

## TRAVESTIE EN HULPVERLENING<sup>o</sup>

Paul Vennix\*

In het NISSO-onderzoek naar travestie is gevraagd naar de ervaringen met de psychosociale hulpverlening. Vanwege travestie heeft drie op de tien dergelijke hulp gezocht. Aanleiding om hulp te zoeken waren vaak genderidentiteitsproblemen, relatieproblemen, depressiviteit en een negatief zelfbeeld. Seksuele problemen speelden minder vaak een rol.

Over het geheel is het beeld dat travestieten van de psychosociale hulpverleners hebben niet zo best. Over zelfhulpgroepen is men veel beter te spreken.

Mannelijke hulpverleners worden negatiever beoordeeld dan vrouwelijke hulpverleners. Een belangrijke oorzaak is dat veel travestieten zich beter thuis voelen in sociale contacten met vrouwen dan met mannen. Daarnaast gaan beide seksen anders met travestie om. Vrouwelijke hulpverleners tonen meer begrip, zijn meer empathisch, meer gericht op zelfacceptatie, brengen travestieten vaker in contact met zelfhulpgroepen en geven vaker advies over kleding en make-up.

In de jaren negentig is de hulpverlening aan travestieten wat verbeterd. Dit heeft drie oorzaken: (1) travestieten kiezen nu vaker zelf voor een bepaalde hulpverlener; (2) het aantal vrouwelijke hulpverleners is toegenomen; (3) huisartsen verwijzen nu beter door.

Eén van de belangrijkste doelstellingen van het NISSO-onderzoek naar travestie is de kwaliteit van de hulpverlening te verbeteren. Hoewel over hoe het met de hulpverlening aan travestieten is gesteld vrij weinig bekend is, waren er toch een aantal aanwijzingen dat deze over het geheel genomen beneden niveau is. Zo concludeert Verschoor (1990a) uit ervaring bij de T&T-groepen en de praktijk van de Gender Stichting dat de professionele hulpverlening aan travestieten in het algemeen ondeugdelijk is. Hij zegt daarover het volgende:

*Helaas is de situatie in Nederland wat de hulp aan travestieten betreft erg slecht. In feite kan men bijna nergens terecht. Legio zijn dan ook de verhalen waarin de betreffende arts, psycholoog, psychiater of maatschappelijk werker niet veel meer weet te adviseren dan: 'Het gaat wel over', 'Zoek maar een meisje', 'Vertel het toch gewoon aan je vrouw', 'Probeer het af te wennen'. Enzovoort. Even zoveel onjuiste of onmogelijk uit te voeren adviezen. (blz. 135)*

Ook Moors-Mommers (1991) stelt in haar *Gids seksuele hulpverlening 1991* dat het met de hulpverlening aan travestieten in Nederland 'triest gesteld

is' (blz 55). Uit deze gids blijkt verder dat van de 63 RIAGG's die er toen nog waren er 42 in het geheel geen hulp verleenden aan travestieten. Hetzelfde gold voor 30 van de 41 toen bestaande Rutgershuizen en voor 75 van de 104 individuele, *seksuologische* hulpverleners die in deze gids waren opgenomen.

Uit een onderzoek van het NISSO (Vroege, 1991) blijkt voorts dat de gemiddelde RIAGG-medewerk(st)er:

- problematiek op dit terrein slechts in incidentele gevallen tot zijn/haar taak rekent
- zich slechts in incidentele gevallen in staat acht tot adequate hulpverlening
- vindt dat de mate waarin men zich in staat acht hulp te verlenen nog geringer is dan de mate waarin men van mening is dat deze problematiek binnen de eigen taakomschrijving valt.

Deze negatieve berichten maakten het noodzakelijk de ervaringen van travestieten met de professionele hulpverlening nader te exploreren. Tevens was het nodig te inventariseren in hoeverre travestieten vaker kampen met bepaalde psychische problemen dan anderen en zo ja, met welke problemen zij doorgaans naar de hulpverlening stappen.

\* Dr. P. Vennix, psycholoog, NISSO. Adres: Oudenoord 182, 3512 EV Utrecht.

<sup>o</sup> Dit artikel werd financieel mogelijk gemaakt door het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (NFGV), Utrecht. Geaccepteerd voor publicatie 11 oktober 1998.

## Methode

In 1994 startte het NISSO in Nederland en Vlaanderen een uitgebreid onderzoek naar travestie (Vennix, 1997). Er werden 479 travestieten geënquêteerd, waarvan 42 uit Vlaanderen. Daarnaast werden er 25 geïnterviewd. Een verslag van het veldwerk en een beschrijving van de steekproef vindt men in Vennix (1999a). De betekenisgeving aan travestie werd gemeten met een aantal relatief van elkaar onafhankelijke travestiemotieatieschalen: seksuele opwindning (MOTSO), gendertranspositie (MOTGT), sociale contacten als vrouw (MOTSCV), gebrekkige mannelijke identiteit (MOTGMI), innerlijk welbevinden (MOTIW) en anders-zijn (MOTAZ). Een beschrijving daarvan vindt men in Vennix (1999b).

De deelnemers aan het onderzoek werd gevraagd in een aparte vragenlijst over hulpverlening hun ervaringen met maximaal drie hulpverlenende instanties of individuele hulpverleners op papier te zetten. Indien men bij meer dan drie hulpverleners te rade was gegaan, werd verzocht uit hen te selecteren:

- de instantie/hulpverlener waarbij/bij wie men het laatst in behandeling is geweest of nog is
- de instantie/hulpverlener waaraan/aan wie men het meest heeft gehad
- de instantie/hulpverlener waardoor/door wie men het slechtst behandeld is.

In totaal vulde 30% van de respondenten de hulpverleningslijst in: 10% had ervaring met een hulpverlener, 8% met twee en 12% met drie of meer hulpverleners.

Per hulpverleningsinstantie werden vragen met vaste antwoordcategorieën gesteld over o.a.:

- de discipline en het geslacht van de hulpverlener
- hoe men met deze hulpverlener in contact was gekomen
- de belangrijkste hulpvraag
- de mate waarin men de hulpverlener deskundig vond

- de verwachtingen over de hulpverlener
- de werkwijze van de hulpverlener
- de mate waarin de hulpverlening heeft bijgedragen tot een oplossing van de hulpvraag
- een rapportcijfer (van 1 tot 10) voor de manier waarop men door de hulpverlener werd behandeld.

Verder waren er open vragen opgenomen waarin men kon aangeven wat men goed en slecht vond aan de betreffende hulpverlening. Ook werd gevraagd wanneer de hulpverlening plaats vond en hoelang deze duurde.

In de algemene vragenlijst werden bovendien aan alle respondenten vragen gesteld over hun attitude ten aanzien van hulpverlening aan travestieten en over de mate waarin men van mening is dat travestieten hulp nodig hebben. Ook werden er vragen gesteld over het innerlijk welbevinden en over de mate waarin men travestie van zichzelf accepteerde.

## Resultaten

### Innerlijk welbevinden

Veel respondenten uit het NISSO-onderzoek geven te kennen dat ze het fijn vinden vrouwen-kleren te dragen en zouden wanneer hun een pil werd aangeboden die hen van travestie zou afhelpen deze weigeren (tabel 1).

Dit neemt echter niet weg dat travestie vaak extra moeilijkheden met zich meebrengt. In Vennix (1999c) is dit ten aanzien van heterorelaties al aan de orde gekomen. Ruim een kwart geeft aan door travestie tegen ernstige problemen te zijn opgelopen, die anders waarschijnlijk niet zouden zijn voorgekomen. Zo heeft een op de drie door travestie een vaste partner verloren (scheiding), een op negen vrienden of vriendinnen en een op de twintig zijn werk. Ruim de helft geeft aan zich vaak (17%) of soms (35%) 'schuldig' of 'naar' te hebben gevoeld vanwege travestie. De helft heeft vaak (18%) of soms (33%) geprobeerd met travestie te stoppen. Verder voelt ruim een op de drie (36%) zich

**Tabel 1.** Percentage respondenten dat het ('eigenlijk wel' of 'helemaal') eens is met een aantal uitspraken betreffende hun attitude tegenover hun eigen travestie (n=475)

als er een pil was die me van travestie kon afhelpen zou ik die direct innemen	16%
wanneer ik nooit de behoefte zou hebben vrouwenkleding te dragen zou ik gelukkiger zijn	22%
ik ben blij dat ik het fijn vind vrouwenkleding te dragen	85%
van mijn behoefte om vrouwenkleding te dragen wil ik het liefst af	12%

vaak neerslachtig en bijna een kwart (22%) vindt het leven dikwijls zinloos. Ruim de helft (54%) is vaak gespannen. Bijna een op de tien (9.6%) gebruikt dan ook kalmeringsmiddelen, antidepressiva, antipsychotica of iets dergelijks.

Andere problemen waar travestieten vrij dikwijls mee geconfronteerd worden, zijn eenzaamheid en isolement, soms omdat men geen relaties durft aan te gaan. Bijna een op de tien (9.3%) geeft aan zich 'zeer eenzaam' te voelen, 38% heeft dit gevoel 'enigszins'.

Er is niet steeds gevraagd of en in hoeverre deze (symptomen van) psychische problemen direct of indirect verband houden met travestie. Deze cijfers liggen echter duidelijk boven het landelijk gemiddelde. Zo voelde van de Nederlandse bevolking van 18-74 jaar in 1991 slechts ongeveer 21% zich 'soms eenzaam' en had ongeveer 13% 'soms het gevoel dat het leven zinloos is' (SCP, 1994).

Verschoor (1990) constateerde dat 16.7% van de travestieten die aan zijn onderzoek hadden deelgenomen een of meer pogingen tot suïcide had ondernomen. Bij de transseksuelen uit dat onderzoek gold dit voor 21.4%.

De cijfers in het NISSO-onderzoek liggen echter veel lager: 8.8% heeft een of meer pogingen ondernomen. Dit neemt niet weg dat deze cijfers aanzienlijk zijn. Op grond van de landelijke gegevens van Bartelds (1994) en het CBS (1996) over de prevalentie van suïcide zou immers naar verwachting, mede gelet op de verdeling van de steekproef naar leeftijd en urbanisatiegraad, zeker niet meer dan 3% van de respondenten ooit een suïcidepoging hebben ondernomen. Verder speelt 14.7% soms en 2.3% vrij vaak tot zeer vaak met het idee zich van het leven te beroven.

#### *Wie zoeken hulp?*

Gelet op de problemen waar veel travestieten mee hebben gekampt of nog kampen, is het niet zo verbazingwekkend dat bijna driekwart (72%) van de respondenten het oneens is met de uitspraak dat de meeste travestieten zichzelf wel kunnen redden en geen hulp nodig hebben. Dat desondanks slechts 30% een keer of meerdere malen bij de hulpverlening heeft aangeklopt komt waarschijnlijk omdat de verwachtingen over hulpverlening niet al te hoog gespannen zijn: tweederde (64%) van alle respondenten kruiste aan dat de hulpverlening aan travestieten 'beneden alle peil' is.

Van de 292 keer dat men hulp zocht, had de belangrijkste hulpvraag vaak te maken met problemen met de mannelijke identiteit (40%). Ook relatie-

problemen (mede) als gevolg van travestie werden relatief vaak genoemd (28%). Daarnaast was er nogal eens sprake van depressiviteit (21%) en een negatief zelfbeeld (17%). Af en toe speelden ook problemen met SM een rol (7%). Andere seksuele problemen kwamen minder voor (5%). Ook verslavingsproblemen werden zelden (4%) genoemd. Vaak (44%) wilde men advies voor mogelijke oplossingen, soms (14%) vooral een luisterend oor. Een enkele keer ging het vooral om een doorverwijzing (8%). Slechts weinigen (4%) waren voornamelijk geïnteresseerd in een diagnose of hadden als verwachting dat de hulpverlener de problemen werkelijk zou oplossen (4%).

Verder blijkt de betekenisgeving aan het omkleden duidelijke verschillen op te leveren tussen degenen die wel ( $n = 140$ ) en geen hulp ( $n = 320$ ) hebben gezocht: Naarmate seksuele opwinding sterker een rol speelt bij het omkleden is men minder geneigd hulp te zoeken (MOTSO  $t = -5.41$ ;  $p < .001$ ). Naarmate een gebrekkige mannelijke identiteit (MOTGMI  $t = 5.43$ ,  $p < .001$ ), gendertranspositie (MOTGT  $t = 5.36$ ;  $p < .001$ ), de sociale contacten als vrouw (MOTSCV  $t = 4.00$ ;  $p < .001$ ) en innerlijk welbevinden (MOTIW  $t = 4.65$ ;  $p < .001$ ) belangrijker zijn is men daarentegen eerder geneigd hulp te zoeken. Anders gesteld: men is eerder geneigd hulp te zoeken wanneer de *seks* in plaats van de *seksualiteit* een rol speelt.

Bijna de helft van de hulpzoekenden vindt zichzelf psychisch meer vrouwelijk dan mannelijk, terwijl slechts een op de drie travestieten uit deze groep in zichzelf meer mannelijkheid dan vrouwelijkheid ziet. Dit betekent dat de vrouwelijke genderidentiteit bij deze groep over het geheel genomen wat sterker is dan de mannelijke. Bij travestieten die geen hulp zoeken, ligt de zaak totaal anders. Bij bijna twee op de drie domineert een mannelijke genderidentiteit tegen niet veel meer dan een op de vijf bij wie een vrouwelijke genderidentiteit sterker lijkt.

#### *Effect van de hulpverlening*

Om een indruk te krijgen van het effect van de hulpverlening is gebruik gemaakt van de antwoorden op de vraag of de contacten met de betreffende hulpverlener hebben bijgedragen tot een oplossing van de hulpvraag. Op deze vraag kon men de volgende antwoordcategorieën aankruisen: (1) nee, situatie werd eerder slechter; (2) nee, maar het werd er ook niet slechter van; (3) ja, enigszins; (4) ja, behoorlijk; (5) ja, volledig.

Daarnaast is in tabel 2 het gemiddelde waardering

Tabel 2. Beoordeling (effect en waardering) van de hulpverlening door de travestieten

	negatief effect	geen positief effect	enigszins geholpen	behoorlijk/volledig geholpen	gemiddeld rapportcijfer
huisarts (n = 46)	7%	57%	24%	13%	6.4
RIAGG (n = 42)	21%	41%	26%	12%	5.1
Rutgers Stichting (n = 12)	25%	50%	8%	17%	5.0
Gender Stichting/team (n = 59) <sup>1</sup>	12%	36%	22%	30%	7.2
psycholoog (n = 36) <sup>2</sup>	6%	44%	31%	19%	6.1
psychiater (n = 34) <sup>2</sup>	15%	44%	26%	15%	5.2
maatschappelijk werker (n = 19) <sup>2</sup>	16%	21%	37%	26%	6.6
zelfhulpgroepen (n = 18)	0%	33%	22%	45%	7.8
hulpverlener eigen keuze (n = 104) <sup>3</sup>	7%	33%	33%	28%	6.9
hulpverlener via doorverwijzing (n = 97) <sup>3</sup>	20%	40%	23%	18%	5.7
mannelijke hulpverlener (n = 192)	13%	47%	23%	17%	5.9
vrouwelijke hulpverlener (n = 80)	9%	32%	28%	32%	6.9
hulpverlening t/m 1989 (n = 83) <sup>3</sup>	22%	40%	18%	21%	5.5
hulpverlening 1991 t/m 1994 (n = 114) <sup>3</sup>	10%	37%	31%	23%	6.6
totaal (n = 292)	11%	41%	25%	22%	

<sup>1</sup> Genderteam VU Amsterdam, Gender Stichting Amsterdam, Genderteam Arnhem en Belgische Gender Stichting Kortrijk.

<sup>2</sup> Niet verbonden aan Riagg, Rutgers Stichting of Gender Stichting/team.

<sup>3</sup> Exclusief huisartsen en zelfhulpgroepen.

cijfer (1-10) weergegeven dat de respondenten aan diverse hulpverleners/hulpverleningsinstanties toekenden.

In tabel 2 zijn de antwoorden op deze vraag opgesplitst naar: 1) hulpverleningsinstantie of type hulpverlener; (2) de wijze waarop men in contact is gekomen met de betreffende hulpverlener; (3) het geslacht van de hulpverlener en (4) het tijdstip waarop de hulpverlening plaats vond.

Het beeld over de hulpverlening aan travestieten in tabel 1 bevestigt in grote lijnen het in het begin van dit artikel geschetste beeld over de hulpverlening aan travestieten. Vooral bij de RIAGG's en de Rutgers Stichting had men wat vaker het gevoel dat de situatie eerder slechter werd dan dat de hulpverlening substantieel heeft bijgedragen tot de oplossing van het probleem. Ook psychiaters dragen meestal niet bij tot verbetering van de situatie waarin travestieten verkeren. De Genderstichtingen en Genderteams zijn van de professionele hulpverleners - ik zou haast zeggen uiteraard - het beste in staat adequaat hulp te verlenen. Toch draagt de hulpverlening bij deze instanties in bijna de helft van de gevallen niet bij tot enige verbetering, en slechts drie op de tien travestieten zijn werkelijk tevreden over het resultaat.

Opmerkelijk is dat niet-professionele hulpverlening door ervaringsdeskundigen (zelfhulpgroepen) doorgaans het meest efficiënt lijkt, al zijn de verschillen met de overige hulpverleningsinstanties niet significant.

#### *Weinig effectieve doorverwijzingen*

Uit tabel 1 blijkt vervolgens dat hulpverleners naar wie men wordt doorverwezen relatief slechte resultaten boeken. Travestieten die bewust zelf voor een bepaalde hulpverlener hebben gekozen, werden significant beter ( $t = 2.21$ ,  $p < .05$ ) geholpen. Zelfhulpgroepen zijn bij deze verschillen buiten beschouwing gelaten.

#### *Vrouwen beter dan mannen*

Over het geheel genomen blijken vrouwen volgens de travestieten doorgaans effectiever hulp te verlenen dan mannen ( $t = 2.51$ ,  $p < .05$ ). Ook het gemiddelde waarderingcijfer voor de hulpverlening van vrouwen is hoger ( $t = 2.87$ ,  $p < .01$ ) dan dat voor de hulpverlening van mannen. De resultaten van zelfhulpgroepen zijn daar niet in verdisconteerd. Relevant is dat tweederde van de travestieten aangeeft zich meer thuis te voelen bij vrouwen dan bij mannen. Ook in de interviews kwam dat

aan de orde:

*Met vrouwen kun je beter praten, die zijn emotioneel beter ontwikkeld. Ik voel me prettig bij vrouwen en bij mannen voel ik vaak wat competitiedrang. Altijd haantjesgedrag, altijd bezig beter te zijn dan de ander, meer te weten dan de ander. En ik vind vrouwen ook eerlijker wat betreft hun emoties. Als ze aan mij vragen wat ze niet hadden moeten uitvinden, dan zeg ik altijd: 'Oorlog, geld en mannen.'*

*Ik kan met vrouwen veel beter praten dan met mannen als regel. Omdat vrouwen toch veel gevoeliger zijn. Ik heb altijd veel meer vriendinnen als vrienden gehad.*

*Op een verjaardag, dan zitten daar de mannen en daar de vrouwen en dan ga ik altijd bij de vrouwen zitten. Tot mijn vrouw er mij een keer op attent gemaakt heeft: 'Je moet eens bij de mannen gaan zitten.' Dus nu ga ik aan de kant van de mannen zitten en dan zeg ik af en toe wel eens wat. Maar als ik bij de dames zit, dan doe ik vrolijk mijn woordje wel mee. En ik heb dat vroeger op school ook altijd gehad. Altijd bij de meisjes.*

Daarnaast gaan beide seksen in sommige opzichten significant anders om met travestie. Zo klagen travestieten vaker over mannelijke dan vrouwelijke hulpverleners dat zij het probleem bagatelliseren ( $t=3.87$ ,  $p<.001$ ) en er niets van begrijpen ( $t=2.24$ ,  $p<.05$ ). Daarentegen kunnen vrouwelijke hulpverleners zich volgens de travestieten dikwijls beter in het probleem inleven ( $t=2.47$ ,  $p<.05$ ), richten zich vaker op de zelfacceptatie van travestie ( $t=2.52$ ,  $p<.05$ ), zijn eerder geneigd travestieten in contact met zelfhulpgroepen te brengen ( $t=2.15$ ,  $p=.05$ ) en tenderen vaker een heldere analyse van het probleem te geven ( $t=1.76$ ,  $p<.10$ ). Ook bieden vrouwen meer praktische hulp ( $t=2.01$ ,  $p<.05$ ).

Sommige travestieten verzochten dan ook expliciet door een vrouw geholpen te worden, zonder dat dat overigens werd gehonoreerd:

*Halverwege de therapie heb ik om een vrouw gevraagd, maar dat werd niet gehonoreerd. Ze zoeken bij het RIAGG niet uit welke persoon geschikt voor je is.*

*Hij was man terwijl ik uitdrukkelijk om een vrouw had gevraagd. Hij bleef aan de oppervlakte en wekte de indruk dat hij me alleen had kunnen helpen als*

*ik homoseksueel was en daarmee naar buiten wilde komen.*

De sekseverschillen in de kwaliteit van de hulpverlening zijn het grootst wanneer travestie gepaard gaat met relatieproblemen. In geval van relatieproblemen waren slechts twee van de 49 mannelijke hulpverleners in staat substantieel hulp te bieden terwijl bij negen mannelijke hulpverleners de situatie eerder verslechterde!

#### *Hulpverlening wat verbeterd*

In tabel 1 is verder nog de tweedelijns hulpverlening (huisartsen en zelfhulpgroepen buiten beschouwing gelaten), die uiterlijk in 1989 is begonnen vergeleken met hulpverlening die pas in 1991 of later is gestart.

Het beeld dat daaruit naar voren komt is dat de hulpverlening de laatste jaren wat is verbeterd.

Bij nadere analyses blijken echter uitsluitend huisartsen nu significant beter met travestie om te gaan dan vroeger. Voor 1990 haalden huisartsen een gemiddeld rapportcijfer van 4.8 ( $n=13$ ). Over 1991 t/m 1994 scoorden zij met een gemiddelde van 7.5 ( $n=24$ ) significant ( $t=3.46$ ,  $p<.001$ ) hoger.

Verder blijkt dat travestieten nu vaker terecht komen bij hulpverleningsinstanties/hulpverleners die beter met travestie om kunnen gaan, terwijl de hulpverleners die in tabel 1 relatief slechter scoren vaker worden gemeden:

- de bijdrage van de Gender Stichtingen/teams steeg van 9% voor 1990 tot 26% vanaf 1991.
- het aandeel van de RIAGG in de hulpverlening daalde daarentegen van 22% tot 11%, dat van de Rutgers Stichting van 9% tot 1% en dat van de vrij gevestigde psychiaters van 18% tot 11%.

Dit wijst er waarschijnlijk op dat huisartsen nu toch adequater doorverwijzen dan vroeger. Daarnaast kiezen travestieten nu wat vaker (voor 1990 23%; vanaf 1991 32%) zelf voor een bepaalde hulpverlener. Een andere factor die waarschijnlijk heeft bijgedragen tot verbetering van de hulpverlening is dat het aantal vrouwelijke hulpverleners is toegenomen van 21% voor 1990 tot 33% vanaf 1991.

#### **Discussie**

De onderzoeksresultaten bevestigen dat hulpverleners relatief slecht overweg kunnen met travestie. Dit blijkt met name duidelijk indien we naar de RIAGG-hulpverleners kijken. In tegenstelling tot dit onderzoek laten andere studies (Andela en Luiten, 1986; De Beer en Hutschemaekers, 1996; Konijn et

al., 1997; Kooi en Donker, 1991; Van der Sande et al., 1992; Vermande et al, 1997; Vroege, 1991; 1993, 1996) wanneer het om andere problemen gaat een veel positiever beeld van het RIAGG zien. Uit die onderzoeken blijkt dat ex-cliënten van het RIAGG meestal wel tevreden zijn over de geboden hulpverlening en meestal na afloop van de therapie ook beter in staat zijn met de problemen om te gaan. Dat dit over het geheel genomen beslist niet geldt voor travestieten die bij het RIAGG terecht zijn gekomen, geeft aan dat travestie vaak een andere aanpak vereist dan door hierin niet gespecialiseerde hulpverleners wordt geboden.

Het gaat echter niet alleen om de RIAGG-hulpverlening. Ook hulpverleners buiten het RIAGG zullen waarschijnlijk vaak moeilijker met travestie om kunnen gaan dan met veel andere problemen. Vergelijkend onderzoek buiten het RIAGG is echter niet voorhanden.

De meest genoemde klachten over professionele hulpverleners waren ondeskundigheid en gebrek aan empathie.<sup>3</sup> Dit leidt ertoe dat hulpverleners zich moeilijk in kunnen leven in de aard van de problematiek. Waarschijnlijk zijn het deze aspecten die er toe leiden dat zelfhulpgroepen adequater hulp bieden dan de professionele hulpverlening. Dat zelfhulpgroepen relatief effectief zijn hangt waarschijnlijk ook samen met de aard van de relatie tussen hulpzoekende en hulpverlener. Aan de belangrijkste condities voor een *client-centered* therapie (zie bijvoorbeeld Rogers en Kinget, 1974) wordt vaak voldaan:

- Er is empathisch begrip, dat wil zeggen het zien van de wereld door de ogen van de cliënt en het begrijpen 'met' en niet 'omtrent' de cliënt. Niet het theoretisch kader of de classificaties binnen de DSM-IV of ICD-10, maar het invoelend vermogen van de hulpverlener leidt tot inzicht in de problematiek.<sup>4</sup>
- Er is onvoorwaardelijke aanvaarding van de cliënt. Dit betekent onder meer dat de cliënt niet alleen zoals hij volgens de hulpverlener moet worden, maar zoals hij op dat moment is volledig wordt aanvaard. Van een gemiddelde hulpverlener mag men dit niet verwachten, zeker niet zolang travestie en transseksualiteit nog als mentale stoornissen zijn opgenomen in de DSM-IV en ICD-10. Hulpverleners zijn daardoor bijvoorbeeld eerder gericht

op aanpassing aan de geldende man-vrouw dichotomie dan op integratie van de persoonlijkheid binnen de sociale omgeving. Vooral cliënten die zich tussen man en vrouw invoelen, komen daardoor bij de reguliere hulpverlening in moeilijkheden.

- De hulpverlener heeft 'waarachtige' gevoelens voor de cliënt; hij doet niet *alsof* hij de cliënt respecteert, *alsof* hij geen oordeel over hem velt en/of *alsof* hij warme gevoelens jegens hem koestert.

Ook Bockting (1998) wijst op het belang van een *client-centered* benadering voor travestieten, transgenderisten en transseksuelen, die overigens door het University of Minnesota's Program in Human Sexuality ook wordt toegepast (Bockting en Coleman, 1992).

Juist deze geringe afstand tot de cliënt van de therapeut en de gelijkheid tussen hulpvrager en hulpverlener zijn ook belangrijke aspecten van vrouwen- en mannenhulpverlening.

Ook voor hulpverlening aan homoseksuelen spelen deze elementen, zoals Rochlin (1982) laat zien, een belangrijke rol. Hij verwijst naar een onderzoek van Roman et al. uit 1978 onder 124 therapeuten waaruit bleek dat, hoewel tweederde aangaf homoseksualiteit te aanvaarden, slechts zes therapeuten homoseksualiteit ook bij zichzelf zouden accepteren.<sup>5</sup> De basis voor een *client-centered* benadering van hulpverlening aan homoseksuelen is daardoor bij de meeste hulpverleners afwezig. Rochlin benadrukt het belang van gelijkheid tussen cliënt en therapeut en acht daarom hulpverlening aan homoseksuelen door homoseksuelen noodzakelijk. Niet alleen komt dan de integratie met de homocultuur gemakkelijk tot stand, maar de hulpverlener kan ook functioneren als het rolmodel voor homoseksualiteit, dat in feite altijd ontbroken heeft. Liljestrand et al. (1978) wijzen er in dit verband op dat dit laatste ertoe kan leiden dat, doordat men meer risico's durft te lopen - de therapeut is immers ook uit de kast gekomen - het *coming-out* proces versneld kan worden. Kooden (1994) stelt dat de zelfaanvaarding van homoseksualiteit sneller verloopt omdat men de hulpverlener als homoseksueel aanvaardt. Schippers (1997) noemt de volgende voordelen van homoseksuele hulpverleners boven heteroseksuele hulpverleners wanneer het gaat om hulp aan homoseksuele mannen:

<sup>3</sup> Ook homoseksuele cliënten die zich bij de SAD-Schorerstichting aanmelden blijken op deze punten vaak ontevreden over de hulpverlening die zij elders hadden ontvangen (Schippers, 1984).

<sup>4</sup> Dat een empathische opstelling belangrijk is blijkt ook uit het onderzoek van Coenen (1987) naar de arts-patiëntrelatie van homoseksuele mannen en lesbische vrouwen.

<sup>5</sup> Roman, M., E. Charles en T.B. Karasu (1978). The value systems of psychotherapists and changing mores. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15: 409-415.

- hun eigen ervaring met het homoseksuele acceptatie- en waarderingsproces en het opbouwen van een positieve homoseksuele identiteit;
- hun eigen ervaring met en kennis van de homoseksuele subcultuur en de diverse homoseksuele leefstijlen;
- een grotere interesse voor en kennis van de homohulpverlening ten gevolge van de persoonlijke betrokkenheid;
- het kunnen dienen als identificatiemodel;
- de mogelijkheid om rechtstreeks om te kunnen gaan met de duiding van bepaalde overdrachtsfenomenen;
- een grotere betrokkenheid bij de problematiek van homoseksuele cliënten. (blz 235)

De in dit onderzoek in vergelijking met de zelfhulp-groepen slechte resultaten van de hulpverleners moeten we voor een deel ook in dit licht bezien. Een goede basis voor een *client-centered* hulpverlener tot de travestiet vaak afwezig. Dit geldt, zoals we hebben gezien, over het geheel genomen het sterkst voor mannelijke hulpverleners. Het is echter niet reëel ervoor te pleiten om, met name wanneer het identiteitsproblemen betreft, uitsluitend professionele hulpverlening door travestieten te propageren. Er zijn in Nederland en Vlaanderen immers (nog) geen professionele hulpverleners bekend die openlijk voor hun travestie uitkomen.

Hetzelfde geldt in feite voor professionele hulpverlening aan partners van travestieten. Behoudens een hulpverleenster die met haar travestiecliënt trouwde, zijn mij geen professionele (vrouwelijke) hulpverleners bekend van wie de partner travestiet is.

## Summary

### *Crossdressers and healthcare*

In the NISSO-study on crossdressing crossdressers are questioned about their experiences with health professionals. Because of the crossdressing three out of ten crossdressers has visited a health professional. Important motives for asking help were problems with the gender identity, relationship problems, depression and a negative self concept. Less often sexual problems were involved.

Generally crossdressers have a poor view of their health professionals. The evaluation of self-help groups is much better. Male health professionals are assessed more negative than female health professionals. A matter of significance is that many crossdressers feel more at ease in social contacts with women than with men. Both sexes are dealing with crossdressing in a different way. Women are showing more understanding and empathy, are more focused on self acceptance, refer more often to self-help groups and are giving more practical advice about clothing and make-up.

In the nineties the treatment of crossdressers is somewhat improved. This has three main causes: (1) crossdressers are now more often choosing their own health professional; (2) The number of female health professionals is increased; (3) General practitioners are referring better now.

## Literatuur

- Andela, M. en A. Luiten (1986). Ervaringen van 1300 RIAGG-clieñten: het onderzoek van de Consumentenbond. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 41: 1225-1237.
- Bartelds, A.I.M. (1994). *Continue morbiditeits registratie, peilstations Nederland*. NIVEL, Utrecht.
- Beer, M. de, en G. Hutschemaekers (1996). *Vraag en aanbod in de Riagg-ouderenzorg: een praktijkstudie vanuit het perspectief van cliënten, hulpverleners en verwijzers*. NcGv, Utrecht.
- Bockting, W.O. (1998). *Transgender HIV prevention: a Minnesota response to a global health concern*. VU, Amsterdam.
- Bockting, W.O. en E. Coleman. (1992). A comprehensive approach to the treatment of gender dysphoria. In: W.O. Bockting en E. Coleman (red.). *Gender dysphoria: interdisciplinary approaches in clinical management* (pp.131-155). Haworth Press, Binghamton.
- CBS (1996). *Statistisch jaarboek 1996*. Sdu, Den Haag.
- Coenen, T. (1987). *Homoseksualiteit in de huisartsenpraktijk: ervaringen van homoseksuele mannen en lesbische vrouwen met hun huisarts*. GGD/afdeling GVO, Rotterdam.
- Konijn, C., J. Van de Wijgert en M. Vermande (1997). *Clieñten over de Riagg-jeugdzorg: ontwerp en afname van een vragenlijst voor satisfactie en kwaliteitsbeoordeling door ouders en jeugdigen vanaf 9 jaar*. Trimbos-instituut, Utrecht.
- Kooden, H. The gay male therapist as an agent of socialization. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 2: 39-64.
- Kooi, R. en M. Donker (1991). *Clieñten over de RIAGG: ontwerp en afname van een vragenlijst voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten*. NcGv, Utrecht.
- Liljestrand, P., E. Gerling en P.A. Saliba. (1978). The effects of social sex-role stereotypes and sexual orientation on psychotherapeutic outcomes. *Journal of Homosexuality*, 3: 361-372.
- Moors-Mommers, C.T. (1991). *Gids seksuele hulpverlening 1991*. Bohn, Stafleu en Van Loghum, Houten.
- Rochlin, M. (1982). Sexual orientation of the therapist and therapeutic effectiveness with gay clients. *Journal of Homosexuality*, 7: no. 2/3, 21-29.
- Rogers, C.R. en G.M. Kinget (1974). *Psychotherapie en menseelijke verhoudingen: theorie en praktijk van de non-directieve therapie*. Bert Bakker, Den Haag.
- Sande, R. van der, F. van Hoof en G. Hutschemaekers (1992). *Vraag en aanbod in de Riagg: een praktijkstudie van de Riagg-zorg voor volwassenen*. NcGv, Utrecht.
- Schippers, J. (1984). Hulpverlening en homoseksuele psychologie: een discussiebijdrage. *Psychologie en Maatschappij*, 28, 405-408.
- Schippers, J. (1997). *Liever mannen: theorie en praktijk van de hulpverlening aan homoseksuele mannen*. Thesis Publishers, Amsterdam.
- SCP (1994). *Sociaal en cultureel rapport 1994*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk.
- Vennix, P. (1997). *Travestie in Nederland en Vlaanderen*. Eburon, Delft.
- Vennix, P. (1999a). Inleiding op het NISSO-onderzoek over travestie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 23: 17-27.
- Vennix, P. (1999b). Betekenisgeving aan travestie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 23: 28-34.

Vennix, P. (1999c). Travestie in heterorelaties. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 23: 97-107.

Vermande, M., E. Faber en G. Hutschemaekers (1997). *Vraag en aanbod in de RIAGG-jeugdzorg: een praktijkstudie vanuit het perspectief van cliënten, hulpverleners en verwijzers*. Trimbo-instituut, Utrecht.

Verschoor, A.M. (1990a). De hulpverlening. In: Verschoor, A. en J. Poortinga (red.). *Een dubbel bestaan: travestieten en hun omgeving* (pp. 135-148). Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse.

Verschoor, A. M. (1990b). Wetenschappelijk onderzoek en theorievorming. In: A. Verschoor en J. Poortinga (red.). *Een dubbel bestaan: travestieten en hun omgeving* (pp. 101-133). Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse.

Vroege, J.A. (1991). *Hulpverlening bij problemen op het gebied van de seksualiteit door de RIAGG*. Eburon, Delft.

Vroege, J.A. (1993). RIAGG-hulp bij seksuele moeilijkheden. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 48: 247-258.

Vroege, J.A. (1996). The treatment of sexual difficulties in a regional institute for ambulatory mental health care. *Sexual and Marital Therapy*, 11: 47-54.

Woensdag 29 september 1999

## STUDIEDAG "KINDEREN, JONGEREN EN HUN SEKSUALITEIT" UITREIKING VAN EMDE BOAS-VAN USSEL PRIJS NVVS

Tot in de jaren tachtig was seksualiteit van kinderen en jongeren een onderwerp waar maatschappelijk, wetenschappelijk en professioneel weinig belangstelling voor was. De tegenstelling die ervaren werd tussen zoïets 'schaamtevol' als seksualiteit en het naïeve, onschuldige kind plaatste het onderwerp - en iedereen die zich daarmee bezighield - in een kwaad daglicht. Ook Freud's idee van een latentiefase, waarin seksualiteit volledig zou verdwijnen uit de kinderlijke belangstelling, versterkte de desinteresse.

In de jaren negentig is de belangstelling voor seksualiteit van kinderen en jongeren sterk toegenomen. Als gevolg van alle informatie over het vóórkomen en de gevolgen van seksueel misbruik ontstond behoefte aan inzicht in de 'normale' seksuele ontwikkeling op deze leeftijd. Die kennis is nodig voor een goede diagnostiek. Een ongewone seksuele belangstelling bij kinderen zou een indicatie zijn van misbruik. Maar om vast te stellen wat ongewoon is moet eerst bekend zijn wat er wèl gebruikelijk is in de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren, welk gedrag past binnen de normale variatie.

Ook werden veel ouders en opvoeders door alle misbruikschandalen onzeker over de grenzen die zij in het lichamelijke contact met (hun) kinderen dienden te respecteren. Tot welke leeftijd mag je samen met je kind in bad, wanneer mag je een jongere een knuffel geven, je arm om hem of haar heen slaan? Aan de ene kant lijkt terughoudendheid geboden, aan de andere kant is warmte en lichamelijke contact juist een belangrijke opvoedingsconditie.

Door de kennis over de achtergronden en lange termijn-gevolgen van seksueel misbruik is duidelijk geworden hoe belangrijk (vroeg) jeugdervaringen zijn voor de volwassen betekenis- en vormgeving aan seksualiteit. Maar het gaat daarbij niet uitsluitend om seksueel traumatische ervaringen, ook om meer algemene opvoedingscondities zoals het affectieve klimaat in het ouderlijk gezin. De druk om het goed te doen in de seksuele opvoeding van kinderen en jongeren wordt steeds sterker gevoeld. Maar 'goed' is een relatief begrip. Wat goed is in de normen en waarden van één cultuur kan heel verschillend zijn van wat goed is in de normen en waarden van een andere cultuur. Multiculturele seksuele voorlichting wordt een steeds belangrijker thema, vooral op scholen waar kinderen en jongeren van verschillende culturen samenkomen.

Deze thema's komen aan de orde op de studiedag "Kinderen, jongeren en hun seksualiteit" die georganiseerd wordt door Rutgers Stichting en NISSO in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS) op woensdag 29 september 1999 in Nieuwegein. Op deze dag zal ook de prijsuitreiking plaatsvinden van de Van Emde Boas-Van Ussel prijs, die elke twee jaar door de NVVS wordt gegeven aan een persoon die zich bijzonder verdienstelijk heeft gemaakt op het terrein van de seksuologie. Dit jaar betreft het een prijswinnaar die haar sporen verdiend heeft op het terrein van onderzoek en deskundigheidsoverdracht, specifiek gericht op seksualiteit en seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren.

Aldith Hunkar, presentatrice van het Jeugd Journaal zal als voorzitter fungeren.

Voor meer informatie kunt u terecht bij het secretariaat van het NISSO, tel. 030-2304010.