

# DE BELEVING VAN TRANSGENDER GEVOELENS BIJ VOLWASSENEN MET ASS

Aantal woorden: 18.568

Ayla Christiaens (zij/haar)

Studentennummer: 01706041

Promotor(en): Prof. dr. Els Elaut

Begeleider(s): Mevr. Tineke Dhoore

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de Klinische Psychologie

Academiejaar: 2021 – 2022

## Abstract

Volgens de wetenschappelijke literatuur zijn er raakvlakken tussen autismespectrumstoornis (ASS) en transgender of genderdiverse gevoelens. Zowel personen met ASS als transgender en genderdiverse personen kunnen hiervoor gespecialiseerde hulp krijgen. Desondanks is er te weinig kennis aanwezig over de manier waarop we personen met beide kenmerken adequaat kunnen ondersteunen. Deze masterproef wil de kennis hierover uitbreiden. Er werden tien diepte-interviews afgenomen met transgender of genderdiverse personen met ASS. Die gesprekken werden via een thematische analyse ontleed. Uit deze analyse kwamen drie grote thema's naar voren: (1) anders zijn, (2) interpersoonlijke aspecten en (3) ervaringsdeskundigheid. De onderzoeksresultaten leren ons dat de geïnterviewde personen door hun ASS de wereld op een andere manier ervaren en waarnemen. Autisme beïnvloedt ook de beleving van hun (gender)identiteit. Hun 'anders zijn' zorgt voor een andere omgang met heersende normen en beelden dan bij cisgender en neurotypische personen. Dat kan leiden tot psychische klachten. Deze klachten kunnen versterkt of in stand gehouden worden door genderdysforie (GD), stigma en inadequate (zelf)kennis. Verder hebben neurodiverse, non-binaire personen deels andere ervaringen dan neurodiverse, binaire transgender personen. Hun non-binariteit maakt het gemakkelijker om te breken met bestaande beelden en om het hokjesdenken los te laten. Daartegenover staat dat ze zich in hun non-binaire identiteit soms miskend voelen door hun (zorgverlenings)omgeving. Transgender en genderdiverse personen met ASS voelen zich aanvaard en erkend in hun identiteit en gevoelens, wanneer ze steun ervaren van hulpverleners met expertise in de thematieken. Maar ook dankzij de bewegingsvrijheid die ze krijgen voor (zelf)ontdekking, door het vermijden van overprikkeling en door een liefdevolle omgeving, waaronder lotgenoten met wie ze kunnen praten over gedeelde ervaringen.

## Dankwoord

Dit masterproefonderzoek vormt het eindwerk van mijn opleiding Klinische Psychologie aan de UGent. Ik heb mij er twee jaar met plezier voor ingespannen. Dat ik een onderwerp mocht bestuderen dat mij na aan het hart ligt, heb ik te danken aan mijn promotor, prof. Dr. Els Elaut. Zij heeft ruimte en tijd vrijgemaakt om een extra persoon te begeleiden gedurende twee jaar. Samen met mijn begeleider, Tineke Dhoore, op wie ik altijd kon rekenen voor tips en tussentijdse feedback, heeft zij mij van waardevol advies voorzien gedurende het hele totstandkomingsproces. Dankzij hun vlotte communicatie, positieve affirmaties en open houding kon ik mij tijdig voorbereiden op de deadlines en bleef ik gemotiveerd tijdens het onderzoek en het schrijven, zodat ik vandaag met trots mijn masterproef kan voorleggen. Verder wil ik ook de deelnemers bedanken voor de energie en tijd die ze hebben gestoken om zich open op te stellen en hun ervaringen met mij te delen. De diepte-interviews zijn voor mij telkens een aangename, leerrijke ervaring geweest. Tot slot wil ik mijn ouders, partners en vrienden bedanken voor de morele steun en bereidheid om mijn onderzoek na te lezen en mij van eerlijke feedback te voorzien.

## Inhoudstafel

Inleiding.....	1
Autismespectrumstoornis.....	3
Definitie.....	3
DSM-criteria.....	4
Etiologie.....	5
(Trans)gender identiteiten.....	7
Definities.....	7
DSM-criteria.....	8
Etiologie.....	8
Transgender en genderdiverse personen met autismespectrumstoornis.....	11
Neurotypische, cisgender privileges.....	12
Hypotheses rond genderidentiteit bij personen met autismespectrumstoornis.....	13
Autismespectrumstoornis en een genderdiverse of non-binaire genderidentiteit.....	16
Seksuele oriëntatie en romantische relaties bij transgender personen met autismespectrumstoornis.....	17
Mentaal welzijn en adequate zorg.....	17
Ondersteuning.....	19
Onderzoeksvragen.....	21
Methode.....	21
Reflexiviteit.....	22
Steekproef.....	22
Autism Spectrum Quotient.....	24
Procedure.....	24
Rekrutering.....	24
Onderzoekdesign.....	25
Data-analyse.....	26
Resultaten.....	26

Anders zijn .....	27
Identiteit.....	27
Norm in vraag stellen.....	29
Conformisme, bewegingsvrijheid en ademruimte.....	31
Psychische klachten.....	33
Interpersoonlijke aspecten .....	35
(Gebrek aan) erkenning en acceptatie .....	35
Gebrek aan kennis .....	38
Ervaringsdeskundigheid.....	40
Peer support en representatie .....	40
Discussie .....	42
Bevindingen .....	42
Klinische implicaties .....	46
Sterktes en tekortkomingen .....	47
Sterktes .....	47
Tekortkomingen.....	47
Suggesties voor verder onderzoek .....	48
Conclusie .....	48
Referentielijst.....	49
Bijlagen.....	63
Bijlage 1: Goedkeuring CME UZ Gent .....	63
Bijlage 2: Rekruteringsflyer .....	66
Bijlage 3: Geïnformeerde toestemmingsbrief.....	67
Bijlage 4: Interviewleidraad .....	70
Bijlage 5: AQ-vragenlijst.....	72
Bijlage 6: Participantenvragenlijst naar demografische informatie.....	75

## Inleiding

Mensen worden geboren als vrouw, man of intersekse, al identificeert niet elke persoon zich met het geslacht dat hij/zij/die toegewezen kreeg bij geboorte. Geslacht betreft de geslachts-/reproductieve organen en het genotype van vrouwen, mannen of intersekse personen. Zo hebben geboren mannen met een XY-genoom een penis en testikels, en hebben geboren vrouwen met een XX-genoom een vagina, borsten en eierstokken. Intersekse personen hebben een variabel genoom met een daarvan afhankelijk fenotype, met zowel/noch mannelijke als/noch vrouwelijke geslachtskenmerken (Tharp, 2016). Gender daarentegen, is het psychosociaal geslacht, waarbij de nadruk ligt op de culturele, psychische en sociale invullingen van wat vrouwelijkheid en mannelijkheid in een bepaalde samenleving zijn. Deze invullingen, verwachtingen, waarden en normen rond elk gender evolueren over de tijd en context heen (Motmans & T' Sjoen, 2019).

Mensen kunnen zich anders identificeren dan het geslacht dat zij toegewezen kregen bij geboorte. Vaak wordt naar deze personen verwezen als 'transgenders', dit is 'identity first language' (IFL) en wordt later verduidelijkt. Aangezien dergelijk taalgebruik personen kan reduceren tot deze ene eigenschap, zal deze masterproef consequent de term 'transgender' personen hanteren. Transgender als bijvoeglijk naamwoord gebruiken, zorgt ervoor dat iemands genderidentiteit één onderdeel blijft van een breder geheel aan persoonskenmerken. Dit komt overeen met 'person first language' (PFL), die de nadruk legt op de persoon zelf en hun unieke combinatie aan kenmerken, noden en ervaringen (Vivanti, 2020). Bijgevolg zijn personen die zich niet identificeren met het geslacht dat die toegewezen kregen bij geboorte transgender personen (Motmans & T'Sjoen, 2019). Mensen die bij geboorte het mannelijke geslacht toegekend kregen, of anders gezegd geboren mannen die zich identificeren als vrouw, zijn transgender vrouwen. Omgekeerd zijn geboren vrouwen die zich identificeren als man, transgender mannen (Graham et al., 2011).

Al reiken transgender identiteiten verder dan louter deze binaire opdeling. Mensen kunnen zich namelijk ook identificeren als non-binair. Deze personen definiëren hun gender buiten de constructen van mannelijkheid of vrouwelijkheid. Dit kan zich uiten in het zich met geen enkel gender identificeren of zich met meerdere genders identificeren (Richards et al., 2016). In deze masterproef zal er ook naar mensen onder de non-binaire genderparaplu verwezen worden als genderdivers, omdat het een allesomvattend begrip is voor de variatie in identiteiten op het genderspectrum (A Gender Agenda [AGA], 2022). De term transgender dekt deze lading ook, maar omdat er later in dit onderzoek een onderscheid zal worden gemaakt tussen binaire en non-binaire transgender personen, worden 'transgender' en 'genderdivers'

soms naast elkaar geplaatst. Verder zijn er ook intersekse geboren personen die al dan niet (zelf) beslissen om genderconfirmerende behandelingen te ondergaan. Sommigen identificeren zich dan ook als transgender of genderdivers persoon. De beweegredenen voor eventuele operaties zijn vaak ook anders. Intersekse en transgender identiteiten zijn dus zeker niet identiek (Intersex Society of North America [ISNA], 2022).

Om ook ruimte te creëren voor een verscheidenheid aan niet-binaire genderidentiteiten, opteert de onderzoeker voor het gebruik van de genderneutrale voornaamwoorden die/hen/hun<sup>1</sup> (1) als er niet expliciet naar trans- of cisgender mannen of -vrouwen wordt verwezen of (2) naar personen met een non-binaire genderidentiteit of een genderidentiteit onder die paraplu. Voor personen die zowel binaire als genderneutrale voornaamwoorden prefereren, zal een combinatie gebruikt worden.

Verder bestaan er veel meer genderidentiteiten dan de eerder vernoemde, want gender is een spectrum waarop elke persoon zich op een eigen manier kan bevinden. Waar iemand zich op het spectrum voelt te bevinden, kan fluctueren (Bradford et al., 2019). In tegenstelling tot de array genderdiverse personen, identificeren cisgender personen zich met het geslacht en gender dat hen toegewezen werd bij geboorte. Het Latijnse prefix “cis” verwijst hier naar het samenvallen van genderidentiteit en het geslacht dat bij de geboorte werd toegekend (Motmans & T’ Sjoen, 2019).

De westerse maatschappij en de tijdsgeest bieden meer ruimte voor deze transgender en genderdiverse identiteiten, zowel op politiek als op sociaal vlak. Al is transfobie de (westerse) wereld, waar een cisgender norm heerst, nog lang niet uit (Kollman & Waites, 2009). Aangezien personen vandaag vrijer zijn in hoe zij hun (gender)identiteit kunnen beleven en uiten, durven transgender en genderdiverse individuen hun authentieke zelf meer onder ogen komen. In België zouden er ondertussen ongeveer 134.000 personen zich als transgender of gender non-conform identificeren (TIP, 2022), wat de nood aan adequate ondersteuning doet stijgen. Het Centrum voor Seksuologie en Gender van het Universitair Ziekenhuis in Gent heeft anno 2022 ongeveer 1400 lopende zorgtrajecten en ongeveer 950 personen wachten er op een intakegesprek. Terwijl er in 2003 nog net geen 50 personen van genderzorg genoten in Gent (UZ Gent, persoonlijke communicatie, 2022).

Ook mensen op het autismespectrum leven veelal naast een norm, de neurotypische norm. Neurotypicaliteit slaat op het psychisch en medisch gezond zijn van een individu, waarbij

---

<sup>1</sup>Enkele voorbeelden van het gebruik van deze gender neutrale voornaamwoorden:

- Pieter vraagt zich af wanneer hij jouw fietssleutels moet teruggeven. → River vraagt zich af wanneer die jouw fietssleutels moet teruggeven.
- Jacques is zijn jas vergeten. Wil je het hem zeggen als je hem ziet? → Bambi is hun jas vergeten. Wil je het hen zeggen als je hen ziet?
- Patricia haar kat is onlangs overleden. → Sem hun kat is onlangs overleden.

een persoon een normatief neurologisch ontwikkelingspatroon doorlopen heeft of doorloopt. Neurotypicaliteit en neurodiversiteit staan met elkaar in contrast (Volkmar, 2013). Er heerst discussie rond hoe te verwijzen naar neurodiverse personen. Enerzijds stellen mensen zich achter de eerder vernoemde PFL, waar er naar mensen met ASS verwezen wordt als ‘personen op het autismespectrum’ of ‘personen met autisme’. Hierbij ligt de nadruk op de persoon zelf en hun unieke combinatie van kenmerken, ook los van autisme (Vivanti, 2020). Bij IFL daarentegen, wordt er naar hen verwezen als ‘autistische personen’ of ‘autisten’. Sommigen opereren dat dit taalgebruik mensen reduceert tot hun diagnose, wat schadelijk kan zijn voor hoe mensen personen met ASS percipiëren en benaderen. Maar recenter zijn er veranderingen in de manier waarop over mensen met autisme gesproken wordt. IFL is terugggevorderd door de autistische gemeenschap zelf. Taal die eerst gebruikt werkt om autistische personen te marginaliseren en te dehumaniseren, daar wordt nu kracht en emancipatie uit gehaald (Vivanti, 2020). Dit is niet het geval voor elke autistische persoon. Het debat rond PFL of IFL blijft (Botha et al., 2021), maar hier wordt er geopteerd om de doelgroep zelf en hun noden centraal te stellen. Zo zal deze masterproef een combinatie van PFL en IFL hanteren, zodat verschillende taalnoden van de doelgroep erkend en beantwoord worden.

Uit onderzoek blijkt dat personen die zich als transgender identificeren zich vaker op het autismespectrum bevinden dan de cisgender populatie (Heylens et al., 2018). Hun transgender en neurodivers zijn en de manier waarop deze kenmerken op elkaar kunnen inspelen (Coleman-Smith et al., 2020), kan hun plaats in een wereld vol normen die niet voor hen gemaakt is, lastig maken. In het onderzoek van Coleman-Smith et al. (2020) bleek echter dat het hebben van autisme voor sommige personen een protectieve factor was voor hun genderidentiteitsontwikkeling, omdat autisme hun angst voor een negatieve perceptie door anderen tegenging. (Gender)identiteitsvorming is dus een idiosyncratisch proces dat voor sommigen moeizamer loopt dan voor anderen. Deze masterproef wenst meer inzicht te bekomen over de beleving van transgender en genderdiverse gevoelens bij volwassenen met ASS. Zo hoopt de onderzoeker dat er meer kennis wordt verworven over de manier waarop zorgverleners en particuliere derden beter kunnen inspelen op de noden van deze doelgroep.

## **Autismespectrumstoornis**

### ***Definitie***

Autismespectrumstoornis (ASS) is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis gekarakteriseerd door deficieten in sociale communicatie en de aanwezigheid van afgebakende interesses en repetitieve gedragingen (American Psychiatric Association [APA], 2013). ASS valt in de nieuwste editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, of DSM-



5, onder het hoofdstuk “Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen”. Vroeger maakte “Autistische stoornis” deel uit van een brede waaier aan stoornissen genaamd “Pervasieve Ontwikkelingsstoornissen”, maar daar is de DSM-5 van afgestapt. De DSM-5 heeft een meer dimensionele focus dan voorheen (APA, 2013). In tegenstelling tot de oude categoriale focus op ASS, biedt een dimensionele visie de ruimte om gedragingen en karakteristieken via een continuüm te benaderen. Hoewel een continuüm meer vrijheid biedt dan de binaire categoriale benadering, brengt ook deze visie nog beperkingen met zich mee. Zo vonden Abu-Akel et al. (2019) bij onderzoek naar de prevalentie van autisme in verschillende populatiesteeekproeven, evidentie voor de complementariteit van zowel een categoriale als dimensionele visie. Al omvat deze combinatievisie nog geen volledig beeld over wat ASS is. Daarom is het aangewezen autisme te benaderen als op een spectrum. De American Psychiatric Association (2022) definieert een spectrum als een breed scala aan eigenschappen, gedragingen en kwaliteiten. Autismen op een spectrum zien zorgt er dus voor dat mensen met andere achtergronden, karakteristieken, gedragingen en (innerlijke) belevingen, zich kunnen identificeren met autisme.

### ***DSM-criteria***

Criteria voor Autismespectrumstoornis (ASS) volgens de DSM-5 (APA, 2013):

#### **Moet voldoen aan de criteria A, B, C en D**

A. Aanhoudende deficieten in sociale communicatie en sociale interactie in meerdere contexten, zich manifesterend in alle volgende, momenteel of door geschiedenis (voorbeelden zijn illustratief, niet exhaustief):

1. deficieten in de sociaal-emotionele wederkerigheid; variërend van, bijvoorbeeld: abnormale sociale toenadering en het falen in normale heen-en-weer gesprekken tot het verminderd delen van interesses, emoties of affect; tot falen om sociale interacties te initiëren of beantwoorden
2. deficieten in non-verbaal communicatieve gedragingen welke gebruikt worden voor sociale interactie; variërend van, bijvoorbeeld: slecht geïntegreerde verbale en non-verbale communicatie tot afwijkingen in oogcontact en lichaamstaal of tekorten in het begrijpen en gebruiken van gebaren; tot een totaal gebrek aan gezichtsuitdrukkingen en non-verbale communicatie
3. deficieten in het ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties; variërend van, bijvoorbeeld: moeilijkheden om gedrag aan te passen aan verschillende sociale contexten tot moeilijkheden in het delen van fantasierijk spel of in het maken van vrienden; tot afwezigheid van interesse in leeftijdsgenoten

B. Beperkte, repetitieve patronen van gedrag, interesses of activiteiten zich manifesterend in ten minste twee van de volgende, momenteel of door geschiedenis (voorbeelden zijn illustratief, niet exhaustief):

1. stereotiepe of repetitieve motorische bewegingen, gebruik van voorwerpen of spraak, bijvoorbeeld: eenvoudige bewegingsstereotypieën, oplijnen van speelgoed of draaien van voorwerpen, echolalie, idiosyncratische zinnen
2. aandringen op gelijkheid, inflexibel vasthouden aan routines of geritualiseerde patronen van verbaal of non-verbaal gedrag, bijvoorbeeld: extreme onrust bij kleine veranderingen, moeilijkheden met overgangen, rigide denkpatronen, begroetingsrituelen, nood om dezelfde route te nemen of elke dag hetzelfde voedsel te eten
3. zeer beperkte, gefixeerde interesses die abnormaal zijn in intensiteit of focus, bijvoorbeeld: sterke gehechtheid aan of preoccupatie met ongewone voorwerpen, overdreven omschreven of persevererende interesses
4. hyper- of hypo-reactiviteit op sensorische input of ongewone interesse in zintuiglijke aspecten in de omgeving, bijvoorbeeld: schijnbare onverschilligheid voor pijn/temperatuur, vijandige reactie op specifieke geluiden of texturen, overmatige ruiken of aanraken van voorwerpen, fascinatie voor lichten of beweging

C. De symptomen moeten aanwezig zijn in de vroege kindertijd (maar kunnen soms pas merkbaar worden wanneer sociale eisen de beperkte capaciteit overstijgen of gemaskeerd worden door aangeleerde strategieën in het latere leven).

D. De symptomen leiden tot klinisch significante beperkingen in het sociaal, beroepsmatig functioneren of andere belangrijke terreinen van het huidig functioneren.

E. De stoornissen worden niet beter verklaard door verstandelijke beperking (intellectuele ontwikkelingsstoornis) of algemene ontwikkelingsvertraging. Verstandelijke beperking en ASS komen frequent samen voor. Om comorbide diagnoses van ASS en verstandelijke handicap te maken, moet de sociale communicatie lager zijn dan te verwachten voor het algemeen ontwikkelingsniveau.

## ***Etiologie***

### **Biologische factoren.**

**Genen en heritabiliteit.** Ruzzo et al. (2019) vonden zestien genen die mogelijk geassocieerd zijn met ASS. Zo zijn er genen die invloed kunnen hebben op het functioneren van neurotransmitters of genen die neuronale excitabiliteit beïnvloeden (McDougle et al., 2005).

Toch is er nog geen sluitend antwoord beschikbaar over de exacte genetische basis van ASS (Hodges et al., 2020).

Uit tweelingenonderzoek blijkt dat ASS een heritabiliteit van gemiddeld boven de 80% heeft (Hoekstra, 2011). Belangrijk om hier in acht te nemen is dat de omgeving invloed kan uitoefenen op die heritabiliteit, wat Lai et al. (2014) 'gen-omgevingsinteractie' noemen.

### **Omgevingsfactoren.**

**Vaccinaties: mythe ontrafeld.** Door de jaren heen bestond er veel bezorgdheid over de mogelijke gevaren van vaccinaties. Hierbij stelden Wakefield et al. (1998) dat er een relatie bestaat tussen een vaccinatie toegediend krijgen en autisme. Een grote groep mensen, namelijk 'anti-vaxxers', staat achter deze bevindingen. Wat blijkt, is dat deze studie frauduleus werd verklaard, zowel op wetenschappelijk als op ethisch vlak. Het betoog dat vaccins autisme zouden veroorzaken is gevaarlijk, want het weerhoudt veel kinderen van het krijgen van vaccinaties die hen kunnen beschermen tegen infecties, wat ziekte-uitbraken in de hand zou kunnen werken (Jain et al., 2015).

**Risicostoffen.** Uit onderzoek van Christensen et al. (2013) blijkt dat de prenatale inname van 'Valproaat', wat een middel is tegen epileptische aanvallen, foetale anomalieën kan veroorzaken met ASS als gevolg. Verder zou luchtvervuiling door uitlaatgassen van gemotoriseerd wegverkeer ook een boosdoener zijn voor het ontwikkelen van ASS. Dit zou te wijten kunnen zijn aan de neurotoxiciteit van de luchtvervuilende stoffen of door DNA-alteraties die ASS met zich zouden kunnen meebrengen (Lam et al., 2016). Tot slot kan ASS ook het gevolg zijn van het gebruik van glyfosaatherbiciden<sup>2</sup>. Deze stoffen hebben invloed op het TSH-hormoon<sup>3</sup> bij zwangere vrouwen, wat op zijn beurt ASS in de hand helpt werken (Beecham & Seneff, 2016).

**Ouderlijke leeftijd.** De kans op een kind met ASS verhoogt als de moeder ouder dan 35 jaar is en de vader ouder dan 40. Verder blijkt het eerstgeboren kind drie keer meer kans te hebben op het ontwikkelen van ASS in tegenstelling tot later geboren kinderen (Volk et al., 2011).

---

<sup>2</sup> een soort onkruidverdelger

<sup>3</sup> schildklierstimulerend hormoon

## **Prevalentie**

De wereldwijde prevalentie van ASS bedraagt momenteel ongeveer één op honderd, blijft almaar toenemen en varieert naargelang en binnen sociodemografische groepen (Zeidan et al., 2022). Daarbij hangen de prevalentiecijfers af van welke leeftijdscategorie beschouwd wordt. Deze masterproef richt zich op volwassenen, dus wordt de volwassenenprevalentie in acht genomen. Die bedraagt tussen 1 en 2% (APA, 2013). Vervolgens heeft ongeveer 70% van personen met de diagnose ASS (een) bijkomende stoornis(sen), ofwel (een) psychiatrische, medische of ontwikkelingsstoornis(sen). Bijkomend heeft ongeveer 45% van de populatie met ASS een verstandelijke beperking. Vervolgens blijken twee tot drie keer meer geboren mannen dan geboren vrouwen ASS te hebben (Lai et al., 2014). Dit zou een gevolg zijn van de onderdiagnostisering van ASS bij vrouwen. Uit onderzoek van Lai et al. (2017) blijkt dat geboren vrouwen een minder karakteristiek autistisch fenotype vertonen. Bijgevolg wordt er bij hen minder van autisme uitgegaan. Dit heeft tot gevolg dat er minder snel een diagnose ASS wordt gesteld bij (geboren) vrouwen, waardoor ze minder doorverwezen worden (Russell et al., 2011). Vrouwen hebben minder overte symptomen en verbergen hun sociale deficieten (Hodges et al., 2020), wat het (on)bewust maskeren en minimaliseren van en compenseren voor kenmerken van personen op het autismespectrum is. Deze strategieën worden expliciet aangeleerd of impliciet ontwikkeld. (Hull et al., 2017; Lai et al., 2011).

## **(Trans)gender identiteiten**

### **Definities**

Transgender en genderdiverse gevoelens bestaan uit een array van zowel positieve als negatieve ervaringen van iemands genderidentiteit, waaronder genderdysforie (GD) en gendereuforie. Deze masterproef zoomt in op de twee. Genderdysforie is de ontstane lijdensdruk als gevolg van een incongruentie tussen de toegewezen en ervaren genderidentiteit (APA, 2013). Tegenover genderdysforie staat gendereuforie, wat Ashley en Ells (2018) beschrijven als de tevredenheid of het genot dat personen ervaren wanneer er gelijkenissen manifesteren tussen hun genderidentiteit en genderkenmerken, geassocieerd met een gender dat hen niet toegewezen werd bij geboorte. Dit gevoel doet zich vaak pas voor ten gevolge van genderaffirmerende interventies of reacties uit de interpersoonlijke context van transgender of genderdiverse personen en reduceert genderdysforie. Al kunnen sommigen gendereuforie hebben zonder iets van genderdysforie te ervaren en omgekeerd. Iemand kan bijvoorbeeld geen dysforie voelen wanneer hij/zij/die zich presenteert als het voor hem/haar/hun bij geboorte toegewezen geslacht, maar wel gendereuforie voelen wanneer hij/zij/die zich presenteert als

zijn/haar/hun ware gender. Verder kunnen individuen zowel genderdysforie als gendereuforie ervaren, al dan niet op asymmetrische wijze (Ashley & Ells, 2018).

Tot op heden werd er enkel gefocust op deficiet-modellen van genderdysforie in tegenstelling tot positieve ervaringsconstructen van transgender genderidentiteiten. Zo werd gendereuforie nog niet geoperationaliseerd in wetenschappelijk onderzoek rond psychisch welzijn (Bradford et al., 2019). Daarom is er hieronder enkel een duiding van de DSM-criteria voor genderdysforie.

### **DSM-criteria**

Criteria voor Genderdysforie (GD) volgens de DSM-5 (APA, 2013) :

A. Een duidelijke incongruentie tussen iemands ervaren/uitgesproken geslacht en het toegewezen geslacht, met een duur van ten minste zes maanden, zoals blijkt uit ten minste twee van de volgende feiten:

1. Een duidelijke incongruentie tussen het ervaren/uitgesproken geslacht en de primaire en/of secundaire geslachtskenmerken (of bij jonge adolescenten, de verwachte secundaire geslachtskenmerken).

2. Een sterk verlangen om zich te ontdoen van zijn primaire en/of secundaire geslachtskenmerken vanwege een duidelijke incongruentie met zijn ervaren/uitgesproken geslacht (of bij jonge adolescenten, een verlangen om de ontwikkeling van de verwachte secundaire geslachtskenmerken te voorkomen).

3. Een sterk verlangen naar de primaire en/of secundaire geslachtskenmerken van het andere geslacht.

4. Een sterk verlangen om van het andere geslacht te zijn (of een alternatief geslacht dat verschilt van het toegewezen geslacht).

5. Een sterk verlangen om te worden behandeld als het andere geslacht (of een ander geslacht dan het aan de persoon toegewezen geslacht).

6. Een sterke overtuiging dat men de typische gevoelens en reacties van het andere geslacht heeft (of een ander geslacht dan het aan hem toegewezen geslacht).

B. De aandoening gaat gepaard met klinisch significante distress of stoornis op sociaal, beroepsmatig of ander belangrijk gebied van functioneren.

### **Etiologie**

#### **Biologische factoren.**

**Neurologische aspecten.** Hersenfuncties en hersenstructuren die in verband worden gebracht met geslacht en seksuele geaardheid kunnen ook in verband worden gebracht met

GD. De differentiatie van de geslachtsorganen gebeurt in het eerste trimester van de zwangerschap en die van de hersenen in de tweede helft. Deze processen spelen onafhankelijk van elkaar een rol in de predispositie van transgender gevoelens (Swaab & Garcia-Falgueras, 2009). Volgens Berglund et al. (2008) draagt aangepaste neuronale differentiatie tussen hypothalamische netwerken tijdens de zwangerschap bij tot de ontwikkeling van GD. Verder blijkt er uit onderzoek van Zubiaurre-Elorza et al. (2013) dat geboren vrouwen met een transgender mannelijke identiteit een groter rechter putamen hebben dan cisgender vrouwen. Geboren mannen met een (transgender) vrouwelijke identiteit hebben een even grote corticale dikte als cisgender vrouwen en groter dan bij cisgender mannen. Dit is evidentie voor een ‘vermannelijking’ van de subcorticale grijze massa bij transgender mannen en een ‘vervrouwelijking’ in de corticale dikte bij transgender vrouwen.

**Genen en heritabiliteit.** Het CYPT17-gen kan mogelijk transgender mannelijke gevoelens voorspellen. Een studie van Bentz et al. (2008) vond namelijk dat geboren vrouwen die zich als transgender man identificeren andere alleldistributies van het gen vertoonden tegenover een controlegroep van cisgender vrouwen. Verder werd uit tweelingenonderzoek geconcludeerd dat er een verhoogde overeenkomst van transgender gevoelens was tussen monozygote tweelingen dan bij dizygote tweelingen of broers/zussen (APA, 2013). Volgens de DSM-5 is er dus evidentie voor de heritabiliteit van GD.

**Endocriene modificaties door stoffen.** Hormoon disruptoren als ftalaten<sup>4</sup> of PCB's<sup>5</sup> lijken invloed te hebben op neurale mechanismen die op hun beurt de kans op genderdysfore gevoelens verhogen. De ftalaten zouden zorgen voor een hoge blootstelling aan foetaal testosteron, wat de kans op GD doet toenemen (Bejerot et al., 2011). Verder zouden PCB's de seksuele differentiatie van de vrouwelijke hypothalamus schaden (Dickerson et al., 2011). Al is er meer systematisch onderzoek nodig naar mechanismen die inwerken op de hersenontwikkeling en seksuele differentiatie (Saleem & Rizvi, 2017).

### **Omgevingsfactoren.**

**Gender als construct.** Uit het sociaal-constructionisme groeide, mede dankzij Michel Foucault, het idee dat gender een sociaal construct is dat men aan lichamen toewijst. Volgens deze theoretische stroming leren personen vrouw of man zijn. Hier is gender een representatie van zichzelf dat mensen leren naargelang ze in interactie treden met anderen. Mensen leren wat van hen verwacht wordt als het gender waarnaar ze zich presenteren en hoe ze worden gepercipieerd (Butler, 1990).

---

<sup>4</sup> bestanddeel in sommige plasticen

<sup>5</sup> polychloorbifenyyl: een milieubeschadigende, chloorhoudende stof

**Kindermishandeling.** In een studie van Kersting et al. (2003) bleek een groter aantal geboren mannen met een transgender vrouwelijke identiteit, emotionele mishandeling en verwaarlozing te hebben geleden in vergelijking met andere patiënten in de psychiatrie. Deze transgender vrouwen blijken een hogere dissatisfactie met hun lichaam te vertonen en een verminderde psychische gezondheid te hebben dan andere populaties (Bandini et al., 2011). Devor (1994) vond bij geboren vrouwen met een transgender mannelijke identiteit dat 60% hiervan met ernstige kindermishandeling te maken had gekregen. Tot slot zou een transgender identiteit aannemen een extreme, adaptieve en dissociatieve overlevingsreactie zijn op die kindermishandeling.

### **Prevalentie**

Uit de verzameling van studies in het overzichtsartikel van Collin et al. (2016), blijkt dat de kennis over de huidige prevalentie van transgender personen afhangt van hoe hun transgender identiteit werd gedefinieerd in eerder onderzoek. Het artikel onderscheidt drie types onderzoek waarop de prevalentiecijfers van transgender personen al gebaseerd werden: (1) onderzoek over personen die genderaffirmerende behandelingen ondergingen, (2) onderzoek dat hun prevalentiecijfers baseert op de diagnoses transseksualiteit<sup>6</sup>, genderidentiteitsstoornis<sup>7</sup> en genderdysforie (GD), en (3) studies waarin personen met een ander gerapporteerd gender dan hun toegewezen geslacht bij geboorte, dus transgender of genderdiverse personen, beoordeeld werden. Bij een populatie van 100.000 mensen bedraagt de metaprevalentie van personen die genderaffirmerende behandelingen ondergingen 0,0092%, de metaprevalentie gebaseerd op bovenstaande diagnoses 0,0068%, en voor zelf gerapporteerde transgender identiteiten 0.35%. De heterogeniteit van de prevalentiecijfers roept vragen op. Er is nood aan specifieke, gelijklopende casusdefinities en methodologieën over transgender identiteitsonderzoek heen (Collin et al., 2016).

Vervolgens blijkt uit de prevalentiestudie van Zucker et al. (2016) dat 1 op 30.000 geboren vrouwen en 1 op 10.000 geboren mannen kampt met GD. Verder peilde een Vlaams onderzoek naar gevoelens van gender non-conformiteit. Dat slaat op de genderidentiteit, genderexpressie en genderrol van personen die anders zijn ten opzichte van opgelegde gendernormen binnen een bepaalde cultuur en tijdsgeest. Personen die zich niet genderconform identificeren kunnen genderincongruentie en genderambivalentie ervaren. Genderincongruentie betekent dat een persoon zich meer identificeert met (een) ander(e) gender(s) dan het geboren gender. Genderambivalentie betekent dat een persoon zich identificeert met het geboren gender en met (een) ander(e) gender(s). Uit de resultaten van het

---

<sup>6</sup> verouderde term

<sup>7</sup> verouderde term

onderzoek blijkt dat 2,2% mannen en 1,9% vrouwen binnen de algemene Vlaamse populatie genderambivalentie ervaren. Voor genderincongruente gevoelens was dit 0,7% voor mannen en 0,6% voor vrouwen. Binnen de seksuele minderheidspopulatie betreft de ervaren genderincongruente gevoelens bij mannen 0,9% en bij vrouwen 2,1%. Voor genderambivalente gevoelens geldt een prevalentie van 1,8% bij mannen en 4,1% bij vrouwen (Van Caenegem et al., 2015). Gebaseerd op deze cijfers, zouden er ongeveer 134.000 Belgen zich als transgender of gender non-conform identificeren (TIP, 2022).

Het is belangrijk om de bovenstaande prevalentiecijfers genuanceerd te interpreteren. Gender non-conformiteit en de bijkomende gevoelens zijn niet exact gelijk aan GD. Niet iedereen die zich als gender non-conform identificeert en genderambivalentie of -incongruentie ervaart heeft GD. De bovenstaande cijfers zijn in deze masterproef betrokken, omdat ze onrechtstreeks een idee geven over de prevalentie van transgender personen en GD in Vlaanderen.

### **Transgender en genderdiverse personen met autismespectrumstoornis**

Over de jaren heen werden almaar meer cases gevonden waarbij autismespectrumstoornis (ASS) en genderdysforie (GD) samen voorkomen. Verschillende studies stellen vast dat de prevalentie van ASS hoger ligt in populaties met GD in vergelijking met populaties zonder GD. In andere woorden: transgender of genderdiverse populaties blijken meer kans op ASS te vertonen dan de cisgender populatie. Een recent, retrospectief onderzoek van Hisle-Gorman et al. (2019) baseerde zich op informatie van 48.762 kinderen gediagnosticeerd met ASS en vergeleek die data met informatie van 243.810 kinderen zonder de diagnose. Gebaseerd op ICD-9 diagnostische criteria luidde de conclusie dat kinderen op het autismespectrum vier keer meer kans hebben om GD te ontwikkelen. Zowel Jones et al. (2012) als Pasterski et al. (2014) onderzochten hetzelfde gegeven, maar bij volwassenen, en gebruikten hiervoor de Autism Spectrum Quotient (AQ) (Baron-Cohen et al., 2001). Dit pasten ze toe op een GD-populatie en een niet-GD populatie om die met elkaar te vergelijken.

Pasterski et al. (2014) vonden een hogere gemiddelde AQ-score bij de GD-populatie dan bij de niet-GD-populatie. Evidentie hiervoor is dat binnen het onderzoek 7,1% geboren vrouwen en 4,8% geboren mannen met een hoge AQ-score GD vertoonden, in tegenstelling tot de resultaten van Jones et al. (2012). Hun onderzoek vond namelijk dat geboren vrouwen met GD een hogere gemiddelde AQ-score hadden dan de populatie cisgender mannen en cisgender vrouwen en transgender vrouwen, maar lager dan een algemene populatie van mensen met ASS.

Bij hoge AQ-scores voor personen met GD werden in het onderzoek van Pasterski et al. (2014) geen verschillen tussen de AQ-scores van geboren mannen en geboren vrouwen



gevonden, en dat in tegenstelling tot het zonet vernoemde onderzoek van Jones et al. (2012). Heylens et al. (2018) kwamen tot gelijkaardige resultaten met behulp van niet enkel de AQ-vragenlijst, maar ook de Social Responsiveness Scale voor volwassenen (SRS-A), een zelfrapportagevragenlijst die autistische kenmerken meet. De onderzoekers vonden geen significant verschil in de gemiddelde AQ tussen geboren mannen en geboren vrouwen (18,8:18,9), maar concludeerden, net als de bovenstaande onderzoeksresultaten, dat ASS meer voorkomt in een GD-populatie dan in de algemene populatie. Ze kwamen tot deze conclusie omdat de GD-groep in hun steekproef een significant hogere gemiddelde score op de SRS-A had dan de groep zonder GD (52,53:36,74).

Hoewel er uit de bovenstaande resultaten sprake is van een co-occurentie van ASS en GD, moeten de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Bij Pasterski et al. (2014) kreeg 5,5% van de onderzochte GD-populatie de diagnose ASS, wat in vergelijking met de 0,5 tot 2% in de niet-GD-populatie significant is, maar lager is dan de GD-populatie met een hoge AQ-score. Al garandeert een hoge AQ-score niet per se de diagnose ASS (Broadbent et al., 2013). Daarbij werden er in de systematische review van Thrower et al. (2020) verschillende prevalentiecijfers voor ASS in een GD-populatie gevonden afhankelijk van de meetinstrumenten en cutoff-scores van de onderzochte studies. Tot slot moet er ook in rekening worden gebracht dat de incidentie van gender non-conformiteit en/of GD bij personen op het autismespectrum varieert naargelang geslacht, waarbij gender non-conformiteit/-dysforie meer voorkomt bij geboren vrouwen (Dewinter et al., 2017; Pasterski et al., 2014). Anders gesteld blijken er dus genderverschillen te zijn in de hoeveelheid autistische kenmerken, waarbij transgender mannen veeleer een hoger aantal autistische kenmerken vertonen dan transgender vrouwen (Murphy et al., 2020).

### ***Neurotypische, cisgender privileges***

Volkmar (2013) definieert neurotypisch als het psychisch en medisch gezond zijn van een individu. Dit individu heeft een normatief neurologisch ontwikkelingspatroon. Neurotypicaliteit contrasteert met individuen die niet-neurotypisch functioneren. Naar deze personen wordt er verwezen als neurodivers. Personen met ASS vallen onder dat label. Door hun plek op het autismespectrum ervaren zij moeilijkheden bij bijvoorbeeld sociale communicatie (APA, 2013), terwijl neurotypische mensen daar niet of toch in mindere mate mee geconfronteerd worden. Verder vertonen mensen met ASS op sommige vlakken een andere werking en structuur van de hersenen (Di Martino et al., 2014). Zo nemen personen met ASS de wereld niet altijd op dezelfde manier waar als personen zonder ASS en anticiperen en reageren die er anders op (Robertson & Baron-Cohen, 2017), wat voor extra moeilijkheden kan zorgen. Het school- en jobsysteem zijn georganiseerd rond neurotypische personen, waardoor

het voor een neurodiverse persoon mogelijks moeilijker is om daarin te functioneren. Neurotypische personen hebben bijgevolg een neurotypisch privilege. Dit privilege wijst erop dat personen niet gediscrimineerd worden op hun gepercipieerde neurodiversiteit. Dat kan ervoor zorgen dat ze gemakkelijker meedraaien in de bestaande systemen (Kapp, 2020). Privilege is volgens McIntosh (1992) en Robinson en Howard-Hamilton (2000) een voordeel dat veelvoorkomend maar niet universeel is. Het wordt aan mensen gegeven, maar wordt niet verkregen als gevolg van verdienste. Privilege wordt gebruikt in het voordeel van de geprivilegieerde persoon en in het nadeel van de ander. Personen met privilege merken vaak hun privileges niet op, want hun rechten lijken evidenties.

Behalve van een neurotypisch privilege genieten cisgender personen ook van een cisgender privilege omdat hun genderidentiteit en lichaam overeenstemmen. Dit privilege manifesteert zich door bijvoorbeeld adequate medische hulp te krijgen, door naar gegenderde plekken te kunnen zonder problemen, zoals toiletten, gevangenissen en opvangtehuizen voor daklozen en door het zich veilig voelen in publieke ruimtes (Johnson, 2013).

Wat evidenties zijn voor neurotypische en cisgender personen, zijn dat niet per se voor neurodiverse, transgender en genderdiverse personen. Het is daarom van belang dat men stilstaat bij hun privileges en men bewust wordt van andere realiteiten, waardoor er meer gewerkt kan worden aan omgevingen waar iedereen een gelijke kans krijgt om zich te ontplooiën, en dat in alle veiligheid.

### ***Hypotheses rond genderidentiteit bij personen met autismespectrumstoornis***

#### **Biologische hypothese.**

***Extreme Male Brain-theorie.*** Volgens Jones et al. (2012) is de Extreme Male Brain-theorie (EMB-theorie) voor ASS van Baron-Cohen (2002) een oorzaak voor een verhoogde AQ-score bij transgender mannen (geboren vrouwen). Voor deze theorie geldt dat de hersenen van (geboren) mannen en vrouwen twee domeinen hebben, een domein voor empathisatie en één voor systematisatie. Bij empathisatie vertonen personen een gepaste emotionele reactie op de gevoelens en gedachten van andere personen, ze anticiperen op menselijk gedrag. Bij systematisatie gaan personen variabelen analyseren en daar patronen mee construeren, wat toelaat om niet-menselijke voorspellingen te maken. In de algemene populatie lijken vrouwen meer te empathiseren en mannen meer te systematiseren. In onderzoek rond personen met ASS werd gevonden dat de steekproef meer systematiseerde (Baron-Cohen et al., 2011; Baron-Cohen et al., 2014). Dit wijst volgens de EMB-theorie op een eerder masculien brein bij personen op het autismespectrum. Specifiek zouden (geboren) vrouwen met ASS meer hypermasculiene cognities en gedragingen vertonen in tegenstelling tot cisgender vrouwen. De

reden hiervoor is dat ze verhoogde foetale testosteronniveaus vertonen (Auyeung et al., 2009). Dit verhoogde foetale testosteronniveau is waarschijnlijk een gemeenschappelijke factor bij zowel ASS als GD (Hines et al., 2004). Er bestaan heel wat tegenstrijdigheden rond de EMB-theorie. Grootschalig onderzoek van Greenberg et al. (2018) vond er evidentie voor, terwijl dit niet het geval is bij een array aan andere onderzoeken (Van Der Miesen et al., 2016; Skagerberg et al., 2015; Strang et al., 2014; De Vries et al., 2010).

### **Psychologische hypothesen.**

***Preoccupaties en obsessief-compulsieve stoornis.*** Zowel ASS als GD blijken niet alleen met elkaar voor te komen, maar ook samen met andere psychische aandoeningen. Obsessief-compulsieve stoornis (OCS) is daar één van. Zo lijkt er een associatie te zijn tussen GD en preoccupaties, wat kenmerkend is voor zowel ASS als OCS. Vervolgens bestaan er casestudies zoals van Williams et al. (1996), waarbij jongens met ASS gepreoccupeerd zijn met het dragen van vrouwelijke kleren, spelen met vrouwelijke objecten en zich bezighouden met algehele vrouwelijke activiteiten. Vaak werden deze preoccupaties toegeschreven aan ASS (Mukaddes, 2002; Tateno et al., 2008), maar Landén en Rasmussen (1997) wijten deze preoccupaties aan OCS, voortkomend uit de diagnose ASS. Perera et al. (2003) gingen een stap verder en stelden de hypothese dat OCS, ASS en GD verbindt. Vervolgens stelden Gallucci et al. (2005) dat als er sprake kon zijn van GD en OCS na een diagnose ASS, dat er eerder mag worden uitgegaan van OCS in plaats van GD. Verder onderzoek concludeerde dat genderdysfore gevoelens mogelijks uit een tijdelijke preoccupatie stammen, waardoor hulpverlening gericht op het behandelen van GD niet werkzaam zou zijn (Parkinson, 2014). Vanderlaan et al. (2015) daarentegen vonden in hun steekproef dat genderdysfore kinderen in verhoogde mate obsessies en compulsies vertoonden, wat betekent dat - in combinatie met kenmerken van OCS - GD toch als diagnose op zich kan bestaan. Mogelijke redenen hiervoor zijn dat kinderen met GD obsessies vertonen met genderoverschrijdende activiteiten en objecten. Dat lijkt op een symptoom van ASS, maar zou een manifestatie zijn van GD of mogelijks zelfs een andere variabele die invloed kan hebben op de manifestaties van ASS en GD (Vanderlaan et al., 2015).

### ***Genderidentiteitsontwikkeling: cognitieve vs. temporele afwijkingen.***

Genderidentiteitsvorming hoort bij het normatieve ontwikkelingsproces van een kind. Bij neurotypische personen gebeurt de differentiatie van het eigen gender tegenover andere genders over het algemeen vanaf driejarige leeftijd. Tussen drie en vijf jaar is er sprake van meer rigide en stereotiepe visies op gender in vergelijking met oudere kinderen (Ruble et al., 2007). Genderidentiteitsontwikkeling is gecorreleerd met sociale vaardigheden,

communicatievaardigheden en mentale leeftijd (Pardo & Eberhart, 2007). Beperkingen in sociale interactie, deficieten in Theory of Mind<sup>8</sup> en een specifieke cognitieve stijl zijn kenmerkend voor personen met ASS, wat logischerwijs bijdraagt tot de atypische vorming van hun genderidentiteit (Jacobs et al., 2014; Landén & Rasmussen, 1997; Van Schalkwyk et al., 2015).

Zo stelden De Vries et al. (2010) de hypothese dat personen met ASS blijven steken in rigide en stereotiepe visies van gender, wat kan leiden tot de vorming van genderdysfore gevoelens. Vervolgens zouden personen met ASS en GD een moeilijke periode in hun leven ervaren, waarin ze voelen dat ze zich tussen twee genders bevinden. De transitie die plaatsvindt van het stereotiepe beeld van een gender naar het stereotiepe beeld van het tegenovergestelde gender kan door rigide denkwijzen veel ongemakkelijke gevoelens oproepen bij individuen op het autismespectrum. Deze rigiditeit in het denken van personen met ASS kan gepaard gaan met een meer uitgesproken vorm van GD (Jacobs et al., 2014). Daartegenover vonden Rudolph et al. (2018) dat GD personen met ASS geen stereotiep, rigide beeld hebben, maar net resistent zijn tegen sociale conditionering en de bestaande gendernormen verloochenen (Walsh et al., 2018). Dit brengt meer non-binaire, genderdiverse identiteiten binnen een ASS-populatie met zich mee.

Van Schalkwyk et al. (2015) concludeerden nog iets anders dan de bovenstaande wetenschappers. Volgens hen gaan personen met ASS door dezelfde ontwikkelingen als neurotypische personen, maar op een andere tijdslijn. Ze hebben daarvoor niet per se een andere genderidentiteitsontwikkeling, maar het gebeurt op een ander tempo, vaak trager dan bij een neurotypische populatie.

### **Sociale hypothesen.**

***De wisselwerking tussen autismespectrumstoornis en genderdysforie op sociaal vlak.*** Op het autismespectrum zitten kan ook op sociaal vlak de ontwikkeling van genderdysforie (GD) in de hand werken. Personen met ASS lijken vaak een verminderd begrip van sociale relaties te hebben (APA, 2013), wat sociale interacties kan bemoeilijken en GD als gevolg hebben (Landén & Rasmussen, 1997). Zo kan een geboren man die als kind door jongens werd gepest, een gevoel van aversie voor het mannelijke geslacht ontwikkelen en zich daardoor meer identificeren met een vrouwelijk gender (Tateno et al., 2008). Het gevoel van anders te zijn dan hun peers komt vaak terug bij een ASS-populatie. Dit gevoel wordt vaak als GD geïnterpreteerd, terwijl dat een verkeerde interpretatie blijkt te zijn. Al is het ongemakkelijke gevoel soms wel te attribueren aan ASS (Parkinson, 2014; De Vries et al., 2010). Vervolgens leidt ASS soms tot het misinterpreteren van sociale cues over genderrepresentatie, wat op zijn beurt de kans op

---

<sup>8</sup> vermogen om de emotionele staat van een ander voor de geest te kunnen halen (Baron-Cohen, 1991)

het ontwikkelen van GD vergroot (Strang et al., 2014). Omgekeerd zou GD ook invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van ASS- karakteristieken. Zo blijkt uit onderzoek van Skagerberg et al. (2015) dat autistische kenmerken te wijten kunnen zijn aan GD en dus niet aan de diagnose ASS. GD kan namelijk ook sociale moeilijkheden veroorzaken, zoals pesterijen (Holt et al., 2016). Het is echter nog onduidelijk of ASS-achtige eigenschappen bij genderdysfore personen te wijten zijn aan GD zelf of een aparte diagnose ASS vereisen (Skagerberg et al., 2015).

**Hoge social responsiveness-score bij moeders en gender non-conformiteit.** Een andere sociale hypothese is dat autistische kenmerken bij moeders en hun kinderen, gemeten met de Social Responsiveness Scale (SRS), de kans op gender non-conformiteit bij hun kinderen kan verhogen. Er werd geen significante relatie gevonden tussen hoge scores op de SRS bij vaders en de mate van gender non-conformiteit bij hun kinderen (Shumer et al., 2015).

### ***Autismespectrumstoornis en een genderdiverse of non-binaire genderidentiteit***

Onderzoek naar gender en ASS heeft de neiging enkel personen te betrekken die hun gender in binaire termen omschrijven. Deze personen zijn geboren mannen die zich identificeren als (transgender) vrouw en geboren vrouwen die zich identificeren als (transgender) man. Zo is een etiologische theorie, de eerder vermelde EMB-theorie van Baron-Cohen (2002), bekritiseerd geweest om het stereotyperen van gedragingen als expliciet mannelijk of vrouwelijk (Jack, 2011).

De weinige studies over personen met een non-binaire genderidentiteit en ASS stellen enerzijds vast dat er een overrepresentatie is van binair-identificerende als non-binair identificerende transgender personen in de ASS-populatie (Stagg & Vincent., 2019). En anderzijds, dat volwassen personen die zich als 'genderqueer'<sup>9</sup> identificeren, een hogere score behalen op maten van autistische kenmerken, zoals de AQ, dan cisgender en transgender mannen en vrouwen (Kristensen & Broome, 2015). Dit wordt bevestigd door Walsh et al. (2018), die vonden dat personen met ASS en GD eerder een non-binaire of genderdiverse genderidentiteit aannemen dan een transgender identiteit. Deze onderzoeken spreken de EMB-theorie van Baron-Cohen (2002) dus tegen.

De aanzienlijke vertegenwoordiging van non-binaire genderidentiteiten op het autismespectrum valt te verklaren door de resistentie van autistische personen tegen sociale conditionering (Rudolph et al., 2018) en het verloochenen van de binaire, cisgender norm en sociale normen (Walsh et al., 2018).

---

<sup>9</sup> een genderidentiteit onder de non-binaire paraplu

### ***Seksuele oriëntatie en romantische relaties bij transgender personen met autismespectrumstoornis***

Volgens Drummond et al. (2008) is er een hogere prevalentie homo- en biseksualiteit bij (geboren) vrouwen met GD en bij (geboren) vrouwen met ASS (Bejerot & Eriksson, 2014; George & Stokes, 2016). Neuronale masculinisatie in sommige (geboren) vrouwen, zoals bij de EMB-theorie (Baron-Cohen, 2002), kan een oorzaak zijn voor de seksuele voorkeur voor vrouwen (Hines et al., 2004). Verder bleek uit onderzoek van De Vries et al. (2010) dat de meeste personen van hun steekproef (personen met ASS en GD) seksueel aangetrokken waren tot personen van het gender waar die zich mee identificeerden en dus niet tot hun geslacht toegewezen bij geboorte. Dit laatste was eerder het geval bij neurotypische personen met GD (Smith et al., 2005). Vervolgens suggereren George en Stokes (2018) in hun studie rond seksuele oriëntatie bij personen op het autismespectrum, dat er over het algemeen een grotere incidentie is van homo-, bi- en asexualiteit bij ASS-populaties. Onderzoek van Pasterski et al. (2014) beaamt dit, want zij vonden dat volwassenen met GD die seksueel aangetrokken waren tot het gender waarmee die zich identificeren, meer kenmerken van ASS hebben in tegenstelling tot personen met GD die aangetrokken zijn tot personen van het geslacht dat hen toegewezen werd bij geboorte. Jones et al. (2012) vonden enkel gelijkaardige resultaten bij geboren mannen met GD die aangetrokken zijn tot mensen van het gender waarmee die zich identificeren. Tot slot blijken personen met GD die aangetrokken zijn tot mensen met het gender waarmee die zich identificeren, meer psychische problemen te ervaren (Lawrence, 2010; Smith et al., 2005).

Verder kan het over het algemeen moeilijker zijn voor personen met ASS en GD om romantische partners te vinden. Potentiële partners kunnen zich anders opstellen ten aanzien van transgender personen door twijfel over de eigen seksualiteit en aantrekking. Dit blijkt lastiger om te begrijpen voor personen met een gecombineerd ASS- en GD-beeld in tegenstelling tot personen met enkel GD. Door ASS kunnen personen zich soms moeilijk voorstellen dat hun (medische) transitie ook doorweegt op hun omgeving en begrijpen die niet altijd waarom mensen hen niet accepteren voor wie ze zijn. Zo vallen potentiële partners weg. Al kan het voordelig zijn om een romantische partner te vinden in groepen met lotgenoten (Strang et al., 2016).

### ***Mentaal welzijn en adequate zorg***

#### **Comorbide psychische klachten.**

Tot op heden is er nog niet veel onderzoek verricht naar cases met gecombineerde ASS en GD én andere comorbide psychische aandoeningen (Murphy et al., 2020). Er werd wel al

onderzoek uitgevoerd naar stemmings- en angststoornissen in combinatie met een ASS-GD-beeld. Daaruit blijkt dat de transgender populatie op zich meer kampt met deze stoornissen dan de cisgender populatie (Marshall et al., 2016), andere personen uit de LGBTQIA+-gemeenschap (Hollocks et al., 2019), maar ook de algemene populatie (Heylens et al., 2014). Daarbij wees onderzoek van Van der Miesen et al. (2018) uit dat personen met ASS die aangeven dat die van een ander gender willen zijn, meer angsten en depressieve symptomen hebben. Gelijkaardige resultaten werden gevonden bij een onderzoek waar personen met GD en al dan niet ASS, hogere stress-, angst- en depressieniveaus vertoonden (Heylens et al., 2014), waarbij deze niveaus het hoogste waren bij een gecombineerd ASS-GD-beeld. Verder zouden genderdysfore gevoelens een additief effect hebben op een al verstoord mentaal welzijn (Murphy et al., 2020). Een belangrijke nuance bij deze bevindingen is dat de comorbiditeit van GD, ASS en de vernoemde psychische klachten mogelijks uitvergroet is in de zorg en ons dus een klinische illusie geeft (Elaut, 2022).

### **Suicide.**

Er blijkt meer suïcidale ideatie voor te komen in een transgender en genderdiverse populatie dan in de algemene populatie (37-83%; 9,2%). Volgens onderzoek van Testa et al. (2016) zou deze suïcidale ideatie onder andere komen uit verwerping en geïnternaliseerde transfobie. Verder zou zo'n 9,8 tot 44% van de suïcidale transgender personen al minstens één poging hebben ondernomen, in tegenstelling tot de 2,4% in de algemene populatie (Mcneil et al., 2017; Miller & Grollman, 2015; Nock et al., 2008). Tebbe en Moradi (2016) vonden dat minority stressoren door mediatie van depressie, de kans op suïcide verhoogt. Onderzoek van Bauer et al. (2015) daarentegen concludeerde dat interventies voor het doen afnemen van transfobie en het verhogen van sociale inclusie en toegang tot genderaffirmerende behandelingen, suïcidale ideaties in de transgendergemeenschap kunnen verminderen.

### **Minderheidsstress.**

Wat nog kan bijdragen tot depressieve en angstige gevoelens bij een ASS-GD-populatie, zijn de moeilijkheden die komen kijken bij het stigma ten gevolge van het neurodivers en/of transgender zijn (Murphy et al., 2020). Dit komt overeen met de minority stress-theorie die stelt dat socioculturele discriminatie en stigma, stressoren met zich meebrengen die op hun beurt implicaties hebben voor het psychische welzijn van minderheidspopulaties (Meyer, 2003). Een diagnose ASS kan bijvoorbeeld adequate zorg voor transgender personen in de weg staan, omdat men vreest dat er geen begrip zal zijn voor autistische symptomen. Er is ook de vrees dat iemand hun transgender identiteit niet ernstig zal nemen, maar door klinici zal gezien worden als een uiting van ASS (White, 2016). Dit kan op zijn beurt gepaste zorg voor beide

problematieken verhinderen, wat eventuele gewenste gendertransities tegenhoudt en de (gender)dysfore gevoelens verhoogt (Murphy et al., 2020).

### **Ondersteuning**

Als reactie op de huidige stand van zaken in de (transgender)zorg werd er onderzoek verricht naar hoe transgender personen met ASS ondersteund kunnen worden. Een eerste aanzet voor gepaste klinische richtlijnen kwam aan bod in het onderzoek van Strang et al. (2016). Bij de assessment van personen met eventuele ASS en GD is het van belang om experts in zowel ASS als gender te betrekken. De diagnosestelling van deze ASS en GD kan complexer zijn dan bij aparte diagnoses, dus vereist het meer geduld en expertise van klinici. Verder is het aangewezen om bij vermoedens van ASS ook een screener te gebruiken voor GD en omgekeerd, om zo van bij het begin een duidelijker klinisch beeld te vormen en daar gericht naar te kunnen handelen. Voor de behandeling van co-occurente ASS en GD stellen Strang et al. (2016) voor om telkens bij beide diagnoses stil te staan en vaak terug te koppelen naar de specifieke noden van cliënten. In de behandeling blijkt psycho-educatie van groot belang te zijn. Dit kan met behulp van visualisaties (zoals flowcharts) en duidelijke, niet te complexe vragen (in checklistvorm), zodat er geen overprikkeling zou zijn. Door een minimum aan complexiteit en vaagheid en concrete beschrijvingen van concepten, verhoogt de motivatie bij cliënten (Strang et al., 2016). Participatie is vaak niet evident voor de besproken doelgroep. Deze ziet soms het nut van de behandeling niet in of heeft moeite met de organisatorische aspecten van het opvolgen ervan. Hier is het belangrijk om gedurende het behandelingsproces veel in te checken bij de cliënt en de motivatie te blijven monitoren en bijschaven waar nodig. Er kan hiervoor ook een beroep worden gedaan op familieleden.

Op medisch vlak valt er volgens Strang et al. (2016) ook meer te doen voor personen met ASS en GD. Hierbij zou een ASS-diagnose niet in de weg mogen staan van genderaffirmerende behandelingen. Toch is het belangrijk om in acht te nemen dat bepaalde van die behandelingen voor specifieke wensen ook invloed kunnen hebben op zaken voorbij de genderaffirmerende wens. Behandelingen met hormonen van het tegenovergestelde geboortegeslacht kunnen enkele permanente effecten veroorzaken, ongeacht stopzetting van de hormoonbehandeling (Seal, 2016). Hier moet er voor het starten van een eventuele hormoonbehandeling meer rekening mee worden gehouden bij personen met ASS, gezien hun vermogen om te plannen en toekomstgericht denken aangetast is (Strang et al., 2016). Een manier om hiermee om te gaan is het uitwerken van een uitgebreid toestemmingsplan voor de medische behandeling, afgestemd op de cognitieve en communicatievaardigheden van de cliënt, waarin voordelen én nadelen van de behandeling duidelijk en concreet beschreven staan. Verder kunnen er bij de start van hormoonbehandelingen lagere dosissen worden



toegediend die afhankelijk van de noden van de cliënt gradueel opgebouwd worden. Tijdens de hormoonbehandelingen is het aangewezen om als clinicus ook rekening te houden met eventuele zintuigelijke en routinegerelateerde problemen, zoals de correcte, consequente inname van hormonen. Tot slot moet er bij medische behandelingen ook aandacht worden besteed aan eventuele onrealistische ideeën over de behandeling bij de cliënt zelf, wat gedurende of na de behandeling tot hopeloosheid en teleurstelling kan leiden.

Buiten de muren van ziekenhuizen en klinische praktijken schuilen er ook gevaren. Dat mag men niet uit het oog verliezen. Vanuit het besef dat personen uit de besproken doelgroep vaak het slachtoffer van pesterijen en/of geweld blijken te zijn, is het aangewezen hier extra waakzaam voor te zijn. Zo kunnen personen in potentieel gevaarlijke situaties terecht komen door hun ASS-gerelateerde deficiëten, bijvoorbeeld door met mensen af te spreken op onveilige locaties (Strang et al., 2016).

Recenter, participatief onderzoek van Strang et al. (2021) beschreef vier thema's waarmee rekening moet worden gehouden bij de hulpverlening aan neurodiverse en genderdiverse personen. (1) Ten eerste zouden de noden van genderdiverse adolescenten met ASS in groep moeten benaderd worden. Adolescenten in de steekproef gaven aan nood te hebben aan het leren beheersen van gender- en communicatiegerelateerde zaken. Concreet wensten ze bij te leren over zaken als transgender gevoelens, geprefereerde voornaamwoorden, het meedelen van hun nieuwe naam aan de omgeving en zaken als er meer uitzien als het gender waarmee ze zich identificeren aan de hand van make-uptips of informatie over andere (medische) genderaffirmerende ingrepen. Deze onderwerpen bespreken in een groep met personen die gelijkaardige ervaringen hebben (gehad), zorgt ervoor dat jonge neurodiverse transgender personen hun identiteit en beleving op een veilige en laagdrempelige manier verder kunnen leren ontdekken. (2) Ten tweede zijn meer gespecificeerde vormen van ondersteuning nodig in groep. Hierbij ligt de nadruk op eerder emotionele ondersteuning of op bijvoorbeeld het kunnen leren over oplossingen voor moeilijkheden te wijten aan ASS. Een voorbeeld hiervan is communicatietraining, waarbij wordt gefocust op vaardigheden voor een beter zelfbewustzijn en betere belangenbehartiging. (3) Ten derde is het belangrijk om in te werken op connectie en interactie met lotgenoten. Gedeelde identiteiten en bijkomende problematieken verbinden mensen. Hieruit kunnen vriendschappen ontstaan, wat empathie en een betere socialisatie met zich meebrengt. Deze connecties bleken heel betekenisvol te zijn voor de steekproef in het onderzoek van Strang et al. (2021). Al bleven sommige interacties moeilijk, te wijten aan de gedeelde ASS. Deze doelgroep blijkt wel vlotter contact te kunnen maken via onlineplatformen (Strang et al., 2016), wat als hulpmiddel voor dit deel van de ondersteuning kan dienen. (4) Tot slot is het van belang om groepen te vormen met ouders van deze jongeren. Ouders zitten met heel wat vragen die lotgenoten kunnen beantwoorden.

Daarbij hebben zij ook belang bij een groep waarin ze voelen dat naar hen geluisterd wordt en waarin ze steun krijgen.

De bovenstaande hulpmiddelen werden aangeboden aan de besproken doelgroepen. Hieruit blijkt dat de werkzaamheid (het vervullen van ieders noden) ervan heel hoog was. Hoewel de resultaten van dit onderzoek veelbelovend zijn, zou er meer onderzoek moeten gebeuren naar adequate zorg voor volwassen personen die met klachten van ASS én GD zitten.

### **Onderzoeksvragen**

In deze masterproef wordt de beleving van transgender of genderdiverse gevoelens bij volwassenen met ASS onderzocht.

De volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd:

- Wat houdt een mogelijke wisselwerking tussen ASS en transgender of genderdiverse gevoelens in?
- Zijn de gevoelens en ervaringen van personen met een non-binaire genderidentiteit en ASS hetzelfde als die van personen met een binaire transgender identiteit en ASS?
- Hoe kunnen transgender en genderdiverse personen met ASS zich gesteund voelen?

### **Methode**

Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis te Gent. (BC-10398; CME UZ Gent<sup>10</sup>). Het is een geassocieerde masterproef met Mathilde Weyers. Er werd samengewerkt door (1) elkaar in contact te brengen met mogelijke organisaties en participanten, en (2) door een voorbeeld van een participantenvragenlijst<sup>11</sup> door te sturen. Verder werkten de onderzoekers individueel aan hun masterproef. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, werd er gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign. Kwalitatief onderzoek poogt namelijk de betekenis en ervaring van mensen en hun sociale werelden te begrijpen (Fossey et al., 2002). De onderzoeksvragen binnen deze masterproef trachten de belevingswereld van transgender en genderdiverse personen op het autismespectrum te begrijpen. Een kwalitatief onderzoeksdesign voldoet aan dit doel en is dus een gepaste manier om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

---

<sup>10</sup> zie bijlage 1

<sup>11</sup> zie bijlage 6

## **Reflexiviteit**

Volgens Braun en Clarke (2006) neemt een onderzoeker een actieve positie in en speelt die een actieve rol in het verzamelen en analyseren van informatie. Hierdoor bestaat de kans dat er subjectiviteit van de onderzoeker de studie binnendringt. Volgens Willig (2013) moet een onderzoeker reflexief zijn, iemand die bewust is dat zijn/haar/hun levenscontext, privileges en identiteitsaspecten invloed kunnen hebben op het onderzoek. Om de authenticiteit en betrouwbaarheid van deze studie te bewaken, volgt hieronder persoonlijke reflexiviteit van de onderzoeker (Treharne & Riggs, 2014).

Deze masterproef werd door één onderzoeker geschreven die ook zelf de data heeft geanalyseerd. De onderzoeker is een masterstudent Klinische Psychologie aan Universiteit Gent. Ze is een 23-jarige, witte, Belgisch-Amerikaanse, panseksuele, neurotypische, cisgender vrouw, afkomstig uit een middenklassengezin. Ze bevindt zich vaak in 'queer' omgevingen en heeft veel vrienden die behoren tot de doelgroep van deze masterproef. Deze kenmerken hadden mogelijks invloed op (1) de rekrutering van participanten die gebeurde via de verspreiding van een flyer. De rekruteringsflyer werd gedeeld op sociale media door het netwerk van de onderzoeker. Dit netwerk bevat heel wat personen die bekend zijn met de doelgroep en zijn voornamelijk wit en uit de middenklasse. (2) Het contact tijdens de interviews kon vlotter verlopen zijn door raakvlakken als het queer-zijn van de onderzoeker, maar dan weer minder door het cisgender-zijn en neurotypicaliteit van de onderzoeker. (3) De neutraliteit van de data-analyse kon mogelijks vertroebeld zijn door de affiniteit van de onderzoeker met het onderwerp. Doordat het bestudeerde onderwerp haar nauw aan het hart ligt, bestaat de kans dat de onderzoeker meer emotionele, activistische interpretaties maakte van de data in vergelijking met onderzoekers die geen voeling of band hebben met het onderwerp en de doelgroep.

## **Steekproef**

Voor dit masterproefonderzoek waren de inclusiecriteria (1) transgender en genderdiverse volwassenen met een (2) bevestigde diagnose ASS, (3) een Belgische nationaliteit en (4) woonachtig in Vlaanderen. Er werden rekruteringsflyers op sociale mediaplatformen gedeeld. Zo konden geïnteresseerde personen de onderzoeker via e-mail contacteren. Deze steekproef is dus een gelegenheidssteekproef. Deelname was volledig vrijwillig en niemand werd vergoed voor deelname aan het onderzoek.

De steekproef omvat tien personen. Er werd voor dit aantal geselecteerd omdat er voldoende participanten nodig zijn om een representatief resultaat te bekomen. Volgens Smith (2015) is een steekproef tussen zes à vijftien personen gepast voor dit soort onderzoek. De

steekproef mocht ook niet té uitgebreid zijn, zodat elk individu de nodige aandacht en tijd kreeg om zijn/haar/hun verhaal te delen en de inhoud van die verhalen nauwkeurig verwerkt kon worden.

**Tabel 1**

*Steekproefkenmerken*

Participant	Leeftijd	Nationaliteit	Etniciteit	Hoogst behaalde diploma	Statuut	Bij geboorte toegewezen geslacht	Genderidentiteit	Voornaamwoorden	Seksuele oriëntatie	AQ-score
A	24 jaar	Belg	Wit	Middelbaar	Student	Vrouw	Genderqueer, genderflux, non-binair	Zij/haar, die/hen/hun	Biseksueel	30
B	25 jaar	Belg	Wit	Middelbaar	Student	Man	Trans vrouw	Zij/haar	Lesbisch, questioning	35
C	29 jaar	Belg	Wit	Professionele bachelor	Werkloos	Vrouw	Non-binair	Die/hen/hun	Panseksueel	30
D	42 jaar	Belg	Wit	Middelbaar	Werkloos	Man	Trans vrouw, two-spirit, questioning	Zij/haar	Lesbisch	41
E	22 jaar	Belg	Wit	Middelbaar	Student	Vrouw	Non-binair	Die/hen/hun	Lesbisch	34
F	43 jaar	Belg	Wit	Master	Deeltijds werk	Vrouw	Trans man, non-binair	Hij/hem	Biseksueel, demiseksueel	26
G	20 jaar	Belg	Wit	Middelbaar	Student	Vrouw	Non-binair, genderqueer	Zij/haar, die/hen/hun	Biseksueel, queer, demiseksueel	16
H	34 jaar	Belg	Wit	Middelbaar	Deeltijds werk	Man	Non-binair, agender, gender non-conforming	Zij/haar	Valt op mensen met penis, questioning	33
I	30 jaar	Belg	Wit	Master	Deeltijds werk	Vrouw	Genderqueer	Zij/haar, die/hen/hun	Lesbisch	39
J	23 jaar	Belg	Wit	Middelbaar	Werkloos	Man	Trans vrouw	Zij/haar	Romantische voorkeur voor vrouwen	32

De participanten waren tussen de 20 en 43 jaar, een gemiddelde leeftijd dus van 29 jaar. Verder hebben alle participanten (n=10) een witte etniciteit. Deze tekorten aan variabiliteit van de steekproef zijn belangrijk om in acht te nemen voor verder onderzoek. Elke participant had een diploma middelbaar onderwijs op zak, twee personen (n=2) behaalden een masterdiploma en één iemand (n=1) een professionele bachelor. Daarnaast zijn er deelnemers aan de steekproef (n=4) nog bezig aan een opleiding in het hoger onderwijs, zijn enkele mensen (n=3) deeltijds aan het werk en enkelen (n=3) werkloos. Bijkomend kreeg 60% (n=6) van de steekproef een vrouwelijk geslacht toegewezen bij geboorte en 40% (n=4) een mannelijk geslacht. Er is een variëteit aan genderidentiteiten binnen de steekproef. Deze genderidentiteiten omvatten mensen die zich identificeren als transgender vrouw (n=3), transgender man (n=1), non-binair (n=5), genderqueer (n=3), two-spirit (n=1), questioning (n=1), gender non-conforming (n=1) en agender (n=1). Verschillende personen (n=5) gaven meerdere genderidentiteiten aan. Daarbij is er ook een variatie aan geprefereerde voornaamwoorden, die ook voorbij de binariteit reiken. Deze zijn 'zij/haar' (n=7), 'hij/hem' (n=1) en 'die/hun' (n= 5). Hier waren er verschillende participanten (n=3) die aangaven dat die een gecombineerd gebruik van binaire en non-binaire voornaamwoorden verkiezen. Tot slot

identificeerden personen in de steekproef hun seksuele oriëntatie als lesbisch (n=4) of met een romantische voorkeur voor vrouwen (n=1), als biseksueel (n=3), queer (n=1) of panseksueel (n=1), demiseksueel (n=2), valt iemand op personen met een penis (n=1) en zijn twee participanten nog deels questioning over hun seksuele oriëntatie. Ook hier is er overlap en sluit het ene het andere niet per se uit.

### ***Autism Spectrum Quotient***

Voor controle op ASS werd er gebruikgemaakt van de Autism Spectrum Quotiënt-vragenlijst van Baron-Cohen et al. (2001). Dit is een vragenlijst met vijftig vragen die te beantwoorden zijn door middel van een rond getal op een schaal van 1 tot 4, waarbij 1 staat voor 'geheel mee eens' en 4 voor 'geheel mee oneens'. Voor de scoring van de Autism Spectrum Quotient (AQ) worden de cijfers per vraag opgeteld, waarvan sommige cijfers omgescoord worden (1 wordt bijvoorbeeld 4 en 2 wordt 3). De originele cutoff score voor het AQ was 32 (Baron-Cohen et al., 2001), maar Broadbent et al. (2013) vonden dat de optimale cutoff score 29 bedraagt. Toch moet deze voorzichtig geïnterpreteerd worden, omdat deze cutoff 14,4% valse negatieven en ongeveer 1% valse positieven als gevolg heeft. Verder leidt boven 29 scoren niet tot een diagnose ASS, want de AQ-vragenlijst is een screener en geen diagnostische tool. Het meet hoeveel autistische kenmerken aanwezig zijn bij een persoon, maar niet of iemand al dan niet autisme heeft (Broadbent et al., 2013).

### **Procedure**

#### ***Rekrutering***

De participanten werden gerekruteerd via sociale media met een digitale flyer<sup>12</sup> die verder verspreid kon worden door deze te 'delen'. Wie interesse had, kon de onderzoeker via e-mail contacteren. Om zoveel mogelijk mensen binnen de gewenste doelgroep te bereiken, contacteerde de onderzoeker organisaties die in contact staan met, en/of zich inzetten voor LGBTQIA+-rechten en organisaties die neurodiverse personen een stem willen geven. Via hun netwerk konden personen worden bereikt die zowel op het autisme- als op het genderspectrum zitten. Hiervoor werden mails gestuurd naar TIP, Çavaria, Aut & Out, Transgenderkring, Vlaamse Vereniging voor Autisme en Autisme Centraal, met de vraag of de flyer door hen gedeeld kon worden. Dat is ook gebeurd.

---

<sup>12</sup> zie bijlage 2

## **Onderzoeksdesign**

'Nothing About Us Without Us', vooropgesteld door de autistische gemeenschap, stelt dat in onderzoek over autisme, de medewerking en ervaringen van de autistische gemeenschap centraal zouden moeten staan (Gratton, 2019). Onder dat motto besloot de onderzoeker het onderzoek zo participatief mogelijk te maken. De interviewvragen werden zo autismevriendelijk en inclusief mogelijk geformuleerd. Dit met behulp van de feedback van drie vrienden van de onderzoeker. Deze personen hebben elk ASS en een genderdiverse identiteit. De onderzoeker ging met elk van hen apart in gesprek, zoals ze zou doen met haar participanten, maar vroeg erna telkens feedback. Op basis van de feedback paste de onderzoeker haar interviewvragen<sup>13</sup> en bijkomende vragenlijsten (AQ-vragenlijst en participantenvragenlijst<sup>14</sup>) aan.

Eenmaal de vragen op punt stonden, begonnen de echte interviews. De participanten werden elk afzonderlijk uitgenodigd om met de onderzoeker in gesprek te treden over hun beleving van hun diagnose ASS en gendergerelateerde gevoelens. Dat gebeurde nadat ze eerst een geïnformeerde toestemmingsbrief hadden ondertekend (informed consent of IC)<sup>15</sup>. De gesprekken duurden tussen 35 minuten en 2 uur en waren face-to-face of via videochat. Met toestemming van de participanten werd er een geluidsopname van de gesprekken gemaakt. De onderzoeker kreeg hiervoor van alle participanten de toestemming via hun IC.

De gesprekken verliepen volgens de structuur van een semi-gestructureerd diepte-interview, met als belangrijkste thema's: de beleving van neurodiversiteit en transgender gevoelens, coming-out, de reactie en eventuele steun van de dichte omgeving en hulpverlening en de manier waarop ASS al dan niet inspeelt op genderidentiteit en omgekeerd<sup>16</sup>. Na het interview stuurde de onderzoeker de zorgkaart<sup>17</sup> van TIP en contactgegevens van Tele-Onthaal<sup>18</sup> door via mail naar wie er nog niet mee bekend was. Eenmaal de interviews getranscribeerd waren, kregen zij de kans om hun uitgetypte interview te lezen. Ze mochten zaken uit de tekst halen en anders verwoorden om eventueel ervaren misconcepties recht te zetten. De onderzoeker deelde expliciet mee dat ze mochten ingrijpen, maar geen van de participanten gaf echter aan hier nood aan te hebben.. De onderzoeker deed hierdoor aan 'member checking' of doelgroepoetsing van de data, om de geloofwaardigheid en authenticiteit van deze data te waarborgen (Treharne & Riggs, 2014).

---

<sup>13</sup> zie bijlage 4

<sup>14</sup> zie bijlage 5 en 6

<sup>15</sup> zie bijlage 3

<sup>16</sup> zie bijlage 4

<sup>17</sup> <https://transgenderinfo.be/f/zorgaanbod/> link naar zorgkaart TIP

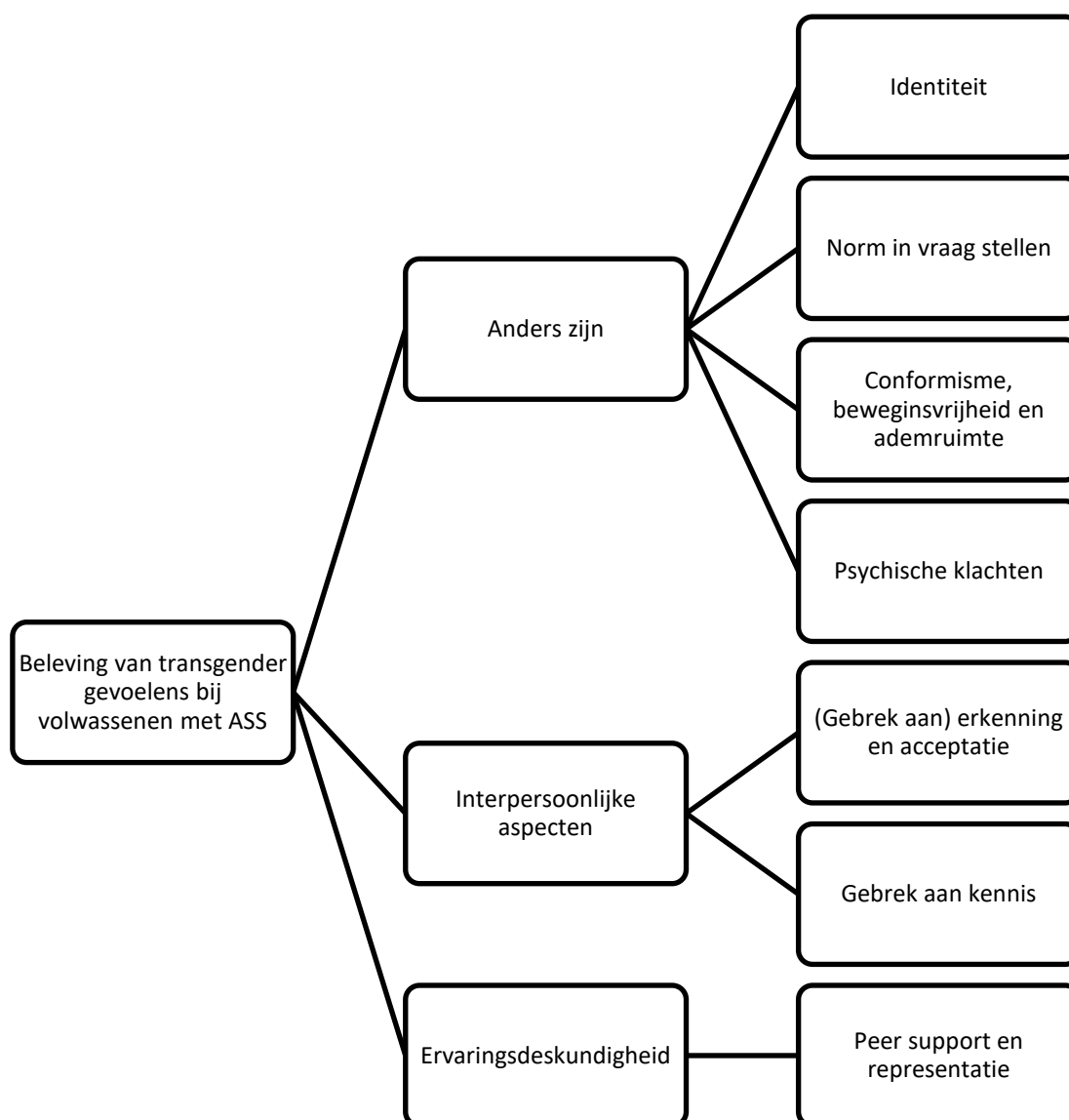
<sup>18</sup> [https://www.teleonthaal.be/?gclid=Cj0KCQjwm6KUBhC3ARIsACIwxBjWxpZ7\\_DHiX7srapMgZrwgtn1BOmiTguQ5GOI7a-fle064S8c7kX8aArZPEALw\\_wcB](https://www.teleonthaal.be/?gclid=Cj0KCQjwm6KUBhC3ARIsACIwxBjWxpZ7_DHiX7srapMgZrwgtn1BOmiTguQ5GOI7a-fle064S8c7kX8aArZPEALw_wcB) link naar Tele-Onthaal

### **Data-analyse**

Eenmaal de interviews waren uitgeschreven, werden ze stapsgewijs geanalyseerd. De aanpak hiervoor is gebaseerd op de thematische analyse binnen psychologisch onderzoek volgens Braun en Clarke (2006). Die analyse omvat zes stappen. (1) Ten eerste werden de interviews door de onderzoeker zelf getranscribeerd om vertrouwd te raken met de data. Daarna las de onderzoeker alle interviews tweemaal en maakte ze extra notities. (2) Vervolgens kende de onderzoeker initiële codes toe aan de data. Dit waren voornamelijk sleutelwoorden en gevoelsexpressies. (3) Dan ging ze na welke terugkerende thema's er uit de verhalen van de participanten naar voor kwamen, waarbij een eerste rode draad werd ontdekt. (4) Verder nam de onderzoeker deze initiële thema's grondig door om te verzekeren dat ze zo dicht mogelijk bij de data stonden. (5) Dan werden de uiteindelijke thema's benoemd en gedefinieerd om tot slot (6) de rapportage van de resultaten van de data-analyse te bekomen. De rapportage is te lezen onder het onderdeel 'Resultaten' van deze masterproef.

### **Resultaten**

Uit de dataverzameling, in functie van de onderzoeksvragen, kunnen we drie thema's onderscheiden: (1) anders zijn, (2) interpersoonlijke aspecten en (3) ervaringsdeskundigheid. Het thema 'anders zijn' omvat het gevoel nergens bij te horen en niet aan een norm te (willen) voldoen. Daarbij komt het zich voortdurend moeten conformeren aan de ander kijken, met eventuele psychische klachten tot gevolg. De subthema's hier zijn 'identiteit', 'norm in vraag stellen', 'conformisme, bewegingsvrijheid en ademruimte' en 'psychische klachten'. Het tweede thema 'interpersoonlijke aspecten' omvat de context waarin de participanten zich bevinden en de houding van de mensen rondom hen tegenover het autisme en de genderidentiteit van de personen in de steekproef. Hier zijn de subthema's '(gebrek aan) erkenning en acceptatie' en 'gebrek aan kennis'. Het laatste thema 'ervaringsdeskundigheid' buigt zich over de kennis en ervaringen die lotgenoten met elkaar delen, waardoor deze transgender en genderdiverse doelgroep met ASS zich gesteund kan voelen. Het subthema hier is 'peer support en representatie'. Deze thema's zijn opgebouwd uit de ervaringen van participanten en bijhorende raad voor lotgenoten, hulpverleners van de doelgroep en particuliere derden. Figuur 1 is een visuele weergave van de genoemde thema's en subthema's.



**Figuur 1.** Thematische kaart van de bekomen thema's

## **Anders zijn**

### ***Identiteit***

De doelgroep van deze steekproef heeft zowel ASS als transgender of genderdiverse gevoelens. Deze hebben een impact op het gedrag en het identiteitsgevoel van de personen die deze combinatie van kenmerken hebben. Zo vallen volgens bijna alle participanten (n=9) hun autisme en transgender gevoelens niet los van elkaar te zien, maar zijn ze een deel van hun persoonlijkheid.



*“Waar begint het autisme en waar begint het queer-zijn, I don’t know. En dat is awesome, want het zijn allebei spectrums waarop je je beweegt. Ze zijn allebei inherent aan mij, ik denk dat het een voortdurende wisselwerking is. Ik heb geen last van normen, dus ik kan beter mijn eigen queer-zijn accepteren en ja, ik geloof wel dat je gewoon queer geboren wordt. En ik denk dat het elkaar meer beïnvloedt in de omgang met dingen. Mijn autisme is niet anders omdat ik queer ben en mijn queer-zijn is niet anders omdat ik autistisch ben, het is eerder hoe ik ermee omga. Het is voortdurend in dialoog met elkaar, omdat dat twee dingen zijn inherent aan mij.” (I, 30 jaar)*

Zeven participanten vertelden dat ze denken dat hun transgender of genderdiverse gevoelens gerelateerd zijn aan hun ASS. Ze beschouwen autisme niet als dé oorzaak van hun gendergerelateerde gevoelens, maar eerder als een algemene manier van denken, als de bril waardoor ze de wereld waarnemen en interpreteren. Anders verwoordt door participant **D (42 jaar)** is autisme een manier van denken en kijken naar zaken, en hoe ermee om te gaan. Omgekeerd is gender volgens haar een beleving. Zo heeft ASS volgens **B (25 jaar)** effect op haar genderdysfore gevoelens. Wanneer haar baardhaar teruggroeit, heeft ze enorm last van het sensorische aspect ervan. Dat is moeilijk weg te filteren, het doet haar nog meer genderdysfoor voelen.

*“Allez, als je autisme hebt, dan denk je automatisch wel anders. Ik heb al veel gehoord van andere mensen dat ik gewoon anders denk of raar denk of rare dingen doe, dus ik denk dat een niet-standaard manier van denken wel invloed heeft op mijn genderidentiteit.” (A, 24 jaar)*

Volgens twee participanten kan ASS een fixatie op gendergerelateerde thema’s met zich meebrengen.

*“Op mijn ervaring vanuit het autisme... een van de redeneringen die heel sterk terugkomen in die gendergerelateerde dingen, is daar heel diep over nadenken en dat gaan afwegen en gaan uitpluizen en tot het uiterste willen gaan ten koste van veel dingen soms. Zonder het te beseffen.” (D, 42 jaar)*

Verder rapporteerden vier participanten zich te identificeren met ‘queerness’<sup>19</sup>. Iemand vindt het een veelomvattend label. Queer-zijn uit zich voor hen in hun genderidentiteit, seksualiteit en neurodiverse kijk op het leven. Het label biedt hen ook bewegingsruimte om hun identiteit verder te ontdekken.

*“Het afwijken van de norm is ook gewoon hoe je je voelt per dag. Wat ik zeg van “ik verkleed mij elke dag”, dat is voor mij mijn uiterlijk vertoon van queer-zijn en mijn innerlijk vertoon van queer-zijn is dan... denk ik mijn seksualiteit zelf. Dat is mijn eigen persoonlijke invulling hé. Ik weet dat dat niet de gangbare manier is van het te bekijken en daarom dat ik het liefst op beide facetten queer plak, omdat ik dat fijn vind. Dan heb ik het gevoel dat ik bewegingsruimte heb.” (I, 30 jaar)*

Binnen deze steekproef kwamen er twijfels (n=7) in de verhalen naar boven. Dat blijkt voor velen een onderdeel uit te maken van hun identiteitsontwikkelingsproces als neuro- en genderdiverse persoon. Zo twijfelden drie deelnemers ooit wel eens of hun diagnose ASS wel klopte. Verder ook of een persoonlijkheidskenmerk puur deel uitmaakt van hun persoonlijkheid of te wijten is aan hun autisme. Deze twijfels reiken ook tot hun gendergerelateerde gevoelens. Voor drie personen kwamen deze gendertwijfels vooral tot uiting in hun puberteit. **B (25 jaar)** wist bijvoorbeeld eerst niet of haar lichamelijk ongemak genderdysforie (GD) was of dat ze zich ongemakkelijk voelde door alle lichamelijke veranderingen en overprikkeling, wat dan eerder te maken zou kunnen hebben met autisme. Twijfels horen bij hun proces, al kwamen participanten uiteindelijk oog in oog te staan met aspecten van hun identiteit die ontdekt en ontplooid moesten worden.

*“Ik heb wel bepaalde twijfels gehad, maar op een bepaald moment ben ik echt met mijn kop tegen de lamp gelopen en heb ik zo gezien dat je niet van jezelf kunt blijven weglopen.” (J, 23 jaar)*

### **Norm in vraag stellen**

Bijna alle participanten (n=9) gaven aan bestaande normen in vraag te stellen. Zo stelden acht van hen dat dit komt door hun ‘anders denken’ of hun door autisme beïnvloede blik op de wereld. Mensen gaven aan hierdoor niet vatbaar te zijn voor sociale conventies, zoals bijvoorbeeld gender, omdat die deze conventies niet snappen. Daarbij komt dat vier deelnemers aangaven actief afstand te doen van de norm. Voor één persoon was dit omdat haar niet

---

<sup>19</sup> queer: paraplu-begrip voor mensen buiten de (heteroseksuele, cisgender of neurotypische) norm. Vroeger als scheldwoord gebruikt voor ieder die ‘anders’ of ‘vreemd’ was, maar ondertussen herwonnen als positief woord door de queer gemeenschap (Barker, 2016).

verklaard kon worden waarom een bepaalde norm er is. Een andere participant zei dat, als er geen logica uit een concept te putten viel, ze het als nihil verklaarde.

*“Je leeft zo in een wereld waar allemaal wetten zijn en die voelen gewoon super random. Ik voel daar ontzettend veel afstand toe. Ik wil het niet als een optelsom zien, maar je bent twee keer anders<sup>20</sup>. En misschien helpt dat zo gemakkelijker om met de norm te breken.” (I, 30 jaar)*

In tegenstelling tot het stereotiepe zwart-witbeeld dat mensen lijken te hebben over autistische personen zeiden acht participanten heel kritisch naar de wereld te kijken en net open te staan voor verschillende vormen van diversiteit. Participant **E (22 jaar)** benoemde hun denken soms als zwart-wit, maar vaak ook als grijs. In dit citaat kaart een participant de schoonheid van diversiteit aan:

*“Er is ongelooflijk veel rijkdom te putten uit diversiteit die ons echt gaat helpen als mensheid om te overleven en dat meer gesloten denken ja... . Mensen die ervaringen hebben waarin we op het eerste zicht niet veel in herkennen, die gaat men wegduwen. Dat zorgt gewoon voor destructie en het omgekeerde dus.” (F, 43 jaar)*

Twee participanten, beide transgender vrouw, vertelden door hun autisme toch even vast te hebben gezeten in dat zwart-witdenken over bijvoorbeeld gender.

*“Ik denk dat ik mij vastgehouden heb aan die genderregels, die ongeschreven regels, net door mijn autisme. Had ik mijn autisme niet gehad, was ik daar misschien wat losser mee omgegaan en was ik misschien wél gaan dansen omdat ik mij niet beperkt voelde door rigide denkwijzen.” (D, 42 jaar)*

Al bleek niet iedereen last te hebben van de bestaande regels en denkwijzen. Sommigen (n=4) vertelden net vrede en rust te vinden in hun autistische denken over normen. Het laat hen toe hun zin te doen.

*“Ik kon aanvaarden dat ik niet met de logica van de maatschappij moet meegaan, maar dat ik gewoon voor mezelf moet beslissen wat ik wel of niet juist vind. Dat ik eerder autonoom geworden ben daardoor, omdat ik besef dat ik eigenlijk niet gemaakt ben om*

---

<sup>20</sup> genderdivers en neurodivers

*deel te zijn van, maar een verandering te brengen in de maatschappij, of toch in de denkwijze van de mensen. En dat te kunnen omarmen.” (H, 34 jaar)*

Tot slot valt op dat alle participanten met een niet-binaire genderidentiteit aangaven de gekende hokjes te verwerpen als het bijvoorbeeld op hun gender aankomt, maar dat de twee participanten die er meer moeite mee bleken te hebben, beiden een binaire genderidentiteit invullen, als transgender vrouw.

### **Conformisme, bewegingsvrijheid en ademruimte**

Ondanks de capaciteit te kunnen afstappen van een norm, gaat dit niet voor elke participant op elk moment door stigma of onbegrip. De meeste deelnemers (n=8) gedroegen of gedragen zich volgens de sociale verwachtingen door middel van te maskeren, door zich zo weinig mogelijk autistisch te gedragen. Twee participanten benoemden dit als “hun tweede natuur”, één persoon zelfs als “een overlevingsstrategie”. Anderen (n=2) passen hun klederdracht aan om veilig op straat te kunnen. Verder maakt een participant zich zorgen dat ze mensen zich ongemakkelijk doet voelen in bijvoorbeeld gegenderde toiletten, waardoor ze een volledige dag vermijdt naar het toilet te gaan. Vier participanten gaven aan zich op de achtergrond te houden, omdat die doorheen hun leven leerden dat die onzichtbaar moesten zijn. Zo vertelden vier participanten letterlijk het gevoel te hebben (gehad) zichzelf niet te kunnen zijn of te mogen uiten hoe die het zelf wilden.

*“Je leert gewoon om jezelf niet te zijn, want jezelf zijn wordt bestraft.” (C, 29 jaar)*

Dit komt in de weg te staan van hun identiteitsontwikkeling.

*“Je probeert gewoon al heel jouw leven onzichtbaar te zijn. En dan denk je, ja... je stelt je daar geen vragen bij. Je stelt je niet de vraag van ‘Wie ben ik?’, want het enige dat je doet en denkt is ‘Ik wil dat de rest mij graag heeft.’” (C, 29 jaar)*

Voor enkele participanten (n=2) komt dit zich voortdurend conformeren aan een norm voort uit de wens om erbij te horen. Anderen (n=3) voelen zich gedwongen, door bijvoorbeeld de schoolcontext, om zich te gedragen volgens de verwachtingen van de ander en voelen dat dit niet wederzijds is.

*“Toen ik het echt probeerde, toen ik het echt begon te leren<sup>21</sup>, toen werkte het niet meer, omdat mijn klasgenoten helemaal niet wisten van dat autisme. Ja, ik moest mij aanpassen voor hen, maar zij pasten zich niet aan voor mij” (G, 20 jaar)*

Verder gaf elke deelnemer aan behoefte te hebben aan bewegingsvrijheid en ademruimte om tot die identiteitsontwikkeling en -ontdekking te komen, bevorderlijk voor zelfontplooiing. Wat door het zich voortdurend conformeren (deels) is uitgebleven. Zo zijn er verschillende mogelijkheden waarmee we die ademruimte kunnen creëren. Wat bijvoorbeeld als positief werd ervaren, was als hun omgeving geduld voor hen had en empathie toonde voor hun situatie, die er één was van veel op hun bord te hebben door autisme én hun genderzoektocht (E, 22 jaar).

Bovendien is er, zoals vermeld onder het subthema ‘identiteit’, heel wat twijfel aanwezig bij de steekproefparticipanten. In het proces van identiteitsvorming en transitie hechten ze veel belang aan de tijd en ruimte krijgen om te proberen. Zo vertelde iemand dat die zich erg gerustgesteld voelde toen hun psycholoog zei dat die een nieuwe naam mocht proberen en dat zoiets niet hoefde vast te staan. Een andere participant kwam enkele jaren geleden al in aanmerking voor genderaffirmerende hormonen, maar heeft die toen nooit gebruikt omdat ze zich er nog niet helemaal klaar voor voelde. Ze is onlangs begonnen met een hormoonbehandeling die haar gendereuforie geeft, wat niet het geval zou zijn geweest mocht ze er de extra bedenktijd niet voor hebben gekregen. “Dat ze mij gewoon laten doen”, zei B (25 jaar).

*“Ja, ook dus inderdaad om het te kunnen uitproberen, om het niet te veroordelen, om dingen te laten zijn soms zoals ze zijn...euh ja, ruimte laten om te experimenteren.” (J, 23 jaar)*

Enkele participanten (n=3) deelden mee dat het behulpzaam was geweest dat ze zichzelf de ruimte hadden geven om hun genderidentiteit stap per stap te ontdekken. Sommige (n=4) gaven aan hier nog een beetje zoekende in te zijn, zoals met hun seksuele oriëntatie. Hier rapporteerden bijna alle (n=5) genderdiverse participanten die voor zichzelf (onder andere) het label non-binair en/of genderqueer gebruiken, dat zo'n label hen ademruimte geeft. Een deelnemer vindt dit label veilig en veelzijdig aanvoelen. Toen die na hun coming-out veel nood had om in een nieuw genderhokje te zitten, maar zich tegelijkertijd over tijd heen bewoog op het genderspectrum, vond die non-binair een gepast nieuw hokje. Volgens hen bood het de

---

<sup>21</sup> maskeren, met hun autisme omgaan

speelruimte voor hun genderfluiditeit. Het eerder vernoemde ‘queer’ biedt een gelijkaardige veiligheid voor twee participanten. Hieronder een tip voor lotgenoten:

*“Doe veel research over de onderwerpen en zorg ervoor dat je jezelf ook goed voelt en dat je je niet forceert. [...] En vooral, neem de tijd om van alles te ontdekken, want als je jezelf zo probeert te forceren om alles direct te weten of te doen, dan komt het ook niet goed. Want soms ben ik ook een beetje te snel bij mijzelf aan het gaan, terwijl ik eigenlijk gewoon kan zeggen van: ‘Ik moet nu nog niet weten wat mijn identiteit precies is, ik moet gewoon nog even mezelf wat verder ontdekken en dan pas een label op plakken’.” (G, 20 jaar)*

Vervolgens waarden participanten (n=4) de moeite die hun omgeving al heeft gedaan in het lenigen van hun autismenoden, zoals het behouden van een structuur. Zo kreeg **G (20 jaar)** meteen hulp van de ouders na hun diagnose. Twee participanten voelden dat die letterlijk de ademruimte kregen om te ontspannen. De ouders van **I (29 jaar)** begrijpen het als die alleen op haar kamer wilt eten na een lange werkdag en doen daar niet moeilijk over. Het is behulpzaam voor sommigen (n=2) om letterlijk fysieke ruimte te krijgen door even met rust gelaten te worden.

*“Er is begrip als er iets niet snel genoeg lukt bij mij of als ik verward ben over een taak die ze mij geven of als ik overprikkeld geraak. Dat is dan ook weer van: ‘Oké, dat is gewoon omdat die autisme heeft... en we kunnen daar zo of zo of zo mee helpen of we laten die gewoon even met rust’.” (E, 22 jaar)*

### **Psychische klachten**

Elk van de geïnterviewde personen gaf aan ooit psychische klachten te hebben gehad of leed er aan in de periode wanneer hun interview werd afgenomen. Dit waren voornamelijk genderdysforie (GD) (n=9) met soms dissociatieve klachten tot gevolg (n=2), stemmingsklachten (n=8) zoals depressieve gevoelens, angstklachten (n=3), stressklachten (n=2) en gebrek aan energie (n=7). Bij twee participanten evolueerden de psychische klachten tot fysieke kwalen, zoals buikpijn van de stress. Een handvol participanten (n=4) zei ooit gedacht te hebben aan suïcide. Vier deelnemers hebben een geschiedenis van psychiatrische opname, elk van hen is meerdere malen opgenomen geweest. De reden van opname was meestal depressieve gevoelens. Vier participanten kregen andere foute diagnoses alvorens voor die hun diagnose ASS kregen. Iemand kreeg de diagnose borderline

persoonlijkheidsstoornis en de rest (n=3) waren volgens clinici hoogsensitief. Zo bleven participanten in het verleden met vragen over zichzelf zitten.

Veel personen voelden zich mentaal beter eens ze wisten waarom ze zich op een bepaalde manier voelden en gedroegen. Bij zeven participanten, waarvan kenmerken van autisme gepaard gingen met veel schaamte en terugtrekking, heeft het stellen van de diagnose ASS gezorgd voor meer zelfbegrip en zelfzachtheid. Voor iedereen bracht de diagnose ook ondersteuningsfaciliteiten met zich mee, zoals een anti-coach, autisme psycholoog of GON-begeleider<sup>22</sup>.

*“Heel veel mensen zeggen van ‘Een diagnose is een label en je draagt dat altijd met u mee’, dat is helemaal niet het gevoel dat ik heb. Die diagnose is echt een bevrijding geweest voor mij.” (H, 34 jaar)*

Al botsten participanten ook op de harde realiteit van de diagnose. **J (23 jaar)** had die diagnose, ondanks de verschillende voordelen, liever niet gehad, omdat ze voelt dat het label er telkens voor zorgt dat er een drempel is waarover ze moet door het bestaande stigma rond ASS. **C (29 jaar)** beseft door de diagnose dat die nog een hele weg af te leggen heeft.

*“Oké, dit gaat ook niet over, het gaat ook effectief niet over als ik meer mijn best doe. Alez ja, aan de ene kant heeft het mij rust gegeven van ‘Oké het is nu zo’, aan de andere kant was het ook heel frustrerend van ‘Het is nu zo, ik moet daar ook maar mee om’.” (C, 29 jaar)*

Veel van de psychische klachten van deze doelgroep lijken voort te komen uit hun gevoel van anders-zijn, zichzelf niet kunnen zijn. Psychische klachten vielen (voor een deel) weg eenmaal participanten het gevoel hadden hun ware zelf te mogen zijn en de ruimte kregen om op ontdekking te gaan. Situaties, gedragingen of uiterlijke kenmerken die leiden tot gendereuforie bleken een positief effect te hebben op de gemoedstoestand van alle participanten. De term gendereuforie lijkt dan ook gepast voor dergelijke ervaring.

Tot slot lijken de psychische klachten van heel wat personen weg te vallen of net versterkt te worden door interpersoonlijke aspecten, zoals de houding van hun omgeving of de kwaliteit van de hulpverlening.

---

<sup>22</sup> geïntegreerd onderwijs begeleider: iemand die extra ondersteuning biedt in het regulier onderwijs

## Interpersoonlijke aspecten

### **(Gebrek aan) erkenning en acceptatie**

*“Als je met een gebroken been naar de dokter gaat, dan gaat die niet zeggen ‘Zeg da’s bullshit, daag!’.” (F, 43 jaar)*

Zeven participanten ondervonden binnen de hulpverlening en in hun dichte omgeving een gebrek aan erkenning voor hun autisme-ervaring. Vier ervan kregen zoals eerder vermeld zelfs een verkeerde diagnose. Vier participanten voelden alsof die hun dichte omgeving en/of hulpverleners moesten overtuigen dat die autisme hebben en om het diagnoseproces in gang te zetten. De bezorgdheden van de participanten werden afgewimpeld. Drie personen kregen de nodige diagnoses en faciliteiten pas na te veranderen van hulpverlener. Voor sommigen (n=2) was dit omdat hulpverleners vonden dat die sociaal sterk waren of te goed over hun emoties konden praten, waardoor autisme volgens hen niet aan de orde was.

*“Dan heb ik de maatschappelijk werkster van school moeten overtuigen. Dus het was al een paar jaar dat ik het moeilijk had en ja... ik had dan van iemand die wél de diagnose autisme had gekregen, gehoord van: ‘Die psychologe is een goeie, ze hebben mij doorverwezen vanuit de studentenvoorzieningen’. Dus ik naar die studentenvoorzieningen: ‘Verwijs mij door!’ <<lacht>> En die zo van: ‘Ja maar ben je dat zo zeker? Ik denk niet dat het zo is’ en ik zo: ‘Ja, ja, toch wil ik dat je mij doorverwijst’. Dan heeft ze dat toch gedaan en dan ben ik dus bij die psychologe terechtgekomen die wél gespecialiseerd is in autisme.” (C, 29 jaar)*

Het is opvallend dat dit probleem zich voornamelijk voordeed bij de geboren vrouwen in de steekproef (n=3 van de 4).

De helft van de deelnemers (n=5) hoorde mensen in hun dichte omgeving die over zichzelf praten, zeggen dat die “autistische trekjes hebben” of dat “iedereen een beetje autistisch is”. Deze uitspraken vanuit een neurotypisch discours worden door enkele deelnemers (n=4) als kwetsend en/of toendoof ervaren.

Het gebrek aan erkenning doet zich niet alleen voor wat betreft de autismeden en-ervaringen van de steekproefparticipanten, maar ook bij hun genderidentiteit. Deze miskennis uitte zich voor de meesten (n=8) bijvoorbeeld in het (expres) niet gebruiken van hun geprefereerde voornaamwoorden, omdat het “te moeilijk is”, “taalkundig gezien niet klopt” en “te verwarrend” zou zijn. Vooral bij de personen die (onder andere) ‘die/hun’-voornaamwoorden



gebruiken (n=5). Vervolgens hadden geliefden het ook moeilijk met de transitie van hun partner. Bij één participant heeft haar transitie tot een scheiding geleid, omdat haar partner zich voorgelogen voelde.

Verder waren twee deelnemers in de periode van het interview nog niet uit de kast bij hun ouders voor hun genderidentiteit, omdat die zich niet veilig voelden dit met hen te delen. Zo zijn er (n=4) deelnemers die wél uit de kast zijn over hun gender bij hun familie en die zich helemaal niet erkend of zelfs verstoten voelen.

*“Er werd precies echt een afstand gecreëerd tussen mij en mensen. Het kan zijn dat ik dat voor mezelf zo geïnterpreteerd heb, maar dat was zo van: ‘Wow die mensen nemen precies afstand van mij’ en dat gevoel kwam vooral doordat een deel van de familie ook in het begin en nu nog altijd een deel niet tegen mij gesproken heeft of spreekt. Op familiefeesten ofzo, die wandelen mij dan gewoon voorbij.” (J, 23 jaar)*

Vervolgens werd één participant ontslagen van hun job, omdat de nieuwe naam en non-binaire genderidentiteit volgens hun collega's te verwarrend zou zijn voor de kinderen waaraan die les gaf. Eén participant bleef ook een maand thuis van zijn werk met angstklachten te wijten aan het constant misgenderd worden door collega's en zich dus geïnvalideerd te voelen in zijn identiteit.

Binnen de genderhulpverlening hadden voornamelijk non-binaire personen in transitie last van miskennis van hun noden. Zo vertelden twee participanten het lastig te hebben gevonden om in aanmerking te komen voor genderaffirmerende ingrepen. Iemand vertelde zelfs een anekdote over de ervaring van hun genderdiverse vrienden in de transgenderzorg.

*“Ik ben non-binary en het idee van... ja, toen was enkel ziekenhuis X de transgenderzorgspecialist in Vlaanderen, dat genderteam daar. Die hebben heel lang gezegd van: ‘Je kan bij ons zorg krijgen, maar dan moet je wel verklaren dat je 100% man of vrouw bent’ en voor mij is dat gewoon complete onzin. Ik wist dus: ‘Daar ga ik nooit naartoe.’ Ook omdat ik ondertussen mensen had leren kennen die daarheen waren geweest en allemaal logen om de zorg te krijgen die ze nodig hadden. Die logen allemaal en ik had iets van: ‘Ik kan dat niet en ik wil dat niet doen.’ Uiteindelijk is de wet dan toch veranderd en gelukkig... je moet niet meer gesteriliseerd worden en je moet niet meer alle behandelingen doen.” (F, 43 jaar)*

Alle deelnemers vertelden dat de miskenning van hun ASS en/of hun genderidentiteit een mentale tol eiste of had geëist. Door hen te erkennen in hun identiteit en hun noden helpen we ze al veel vooruit. Dit kan al door bijvoorbeeld te anticiperen op lichaamstaal, wanneer iemand zich ongemakkelijk voelt in een prikkelrijke situatie. Of de personen benaderen met hun huidige naam of met de correcte voornaamwoorden. Drie participanten vertelden daarbij dat het zich erkend voelen in hun genderidentiteit verder reikt dan aangesproken te worden met correcte voornaamwoorden. Deze gaven aan het liefst gepercipieerd te worden als het gender dat ze zich voelen. **B (25 jaar)** zei dat het haar gendereuforie geeft wanneer ze gezien wordt als de vrouw die ze zich voelt.

Voor velen (n=7) begint de erkenning en acceptatie bij gehoord worden wanneer ze hun gevoelens delen. Een participant gaf aan dat het belangrijk is om mensen in hun totaliteit te zien en niet te benaderen vanuit één problematisch aspect. Zo vindt iemand anders het heel moeilijk wanneer haar ervaringen in vraag gesteld worden of wanneer alles verhaald wordt op haar autisme.

*“Ja, en ook niet alles in vraag stellen, in de zin van... ik heb heel hard het gevoel bijvoorbeeld dat als ik het over iets heb, dat het is van: ‘Je interpreteert dat anders of ziet dat anders, door uw autisme lukt dat niet goed.’ [...] Enerzijds heb ik iets van: ‘Denk maar wat je denkt’, maar aan de andere kant heb ik niet het gevoel dat ik in dat hokje pas, omdat ik al heel veel mensen heb gezien met ASS en dan denk ik: ‘Ja, ik zie hier evenveel verschil als met elke andere persoon’. Ik heb het daar heel moeilijk mee, omdat er wordt gezegd van: ‘Mensen met ASS zijn zo, zo, zo en zo’.” (J, 23 jaar)*

Participanten willen dus hun verhaal kunnen doen zonder meteen in een hokje geduwd te worden. Het is belangrijk te erkennen dat niet elke persoon op het autismespectrum hetzelfde is en daarbij niet dezelfde noden heeft. Eén persoon zei dat die graag had gehad dat er bij hun transitie in de genderhulpverlening méér rekening werd gehouden met hun autisme. Vervolgens vertelden vijf participanten heel sociaal vaardig te zijn en energie te halen uit sociaal contact, terwijl drie participanten aangaven eerder verlegen te zijn. Personen met eenzelfde label mogen dus niet over dezelfde kam worden geschoren. Dit geldt ook voor gendergerelateerde labels en de bijhorende beelden die mensen erover hebben. Hieronder een boodschap van een participant toen ze met haar genderidentiteit uit de kast kwam:

*“Het heeft niet megaveel met jou te maken, het heeft met ons te maken, het heeft te maken met het feit dat ik voor mezelf kies en ik aan jou vraag om mij te zien voor de persoon die ik ben en niet voor de persoon die jij van mij gemaakt hebt.” (H, 34 jaar)*

Verder gaven deelnemers (n=5) aan door hun naasten en hulpverleners ernstig genomen te willen worden en zich als gelijke willen voelen. Dit gevoel kan opgewekt worden door bijvoorbeeld slimme, gedurfde vragen te stellen en hen aan het denken te zetten over zichzelf. Volgens **I (29 jaar)** leidden zulke vragen tot verfrissende inzichten die zeer behulpzaam waren. Wat ook gewaardeerd wordt, is wanneer hulpverleners over taboe-onderwerpen durven spreken, zodat de cliënt weet dat er ook over zulke zaken gepraat kan en mag worden.

*“Durf spreken wat er speelt, dus die openheid creëren en bestaande houden, dat vind ik ook echt belangrijk. Ja, er is zoveel taboe dat in mijn ogen geen taboe hoeft te zijn.” (J, 23 jaar)*

### **Gebrek aan kennis**

Elke deelnemer ondervond dat veel van de miskenning die de omgeving hen gaf, het gevolg was van een gebrek aan kennis. Volgens een participant worden mensen afgeschrikt door het idee van transgender en genderdiverse identiteiten, omdat die er niet veel over weten. “Die overdrijven altijd”, klinkt het volgens de ouders van **G (20 jaar)**. Het probleem blijkt onder andere ook voort te komen uit de stereotiepe beelden die mensen hebben over de transgendergemeenschap.

Zo rapporteerden alle drie de transgender vrouwen in de steekproef dat ze als homoseksueel getypeerd werden toen ze nog niet uit de kast waren voor hun genderidentiteit. Gezien deze participanten aangaven zich toen vrouwelijker dan de gemiddelde man te hebben uitgedrukt, mogen we veronderstellen dat hun omgeving op basis van die expressie die assumptie deed. Dit stereotiepe beeld over gender en seksualiteit staat (gender)identiteitsontwikkeling in de weg.

*“Ik werd vaak gezien als vrouwelijke jongen, zo werd ik heel vaak gezien. Homo werd wel heel vaak gebruikt, maar ik had het gevoel dat zoiets niet bij mij paste, maar dat zegt iets over mijn geaardheid en niet mijn gender. [...] Die vervelende pesterijen zijn het niet per se, maar dat vervelend gedrag van mensen in het middelbaar rond homo... dat heeft mij wel beziggehouden. Zo echt alles rond mijn gender... ik stond te ver van mijn gevoel.” (J, 23 jaar)*

In de genderhulpverlening speelde kennisgebrek een rol toen drie participanten vertelden dat die hun hulpverlener, voornamelijk een psycholoog, moesten bijscholen over

allerhande transgender topics, zoals wat transgender identiteiten inhouden, het gebruik van correcte of genderneutrale voornaamwoorden en de psychische ervaring van transgender of genderdiverse personen. Daardoor voelden de participanten, de hulpvragers, dat die een sessie, bedoeld voor hen, verspild hadden aan de hulpverlener door (psycho-)educatie te geven. **C (29 jaar)** zei dat die geneigd was om geld terug te vragen voor de sessie waar die voor betaald had. Het kennisgebrek bij hulpverleners over genderdiversiteit deed zich vooral voor in sessies met de non-binaire participanten.

Naast stereotiepe beelden en ondermaatse kennis over genderdiversiteit heerst er volgens de participanten ook een vertekend beeld over ASS. Bij één persoon zorgde dit zelfs voor vertraging in stappen naar adequate zorg.

*“Vroeger hadden mijn ouders altijd een beeld van autisme zoals bij de film Rain Man. [...] precies alsof dat redelijk veel gaat over dat Savant Syndroom en dat is eerder ook gewoon enorm uitgesproken. Omdat zij zo een vrij verkeerd beeld hadden over wat autisme is, heeft het vrij lang geduurd eer ik die diagnose autisme heb gekregen.” (B, 25 jaar)*

Participanten vinden dat de hulpverlening ook tekortschiet in haar kennis over autisme. Een paar deelnemers (n=2) vonden dat die en hun gezin na de diagnose niet genoeg informatie meegekregen hadden en voelden zich aan hun lot overgelaten.

*“Mijn ouders waren daar ook een beetje zoals mij ingesmeten. Zij hebben daar ook niet veel informatie over gekregen en hebben daar ook geen begeleiding bij gehad. Wat ze nog steeds jammer vinden.” [...] Ik zeg altijd: ‘Ik heb geen handleiding mee, ik heb geen handleiding gekregen bij mijn diagnose, ik kan u daar ook niet veel bij helpen, maar kan wel een beetje afgaan op hoe ik mij voel.’” (A, 24 jaar)*

Een participant kreeg behalve te weinig informatie ook een boodschap mee die vertrok vanuit een neurotypisch oogpunt, wat volgens hen contraproductief was voor hun groeiproces.

*“Ik weet nog dat ik soms een jaar daarna<sup>23</sup> vroeg van: ‘Wat is autisme?’. Ik wist zelf niet eens goed wat het betekende of wat het was... Ik ben dan doorgegaan en heb dan geleerd en dan een begeleider gekregen, dan was het van: ‘Je bent iets anders dan de*

---

<sup>23</sup> na de diagnose ASS

*andere kinderen en daarom moet je leren om socialer te zijn en je aan te passen aan de samenleving.’ [...] Ik paste mij dan dus aan voor hen, maar zij niet voor mij!” (G, 20 jaar)*

Tot slot rapporteerden vier participanten het gevoel te hebben dat hun autisme- en genderhulpverlening niet tegemoet kon komen aan hun noden die voortkomen uit de interactie tussen hun ASS en GD. Een anti-coach, GON-begeleider of autismepsycholoog kon hen tips geven om te leren leven met autisme en hen daarin ondersteunen, maar de participanten leerden niet om als persoon met ASS met hun transgender gevoelens om te gaan. Verder vertelde **C (29 jaar)** dat hun autismepsycholoog hun genderervaring miskende door het aan autisme te wijten. Omgekeerd blijkt uit de ervaring van de deelnemers niet genoeg genderhulpverlening op maat te zijn, of toch niet voor hun gendertraject als autistisch persoon. Twee participanten getuigden enorm te hebben getwijfeld aan hun transitie, denken dat dit mede was door hun autisme en waren hier graag beter in begeleid geweest door hun genderhulpverleners.

## **Ervaringsdeskundigheid**

### **Peer support en representatie**

*“Zoek representatie waarin je jezelf terugziet, in plaats van je te veranderen naar wat je buiten jezelf ziet. [...] Zoek jezelf in anderen in plaats van jezelf te maken zoals anderen.” (F, 43 jaar)*

Alle participanten haalden informatie over autisme en/of gender op het internet, bijvoorbeeld op het sociale mediaplatform TikTok. Filmpjes bekijken van andere mensen met ASS hielp twee participanten hun eigen autisme beter te begrijpen. Iemand leerde via TikTok wat ‘stimming’<sup>24</sup> is en herkende dat gedrag bij zichzelf. **G (20 jaar)** vindt het belangrijk dat er voldoende representatie is, wat ervoor kan zorgen dat mensen zich bewust worden van andere identiteiten en ervaringen.

*“Wat de maatschappij kan doen is gewoon meer representatie. Er gewoon voor zorgen dat mensen weten wat ze moeten doen, hoe ze met zo’n mensen moeten omgaan en ja, gewoon meer ervaring met... dat is volgens mij de beste oplossing voor alles denk ik. Meer awareness dat mensen het begrijpen en dat er ook minder haat naar<sup>25</sup> is, haat naar het onbekende.” (G, 20 jaar)*

<sup>24</sup> zelfstimulerend gedrag, zoals bijvoorbeeld met de handen flapperen of repetitieve geluiden maken (Rajagopalan et al., 2013)

<sup>25</sup> naar gender-neurodiverse personen

Vervolgens zeiden alle participanten steun te putten uit het praten en optrekken met personen die ook autisme hebben en transgender of genderdivers zijn. Drie participanten vertelden dat die lotgenoten hadden leren kennen via het internet en daar ook geregeld contact mee hebben of hadden. De ene stond in contact met vrienden door samen te gamen, de andere chatte met gelijkgezinden via een LGBTQIA+-forum. Een andere manier om lotgenoten te ontmoeten is door te gaan naar infodagen over gender (en autisme).

Enkele participanten (n=5) haalden niet enkel kracht uit het kunnen luchten van hun hart bij mensen met dezelfde labels, maar ook door zelf een luisterend oor te bieden. Zo ondersteunt **C (29 jaar)** christelijke queer personen in hun kerk, geeft **I (30 jaar)** les aan autistische kinderen, doet **E (22 jaar)** stage bij een vereniging die (gender)diversiteit stimuleert en wil iemand zelfs een zine<sup>26</sup> maken over zelfontdekking voor transpersonen - al is dat nog geheim. Leven van een uitkering in plaats van voltijds te werken, heeft ervoor gezorgd dat **H (34 jaar)** de ruimte had om haarzelf beter te leren kennen en zo haar opgedane energie te steken in anderen:

*“[...] geen job moet hebben en dat ik gewoon met mezelf kan bezig zijn heel de tijd. Ik moet zeggen dat ik dan heel veel dingen heb geleerd, manieren om met dingen om te gaan die ik door kan geven aan mijn omgeving en dat is ook een heel mooi iets, omdat ik de mensen die daar geen tijd voor hebben nu een beetje kan verderhelpen door middelen die ik voor mezelf heb gedaan.” (H, 34 jaar)*

Tot slot vertelden zeven participanten dat hun vriendengroepen voornamelijk bestaan uit personen die ook neurodivers en/of queer zijn. Volgens **F (43, jaar)** is dit zo door toeval of door actief andere mensen weg te duwen, uit angst voor onbegrip. Al vonden enkele participanten (n=3) het noodzakelijk om naast hun vangnet aan lotgenoten, ook met andere personen te kunnen praten over hun ervaringen. Zij kunnen een ander perspectief bieden, want mensen die hetzelfde ervaren, kunnen elkaar in een gezamenlijke gedachtespiraal trekken, volgens **H (34 jaar)**. Daarom is het voor de deelnemers erg belangrijk dat cisgender, neurotypische hulpverleners voldoende kennis hebben over ASS en genderidentiteit. Zo kunnen de psychologen, coaches, lesgevers en dokters die niet té dicht bij de thematiek staan, hen ook tot op een bepaald punt begrijpen, ondersteunen en een veilige omgeving bieden.

---

<sup>26</sup> zelfgemaakt, gefotokopieerd tijdschrift op kleine schaal

## Discussie

In deze masterproef werd de beleving van transgender gevoelens bij volwassenen met ASS onderzocht. De volgende onderzoeksvragen stonden centraal: (1) Wat houdt een mogelijke wisselwerking tussen ASS en transgender of genderdiverse gevoelens in?, (2) Zijn de gevoelens en ervaringen van personen met een non-binaire genderidentiteit en ASS hetzelfde als die van personen met een binaire transgender identiteit en ASS? en (3) Hoe kunnen transgender en genderdiverse personen met ASS zich gesteund voelen?. Hieronder worden er antwoorden op de onderzoeksvragen geformuleerd, klinische implicaties gedeeld, sterktes en tekortkomingen van dit onderzoek aangekaart en suggesties voor verder onderzoek meegegeven.

## Bevindingen

(1) Op de eerste onderzoeksvraag werd geantwoord dat er inderdaad wisselwerkingen zijn tussen autismespectrumstoornis (ASS) en transgender of genderdiverse gevoelens. Dit bevestigt resultaten uit eerdere onderzoeken (Dewinter et al., 2017; Heylens et al., 2018; Hisle-Gorman et al., 2019; Jones et al., 2012; Pasterski et al., 2014;). In dit masterproefonderzoek gaven verschillende mensen aan zich anders te voelen door een combinatie van hun ASS en genderdysforie (GD). De meeste participanten voelen dat hun gendergerelateerde gevoelens uit hun autisme voortkomen, maar niet dat autisme dé oorzaak ervan is. ASS is een manier van denken en de bril waardoor de deelnemers naar zichzelf en de wereld kijken.

Verder maakt dit gevoel van anders zijn, door zowel ASS als genderidentiteit, het gemakkelijker om te breken met de norm, zoals Walsh et al. (2018) eerder concludeerden. Deze norm wordt door de steekproef namelijk in vraag gesteld. Een reden hiervoor is, zoals de participanten tijdens de interviews aangaven, dat ze moeite hebben met sociale codes en deze gewoonweg niet snappen, zoals ander onderzoek ook al vond (APA, 2013; Baron-Cohen, 1991; Baron-Cohen et al., 2001). In plaats daarvan beslissen ze hun eigen regels en beelden te volgen, zoals het invullen van hun identiteit op een niet-cisgender manier. Een autistisch denkkader brengt hier vrede en rust, het laat mensen toe hun zin te doen. Coleman-Smith et al. (2020) benoemden in hun onderzoek autisme als protectieve factor voor genderidentiteitsontwikkeling, omdat het de angst voor negatieve perceptie door anderen overschrijft.

Voor sommige personen met zowel ASS als een genderidentiteit die niet strookt met de cisgender norm, was breken met de gekende scripts over gender moeilijker. Dit kwam door hun rigide denkwijze als gevolg van hun autisme (APA, 2013). Zo kan dit er ook voor zorgen dat deze doelgroep zich fixeert op gendergerelateerde zaken, wat hun identiteitsvormings- of

transitieproces in de weg kan staan. Vervolgens bleek uit dit onderzoek dat ASS iemand zijn/haar/hun GD dus (tijdelijk) kan versterken, wat strookt met de bevindingen van Parkinson (2014). Deze verhoogde GD zou net komen uit die fixatie en focus op details te wijten aan ASS (Baron-Cohen et al., 2001). Al zou deze GD volgens Vanderlaan et al. (2015) geworteld zijn in obsessies en compulsies uit OCS, in plaats van in fixaties uit ASS.

Uit dit onderzoek kwam dat sommige transgender of genderdiverse personen door hun ASS er een zwart-witte manier van percipiëren en interpreteren op nahouden. Bij andere participanten zorgen het 'anders zijn' en de daaruit voortvloeiende andere kijk op de wereld veeleer voor acceptatie en preferentie voor diversiteit. Dat komt overeen met de resultaten van Rudolph et al. (2018). In deze steekproef werden de effecten van een andere kijk op de wereld benoemd als 'grijs denken'.

Het gevoel van 'anders zijn' gaat in dit onderzoek gepaard met psychische klachten, zoals GD, stemmingsklachten, angstklachten, stressklachten tot zelfs suïcidegedachten. Deze klachten kwamen bij bijna elke participant voor, wat overeen komt met eerdere onderzoeken over transgender personen met ASS. Die stellen dat deze groep mensen gemiddeld meer psychische klachten heeft, zoals depressie, angst en suïcidegedachten/suïcide pogingen (Heylens et al., 2014, Hollocks et al., 2014; Marshall et al., 2016; Van der Miesen et al. 2014; Testa et al., 2016). Voor enkele participanten zijn de klachten onder andere een gevolg van onbegrip voor hun eigen gedachten en gedrag. Na een diagnose ASS of na (zelf)acceptatie van hun genderidentiteit verminderen de klachten. Jammer genoeg duurde het voor sommige deelnemers een hele tijd voor ze hun autismediagnose kregen, wat vooral het geval was bij de geboren vrouwen in de steekproef. Dit bevestigt de bevindingen van Hodges et al. (2020) dat vrouwen minder overte kenmerken van autisme hebben en minder sociale deficiteten vertonen, met een late diagnose als gevolg.

Maar ook na een diagnose hebben velen nog steeds last van onbehagen, onder andere door GD, wat volgens Murphy et al. (2020) dan weer andere psychische klachten versterkt. Dit onbehagen vloeit ook voort uit het gevoel dat ze zichzelf niet kunnen/mogen zijn binnen een neurotypische, cisgender norm, en stigma ervaren voor hun identiteit binnen deze normen. Het onbehagen van deze populatie benoemde Meyer (2003) als minderheidsstress. Tebbe en Moradi (2016) vonden dat de stressoren gelinkt aan minderheidsstress gemedieerd door depressieve gevoelens, de kans op effectieve suïcide verhogen.

Tot slot heeft een (neurodiverse en) genderdiverse populatie wel eens last van twijfels (Strang et al., 2016) die eigen kunnen zijn aan de interactie tussen ASS en GD. De participanten in deze steekproef twijfelen over hoeveel van hun (gender)identiteit kan toegeschreven worden aan ASS. Verder twijfelen ze ook over de vraag of hun fysieke en psychische ongemakken nu aan overprikkeling of aan hun GD te wijten zijn. Er heerst ook twijfel over stappen in het uiten van hun genderidentiteit en een eventueel transitieproces (Strang et al., 2016).



(2) De tweede onderzoeksvraag - of de gevoelens en ervaringen van personen met een non-binaire genderidentiteit en ASS hetzelfde zijn als die van personen met een binaire transgender identiteit en ASS - werd beantwoord. We kunnen stellen dat sommige ervaringen van non-binaire of genderdiverse personen met ASS verschillen met die van transgender personen met ASS. In de steekproef van deze studie zijn voornamelijk genderdiverse personen vertegenwoordigd. Dit kan toevallig zijn of, zoals onderzoek van Walsh et al. (2018) stelt, door een overrepresentatie van deze genderdiverse identiteiten in vergelijking met transgender identiteiten binnen een ASS-populatie. Volgens Rudolph et al. (2018) kan dit verklaard worden doordat deze genderdiverse groep resistent blijkt tegen sociale conditionering. Zoals eerder aangehaald, durft de onderzochte populatie weleens te breken met de norm. In deze steekproef kwam deze ingesteldheid dan ook vooral terug bij personen die zich als non-binair of als een genderidentiteit onder die non-binaire paraplu identificeren, idem bij de bevindingen van Walsh et al. (2018).

Vervolgens kregen de non-binaire personen in de steekproef meer te maken met onbegrip uit hun omgeving in vergelijking met binaire transgender personen, en dit onder andere door hun verlangen aangesproken te worden met de genderneutrale voornaamwoorden 'die/hen/hun'. Deze voornaamwoorden zouden voor de omgeving "te verwarrend zijn" om te gebruiken. Daarbij waren het voornamelijk de non-binaire personen die het gevoel hadden hun hulpverlener te moeten bijscholen over wat hun genderidentiteit inhoudt. Dit kan een gevolg zijn van het weinige onderzoek dat is verricht naar genderdiverse identiteiten, waardoor hulpverleners minder op de hoogte zijn van wat deze inhouden.

Tot slot hadden deze non-binaire personen meer moeilijkheden in hun genderhulpverleningstraject. Hier miskenden de hulpverleners hun noden en werden hen bijvoorbeeld genderaffirmerende behandelingen ontzegd. Mensen hadden het gevoel over hun genderidentiteit te moeten liegen om recht op een behandeling te krijgen. Volgens hen, omdat die behandelingen indertijd enkel weggelegd waren voor personen met een binaire genderidentiteit, namelijk transgender mannen en transgender vrouwen. Deze miskening eiste een mentale tol van deze genderdiverse personen.

(3) Voor een antwoord op de derde onderzoeksvraag - hoe transgender en genderdiverse personen met ASS zich gesteund kunnen voelen - kon de onderzoeker informatie verwerven dankzij de talrijke tips van de participanten. Zoals eerder aangehaald, gaven ze aan een gebrek aan kennis en erkenning te voelen bij hun omgeving en in de hulpverlening. Zaken die het gevoel van erkenning voor hen verhogen zijn bijvoorbeeld begrip tonen voor en anticiperen op overprikkeling door autisme, wat overeenkomt met conclusies van Strang et al. (2016). Een vaststelling die gelijkloopt met een bevinding van Strang et al. (2021), is dat het ook helpt een nieuwe naam of de juiste voornaamwoorden te gebruiken die passen bij iemand zijn/haar/hun genderidentiteit. Al volstaat dit alleen niet en worden de deelnemers bij

voorkeur ook gepercipieerd als het gender dat ze zich voelen. Dit geeft hen namelijk gendereuforie. Vervolgens is het ook belangrijk om transgender en genderdiverse personen met ASS in hun eigenheid en totaliteit te zien, meer dan enkel als hun diagnose(s) en de label(s) die ze zichzelf toekennen. Vervolgens willen ze ook ernstig genomen worden. Dit kan bijvoorbeeld door echt naar hen te luisteren wanneer ze hun verhaal doen en door over 'taboes' te durven spreken. Daarmee wordt een sfeer van openheid gecreëerd. Ook deze bevinding strookt met die uit het onderzoek van Strang et al. (2021).

Naast een gebrek aan erkenning ervaren of ervoeren participanten van de steekproef ook wel eens een gebrek aan kennis over genderdiversiteit en autisme in hun dichte omgeving of bij hulpverleners. Dit gemis komt tot uiting in stereotiepe beelden of in het feit dat ze professionele hulpverleners zelf psycho-educatie moesten geven in plaats van omgekeerd. Deze zaken zouden verminderd kunnen worden door meer representatie van transgender en genderdiverse personen met ASS. Dit gebeurt al op sociale mediakanalen zoals TikTok, waar personen die onder deze labels vallen op een heel toegankelijke manier hun ervaringen delen. Zulke filmpjes zorgden voor meer (zelf)kennis bij personen in deze steekproef. Strang et al. (2016) benoemen psycho-educatie als iets van groot belang bij de behandeling van deze doelgroep. Zeker als dit met behulp van visualisaties, checklists of andere toegankelijke manieren gebeurt. Verder concludeerden Strang et al. (2016) dat het voor de behandeling van deze doelgroep wenselijk is dat hierbij hulpverleners betrokken zijn met expertise in gender, ASS, zoals anti-coaches, autismepsychologen en GON-begeleiders (Strang et al., 2021), en vooral met expertise in zowel ASS als gender.

Vervolgens is het aangewezen om deze groep mensen de ademruimte, bewegingsvrijheid en tijd te geven om aan zelfontdekking te doen of om na te denken over eventuele behandelingen. Daar zijn Strang et al. (2016) het mee eens. Dit kan door geduld en empathie te tonen voor tijd om te ontspannen, bedenktijd te nemen voor transitiegerelateerde medische ingrepen en het expliciet vermelden dat zaken als een nieuwe naam niet hoeven vast te staan en ze deze mogen uitproberen. Verder kunnen mensen zelf ook kiezen om ruimte te nemen door bijvoorbeeld paraplubegrippen als 'queer' of 'non-binair' voor zichzelf te gebruiken, omdat het veelomvattende termen zijn waarbinnen ze met hun gendergevoelens kunnen bewegen.

Dit masterproefonderzoek bevestigt de bevindingen van Strang et al. (2021) dat deze doelgroep steun haalt uit contacten met lotgenoten. De transgender, genderdiverse, autistische doelgroep kan zich bijgestaan voelen door met hen te praten over hun ervaringen op het gender- en autismespectrum. De personen in deze steekproef vertelden dan ook dat hun vriendengroep voornamelijk uit lotgenoten bestond en ze die hadden leren kennen via het internet. Volgens bevindingen van Strang et al. (2016) is het internet een handige manier voor mensen met ASS om met elkaar in contact te treden. Vervolgens ontmoeten mensen elkaar

ook via infodagen over gender en/of ASS. Bovendien halen deze personen kracht uit het zelf een luisterend oor kunnen zijn voor gelijkgezinden en zetten ze zich actief in om deze te helpen. Voor sommigen is anderen helpen zelfs hun roeping.

Ter afsluiting zou het volgens deze steekproef wenselijk zijn dat transgender personen met ASS ook in contact staan met mensen buiten hun vangnet van lotgenoten. Op voorwaarde dat deze buitenstaanders hen begrijpen. Door te praten met buitenstaanders wordt vermeden dat personen uit deze doelgroep blijven steken in een eventuele gedachtespiraal over dezelfde onderwerpen waarin ze zijn terechtgekomen met hun lotgenoten. Daarom is het zo belangrijk dat er genoeg hulpverleners expertise hebben in zowel ASS als gender, zodat ze deze personen adequaat kunnen ondersteunen.

### **Klinische implicaties**

De bevindingen die dit onderzoek heeft vastgesteld, brengen enkele klinische implicaties aan het licht. Zo blijkt een groep van transgender of genderdiverse personen met ASS een heel diverse populatie te zijn. Het is dus uiterst belangrijk om in de hulpverlening elke persoon als een uniek iemand met unieke ervaringen te benaderen, om hen zo adequate, gepersonaliseerde ondersteuning te kunnen bieden. De diagnose van autisme wordt bij een heel diverse groep mensen gesteld. En iedereen vult eenzelfde label voor een gender waarmee hij/zij/die zich identificeert anders in, idem voor geprefereerde voornaamwoorden. Het is dan ook belangrijk om respect te tonen voor elke invulling van iemand zijn/haar/hun identiteit, die verder reikt dan de (klinische) beelden die hulpverleners kennen. Concreet kan dit door te luisteren naar de specifieke noden van de cliënt die voor hen zit en correct taalgebruik toe te passen, zoals het vermijden van het gebruik van een 'deadname'<sup>27</sup> of stigmatiserende termen.

Verder is het ook aangewezen dat hulpverleners zich voor deze doelgroep blijven bijscholen over verschillende genderidentiteiten of topics uit het autisme-discours. Zo kunnen hun cliënten zich beter begrepen en ernstig genomen voelen. Die bijkomende kennis kan verworven worden door op de hoogte te blijven van wetenschappelijke onderzoeksbevindingen over de thematieken, door op het internet te zoeken naar informatie uit de doelgroep zelf én door met de doelgroep in gesprek te treden.

Bovendien zou het behulpzaam zijn, mochten hulpverleners een sfeer creëren waarin het oké is om de tijd te nemen om na te denken over transitiegerelateerde zaken, zoals medische ingrepen. Dat er ook een context aanwezig is waarin mensen voelen dat ze dingen mogen uitproberen en waar hun identiteit niet hoeft vast te staan. Om een veilige omgeving te

---

<sup>27</sup> naam die door persoon niet meer gebruikt wordt, meestal de naam die hij/zij/die toegewezen kreeg bij geboorte

bieden aan transgender of genderdiverse personen met ASS is het ook belangrijk dat er geduld en begrip aan de dag worden gelegd voor zaken die te wijten zijn aan ASS, zoals overprikkeling.

Tot slot zouden deze personen ook baat hebben bij hulpverlening die hen kan koppelen aan of doorverwijzen naar lotgenoten, bij representatie in de media en bij organisaties en websites waar ze met lotgenoten in contact kunnen treden. Het is wenselijk dat deze mensen ondersteund worden door personen die dezelfde labels dragen of met gelijkaardige ervaringen.

## **Sterktes en tekortkomingen**

### ***Sterktes***

Dit masterproefonderzoek heeft enkele sterktes. De onderzoeker wist (1) ten eerste een groep mensen met diverse seksuele oriëntaties, transitieprocessen, geprefereerde voornaamwoorden en diverse genderidentiteiten te bereiken en te bevragen. In tegenstelling tot heel wat eerdere studies werden er behalve binaire transgender personen ook non-binaire personen betrokken. (2) Ten tweede werd er een 'Nothing About Us, Without Us'-benadering gehanteerd, waarbij de onderzoeker de doelgroep rechtstreeks bevroeg. Het onderzoek werd mét de doelgroep verricht in plaats van óver de doelgroep, wat deze studie onderscheidt van heel wat ouder onderzoek. (3) Tot slot heeft de onderzoeker rekening gehouden met het toepassen van divers en recent taalgebruik rond zowel autisme als gender. Er is in de masterproef bij autisme ruimte gemaakt voor person-first-language en identity-first language.

### ***Tekortkomingen***

Ondanks de ondernomen stappen voor het verhogen van de kwaliteit van deze masterproef heeft deze enkele hiaten. (1) Ten eerste heeft dit onderzoek een gelegenheidssteekproef. Die bestaat uit personen die de rekruteringsoproep zagen en erop reageerden omdat ze geïnteresseerd waren om te participeren aan de studie. Niet elke persoon uit de doelgroep is per se bereid om persoonlijke informatie te delen (in een onderzoekscontext als deze), waardoor er steekproefbias mogelijk is. (2) Ten tweede is de steekproef op het vlak van genderidentiteit, seksuele oriëntatie, transitieproces en geprefereerde voornaamwoorden heel divers, maar ontbrak deze diversiteit bij andere aspecten van de groep. Zo heeft elke betrokken persoon een witte etniciteit, minstens een middelbaar diploma, zijn ze allen Belg, wonen ze in Vlaanderen en is er enkel sprake van leeftijden tussen 20 en 43 jaar. Deze kenmerken kunnen ervoor hebben gezorgd dat een groot deel van de transgender of genderdiverse ASS-populatie niet gerepresenteerd werd. Transgender personen met een niet-witte etnische achtergrond hebben bijvoorbeeld al andere ervaringen en bijkomende stressoren (Howard et al., 2019) dan witte personen uit de doelgroep. Verder kunnen het opleidingsniveau,

de woonplaats en de leeftijd van de participanten mogelijks ook verschillende ervaringen tot gevolg hebben. Daarenboven waren alle participanten verbaal vaardig, wat niet altijd het geval is bij autisme. Dit kan er ook voor hebben gezorgd dat de ervaringen van een deel van de transgender of genderdiverse ASS-populatie over het hoofd gezien werden. (3) Tot slot zal er ondanks de nodige reflexiviteit van de onderzoeker over haar positie binnen dit onderzoek altijd iets van bias overblijven door haar affiniteit met het onderwerp van de masterproef.

### **Suggesties voor verder onderzoek**

Gebaseerd op dit masterproefonderzoek en de tekortkomingen ervan, zouden verdere studies over deze doelgroep (1) ten eerste kunnen lonen door naast transgender personen meer genderdiverse personen te betrekken. Want zoals eerder vermeld is gender een spectrum aan identiteiten dat verder reikt dan enkel transgender mannen en transgender vrouwen. (2) Verder zou meer onderzoek kunnen plaatsvinden met een etnisch diversere steekproef, zodat er naast gender en autisme, ook gepeild kan worden naar culturele identiteit en de ervaringen die per etniciteit komen kijken, waarbij de verschillende ervaringen vergeleken kunnen worden. (3) Het zou ook interessant zijn om transgender personen met ASS van een middelbare of bejaarde leeftijd te onderzoeken, zodat hun ervaring vergeleken kan worden met die van jongere neurodiverse queer personen. Er is namelijk al wat onderzoek rond kinderen en (jong)volwassenen die behoren tot de doelgroep. (4) Vervolgens zou het ook waardevol zijn, mocht toekomstig onderzoek een manier vinden om minder taalvaardige personen met autisme te bevragen naar hun belevingen op het gender- en autismspectrum, zodat hun ervaringen eveneens een plaats krijgen. (5) Als laatste zou het boeiend zijn om transgender of genderdiverse personen met ASS samen met mensen uit hun omgeving in een onderzoek te betrekken, net omdat die omgeving een invloed heeft op de ervaringen van de doelgroep. Een kwalitatief onderzoek met diepte-interviews kan er mogelijks voor zorgen dat er een nieuw begrip voor elkaar wordt geco-construeerd door betere inleving in elkaars gevoelswereld.

### **Conclusie**

De beleving van transgender of genderdiverse gevoelens bij volwassenen met autismspectrumstoornis (ASS) werd in deze masterproef onderzocht door personen uit de doelgroep te beluisteren. (1) Hieruit leerden we ten eerste dat er een wisselwerking bestaat tussen transgender of genderdiverse gevoelens en ASS. De neurodiverse bril waarmee er naar de wereld gekeken wordt, heeft invloed op hoe die wereld wordt beleefd, en hoe deze personen

hun genderidentiteit ervaren. Het ‘anders zijn’ dat deze doelgroep ervaart, heeft impact op de manier waarop ze met bestaande normen en beelden omgaan. Soms breken ze ermee en soms voelen ze net druk om zich ernaar te conformeren. Deze gevoelens en ervaringen brengen psychische klachten met zich mee die versterkt of in stand gehouden worden door genderdysforie (GD), inadequate hulpverlening of onbegrip en stigma uit de omgeving. (2) Verder kan uit deze studie geconcludeerd worden dat de gevoelens en ervaringen van non-binaire, genderdiverse personen op sommige vlakken kunnen verschillen met die van transgender personen. Zoals het gemakkelijker kunnen breken met bestaande beelden. Ook de houding van hun naasten en de hulpverlening verschilt. Wat blijkt, is dat er momenteel minder (wetenschappelijke) kennis voorhanden is over non-binaire genderidentiteiten, waardoor mensen (in de hulpverlening) de personen die zich als non-binair identificeren, miskennen. (3) Tot slot is er binnen de neurodiverse queer gemeenschap nood aan meer van die kennis en erkenning voor hun ASS en genderidentiteit. Ze zouden baat hebben bij hulpverleners met expertise in beide thematieken. Daarbij zou het ook zeer behulpzaam zijn om in contact te staan met lotgenoten, door wie ze ondersteund worden en die ze zelf kunnen ondersteunen. Dit alles in een context waarin ze zowel bewegingsvrijheid als ademruimte krijgen voor (zelf)ontdekking en ontspanning. Deze bevindingen tonen aan hoe belangrijk het is om (binnen de hulpverlening) respect te tonen voor en kennis te hebben over de ervaringen van transgender en genderdiverse personen met ASS. Adequate ondersteuning en een veilig vangnet kunnen onbehagen binnen deze groep reduceren.

### Referentielijst

- Abu-Akel, A., Allison, C., Baron-Cohen, S., & Heinke, D. (2019). The distribution of autistic traits across the autism spectrum: evidence for discontinuous dimensional subpopulations underlying the autism continuum. *Molecular autism*, 10(1), 1-13.  
<https://doi.org/10.1186/s13229-019-0275-3>
- A Gender Agenda (AGA). (2022). *What is gender diversity?* <https://genderrights.org.au/information-hub/what-is-gender-diversity/>
- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychiatric Association (2022). *APA Dictionary of Psychology. Spectrum.*  
<https://dictionary.apa.org/spectrum>

- Ashley, F., & Ells, C. (2018). In favor of covering ethically important cosmetic surgeries: facial feminization surgery for transgender people. *The American Journal of Bioethics*, 18(12), 23-25. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1531162>
- Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Ashwin, E., Knickmeyer, R., Taylor, K., & Hackett, G. (2009). Fetal testosterone and autistic traits. *British journal of psychology*, 100(1), 1-22. <https://doi.org/10.1348/000712608X311731>
- Bandini, E., Fisher, A. D., Ricca, V., Ristori, J., Meriggiola, M. C., Jannini, E. A., ... & Maggi, M. (2011). Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder. *International journal of impotence research*, 23(6), 276-285. <https://doi.org/10.1038/ijir.2011.39>
- Barker, M. J. (2016). *Queer: A graphic history*. Icon Books.
- Baron-Cohen, S. (1991). The development of a theory of mind in autism: deviance and delay?. *Psychiatric Clinics*, 14(1), 33-51. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30323-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30323-X)
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of autism and developmental disorders*, 31(1), 5-17. <https://doi.org/10.1023/A:1005653411471>
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in cognitive sciences*, 6(6), 248-254. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(02\)01904-6](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(02)01904-6)
- Baron-Cohen, S., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Ashwin, E., Chakrabarti, B., & Knickmeyer, R. (2011). Why are autism spectrum conditions more prevalent in males?. *PLoS Biol*, 9(6), e1001081. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1001081>
- Baron-Cohen, S., Cassidy, S., Auyeung, B., Allison, C., Achoukhi, M., Robertson, S., ... & Lai, M. C. (2014). Attenuation of typical sex differences in 800 adults with autism vs. 3,900 controls. *PLoS one*, 9(7), e102251. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102251>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC public health*, 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>

- Beecham, J. E., & Seneff, S. (2016). Is there a link between autism and glyphosate-formulated herbicides. *J Autism*, 3(1), 1. <http://dx.doi.org/10.7243/2054-992X-3-1>
- Bejerot, S., Humble, M. B., & Gardner, A. (2011). Endocrine disruptors, the increase of autism spectrum disorder and its comorbidity with gender identity disorder—a hypothetical association. *International journal of andrology*, 34(5pt2), e350-e350. doi: 10.1111/j.1365-2605.2011.01149.x
- Bejerot, S., & Eriksson, J. M. (2014). Sexuality and gender role in autism spectrum disorder: A case control study. *PLoS One*, 9(1), e87961. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087961>
- Bentz, E. K., Hefler, L. A., Kaufmann, U., Huber, J. C., Kolbus, A., & Tempfer, C. B. (2008). A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertility and sterility*, 90(1), 56-59. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.05.056>
- Berglund, H., Lindström, P., Dhejne-Helmy, C., & Savic, I. (2008). Male-to-female transsexuals show sex-atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids. *Cerebral Cortex*, 18(8), 1900-1908. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhm216>
- Botha, M., Hanlon, J., & Williams, G. L. (2021). Does language matter? Identity-first versus person-first language use in autism research: A response to Vivanti. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04858-w>
- Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., & McGuire, J. K. (2019). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 155-168. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Broadbent, J., Galic, I., & Stokes, M. A. (2013). Validation of autism spectrum quotient adult version in an Australian sample. *Autism research and treatment*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/984205>
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.



- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., ... & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of sexual behavior*, *44*(5), 1281-1287. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>
- Christensen, J., Grønberg, T. K., Sørensen, M. J., Schendel, D., Parner, E. T., Pedersen, L. H., & Vestergaard, M. (2013). Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *Jama*, *309*(16), 1696-1703. doi:10.1001/jama.2013.2270
- Coleman-Smith, R. S., Smith, R., Milne, E., & Thompson, A. R. (2020). 'Conflict versus congruence': A qualitative study exploring the experience of gender dysphoria for adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04296-3>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: a systematic review. *The journal of sexual medicine*, *13*(4), 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- Devor, H. (1994). Transsexualism, dissociation, and child abuse: An initial discussion based on nonclinical data. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, *6*(3), 49-72. [https://doi.org/10.1300/J056v06n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J056v06n03_04)
- Dewinter, J., De Graaf, H., & Begeer, S. (2017). Sexual orientation, gender identity, and romantic relationships in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*(9), 2927-2934. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3199-9>
- Dickerson, S. M., Cunningham, S. L., Patisaul, H. B., Woller, M. J., & Gore, A. C. (2011). Endocrine disruption of brain sexual differentiation by developmental PCB exposure. *Endocrinology*, *152*(2), 581-594. <https://doi.org/10.1210/en.2010-1103>
- Di Martino, A., Yan, C. G., Li, Q., Denio, E., Castellanos, F. X., Alaerts, K., ... & Milham, M. P. (2014). The autism brain imaging data exchange: towards a large-scale evaluation of the intrinsic brain architecture in autism. *Molecular psychiatry*, *19*(6), 659-667. <https://doi.org/10.1038/mp.2013.78>

- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental psychology*, *44*(1), 34. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- Elaut, E. (2022). De toekomst van gender: Iedereen een letter of gewoon de hokjes afschaffen?. *Tijdschrift voor Seksuologie* *1*(46), 59-64.
- Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., & Davidson, L. (2002). Understanding and evaluating qualitative research. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*(6), 717-732. <https://doi.org/10.1046%2Fj.1440-1614.2002.01100.x>
- Gallucci, G., Hackerman, F., & Schmidt, C. W. (2005). Gender identity disorder in an adult male with Asperger's syndrome. *Sexuality and Disability*, *23*(1), 35-40. <https://doi.org/10.1007/s11195-004-2078-4>
- George, R., & Stokes, M. (2016). "Gender Is Not on My Agenda!": gender dysphoria and autism spectrum disorder. In *Psychiatric symptoms and comorbidities in autism spectrum disorder* (pp. 139-150). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-29695-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-319-29695-1_10)
- George, R., & Stokes, M. A. (2018). Sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism Research*, *11*(1), 133-141. <https://doi.org/10.1002/aur.1892>
- Graham, R., Berkowitz, B., Blum, R., Bockting, W., Bradford, J., de Vries, B., & Makadon, H. (2011). The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. *Washington, DC: Institute of Medicine*, *10*, 13128. <https://doi.org/10.17226/13128>.
- Gratton, F. V. (2019). Supporting transgender autistic youth and adults: *A guide for professionals and families*. Jessica Kingsley Publishers.
- Greenberg, D. M., Warrier, V., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2018). Testing the Empathizing–Systemizing theory of sex differences and the Extreme Male Brain theory of autism in half a million people. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *115*(48), 12152-12157. <https://doi.org/10.1073/pnas.1811032115>

- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P., Paap, M. C., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., ... & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(2), 151-156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>
- Heylens, G., Aspeslagh, L., Dierickx, J., Baetens, K., Van Hoorde, B., De Cuypere, G., & Elaut, E. (2018). The co-occurrence of gender dysphoria and autism spectrum disorder in adults: an analysis of cross-sectional and clinical chart data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(6), 2217-2223. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3480-6>
- Hines, M., Brook, C., & Conway, G. S. (2004). Androgen and psychosexual development: Core gender identity, sexual orientation, and recalled childhood gender role behavior in women and men with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *Journal of sex research*, *41*(1), 75-81. <https://doi.org/10.1080/00224490409552215>
- Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. *LGBT health*, *6*(3), 95-100. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252>
- Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, *9*(Suppl 1), S55. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
- Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *49*(4), 559-572. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002283>
- Holt, V., Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical child psychology and psychiatry*, *21*(1), 108-118. <https://doi.org/10.1177%2F1359104514558431>
- Howard, S. D., Lee, K. L., Nathan, A. G., Wenger, H. C., Chin, M. H., & Cook, S. C. (2019). Healthcare experiences of transgender people of color. *Journal of general internal medicine*, *34*(10), 2068-2074. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05179-0>

- Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M. C., & Mandy, W. (2017). "Putting on my best normal": Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(8), 2519-2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>
- Intersex Society of North America (ISNA). (2022). *What's the difference between being transgender or transsexual and having an intersex condition?* <https://isna.org/faq/transgender/>
- Jack, J. (2011). "The extreme male brain?" incrementum and the rhetorical gendering of autism. *Disability Studies Quarterly*, 31(3). <http://dx.doi.org/10.18061/dsq.v31i3.1672>
- Jacobs, L. A., Rachlin, K., Erickson-Schroth, L., & Janssen, A. (2014). Gender dysphoria and co-occurring autism spectrum disorders: Review, case examples, and treatment considerations. *LGBT health*, 1(4), 277-282. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0045>
- Jain, A., Marshall, J., Buikema, A., Bancroft, T., Kelly, J. P., & Newschaffer, C. J. (2015). Autism occurrence by MMR vaccine status among US children with older siblings with and without autism. *Jama*, 313(15), 1534-1540. doi:10.1001/jama.2015.3077
- Johnson, J. R. (2013). Cisgender privilege, intersectionality, and the criminalization of CeCeMcDonald: Why intercultural communication needs transgender studies. *Journal of International and Intercultural Communication*, 6(2), 135-144. <https://doi.org/10.1080/17513057.2013.776094>
- Jones, R. M., Wheelwright, S., Farrell, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., & Baron-Cohen, S. (2012). Brief report: Female-to male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 301–306. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1227-8>
- Kapp, S. K. (2020). *Autistic community and the neurodiversity movement: Stories from the frontline* (p. 330). Springer Nature.
- Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., & Arolt, V. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(3), 182-189. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00005053-200303000-00007>

- Kollman, K., & Waites, M. (2009). The global politics of lesbian, gay, bisexual and transgender human rights: an introduction. *Contemporary politics*, 15(1), 1-17.  
<https://doi.org/10.1080/13569770802674188>
- Kristensen, Z. E., & Broome, M. R. (2015). Autistic traits in an internet sample of gender variant UK adults. *International Journal of Transgenderism*, 16(4), 234-245.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1094436>
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Pasco, G., Ruigrok, A. N., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., ... & MRC AIMS Consortium. (2011). A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PloS one*, 6(6), e20835.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020835>
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. Search strategy and selection criteria. *Lancet*, 383, 896-910. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., ... & MRC AIMS Consortium. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690-702. <https://doi.org/10.1177%2F1362361316671012>
- Lam, J., Sutton, P., Kalkbrenner, A., Windham, G., Halladay, A., Koustas, E., ... & Woodruff, T. (2016). A systematic review and meta-analysis of multiple airborne pollutants and autism spectrum disorder. *PloS one*, 11(9), e0161851. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161851>
- Landén, M., & Rasmussen, P. (1997). Gender identity disorder in a girl with autism—a case report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 6(3), 170-173.  
<https://doi.org/10.1007/BF00538990>
- Lawrence, A. A. (2010). Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies (subtypes) for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 514-545. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9594-3>
- Luders, E., Sánchez, F. J., Gaser, C., Toga, A. W., Narr, K. L., Hamilton, L. S., & Vilain, E. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage*, 46(4), 904-907.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.03.048>

- Marshall, B. D., Socías, M. E., Kerr, T., Zalazar, V., Sued, O., & Arístegui, I. (2016). Prevalence and correlates of lifetime suicide attempts among transgender persons in Argentina. *Journal of Homosexuality*, 63(7), 955-967. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1117898>
- McDougle, C. J., Erickson, C. A., Stigler, K. A., & Posey, D. J. (2005). Neurochemistry in the pathophysiology of autism. *The Journal of clinical psychiatry*, 66, 9-18.
- McIntosh, P. (1992). White and male privilege: A personal accounting of coming to see correspondences through work in women's studies.
- McNeil, J., Ellis, S. J., & Eccles, F. J. R. (2017). Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 341–353. <https://doi.org/10.1037/sgd0000235>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Van der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70-80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>
- Van der Miesen, A. I., Hurley, H., Bal, A. M., & de Vries, A. L. (2018). Prevalence of the wish to be of the opposite gender in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2307-2317. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1218-3>
- Van der Miesen, A. I., de Vries, A. L., Steensma, T. D., & Hartman, C. A. (2018). Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1537-1548. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3417-5>
- Miller, L. R., & Grollman, E. A. (2015, September). The social costs of gender nonconformity for transgender adults: Implications for discrimination and health. In *Sociological Forum* (Vol. 30, No. 3, pp. 809-831). <https://doi.org/10.1111/socf.12193>
- Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). *Het transgender boek* (1ste editie). Manteau.
- Mukaddes, N. M. (2002). Gender identity problems in autistic children. *Child: Care, Health and Development*, 28(6), 529-532. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2002.00301.x>

- Murphy, J., Prentice, F., Walsh, R., Catmur, C., & Bird, G. (2020). Autism and transgender identity: Implications for depression and anxiety. *Research in autism spectrum disorders*, 69, 101466. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.101466>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Pardo, C. A., & Eberhart, C. G. (2007). The neurobiology of autism. *Brain pathology*, 17(4), 434-447. <https://doi.org/10.1111/j.1750-3639.2007.00102.x>
- Parkinson, J. (2014). Gender dysphoria in Asperger's syndrome: A caution. *Australasian Psychiatry*, 22(1), 84-85. <https://doi.org/10.1177%2F1039856213497814>
- Pasterski, V., Gilligan, L., & Curtis, R. (2014). Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 387-393. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0154-5>
- Perera, H., Gadambanathan, T., & Weerasiri, S. (2003). Gender identity disorder presenting in a girl with Asperger's disorder and obsessive compulsive disorder. *Ceylon Medical Journal*, 48(2). <http://dx.doi.org/10.4038/cmj.v48i2.3374>
- Rajagopalan, S., Dhall, A., & Goecke, R. (2013). Self-stimulatory behaviours in the wild for autism diagnosis. In *Proceedings of the IEEE International Conference on Computer Vision Workshops* (pp. 755-761). <https://doi.org/10.1109/ICCVW.2013.103>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95-102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>
- Robertson, C. E., & Baron-Cohen, S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(11), 671. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.112>
- Robinson, T. L., & Howard-Hamilton, M. F. (2000). *The convergence of race, identity, and gender: Multiple identities in counseling*. Columbus, OH: Merrill.

- Ruble, D. N., Taylor, L. J., Cyphers, L., Greulich, F. K., Lurye, L. E., & ShROUT, P. E. (2007). The role of gender constancy in early gender development. *Child development, 78*(4), 1121-1136. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01056.x>
- Rudolph, C. E., Lundin, A., Åhs, J. W., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Brief report: Sexual orientation in individuals with autistic traits: Population based study of 47,000 adults in Stockholm County. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(2), 619-624. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3369-9>
- Russell, G., Steer, C., & Golding, J. (2011). Social and demographic factors that influence the diagnosis of autistic spectrum disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 46*(12), 1283-1293. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0294-z>
- Ruzzo, E. K., Pérez-Cano, L., Jung, J. Y., Wang, L. K., Kashef-Haghighi, D., Hartl, C., ... & Leppä, V. M. (2019). Inherited and de novo genetic risk for autism impacts shared networks. *Cell, 178*(4), 850-866. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.07.015>
- Saleem, F., & Rizvi, S. W. (2017). Transgender associations and possible etiology: A literature review. *Cureus, 9*(12). doi: 10.7759/cureus.1984
- Van Schalkwyk, G. I., Klingensmith, K., & Volkmar, F. R. (2015). Gender identity and autism spectrum disorders. *The Yale journal of biology and medicine, 88*(1), 81.
- Seal, L. J. (2016). A review of the physical and metabolic effects of cross-sex hormonal therapy in the treatment of gender dysphoria. *Annals of Clinical Biochemistry, 53*(1), 10-20. <https://doi.org/10.1177%2F0004563215587763>
- Shumer, D. E., Roberts, A. L., Reisner, S. L., Lyall, K., & Austin, S. B. (2015). Brief report: Autistic traits in mothers and children associated with child's gender nonconformity. *Journal of autism and developmental disorders, 45*(5), 1489-1494. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2292-6>
- Skagerberg, E., Di Ceglie, D., & Carmichael, P. (2015). Brief report: Autistic features in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of autism and developmental disorders, 45*(8), 2628-2632. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2413-x>
- Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Transsexual subtypes: Clinical and theoretical significance. *Psychiatry research, 137*(3), 151-160. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.01.008>



- Smith, J.A. (2015). *Qualitative psychology: a practical guide to research methods* (derde editie). Beverly Hills (CA): Sage.
- Stagg, S. D., & Vincent, J. (2019). Autistic traits in individuals self-defining as transgender or nonbinary. *European psychiatry*, 61, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.06.003>
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L. E., Berl, M., ... & Wallace, G. L. (2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1525-1533. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0285-3>
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., ... & Anthony, L. G. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105-115. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>
- Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., ... & Anthony, L. G. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based participatory design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 730-745. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817>
- Swaab, D. F., & Garcia-Falgueras, A. (2009). Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Functional neurology*.
- Tateno, M., Tateno, Y., & Saito, T. (2008). Comorbid childhood gender identity disorder in a boy with Asperger syndrome. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(2), 238-238. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01761.x>
- Tebbe & Moradi (2016). Suicide risk in trans populations: an application of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, 63(5): 520-533. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/cou0000152>

- Tele-Onthaal *Homepagina*. [https://www.tele-onthaal.be/?gclid=Cj0KCQjwmuiTBhDoARIsAPiv6L8m3d5u8HNxAJsX6lmhw6ccqOAUiMkbKopbi20uyxUMp\\_SzmMh\\_CgwgaAolaEALw\\_wcB](https://www.tele-onthaal.be/?gclid=Cj0KCQjwmuiTBhDoARIsAPiv6L8m3d5u8HNxAJsX6lmhw6ccqOAUiMkbKopbi20uyxUMp_SzmMh_CgwgaAolaEALw_wcB)
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of abnormal psychology, 126*(1), 125. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000234>
- Tharp, A. N. (2016). *Gender Spectrum Theory*. West Haven, CT: University of New Haven.
- Thrower, E., Bretherton, I., Pang, K. C., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder amongst individuals with gender dysphoria: a systematic review. *Journal of autism and developmental disorders, 50*(3), 695-706. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1>
- Transgender Infopunt (2021). *Zorgkaart*. <https://transgenderinfo.be/f/zorgaanbod/>
- Transgender Infopunt (2022). *Transgenderzorg*. <https://transgenderzorg.be/onthaal/waarom-aandacht-voor-transclienten>
- Treharne, G. J., & Riggs, D. W. (2014). Ensuring quality in qualitative research. *Qualitative research in clinical and health psychology, 57-73*. [https://doi.org/10.1007/978-1-137-29105-9\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-137-29105-9_5)
- VanderLaan, D. P., Postema, L., Wood, H., Singh, D., Fantus, S., Hyun, J., ... & Zucker, K. J. (2015). Do children with gender dysphoria have intense/obsessional interests?. *The Journal of Sex Research, 52*(2), 213-219. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.860073>
- Vivanti, G. (2020). Ask the editor: What is the most appropriate way to talk about individuals with a diagnosis of autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders, 50*(2), 691–693. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04280-x>.
- Volk, H. E., Hertz-Picciotto, I., Delwiche, L., Lurmann, F., & McConnell, R. (2011). Residential proximity to freeways and autism in the CHARGE study. *Environmental health perspectives, 119*(6), 873-877. <https://doi.org/10.1289/ehp.1002835>
- Volkmar, F. R., & Volkmar, F. R. (Eds.). (2013). *Encyclopedia of autism spectrum disorders*. New York, NY: Springer.

- De Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, *40*(8), 930-936. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M., ... & Walker-Smith, J. A. (1998). RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)11096-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)11096-0)
- Walsh, R. J., Krabbendam, L., Dewinter, J., & Begeer, S. (2018). Brief report: Gender identity differences in autistic adults: Associations with perceptual and socio-cognitive profiles. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(12), 4070-4078. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3702-y>
- White, B. (2016). *The link between autism and trans identity*. Atlantic (Boston, Mass: 1981), (November).
- Williams, P. G., Allard, A. M., & Sears, L. (1996). Case study: Cross-gender preoccupations in two male children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *26*(6), 635-642. <https://doi.org/10.1007/BF02172352>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (3e editie). Maidenhead: McGraw-Hill International.
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., ... & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
- Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gómez-Gil, E., Segovia, S., Carrillo, B., Rametti, G., & Guillamon, A. (2013). Cortical thickness in untreated transsexuals. *Cerebral Cortex*, *23*(12), 2855-2862. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhs267>
- Zucker, K. J., Lawrence, A. A., & Kreukels, B. P. (2016). Gender dysphoria in adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 217-247. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034>

## Bijlagen

## Bijlage 1: Goedkeuring CME UZ Gent

- PP05

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Els Elaut  
Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie

ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-10388	NVT	26/08/2021	1/3

**Betreft :** Advies voor monocentrische studie met als titel:

"De beleving van transgender gevoelens bij volwassenen met ASS. Scriptie Ayla Christiaens"

B.U.N.: B6702021000671

EudraCT: N.V.T

Fase (Phase): NVT

- Adviesaanvraagformulier (Ontvangen op 21/06/2021).
- Vragenlijsten dd. 21/6/2021
- Begeleidende brief dd. 21/6/2021
- Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier dd. 21/6/2021
- Antwoord onderzoeker Ontvangen dd. 18/08/2021
- Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier ICF versie 2 dd. 17/08/2021

**Advies werd gevraagd door:** Els Elaut

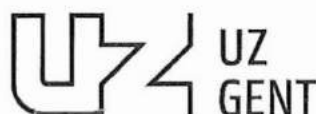
BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/08/2021. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/08/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE. A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/08/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/08/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

- ° Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels
- ° Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.
- ° In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.
- ° Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.
- ° Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.
- ° Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers, hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)
- ° The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice'

ALGEMENE DIRECTIE  
Commissie voor Medische EthiekVOORZITTER:  
Prof.dr. P. DeronSECRETARIS  
Prof.dr. R. PelemanINGANG 75  
ROUTE 7522

Universitair Ziekenhuis Gent  
C. Heymanlaan 10 | B 9000 Gent  
www.uzgent.be

Pagina  
2/3

rules

- \* *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- \* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- \* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- \* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- \* *All effective members of the Ethics Committee, or their representatives, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron  
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU  
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel



Universitair Ziekenhuis Gent  
C. Heymanslaan 10 | B.9000 Gent  
[www.uzgent.be](http://www.uzgent.be)

Ledenlijst op 25/08/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron  
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraal filosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertilititsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIJSEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

# DEELNEMERS GEZOCHT

In gesprek over jouw ervaringen op het spectrum

## Wie?

- Ben je **minstens 18 jaar** oud?
- Heb je een diagnose van **autismespectrumstoornis**?
- Ben je een **transgender, non-binair of genderqueer** persoon?

## Wat?

- (Digitaal) Interview van maximaal 1,5 uur over jouw beleving als persoon op het autisme- en genderspectrum

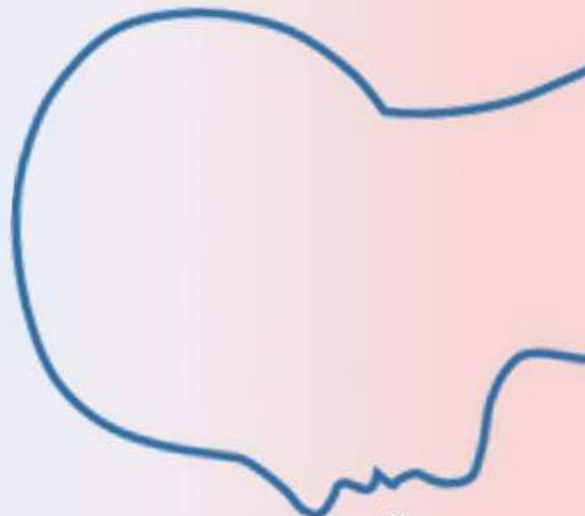
## Hoe?

- Voldoe jij aan bovenstaande criteria en wil je graag meewerken aan dit onderzoek?

Contacteer mij dan via

- Dit onderzoek kadert binnen een masterproef Klinische Psychologie aan de UGent en wil graag de ervaringen van personen op het gender- en autismespectrum verbeteren

Alvast bedankt!



## Bijlage 3: Geïnfomeerde toestemmingsbrief



### INFORMATIEBRIEF VOOR DE PARTICIPANTEN

#### De beleving van transgender gevoelens bij volwassenen met ASS

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar/hun vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnfomeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

#### 1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

In het kader van een masterscriptie binnen de opleiding psychologie aan de Universiteit Gent wordt onderzoek uitgevoerd naar **de beleving van transgender gevoelens bij volwassen personen op het autisme-spectrum**. Het doel van deze studie is om deze ervaring in kaart te brengen en hier meer inzicht in te verwerven. We proberen hierop een antwoord te bekomen door middel van een korte vragenlijst over autisme en een interview met vragen rond uw ervaring als transgender persoon op het autismespectrum. Dit zal ongeveer 1-1u30 van uw tijd in beslag nemen. Na afloop van het interview krijgt u de kans de neergezette versie ervan te lezen. Indien u dit wenst, kunt u fout-vervoerde informatie rechtzetten en/of vragen om bepaalde stukken informatie weg te laten bij het verwerken van de resultaten in het onderzoek.

Deze studie werd op **25/08/21** goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Elaut Els en Prof. Dhoore Tineke.

#### 2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is geheel vrijwillig. U kan zich dan ook op elk moment uit het onderzoek terugtrekken zonder daarvoor een reden te moeten opgeven. U kan op elk tijdstip vragen stellen over het onderzoek.

#### 3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot een beter begrip door derden / transgender hulpverlening van uw ervaring als persoon op het autisme-en gender spectrum.

#### 4. EVENTUELE NADELEN EN HULPVERLENING

De onderzoeker zal u na het interview (contact) informatie verschaffen over waar u terecht kunt voor psychologische ondersteuning en/ of vragen rond transgenderzorg.

versie 2, dd. 17/08/21

pagina 1 van 5







## 5. KOSTEN

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt u ook geen financieel voordeel.

## 6. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). Enkel de geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende 5 jaar. De gegevens worden verzameld in functie van de masterscriptie van Ayla Christiaens onder leiding van Prof. Dr. Els Elaut binnen de opleiding Klinische Psychologie. De Data Protection Officer Katya Van Driessche kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: [dpo@uzgent.be](mailto:dpo@uzgent.be).

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, alles gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)  
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel  
Tel. +32 2 274 48 00  
e-mail: [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)  
Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be)

Hoewel het helemaal niet te verwachten is dat u schade zou kunnen oplopen door aan het onderzoek mee te werken, is er een foutloze aansprakelijkheidsverzekering afgesloten conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (UZ Gent). Dit is namelijk verplicht volgens de Belgische wet aangaande experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004.

## TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE PARTICIPANTEN

### Aankruisen door de participanten indien akkoord.

Ik heb het document "Informatiebrief voor de participanten" pagina 1 tot en met 2 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende 5 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	

Naam en voornaam van de participant	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de participant gegeven.

### Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord.

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorzien effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de participant te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de participant is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

### Handtekening participant:

versie 2, dd. 17/08/21

pagina 3 van 5

## Bijlage 4: Interviewleidraad

### Interviewleidraad

#### Inleiding

- Kunt u me iets over uzelf vertellen? (*wat houdt u bezig deze tijd?*)
- Wat doet u graag in uw vrije tijd? Wat zijn uw interesses?

+ eventueel doorvragen over informatie ingevuld in demografievragenlijst

#### Autismespectrumstoornis

- Kunt u me eens vertellen over uw diagnose autismespectrumstoornis? (*wanneer kreeg u de diagnose? ...*)
- Wat betekent het hebben van autismespectrumstoornis voor u?

+ doorvragen m.b.v. onderstaande vragen indien ontbreken van nodige informatie

- Wanneer bent u gediagnosticeerd met ASS? Hoe oud was u?
- Wat heeft het testingsproces in gang gezet? Kunt u mij de situatie concreet omschrijven?
- Hoe voelde u zich toen u de diagnose toegekend kreeg?
- Hoe reageerden uw gezin/ andere personen in uw dichte omgeving op de diagnose?
- Herinnert u zich momenten waar u zich ongemakkelijk voelde in sociale situaties?
- Herinnert u zich momenten waar u moeilijkheden ondervond op school/werk?
- Hebt u al pogingen ondernomen om kenmerken van uw ASS te verbergen?
  - Zo ja, wat deed u dan en in welke situaties was dit?

#### Genderidentiteit

- Kunt u me eens vertellen over uw genderidentiteit? (*hoe lang bent u er al mee bezig?*)
- Wanneer voelt u zich ongemakkelijk of slecht over uw gender?
- Wanneer voelt u zich goed/gelukkig over uw gender?

+ doorvragen m.b.v. onderstaande vragen indien ontbreken van nodige informatie

- Wat houdt het gender waarmee u zich identificeert in voor u? Ziet dat gender er op een bepaalde manier uit? Gedraagt dat gender zich op een bepaalde manier?
- Kunt u zich herinneren wanneer u voor het eerst begon na te denken over uw genderidentiteit?
  - Wat gebeurde er met deze gevoelens doorheen de tijd?
- Zijn er bepaalde gebeurtenissen die een impact hebben gehad op uw genderbeleving?
- Bent u uit de kast gekomen voor uw genderidentiteit?
  - Zo ja, wanneer was dat?
  - Wat voor invloed had dat op u?
  - Hoe reageerden uw naasten?
    - Hoe deed de reactie van uw naasten u voelen?
- Hebt u stappen ondernomen om u beter te voelen over uw gender?

### Transgender + ASS (vragen aan vrienden hoe anders formuleren)

- Beïnvloed uw autisme volgens u, uw genderidentiteitservaring? (*voorbeelden geven of vragen a.d.h.v. voorbeelden*)
- Beïnvloed uw genderidentiteit volgens u, uw autisme-ervaring? (*idem*)
- Hebt u iets geleerd uit uw ervaring met ASS die u heeft geholpen in uw genderidentiteit verder ontdekken?
- Hebt u iets geleerd uit uw ervaring met uw genderidentiteit die u helpt uw met uw ASS omgaan?

(*hieronder te abstract?*)

- Voelt u dat kenmerken van uw ASS invloed uitwerken op hoe u uw genderidentiteit ervaart?
  - Zo ja, wat zijn die kenmerken dan volgens u?
  - Kunt u mij een concrete situatie vertellen waarin dit voor u opviel?
- Voelt u dat kenmerken van uw genderidentiteit invloed uitwerken op hoe u uw ASS ervaart?
  - Zo ja, wat zijn die kenmerken dan concreet?
  - Kunt u mij een concrete situatie vertellen waarin dit voor u opviel?
- Wat zou uw omgeving anders kunnen doen om u beter te ondersteunen?

### Slotvragen

- Welk advies zou u anderen geven met ASS en een transgenderidentiteit/genderdysforie?
- Wat wilt u dat ik voornamelijk meeneem uit uw antwoorden in dit interview? Welke gedachte/ zin vindt u belangrijk dat ik/ dit onderzoek onthoud(t)?
- Zijn er volgens u nog zaken die niet aan bod gekomen zijn? Wat wilt u nog toevoegen?

## Bijlage 5: AQ-vragenlijst

### Vragenlijst naar Gedrag en Persoonlijkheid

Dit is een vragenlijst over uzelf. Deze lijst is anoniem, alle informatie wordt strikt vertrouwelijk behandeld.

Naam (wordt geanonimiseerd):

Geboortedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dag/maand/jaar)

Datum vandaag: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dag/maand/jaar)

Deze lijst bestaat uit een aantal uitspraken waarmee u het eens of oneens kunt zijn. Lees iedere uitspraak zorgvuldig en kruis dan het antwoord aan dat het meest op u van toepassing is. Voor iedere uitspraak is een viertal antwoordmogelijkheden gegeven:

**1 = geheel mee eens    2 = enigszins mee eens    3 = enigszins mee oneens    4 = geheel mee oneens**

1. Ik doe dingen liever met anderen dan alleen.	1 2 3 4
2. Ik doe dingen het liefst steeds weer op dezelfde manier.	1 2 3 4
3. Als ik me iets probeer voor te stellen, kan ik me makkelijk een beeld voor de geest halen.	1 2 3 4
4. Ik word vaak zo door iets in beslag genomen, dat ik andere zaken uit het oog verlies.	1 2 3 4
5. Ik merk vaak geluidjes op die anderen niet opvallen.	1 2 3 4
6. Mijn aandacht wordt vaak getrokken door nummerplaten van auto's, of soortgelijke rijtjes.	1 2 3 4
7. Andere mensen zeggen me vaak dat het onbeleefd is wat ik heb gezegd, terwijl ik zelf denk beleefd te zijn.	1 2 3 4
8. Als ik een verhaal lees, kan ik me gemakkelijk voorstellen hoe de personages eruit zouden kunnen zien.	1 2 3 4
9. Ik word gefascineerd door jaartallen en data.	1 2 3 4
10. In een groep mensen kan ik gemakkelijk verschillende gesprekken tegelijk volgen.	1 2 3 4
11. Ik vind sociale situaties gemakkelijk.	1 2 3 4
12. Mij vallen vaak details op die anderen niet zien.	1 2 3 4
13. Ik zou liever naar een bibliotheek gaan dan naar een feest.	1 2 3 4

14. Ik vind het gemakkelijk om verhalen te verzinnen.	1 2 3 4
15. Ik voel me meer aangetrokken tot mensen dan tot dingen.	1 2 3 4
16. Ik neig ernaar zeer sterke interesses te hebben, en ik raak van streek als ik die niet kan naleven.	1 2 3 4
17. Ik geniet van praten over koetjes en kalfjes.	1 2 3 4
18. Als ik praat, is het voor anderen niet altijd gemakkelijk om er een woord tussen te krijgen.	1 2 3 4
19. Ik word gefascineerd door getallen.	1 2 3 4
20. Als ik een verhaal lees, vind ik het moeilijk om achter de bedoelingen van de personages te komen.	1 2 3 4
21. Ik ben niet echt een liefhebber van het lezen van romans.	1 2 3 4
22. Ik vind het moeilijk om nieuwe vrienden te maken.	1 2 3 4
23. Ik merk steeds patronen op in dingen die ik zie.	1 2 3 4
24. Ik zou liever naar het theater gaan dan naar een museum.	1 2 3 4
25. Ik raak niet van streek als mijn dagelijkse routine wordt verstoord.	1 2 3 4
26. Ik merk vaak dat ik niet weet hoe ik een conversatie gaande moet houden.	1 2 3 4
27. Ik vind het gemakkelijk om 'tussen de regels door te luisteren' als iemand tegen mij praat.	1 2 3 4
28. Gewoonlijk concentreer ik me meer op het hele beeld dan op de kleine details.	1 2 3 4
29. Ik ben niet erg goed in het onthouden van telefoonnummers.	1 2 3 4
30. Kleine veranderingen in situaties, of in hoe iemand eruit ziet, merk ik meestal niet op.	1 2 3 4
31. Ik kan merken wanneer iemand die naar me luistert, verveeld raakt.	1 2 3 4
32. Ik vind het gemakkelijk om meer dan één ding tegelijk te doen.	1 2 3 4
33. Als ik telefoneer, ben ik er niet zeker van wanneer het mijn beurt is om iets te zeggen.	1 2 3 4

34. Ik vind het leuk spontaan iets te ondernemen.	1 2 3 4
35. Ik ben vaak de laatste die de clou van een grap begrijpt.	1 2 3 4
36. Ik vind het gemakkelijk om erachter te komen wat iemand denkt of voelt, alleen door naar zijn, haar of hun gezicht te kijken.	1 2 3 4
37. Na een onderbreking kan ik heel snel terugschakelen naar waar ik mee bezig was.	1 2 3 4
38. Ik ben goed in praten over koetjes en kalfjes.	1 2 3 4
39. Mensen vertellen me vaak dat ik maar door blijf gaan over hetzelfde onderwerp.	1 2 3 4
40. Toen ik klein was, vond ik het leuk om 'doen-alsof'-spelletjes met andere kinderen te spelen.	1 2 3 4
41. Ik vind het leuk om informatie te verzamelen over bepaalde categorieën van dingen (bijv. automerken, vogel-, trein-, plantensoorten, etc.)	1 2 3 4
42. Ik vind het moeilijk om me voor te stellen hoe het zou zijn als ik iemand anders was.	1 2 3 4
43. Ik vind het prettig om alle activiteiten, waaraan ik deelneem, zorgvuldig te plannen.	1 2 3 4
44. Ik geniet van sociale gebeurtenissen.	1 2 3 4
45. Ik vind het moeilijk om achter de bedoelingen van anderen te komen.	1 2 3 4
46. Nieuwe situaties maken me angstig.	1 2 3 4
47. Ik vind het leuk om nieuwe mensen te ontmoeten.	1 2 3 4
48. Ik ben een goede diplomaat.	1 2 3 4
49. Ik ben er niet erg goed in de geboortedata van anderen te onthouden.	1 2 3 4
50. Ik vind het erg gemakkelijk om 'doen alsof'-spelletjes met kinderen te spelen.	1 2 3 4

**Dit is het einde van deze vragenlijst. Controleer alstublieft uw antwoorden om zeker te zijn dat u het juiste antwoord heeft aangekruist. Bedankt voor uw medewerking!**

## Bijlage 6: Participatenvragenlijst naar demografische informatie

**De beleving van transgender gevoelens bij volwassenen  
met ASS**

**Participatenvragenlijst**

Hoe heet u? (u wordt binnen het onderzoek geanonimiseerd, niemand krijgt uw naam te zien)

.....

Heeft u een bijnaam? (indien van toepassing)

.....

Wordt u liever met deze naam aangesproken? (zet een kruisje bij wat van toepassing is)

- Ja
- Nee

Met welke voornaamwoorden mag ik u aanspreken en naar u verwijzen binnen het onderzoek? (zet een kruisje bij wat van toepassing is)

- Zij/haar
- Hij/hem
- Die/hun
- Zij/die
- Hij/die
- Eender
- Zelf in te vullen.....

Hoe identificeert u zich? (zet een kruisje bij wat van toepassing is)

- Trans vrouw
- Trans man
- Non-binair
- Genderqueer
- Demi-vrouw
- Demi-man
- Bigender
- Agender
- Zelf in te vullen.....



Hoe oud bent u? (in jaren)

.....

Wat is/zijn uw nationaliteit(en)?

.....

Waar woont u nu? (stad/dorp/gemeente)

.....

Wat studeert u/hebt u gestudeerd? (indien van toepassing)

.....

Wat is uw hoogst behaalde diploma? (indien van toepassing)

- Lagere school
- Middelbaar
- Hogeschool: professionele bachelor
- Universiteit: academische bachelor
- Universiteit: master
- Zelf in te vullen: .....

Welke job beoefent u momenteel? (indien van toepassing)

.....

Wat is uw seksuele oriëntatie? (zet een kruisje bij wat van toepassing is)

- Heteroseksueel
- Homoseksueel
- Lesbisch
- Biseksueel
- Panseksueel
- Queer
- Aseksueel
- Demiseksueel
- Zelf in te vullen: .....

Wat is uw burgerlijke staat? (zet een kruisje bij wat van toepassing is)

- Getrouwd
- In een relatie
- Single
- Zelf in te vullen.....

Heeft u kinderen? (zet een kruisje bij wat van toepassing is)

- Ja
- Nee

Indien ja, hoeveel?

.....

Hebt u verdere diagnoses (zet een kruisje bij wat van toepassing is)

- Ja
- Nee

Indien ja, welke?

.....

Indien ja, neemt u hier medicatie voor? (zet een kruisje bij wat van toepassing is)

- Ja
- Nee

Indien ja, wat voor medicatie?

.....