

Seksuele klachten bij transgender personen in verschillende zorgtrajecten, een ENIGI follow-up studie

Mauro E. Kerckhof¹, Els Elaut¹, Baudewijntje P.C. Kreukels², Timo O. Nieder³, Inga Becker-Hebly³, Tim C. van de Grift², Annemieke S. Staphorsius², Andreas Köhler³ & Gunter Heylens¹

¹ Centrum voor Seksuologie en Gender, Universitair Ziekenhuis Gent, België

² Expertisecentrum Genderdysforie, Amsterdam Universitair Medische Centra, UMC, Nederland

³ Interdisciplinary Transgender Health Care Center, Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Duitsland

Samenvatting

Hoewel transgender personen steeds zichtbaarder worden in onze maatschappij en in de zorgverlening, blijkt er bitter weinig onderzoek uitgevoerd naar hun seksualiteitsbeleving. Oudere, vaak kleinschalige studies hebben het seksueel functioneren na een medische transitie vaak verengd tot het al dan niet kunnen beleven van een orgasme. Het doel van de huidige studie is om de prevalentie van een breed spectrum aan seksuele functiestoornissen en disfuncties (met last) in kaart te brengen bij een multicenter cohorte van transgender personen tijdens/na hun transitie. De prevalentie wordt eveneens gerapporteerd naargelang de verschillende mogelijke medische trajecten die deelnemers (hebben) doorlopen.

518 transgender personen (307 die zich vooral vrouwelijk, 211 die zich vooral mannelijk identificeren) hebben een online follow-up vragenlijst ingevuld in het kader van het European Network for the Investigation of Gender Incongruence Initiative (ENIGI). Alle participanten hadden hun eerste afspraak vier à zes jaar voor het onderzoek in een genderteam in Gent, Amsterdam of Hamburg.

Zowel trans vrouwen als trans mannen ervaren het vaakst 'last van problemen bij het initiëren van seks' (26% en 32%) en 'last van problemen met het bereiken van een orgasme' (29% en 15%). Trans vrouwen ervaren na vaginoplastiek minder vaak opwindingsproblemen, seksuele aversie en een laag seksueel verlangen, in vergelijking met trans vrouwen die enkel hormonale therapie innemen. Vergeleken met trans mannen die geen medische stappen zetten, ervaren trans mannen na een falloplastiek minder vaak problemen met seksuele aversie maar vaker pijn na het vrijen.

Seksuele disfuncties bij transgender personen vier tot zes jaar na hun eerste contact met transgenderzorg zijn frequent. Medische stappen kunnen helpen en zelfs essentieel zijn voor de ontwikkeling van een gezonde seksualiteit. Toch blijkt een significante groep van transgender personen (nog) last te hebben van seksuele disfuncties na genitale chirurgie. Seksuologische nazorg in deze groep verdient dus zeker aandacht.

Mauro E. Kerckhof werkte als wetenschappelijk medewerker aan het Centrum voor Seksuologie en Gender. Momenteel is hij onderzoeker in het expertisecentrum Sociale Innovatie aan de Hogeschool VIVES en is ook actief als psychotherapeut.

Prof. dr. Els Elaut is coördinator van het Centrum voor Seksuologie en Gender van het Universitair Ziekenhuis Gent, klinisch gastprofessor aan de Universiteit Gent en verantwoordelijk voor de Permanente Vorming Seksuologie (Universiteit Gent).

Dr. Baudewijntje P.C. Kreukels is Universitair Hoofddocent aan de afdeling Medische Psychologie en het Kennis en Zorgcentrum voor Genderdysforie van het Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Priv. Doz. Timo Nieder coördineert de Outpatient Unit for Sexual Health and Transgender Care en is Teaching Coördinator voor Sexual Medicine op de Medical Faculty van het University Medical Center Hamburg-Eppendorf.

Dr. Inga Becker-Hebly is coördinator van een onderzoeksgroep gericht op transgender gezondheid in de kindertijd en adolescentie bij de afdeling Kind- en Jeugdpsychiatrie en -psychotherapie van het Universitair Medisch Centrum Hamburg-Eppendorf.

Dr. Tim van de Grift werkt als psychiater in opleiding en seksuoloog in opleiding in het Amsterdam UMC, daarnaast is hij verbonden als Universitair Docent aan het Amsterdam UMC, afdeling plastische chirurgie.

Dr. Annemieke S. Staphorsius is datamanager bij het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie in het Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Andreas Köhler werkt als *fellow* bij het Institute for Sex Research, Sexual Medicine, and Forensic Psychiatry van het University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Hij bereidt momenteel een doctoraat voor rond een (de-)centrale transgenderzorg.

Prof. Dr. Gunter Heylens is als psychiater verbonden aan de Dienst Spoedpsychiatrie, het mobiel crisis team en het Centrum voor Seksuologie en Gender, en docent aan de Universiteit Gent.

Correspondentieadres: els.elaut@uzgent.be

Ontvangen: 30 juni 2020; Geaccepteerd: 29 september 2020

Dit artikel is een Nederlandstalige bewerking van een artikel eerder verschenen in het Journal of Sexual Medicine.

Personen met genderdysforie lijden onder de incongruentie tussen het gender dat hen toegewezen werd bij de geboorte en het gender waarmee ze zich identificeren (APA, 2013). Meer gebruikelijk wordt naar hen verwezen als 'transgender personen'. De seksuele ervaringen van transgender personen zijn nog weinig onderzocht (Stephenson et al., 2017; van de Grift et al., 2017; Weyers, Hoebeke, Stockman, & Monstrey, 2016). Nochtans is seksualiteit een belangrijk aspect in het leven, ook bij transgender personen (Cerwenka, Nieder, Cohen-Kettenis, et al., 2014). Daarnaast ervaart deze groep specifieke uitdagingen op vlak van seksuele gezondheid zoals een hoger risico op slachtofferchap van seksueel geweld, complicaties bij genderbevestigende chirurgische ingrepen en genderdysfore gevoelens tegenover het eigen lichaam (Cerwenka, Nieder, Briken, et al., 2014; Cerwenka, Nieder, Cohen-Kettenis, et al., 2014; Stotzer, 2009).

Seksualiteit bij trans vrouwen (mannelijk geslacht toegekend bij geboorte, vrouwelijke genderidentiteit) is vooral onderzocht na hormoontherapie (HT) en genderbevestigende chirurgie (GBC), zoals de vaginoplastiek. De meerderheid (63%) van de trans vrouwen rapporteert nadien een beter seksueel functioneren (Murad et al., 2010). Na chirurgie zijn de meeste vrouwen tevreden met de mogelijkheid tot orgasme en rapporteren ze lage pijnscores (De Cuypere et al., 2005; Lawrence, 2005; Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005). De meerderheid van trans vrouwen ervaart na HT en GBC een daling in seksueel verlangen (Wierckx et al., 2014), hoewel de prevalentie vergelijkbaar blijft met de prevalentie van verminderd verlangen onder cisgender vrouwen (vrouwelijk geslacht toegekend bij geboorte, vrouwelijke genderidentiteit) (Elaut et al., 2008). Ook bij trans mannen (vrouwelijk geslacht toegekend bij geboorte, mannelijke genderidentiteit) is seksueel functioneren vooral onderzocht na een medische transitie, waarbij een positief effect op seksueel functioneren blijkt (Klein & Gorzalka, 2009; Murad et al., 2010; Stephenson et al., 2017). Trans mannen ervaren na HT en GBC een sterker seksueel verlangen, meer seksuele opwindning en de frequentie van seksuele activiteit en masturbatie stijgt (Klein & Gorzalka, 2009; Murad et al., 2010; Wierckx et al., 2011).

Ondanks de globaal positieve effecten van genderbevestigende interventies op seksueel functioneren, blijkt een grote variabiliteit in de individuele ervaringen (Klein & Gorzalka, 2009). Sommige trans vrouwen rapporteren moeilijkheden bij opwindning, lubricatie en pijn (Weyers et al., 2009). Trans mannen die preoperatief reeds problemen ervaren met seksueel functioneren, hebben een grotere kans om ook na chirurgie minder tevreden te zijn (Garcia, Christopher, De Luca, Spilotros, & Ralph, 2014).

Studies hebben nog niet eerder een brede bevraging opgezet naar seksuele problemen bij een grote groep transgender personen. Ook beperken de meeste onderzoeken het seksueel functioneren tot het ervaren

van een orgasme (De Cuypere et al., 2005; Garcia et al., 2014; Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2005; Wierckx, Van Caenegem, et al., 2011). Tot slot is geen onderscheid gemaakt tussen seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties (functiestoornissen die gepaard gaan met last). Niet alle seksuele klachten zijn geassocieerd met de ervaring van last (Hendrickx, Gijs, & Enzlin, 2016). Het niet onderscheiden van functiestoornissen en disfuncties kan dan ook leiden tot een overschatting van de prevalentie van seksuele disfuncties (Hendrickx et al., 2016).

Deze studie wenst dan ook de prevalentie van seksuele functiestoornissen en disfuncties in kaart te brengen in een grote steekproef van personen met genderdysforie, vier tot zes jaar na hun eerste contact met de transgenderzorg. De bevraging gebeurt bij de volledige cohorte, onafhankelijk van welke medische behandeling al dan niet in deze periode toe is besloten. Daarnaast exploreren we de verschillen in seksueel functioneren tussen de verschillende zorgtrajecten (bijvoorbeeld geen medische stappen versus hormoontherapie en chirurgie).

Methodologie

Drie centra (Amsterdam, Gent en Hamburg), die in 2007 de ENIGL studie opstarten (Kreukels et al., 2012), organiseerden een follow-up studie bij een cohorte transgender personen, of personen met genderdysforie, vier à zes jaar na het eerste klinisch contact in de betreffende genderteams, onafhankelijk van de voortgang in een eventuele medische transitie. Participanten werden uitgenodigd door de behandelende clinicus (in Amsterdam door medewerkers van het centrum) via de telefoon, e-mail en/of via brieven met een vraag tot deelname. De studie werd goedgekeurd door de lokale ethische comités.

De data over seksueel functioneren werd ingevuld door 518 transgender personen, waarvan 307 (59,3%) bij de geboorte geregistreerd waren als man en 211 (40,7%) bij de geboorte geregistreerd als vrouw. In dit artikel refereren we om methodologische redenen naar participanten als trans vrouw (mannelijk geslacht toegekend bij geboorte) en trans man (vrouwelijk geslacht toegekend bij geboorte), hoewel dit niet helemaal de genderdiversiteit onder de deelnemers representeert (zie tabel 1 en de appendix).

Zowel de reeds uitgevoerde als nog gewenste medische stappen werden bevroegd. Trans mannen werden op basis hiervan verdeeld in vier groepen: (1) de NT-groep (*no treatment*) bevat deelnemers die geen enkele medische stap gezet hebben; (2) de MA-groep omvat deelnemers die zowel HT als mastectomie hadden ondergaan; (3) deelnemers die naast HT en mastectomie, ook genitale chirurgie achter de rug hadden, werden opgedeeld in de ME-groep (metadoioplastie) en de (4) PH-groep (faloplastiek). Twee groepen werden uit de exploratieve analyse gehaald omdat ze te klein waren, namelijk de groep die enkel HT of enkel mastectomie

ondergaan hadden. Trans vrouwen werden ingedeeld in drie behandelgroepen: (1) een groep die geen medische stappen gezet had (NT-groep); (2) een groep die HT heeft gehad en eventueel ook niet-genitale chirurgie (HT-groep); en (3) een groep die ook een vaginoplastiek had (VA-groep).

Een lijst van mogelijke seksuele disfuncties werd gebaseerd op de seksuele disfuncties beschreven in de *Diagnostic Statistical Manual 4th edition, Text revision* (American Psychiatric Association, 2013): laag seksueel verlangen, seksuele aversie, problemen met opwindend, orgasmeproblemen, ongewilde ejaculatie, pijn na het vrijen en vaginisme. Deze werden aangevuld met de disfuncties afwezige ejaculatie en pijn tijdens het vrijen. Enkel seksueel actieve deelnemers (masturbatie of met ander(en)) kregen deze vragen. Voor elke seksuele disfunctie werd eerst bevestigd of men het probleem al dan niet ervoer. Indien dat het geval was, werd verder gevraagd of men er dan ook last van had.

Statistische analyse

Alle statistische analyses zijn apart uitgevoerd voor trans vrouwen en trans mannen. De prevalenties van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties zijn berekend per gender en per type zorg. Vervolgens werden de prevalenties van seksuele disfuncties tussen verschillende types van zorg met elkaar vergeleken, hierbij werd (indien voldoende waarnemingen per vrijheidsgraad) gecontroleerd op leeftijd en nationaliteit van de participant via binaire logistische regressie.

Beschrijving van de steekproef

Tabel 1. Beschrijving van de steekproef

| | Trans vrouwen n=307 | Trans mannen n =211 |
|---|---------------------|---------------------|
| Leeftijd, M (SD) | 43 (14) | 33 (11) |
| Genderidentiteit, n (%) | n=303 | n=208 |
| Mannelijk | 6 (2,0) | 131 (63,0) |
| Vrouwelijk | 208 (68,6) | 2 (1,0) |
| Trans vrouw | 61 (20,1) | 0 |
| Trans man | 0 | 47 (22,6) |
| Ertussenin | 21 (6,9) | 24 (11,5) |
| Anders (bv. genderfluïde) | 7 (2,3) | 4 (1,9) |
| Huidige partner, n (%) | n=307 | n=209 |
| Mannelijke partner ¹ | 48 (15,6) | 23 (11,0) |
| Vrouwelijke partner ¹ | 91 (29,6) | 72 (34,4) |
| Anders | 24 (7,8) | 7 (3,3) |
| Niet van toepassing | 144 (46,9) | 107 (51,2) |
| Type zorg², n (%) | n=307 | n=207 |
| NT-groep | 29 (9,4) | 8 (3,9) |
| HT-groep | 71 (23,1) | |
| VA-groep | 207 (67,4) | |
| MA-groep | | 132 (63,8) |
| ME-groep | | 12 (5,8) |
| PH-groep | | 44 (21,3) |
| <i>Enkel HT of enkel mastectomie</i> | | 11 (5,3) |
| Tijd tussen behandeling en survey, n (%) | | |
| Hormoonbehandeling | < 1 jaar | 7 (2,9) |
| | 1 - 2 jaar | 7 (2,9) |
| | 2 - 3 jaar | 16 (6,6) |
| | > 3 jaar | 211 (87,4) |
| Vaginoplastiek/Falloplastiek | < 1 jaar | 17 (9,5) |
| | 1 - 2 jaar | 41 (22,9) |
| | 2 - 3 jaar | 77 (43) |
| | > 3 jaar | 44 (24,7) |
| Metadoioplastiek | < 1 jaar | 2 (33,3) |
| | 1 - 2 jaar | 3 (50) |
| | 2 - 3 jaar | 1 (16,7) |

¹ Heteroseksuele, homoseksuele of biseksuele partners

² NT-groep: geen medische behandeling; HT-groep: HT (en niet-genitale chirurgie); VA-groep: HT en vaginoplastiek; MA-groep: HT en mastectomie (en hysterectomie); ME-groep: HT, hysterectomie, mastectomie en metadoioplastiek; PH-groep: HT, hysterectomie, mastectomie en falloplastiek

Resultaten

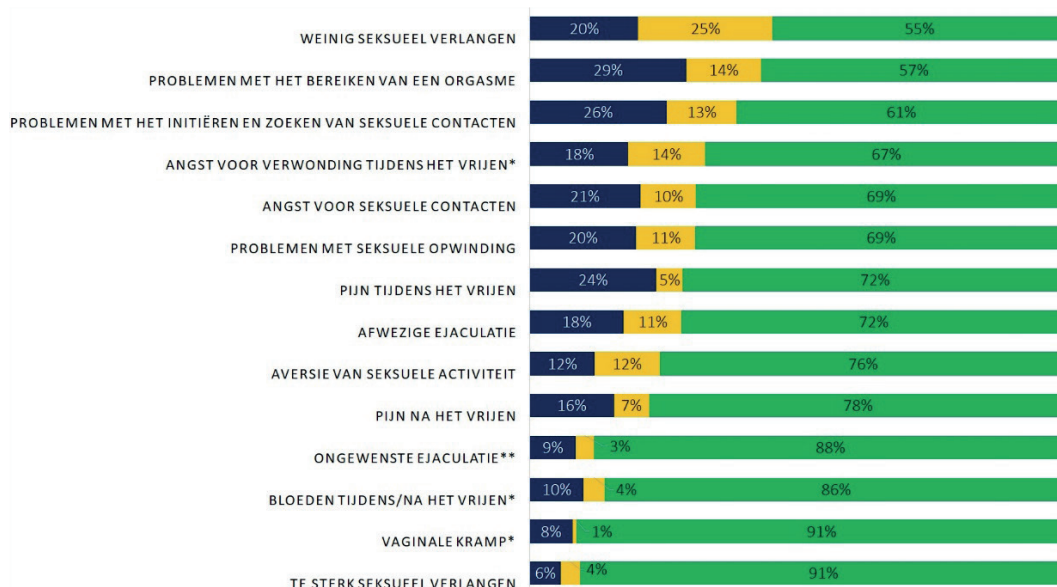
Prevalentie van seksuele disfuncties

Figuur 1 toont de meest frequente seksuele disfuncties en functiestoornissen bij trans vrouwen. Zij ervaren het vaakst last van het moeilijk bereiken van een orgasme (één op drie), last van moeilijkheden om seks te initiëren (één op vier), en last van pijn bij het vrijen (één op vier).

Figuur 1. De prevalentie van seksuele disfuncties en functiestoornissen voor trans vrouwen.

* trans vrouwen die vaginoplastiek ondergaan hebben

** trans vrouwen die geen vaginoplastiek ondergaan hebben.

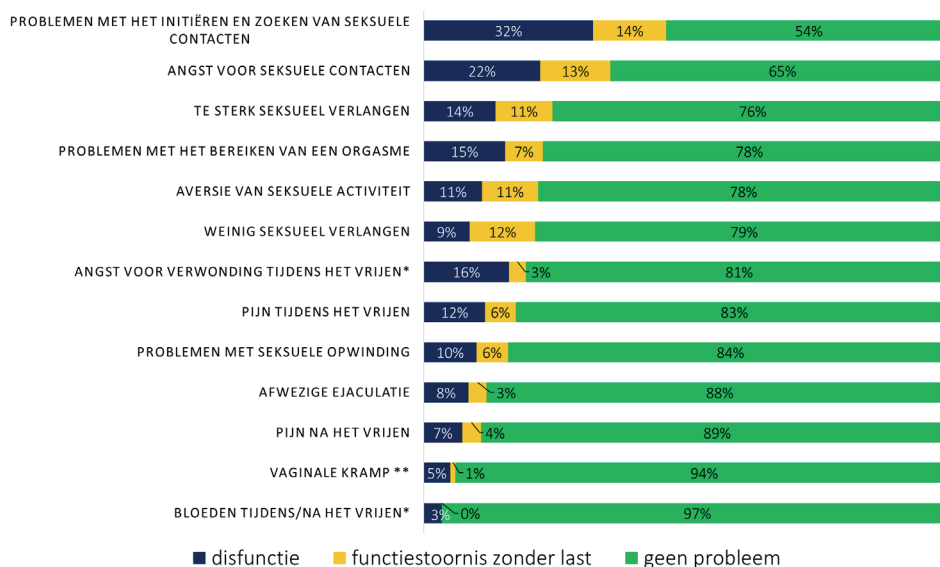


Bij trans mannen blijken de meest frequente klachten gelijklopend: ook zij ervaren vaak last bij het initiëren van seks (één op drie), last door angst voor seksuele contacten (één op vijf), en ook last van moeilijkheden een orgasme te bereiken (één op zes) (Figuur 2). Eén op zes trans mannen ervaren na genitale chirurgie hinder door hun angst voor verwondingen tijdens het vrijen.

Figuur 2. De prevalentie van seksuele disfuncties en functiestoornissen bij trans mannen.

* trans mannen na genitale chirurgie

** trans mannen die geen genitale chirurgie ondergaan hebben



■ disfunctie ■ functiestoornis zonder last ■ geen probleem

Prevalentie seksuele disfuncties naargelang zorgtraject

Binnen deze cohorte zijn verschillende mogelijke zorgtrajecten te observeren (zie Tabel 1). Sommige transgender personen wensen een 'klassiek' zorgparcours en wensen genitale chirurgie. Bij de trans mannen zijn deze deelnemers terug te vinden in de groep die ofwel een metadoïoplastiek of een falloplastiek heeft ondergaan (ME- en PH-groep); bij de trans vrouwen bevinden deze deelnemers zich in de groep die een vaginoplastiek heeft ondergaan (VA-groep). Andere transgender personen beslissen ertoe om geen genitale chirurgie te ondergaan, zij zijn terug te vinden in de andere groepen. Ook transgender personen zonder een wens naar genitale chirurgie zijn geen compleet homogene groep: sommigen vinden hun identiteit niet helemaal passen in de labels 'man' of 'vrouw'; anderen zien vanuit een potentieel risico op complicaties of verlies van erogene sensitiviteit af van genitale ingrepen. De huidige studie vindt het dan ook relevant om de prevalentie van seksuele klachten voor de verschillende zorgtrajecten nader te bekijken. We merken op dat de huidige follow-up studie een éénmalig, cross-sectionele meting betreft in inherent verschillende groepen.

De prevalentie van seksuele disfuncties in de verschillende zorgtrajecten wordt weergegeven in figuur 3 en 4. Zowel voor trans vrouwen als trans mannen zijn verschillen op te merken naargelang zorgparcours. Trans vrouwen na vaginoplastiek rapporteren minder moeilijkheden met opwinding, minder last van seksuele aversie en minder problemen met laag seksueel verlangen vergeleken met trans vrouwen in de HT-groep. De kans op het ervaren van deze disfuncties in de VA-groep was verlaagd met ongeveer 50%. Trans vrouwen ervaren na een vaginoplastiek vaker pijn tijdens het vrijen in vergelijking met de HT-groep.

De prevalentie van seksuele aversie en orgasme problemen verschilt tussen de verschillende zorgtrajecten bij trans mannen (zie Figuur 4). Door de kleine aantallen in de NT-groep en de ME-groep kunnen deze prevalenties niet vergeleken worden met de andere groepen. De vergelijking tussen de MA-groep en de PH-groep vindt enkel hogere prevalentie van pijn na het vrijen na falloplastiek. De kans op het ervaren van pijn na het vrijen was bijna vier keer groter in de falloplastiek groep in vergelijking met de MA-groep.

Kwalitatieve toelichtingen van de groep die niet seksueel actief is

In totaal gaven 60 trans vrouwen en 19 trans mannen aan niet seksueel actief te zijn door 'niet van toepassing' te antwoorden op alle vragen rond seksueel functioneren. Sommige deelnemers die niet seksueel actief waren, schreven hun redenen hiervoor in de beschikbare open velden. Een deel van deze personen voelde zich geremd in seksuele relaties of konden niet genieten van seks door hun dysforie over het lichaam. Bijvoorbeeld, enkele trans mannen beschreven dat het niet hebben van een penis, of het niet in staat zijn tot

een erectie, het hen moeilijk maakte om een seksuele relatie te hebben. Andere deelnemers beschreven dat complicaties door genderbevestigende chirurgie geleid hebben tot ernstige seksuele moeilijkheden die het hen onmogelijk maken nog seksueel actief te zijn (bijvoorbeeld een verlies van alle genitale sensatie). Andere deelnemers schreven dat ze comfortabel waren met het seksueel niet actief zijn en identificeerden zich soms als asexueel.

Discussie

Deze studie brengt de prevalentie van seksuele disfuncties in kaart bij transgender personen vier tot zes jaar na hun eerste contact met de transgenderzorg in Amsterdam, Gent of Hamburg. De meest frequente seksuele klachten bij zowel trans vrouwen als trans mannen betreffen het initiëren van seks en het beleven van een orgasme. De prevalentie van de meeste seksuele disfuncties ligt lager bij deelnemers die meer genderbevestigende interventies ondergaan hebben.

Studies hebben zich niet eerder gebogen over transgender personen die (nog) geen medische transitie zijn gestart. Globaal ervaren personen met genderdysforie die geen medische zorg hadden een hogere prevalentie van seksuele disfuncties, met uitzondering van een laag seksueel verlangen (trans vrouwen) en pijn na het vrijen (trans mannen). Mogelijks heeft deze groep meer last van genderdysforie en bemoeilijkt dat hun seksueel functioneren. Bovendien is het mogelijk dat zij hun genderidentiteit op het moment van de studie nog niet kunnen uiten naar een partner, wat dan weer een effect zou kunnen hebben hoe ze worden benaderd in het seksueel contact met die partner.

Trans vrouwen na een vaginoplastiek hebben minder last van opwindingsproblemen, seksuele aversie en een laag seksueel verlangen in vergelijking met trans vrouwen die enkel hormonen innemen. Deze cijfers liggen in lijn met studies die positieve effecten van een medische transitie op seksualiteit aantonen. Bijna één op drie trans vrouwen ervaart problemen met het bereiken van een orgasme. Deze problemen zijn zowel aanwezig bij de groep die reeds een vaginoplastiek achter de rug heeft, als bij de groep die (nog) geen genitale chirurgie heeft gehad. Daarnaast rapporteren trans vrouwen na een vaginoplastiek vaker pijn tijdens en na het vrijen, in vergelijking met de groep die enkel hormonen inneemt. Deze cijfers nuanceren toch enigszins het overwegend positieve beeld in de literatuur op vlak van seksueel functioneren na medische stappen (Holmberg, Arver, & Dhejne, 2018; Lawrence, 2005). Vermoedelijk zijn de oorzaken van deze vormen van pijn verschillend tussen de drie types van zorg, maar dat is hier niet bevestigd. Uit klinische ervaring blijkt bijvoorbeeld dat trans vrouwen zonder medische transitie anale penetratie toelaten. Anale seks kan niet alleen potentieel pijnlijker zijn dan vaginale seks, maar kan ook een confrontatie zijn met het nog niet helemaal passend lichaam.

In de groep trans mannen blijken minder verschillen aanwezig te zijn tussen de verschillende behandelgroepen. Ook daar zien we dat de groep zonder medische transitie vaker seksuele aversie en orgasme problemen ervaart. Opvallend is dat trans mannen die een falloplastiek achter de rug hebben, minder vaak seksuele aversie voelen. Tegelijk rapporteert bijna één op vijf pijn na het vrijen. De groep die een metadoïoplastiek of falloplastiek heeft ondergaan, is echter te klein om verdergaande conclusies uit te kunnen trekken.

Ondanks de positieve effecten van de medische transitie, zijn seksuele disfuncties nog vaak aanwezig na genitale chirurgie. Uitdagingen voor transgender personen houden dus ook nog aan na medische stappen. Deelnemers ervaren bijvoorbeeld nog vaak angst voor seksuele contacten en durven seks soms niet te initiëren. Mogelijks hindert een aanhoudend negatief lichaamsbeeld hen hierin (Becker et al., 2018). Ook na een falloplastiek blijven complicaties veelvoorkomend en zijn de mogelijkheden nog gelimiteerd (zo is bijvoorbeeld geen autonome erectie mogelijk) (Stephenson et al., 2017). Andere mogelijke factoren die seksualiteit beïnvloeden zijn geïnternaliseerde transfobie en moeilijkheden om een partner te vinden die de genderidentiteit ondersteunt (Holmberg et al., 2018). De bereidheid bij heteroseksuele cisgender personen om te daten met transgender personen blijkt ook zeer laag (Blair & Hoskin, 2018). Bovendien eindigt de transgenderzorg vaak na de medische stappen, terwijl sommige personen pas starten met het exploreren van hun seksualiteit na het afronden van een medisch parcours. Seksuologische counseling of sekstherapie voor én na operaties zou kunnen helpen om de seksuele gezondheid van transgender personen te verbeteren (Holmberg et al., 2018).

Hoewel de prevalentie van seksuele disfuncties duidelijk verhoogd is in vergelijking met de algemene populatie (24-26), zijn er ook transgender personen die geen enkele van de bevraagde seksuele problemen rapporteren. Verder onderzoek naar de copingstrategieën en beleving van transgender personen met positieve seksuele ervaringen kan waardevolle inzichten opleveren voor hulpverleners en transgender personen.

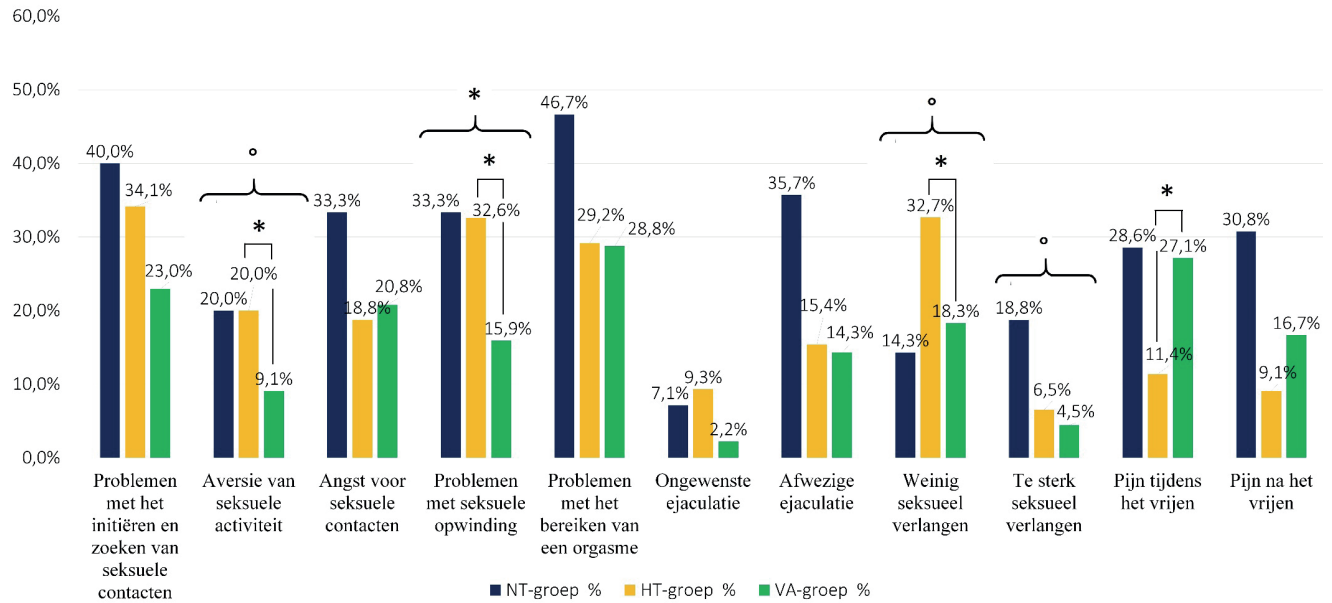
Sterktes en beperkingen

In deze studie volgden we een grote groep transgender personen ongeacht de zorgbeslissingen die ze namen. We bevroegen bij hen een breed spectrum aan seksuele problemen, deels ook los van de DSM-categorisatie van seksuele disfuncties. De belangrijkste beperking is echter dat de deelnemers slechts op één moment in hun transitie bevroegd werden over hun seksueel functioneren. Hierdoor kunnen we geen uitspraken doen over het werkelijke effect van medische stappen op de prevalentie van seksuele problemen. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat de groep die vooraf reeds minder problemen ervoer, sneller voor chirurgie opteerde. Prospectief onderzoek is essentieel om de verbanden tussen medische stappen, de tevredenheid met operaties, partnerrelaties, complicaties en seksualiteit doorheen de transitie in kaart te brengen. Daarnaast was de power van de statistische analyses om behandelgroepen te vergelijken beperkt doordat sommige behandelgroepen zeer klein waren. Tot slot is er geen gevalideerde vragenlijst over seksualiteit bij transgender personen beschikbaar.

Conclusie

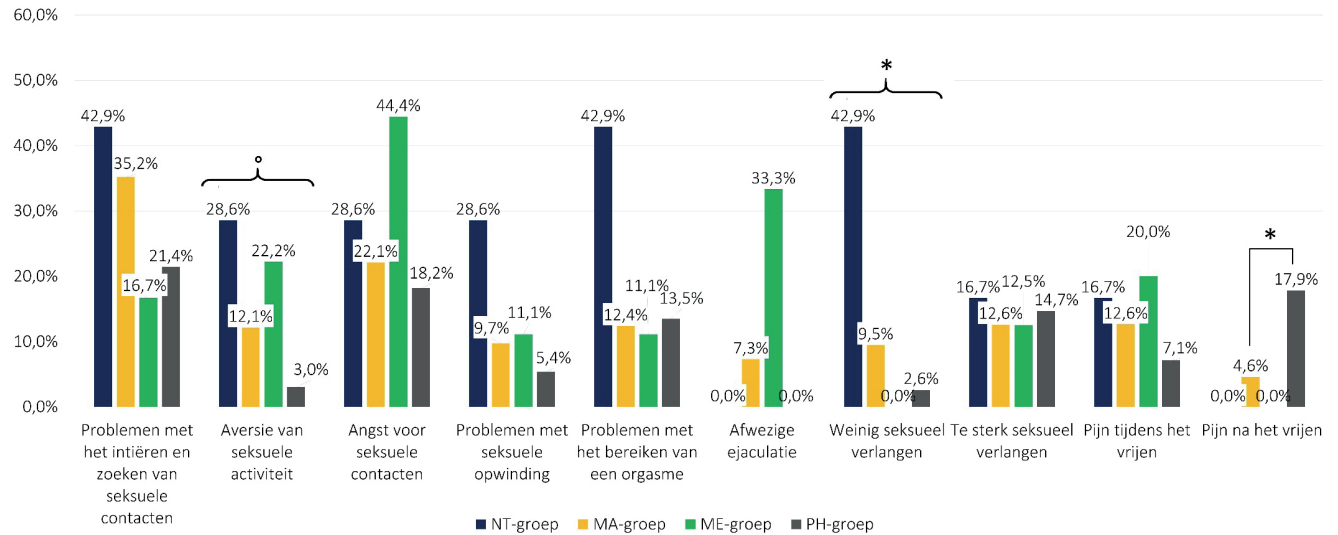
Deze data dragen bij aan de ontwikkeling van een genuanceerder beeld van seksuele moeilijkheden bij transgender personen vier tot zes jaar na de start van hun eerste contact met gespecialiseerde zorg. Best veel transgender personen rapporteren seksuele disfuncties; bijzonder frequent zijn de moeilijkheden met het initiëren van seksuele relaties en een vrees voor seksueel contact. Hoewel medische interventies een noodzakelijke stap vormen richting een seksueel actief en bevredigend relationeel leven voor deze groep, bieden deze uiteraard geen garantie voor een seksueel gezond leven.

Figuur 3. Prevalenties van seksuele disfuncties bij trans vrouwen.



Behandeltrajecten: NT-groep (gemiddelde valide N=14): geen medische behandeling; HT-groep (gemiddelde valide N=45): HT (en niet-genitale chirurgie); VA-groep (gemiddelde valide N=129): HT en vaginoplastiek. Significante resultaten na Fisher's Exact test voor exploratieve analyse tussen behandeltrajecten, Chi-Square testen voor de vergelijking tussen HT-groep en VA-groep, significantie niveaus: ° p<0.10, *p<0.05

Figuur 4. Prevalenties van seksuele disfuncties bij trans mannen.



Behandeltrajecten: NT-groep (gemiddelde valide N= 6): geen medische behandeling; MA-groep (gemiddelde valide N= 97): HT en mastectomie (en ovariohysterectomie); ME-groep (gemiddelde valide N=8): HT, ovariohysterectomie, mastectomie en metadoioplastie; PH-groep (gemiddelde valide N=30): HT, ovariohysterectomie, mastectomie en falloplastiek. Significante resultaten van Fisher's Exact test voor exploratieve analyse tussen alle behandeltrajecten, Chi-Square toets voor de vergelijking tussen de MA-groep en de PH-groep, significantie niveaus: ° p<0.10, * p<.05

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A Cross-Sectional Multicenter Study of Multidimensional Body Image in Adolescents and Adults with Gender Dysphoria Before and After Transition-Related Medical Interventions. *Archives of Sexual Behavior*, *47*, 2335-2347.
- Blair, K. L., & Hoskin, R. A. (2018). Transgender exclusion from the world of dating: Patterns of acceptance and rejection of hypothetical trans dating partners as a function of sexual and gender identity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1-22.
- Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., Cuypere, G., De, Haraldsen, I. R. H., Kreukels, B. P. C., & Richter-Appelt, H. (2014). Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender-Dysphoric Individuals Before the Start of Medical Treatment. *International Journal of Sexual Health*, *26*(1), 52-65.
- Cerwenka, S., Nieder, T. O., Cohen-Kettenis, P., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R. H., Kreukels, B. P. C., & Richter-Appelt, H. (2014). Sexual behavior of gender-dysphoric individuals before gender-confirming interventions: A European multicenter study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *40*(5), 457-471.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., Monstrey, S., Vansteenwegen, A., & Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(6), 679-690.
- Elaut, E., De Cuypere, G., De Sutter, P., Gijs, L., Van Trotsenburg, M., Heylens, G., Kaufman, J.-M., Rubens, R., & T'Sjoen, G. (2008). Hypoactive sexual desire in transsexual women: Prevalence and association with testosterone levels. *European Journal of Endocrinology*, *158*(3), 393-399.
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: the Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology*, *3*(2), 156-162.
- Hendrickx, L., Gijs, L., & Enzlin, P. (2016). Sexual Difficulties and Associated Sexual Distress in Flanders (Belgium): A Representative Population-Based Survey Study. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(4), 650-668.
- Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2018). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, *16*(2), 121-139.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, *6*(11), 2922-2939.
- Kreukels, B. P. C., Haraldsen, I. R., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Gijs, L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. *European Psychiatry*, *27*(6), 445-450.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(2), 147-166.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, *72*(2), 214-231.
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, *35*(1), 89-99.
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The Sexual Health of Transgender Men: A Scoping Review. *Journal of Sex Research*, *54*(4-5), 424-445.
- Stotzer, R. L. (2009). Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggression and Violent Behavior*, *14*(3), 170-179.
- van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L. A. C. L., Buncamper, M. E., Özer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M.-B., & Mullender, M. G. (2017). A Longitudinal Study of Motivations Before and Psychosexual Outcomes After Genital Gender-Confirming Surgery in Transmen. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(12), 1621-1628.
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *Journal of Sexual Medicine*, *6*(3), 752-760.
- Weyers, S., Hoebeke, P., Stockman, S., & Monstrey, S. (2016). Sexuality and relationships of transgender people - version 2 - dd. 31.10.2016 Authors: Els Elaut, Steven Weyers, Piet Hoebeke, Sabien Stockman & Stan Monstrey.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedecker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, *165*(2), 331-337.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual Desire in Trans Persons: Associations with Sex Reassignment Treatment. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(1), 107-118.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., Toye, K., Weyers, S., Hoebeke, P., Monstrey, S., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2011). Quality of Life and Sexual Health after Sex Reassignment Surgery in Transsexual Men. *Journal of Sexual Medicine*, *8*(12), 3379-3388.

Appendix

In de beschrijving van onze steekproef rapporteren we dat 2.0 % van de trans vrouwelijke participanten een mannelijke genderidentiteit aangeeft, terwijl 1.0 % van de trans mannelijke participanten een vrouwelijke genderidentiteit vermeldt. We hebben de antwoorden van deze acht personen verder geëxploreerd. Ook al lijken deze data op het eerste zicht contradictorisch, willen we hier graag de nuances beschrijven achter deze op het eerste zicht inconsistente antwoorden (met aandacht voor het feit dat inconsistenties deel zijn van de menselijke natuur, en dus ook voorkomen in gendervariante groepen). Deze personen volgden niet altijd het 'klassieke pad' (contact met een genderteam, hormoonbehandeling starten, en eventueel genderbevestigende chirurgie) en beschreven in kwalitatieve opmerkingen waarom ze geen sociale of medisch transitie wilden. Deze redenen varieerden van sociale angst, zich te oud voelen voor bepaalde stappen, angst voor eenzaamheid bij het verderzetten van de sociale transitie, etc. Gezien de situatie van deze acht personen wel wees op de ervaring van genderdysforie, werd beslist om deze personen wel op te nemen in verdere analyses.

Summary

Sexual complaints in transgender persons after different care paths, an ENIGI follow-up study

While transgender people have become more visible in our society and in health care, little research is available on their sexual experiences. Older, mostly small, studies have limited sexual functioning after a medical transition to orgasm capacity. The goal of the present study was to assess the prevalence of a broad spectrum of sexual function disturbances and dysfunctions (with distress) in a multicentric cohort of transgender persons during/after medical transition. Prevalence was also reported according to possible medical care paths.

518 transgender persons (307 mostly feminine identified, 211 mostly masculine identified) filled out an online follow-up questionnaire in the context of the *European Network for the Investigation of Gender Incongruence Initiative (ENIGI)*. Participants were contacted four to six years after first clinical entry at a gender team in Ghent, Amsterdam or Hamburg.

The most frequent sexual dysfunctions experienced by trans women and trans men were 'difficulties initiating and seeking sexual contact' (26% and 32%, respectively) and 'difficulties experiencing orgasm' (29% and 15%, respectively). Compared with trans women after hormone treatment, trans women after vaginoplasty experienced less often arousal difficulties, sexual aversion, and low sexual desire. Compared with trans men without medical interventions, trans men after a phalloplasty experienced sexual aversion less often, but more pain after sex.

Sexual dysfunctions among transgender persons four to six years after first clinical contact with transgender health care are very common. Medical interventions might be helpful and even essential for developing good sexual health, a significant group of trans persons experienced sexual dysfunctions after genital surgery. Offering sexological aftercare in this group is hence advised.

Keywords: transgender health care, sexual dysfunctions, sexual complaints, gender affirming interventions

Trefwoorden: transgenderzorg, seksuele disfunctie, seksuele zorgen, genderbevestigende interventies