

**Comorbide autismespectrumstoornis en genderidentiteitsproblematiek in de diagnostische fase: van theorie naar praktijk**

Een overzicht van bestaande wetenschappelijke kennis over comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen in de diagnostiek en hoe deze samenhang terugkomt in het diagnostiektraject binnen de jeugd GGZ

Student: Miron Abee

Studentnummer: S3686469

Masterthesis Orthopedagogiek

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Begeleidster: dr. A.M.N Huyghen

Tweede beoordelaar: dr. A. Zuurmond

21-6-2022

Aantal woorden: 11.169

## Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis ‘Comorbide autismespectrumstoornis en genderidentiteitsproblematiek in de diagnostische fase: van theorie naar praktijk’. Deze thesis is geschreven ter afsluiting van de master Pedagogische Wetenschappen, richting Orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. In dit voorwoord wil ik graag een aantal mensen bedanken die hebben bijgedragen aan mijn masterthesis. Ten eerste wil ik mijn scriptiebegeleider Anne-Marie Huyghen bedanken voor de ontzettend fijne begeleiding. Naast leerzame feedback was er prettig onderling contact, wat heeft bijgedragen aan het eindproduct. Ten tweede wil ik Marjolein Mulder bedanken als tweede onderzoeker. De samenwerking met Marjolein heb ik als prettig ervaren, ik had mij geen betere tweede onderzoeker kunnen wensen. Tot slot wil ik alle professionals bedanken die hebben geparticipeerd in het onderzoek. Zo wil ik Irma Mollink en Arianne Schep van Accare Hoogezand bedanken, Jetty Noltes en Simone Hein van Accare Groningen kennislijn ASS, Max Goettsch en Annemiek Landlust van het ATN en een professional werkzaam bij een organisatie met kennis op het terrein van gender en genderproblematiek. Dank voor jullie tijd, openheid en dat ik jullie kennis en ervaringen mocht gebruiken.

## Samenvatting

Er is een toegenomen aandacht voor comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen. Ook professionals van Accare constateren meer cliënten met deze comorbiditeit, echter stellen zij dat er geen specifieke werkwijze wordt toegepast die hierop inspeelt. Het ontbreekt aan richtlijnen en is er in theorie en praktijk geen overeenstemming. Het doel van deze studie was om te onderzoeken wat in wetenschappelijke literatuur bekend is over hoe rekening wordt gehouden met de comorbiditeit in het diagnostiektraject, om vervolgens te onderzoeken in hoeverre hier rekening mee wordt gehouden in de praktijk. Het tweeledige kwalitatieve onderzoek bestond uit een literatuuronderzoek en semi-gestructureerde interviews met professionals werkzaam bij Accare, een gespecialiseerde poli in genderidentiteitsproblemen en een gespecialiseerde poli in autismespectrumstoornissen. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat er overeenkomsten zijn tussen literatuur en praktijk. Omtrent de praktische aanpak is het van belang om aandacht te besteden aan ontwikkeling van genderidentiteitsvorming en een individuele aanpak te hanteren. Inzake de visie op diagnostiek stellen professionals dat het volledige spectrum van ASS en genderidentiteitsproblemen bekeken moet worden. Anderzijds zijn er professionals die de problematieken niet met elkaar associëren. Overeenkomende cliëntkenmerken zijn het vermogen om te kunnen gaan met de problemen, het kunnen uiten van onvrede met het geboortegeslacht, includeren van de sociaal-emotionele ontwikkeling en in kaart brengen van de cliënt zijn capaciteiten. Overeenkomende obstakels zijn het gebrek aan kennis, het risico op stellen van foutieve diagnoses en het risico voor de cliënt niet geloofd te worden. Daarentegen zijn er ook verschillen. Qua praktische aanpak is er geen verlengde diagnostiek, worden diagnostische instrumenten voor ASS niet met voorzichtigheid geïnterpreteerd en bestaat de beoordeling uit zelfrapportage. Daarnaast worden geen obstakels gerapporteerd. De comorbiditeit wordt op verschillende manieren meegenomen in het diagnostiektraject, maar er is geen overeenstemming tussen professionals. Verder onderzoek naar de comorbiditeit is van belang, waardoor richtlijnen kunnen worden opgesteld en professionals dezelfde werkwijze kunnen hanteren.

## **Abstract**

There is an increased focus on comorbid ASD and gender identity problems. Professionals of Accare also observe more clients with this comorbidity, but they state that no specific method is applied that responds to this. There is a lack of guidelines and no agreement in theory and practice. The aim of this study was to investigate what is known in scientific literature about how comorbidity is taken into account in the diagnostic process, and to subsequently investigate to what extent this is taken into account in practice. The two-part qualitative study consisted of a literature review and semi-structured interviews with professionals working at Accare, a specialized clinic in gender identity problems and a specialized clinic in autism spectrum disorders. The results show that there are similarities between literature and practice. With regard to the practical approach, it is important to pay attention to the development of gender identity formation and to use an individual approach. With regard to the vision of diagnostics, professionals state that the full spectrum of gender identity problems and ASD must be considered. On the other hand, there are professionals who do not associate the problems with each other. Corresponding client characteristics are the ability to cope with the problems, to express dissatisfaction with the birth gender, to include the social-emotional development and to map the client's capacities. Corresponding obstacles are the lack of knowledge, the risk of misdiagnosis and the risk for the client not to be believed. On the other hand, there are differences. In terms of practical approach, there are no extended diagnostics, diagnostic tools for ASD are not interpreted with caution and the assessment consists of self-reports. In addition, no obstacles are reported. Comorbidity is included in the diagnostic process in various ways, but there is no agreement between professionals. Further research into comorbidity is important, so that guidelines can be drawn up and professionals can use the same working method.

## 1 Inleiding

Gedurende de laatste twee decennia is een nieuw onderzoeksveld gerelateerd aan comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen ontstaan. De toegenomen aandacht voor genderidentiteitsproblemen, seksualiteit en ASS kunnen worden verklaard door veranderingen in de bevolking. Zo vonden er de afgelopen twintig jaar veranderingen plaats in opvattingen over gedrag, zoals seks buiten relaties of homoseksualiteit. Hier heeft de technologische revolutie een rol in gespeeld. Sociale media heeft er namelijk voor gezorgd dat individuen met verschillende seksualiteiten (lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen, transgenders en queers), genderidentiteitsproblemen en met gelijktijdige ASS hun ervaringen konden uitwisselen. Dit resulteerde in minder taboe en stigmatisering (Øien, Cincchetti, & Nordahl-Hansen, 2018). De gevolgen van deze toegenomen aandacht zijn positief, echter blijkt dat de comorbiditeit de bestaande diagnostische richtlijnen uitdaagt. Zo zijn er moeilijkheden op het gebied van sociale, adaptieve, communicatieve en executieve functies van jongeren met ASS (Strang et al., 2016). Een voorbeeld van een diagnostische uitdaging is weergegeven in een onderzoek van Cain en Valasco (2020). Hier wordt het levensverhaal van Gray onderzocht, een individu die zich identificeert als non-binair en op zijn achtste is gediagnosticeerd met ASS. Er wordt beschreven dat zijn autisme het hem bemoeilijkt om gender te conceptualiseren als een concept dat betrekking heeft op hem persoonlijk. Ook wordt benoemd welke factoren hier invloed op kunnen hebben, zoals sociaal-communicatieve factoren en het hebben van een laag zelfbeeld. Hoe de comorbiditeit de diagnostiek kan uitdagen is teruggekomen in gesprekken met professionals van Accare Hoogezand.

Accare Hoogezand staat in dienst van kinderen, jongeren en hun systeem die hulp wensen bij psychische problematiek. Professionals van Accare Hoogezand ervaren dat er relatief veel kinderen en jongeren worden aangemeld met comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen. Eveneens is uit onderzoek gebleken dat individuen met ASS meer genderidentiteitsproblemen laten zien dan de bredere populatie (Pecora et al., 2021). Ondanks deze constatering stellen professionals dat zij tijdens de diagnostiekfase geen specifieke werkwijze toepassen die inspeelt op deze comorbiditeit (o.a. R. Koster, persoonlijke communicatie, 28 oktober 2021). Dit is volgens hen te wijten aan het gebrek aan kennis over de comorbiditeit, maar ook geven zij aan geringe kennis te bezitten over genderidentiteitsproblemen op zichzelf. Door het ontbreken van

een specifieke werkwijze die hierbij aansluit geven professionals van Accare Hoogezand aan in de diagnostische fase onvoldoende rekening te houden met de comorbiditeit.

Genderidentiteitsproblemen staat in de DSM-V beschreven als genderdysforie. Er wordt gesproken van de term ‘genderdysforie’ wanneer het biologische geslacht niet overeenkomt met de genderidentiteit die het individu ervaart, wat kan samengaan met de wens om van geslacht te veranderen (DSM-5; APA, 2014). De keuze om in voorliggend onderzoek gebruik te maken van de term ‘genderidentiteitsproblemen’ in plaats van ‘genderdysforie’ heeft te maken met de betekenis van genderdysforie. Zoals omschreven hebben jongeren met genderdysforie een gevoel van onvrede omtrent hun geboortegeslacht. Een professional van Accare Hoogezand stelt daarentegen dat jongeren met comorbide ASS en genderdysforie nog niet bij deze fase hoeven te zijn (R. Koster, persoonlijke communicatie, 27 oktober 2021). Er is namelijk een mogelijkheid dat ASS genderidentiteitsproblemen kan beïnvloeden en er toch geen sprake blijkt te zijn, of in mindere mate, van onvrede met het geboortegeslacht. Aansluitend spreekt Parkinson (2014) in zijn onderzoek over twee individuen met ASS die na een aantal jaren toch geen hormonale of chirurgische behandeling meer wensten. Zo citeert hij een onderzoek van De Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes en Doreleijers (2010) waarin een jongere met ASS besproken wordt, die het gevoel had in zijn jeugd anders te zijn dan leeftijdsgenoten. De jongere had geen voorgeschiedenis van genderidentiteitsproblemen, maar raakte ervan overtuigd dat het gevoel van vervreemding die hij ervoer hierdoor verklaard kon worden. Uiteindelijk realiseerde deze jongere zich dat zijn problemen niet te verklaren waren door genderidentiteitsproblemen, maar wel door zijn ASS. In de huidige studie zijn genderidentiteitsproblemen dus een breed scala aan problemen. Dit kan variëren van vraagstukken over de seksualiteit tot overwegingen om geslachtsveranderende operaties te ondergaan.

Naast de term ‘genderidentiteitsproblemen’ zullen de termen ‘gendervariatie’, ‘genderdiversiteit’ en ‘gender constantie’ gebruikt worden. Gendervariatie is de verscheidenheid in gender gevoelens die ruimer gaan dan enkel mannelijk of vrouwelijk, dit is vergelijkbaar met genderdiversiteit. Genderdiversiteit erkent dat er gendervariaties zijn en een binaire man/vrouw indeling niet hoeft te corresponderen met de werkelijkheid. Voorbeelden hiervan zijn individuen met een genderidentiteit die niet overeenkomt met hun biologische geslacht (transgender), individuen die zich niet willen identificeren met man of vrouw (non-binair) en individuen die zich afzetten tegen de standaard heteronorm (queer). Gender constantie betreft het begrijpen van

het feit dat het geslacht niet zal veranderen wanneer uiterlijke kenmerken zoals kleding en haardracht dit wel doen.

De prevalentie van genderidentiteitsproblemen is lastig vast te stellen. Zo blijkt uit een grootschalige meta-analyse van Arcelus en collega's (2015) dat de prevalentie van transseksualiteit geschat wordt op 0,0046%. In Nederlands surveyonderzoek kwam de prevalentie hoger uit, waar 0,6% van de mensen met een mannelijk geboortegeslacht en 0,3% met een vrouwelijk geboortegeslacht hun huidige genderidentiteit niet (geheel) gelijk is aan hun geboortegeslacht (Kuyper, 2012). Onderzoekers hebben inzicht gegeven in de complexiteit van genderidentiteiten en hebben aangetoond dat individuen met ASS ruim zeven keer meer de kans hebben om gendervariaties te uiten dan leeftijdsgenoten zonder ASS (Strang et al., 2014). Daarnaast laten individuen met ASS verhoogde percentages van genderidentiteitsproblemen zien. Andersom wordt er bij 7,8% van de jongeren met genderidentiteitsproblemen ook een ASS diagnose gesteld (May, Pang, & Williams, 2016).

De comorbiditeit kan echter te wijten zijn aan overeenkomsten tussen de kenmerken van ASS en gedrag wat tot uiting kan komen bij genderidentiteitsproblemen. Onderzoek van Parkinson (2014) stelt dat jongeren met ASS vatbaar zijn voor obsessieve preoccupaties en in sommige gevallen genderidentiteitsproblemen een voorbijgaande obsessie kan lijken. Het is dus moeilijk te stellen of er bij cliënten met genderidentiteitsproblemen daadwerkelijk sprake is van een interesse die voortkomt uit identificatie met het tegenovergestelde geslacht. Cliënten die vragen naar gender-veranderende medische behandelingen moeten eerst beoordeeld worden op ASS.

Daarnaast blijkt uit onderzoek van Kallitsounaki en Williams (2020) dat de verminderde Theory of Mind (ToM) van jongeren met ASS kan bijdragen aan genderidentiteitsproblemen. Jongeren met ASS hebben over het algemeen meer moeite om zich in het perspectief van een ander te verplaatsen. Daarnaast is bekend dat een verminderde ToM leidt tot verminderde ervaring van zelfbewuste emoties, zoals verlegenheid en schaamte. Individuen zonder ASS hebben geen verminderde ervaring van zelfbewuste emoties en ervaren dus in meerdere mate gevoelens van schaamte en verlegenheid. Deze emoties kunnen voorkomen dat genderidentiteitsproblemen tot uiting komen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat genderidentiteitsproblemen van jongeren met ASS sneller tot uiting kunnen komen dan van jongeren zonder ASS (Hobson, Chidambi, Lee, & Meyer, 2006). Tevens hebben individuen met

ASS, door de verminderde ToM, moeite met de constantheid van het geslacht. Dit houdt in dat zij moeite hebben met het zien van geslacht als een stabiele constructie, wanneer er bijvoorbeeld tijdelijke veranderingen in fysieke verschijning plaatsvinden. Een jongen wordt bijvoorbeeld geen meisje wanneer hij lang haar heeft of een jurk aantrekt. De ToM van jongeren zonder ASS is positief geassocieerd met gender constantie (Zmyj & Bischof-Köhler, 2015).

Uit eerder genoemd onderzoek van Strang et al. (2014) is gebleken dat de kans op gendervariatie groter is bij individuen met ASS. Ondanks deze resultaten vinden zij de huidige literatuur over de comorbiditeit beperkt. Daarnaast ontbreekt het volgens Van der Miesen, Hurley en De Vries (2016) nog aan specifieke richtlijnen. Zij stellen voor een individueel protocol te ontwikkelen voor diagnostiek, wat enerzijds gebaseerd hoort te zijn op kenmerken van ASS en anderzijds onderscheid behoort te maken tussen genderidentiteitsproblemen en symptomen van het bredere spectrum van autisme. Ondanks het voorstel voor een individueel protocol, concluderen zij dat er in de theorie en praktijk geen overeenstemming is over de manier waarop diagnostiek uitgevoerd dient te worden. Onderzoek is nodig om naast het verwerven van meer kennis ook optimale zorg te kunnen leveren voor deze doelgroep.

Het doel van dit onderzoek is om met behulp van wetenschappelijke literatuur te onderzoeken hoe rekening wordt gehouden met de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen, om vervolgens te onderzoeken in hoeverre hiermee rekening wordt gehouden in het diagnostiektraject binnen de jeugd GGZ. De onderzoeksvraag luidt dan ook: *“In hoeverre wordt de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen bij jongeren meegenomen in het diagnostiektraject binnen de jeugd GGZ?”*

De deelvragen van deze studie luiden als volgt:

1. Wat is vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend over hoe rekening gehouden wordt met de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen in het diagnostiektraject binnen de jeugd GGZ?
2. In hoeverre is de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen onderdeel van het diagnostiektraject binnen de jeugd GGZ?



## 2 Methode

### 2.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoek was kwalitatief en tweeledig. Het eerste deel van het onderzoek betrof een literatuuronderzoek en het tweede deel een interviewstudie. Ten eerste zal het literatuuronderzoek beschreven worden, om te achterhalen wat er vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend is over hoe rekening wordt gehouden met comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen in het diagnostiektraject. Vervolgens zal de interviewstudie beschreven worden, om te achterhalen in hoeverre de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen een onderdeel is van het diagnostiektraject.

### 2.2 Literatuuronderzoek

#### 2.2.1 *Dataverzameling en selectie*

Om wetenschappelijke literatuur voor de eerste deelvraag te verzamelen is gebruik gemaakt van de databanken PsycInfo en ERIC. Er is literatuur gezocht op basis van drie verschillende thema's, namelijk 'gender', 'autism' en 'diagnostics'. Per thema zijn zoektermen geformuleerd en is een combinatie van zoektermen gebruikt (zie tabel 1). De combinatie van zoektermen leverde 118 artikelen op: 101 artikelen in PsycInfo en 17 artikelen in ERIC. Hierna zijn zoekcriteria gehanteerd. Zo is enkel gebruik gemaakt van data afkomstig uit het jaar 2010 tot en met 2022. Hierdoor bevat het literatuuronderzoek relatief recente informatie. Bovendien zijn enkel Engelstalige *peer-reviewed* artikelen geselecteerd. Na toepassing van de criteria bleven 81 artikelen over: 69 artikelen in PsycInfo en 12 artikelen in ERIC.

Tabel 1

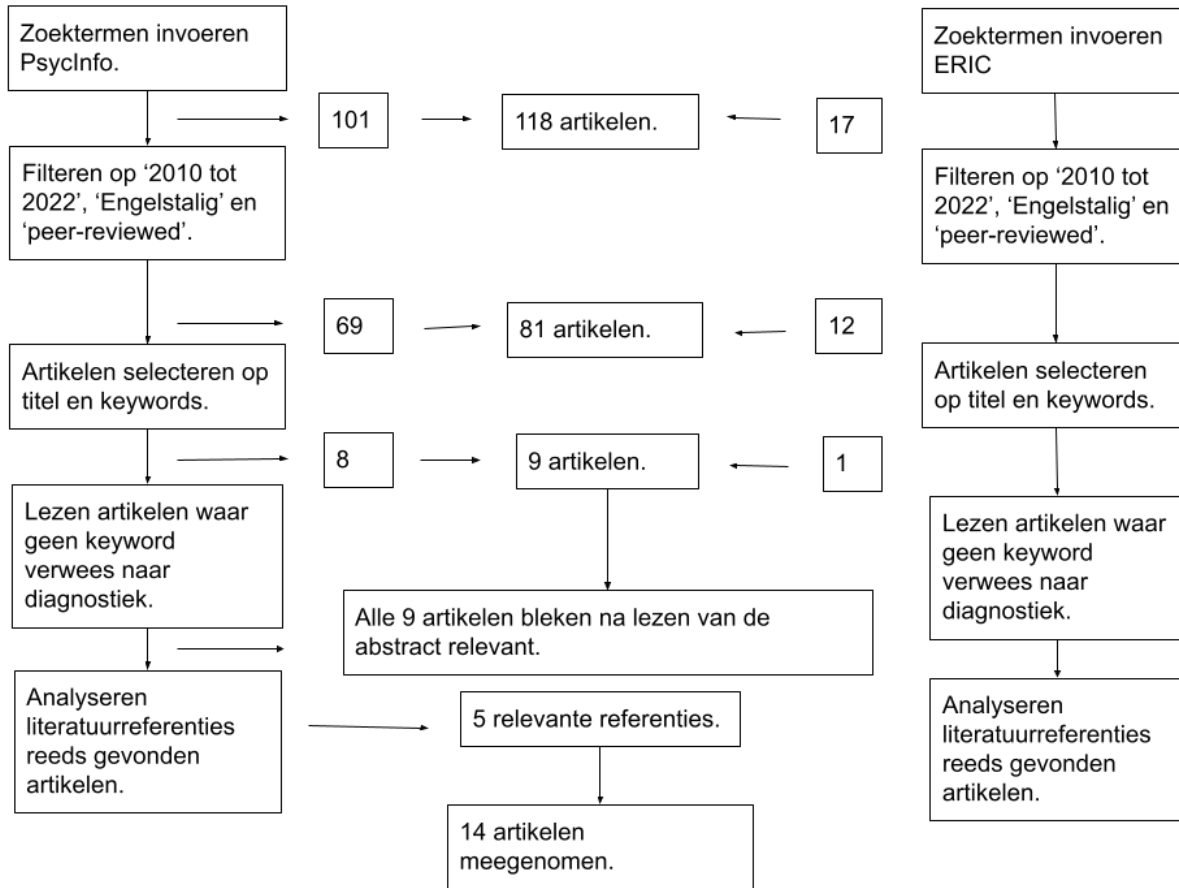
## Zoektermen

| Thema's          | Zoektermen   |
|------------------|--|
| Gender dysphoria | Gender dysphoria OR “gender identity disorder” OR transsexualism OR transgender OR gender identity |
| Autism           | Autism spectrum disorder OR asd OR autism  |
| Diagnostics      | Diagnos* OR assessment OR screening  |

Vervolgens zijn de artikelen op basis van inclusiecriteria geselecteerd op relevantie. Ten eerste zijn de titels en de *keywords* geanalyseerd. *Keywords* van belang voor dit onderzoek waren ‘gender dysphoria’, ‘autism’, ‘diagnostics’ en gerelateerde zoektermen. Niet alle artikelen voldeden aan een combinatie van zowel *keywords* gebaseerd op genderidentiteitsproblemen, autisme en diagnostiek. Om te garanderen dat de deelvraag beantwoord kon worden is er voor gekozen om van artikelen die enkel verwezen naar ASS en genderidentiteitsproblemen de gehele tekst te lezen. Hiermee kon afgewogen worden of er voldoende informatie over diagnostiek voortkwam in het artikel. Door artikelen te selecteren op desbetreffende *keywords* en relevantie van titel en tekst zijn acht artikelen uit databank PsycInfo en één artikel uit databank ERIC overgebleven. Tevens is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode om voldoende artikelen te vinden. Zo zijn de literatuurlijsten van de artikelen geanalyseerd en zijn nog vijf artikelen gevonden die geschikt werden geacht. De artikelen behoorden de *keywords* ‘gender dysphoria’, ‘autism’ en ‘diagnostics’ in de titel te hebben. Wanneer de artikelen niet voldeden aan alle drie de *keywords* is hier ook de gehele tekst gelezen, om te garanderen dat er voldoende informatie over diagnostiek voortkwam in de artikelen. Uiteindelijk is een selectie van veertien artikelen overgebleven die relevant leken voor het beantwoorden van de eerste deelvraag. Het data selectieproces is weergegeven in figuur 1.

Figuur 1

Stroomschema van de dataselectie



### **2.2.2 Data-analyse**

De geïncludeerde artikelen zijn geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse, uitgevoerd in het programma Atlas.ti. Na het lezen van de artikelen zijn secties van de tekst gemarkeerd en gecodeerd die antwoord gaven op de eerste deelvraag *“Wat is vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend over hoe rekening gehouden wordt met de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen in het diagnostiektraject?”*. Dit proces herhaalde zich wanneer nieuwe informatie uit de artikelen voortkwam. Wanneer relevante informatie niet passend bleek bij de bestaande codes, werd een nieuwe code toegevoegd. Vervolgens zijn aan de hand van deze codes overkoepelende thema's geformuleerd. Deze thema's zijn: praktische aanpak diagnostiek, visie op diagnostiek, cliëntkenmerken en obstakels diagnostiek. De thema's, codes en omschrijvingen zijn weergegeven in bijlage 1. Deze overkoepelende thema's vormden de basis voor het literatuuronderzoek en de interviewleidraad.

## **2.3 Interviewstudie**

### **2.3.1 Participanten**

Er hebben twee zorginstellingen meegedaan aan het onderzoek. Vanuit de eerste zorginstelling zijn twee poliklinieken benaderd. Eén polikliniek is mondeling benaderd tijdens de teamvergadering, hier werd het team de vraag gesteld wie wilden participeren aan het onderzoek. Voorwaarden voor deelname waren dat de participanten ervaring dienden te hebben met de comorbide doelgroep. Na afloop van de vergadering hebben twee geïnteresseerden zich aangemeld. De andere polikliniek is benaderd via de mail. Ook hier is de voorwaarde gesteld dat de participanten ervaring dienden te hebben met de comorbide doelgroep. Van deze polikliniek hebben ook twee participanten zich aangemeld. Vanuit deze zorginstelling is via de mail een polikliniek gespecialiseerd in genderidentiteitsproblematiek benaderd. Dit leverde onvoldoende participanten op, waardoor een andere polikliniek binnen deze zorginstelling gespecialiseerd in autismespectrumstoornissen is benaderd. Wederom is deze polikliniek via de mail benaderd en ook deze participanten dienden ervaring te hebben met de comorbide doelgroep. Vanuit beide poliklinieken heeft één professional geparticipeerd. De totale onderzoeksgroep bestond daarmee uit zes participanten.

### **2.3.2 Procedure**

Voorafgaand aan de interviews hebben de participanten een informatiebrief (bijlage 2) en toestemmingsformulier (bijlage 3) ontvangen, wat zij dienden te lezen en ondertekenen. In het toestemmingsformulier zijn de principes van *informed consent* uit de ethische code voor gedragswetenschappen opgenomen. Zo heeft de participant recht op vrijwillige deelname aan het onderzoek en tevens de mogelijkheid om zich op elk gewenst moment terug te trekken (Deans of social sciences in the Netherlands, 2018). Twee van de zes participanten wensten de interviewleidraad voorafgaand aan het interview door te lezen, zodat de antwoorden overeen zouden komen met de visie van het gehele team. Om consistent te blijven is er voor gekozen om de interviewleidraad naar alle participanten te versturen, waardoor ieder de mogelijkheid had zich in te lezen. De interviews zijn uitgevoerd in samenwerking met een tweede onderzoeker. De tweede onderzoeker heeft onderzoek gedaan naar hetzelfde onderwerp, echter heeft zij onderzocht hoe de comorbiditeit onderdeel is van het behandeltraject. De tweede onderzoeker deed de tijdbewaking en lette erop dat alle thema's aan de orde kwamen tijdens het interview.

### **2.3.3 Instrument**

De data is verzameld door middel van semi-gestructureerde interviews. Er is voor deze vorm van interviewen gekozen, omdat een semi-gestructureerd interview de interviewer de mogelijkheid biedt om de geïnterviewde te horen over zijn of haar ervaringen. Bij een semi-gestructureerd interview heeft de interviewer een plan voor de onderwerpen die in het interview behandeld dienen te worden en vragen die fungeren als 'triggers', om zo de geïnterviewde aan te moedigen te praten. Daarnaast heeft deze vorm van interviewen een grote flexibiliteit in het stellen van vragen en hoeven vragen niet in een bepaalde volgorde voorgelegd te worden (Henriksen Englander, & Nordgaard, 2021). Aansluitend stelt Willig (2008) dat door de mogelijkheid om door te vragen, de interviewer het interview stuurt om relevante gegevens op te halen. Het instrument wat is geraadpleegd om de interviews vorm te geven is een interviewleidraad (bijlage 4). Doordat er gebruik is gemaakt van een interviewleidraad konden andere onderwerpen naast de geformuleerde thema's verkend worden. Het interview had een duur van ongeveer dertig minuten. Twee van de zes interviews zijn afgenomen op locatie, de resterende vier interviews zijn online afgenomen. De reden van online afnames was met name praktisch, zodat er geen tijd verloren ging aan reistijd.

#### **2.3.4 Data-analyse**

De data is wederom geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse, middels het programma Atlas.ti. In elk transcript is geanalyseerd wat er werd benoemd over hoe de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen onderdeel was van het diagnostiektraject. Om deze analyse uit te voeren is gebruik gemaakt van de tweeëntwintig codes die zijn opgesteld aan de hand van het eerder uitgevoerde literatuuronderzoek (bijlage 1). Na het coderen van de interviews zijn twintig codes toegevoegd, aangezien deze secties van de tekst relevant leken om de tweede deelvraag te beantwoorden. Na het coderen van de interviews zijn er, samen met de codes van het literatuuronderzoek, 42 codes opgesteld. De aanvullende codes die zijn toegevoegd na de interviewstudie zijn wederom toegevoegd in bijlage 1. Om te garanderen dat het coderen op een betrouwbare wijze heeft plaatsgevonden, is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend. Dit is berekend aan de hand van het percentage overeenstemming in het coderen van beide onderzoekers. Het percentage overeenstemming betrof 76% na codering, het percentage geen overeenstemming van 24% kwam voornamelijk door onduidelijke omschrijvingen van een aantal codes in de codeboom. Door deze onduidelijkheden ontbraken een aantal codes bij de medeonderzoeker ofwel bij de onderzoeker. De omschrijvingen zijn na overleg met de medeonderzoeker aangepast om verwarring in het verdere coderen te voorkomen. Hierna zijn de overige vijf interviews op dezelfde wijze gecodeerd. Na het coderen zijn de resultaten van het praktijkonderzoek beschreven. Per thema zijn een aantal uitspraken geselecteerd die antwoord gaven op de tweede deelvraag. Vervolgens zijn per thema een aantal uitspraken van de participanten weergegeven die overeenkwamen met elkaar. Wanneer een participant afwijkende afspraken deed ten aanzien van de andere participanten is dit ook weergegeven. Hierdoor kon beschreven worden hoe de participanten overeenkwamen of verschilden ten aanzien van de comorbiditeit in het diagnostiektraject.

## 3 Resultaten literatuuronderzoek

### 3.1 Introductie

In het eerste deel van het resultatenhoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek met betrekking tot de eerste deelvraag *“Wat is vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend over hoe rekening gehouden wordt met de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen in het diagnostiektraject?”* besproken worden. Uit de wetenschappelijke literatuur zijn vier overkoepelende thema's geformuleerd. Deze thema's zijn: praktische aanpak diagnostiek, visie op diagnostiek, cliëntkenmerken en obstakels diagnostiek.

### 3.2 Praktische aanpak diagnostiek

Uit twee van veertien artikelen blijkt dat rekening wordt gehouden met de comorbiditeit door op beide problematieken te screenen tijdens het intakegesprek. Gezien het aantal nieuwe gevallen van individuen met comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen moeten enerzijds gender-gerelateerde verwijzingen gescreend worden op ASS en anderzijds moeten cliënten met ASS gescreend worden op genderidentiteitsproblemen (Janssen, Huang & Duncan, 2016; Strang et al., 2016). Een professional kan tijdens het intakegesprek vragen over genderidentiteit includeren of inhoudelijke informatie over genderidentiteit opnemen in een klinisch interview. Tevens is het van belang om tijdens het intakegesprek te vragen of de genderidentiteitsproblematiek voortkwam uit een algemeen gevoel van 'anders' zijn of van zogeheten 'core' genderidentiteitsproblemen. De 'core gender identity' betekent de daadwerkelijke zelfidentificatie van een individu als man, vrouw, geen van beide geslachten of een combinatie van beide (De Vries et al., 2010; Janssen et al., 2016).

Daarnaast blijkt uit drie van veertien artikelen dat de beoordeling van de comorbiditeit nauwkeurig en alomvattend behoort te zijn. Ten eerste behoort de beoordeling niet alleen te worden beperkt tot het gebruik van zelfrapportage instrumenten, dit is namelijk onvoldoende om de complexiteit van de diagnose te bevatten (Frigaux, Evrard, & Lighezzolo-Alnot, 2019; Lingardi & McWilliams, 2017). Ook Van der Laan et al. (2015) stellen dat het gebruik van zelfrapportage- of ouderrapportage checklists kan wijzen op een beperkte beoordeling. Daarentegen stellen Strang et al. (2016) dat hulpverleners hulp moeten bieden bij het onderzoeken van het 'gender verhaal' van personen met ASS, wat ook wel de ontwikkeling van

de genderidentiteitsproblemen is. Hieruit blijkt dat zelfrapportage juist van belang kan zijn in het diagnostiektraject. Naast zelfrapportage zal het diagnostische proces ook klinische observaties en diagnostische interviews moeten omvatten (Frigaux et al., 2019; Lingiardi & McWilliams, 2017).

Drie van de veertien artikelen beschrijven dat het toepassen van een verlengde diagnostiek aan te raden is. Zo is het moeilijk om te onderscheiden of de cliënt daadwerkelijk het gevoel heeft anders te zijn of een voorbijgaande obsessie voor het tegenovergestelde geslacht presenteert (De Vries et al., 2010; Fortunato et al., 2021; Strang et al., 2016). Fortunato et al. (2021) raden overigens aan om een specifiek protocol te hanteren voor deze cliënten, zo lijkt een geïndividualiseerde aanpak volgens hen de beste benadering. Deze individuele aanpak houdt rekening met het feit dat rigiditeit rond gender een rol kan spelen in het diagnostiektraject. De rigiditeit maakt het aanhouden van gevoelens van gendervariatie namelijk moeilijk te hanteren. De waargenomen rigiditeit in gendergerelateerde overtuigingen kan deze cliënten dus vatbaar maken voor het ontwikkelen van genderidentiteitsproblemen.

Twee van de veertien artikelen stellen dat het in de diagnostiekfase nuttig kan zijn om vanaf jonge leeftijd aandacht te besteden aan de ontwikkeling van genderidentiteitsvorming bij personen met ASS. Het besteden van aandacht hieraan kan de rol van de professionals als ‘bondgenoot’ vergemakkelijken bij het helpen van de cliënt om zijn of haar eigen ‘gender verhaal’ te exploreren (Van Schalkwyk, Klingensmith & Volkmar, 2015). De rol van de professional in deze context is om identiteitsvorming van de cliënt te vergemakkelijken (De Cuyper, Knudson & Bockting, 2010; Lawrence, 2010). Ook Turban en Van Schalkwyk (2018) sluiten hierbij aan en voegen toe dat het van belang is om de ‘fundamentele genderidentificatie’ te beoordelen. Deze fundamentele genderidentificatie kan niet worden beoordeeld wanneer er sprake is van onvoldoende genderidentiteitsvorming. Een voorbeeld van het belang hiervan is dat relatief veel cliënten waarbij er vermoedens zijn van deze comorbiditeit, in feite cisgender (iemand van wie de genderidentiteit overeenkomt met het geboortegeslacht) zouden kunnen zijn met louter voorbijgaande verlangens om het andere geslacht te zijn. Een jongen die van ballet houdt zou ‘soms een meisje willen zijn’ in een abstracte manier die niet gebonden is aan een fundamentele genderidentiteit. Dit is voornamelijk problematisch voor deze doelgroep, aangezien cliënten met ASS rigide kunnen denken. Een jongen die houdt van ballet zou onterecht kunnen melden dat hij ‘soms’ het andere geslacht wil zijn, omdat de activiteit



vrouwelijk is en hij deze activiteit graag doet. Hieruit blijkt dat het belangrijk is om rekening te houden met ASS-kenmerken in de diagnostiek.

Er zijn echter ook andere zaken waar men rekening mee dient te houden. Zo benadrukt één van de veertien artikelen significante beperkingen bij het gebruik van diagnostische instrumenten voor ASS bij mensen met (mogelijke) genderidentiteitsproblemen. Professionals stellen dat er een duidelijke verhoogde prevalentie is van ASS onder mensen met genderidentiteitsproblemen, maar dit is niet gebaseerd op robuust bewijs. Zo is gebruik gemaakt van screening tools en zelfrapportages, waar Van der Laan (2015) eerder zijn kritiek over heeft geuit. Overigens is een ASS diagnose gebaseerd op grondig onderzoek en maakt men hier geen gebruik van zelfrapportage. Dit maakt dus dat het gebruik van diagnostische instrumenten voor ASS bij deze doelgroep met de nodige voorzichtigheid moet worden bekeken (Thrower, Bretherton, Pang, Zajac & Cheung, 2019).

### **3.3 Visie op diagnostiek**

Naast de praktische aanpak van diagnostiek bij comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen spreken de auteurs ook over de visie op diagnostiek. Drie van de veertien artikelen beschrijven dat een diagnose van genderidentiteitsproblemen vanuit verschillende perspectieven bekeken moet worden. Het is hierbij van belang om niet alleen te kijken vanuit het perspectief van genderidentiteitsproblemen of ASS, maar het volledige spectrum van genderidentiteitsproblemen en autisme te bekijken (Miesen, Hurley & De Vries, 2016; Van der Miesen, De Vries, Steensma, & Hartman 2017). Onderzoek van Shumer, Reisner, Edwards-Leeper en Tishelman (2016) ondersteunt de opname van een ASS-screening als onderdeel van een uitgebreide diagnostiek voor genderidentiteitsproblemen. De diagnose van ASS heeft namelijk implicaties voor behandeling van genderidentiteitsproblemen.

Daarentegen beschrijven twee van de veertien artikelen dat het diagnosticeren van genderidentiteitsproblemen als een enkele diagnose en het vervolgens associëren met ASS een verouderde kijk is en onvoldoende de complexiteit van gender weerspiegelt. Onderzoek stelt dat wanneer buitenstaanders het identiteitsgevoel van de desbetreffende cliënten ontkennen, dit kan leiden tot cliënten die zichzelf gaan verdedigen om erkenning te krijgen voor hun identiteitsgevoel. Dit kan resulteren in starheid bij de cliënt, waardoor het koppelen van genderidentiteitsproblemen aan ASS onjuist kan zijn en zo het begrip van

genderidentiteitsproblematiek kan belemmeren (Fortunato et al., 2021). Tevens noemen Turban en Van Schalkwyk (2018) dat sociale tekorten onder individuen met genderidentiteitsproblemen omkeerbaar zijn wanneer stress vermindert of zij bevestiging krijgen voor de problematiek. Dit is het tegenovergestelde van wat wordt gezien bij ASS. Bij deze cliënten kunnen tekorten in de sociale communicatie verbeteren, maar er is geen sprake van een complete ommekeer.

### **3.4 Cliëntkenmerken**

Vier van de veertien artikelen beschrijven dat cliëntkenmerken invloed kunnen hebben op de diagnostiek. Om cliënten met comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen adequaat te kunnen diagnosticeren is het van belang dat de cliënt over het vermogen beschikt om te kunnen gaan met gevoelens van gendervariatie (De Vries et al., 2010). Problemen met flexibiliteit, kenmerkend voor individuen met ASS, kan een cliënt beperken om het concept van gender te begrijpen of te realiseren dat gender fluïde kan zijn, wat betekent dat gender geen vaststaand principe hoeft te zijn maar kan veranderen.

Daarnaast is het cruciaal dat cliënten zich verbaal kunnen uiten over onvrede met het geboortegeslacht (Van der Miesen et al., 2016). Van der Miesen (2016) haalt onderzoek aan van Mukaddes (2002) waaruit blijkt dat personen met ASS moeilijkheden kunnen ervaren bij het verwerven van voldoende taalvaardigheid om zichzelf uit te drukken en een zelfconcept te ontwikkelen. Tevens is uit onderzoek van Thrower et al. (2019) gebleken dat personen met een verminderde sociaal-emotionele ontwikkeling mogelijk niet in staat zijn om hun gevoelens van genderidentiteitsproblemen effectief te communiceren. Dit kan het resultaat zijn van ASS-gerelateerde zwakheden in communicatie, zelfbewustzijn en executieve functies. Communicatieproblemen door ASS kunnen resulteren in onduidelijke communicatie, waardoor het moeilijk kan zijn om te achterhalen hoe een cliënt daadwerkelijk denkt over het geslacht. ASS gerelateerde executieve functiestoornissen kunnen daarnaast resulteren in het ervaren van problemen omtrent toekomstdenken. Dit kan het inschatten van langetermijnimplicaties van gendertransitie of behandeling uitdagend maken. Aansluitend stelt men dat het in kaart brengen van de capaciteiten van de cliënt onderdeel van de diagnostiek zou moeten zijn. De capaciteiten, waaronder cognitief niveau, executieve functies, communicatieve vaardigheden, sociaal bewustzijn en zelfbewustzijn kunnen helpen bij het vormgeven van de klinische benaderingen

die het beste passen bij de cliëntkenmerken en zijn of haar sterke en zwakke punten (Strang et al., 2016).

### **3.5 Obstakels diagnostiek**

Naast de uitvoering van diagnostiek, de visie op diagnostiek en cliëntkenmerken beschrijven auteurs ook welke obstakels op kunnen treden in het diagnostiektraject. Eén van de veertien artikelen beschrijft dat er een gebrek is aan kennis over de comorbiditeit bij professionals. Leef et al. (2019) beschrijven dat de associatie tussen ASS en genderidentiteitsproblemen verre van duidelijk is en dat deze conceptuele onzekerheid beperkingen met zich mee kunnen brengen voor professionals. De onzekerheid kan professionals beperken in de manier waarop zij een afweging maken wat de beste aanpak lijkt voor de cliënt.

Aansluitend beschrijven drie van de veertien artikelen dat professionals risico lopen op het stellen van een foutieve diagnose. Parkinson (2016) stelt namelijk dat een gebrek aan sociale vaardigheden, executieve functies en obsessieve interesses die verband houden met ASS kunnen leiden tot een foutieve diagnose wanneer een persoon sterke interesse toont in gendergerelateerde items van het andere geslacht. Daarnaast stellen Turban en Van Schalkwyk (2018) dat een ASS diagnose een cliënt niet mag uitsluiten van het ontvangen van een genderdysforie diagnose. In sommige gevallen lijken genderidentiteitsproblemen namelijk voort te komen uit ASS symptomen, maar hebben veel cliënten aanhoudende genderidentiteitsproblemen onafhankelijk van hun ASS. Daaropvolgend benoemt Van Schalkwyk et al. (2015) ook een aantal problemen die zich voor kunnen doen wanneer professionals diagnosticeren met de huidige DSM-V classificatie genderdysforie. Aangezien de classificatie genderdysforie steunt op de aanwezigheid van een gevoel van angst en stress als een noodzakelijk criterium, zouden veel personen met genderidentiteitsproblemen niet aan de criteria voldoen. Het is waarschijnlijk dat een relatief groot aantal individuen die zich op de een of andere manier anders identificeren dan hun biologische geslacht, niet onder deze classificatie zullen vallen. Tevens kunnen mensen zonder angstige gevoelens en stress omtrent genderidentiteit ook baat hebben bij interventies om hun genderidentiteit beter te begrijpen, vooral in het geval van individuen met ASS.

Tevens beschrijven drie van de veertien artikelen dat diagnostische tools voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden, met als doel om het risico op een verkeerde classificatie van genderdysforie te minimaliseren. Zo stellen Janssen et al. (2016) dat men moet oppassen met het

afleiden van een directe relatie wanneer er bevestigende antwoorden op vragen voor genderidentiteitsproblemen terugkomen op bijvoorbeeld de Child Behavior Checklist. Volgens onderzoekers is genderontwikkeling een complex proces met biologische, psychosociale en cognitieve elementen die worden beïnvloed door sociale normen. Als zodanig kunnen individuen met ASS zich presenteren met een variatie in hun genderidentiteit en- expressie die een gemakkelijke categorisering uit kan lokken. Ook Van der Miesen et al. (2017) wijzen op voorzichtigheid met interpretaties van diagnostische tools voor ASS. Er is waarschijnlijk sprake van een oververtegenwoordiging van autistische symptomen bij adolescenten met genderidentiteitsproblemen in vergelijking met gezonde controle populaties. Dit kan wijzen op een beperkt nut van instrumenten gericht op het beoordelen van ASS bij mensen met genderidentiteitsproblemen, aangezien men verwacht dat zij door deze oververtegenwoordiging hoger scores. Schumer et al. (2016) sluiten zich aan bij deze bevindingen en benadrukken dat wanneer men wel gebruik maakt van ASS instrumenten het belangrijk is om bepaalde symptomen met beide diagnoses in verband te brengen, maar er wel bewust van te zijn dat de symptomen een andere oorsprong hebben.

Naast obstakels op professioneel niveau beschrijft één van de veertien artikelen ook een obstakel op individueel cliëntniveau. Sommige cliënten lopen het risico niet geloofd te worden door ouders of professionals. Zo zijn er individuen met ASS die geen ‘binaire transgender presentatie’ belichamen. Hiermee bedoelt men dat zij zich niet presenteren als het andere geslacht en zich kleden naar hun geboortegeslacht. Deze variaties ten opzichte van de meer ‘gebruikelijke’ presentaties van genderidentiteitsproblemen kunnen problemen opleveren omtrent de geloofwaardigheid. Veel van deze cliënten blijken echter wel aanhoudende gevoelens van het andere geslacht te hebben. De auteurs benadrukken dat het van belang is dat deze groep niet uitgesloten mag worden van een genderdysforie diagnose en ook zij passende behandeling dienen te krijgen (Strang et al., 2016).

## 4 Resultaten interviewstudie

### 4.1 Introductie

In het tweede deel van het resultatenhoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek met betrekking tot de tweede deelvraag *"In hoeverre is de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen onderdeel van het diagnostiektraject binnen de jeugd GGZ?"* besproken worden. De overkoepelende thema's die uit het literatuuronderzoek zijn geformuleerd zullen ook in dit hoofdstuk besproken worden. Naast de thema's praktische aanpak diagnostiek, visie op diagnostiek, cliëntkenmerken en obstakels diagnostiek is het thema professionele vaardigheden toegevoegd aan de bestaande thema's.

### 4.2 Praktische aanpak diagnostiek

Binnen het eerste thema zal besproken worden hoe volgens de participanten de diagnostiek vormgegeven moet worden, hoe de diagnostiek wordt uitgevoerd, welke instrumenten er gebruikt worden en waar rekening mee gehouden dient te worden. Vier van de zes participanten noemden dat er geen verschil is tussen hun algemene diagnostiek en diagnostiek bij de comorbiditeit. Een participant noemde dat er enkel wordt gekeken naar hoe de ASS en genderidentiteitsproblemen naast elkaar bestaan, en niet zozeer hoe het samenhangt:

*'Wij zien het echt als comorbiditeit. Als we diagnostiek doen naar ASS doen we diagnostiek naar ASS, wat de genderdysforie wel of niet inhoudt. Daarnaast kunnen we daar [de genderidentiteitsproblemen] natuurlijk verder naar kijken.'*

Anderzijds noemde een participant dat er wel sprake kan zijn van procesdiagnostiek. Dit betekent dat gedurende de behandeling onderzocht wordt hoe de genderidentiteitsproblemen tot uiting komen. Hier gebruikt de participant werkbladen voor. Deze werkbladen worden gebruikt om het diagnostisch beeld te verduidelijken of te kijken of iets veranderd in het diagnostisch beeld:

*'Wij gebruiken werkbladen als 'de gender unicorn' of 'de genderkoek'. Dit zijn werkbladen waarin jongeren kunnen aangeven op de lijn tussen jongen en meisje waar zij zitten. De gender unicorn is nog wat exclusiever, je kan aangeven of je je anders voelt qua identiteit, expressie, geboortegeslacht en seksualiteit.'*

Daarnaast noemden alle participanten dat zij voor genderidentiteitsproblemen geen vaststaand geprotocolleerd instrument gebruiken in de diagnostiekfase. Zo zegt een participant:

*'Wij hebben geen vaststaand geprotocolleerd instrument. Wel zijn er vragenlijsten. Er is ook een vragenlijst die heel ouderwets is, daarbij wordt gevraagd van 'goh... draagt je kind een jurkje of een broek?'. Die gebruiken wij natuurlijk niet.'*

Naast het ontbreken van geprotocolleerde instrumenten voor genderidentiteitsproblemen, konden vijf van de zes participanten beschrijven welke aanpak zij wel hanteren bij cliënten met (vermoedens van) genderidentiteitsproblemen. Drie participanten noemden dat zij door middel van gesprekken genderidentiteitsproblemen vaststellen. Eén participant noemde dat het praten met cliënten de kern is van haar diagnostiek. Daarnaast noemde een participant dat de benadering die zij hanteert voornamelijk gebaseerd is op gezond verstand en algemene kennis. Een andere participant beschreef daarentegen dat zij zelf een interview hebben opgesteld voor jongeren gericht op genderontwikkeling:

*'Voor genderidentiteitsproblemen doen we een ontwikkelingsanamnese en dan meer gericht op de genderontwikkeling. Bij jongeren doen we het gender interview, dat hebben we zelf samengesteld. Hier staan vragen in over genderidentiteit, genderexpressie, genderrollen en opvoeding rond gender.'*

Drie participanten noemden dat het in de diagnostiek van belang is om rekening te houden met de hulpvraag van de cliënt. Zo noemde een participant dat het onderzoek focust op het individu en zijn of haar wensen. Dit sluit aan bij het gebrek aan geprotocolleerde instrumenten voor deze problematiek, zo zegt een participant:

*'Het klinkt allemaal van 'ah ja.. Ik doe een beetje van dit en een beetje van dat', maar het is eigenlijk wel zo dat ik geen protocol heb. Ik luister gewoon goed naar iemand en aan de hand daarvan probeer ik te kijken naar wat zo beslagnemend is in iemands hoofd en gevoel.'*

Naast het rekening houden met de hulpvraag van de cliënt, noemden alle participanten dat het van belang is rekening te houden met de vorming van de genderidentiteit. Hiermee wordt verwezen naar hoe de genderidentiteit in het leven van de cliënt is ontwikkeld, bijvoorbeeld wanneer de gevoelens begonnen zijn en hoe deze zijn gevormd. Zo maakt een participant gebruik van een ontwikkelingsanamnese. Volgens haar kan je hiermee uitvragen of de cliënt altijd al met deze gevoelens heeft geworsteld of het pas tijdens de puberteit naar voren is gekomen. Een tweede participant sluit zich hierbij aan, maar noemde ook dat het van belang is om rekening te houden met het autisme en dit dient mee te nemen in het beoordelen van de uitspraken:

*'Dan vraag je wel wanneer het begonnen is. Je vraagt steeds door. 'Hoe was het dan toen je zes was en in de vroege kindertijd?' [...] 'En voelde je je dan ook het andere geslacht of gaf je er alleen geen uiting aan?' Je brengt dat netjes in kaart, want de gevoelens waren er wel maar de uitingen nog niet. Dit weeg je allemaal met de uitspraken van het autisme.'*

Ook noemt één participant het includeren van de sociaal-emotionele ontwikkeling als een belangrijk onderdeel van de diagnostiek. De participant omschreef dat de sociale ontwikkeling bij mensen met autisme wat achterloopt en hier dus rekening mee gehouden dient te worden. Tevens werd genoemd dat er gekeken moet worden of de sociaal-emotionele leeftijd en de kalenderleeftijd bij elkaar passen. Zo zegt de participant:

*'Het kan zijn dat wij zitten met iemand die achttien jaar is, terwijl die sociaal-emotioneel jonger is. Dat kan twaalf zijn, maar ook vier. De uitspraken van iemand die sociaal-emotioneel nog niet door de puberteit heen is, zijn heel anders dan daarvoor. 'Ik ben een jongetje en ik ben een meisje' zijn hele andere uitspraken afhankelijk van hoe jij je ontwikkeld hebt.'*

Vier participanten noemden de mogelijkheid van een verlengde diagnostische periode. De meeste verlenging ontstaat doordat er vanuit de instellingen verwezen moet worden naar een gespecialiseerde polikliniek, waardoor de diagnostiek automatisch langer duurt. Deze verlenging heeft dus geen betrekking op meerdere onderzoeken binnen een instelling. Anderzijds noemde een participant dat er niet per se sprake hoeft te zijn van verlenging, het verschilt per situatie:

*'Als we kijken naar de comorbiditeit voor de diagnose ASS, dat we ook differentiaal diagnostisch kijken, dan hoeft het niet langer te duren maar is het afhankelijk van de persoon. Is er een duidelijk beeld? Dan kunnen we met een wat korter onderzoek volstaan. Als we twijfelen, door bijvoorbeeld de genderdysforie, dan duurt het wat langer.'*

#### **4.3 Visie op diagnostiek**

Binnen het tweede thema zullen verschillende visies op de diagnostiek bij deze comorbide doelgroep besproken worden. Twee participanten beschreven dat het voor hen in de diagnostiek gaat om de mogelijkheid dat er zaken besproken kunnen worden. Zo wordt er genoemd *dat je het bij de cliënt moet laten om het erover te hebben*. Hierbij is enige nieuwsgierigheid toepasselijk, maar moet je volgens de participant erop letten dat je de informatie niet uit eigenbelang en interesse wilt vergaren. Een andere participant noemde naast het bespreken van bepaalde zaken ook het belang van transparantie, echter *moet je natuurlijk geen probleem maken als de cliënt er geen probleem mee heeft*. Zo zegt de participant:

*'Ik denk vaak hoe maakbaar is de wereld? [...] Je kan als hulpverlener aan de zijkant staan en voordat je het weet kan je een oordeel klaar hebben. Het is natuurlijk ook de vraag of je mag zijn wie je bent? Ik vind het gevaar met classificeren dat je bijna in een hokje geduwd wordt omdat men aan het zoeken is van 'het moet ergens bij horen'.'*

Naast een aantal algemene visies op diagnostiek noemden vier participanten dat zij diagnosticeren vanuit een perspectief van zowel ASS als genderidentiteitsproblemen, kortom *dat je het ASS stuk bevraagd en ook oog hebt voor het gender stuk*. Zo noemt een participant dat het in haar achterhoofd zeker meespeelt dat er sprake is van ASS, maar dat dit hetzelfde is als bij een andere comorbiditeit. Een andere participant zegt:



*'Over het algemeen denk ik dat je altijd aandacht moet hebben voor hoe het autistische brein werkt en wat voor effect het kan hebben op de overtuiging van de genderdysforie en comorbiditeit. Niet als waarheidsvinding, maar dat je het altijd meeneemt in hoe interpreteer ik de antwoorden en hoe ga ik daarmee om.'*

Daarentegen noemden twee participanten dat zij in hun visie niet kijken vanuit een gecombineerd ASS en genderidentiteitsproblemen perspectief. Zo benadert een participant het als twee verschillende dingen. Hiermee bedoelde de participant dat ze het meer ziet als een cliënt die bij haar komt met zijn of haar autisme, ondanks dat de participant weet dat er sprake is van comorbiditeit. Ook de tweede participant noemde enkel de comorbiditeit te zien en niet zozeer de overlap tussen ASS en genderidentiteitsproblemen:

*'Als je de autisme classificatie bekijkt dan moet je in ieder geval twee van vier problemen op het tweede domein hebben, dat vind ik niet gekoppeld aan genderdysforie. En ook in de wederkerigheid. Ik zie het echt niet als overlap, maar als comorbide.'*

#### **4.4 Cliëntkenmerken**

Binnen het derde thema zal besproken worden welke kenmerken van de cliënt volgens de participanten van invloed kunnen zijn op de diagnostiek. Volgens drie participanten kan een gemiddelde of hoog gemiddelde intelligentie bijdragen aan succesvolle diagnostiek. Wel beschreven twee van deze participanten dat zij het lastig vinden om hier uitspraken over te doen. Zo heeft een participant enkel cliënten behandeld met een hoog intelligentieniveau en kan ze dus enkel uitspraken doen over deze groep. De andere participant benadrukt dat de slimmere cliënten de vragen over het algemeen goed kunnen beantwoorden, maar dat het dan wel gaat om feitelijke vragen:

*'Nou de slimme jongeren kunnen dit. Die kunnen de vragen over het algemeen goed beantwoorden, maar dan gaat het meer over de feitelijke vragen he. Weet je antwoord te geven op de vragen en weet je onderwerpen in te brengen? Ik zit natuurlijk zo met een autisme bril op dat ik weet hoe ik mijn vragen moet stellen.'*

Daarnaast noemden twee participanten het belang van een vorm van zelfinzicht. Volgens een participant kunnen de vragen over zelfreflectie, emotionaliteit en de sociaal-emotionele ontwikkeling enkel in kaart gebracht worden wanneer een bepaalde vorm van zelfinzicht is ontwikkeld bij de cliënt. Ook de andere participant sluit zich aan bij het belang van zelfinzicht op het gebied van kennis over de cliënt zijn of haar ASS diagnose:

*'Dat de cliënt inzicht heeft van 'dit past bij mijn autisme en dit hoort daarbij'. Dat kan heel handig zijn voor het gender stuk. Hierdoor kan je open communiceren en heeft de jongere vaak inzicht van 'dit hoort bij mijn ASS, dit staat er los van en dit hoort bij het gender stuk'.*

Naast het belang van zelfinzicht, noemen vier participanten dat jongeren met ASS moeite kunnen hebben met zelfinzicht. Ze geven aan dat *de zelfreflectie en de connectie met de emotionele belevingswereld over het algemeen niet komt aanwaaien bij mensen met autisme*. Dit maakt volgens een participant het beeld complexer, aangezien je moeilijker zicht krijgt op de genderidentiteit. Een andere participant noemde dat onder andere door de genoemde moeilijkheden bij ASS, de problemen sneller worden toegeschreven aan genderdysforie:

*'Soms heb ik de indruk dat al die problemen waar ze [cliënt met ASS] onder lijden op een gegeven moment wordt toegeschreven aan de genderdysforie. Zo van 'als ik nou een jongen was, dan had ik geen problemen meer'. [...] Of ze het helemaal genuanceerd kunnen zien vind ik moeilijk om te beoordelen.'*

Vervolgens noemden alle participanten dat het belangrijk is dat de cliënt beschikt over vaardigheden om zich uit te kunnen spreken over hun problemen. Zo noemden twee participanten dat sommige cliënten een uitgesproken mening hebben over hun autisme en genderidentiteitsproblemen en wordt het makkelijker wanneer ze informatie kunnen geven over zichzelf. Daarnaast noemde een aantal participanten dat deze cliënten gemiddeld gezien moeite kunnen hebben met het uiten van hun problemen, maar dat zij in verhouding redelijk vaardig zijn. Ook volgens een andere participant is het van belang dat de cliënt zich kan uiten:

*'Als iemand zich verbaal niet goed kan uitdrukken, dan zou ik moeten gaan interpreteren wat ik denk dat de cliënt bedoelt. [...] Als ik het niet goed begrepen heb komt er iets heel anders uit.*

*Wanneer je vermoedt dat de cliënt moeite heeft om de belevingswereld onder woorden te brengen, dan zou je met meer aandacht ermee om moeten gaan.'*

#### **4.5 Obstakels diagnostiek**

Binnen het vierde thema zullen mogelijke obstakels in de diagnostiek besproken worden als het gebrek aan kennis over de comorbiditeit, het foutief diagnosticeren en problemen met de geloofwaardigheid. Drie participanten noemden dat zij over weinig kennis beschikken ten aanzien van de comorbiditeit. Deze participanten beschikten wel over voldoende kennis van ASS, maar niet over genderidentiteitsproblemen en de comorbiditeit. Ook noemden zij dat door het gebrek aan kennis er vrijwel altijd wordt doorverwezen naar een gespecialiseerde polikliniek:

*'Over ASS weet ik veel en hier heb ik veel ervaring mee. De genderdysforie weet ik niet heel veel van. Dus de combinatie is nog moeilijker denk ik. Ik kan ze [de cliënten] er ook niet voldoende mee helpen, vandaar dat we eigenlijk standaard verwijzen.'*

Naast het gebrek aan kennis, gaven vier participanten aan dat het wel eens voortkwam dat er een verkeerde diagnose werd gesteld. Zo beschreef een participant het moeilijk te vinden in hoeverre het autisme een rol speelt bij de comorbiditeit. Zo werd genoemd dat wanneer je de diagnose autisme krijgt je zoekende bent naar *wie ben ik, wat ben ik en waarom ben ik anders*. Er is sprake van onzekerheid, wat volgens de participant ook bij genderidentiteitsproblemen kan voortkomen. Tevens noemde een participant dat je zeer voorzichtig moet zijn met zogenaamde vaststaande kenmerken die kunnen passen bij een autismspectrumstoornis. Zo zegt de participant:

*'Je kan een symptoom zien en zeggen 'dit zou een vinkje kunnen zijn', maar het kan ook een andere oorzaak hebben. Je kan vanuit het autisme moeite hebben met oogcontact maken, maar je zou het ook vanuit een persoonlijkheidsstoornis lastig kunnen vinden. [...] Dit is hetzelfde symptoom wat hoort bij een andere stoornis, je moet dus voorzichtig zijn.'*

Een ander obstakel is door drie participanten indirect benoemd, namelijk problemen met de geloofwaardigheid omtrent de problematiek. Een participant noemde dat zij weleens het idee had, waarbij ze aangaf dat het wellicht te gebagatelliseerd was, dat jongeren met autisme meer kans lopen om in groepen terecht te komen waar sprake is van genderidentiteitsproblemen en zich hiermee identificeren. De participant noemde dat het een *rage* leek. Daarnaast noemde een andere participant dat ze zeker niet twijfelt over de genderidentiteitsproblemen en de gevoelens, maar zich wel afvraagt hoe consistent de genderidentiteitsproblemen zijn. Zo zegt de participant:

*'Ik twijfel dus niet aan de diagnose, want dat is gewoon heel helder. Ze worstelen met hun genderidentiteit, maar ik twijfel wel eens aan de mate waarin dit in hun hoofd vorm krijgt en of dat recht doet aan hun problematiek in het algeheel.'*

Daarentegen noemden vier participanten geen obstakels te ervaren aan de comorbiditeit. Drie van deze participanten gaven aan dat het eigenlijk niets anders is dan een andere diagnose en dat over het algemeen beide problematieken goed gezien kunnen worden. Een andere participant noemde dat zij nergens tegenaan loopt, omdat het haar enkel gaat over de problemen waar de cliënt bij geholpen wilt worden:

*'Ik zie gewoon mensen als mensen.. Dus als zij dan in een traject zitten dat ze van een jongetje een meisje zouden willen zijn.. Dan denk ik ja, whatever? Als jij je zo voelt is dat zo. [...] Wat maakt het uit? Het gaat om de problemen waarbij je geholpen wilt worden.'*

#### **4.6 Professionele vaardigheden**

Binnen het vijfde thema zullen een aantal vaardigheden die kunnen bijdragen aan succesvolle diagnostiek besproken worden. Twee participanten beschreven dat het realiseren van een goede therapeutische relatie belangrijk is. Zo noemde een participant dat je als therapeut soms een stapje terug moet doen en moet investeren in de band, aangezien dit belangrijk is om verder te kunnen met elkaar. Aansluitend noemde de tweede participant dat je niet te kritisch moet zijn op het gendervraagstuk, aangezien dit voor de cliënt confronterend kan zijn. Tevens benoemde de

participant dat je de cliënt altijd serieus moet nemen, om onder andere de therapeutische relatie in stand te houden:

*'Dus ongeacht wat de cliënt ook vraagt, neem de cliënt serieus. [...] Als je dit niet doet kan dit het proces van diagnostiek lastig maken. [...] Als we kijken naar de diagnostiek, kunnen eventuele twijfels nog aan het einde van het diagnostiektraject besproken worden. Maar tijdens het onderzoek niet. Klant is koning.'*

Daarnaast noemde één participant dat het belangrijk is om als professional open in het proces te staan en oordeelvrij te zijn. Zij noemde dat deze professionele houding kan bijdragen in hoeverre een cliënt de problemen durft te bespreken. Aansluitend noemde een andere participant dat het van belang is om flexibel en creatief te zijn, om antwoord te krijgen op de vragen die je stelt aan de cliënt:

*'Het vraagt ook een vorm van flexibiliteit en creativiteit om de abstracte vraagstukken van man en vrouw, of hoe voel je je, dat je die vraagstukken wat concreter kunt maken zodat je een helder antwoord krijgt van de cliënt.'*

#### **4.7 Overeenkomsten en verschillen tussen literatuuronderzoek en interviewstudie**

Tabel 2 toont een overzicht van overeenkomsten en verschillen die beschreven zijn in de wetenschappelijke literatuur en gerapporteerd zijn door professionals over in hoeverre de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen bij jongeren wordt meegenomen in het diagnostiektraject.

Tabel 2

## Overeenkomsten en verschillen tussen de wetenschappelijke literatuur en de praktijk

|  | Wetenschappelijke literatuur   | Praktijk  |
|--|--|---|
| Overeenkomsten praktische aanpak diagnostiek | Hulpverleners moeten hulp bieden bij het onderzoeken van het ‘gender verhaal’ van de personen met ASS (Strang et al., 2016).   | Een professional rapporteert een interview te hebben opgesteld voor jongeren gericht op genderontwikkeling.           |
|  | Het is van belang om vanaf jonge leeftijd aandacht te besteden aan de ontwikkeling van genderidentiteitsvorming (Turban en Van Schalkwyk, 2018; Van Schalkwyk et al., 2015). | Professionals rapporteren het gebruik van een ontwikkelingsanamnese om de ontwikkeling uit te vragen.                 |
|  | Een geïndividualiseerde aanpak lijkt de beste benadering (Fortunato et al., 2021).   | Professionals rapporteren dat het van belang is om rekening te houden met de hulpvraag van de cliënt.                 |
| Overeenkomsten visie op diagnostiek          | Het is van belang om het volledige spectrum van ASS en genderidentiteitsproblemen te bekijken (Miesen et al., 2016; Van der Miesen et al., 2017).                            | Professionals rapporteren dat zij vanuit een perspectief van zowel ASS als genderidentiteitsproblemen diagnosticeren. |
|  | ASS en genderidentiteitsproblemen dienen niet altijd met elkaar geassocieerd te worden (Fortunato et al., 2021).   | Professionals rapporteren dat zij niet kijken vanuit een gecombineerd ASS en genderidentiteitsproblemen perspectief.  |

Overeenkomsten  
cliëntkenmerken

Het is van belang dat de cliënt beschikt over het vermogen om te kunnen gaan met de gevoelens van gendervariatie (De Vries et al., 2010)

Professionals rapporteren het belang van zelfinzicht bij de cliënt.

Het is van belang dat de cliënten onvrede over hun geboortegeslacht kunnen uiten (Van der Miesen et al., 2016).

Professionals rapporteren dat diagnostiek vergemakkelijkt kan worden wanneer cliënten informatie kunnen geven over hunzelf.

Het is van belang om de sociaal-emotionele ontwikkeling mee te nemen (Thrower et al., 2019).

Een professional rapporteerde dat de sociaal-emotionele ontwikkeling bij mensen met autisme achterloopt en hier rekening mee gehouden moet worden.

Het in kaart brengen van de capaciteiten (cognitief niveau, executieve functies, communicatieve vaardigheden, sociaal bewustzijn en zelfbewustzijn) van de cliënt moet een onderdeel van de diagnostiek zijn (Strang et al., 2016).

Professionals rapporteren dat een gemiddelde of hoog gemiddelde intelligentie kan bijdragen aan succesvolle diagnostiek.

Overeenkomsten obstakels  
diagnostiek

De associatie tussen ASS en genderidentiteitsproblemen is verre van duidelijk wat beperkingen met zich mee brengen (Leef et al., 2019).

Professionals rapporteren weinig kennis te hebben over de comorbiditeit.

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | Professionals lopen het risico op stellen van foutieve diagnoses (Parkinson, 2016; Van Schalkwyk et al., 2015).   | Professionals rapporteren het moeilijk te vinden in hoeverre autisme een rol speelt bij de comorbiditeit.  |
|   | Cliënten kunnen het risico lopen niet geloofd te worden (Strang et al., 2016).  | Professionals vragen zich af of de genderidentiteitsproblemen consistent zijn.   |
| Verschillen praktische aanpak diagnostiek | Het toepassen van een verlengde diagnostiek is aan te raden (De Vries et al., 2010; Fortunato et al., 2021; Strang et al., 2016).   | Professionals rapporteren dat er verlenging is wanneer verwezen moet worden naar een gespecialiseerde poli. Dit heeft geen betrekking op meerdere onderzoeken binnen een instelling. Tevens rapporteren professionals dat er geen verschil is in hun algemene diagnostiek vergeleken met diagnostiek bij deze doelgroep. |
|   | Het gebruik van diagnostische instrumenten voor ASS bij deze doelgroep moeten met voorzichtigheid worden bekeken (Thrower et al., 2019).  | Professionals rapporteren niet dat diagnostische instrumenten voor ASS bij deze doelgroep met voorzichtigheid moeten worden bekeken.   |
|   | Diagnostiek behoort niet enkel beperkt te worden tot het gebruik van zelfrapportage instrumenten (Frigaux et al., 2019; Lingiardi & McWilliams, 2017; Van der Laan et al., 2015). | Participanten rapporteren door middel van gesprekken genderidentiteitsproblemen vast te stellen.   |



Verschillen obstakels  
diagnostiek

Er kunnen verschillende obstakels voortdoen (Leef et al., 2019; Parkinson, 2016; Strang et al., 2016; Van Schalkwyk et al., 2015).

Professionals rapporteren geen obstakels te ervaren.

---

#### **4.8 Vergelijking wetenschappelijke literatuur en praktijk**

De samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen bij jongeren in de diagnostiek wordt op een aantal punten meegenomen binnen de jeugd GGZ. Dit blijkt uit een aantal punten waarin het literatuuronderzoek en de interviewstudie met elkaar overeenkomen. Zo zijn er overeenkomsten in de manier waarop professionals diagnostiek uitvoeren. Hierbij is aandacht besteden aan het ‘gender verhaal’, de ontwikkeling van de genderidentiteitsvorming en het hanteren van een individuele aanpak van belang. Omtrent de visie op diagnostiek wordt hetzelfde dilemma wat beschreven is in de wetenschappelijke literatuur teruggezien in de interviewstudie. Enerzijds kunnen professionals zich vinden in de visie dat het volledige spectrum van ASS en genderidentiteitsproblemen bekeken moet worden. Anderzijds zijn er ook professionals die niet altijd genderidentiteitsproblemen met ASS associëren. Binnen het thema cliëntkenmerken komen de onderzoeken overeen op gebieden als het beschikken over het vermogen om te kunnen gaan met de problemen, het belang van het uiten van onvrede omtrent het geboortegeslacht, het includeren van de sociaal-emotionele ontwikkeling en het in kaart brengen van de capaciteiten van de cliënt. Overeenkomende obstakels zijn het gebrek aan kennis over de comorbiditeit, het risico op stellen van foutieve diagnoses en het risico van de cliënt niet geloofd te worden.

Daarentegen verschillen het literatuuronderzoek en de interviewstudie op een aantal punten. Omtrent de praktische aanpak van diagnostiek rapporteren professionals dat er geen sprake is van verlengde diagnostiek, diagnostische instrumenten voor ASS niet met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd en de beoordeling wordt beperkt tot zelfrapportage. Binnen het thema obstakels verschillen de onderzoeken omtrent het ervaren van obstakels, enkele professionals rapporteren namelijk geen obstakels te ervaren.

## 5 Discussie

Het huidige onderzoek had als doel om met behulp van wetenschappelijke literatuur de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen te onderzoeken, om vervolgens te onderzoeken in hoeverre hiermee rekening wordt gehouden in het diagnostiektraject binnen de jeugd GGZ. In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: *"In hoeverre wordt de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen bij jongeren meegenomen in het diagnostiektraject binnen de jeugd GGZ?"*. Om deze vraag te beantwoorden heeft een literatuuronderzoek plaatsgevonden om te achterhalen wat er vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend is over hoe rekening wordt gehouden met de comorbiditeit in het diagnostiektraject. Daarnaast heeft een interviewstudie plaatsgevonden, om te achterhalen in hoeverre de comorbiditeit onderdeel is van het diagnostiektraject.

Bij het uitvoeren van het onderzoek is ten eerste getracht een antwoord te geven op de eerste deelvraag *"Wat is vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend over hoe rekening gehouden wordt met de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen in het diagnostiektraject binnen de jeugd GGZ?"*. Uit de veertien geïncludeerde artikelen bleek dat vanuit de praktische aanpak geconcludeerd kan worden dat op beide problematieken gescreend moet worden tijdens de intake. Daarnaast adviseren onderzoekers om niet alleen gebruik te maken van zelfrapportage instrumenten en is het van belang om rekening te houden met significante beperkingen van instrumenten voor ASS bij mensen met (mogelijke) genderidentiteitsproblemen. Tevens is individuele verlengde diagnostiek aan te raden en het besteden van aandacht aan de genderidentiteitsvorming kan nuttig zijn. Een diagnose van genderidentiteitsproblemen moet bekeken worden vanuit het volledige spectrum van genderidentiteitsproblemen en autisme, anderzijds moeten beide problematieken los van elkaar bekeken worden. Cliëntkenmerken die van invloed kunnen zijn op diagnostiek is het belang dat de cliënt over het vermogen beschikt om te kunnen gaan met gender gevoelens en is het cruciaal dat cliënten zich kunnen uiten over onvrede met het geboortegeslacht. Andere belangrijke cliëntkenmerken zijn cognitief niveau, executieve functies, taalvaardigheid, zelfbewustzijn, sociaal bewustzijn en de sociaal-emotionele ontwikkeling. Mogelijke obstakels zijn gebrek aan kennis over de comorbiditeit en het risico op het stellen van foutieve diagnoses. Wanneer er

sprake is van diagnostische tools voor ASS dient men voorzichtig te zijn met interpretaties. Een obstakel op cliëntniveau is het risico niet geloofd te worden.

De tweede deelvraag waar met het onderzoek getracht is antwoord op te geven luidt: *"In hoeverre is de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen onderdeel van het diagnostiektraject binnen de jeugd GGZ?"*. Vanuit de praktische aanpak kan geconcludeerd worden dat het merendeel van de participanten geen verschil noemden tussen de algemene diagnostiek en diagnostiek bij deze comorbiditeit. Participanten noemden geen vaststaand geprotocolleerd instrument te gebruiken, maar diagnostiek vormgeven middels gesprekken. Daarnaast werd genoemd dat het van belang is rekening te houden met de hulpvraag van de cliënt en de vorming van de genderidentiteit. Verder wordt het belang van het includeren van de sociaal-emotionele ontwikkeling genoemd. Visies die genoemd werden zijn dat er de mogelijkheid moet zijn om problemen te bespreken en wordt zowel het wel en niet diagnosticeren vanuit een gecombineerd ASS en genderidentiteitsproblemen perspectief genoemd. Cliëntkenmerken die volgens participanten van invloed kunnen zijn op diagnostiek zijn een gemiddelde of hoog gemiddelde intelligentie, een vorm van zelfinzicht bij de cliënt en het kunnen uitspreken van de problemen. Participanten noemden het realiseren van een goede therapeutische relatie, niet te kritisch zijn op het gendervraagstuk en een open en oordeelvrije houding als belangrijke professionele vaardigheden. Mogelijke obstakels in de diagnostiek zijn het beschikken over weinig kennis over de comorbiditeit, het stellen van foutieve diagnoses en mogelijke problemen met de geloofwaardigheid van de cliënt met betrekking tot consistentheid van de problemen.

Uit dit onderzoek is dus gebleken dat de samenhang tussen ASS en genderidentiteitsproblemen op verschillende manieren wordt meegenomen in het diagnostiektraject, maar dat er geen overeenstemming is tussen professionals. Over het algemeen wordt kennis vanuit de wetenschappelijke literatuur geïmplementeerd in de praktijk, maar zijn er geen duidelijke richtlijnen hoe diagnostiek vormgegeven dient te worden bij deze comorbide doelgroep. Logischerwijs hebben verschillende professionals andere werkwijzen, maar door het gebrek aan duidelijke richtlijnen is er geen consensus en handelen de professionals verschillend.

Uit ander onderzoek blijkt dat comorbiditeit ook lastig kan zijn binnen de algemene diagnostiek. Van Oudheusden, Meynen en Van Balkom (2015) stellen namelijk dat de overtuiging van professionals dat eventueel aanwezige comorbide stoornissen niet relevant zijn voor behandelingen een rol kunnen spelen. Daarnaast kunnen professionals vinden dat de comorbide stoornissen toch al voldoende behandeld worden in de interventie die reeds is ingezet of voorgenomen. Aansluitend stellen Pincus, Tew en First (2004) dat de DSM-V ook kan bijdragen aan het in mindere mate comorbide classificeren. In de DSM-V zijn namelijk weinig tot geen instructies beschreven hoe men om kan gaan met comorbide classificaties. Hieruit blijkt dat ook hier een gebrek is aan duidelijke richtlijnen omtrent comorbiditeit.

### **5.1 Sterke punten en limitaties**

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de gebruikte zoekstrategie om wetenschappelijke literatuur te vergaren zo volledig mogelijk was. Door twee verschillende databanken te gebruiken en synoniemen voor de thema's te verwerken in de zoekopdracht zijn mogelijke artikelen die gerelateerd zijn aan de onderzoeksvraag uit de zoekopdracht gekomen.

Daarnaast is de onderzoeksgroep zo divers mogelijk samengesteld. Zo verschilden de expertises van de participanten en waren zij werkzaam op verschillende locaties. Hierdoor is de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten vergroot. Daarnaast was de interviewleidraad gebaseerd op het literatuuronderzoek. Op deze manier kon de wetenschappelijke literatuur en de interviews met elkaar vergeleken worden, wat heeft gemaakt dat de onderzoeksvraag goed beantwoord kon worden. Tevens is gebruik gemaakt van een interviewleidraad met specifieke en concrete vragen die bij hebben gedragen aan beantwoording van de tweede deelvraag en daarmee de onderzoeksvraag, hiermee is de validiteit van de resultaten gewaarborgd. De interviews zijn afgenomen door twee onderzoekers, waardoor de tweede onderzoeker kon fungeren als tijdbewaker en kon garanderen dat alle vragen uit de interviewleidraad behandeld werden. Dit heeft bijgedragen aan de consistentheid van het onderzoek, aangezien de interviews op een zo exact mogelijk wijze zijn uitgevoerd. Tevens is zowel het literatuuronderzoek als de interviewstudie op een systematische wijze gecodeerd, waar dezelfde thema's van het literatuuronderzoek geraadpleegd zijn bij het coderen van de interviews. Wederom maakt dit dat de resultaten goed met elkaar vergeleken konden worden en de onderzoeksvraag goed beantwoord kon worden. Voorafgaand aan de analyse van de interviews is het percentage

overeenstemming tussen de twee onderzoekers berekend, wat resulteerde in een relatief hoge overeenstemming (76%). Dit impliceert een relatief hoge betrouwbaarheid van de analyse, echter is gestreefd om deze betrouwbaarheid te vergroten door na suggesties van de tweede onderzoeker de codeboom te verduidelijken.

Naast sterke kanten kent dit onderzoek een aantal beperkingen. Een eerste beperking is de twijfel vanuit wetenschappelijke literatuur of er überhaupt sprake is van comorbiditeit. Zo blijkt dat de comorbiditeit onvoldoende is vastgesteld, aangezien er weinig studies zijn die genderidentiteitsproblemen hebben onderzocht onder alternatieve klinische populaties. Dit betekent dat er volgens onderzoekers te weinig bewijs is om te suggereren dat een hogere mate van genderidentiteitsproblemen specifiek is voor ASS (Nabbijohn et al., 2018; Turban & Van Schalkwyk, 2018; Zucker et al., 2017). Desalniettemin voegen Zucker et al. (2017) hier aan toe dat ASS-kenmerken kunnen leiden tot genderidentiteitsproblemen, maar dat de aanwezigheid van intense en beperkte interesses kan worden veroorzaakt door andere onderliggende processen bij cliënten zonder ASS. Zo stellen Van de Grift et al. (2017) dat er ook alternatieve emotionele uitdagingen en omgevingsfactoren zijn die verband kunnen houden met genderidentiteitsproblemen. Zo kan iemand ontevreden zijn over het lichaam, slechte relaties hebben met leeftijdsgenoten of een familie hebben die het individu niet accepteert. Ondanks deze twijfel zijn er voldoende onderzoeken gevonden die de comorbiditeit ondersteunen, waardoor de keuze is gemaakt om dit onderzoek voort te zetten. Een tweede beperking is de kleine onderzoeksgroep. Ondanks de diversiteit hierbinnen behelst dit onderzoek een kleine onderzoeksgroep (n=6), waardoor de resultaten in mindere mate generaliseerbaar zijn naar andere behandelaren werkzaam bij Accare of andere instellingen.

Tevens is de consistentie van het onderzoek in mindere mate gewaarborgd bij de afname van de interviews. Twee van de zes interviews zijn online afgenomen. De reden van online afname was met name praktisch, zodat er geen tijd verloren ging aan reistijd. Echter heeft dit het onderzoek in mindere mate consistent gemaakt, aangezien de interviews niet op dezelfde wijze zijn uitgevoerd. Hierdoor is de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten verminderd. Daarnaast zijn niet alle codes uit de codeboom (bijlage 1) verwerkt in de resultaten. Zo werd de eerste code '*Aanpakdiagnos\_gender\_en\_ASS\_screenen*' niet benoemd tijdens de interviews, maar leek de code naar aanleiding van het literatuuronderzoek relevant. Daarnaast bleken sommige codes achteraf niet relevant voor de huidige studie. Een voorbeeld hiervan is de code

*‘Obstakel\_ geen\_aansluiting’*, wat inhield dat de professional geen aansluiting had met de cliënt. Tijdens het uitwerken van de resultaten bleek deze code geen antwoord te geven op de onderzoeksvraag. De betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten is hierdoor verminderd, aangezien er geen overzicht beschikbaar is van codes die uiteindelijk niet verwerkt zijn. De codes zijn niet verwijderd uit de codeboom, omdat de codes wel onderdeel waren van het coderingsproces.

## **5.2 Aanbevelingen**

Uit eerder onderzoek is gebleken dat genderidentiteitsproblemen een groeiend onderzoeksveld is gedurende de laatste twee decennia, waardoor genderidentiteitsproblemen en de comorbiditeit meer bewegingsvrijheid hebben om zich verder te ontwikkelen. Hierdoor is het van belang om verder onderzoek te doen naar de comorbiditeit. Door verder onderzoek zou met betrekking tot de praktijk duidelijke richtlijnen kunnen worden opgesteld, waar zowel gespecialiseerde als niet-gespecialiseerde instellingen mee kunnen werken. Hierdoor kunnen verschillende professionals voor zover mogelijk dezelfde werkwijze hanteren. Tevens dient een grotere onderzoeksgroep betrokkenen te worden bij desbetreffend onderzoek.

Een andere aanbeveling is meer onderzoek naar mogelijke instrumenten voor de comorbiditeit, aangezien wordt gerapporteerd dat hier geen instrumenten voor ontwikkeld zijn. De onderzoeksresultaten tonen daarnaast dat een groot deel van de professionals over weinig kennis beschikken omtrent de comorbiditeit. Een andere aanbeveling kan zijn om binnen de praktijk het gesprek aan te gaan over de comorbiditeit. Zo is het onderwerp ‘gender’ geen vaststaand onderdeel in het diagnostiektraject en kunnen professionals hun kennis vergroten en alerter zijn op de problematiek door onderling het gesprek aan te gaan en ervaringen met elkaar te delen. Daarnaast tonen de onderzoeksresultaten aan dat de professionals geregeld doorverwijzen naar een gespecialiseerde poli voor genderidentiteitsproblemen. Een aanbeveling is om overbrugging vorm te geven, aangezien de wachtlijsten binnen gespecialiseerde instellingen lang zijn. Deze overbrugging kan vormgegeven worden door bijvoorbeeld gesprekken te voeren met de cliënt over de genderidentiteit.

### **5.3 Slot**

Het huidige onderzoek draagt bij aan de bewustwording van comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen en biedt inzicht in hoeverre de samenhang wordt meegenomen binnen het diagnostiektraject, waardoor professionals bewuster worden van hun bijdrage hieraan en kennis van elkaar kunnen opdoen.



## Literatuur

- Arcelus, J., Bouman, W.P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G. & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807-815.
- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5*. Amsterdam: Boom.
- Cain, L. K., & Velasco, J. C. (2020). Stranded at the intersection of gender, sexuality, and autism: Gray's story. *Disability & Society*, 36(3), 358–375.  
<https://doi.org/10.1080/09687599.2020.1755233>
- Deans of Social Sciences in the Netherlands (2018). Code of Ethics for research in the social and behavioural sciences involving human participants.
- De Cuypere, G., Knudson, G., & Bockting, W. (2010). Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed DSM 5 Criteria for Gender Incongruence. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 119–123.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2010.509214>
- De Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., 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>
- Fortunato, A., Giovanardi, G., Innocenzi, E., Mirabella, M., Caviglia, G., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2021). Is It Autism? A Critical Commentary on the Co-Occurrence of Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder. *Journal of Homosexuality*, 1–19.  
<https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1905385>
- Frigaux, A., Evrard, R., & Lighezzolo-Alnot, J. (2019). L'ADI-R et l'ADOS face au diagnostic différentiel des troubles du spectre autistique: Intérêts, limites et ouvertures. [ADI-R and ADOS and the differential diagnosis of autism spectrum disorders: Interests, limits and openings]. *L'Encéphale*, 45(5), 441–448. doi:10.1016/j.encep.2019.07.002
- Hobson, R. P., Chidambi, G., Lee, A., & Meyer, J. (2006). Foundations for self-awareness: An exploration through autism. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 71(2), vii–166.

- Henriksen, M. G., Englander, M., & Nordgaard, J. (2021). Methods of data collection in psychopathology: the role of semi-structured, phenomenological interviews. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 21(1), 9–30. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09730-5>
- Janssen, A., Huang, H., & Duncan, C. (2016). Gender Variance Among Youth with Autism Spectrum Disorders: A Retrospective Chart Review. *Transgender Health*, 1(1), 63–68. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0007>
- Kallitsounaki, A., & Williams, D. (2020). Mentalising Moderates the Link between Autism Traits and Current Gender Dysphoric Features in Primarily Non-autistic, Cisgender Individuals. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(11), 4148–4157.
- Kuyper, L. (2012). Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 129-135.
- 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>
- Leef, J. H., Brian, J., VanderLaan, D. P., Wood, H., Scott, K., Lai, M. C., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2019). Traits of autism spectrum disorder in school-aged children with gender dysphoria: A comparison to clinical controls. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(4), 383–395. <https://doi.org/10.1037/cpp0000303>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). Psychoanalytic diagnostic manual. Second edition (PDM-2). New York, NY: Guilford Press.
- May, T., Pang, K., & Williams, K. J. (2016). Gender variance in children and adolescents with autism spectrum disorder from the National Database for Autism Research. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 7–15. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1241976>
- Mukaddes, N.M. (2002). Gender identity problems in autistic children. *Child Care Health Dev*, 28, 529–532.
- Nabbijohn, A. N., Van der Miesen, A. I. R., Santarossa, A., Peragine, D., De Vries, A. L. C., Popma, A., Lai, M. C., & VanderLaan, D. P. (2018). Gender Variance and the Autism Spectrum: An Examination of Children Ages 6–12 Years. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(4), 1570–1585. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3843-z>

- Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(12), 4028–4037. doi:10.1007/s10803-018-3686-7
- Parkinson, J. (2014). Gender dysphoria in Asperger’s syndrome: a caution. *Australas Psychiatry*, *22*, 84–85.
- Parkinson, J. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorders: A note of caution. *LGBT Health*, *3*(2), 175.
- Pecora, L. A., Hooley, M., Sperry, L., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2021). Sexuality and Gender Issues in Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *44*(1), 111–124. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2020.11.009>
- Pincus, H. A., Tew, J. D., First, M.B. (2004). Psychiatric comorbidity: is more less? *World Psychiatry*, *3*, 18-23.
- Shumer, D. E., Reisner, S. L., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. (2016). Evaluation of Asperger Syndrome in Youth Presenting to a Gender Dysphoria Clinic. *LGBT Health*, *3*(5), 387–390. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0070>
- Strang, John F., Lauren Kenworthy, Aleksandra Dominska, Jennifer Sokoloff, Laura E. Kenealy, Madison Berl, Karin Walsh, et al. (2014). “Increased Gender Variance in Autism Spectrum Disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder.” *Archives of Sexual Behavior* *43*(8): 1525–1533.
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., De Vries, A. L. C., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D. E., Edwards-Leeper, L., Pleak, R. R., Spack, N., Karasic, D. H., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kuschner, E. S., Anthony, L. G. (2016). 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>
- Thrower, E., Bretherton, I., Pang, K. C., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2019). 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>

- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, *77*(1), 68–76. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2285
- Turban, J. L., & Van Schalkwyk, G. I. (2018). “Gender Dysphoria” and Autism Spectrum Disorder: Is the Link Real? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *57*(1), 8–9.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.08.017>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, *79*(7), 815–823.
- Van der Laan, 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. doi:10.1080/00224499.2013.860073
- 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. R., De Vries, A. L. C., Steensma, T. D., & Hartman, C. A. (2017). 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>
- Van Oudheusden, L. J. B., Meynen, G., & Van Balkom, A. J. L. M. (2015). Psychiatrische comorbiditeit: theoretische en klinische dilemma's. *Tijdschrift voor psychiatrie*, *57*(9), 664-671.
- Van Schalkwyk, G.I., Klingensmith, K. & Volkmar, F.R. (2015). Gender Identity and Autism Spectrum Disorders. *Yale journal of biology and medicine*, *88*, 81–83.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Open University Press.
- Zmyj, N., & Bischof-Köhler, D. (2015). The development of gender constancy in early childhood and its relation to time comprehension and false belief understanding. *Journal of Cognition and Development*. <https://doi.org/10.1080/15248372.2013.824881>

Zucker, K. J., Nabbijohn, A. N., Santarossa, A., Wood, H., Bradley, S. J., Matthews, J., & VanderLaan, D. P. (2017). Intense/obsessional interests in children with gender dysphoria: a cross-validation study using the Teacher's Report Form. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 11*(1).  
<https://doi.org/10.1186/s13034-017-0189-9>

## Bijlage 1

### Codeboek

| Thema's                                | Codes   | Omschrijving  |
|--|---|---|
| <b>Praktische aanpak diagnostiek</b>   | Aanpakdiagnos_gender_en_ASS_screenen          | Er wordt gescreend op ASS bij genderidentiteitsproblemen of er wordt gescreend op genderidentiteitsproblemen bij ASS.     |
|  | Aanpakdiagnos_aandacht_genderIDvorming        | Er wordt aandacht besteed aan de genderidentiteitsvorming bij deze doelgroep.   |
|  | Aanpakdiagnos_genderproblemen_intake          | Er wordt bij de intake vragen gesteld over de genderidentiteitsproblemen.   |
|  | Aanpakdiagnos_individueel                     | Er wordt een individuele aanpak of benadering aangeraden bij deze doelgroep.  |
|  | Aanpakdiagnos_kliobservatie_diagnosinterviews | In de diagnostiek wordt aangeraden om klinische observaties of diagnostische interviews uit te voeren bij deze doelgroep. |
|  | Aanpakdiagnos_verlenging                      | De diagnostiek is langer vergeleken met algemene diagnostiek.   |
| <b><i>Toegevoegd na interviews</i></b> | Aanpakdiagnos_algemene_voorzichtigheid        | Bij de diagnostiek van comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen moet je voorzichtig zijn.                              |
|  | Aanpakdiagnos_geen_verschil                   | Er is geen verschil in de diagnostiek bij ASS en bij genderidentiteitsproblemen.  |
|  | Aanpakdiagnos_geen_voorzichtigheid_ASStools   | Resultaten van ASS tools worden niet anders geïnterpreteerd bij deze doelgroep.   |
|  | Aanpakdiagnos_gender                          | Bij de diagnostiek worden de volgende instrumenten gebruikt voor genderidentiteitsproblemen.                              |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Aanpakdiagnos_gender_geeninstrument         | Geen specifiek instrument voor comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen.  |
|  | Aanpakdiagnos_aandacht_genderIDvorming_niet | Er wordt geen aandacht besteed aan de gender identiteitsvorming bij deze doelgroep.  |
|  | Aanpakdiagnos_interessant_voor_hulpverlener | Sommige hulpverleners vinden het interessant wanneer er een cliënt binnenkomt met genderidentiteitsproblemen.                          |
|  | Aanpakdiagnos_omgeving                      | Er is aandacht voor de omgeving van de cliënt.   |
|  | Aanpakdiagnos_proces_diagnostiek            | Gedurende de behandeling aanvullende diagnostiek uitvoeren.  |
|  | Aanpakdiagnos_respect                       | Er is respect voor de cliënt.  |
|  | Aanpakdiagnos_geenverschil                  | Er is geen verschil in de diagnostiek bij ASS en bij genderidentiteitsproblemen.   |
|  | Aanpakdiagnos_verlenging_niet               | Er is geen sprake van een verlengde diagnostiek bij comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen.                                       |
| <b>Visie op diagnostiek</b>            | Diagnose_nietvanuitASSen<br>Gender          | Het classificeren moet niet gebeuren vanuit zowel een ASS visie als een genderproblematiek visie. Dit behoort apart bekeken te worden. |
|  | Diagnose_vanuitASSen<br>Gender              | Het classificeren moet vanuit beide perspectieven gebeuren.  |
| <b><i>Toegevoegd na interviews</i></b> | Diagnose_genderdysforie                     | Diagnose genderdysforie kan de diagnostiek vergemakkelijken.   |
|  | Diagnostiek_visie_algemeen                  | Algemene visie op diagnostiek bij deze comorbide doelgroep.  |
| <b>(Cliënt)kenmerken</b>               | Capaciteiten_cliënt_algemeen                | Algemene cliëntkenmerken die bijdragen aan een succesvolle diagnostiek.  |
|  | Capaciteiten_voldoende_voc_uiting_client    | Cliënten die voldoende verbale uiting hebben van hun   |

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
|                                 |  | problemen/ervaringen/ontwikkelingen dragen bij aan succesvolle diagnostiek.  |
| <i>Toegevoegd na interviews</i> | Capaciteiten_onvoldoende_voc_uiting_client | Cliënten die onvoldoende verbale uiting hebben van hun problemen/ervaringen/ontwikkelingen dragen bij aan succesvolle diagnostiek.         |
|                                 | Professional_vaardigheden_houding          | Algemene vaardigheden van de professional die bijdragen aan succesvolle diagnostiek.   |
| <b>Obstakels diagnostiek</b>    | Obstakel_geen_comorbiditeit                | Een obstakel doordat er eigenlijk geen overlap is tussen ASS en genderidentiteitsproblemen.  |
|                                 | Obstakel_interpretatie_instrument          | De instrumenten zijn soms lastig te interpreteren, wat kan zorgen voor moeilijkheden in de diagnostiek.                                    |
|                                 | Obstakel_problemen_geloofwaardigheid       | Deze doelgroep kan te maken krijgen met professionals en ouders die hun niet geloven, wat voor moeilijkheden in de diagnostiek kan zorgen. |
|                                 | Obstakel_verkeerdeofgeen_diagnose          | Door de comorbiditeit lopen professionals het risico hun cliënten foutief te diagnosticeren of een diagnose over het hoofd zien.           |
|                                 | Obstakel_voorzichtigheid_ASStools          | Resultaten van ASS tools moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden bij deze doelgroep.   |
|                                 | Obstakel_weinig_bewijs                     | Er is weinig bewijs voor comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen.  |
|                                 | Obstakel_weinig_kennis                     | Professional beschikken over weinig kennis omtrent ASS en genderidentiteitsproblemen.  |
| <i>Toegevoegd na interviews</i> | Obstakel_beladen_onderwerp                 | Een obstakel bij deze doelgroep is dat de onderwerpen beladen kunnen zijn.   |



|                                       |                                    |  |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|
|                                       | Obstakel_geen                      | Er zijn geen obstakels bij deze doelgroep.   |
|                                       | Obstakel_geen_aansluiting          | De professional kan geen aansluiting vinden met de cliënt.   |
|                                       | Obstakel_ongeloof_cliënt           | De cliënt gelooft niet dat het autisme en zijn of haar gender vragen iets met elkaar te maken kunnen hebben. |
| <b>Aanvullende mogelijkheden ASS</b>  | Problemen_algemeen_ASS             | Algemene moeilijkheden die voortkomen uit ASS.   |
|                                       | Problemen_executieve_funcities     | Cliënten met ASS ervaren moeilijkheden omtrent executieve functies.  |
|                                       | Problemen_flexibiliteit_rigiditeit | Cliënten met ASS ervaren moeilijkheden omtrent flexibiliteit.  |
|                                       | Problemen_zelfbewustzijn           | Cliënten met ASS ervaren moeilijkheden omtrent zelfbewustzijn.   |
| <b><i>Toegevoegd na interview</i></b> | Problemen_niet_aanwezig            | Er zijn geen algemene moeilijkheden die voortkomen uit ASS.  |

## **Bijlage 2**

Informatiebrief

*Onderzoek naar diagnostiek en behandeling bij jongeren met comorbide Autismespectrumstoornis (ASS) en genderidentiteitsproblematiek.*

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie Accare Hoogezand, in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen. Gedurende september 2021 t/m juni 2022 wordt het onderzoek uitgevoerd door twee masterstudenten Orthopedagogiek.

U ontvangt deze informatiebrief, omdat u heeft aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek. Wij vragen u deze brief te lezen en als u instemt met het onderzoek het toestemmingsformulier voorafgaand aan deelname te ondertekenen.

### **Onderzoek**

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van wetenschappelijke inzichten en kennis uit de praktijk over diagnostiek en behandeling bij jongeren met comorbide ASS en genderidentiteitsproblematiek. Hiermee zal inzichtelijk gemaakt worden welke kennis overlapt of juist aanvullend werkt, om vervolgens bij te dragen aan kennisverbreding over dit onderwerp.

Ten behoeve van dit onderzoek worden een zestal professionals geïnterviewd vanuit verschillende organisaties binnen de Jeugd-GGZ, welke ervaring hebben (gehad) met de betreffende doelgroep. De interviews richten zich tot de diagnostiek- en behandelfase. De interviews zijn semi-gestructureerd vormgegeven en zullen online, via Teams, of op locatie van uw instelling plaatsvinden. Dit is afhankelijk van de praktische mogelijkheden van u en de onderzoekers. Het interview zal naar verwachting een uur duren.

Deelname aan het interview is op vrijwillige basis. U kunt ten alle tijden aangeven het interview te willen afbreken, zonder dit te hoeven verklaren. We zullen u voorafgaand het interview toestemming vragen voor opname, ten behoeve van het transcriberen. Uw gegevens zullen geanonimiseerd worden en de transcripten opgeslagen op een beveiligde omgeving van de Rijksuniversiteit Groningen, waarna de audiobestanden verwijderd zullen worden.

### **Resultaten onderzoek**

In juni 2022 zal het onderzoek afgerond worden, als u interesse heeft, kunt u het onderzoeksverslag dan ontvangen.

**Vragen**

Mocht u nog aanvullende opmerkingen of vragen hebben over het onderzoek, neem dan contact op via [m.abee.1@student.rug.nl](mailto:m.abee.1@student.rug.nl) of [m.h.mulder.3@student.rug.nl](mailto:m.h.mulder.3@student.rug.nl).

Met vriendelijke groet,

Miron Abee & Marjolein Mulder

### **Bijlage 3**

#### Toestemmingsformulier

Onderzoek naar diagnostiek en behandeling bij jongeren met comorbide Autismespectrumstoornis (ASS) en genderidentiteitsproblematiek. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de polikliniek kinderen en jeugdpsychiatrie van Accare te Hoogezand, in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen.

Hierbij:

- Verklaar ik voorafgaand aan dit onderzoek de informatiebrief te hebben ontvangen en gelezen, waarmee ik op de hoogte ben gesteld van het doel van het onderzoek;
- verklaar ik dat ik voorafgaand aan dit onderzoek de mogelijkheid heb gehad om vragen omtrent het onderzoek te stellen;
- geef ik toestemming voor deelname aan het onderzoek over de ervaringen van professionals binnen diagnostiek en behandeling bij jongeren met comorbide autismespectrumstoornis (ASS) en genderidentiteitsproblematiek;
- geef ik toestemming voor opname van het interview, ten behoeve van verwerking van de gegevens.

Ik begrijp dat

- De deelname aan het onderzoek van vrijwillige aard is;
- ik het recht heb om tijdens deelname mij terug te trekken uit het onderzoek, zonder nadelige gevolgen of het afleggen van een verklaring;
- de audiobestanden, na afronding van het transcriberen van het interview, verwijderd zullen worden;
- het transcript wordt opgeslagen op een beveiligde omgeving van de Rijksuniversiteit Groningen;
- mijn gegevens geanonimiseerd worden en niet herleidbaar zijn tot mij en de uitkomsten van het interview geanonimiseerd zullen worden en niet herleidbaar zijn tot een persoon.

Naam: .....

Handtekening: .....

Datum: .....

## **Bijlage 4**

### Interviewleidraad

Algemene informatie in te vullen voorafgaand aan het interview

Naam participant:

Instelling:

Locatie:

Functie participant:

Setting: Poliklinisch / Ambulant

Sekse: Man / vrouw

### Interviewvragen

#### **Diagnostiek**

Het interview zal gaan over comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen. Het doel van het onderzoek is om de kennis uit de literatuur en de kennis uit de praktijk naast elkaar te leggen. Wij zijn Miron en Marjolein en zouden je graag een paar vragen stellen over comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen. Ik (Miron) zal beginnen met een aantal vragen over de diagnostiek. Marjolein zal vervolgens een aantal vragen stellen over de behandeling.

#### 1. Algemene vragen

- Wat weet je vanuit brede ervaring over de comorbiditeit van autismespectrumstoornis en genderidentiteitsproblemen?
- Welke instrumenten gebruiken jullie om autisme en genderidentiteitsproblemen vast te stellen?
- Uit onderzoek blijkt dat er veel overlap is tussen autismespectrumstoornis kenmerken en gedragingen die terugkomen bij genderidentiteitsproblemen, ondervinden jullie problemen aan deze overlap?
  - Zo ja, kan je daar wat meer over vertellen?
  - Zo nee, kun je aangeven waarom niet?
- In hoeverre komt het voor dat je als professional niet weet of je een cliënt moet classificeren met een autismespectrumstoornis of met genderdysforie?
  - Kan je hier een voorbeeld van geven?
  - Hoe ga je daar dan mee om?

## 2. Diagnostiek

### 2.1. *Visie van de professional op de diagnostiek*

- Zijn er ook verschillen in jullie algemene diagnostiek vergeleken met de diagnostiek bij comorbide autismespectrumstoornis en genderidentiteitsproblemen?
  - Zo ja, kan je daar wat meer over vertellen?
  - Zo nee, kan je dat verklaren?
- Hoe interpreteer je de onderzoeksresultaten, die verkregen zijn met een diagnostisch instrument voor autisme, wanneer je weet dat er sprake is van genderidentiteitsproblemen?
  - Hoe ga je daar mee om?
- Wat is jouw persoonlijke visie op hoe we in de diagnostiek om moeten gaan met deze comorbiditeit? En bij het stellen van diagnoses?

### 2.2. *Praktische aanpak diagnostiek*

- Duurt bij deze vorm van comorbiditeit de diagnostiek ook langer dan normaal?
  - Zo ja, kan je daar wat meer over vertellen?
  - Zo nee, kan je dat verklaren?
- Toelichting: genderidentiteitsproblemen ontwikkelen zich over een bepaalde periode in het leven van de cliënt. Is het in kaart brengen van de geschiedenis van de genderidentiteitsproblemen bij de cliënt een onderdeel van de diagnostiekfase?
  - Zo ja, kan je daar wat meer over vertellen?
  - Zo nee, kan je dat verklaren?

## 3. Persoonlijke vaardigheden cliënt

- Welke kenmerken van de cliënt zijn volgens jou van belang om succesvolle diagnostiek uit te voeren bij deze doelgroep?
- In hoeverre zijn hun vaardigheden om over deze genderidentiteitsproblemen te spreken van belang?
  - Kan je daar een voorbeeld van geven?
- Heb je het idee dat cliënt zich over het algemeen goed uit kunnen drukken wanneer er sprake is van zowel een autismespectrumstoornis als genderidentiteitsproblemen?
  - Zo ja, kan je daar wat meer over vertellen?
  - Zo nee, kan je dat verklaren?

#### 4. Obstakels

- Zijn er ook obstakels die jij als professional ervaart bij deze doelgroep op individueel cliëntniveau?
  - Zo ja, kan je daar wat meer over vertellen? Hoe ga daar mee om?
  - Zo nee, kan je dat verklaren?
- Zijn er ook obstakels die jij als professional ervaart bij deze doelgroep in de algehele diagnostiekfase?
  - Zo ja, kan je daar wat meer over vertellen? Hoe ga daar mee om?
  - Zo nee, kan je dat verklaren?
- Bezit jij naar jouw idee voldoende kennis van comorbide ASS en genderidentiteitsproblemen of een van beide problematieken?
  - Zo ja, kan je dat uitleggen?
  - Zo nee, wat kan beter?
- Blijkt met terugwerkende kracht wel eens dat er een andere diagnose passender was geweest bij deze doelgroep?
  - Zo ja, kan je daar wat meer over vertellen?
  - Zo nee, kan je dat verklaren?
- Is er op organisatorisch niveau naar jouw mening voldoende aandacht voor comorbide autismespectrumstoornis en genderidentiteitsproblemen?
  - Zo ja, kan je daar wat meer over vertellen?
  - Zo nee, waarom niet?

#### 5. Aanvullingen

- Zijn er nog aspecten die niet besproken zijn, maar wel een rol spelen in de diagnostiekfase?

