-slecht omdat telkens meer wou = curve met ups-and-downs - lange stop/terug verdrietig toen wachten op geslachtsoperatie voor een man |
| 3   | 1 | Sinds operatie echt goed/gelukkiger en niet meer verdrietig/slecht voelen  |
| 7   | 2 | Zonder twijfel gelukkiger/alles gaat heel goed   |
| 1   | 1 | Eindelijk jongen kunnen zijn   |
| 1   | 1 | Als man wordt aangesproken   |
| 5   | 1 | Door vrouwen als man wordt gezien, mogelijkheid aantrekking/relatie  |
| 9   | 3 | Lichamelijke aspecten  |
| 4   | 1 | Mastectomie  |
| 1   | 1 | Geen afbinders meer/vrijheid, want die waren een lijdensweg (voornamelijk in de zomer en tijdens sporten)  |
| 1   | 1 | Normale T-shirts dragen  |
| 3   | 1 | <-> lang geduurd voor gevoel terug was   |
| 6   | 2 | Hysterectomie  |
| 5   | 1 | Blij omdat dan eindelijk (volledig) nooit meer maandstanden had, kon hebben  |
| 1   | 1 | Vrijer gevoel  |
| 8   | 1 | Gevoel dat het klopt   |
| 3   | 2 | Zelfzekerder, opluchting   |
| 1   | 1 | Stem gezakt/mannelijke stem  |
| 7   | 2 | Kennis van vroeger wou zwijgen over transitie  |
| 4   | 2 | Transman ben en geen transvrouw (qua uiterlijk, stem en erkenning)   |
| 6   | 1 | Toen eindelijk hormonen kreeg, eindelijk mezelf zijn, want was een verlangen naar  |
| 1   | 1 | Meer hoop, opluchting om zichzelf te kunnen zijn   |
| 1   | 1 | Prothese bestaat   |
| 1   | 1 | Vaardien redelijk gelukkig - zie gevoel zelfaanvaarding  |
| 5   | 1 | Niet abnormaal: Toen eindelijk menstuuratie kreeg, fysiek gezond   |
| 1   | 1 | Als 12-jarige mocht verkleden als man  |
| 3   | 1 | Bevrijding seksuele oriëntatievraagstuk  |
| 2   | 1 | Blij met aanvaard voelen   |

| 83 | 5 | Ontevredenheid (teleurstellend)   |
|----|---|---|
| 49 | 5 | Confrontatie met oude leven   |
| 1  | 1 | confrontatie met oude leven   |
| 2  | 1 | verandert van werk  |
| 2  | 1 | verandert van studierichting  |
| 1  | 1 | mensen altijd een oordeel klaar   |
| 1  | 1 | beu   |
| 11 | 2 | mensen rondvertellen dat je trans bent (vaak om interessant te doen/zichzelf dan interessant vinden) - Soms nog voor je weet dat mensen het (al) weten  |
| 4  | 1 | Bedrogen gevoel, alles voelt als leugen - 'Ze konden toch gewoon zeggen dat ze dat wisten?'   |
| 1  | 1 | Geen vertrouwen meer  |
| 12 | 2 | oude naam wordt nog gebruikt of als 'zus', 'zij', 'mama' aanspreken - Hoe langer, hoe minder gemakkelijk (gevoel van wrevel, ongemakkelijk gevoel)  |
| 5  | 2 | met genitalia (bijv. door opmerking 'fake-dick'), confrontatie als naar toilet gaat, niet als cisman  |
| 7  | 1 | niet als cisman, barrières in het leven (zeer teleurstellend, had wel verwacht)   |
| 2  | 2 | vertellen/zeggen trans ben  |
| 1  | 1 | Partner wordt uitgemaakt voor lesbienne (wat niet fijn is) ondanks dat er geen lesbienneseks plaatsvindt  |
|    |   | Voordien  |
| 1  | 1 | Uitgescholden als manwijf   |
| 4  | 2 | Als iemand met 'zij' aansprak of de vrouwelijke naam of 'mevrouw'   |
| 6  | 4 | Met vrouwelijke stem voor transitie - ervoor niet mannelijk, kon je horen, 1 sprak wel stiller  |
| 8  | 4 | Jongen in meisjeslichaam: 'Waarom kan ik nu niet geboren zijn als een normale jongen?'; 'Moeilijk in een verkeerd lichaam te zitten en je zo slecht te voelen'  |
| 3  | 1 | Iemand zegt lesbienneseks - 'geen seks', penetratie noodzakelijk is   |
| 1  | 1 | Traumatisch ervaren van heel het traject  |
| 3  | 1 | Spijt dat transitie uitgesteld heeft voor ex  |
| 1  | 1 | zware klank 'transgender', zich niet mee identificeren terwijl wel zo bestempeld  |
| 6  | 1 | Moet weten op wie je valt: seksuele oriëntatie  |
| 21 | 3 | Agressie  |
|    |   | Voordien  |
| 6  | 2 | Agressief, niet weten waarom woede, verloor snel controle - Gestopt (enkele jaren voor) uiting  |
|    |   | In het nieuwe leven   |
| 2  | 1 | Kalmer geworden (sinds/door de hormonen)  |
| 1  | 1 | Rust gevonden in mezelf   |
| 5  | 2 | Gevoel lagere drempel agressief/kwaad te worden (maar ben niet agressiever)   |
| 4  | 1 | Sport: sneller uitvliegen, geen fysieke agressie  |
| 3  | 1 | Kan agressief als iemand onrecht wordt aangedaan  |
| 94 | 5 | Besef (dat er iets niet klopte)   |
| 3  | 1 | Wist dat er iets niet klopte, maar wist niet wat: 'Ik was al aan mijn 5 jaar aan het bidden om wakker te worden als een jongen.'  |
| 2  | 1 | Merkte dat aan kleine dingen sinds ongeveer 8-jarige leeftijd: 'Ow shit, ja juist, ik ben een meisje.' - Probeerde meisje te zijn, maar dat lukte niet. - echt besefte aan 18   |
| 2  | 1 | Tot 6-8 jaar niet bewust van eigen geslacht/gender --> 10-12 jaar: aangesproken op gedrag en reactie van leeftijdsgenoten (door andere verwachtingen)   |
| 2  | 1 | 13-14 jaar (1e-2e middelbaar): voelde dat er precies iets niet was, zich niet ervaren zoals anderen --> therapie gezorgd wist wat echt het probleem (en dus niet eetstoornis): 'Oké, dat is het. Ik voel mij jongen, of ik voel mij man.' |
| 5  | 1 | Puberteit - oriëntatie, seksuele ervaring die slecht/vuil voelde  |
|    |   | Bestaan transgendersonders  |
| 10 | 4 | Wist niet trans bestond   |
| 5  | 3 | Acceptatie zo verder moet met leven   |
| 15 | 3 | Ervoor besef iets niet klopte, raar gevoel (later wist wel bestond)   |
| 1  | 1 | 'Ik dacht dat alle vrouwen zich eigenlijk man voelden. Het was pas door erover te spreken dat ik ontdekte van 'aahn jullie zijn graag vrouw en jullie voelen zich goed als vrouw, aahn dat kan.'  |
| 14 | 4 | Informatie over mogelijkheid/bestaan transitie - Beseffen dat je hetzelfde voelt/hebt, enorm herkenbaar, beseffen man bent  |
| 9  | 3 | Door een vriend of Iemand leren kennen die dat had  |
| 4  | 2 | Door psycholoog   |
| 11 | 5 | Zelf gelezen/opgezocht  |
| 2  | 1 | Pas later over attributen omdat online wereld nog niet zo geëvolueerd was   |
| 3  | 3 | Documentaire/film   |
| 5  | 2 | (vanaf) wist dat transgendersonders bestaan, dacht mentaal onstabiele mensen  |
| 1  | 1 | Is iets dat je overkomt   |



| Code | Systeem | Transmannen   | Seksualiteit |
|------|---------|---|--------------|
| 317  | 5       | Libido/zin in seks/seksueel verlangen   |              |
| 2    | 1       | Voor hormonen, na zelfacceptatie trans  |              |
| 39   | 5       | Meer/hoger  |              |
| 8    | 3       | Nu:   |              |
| 1    | 1       | Beetje hoger, maar zo goed als hetzelfde  |              |
| 7    | 2       | <-> partner zegt libideloos   |              |
| 10   | 3       | Hoger   |              |
| 1    | 1       | Al altijd hoog -- Tienerjaren: hoog --> 15 jaar minder/begin van hormonen extreem --> hoog: terug niveau van tienerjaren - Stabiel  |              |
| 11   | 3       | Door uiterlijk conform aan cisman   |              |
| 1    | 1       | Plotse opwallingen, echt uit het niets  |              |
| 1    | 1       | Door een plotse seksuele gedachte - zie seksuele gedachten  |              |
| 34   | 5       | In begin  |              |
| 19   | 5       | In begin van de hormonen/bij stijging androgenen: Opmerkelijk hoger/Extreem hoog/(beetje hoger voor 1 participant) --> na tijd stabiel  |              |
| 3    | 1       | Niet goed weten wat moet doen met zichzelf - Manier vinden om mee om te gaan duurt even   |              |
| 2    | 2       | Wou elke seconde seks   |              |
| 1    | 1       | Werd zot van  |              |
| 8    | 1       | Op dat moment meer kijken naar vrouwen/meer invloed visuele prikkel   |              |
| 1    | 1       | Opgewonden bij minste aanraking   |              |
| 83   | 5       | Situationeel bepaald  |              |
| 1    | 1       | Al altijd:  |              |
| 16   | 3       | Meer zin eens bezig   |              |
| 5    | 1       | Meer zin in het begin van een relatie (verliefdheid en tijdelijk no-go bij genitalia)   |              |
| 4    | 1       | Verhalend kader rond nodig (minder en ook minder makkelijk, maar nog beetje nood aan)   |              |
| 10   | 2       | Vroeger:  |              |
| 1    | 1       | Zin -> begon -> besef meisje bent -> geen zin meer  |              |
| 2    | 1       | Verhalend kader: romantisch; Bijv. erotische boeken - visuele niet echt een rol   |              |
| 5    | 1       | Nu:   |              |
| 2    | 1       | blijft zin eens bezig (<-> vroeger)   |              |
| 5    | 1       | Minder zin in seks met partner, wel nog om te masturberen, als stressvolle situatie   |              |
| 2    | 1       | Eerste relatie/verliefdheid als man (allemaal nieuw, eerste keer, spannender)   |              |
| 1    | 1       | Ontdekking opwinding  |              |
| 17   | 3       | Zin niet opmerkelijk (door partner) lager bij niet zetten spuit of hoger bij terug plaatsen   |              |
| 12   | 2       | Zin verdwijnt (zie seksuele beleving - voldoening - SIS)  |              |
| 5    | 1       | Als visuele prikkel   |              |
| 2    | 1       | Meer, sneller fysieke aantrekking - Knap persoon (tijdens eender welke activiteit) -> beeld in je opkomt = Onmiddellijk seksuele linken aan mooi lichaam (kijkt anders naar een gebeuren) |              |
| 3    | 1       | Niet van stilstaand beeld zoals Tinder, nood aan geluid, beweging   |              |
| 6    | 2       | Vaak zin  |              |
| 2    | 1       | Als alcohol   |              |
| 3    | 1       |   |              |
| 6    | 2       | Seksuele noden  |              |
| 2    | 1       | Hetzelfde gebleven  |              |
| 1    | 1       | Niet bezig met seksualiteit tijdens transitie   |              |
| 3    | 1       | Partner wou hele lichaam kunnen voelen, naakt   |              |
| 68   | 5       | Seksuele gedachten  |              |
| 9    | 2       | Plotseling, zult sneller hebben   |              |
| 2    | 1       | Tijdens het uitvoeren van een taak waar niet veel moet bij nagedacht worden   |              |
| 18   | 2       | Door visuele stimuli = onvrijwillig <-> vroeger duidelijk niet  |              |
| 6    | 2       | Niet vaak - Bijv. Op het werk   |              |
| 7    | 1       | Random  |              |
| 1    | 1       | Als knap persoon binnenwandeld (na: andere manier van denken, nu puur seksueel vs goedkeuring willen vroeger)   |              |
| 2    | 1       | Voordien:   |              |
| 5    | 1       | als bezig was met bijvoorbeeld kussen   |              |
| 2    | 1       | na een gesprek -> meer gedachtengewijs, nood aan kader  |              |
| 1    | 1       | meer over nadacht: gedachten zorgden voor opwinding   |              |
| 3    | 1       | Zelfde  |              |
| 4    | 1       | Meer  |              |
| 1    | 1       | Vooraf als gaat slapen, rest ebt weg naar achtergrond   |              |
| 2    | 1       | Tijdens piek: elk minuut van de dag = hinderend   |              |
| 2    | 1       | in begin relatie  |              |
| 2    | 1       | Mogelijks indien seks hebben makkelijker  |              |
| 2    | 1       | Objectiveren van vrouwen  |              |
| 2    | 1       | na een gesprek over seksualiteit: nadenken over mijn seksualiteit, wat voor mij betekent  |              |
| 43   | 3       | Seksuele fantasieën   |              |
| 9    | 1       | Vroeger:  |              |
| 2    | 2       | zag meer mogelijkheden, opener voor opties -> nu: gereserveerder, meer teruggedrongen tot basis = seksuele fantasiewereld gekrompen   |              |
| 4    | 1       | Hoe eigen lichaam ziet (tijdens fantasieren): zichzelf als vrouw zien   |              |
| 10   | 1       | In begin hormonen: knap persoon vindt me leuk, wil relatie, heeft interesse   |              |
| 3    | 1       | Nu: Seksuele fantasiewereld gekrompen, vroegere fantasie lijkt te complex nu  |              |
| 1    | 1       | Iemand mij volledig accepteert, aandacht aan band met partner   |              |
| 1    | 1       | Gebruik voor masturbatie (vanaf sociale transitie)  |              |
| 9    | 1       | Hoe eigen lichaam ziet  |              |
| 1    | 1       | Zelf als man fantasieren, met een penis & Seksuele handeling op denkbeeldige eigen penis uitgevoerd (masturbatie of oraal) <-> zelf uitvoeren op penis, afkeer                            |              |
| 2    | 2       | Soms zelf als man met vrouwelijke genitalia   |              |
| 1    | 1       | Ziet zelf (tijdens porno soms) als vrouw  |              |
| 1    | 1       | Helpen bij porno kijken   |              |
| 1    | 1       | Kan niet fantasieren over onenightstand, seks hebben met iemand aantrekkelijk   |              |
| 162  | 5       | Seksueel gedrag   |              |
| 48   | 3       | Solo  |              |
| 9    | 2       | Voordien: niet tot bijna niet/nooit   |              |
| 2    | 2       | Nu: bijna dagelijks, veel frequenter  |              |
| 6    | 3       | Clitorale stimulatie  |              |
| 1    | 1       | Enkel - voordien  |              |
| 6    | 2       | Nu meestal  |              |
| 3    | 2       | (Nu anders:) behandelt clitoris als microfallus   |              |
| 4    | 1       | Penetratie  |              |
| 4    | 1       | (bijna) nooit gedaan - voordien   |              |
| 6    | 1       | Meer dan voordien   |              |
| 4    | 1       | nu: af en toe -> dubbel gevoel (- zie 'seksuele beleving')  |              |
| 4    | 1       | nu: regelmatig (en met seksspeeltjes: dildo, vibrator)  |              |
| 6    | 1       | Uitwendige prothese om mezelf te stimuleren, behandel als penis   |              |
| 4    | 1       | Nooit meer ((bijna) nooit gedaan)   |              |
| 3    | 1       | Mannelijke/penetrerende beweging maken (ook voordien)   |              |
| 113  | 5       | Met seksuele partner  |              |
| 12   | 2       | Voordien: geen tot bijna geen ervaring (zelf niets gedaan bij iemand)   |              |
| 1    | 1       | Clitorale stimulatie: Enkel dit van masturbatie bij trans   |              |
| 5    | 2       | Penetratie  |              |
| 3    | 1       | Geen, nooit toegelaten bij participant zelf   |              |
| 3    | 1       | Nooit meer toegelaten bij participant (omdat partner moeite mee had of omdat zelf moeite mee had/zich lesbisch voelde), ervoor wel soms   |              |
| 3    | 1       | Vroeger wel   |              |
| 3    | 1       | Staat nog open voor (met penis door partner) - Behoeft heteroseks is niet weg   |              |
| 2    | 1       | Zelf uitvoeren  |              |
| 4    | 1       | Met hulpstukken, zodat je heteroseks kan hebben   |              |
| 5    | 2       | Voorbinder (zelf aan) - 1 deed, 1 lukte niet  |              |
| 4    | 2       | Uitwendige prothese dat eigen clitoris stimuleert (sinds na oriënteringsgesprek) - al dan niet vastgemaakt aan je onderbroek  |              |
| 1    | 1       | Slijtage (verf gaat van siliconenmateriaal af)  |              |
| 1    | 1       | Neemt deze er altijd zelf bij   |              |
| 1    | 1       | Vooraf als seksuele spanning in de lucht  |              |
| 1    | 1       | Ongeveer halverwege het voorspel  |              |
| 1    | 1       | Ambetant dat even moet wachten bij bevestigen   |              |
| 1    | 1       | Altijd met, tenzij zelf geen zin had (om er snel vanaf te zijn)   |              |
| 8    | 1       | Teurstelling, werkt niet goed (niet genoeg stijf)/te klein, terwijl verwacht heteroseks zal kunnen hebben   |              |
| 3    | 3       | Duur  |              |
| 2    | 1       | Genitale chirurgie  |              |
| 3    | 1       | Meerdere operaties, waarbij je in tussentijd geen seksuele betrekkingen kunt hebben (reden waarom niet doen) doordat geslachtsdeel en litteken pijn doet                                  |              |
| 2    | 1       | Falloplastie - Wou wel voorspel, maar penetratie hoeft niet altijd, blijft wel 'seks'   |              |
| 4    | 1       | Noodzakelijk  |              |
| 6    | 1       | Vroeger niet  |              |
| 6    | 1       | Nu wel  |              |
| 1    | 1       | Niet noodzakelijk, wel nieuwsgierig naar dus overwegend   |              |
| 1    | 1       | Seksspeeltjes: Bij partner, zoals een voorbinddildo/voorbinder  |              |
| 3    | 1       | Bij beiden (dubbele dildo)  |              |
| 3    | 2       | Orale seks  |              |
| 1    | 1       | Vroeger wel, sinds man ben niet om te voorkomen dat partner zich opeens bedenkt dat ze zich daar niet goed bij voelt; vindt raar als man, hoort niet                                      |              |
| 2    | 1       | Wel nog   |              |
| 3    | 3       | Nooit echt  |              |
| 1    | 1       | Initiatief nemen: afhankelijk van de relatie (afwisselend of altijd zelfde)   |              |
| 1    | 1       | Lesbiënneseks confronterend   |              |
| 5    | 1       | Daarom deed niet  |              |
| 3    | 1       | soms stoppen omdat slecht voelde door besef lesbiënneseks   |              |
| 6    | 1       | Conservatieve seks --> minder conservatief, meer openstaan voor nieuwe zaken  |              |
| 1    | 1       | Reageer als 'typische' man: geen naspel etc.  |              |
| 1    | 1       | Enorm opbouwend, stap voor stap (nadien)  |              |
| 1    | 1       | Mannelijke/penetrerende beweging maken  |              |
| 1    | 1       | Niet veel veranderd   |              |

|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
| 54  | 4 | Porno  |  |
| 11  | 4 | Meer pornogebruik  |  |
| 3   | 2 | Van bijna nooit of wekelijks/2 wekelijks --> dagelijks   |  |
| 2   | 1 | Meest als geen relatie heb of problemen in relatie   |  |
| 4   | 1 | Aangeraden door vrienden   |  |
| 1   | 1 | Meer nood aan  |  |
| 3   | 1 | Zichzelf toelaat   |  |
| 2   | 1 | Voldoening uit Hetzelfde   |  |
|     |   | Reden vroeger deed   |  |
| 5   | 1 | Wel opwindend maar verhaal nodig --> hoeft geen verhaal bij  |  |
| 4   | 2 | Uit nieuwsgierigheid, meer informatief   |  |
| 1   | 1 | Om te lachen opgezet (op school)   |  |
| 2   | 2 | Bijna per ongeluk (dus nooit tot bijna nooit)  |  |
|     |   | Reden vroeger niet deed  |  |
| 8   | 2 | Not done als vrouw/taboe --> Vanzelfsprekend omdat geen cesuur meer aan zelf opleg en mezelf toelaat   |  |
| 6   | 1 | Tegen, want vies (geschrokken nu opgewonden van kan worden)  |  |
| 2   | 1 | Als hulpmiddelen om seksuele verlangens te bevredigen (- link met visuele stimuli)   |  |
| 33  | 3 | Sexing   |  |
|     |   | Situatoneel  |  |
| 4   | 1 | Afhankelijk of partner initiatief voor nam - Geen foto's wel teasen met tekst  |  |
| 5   | 1 | online-vriendin/partner  |  |
| 5   | 1 | Leuk, Voelt geliefd door/aantrekkelijk   |  |
| 1   | 1 | Meer zelfvertrouwen door, omdat iemand aan je dacht  |  |
| 4   | 2 | Vroeger nooit  |  |
| 10  | 2 | Uit angst voor verspreiding beelden --> nu: wel gedaan   |  |
| 2   | 1 | Geen interesse voor, blokte af --> hield het tegen omdat partner niet wist van transitie --> wel gedaan en transitie was bron van opwinding    |  |
| 2   | 1 | Nu: meer interesse in  |  |
| 69  | 5 | Flirten  |  |
|     |   | Naar ander toe   |  |
|     |   | Vroeger:   |  |
| 3   | 1 | Lichamelijk aanpakte 'ik ben mijn lichaam'   |  |
| 2   | 1 | Als al direct op lichamelijke = persoon heeft beeld van jou = bepaalde verwachtingen scheppen, grotere teleurstelling                          |  |
| 3   | 1 | Geen oogcontact durven maken uit angst jongens afkomen/mensen zien   |  |
| 1   | 1 | Toenadering uit de weg gaan  |  |
| 6   | 2 | Afwachtende houding/verlegen - Al altijd.  |  |
| 1   | 1 | Rood worden  |  |
| 4   | 2 | Oogcontact maken en zo vooral hopen dat ander komt   |  |
| 1   | 1 | Sigaret nemen  |  |
| 5   | 2 | Geen gegevens zelf vragen, maar wel geven/praten als zij het vragen/praten   |  |
| 1   | 1 | Geen move maken  |  |
|     |   | Er niet op afstappen   |  |
| 1   | 1 | Ziet niet zitten om voor uit te komen dat ik trans ben   |  |
| 1   | 1 | Fcked up, want een vrouw verwacht dat een man naar haar toekomt  |  |
| 2   | 1 | Misschien verder in transitie als zekerder over lichaam (<-> vroeger wel)  |  |
| 9   | 3 | Sneller benaderen/interesse laten blijken/mee praten - idem 'Blijk geven dat je iemand ziet zitten - Beetje meer'                              |  |
| 5   | 2 | mezelf in problemen, want ga moeten vertellen  |  |
| 2   | 1 | Oogcontact maken   |  |
| 1   | 1 | Smile/lachen naar  |  |
| 5   | 2 | Openstaan voor date, potentieel; leuk/veilig   |  |
| 4   | 1 | nu: eerst inzetten op mijn persoon leren kennen,   |  |
| 3   | 1 | later dan lichamelijk: bijv. chiquere kledij   |  |
|     |   | Naar trans toe (vroeger)   |  |
| 1   | 1 | Mannen die schuren = verschrikkelijk   |  |
| 1   | 1 | Toenadering  |  |
| 1   | 1 | Gebeurde niets (vroeger)   |  |
| 241 | 5 | Seksuele beleving  |  |
| 10  | 3 | Anders = herontdekken, (opnieuw) op ontdekkingstocht (na hormonen & na geslachtsoperatie)  |  |
| 10  | 4 | Gevoeligheid clitoris  |  |
| 2   | 1 | Gevoeliger geworden (mogelijks doordat deze groter is)   |  |
| 1   | 1 | Enorm gevoelig   |  |
| 1   | 1 | Ongeveer zelfde, wel periode gevoeliger geweest  |  |
| 6   | 1 | Brengt krachtigere seksuele prikkel dan penetratie, terwijl vroeger gelijke mate   |  |
| 139 | 4 | Voldoening uit seksuele leven/seksueel genot   |  |
|     |   | SIS = Sexual inhibition scale  |  |
| 3   | 1 | Minder! Doordat clitoris gevoeliger is geworden en nu minder lang duurt om toppunt te bereiken. = niet leuk                                    |  |
| 26  | 2 | <b>Voordien: niet! Paniek, vies, dwang, moeten, slecht voelen etc.</b>   |  |
|     |   | Masturberen/zelfbevrediging  |  |
| 6   | 1 | Als een moeten (sociale verwachting), nog niet klaar voor  |  |
| 7   | 1 | Moeilijk, raar, eng  |  |
|     |   | Remmende gedachten van trans:  |  |
| 9   | 1 | volgens zelf: aan iets aan denken, klopt iets niet, <b>niet weten van mezelf mag genieten, focus op orgasme etc.</b>                           |  |
| 4   | 1 | situatoneel bijv. moe bent, iemand hoort   |  |
| 5   | 1 | volgens partner doordat remming door in knoop met lichaam  |  |
| 12  | 1 | Partner: paniek(aanvallen), moeilijk... door confronterend vrouwelijke genitalia   |  |
| 8   | 1 | Ingewikkeld, onhandig, frustrerend, moeilijkheden  |  |
| 1   | 1 | moeilijk tegelijk fysiek close zijn  |  |
| 2   | 1 | waardoor geen zin meer (<-> relatiewijfel - welke richting)  |  |
| 6   | 1 | Omdat (denk ik) geen orgasme krijg, teleurstelling, nooit helemaal dat is  |  |
| 2   | 1 | Controle willen houden   |  |
| 4   | 1 | Penetratie niet lukt (na fallo) = niet leuk  |  |
| 1   | 1 | Na/door kwetsende opmerking(en)  |  |
|     |   | SES = Sexual excitation scale  |  |
|     |   | Masturberen/zelfbevrediging  |  |
| 2   | 1 | als iets leuks ervaren (omdat lichaam meer klopt)  |  |
| 3   | 1 | Nu: om spanning/stress kwijt te geraken  |  |
| 6   | 1 | Partner: meer, door kennis van vrouwenlichaam  |  |
| 2   | 1 | Zelf: meer (zelfbevrediging of met partner), door betere kennis eigen lichaam  |  |
| 1   | 1 | In begin relatie: genitalia = no-go-zone   |  |
| 1   | 1 | Penetreren lukt  |  |
|     |   | Prothese   |  |
| 4   | 2 | Voldoening omdat clitoris stimuleert   |  |
| 4   | 1 | Opwindend als penis/(prothese) kan zien en vastnemen bij zelfbevrediging   |  |
| 4   | 2 | Stimuleert niet altijd op juiste plaats, kan verschuiven (geen riempjes) - SIS   |  |
| 1   | 1 | Beter dan handmatig  |  |
| 2   | 1 | Impulsief  |  |
| 3   | 1 | Alcohol helpt, zorgt rem los, vlotter  |  |
| 2   | 1 | Weg: enkel na stellen seksuele handeling   |  |
| 8   | 2 | Situatoneel: afhankelijk van partner   |  |
| 6   | 2 | Bij dubbele dildo/hulpstuk dat je tEgelijk mezelf penetreren: onhandig, altijd nog hand gebruiken, inbrengen zonder opgewonden, zelf niets aan |  |
| 4   | 1 | Haar penetreren: goede seks  |  |
| 31  | 5 | orgasme/opwinding  |  |
|     |   | Intensiteit  |  |
| 3   | 1 | (Minder) intens: oppervlakkig  |  |
| 4   | 2 | Sterker  |  |
| 3   | 2 | Kort   |  |
| 1   | 1 | Hetzelfde  |  |
|     |   | Snelheid   |  |
| 12  | 3 | Sneller in algemeen  |  |
| 3   | 1 | Trager met partner   |  |
| 1   | 1 | Hetzelfde bij zelf   |  |
| 4   | 1 | Denk niet klaarkomt (door vroeger niet ervaren, kan niet vergelijken))   |  |
|     |   | Voorkeur beiden bevredigd worden   |  |
| 6   | 2 | Man vindt dit belangrijk   |  |
| 2   | 1 | Man vindt dit minder belangrijk (vooral in begin) - tevreden partner orgasme, wetende zelf niet volledig kan in opgaan                         |  |
| 2   | 1 | Partner vindt dit  |  |
| 9   | 2 | Penetratie bij zelf: dubbel gevoel, verwarrend: opwindend, maar hoort niet   |  |
| 3   | 1 | Onenightstands: Voordien: teleurstellend omdat geen emotionele gevoelens   |  |
| 3   | 1 | Nadien: plezierig en deugd gedaan door meer zin  |  |
| 9   | 1 | Hoop seksueel goed zal voelen na operatie (zelf: orgasme kan hebben, partner: doen zoals bij cisman)   |  |
| 1   | 1 | Verkrachtingscène: pijnlijkste, ergste ooit <-> nu: kan niet meer inbeelden  |  |
| 2   | 1 | Vroeger: penetratie klopte niet, wou dit niet  |  |
| 4   | 1 | Kussen: pas leuk vanaf partner na transitie  |  |
| 7   | 1 | Seksuele veiligheid  |  |
| 1   | 1 | Altijd veilig gevoeld  |  |
| 2   | 1 | Geen anticonceptie in lesbische relatie  |  |
| 4   | 1 | Zelden vraag naar veiligheid/soa-vrij zijn van partner -> meer bevragen nu we ouder zijn   |  |
|     |   | Seksuele oriëntatie  |  |
|     |   | Lesbienne --> heteroseksueel (Blijft aangetrokken tot vrouwen)   |  |
| 2   | 1 | De man in de relatie   |  |
|     |   | Heteroseksueel --> heteroseksueel (Was aangetrokken tot mannen en nu tot vrouwen)  |  |
|     |   | Heteroseksueel --> homoseksueel (Blijft aangetrokken tot mannen)   |  |
|     |   | ?/potentieel biseksueel --> heteroseksueel   |  |
| 8   | 1 | Vraagstuk over (op wie val ik? Aseksueel?)   |  |

## 2 Interviewprotocol

### Onderzoeksvraag:

Wat is de invloed van gender affirmerende hormonen op de geestelijke en seksuele gezondheid van transgender personen?

### Context:

Afnames van de interviews zullen plaatsvinden in het Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, waar ruimte is om ongestoord interviews af te nemen, zonder dat iemand onverwacht kan binnenkomen. Naast deze ruimtes zullen ook ruimtes in de KULAB, KU Leuven Afdeling Brugge, worden gebruikt. Ook dit zijn ruimtes waar ongestoord een interview kan worden afgenomen.

### Participanten:

Transmannen en -vrouwen die gender affirmerende hormonen nemen (al minimum 6 maanden).

### Benodigdheden:

Informed consent, interviewprotocol en opnameapparatuur.

### Protocol:

- Inleiding  
Korte voorstelling van mezelf en het onderzoek/mijn masterproef. Daarbij aansluitend het kaderen van de onderzoeksvraag en de mededeling aan de geïnterviewde dat deze enkel dient te spreken over zaken waar hij/zij zichzelf veilig en comfortabel bij voelt.
- Eerste vraag  
Zou u kunnen teruggaan naar de periode van uw leven waarin u nog geen gender affirmerende hormonen nam? Kunt u mij vertellen hoe de gender affirmerende hormonen uw geestelijke/mentale en seksuele leven hebben veranderd of niet hebben veranderd waar u dat misschien wel had verwacht?
- Bijvragen
  - Kunt u mij daar iets meer over vertellen?
  - Kunt u daar een voorbeeld van geven?
  - Wat bedoelt u daar precies mee?
  - Welk gevoel had u daarbij?
- Thema's - met focus op voor en na het innemen van gender affirmerende hormonen

- Gevoel
  - o Aanvaarding
  - o Geliefd zijn
  - o Zelfvertrouwen
  - o Depressie (incl. Zelfmoordgedachten) – Diagnose?
  - o Angst
  - o Stress
  - o Verlangen
  - o Seksuele gevoelens
    - Verlangens
    - Veiligheid
    - Voldoening
    - Angst
    - Stress
- Gedrag (navragen of bewust of onbewust is – indien dit niet duidelijk is)
  - o Alledaags
    - Verbale communicatie
      - Aanspreken (Bijv. wat zegt u?)
      - Focus op stem (in welke mate)
      - Stemvolume
      - Intonatie
      - Giechelen (al dan niet)
    - Non-verbale communicatie
      - Oogcontact
      - Lichaamshouding
      - Toenadering (al dan niet)
      - Glimlachen
      - Gebaren
      - Spelen met lokken haar
  - o Tegenover een persoon die u aantrekkelijk vindt  
(Niet uw partner, kan ondertussen wel uw partner zijn. Beschrijf in dat geval hoe het was voor uw partner uw partner was.)
    - Verbale communicatie

- Aanspreken (Bijv. wat zegt u?)
- Focus op stem (in welke mate)
- Stemvolume
- Intonatie
- Giechelen (al dan niet)
- Non-verbale communicatie
  - Oogcontact
  - Lichaamshouding
  - Toenadering (al dan niet)
  - Glimlachen
  - Gebaren
  - Spelen met lokken haar
- Tegenover uw partner (indien van toepassing)
  - Verbale communicatie
    - Aanspreken (Bijv. wat zegt u?)
    - Focus op stem (in welke mate)
    - Stemvolume
    - Intonatie
    - Giechelen (al dan niet)
  - Non-verbale communicatie
    - Oogcontact
    - Lichaamshouding
    - Toenadering (al dan niet)
    - Glimlachen
    - Gebaren
    - Spelen met lokken haar
- Seksueel gedrag
  - Sociale media/sms'en
    - Snapchat
    - Sexting
  - Porno
  - Uitvoering
    - Seksueel script: wat zijn de stappen die u doorloopt?

- Waar staat u voor open (nadruk of verschil nu en voordien)?
    - Initiatief nemend?
  - Veiligheid (voorbehoedsmiddelen)
- Uiterlijk
  - Dagelijkse leven
    - Kleding
      - Schoenen (sneakers, hakken ...)
      - Broeken (skinny of los), kledjes, rokken etc.
      - Bovenstuk (aansluitend of los; diep uitgesneden of niet)
      - Ondergoed/lingerie
      - Handtas of rugzak
    - Verzorging
      - Mond
      - Haar
      - Ontharing
      - Make-up
      - Hygiëne
      - Parfum/aftershave
  - Nachtleven/datingleven/weekendleven
    - Kleding
      - Schoenen (sneakers, hakken ...)
      - Broeken (skinny of los), kledjes, rokken etc.
      - Bovenstuk (aansluitend of los; diep uitgesneden of niet)
      - Ondergoed/lingerie
      - Handtas of rugzak
    - Verzorging
      - Mond
      - Haar
      - Ontharing
      - Make-up
      - Hygiëne
      - Parfum/aftershave

### 3 Informed consent



#### Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: De invloed van gender affirmerende hormonen op de geestelijke en seksuele gezondheid van transgender personen./ De invloed van de aan u toegediende hormonen op hoe u zich momenteel voelt en op uw seksuele leven.

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: *EC Onderzoek UZ/KU Leuven*

Onderzoekers: Ryffranck Amina, Seksuologie, [amina.ryffranck@student.kuleuven.be](mailto:amina.ryffranck@student.kuleuven.be), +32499089633.

Prof. Dr. Missiaen Ludwig, [ludwig.missiaen@kuleuven.be](mailto:ludwig.missiaen@kuleuven.be), +32 16 33 06 41

#### I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

##### Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de invloed van de aan u toegediende hormonen op hoe u zich momenteel voelt en op uw seksuele leven in het kader van de masterproef van de studente Amina Ryffranck voor de opleiding master in de seksuologie aan de KU Leuven. Daarvoor zullen interviews plaatsvinden om resultaten uit eerder onderzoek te kunnen bevestigen of ontkrachten. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

##### **Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:**

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

### **Doelstellingen en verloop van de studie**

Deze studie heeft als doel om de lichamelijke kant van de invloed van de hormonen die u krijgt te belichten, met als focuspunt de invloed op de geestelijke en seksuele gezondheid. Om te bevestigen of ontkrachten van wat in artikels/literatuur wordt gevonden, worden enkele interviews eenmalig afgenomen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u gender affirmerende hormonen neemt. De gegevens van andere transgender personen die ook gender affirmerende hormonen nemen, zullen vergeleken worden met resultaten uit de literatuur en met uw interview.

Aan deze studie zullen ongeveer 12 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u sinds minimaal 6 maanden gender affirmerende hormonen innemen.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een eenmalig interview dat peilt naar de invloed van uw gender affirmerende hormonen op uw geestelijke en seksuele gezondheid. Deelname aan het interview zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden op één van volgende locaties naar uw keuze. In een veilige ruimte waar het interview ongestoord kan plaatsvinden in het Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, te Leuven, of op de Campus KU Leuven Afdeling Brugge, te Brugge. Een datum voor het interview wordt in overleg tussen u en de studente bepaald.

### **Beschrijving van de risico's en van de voordelen**

Deelname aan de studie zou een confrontatie kunnen zijn met een gevoelig thema. Indien u dit wenst, kan u steeds bij een zorgverlener terecht voor een ondersteunend gesprek. Hiervoor kan contact opgenomen worden met de studente en kan er in samenspraak met de promotor Prof. Dr. Ludwig Missiaen (e-mail: [ludwig.missiaen@kuleuven.be](mailto:ludwig.missiaen@kuleuven.be), tel. +32 16 33 06 41) een verwijzing worden voorgesteld naar het Centrum voor Klinische Seksuologie (CeKSS; UPC KU Leuven) waar voldoende expertise aanwezig is om mensen met genderdysforie te begeleiden.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan de masterproef van studente Amina Ryffranck. Hiermee helpt u ervoor zorgen dat de studente de gevonden resultaten beter begrijpt, kan bevestigen of ontkrachten, en bijgevolg een bijdrage kan leveren aan onderzoek betreffende transgender personen.

### **Intrekking van uw toestemming**

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven.



**Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:**

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

**Contact**

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Amina Ryffranck via [amina.ryffranck@student.kuleuven.be](mailto:amina.ryffranck@student.kuleuven.be) of via het telefoonnummer +32 499 08 96 33, en met de hoofdonderzoeker professor dokter Ludwig Missiaen via het telefoonnummer +32 16 33 06 41 (tijdens de werkuren) of via e-mail naar [ludwig.missiaen@kuleuven.be](mailto:ludwig.missiaen@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ([ec@uzleuven.be](mailto:ec@uzleuven.be); tel. +32 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Titel van de studie: De invloed van gender affirmerende hormonen op de geestelijke en seksuele gezondheid van transgender personen./ De invloed van de aan u toegediende hormonen op hoe u zich momenteel voelt en op uw seksuele leven.

## **II Geïnformeerde toestemming**

### **Deelnemer**

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

### **Onderzoeker**

Ik, ondergetekende, Amina Ryffranck, onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Titel van de studie: De invloed van gender affirmerende hormonen op de geestelijke en seksuele gezondheid van transgender personen./ De invloed van de aan u toegediende hormonen op hoe u zich momenteel voelt en op uw seksuele leven.

### **III Aanvullende informatie**

#### **1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer aan een klinische studie**

##### ***Ethisch comité***

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan klinische studies deelnemen te beschermen.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

##### ***Vrijwillige deelname***

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij of zij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

##### ***Kosten in verband met uw deelname***

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

##### ***Vertrouwelijkheidgarantie***

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht

om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn<sup>1</sup>.

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren<sup>2</sup>.

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, en aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wilt uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: (Prof. Dr. Ludwig Missiaen, KU Leuven, Campus Gasthuisberg, O&N I, Herestraat 49 - bus 802, 3000 Leuven, e-mail: [ludwig.missiaen@kuleuven.be](mailto:ludwig.missiaen@kuleuven.be), tel. +32 16 33 06 41). Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacyteam van de KU Leuven op [privacy@kuleuven.be](mailto:privacy@kuleuven.be).

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:  
Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)  
Drukpersstraat 35,  
1000 Brussel  
Tel. +32 2 274 48 00  
e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)  
Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be)

<sup>1</sup> Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

<sup>2</sup> De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

## Exemplaar voor de onderzoeker

Titel van de studie: De invloed van gender affirmerende hormonen op de geestelijke en seksuele gezondheid van transgender personen./ De invloed van de aan u toegediende hormonen op hoe u zich momenteel voelt en op uw seksuele leven.

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: *EC Onderzoek UZ/KU Leuven*

Onderzoekers: Ryffranck Amina, Seksuologie, [amina.ryffranck@student.kuleuven.be](mailto:amina.ryffranck@student.kuleuven.be), +32499089633.

Prof. Dr. Missiaen Ludwig, [ludwig.missiaen@kuleuven.be](mailto:ludwig.missiaen@kuleuven.be), +32 16 33 06 41

### I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

#### **Inleiding**

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de invloed van de aan u toegediende hormonen op hoe u zich momenteel voelt en op uw seksuele leven in het kader van de masterproef van de studente Amina Ryffranck voor de opleiding master in de seksuologie aan de KU Leuven. Daarvoor zullen interviews plaatsvinden om resultaten uit eerder onderzoek te kunnen bevestigen of ontkrachten. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

#### **Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:**

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

### **Doelstellingen en verloop van de studie**

Deze studie heeft als doel om de lichamelijke kant van de invloed van de hormonen die u krijgt te belichten, met als focuspunt de invloed op de geestelijke en seksuele gezondheid. Om te bevestigen of ontcrachten van wat in artikels/literatuur wordt gevonden, worden enkele interviews eenmalig afgenomen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u gender affirmerende hormonen neemt. De gegevens van andere transgender personen die ook gender affirmerende hormonen nemen, zullen vergeleken worden met resultaten uit de literatuur en met uw interview.

Aan deze studie zullen ongeveer 12 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u sinds minimaal 6 maanden gender affirmerende hormonen innemen.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een eenmalig interview dat peilt naar de invloed van uw gender affirmerende hormonen op uw geestelijke en seksuele gezondheid. Deelname aan het interview zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden op één van volgende locaties naar uw keuze. In een veilige ruimte waar het interview ongestoord kan plaatsvinden in het Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, te Leuven, of op de Campus KU Leuven Afdeling Brugge, te Brugge. Een datum voor het interview wordt in overleg tussen u en de studente bepaald.

### **Beschrijving van de risico's en van de voordelen**

Deelname aan de studie zou een confrontatie kunnen zijn met een gevoelig thema. Indien u dit wenst, kan u steeds bij een zorgverlener terecht voor een ondersteunend gesprek. Hiervoor kan contact opgenomen worden met de studente en kan er in samenspraak met de promotor Prof. Dr. Ludwig Missiaen (e-mail: [ludwig.missiaen@kuleuven.be](mailto:ludwig.missiaen@kuleuven.be), tel. +32 16 33 06 41) een verwijzing worden voorgesteld naar het Centrum voor Klinische Seksuologie (CeKSS; UPC KU Leuven) waar voldoende expertise aanwezig is om mensen met genderdysforie te begeleiden.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan de masterproef van studente Amina Ryffranck. Hiermee helpt u ervoor zorgen dat de studente de gevonden resultaten beter begrijpt, kan bevestigen of ontcrachten, en bijgevolg een bijdrage kan leveren aan onderzoek betreffende transgender personen.

### **Intrekking van uw toestemming**

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven.

**Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:**

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

**Contact**

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Amina Ryffranck via [amina.ryffranck@student.kuleuven.be](mailto:amina.ryffranck@student.kuleuven.be) of via het telefoonnummer +32 499 08 96 33, en met de hoofdonderzoeker professor dokter Ludwig Missiaen via het telefoonnummer +32 16 33 06 41 (tijdens de werkuren) of via e-mail naar [ludwig.missiaen@kuleuven.be](mailto:ludwig.missiaen@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ([ec@uzleuven.be](mailto:ec@uzleuven.be); tel. +32 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Titel van de studie: De invloed van gender affirmerende hormonen op de geestelijke en seksuele gezondheid van transgender personen./ De invloed van de aan u toegediende hormonen op hoe u zich momenteel voelt en op uw seksuele leven.

## **II Geïnformeerde toestemming**

### **Deelnemer**

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

### **Onderzoeker**

Ik, ondergetekende, Amina Ryffranck, onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker



Titel van de studie: De invloed van gender affirmerende hormonen op de geestelijke en seksuele gezondheid van transgender personen./ De invloed van de aan u toegediende hormonen op hoe u zich momenteel voelt en op uw seksuele leven.

### **III Aanvullende informatie**

#### **1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer aan een klinische studie**

##### ***Ethisch comité***

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan klinische studies deelnemen te beschermen.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

##### ***Vrijwillige deelname***

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij of zij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

##### ***Kosten in verband met uw deelname***

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

##### ***Vertrouwelijkheidgarantie***

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht

om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn<sup>1</sup>.

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren<sup>2</sup>.

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, en aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wilt uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: (Prof. Dr. Ludwig Missiaen, KU Leuven, Campus Gasthuisberg, O&N I, Herestraat 49 - bus 802, 3000 Leuven, e-mail: [ludwig.missiaen@kuleuven.be](mailto:ludwig.missiaen@kuleuven.be), tel. +32 16 33 06 41). Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacyteam van de KU Leuven op [privacy@kuleuven.be](mailto:privacy@kuleuven.be).

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichhoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichhoudende instantie heet:  
Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)  
Drukpersstraat 35,  
1000 Brussel  
Tel. +32 2 274 48 00  
e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)  
Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be)

<sup>1</sup> Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

<sup>2</sup> De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

## 4 Advies ethische commissie



GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN  
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700  
BE-3000 LEUVEN



[English version below.](#)

**Ons kenmerk:** MP011851

**Uw kenmerk:** Masterproef studie: De invloed van gender affirmerende hormonen op de geestelijke en seksuele gezondheid van transgender.

**Leuven, 26-11-2019**

### DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Ludwig Missiaen  
Geachte Amina Ryffranck

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 26-11-2019

De voorliggende studie is een interviewstudie met transgender personen. De Commissie heeft geen bezwaren met de voorliggende studie. Het was uit de beschrijving niet duidelijk wanneer informatiebrief en ICF overhandigd zullen worden. Dit moet uiteraard

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 05-11-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels  
Voorzitter  
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

**Aandachtspunten (indien van toepassing)**

*De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).*

*Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstverlener vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.*

*Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.*

*Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.*

*Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.*

*Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.*

*U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.*

**Your reference:** Master's thesis study: De invloed van gender affirmerende hormonen op de geestelijke en seksuele gezondheid van transgender.  
**Leuven, 26-11-2019**

## **DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE**

Dear Ludwig Missiaen  
Dear Amina Ryffranck

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 26-11-2019

De voorliggende studie is een interviewstudie met transgender personen. De Commissie heeft geen bezwaren met de voorliggende studie. Het was uit de beschrijving niet duidelijk wanneer informatiebrief en ICF overhandigd zullen worden. Dit moet uiteraard

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 05-11-2019 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent version of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels  
President / Chairperson  
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry  
President / Chairperson  
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

---

**Points of Interests (if applicable)**

*The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).*

*For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.*

*In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.*

*Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.*

*Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.*

*This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.*

*You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.*







INSTITUUT VOOR FAMILIALE EN SEKSUOLOGISCHE WETENSCHAPPEN  
Kapucijnenvoer 7 blok g - box 7001  
3000 LEUVEN, België  
[www.kuleuven.be](http://www.kuleuven.be)

