

“Welke f*cking grenzen had ik nog moeten hebben.”

De impact van structureel geweld op de ervaring van seksueel geweld tegen intersekse personen

Mir Abe Marinus (NNID) en Britt Myren (Atria)



Colofon

Amsterdam en Nijmegen, juli 2025

Dit onderzoek is een samenwerking van het programma Act4Respect-Unlimited (A4R-U) met NNID, expertisecentrum seksediversiteit. A4R-U is een samenwerking tussen Atria, COC en Rutgers met als doel (online) seksueel grensoverschrijdend gedrag, seksueel geweld en (ex-) partnergeweld onder jongeren terug te dringen en prettige ervaringen te bevorderen.

Act4Respect-Unlimited wordt gefinancierd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW).

Huisstijl: De Merkfabriek

Foto voorkant: Stichting NNID/Viktor Adriaansens, 2025

ISBN nummer: 9789493106215

Dankwoord

Allereerst willen we de personen bedanken die aan ons onderzoek hebben deelgenomen. Het is heel bijzonder dat wij jullie ervaringen mogen delen, ervan mogen leren en dat we zo samen kunnen werken aan brede verandering. We vonden het dapper dat jullie je verhaal wilden vertellen en zijn blij met het vertrouwen. Zonder deze bereidheid en tijdsinvestering was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Aan de start van dit onderzoek hebben we voortgebouwd op eerder onderzoek. We willen graag met name Marianne Cense (Rutgers) bedanken voor haar input. Hierdoor konden wij het onderzoeksplan gericht uitwerken. Ook dank aan alle organisaties die hebben geholpen om de wervingstekst te verspreiden.

En tenslotte onze dank aan alle collega's van NNID die hebben meegedacht of bijgedragen, in het bijzonder Miriam van der Have voor haar inzet bij het tot stand brengen van de samenwerking en het onderzoek, en Renate Adriaansens als sparringpartner. Ook dank aan de collega's binnen Act4Respect-Unlimited (Rutgers, Atria en COC) die input hebben geleverd op het onderzoek, in het bijzonder Irene Teufer (Atria) die heeft meegewerkt aan het literatuuronderzoek, Jamie Groeneveld (COC), Franca Hehenkamp (Atria) en Willy van Berlo (Rutgers), die in de laatste fase feedback hebben gegeven op het rapport.

Leeswijzer

In dit rapport leest u het onderzoek naar de ervaringen van intersekse personen met seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen (SGSGE). Omdat er nog maar weinig bekend is over dit onderwerp onder intersekse personen, is dit een verkennend onderzoek met als doel om inzicht te krijgen in de verschillende soorten ervaringen. De hoofdvraag is daarom breed ingestoken en luidt: *"Welke ervaringen met SGSGE hebben intersekse personen en hoe hebben zij deze beleefd?"*

Na de inleiding in hoofdstuk 1, wordt in hoofdstuk 2 de hoofdvraag geïntroduceerd en de theoretische onderbouwing beschreven. Hoofdstuk 3 beschrijft de onderzoeksmethoden, gebaseerd op kwalitatieve dataverzameling door diepte-interviews en opgeschreven ervaringen. In hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd met geanonimiseerde citaten. In hoofdstuk 5 kunt u de discussie lezen en in hoofdstuk 6 de conclusie met aanbevelingen.

Inhoudsopgave

Dankwoord	3
Leeswijzer	4
Inhoudsopgave	5
Samenvatting	6
Summary	7
1. Introductie	8
1.1 Probleemstelling	8
2. Theoretische onderbouwing	10
2.1 Interseksue personen in Nederland en hun ervaringen	10
2.2 Cijfers seksueel geweld bij interseksue personen	10
2.3 Definities van seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen	11
2.4 Risicofactoren seksueel geweld	13
2.5 Steun en vertrouwen	16
3. Methoden	17
3.1 Onderzoeksdesign	17
3.2 Doelgroep en werving	18
3.3 Ethische overwegingen	19
3.4 Het gebruik van terminologie door deelnemers	19
3.5 Analyse	20
4. Resultaten	22
4.1 Thema 1: Vormen en contexten van seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen	22
4.2 Thema 2: Het stapелеffect	30
4.3 Thema 3: Maatschappelijke normen en machtsdynamieken	37
4.4 Thema 4: Persoonlijke gevolgen en de noodzaak van brede verandering	40
5. Discussie	48
6. Conclusie en aanbevelingen	52
6.1 Aanbevelingen	52
Referenties	56

Samenvatting

Dit verkennende onderzoek is ontstaan vanuit de noodzaak om zicht te krijgen op de ervaringen van intersekse personen met seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen (SGSGE). Juist omdat deze verhalen zelden gehoord worden en vaak onzichtbaar blijven binnen bestaande onderzoeken naar seksueel geweld, is het van groot belang om specifiek naar deze doelgroep te luisteren. Negen intersekse personen namen deel aan dit onderzoek: vijf via diepte-interviews en vier stuurden geschreven reflecties in op basis van gestelde vragen.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat deelnemers fysiek-, (non)verbaal-, psychisch- en soms ook online SGSGE meemaken en dit in verschillende contexten, zoals (liefdes) relaties, tijdens het opgroeien, het uitgaan, in de werkcontext en in de medische context hebben ervaren. Ze beschrijven hoe zij niet alleen te maken krijgen met SGSGE, maar ook met andere vormen van geweld. Deze verschillende vormen van geweld vormen een patroon dat structureel plaatsvindt en vaak niet los te zien is van het intersekse zijn zelf. Velen ondergingen als kind en jongvolwassene ingrijpende medische behandelingen die jarenlang doorgingen, vaak zonder duidelijke uitleg of volledige instemming, wat door diverse deelnemers zelf als SGSGE beschreven werd. Machtsdynamieken en normen spelen bij het ervaren SGSGE een belangrijke rol. In de medische context betekent dit dat veel deelnemers geen grenzen konden aangeven of vragen durven te stellen. Deze ervaringen worden als herhaaldelijk en diepgaand grensoverschrijdend beschreven. De effecten van het structurele geweld in diverse contexten, inclusief SGSGE, reikt ver: gevoelens van eenzaamheid, schaamte en het verlies van vertrouwen in anderen komen veel voor. Tegelijkertijd blijkt uit het onderzoek ook veerkracht: deelnemers geven aan baat te hebben bij psychologische ondersteuning, therapie en ervaringsuitwisseling.

Om recht te doen aan deze groep, is verandering op meerdere niveaus noodzakelijk. Hulp- en zorgprofessionals dienen zich meer bewust worden van de ervaring van intersekse personen in het ziekenhuis en hen leren zien als gelijkwaardige gesprekspartners. Beleidsverandering is nodig: van het volledig informeren en betrekken van patiënten tot aandacht voor psychologische impact en het bieden van echte keuzevrijheid. Ook daarbuiten, zoals in het onderwijs en de uitgaanswereld, is bewustwording nodig over de schadelijke gevolgen van binaire en heteronormatieve aannames, en over het bestaan van seksediversiteit. Preventie van SGSGE begint met kennis over seksediversiteit, structureel geweld, en over hoe we wérkelijk kunnen luisteren naar intersekse personen. Alleen dan ontstaat er ruimte voor gelijkwaardige relaties, zorg op maat en een samenleving waarin iedereen zich gehoord, erkend en veilig kan voelen.

Summary

This exploratory study arose from the need to gain insight into intersex persons' experiences of sexual violence and sexually transgressive experiences (SVSTE). Precisely because these stories are rarely heard and often remain invisible within existing sexual violence studies, it is critical to listen specifically to this target group. Nine intersex individuals participated in this study: five through in-depth interviews and four who submitted written reflections based on questions posed.

The results of the study show that participants experience physical, (non-)verbal, psychological and sometimes online violence SVSTE, and have experienced it in different contexts, such as (romantic) relationships, while growing up, dating, socializing, in the work context and in the medical context. They describe how they experience not only SVSTE but also other forms of violence. These various forms of violence form a pattern that occurs structurally and often cannot be separated from being intersex itself. Many underwent radical medical treatments as children and young adults that continued for years, often without clear explanation or full consent, which several participants themselves described as SVSTE. Power dynamics and norms play an important role in experiencing SVSTE. In the medical context, this means that many participants could not set boundaries or did not dare to ask questions. These experiences are described as repeatedly and profoundly transgressive. The effects of structural violence in various contexts, including SVSTE, reach far: feelings of loneliness, shame and loss of trust in others are common. At the same time, the research also shows resilience: participants report benefiting from psychological support, therapy and sharing experiences.

To do justice to this group, change is necessary on multiple levels. Auxiliary and healthcare professionals must become more aware of the experiences of intersex persons in hospital settings and learn to see them as equal interlocutors. Policy change is needed: from fully informing and involving patients to paying attention to psychological impact and providing autonomous and meaningful decision-making. Awareness of the harmful effects of binary and heteronormative assumptions, and of the existence of gender diversity, is also needed in other contexts, such as within education and in bars and clubs. Prevention of SVSTE begins with knowledge about gender diversity, structural violence, and how to truly listen to intersex persons. Only then will there be room for equal relationships, tailored care and a society where everyone can feel heard, recognized and safe.

1. Introductie

Intersekse mensen hebben een lichaam dat net als alle andere lichamen volwaardig en uniek is. De term verwijst naar de doorleefde ervaringen van mensen die geboren zijn met een lichaam dat niet voldoet aan de normatieve definitie van 'man' of 'vrouw' zoals de maatschappij die hanteert (Van der Have & Van Heesch, 2016). Hoewel de emancipatie van intersekse langzamerhand op gang komt, worden deze ervaringen nog steeds bepaald door onzichtbaarheid, schaamte en stigmatisering. Zo weet bijna tweederde van de Nederlandse bevolking niet wat intersekse is, geven Europese en internationale onderzoeken een verontrustend beeld op het gebied van mentale gezondheid, geweld en discriminatie, en weten we dat onnodige medicalisering ook in Nederland een grote impact heeft. Zo vinden in Nederlandse ziekenhuizen nog steeds zogenoemde non-consensuele niet-noodzakelijke medische behandelingen bij intersekse kinderen plaats, waardoor het kind het recht op zeggenschap en lichamelijke integriteit ontnomen wordt. Deze behandelingen worden door diverse internationale gremia als mensenrechtenschendingen bestempeld.

Onzichtbaarheid, schaamte en stigmatisering zijn ook redenen waarom ervaringen met seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdend gedrag vooral in deze groep onderbelicht zijn gebleven. Seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld zijn thema's waar veel over gezwezen wordt en waarvoor veel slachtoffers zich schamen; de sociale, medische en persoonlijke uitdagingen waarmee intersekse personen te maken krijgen, maken de kans hierop alleen maar groter. Onderzoek naar de ervaringen van intersekse personen met seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen is dan ook schaars. Meer inzicht in deze problematiek en de specifieke behoeften van deze groep is noodzakelijk.

De prevalentie van seksueel geweld onder intersekse personen wordt momenteel niet systematisch gerapporteerd in grote, representatieve onderzoeken. Er zijn wel enkele cijfers bekend die de omvang van het meemaken van geweld onder intersekse personen laten zien. Uit recente Europese cijfers blijkt dat 32% van de intersekse personen seksueel of fysiek geweld heeft meegemaakt in de laatste 5 jaar, en dat 67% is lastiggevalen in de laatste 12 maanden (FRA, LGBTIQ+ Survey III, 2023). Het Nationaal Programma tegen Discriminatie en Racisme uit 2023 noemt dat 22% van de intersekse personen in Nederland weleens lichamelijk of seksueel geweld heeft meegemaakt (Rijksoverheid¹). Kwalitatief onderzoek laat zien dat intersekse personen relatief vaak te maken krijgen met verschillende vormen van geweld, waaronder op medisch en sociaal gebied, die hun lichamelijke autonomie en seksuele rechten ondermijnen. Deze intersekse-specifieke ervaringen kunnen leiden tot langdurige psychologische en fysieke schade, die moet worden erkend in geweldspreventie en hulpverlening.

Dit onderzoek richt zich op het verkrijgen van kennis over de ervaringen van intersekse personen met seksueel geweld en seksueel grensoverschrijding. Dit is niet alleen van belang voor de doelgroep zelf, maar ook voor de ontwikkeling van effectieve ondersteuning, zodat het hulpverleners kan helpen om beter in te spelen op de behoeften van intersekse slachtoffers en/of plegers, hen te voorzien van gepaste informatie en hen te begeleiden in hun herstelproces. Bewustwording van de unieke uitdagingen waarmee intersekse mensen geconfronteerd worden, inclusief de mogelijke invloed van medische geschiedenis, genderidentiteit en sociale stigma's kunnen daaraan gerelateerd zijn.

1.1 Probleemstelling

Dit kwalitatieve exploratieve onderzoek heeft als doel om de ervaringen met seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen (SGSGE) van intersekse personen te onderzoeken. Om dit te bereiken, zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

“Welke ervaringen met SGSGE hebben intersekse personen en hoe hebben zij deze beleefd?”

- Welke type ervaringen worden omschreven als SGSGE?
- In welke omgevingen en/of situaties wordt SGSGE ervaren?
- Welke positieve ervaringen op het gebied van omgaan met grenzen kunnen intersekse personen benoemen?
- Welke vorm van steun of hulp hebben zij ontvangen, wat zijn de behoeften en welke positieve ervaringen van steun kunnen zij beschrijven?
- In hoeverre geven intersekse personen zelf aan dat de medische zorg en -behandelingen invloed hebben, of hebben gehad, op het meemaken van seksueel geweld of seksueel grensoverschrijdende ervaringen?

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden wordt er in dit onderzoek gefocust op de persoonlijke ervaringen van intersekse personen die SGSGE hebben meegemaakt.

2. Theoretische onderbouwing

In dit hoofdstuk wordt er eerst een indicatie gegeven van het aantal intersekse personen in Nederland en cijfers van seksueel geweld, daarna worden de definities besproken van seksueel geweld of seksueel grensoverschrijdend gedrag en vervolgens de risicofactoren en beschermende factoren van seksueel geweld.

2.1 Intersekse personen in Nederland en hun ervaringen

Het inschatten van het aantal intersekse personen is vanwege diverse redenen complex, maar voornamelijk als gevolg van onzichtbaarheid en stigmatisering van de groep. Ook de gehanteerde definitie van intersekse en de gehanteerde methodologie hebben grote impact op de geschatte aantallen, waardoor er verschillende schattingen over het aantal intersekse personen in Nederland bestaan. Movisie, het kennisinstituut dat sociale vraagstukken onderzoekt, hanteert in hun handreiking *Lhbt-emanipatie '10 keer vraag en antwoord over intersekse'* een grootschalig Deense bevolkingsonderzoek van Frisch et al. (2019) als basis voor hun schatting van het aantal intersekse personen in Nederland. Uit dit onderzoek blijkt dat ongeveer 1 op de 90 personen (1.1%) intersekse kenmerken heeft. Als we dit percentage toepassen op de huidige Nederlandse bevolking in 2025, komt het neer op ongeveer 198.808 mensen. Deze schatting omvat ook mensen die niet weten dat ze intersekse zijn, of die nooit medische behandeling hebben ondergaan. Het Deense onderzoek richt zich op het concept van intersekse en niet op Differences/Disorders of Sex Development (DSD), wat een bredere definitie dan alleen medische diagnoses inhoudt.

In dit onderzoek maken we gebruik van de term "intersekse ervaringen" om de specifieke ervaringen aan te duiden van het geboren zijn in een lichaam dat niet past in het huidige maatschappelijke beeld van man of vrouw. Hierin volgen wij eerder onderzoek naar de seksuele en relationele ontwikkeling van jonge intersekse personen (Cense & Marinus, 2023), waarin zes soorten ervaringen uitgebreid besproken zijn. Dit zijn: ontdekking intersekse zijn/de diagnosestelling, geheimhoudings-advies en openheid, reacties sociale omgeving, medische onderzoeken en behandelingen, verminderde/onvruchtbaarheid, en stigmatisering en discriminatie. Veel van deze ervaringen leiden samen tot diepgewortelde schaamte, meer onzichtbaarheid en hebben een sterke impact op het zelfbeeld. Een bepalende factor hierbij is een vanzelfsprekende normativiteit op het gebied van seksualiteit, gender en sekse. Gezien de complexiteit en de verbanden tussen de diverse soorten ervaringen voert het hier te ver om ze verder te bespreken en verwijzen we naar het rapport van Cense & Marinus (2023).

2.2 Cijfers seksueel geweld bij intersekse personen

Volgens cijfers van het CBS (2024) heeft 3,1% van de vrouwen, 0,5% van de mannen en 12,1% van de non-binaire personen in Nederland in de afgelopen 12 maanden seksueel geweld meegemaakt (CBS, 2024). Er is een gebrek aan specifieke cijfers over het aantal intersekse personen in Nederland die slachtoffer of pleger zijn (geweest) van seksueel geweld. Het Europees Bureau voor de grondrechten (FRA) laat uit een onderzoek weten dat intersekse personen mogelijk een nog grotere kans hebben om slachtoffer te worden van seksueel geweld dan lhbt+-personen (FRA, 2024). Een groter aandeel intersekse personen (34%) is één of meerdere keren fysiek of seksueel aangevallen in de afgelopen vijf jaar in vergelijking met

onderzoek uit 2019 (23%) (FRA, 2024). Bestaande Nederlandse bevolkingsstudies, zoals de lhbt-monitor (Brammer et al, 2024), de Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld (CBS, 2024) nemen de prevalentie onder intersekse personen niet mee. De Veiligheidsmonitor van het CBS doet dit wel, maar gezien uitvraag naar intersekse is daar nog niet optimaal, waardoor de resultaten nog niet meegenomen worden (CBS, 2024).

Op 31 oktober 2022 hebben belangenorganisaties COC, Bi+ Nederland, NOA (Nederlandse Organisatie Aseksualiteit), Transgender Netwerk (toen TNN) en NNID een oproep gedaan om seksueel geweld tegen lhbtq+ personen aan te pakken (Oosenbrug et al, 2022). Deze oproep was naar aanleiding van de schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel Seksuele Misdrijven, dat op 3 november 2022 door de Tweede Kamer werd gestart. In de brief stellen de vijf belangenorganisaties dat er geen specifieke cijfers bekend zijn met betrekking tot intersekse personen, maar dat er dringend behoefte is aan specifiek onderzoek. Een recent onderzoek uit Vlaanderen naar geweldservaringen van lhbtq+ personen heeft intersekse personen wel geïnccludeerd. Dit onderzoek laat zien dat een aanzienlijk deel van de relatief kleine groep intersekse respondenten aangaf seksueel geweld te hebben meegemaakt in de twee jaar voor de studie, en iets meer dan de helft van deze groep had te maken gehad met meervoudig seksueel geweld (Burgwal et al., 2023).

2.3 Definities van seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen

Er bestaan verschillende vormen van seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen (SGSGE) zoals bekend uit de wetenschappelijke literatuur en op basis van de diversiteit aan ervaringen die mensen beschrijven. In dit onderzoek wordt SGSGE vanuit beide perspectieven beschreven. Dit is belangrijk voor het waarborgen van gevoeligheid, veiligheid, inclusiviteit en diepgang in dit onderzoek. Intersekse personen kunnen namelijk unieke en specifieke vormen van seksueel geweld meemaken die ook verband kunnen houden met hun intersekse ervaringen.

In dit onderzoek wordt seksueel geweld gedefinieerd als het dwingen tot seksuele handelingen of het meemaken van aftrekken/vingeren, orale, vaginale of anale penetratie tegen de wil (Bagwell-Gray et al, 2015). Daarnaast kijken we naar fysieke seksueel grensoverschrijdende gedragingen als zoenen en seksueel getinte aanrakingen tegen de wil. We maken ook een onderscheid in hands-on en hands-off seksuele handelingen tegen de wil. Bij 'hands-on' gedrag is er sprake van fysiek contact zonder toestemming, variërend van zoenen tot verkrachting. 'Hands-off' gedrag omvat niet-fysieke grensoverschrijding, zoals ongewild geconfronteerd worden met kwetsende opmerkingen, porno, schennis of seks via internet (Koole et al., 2025).

2.3.1 Seksueel misbruik

De definitie van seksueel misbruik zoals gegeven door Koole et al., (2025) benadrukt de ongelijkwaardigheid tussen de pleger en het slachtoffer, vooral wanneer er sprake is van seks tussen een volwassene en een kind, of bij misbruik van leeftijds- of machtsverschillen. Personen die te maken hebben met sociale uitsluiting of uit een gemarginaliseerde groep komen, kunnen ook (impliciete) machtsverschillen ervaren. Deze kwetsbaarheid kan leiden tot manipulatie en misbruik van het slachtoffer. Het stigma, onbegrip en discriminatie waarmee intersekse

personen worden geconfronteerd, kunnen hen ook kwetsbaar maken voor seksueel misbruik, naast minderheidsstress (zie paragraaf 2.4.2 die minderheidsstress uitlegt).

2.3.2 Online seksuele grensoverschrijdende ervaringen en seksueel geweld

Online seksueel geweld is bijvoorbeeld sexting zonder toestemming, online stalking, verspreiding van naaktfoto's zonder toestemming, enzovoort. Digitale technologieën spelen een steeds grotere rol in het leven van mensen; aandacht voor online seksueel geweld is dan ook belangrijk.

Over online seksueel geweld tegen intersekse personen is weinig bekend. Er zijn enkele kwantitatieve onderzoeken gedaan naar de ervaringen van intersekse personen met online seksueel geweld (Myers et al., 2017). Deze onderzoeken zijn echter niet gericht op de Nederlandse situatie of geven een beperkt beeld. Een rapport van Amnesty International neemt online geweld en misbruik in het algemeen wel mee, maar niet specifiek op online seksueel geweld. Uit dit rapport komt wel naar voren dat vrouwen van kleur, religieuze of etnische minderheden, lesbische, biseksuele, transgender of intersekse vrouwen, vrouwen met een handicap, of niet-binaire individuen die niet voldoen aan de traditionele gendernormen van mannelijkheid en vrouwelijkheid, vaak misbruik ervaren dat hen op een unieke of samengestelde manier treft (Amnesty International, 2018). Eerder kwalitatief onderzoek naar de seksuele en relationele ontwikkeling van jonge intersekse personen in Nederland liet zien dat deelnemers online geconfronteerd werden met stigma's en negatieve houdingen tegenover intersekse. Ook bij online daten (tinder) was dit een factor waarop geanticipeerd werd (Cense & Marinus, 2023). Hoewel dit rapport waardevolle inzichten biedt over online geweld, benadrukt het gebrek aan gericht onderzoek de noodzaak om meer aandacht te besteden aan in hoeverre en hoe intersekse personen online seksueel geweld ervaren.

2.3.3 Seks met consent

Een positieve seksuele interactie omvat wederzijdse instemming, vrijwilligheid en gelijkwaardigheid tussen de partners. Ze laten elkaar weten dat ze het seksuele contact willen, zonder enige vorm van dwang, manipulatie of machtsongelijkheid door leeftijd of positie (Koole et al., 2025). Dit begrip van consent is besproken tijdens de interviews om het spectrum van SGSGE te begrijpen.

2.3.4 Specifieke kenmerken van SGSGE bij intersekse personen

Waar onze gekozen definitie de meeste vormen van SGSGE gedrag omvat, is het belangrijk ook oog te hebben voor specifieke factoren bij intersekse personen. Denk hierbij aan onbegrip en stigmatisering, medische ingrepen en gebrek aan autonomie over het eigen lichaam. Daarnaast laat onderzoek van Significant Public en het Verwey-Jonker Instituut (2022) zien dat er, hoewel er minder informatie beschikbaar was over risicofactoren van huiselijk- en seksueel geweld tegen intersekse personen, deze personen eerder geïsoleerd kunnen raken en minder open durven zijn uit angst voor negatieve reacties uit de omgeving. Dit kan gevolgen hebben voor de gezondheid. Door de specifieke risico's te identificeren waarmee de groep intersekse personen geconfronteerd wordt, kunnen preventie- en hulpverleningsmaatregelen beter worden afgestemd op hun behoeften en kunnen er effectievere strategieën worden ontwikkeld om seksueel geweld te voorkomen en aan te pakken (Drost et al., 2022).

2.4 Risicofactoren seksueel geweld

Op basis van onderzoek onder de algemene populatie (Koole et al., 2025) en onderzoek van Cense & Marinus (2023) kunnen we de volgende risicofactoren onderscheiden:

- stigma en discriminatie vanwege hun intersekse zijn/ervaring(en)
- het gebrek aan bewustzijn en begrip van de samenleving
- minderheidsstress omdat ze behoren tot een minderheidsgroep die vaak gestigmatiseerd wordt
- sociale isolatie (Significant Public en Verwey Jonker)
- het gebrek aan toegang tot passende hulpverlening
- behoefte om online anderen te ontmoeten
- de medicalisering van intersekse personen waarbij intersekse personen niet-noodzakelijke medische operaties zonder toestemming ondergaan (NNID, 2020)

Elke ervaring is uniek en risicofactoren kunnen zich manifesteren op verschillende manieren en in verschillende mate bij verschillende personen. Vanwege het gebrek aan uitgebreid onderzoek op dit gebied, is het huidige onderzoek gericht op het identificeren en begrijpen van specifieke risicofactoren en beschermende factoren voor seksueel geweld bij intersekse personen en hun ervaringen hiermee. In dit onderzoek worden twee risicofactoren specifiek meegenomen, die op basis van ander onderzoek de vraag oproepen hoe zich dat manifesteert bij het ontstaan van SGSGE:

- De medicalisering en ervaringen in de medische context van intersekse personen (Rutgers/NNID, 2023)
- Rigide genderstereotypes die kunnen resulteren in (gender) minderheidsstress (Burgwal et al., 2023; Naezer et al., 2025)

Hieronder worden deze risicofactoren toegelicht.

2.4.1 Medicalisering van het lichaam

De term medicalisering is voor het eerst verschenen in de sociologische literatuur. Het gaat om het proces waarbij niet-medische problemen worden gedefinieerd en behandeld als een medisch probleem, waar dan ook medische behandelingen voor nodig zijn (Conrad & Bergey, 2015). Dit werkt door op hoe er vanuit de maatschappij naar je wordt gekeken. De maatschappij dwingt af wat normaal wordt gevonden in hoe je je gedraagt en hoe je er lichamelijk uitziet, en dus ook wat gemedicaliseerd 'moet' worden. Dat kan politieke keuzes of visies beïnvloeden, en leiden tot beleid dat (on)bedoeld bepaalde groepen kan stigmatiseren of zelfs onderdrukken (Conrad & Bergey, 2015). Als een lichamelijke conditie gemedicaliseerd is, heeft dit gevolgen voor de persoon in hoe je je leven kan en mag leven, en welke termen diegene over zichzelf leert te denken.

Als gevolg van maatschappelijke normativiteit, worden intersekse personen door artsen "genormaliseerd" door middel van chirurgische ingrepen, hormoonbehandelingen en/of psychologische begeleiding (Nivel, 2022). Intersekse personen worden in deze context aangeduid met de medische term 'Disorders/Differences of Sex Development' (DSD) (stoornissen/verschillen in seksuele ontwikkeling). In 2005 werd deze term tijdens een internationale conferentie van zorgprofessionals voorgesteld als overkoepelende term voor aangeboren aandoeningen waarbij de ontwikkeling van geslachtskenmerken atypisch is (Houk & Lee, 2008). Tegenwoordig wordt door artsen in patiëntencontact vaak de neutralere term

'Differences of Sex Development' gebruikt, terwijl in de literatuur wordt vastgehouden aan "disorders". Deze medische terminologie beïnvloedt sterk hoe er naar het intersekse lichaam gekeken wordt. Hoewel er geen duidelijk beeld bestaat van de frequentie van niet-medisch noodzakelijke ingrepen bij jonge kinderen (met DSD) in Nederland, laten cijfers van Nivel (2023) zien dat genitale operaties bij kinderen onder de 12 jaar tot in de duizenden loopt in de afgelopen 7 jaar (waarvan een groot deel niet noodzakelijk). Dit onderzoek beslaat echter maar een klein deel van de totaal aantal onnodige behandelingen waar deze groep mee te maken krijgt. Onder non-consensuele niet-noodzakelijke medische behandelingen (nnmb's) worden namelijk ook onnodige onderzoeken, hormoonbehandelingen, psychologische begeleiding of anders verstaan. Deze behandelingen kunnen gepaard gaan met veel geheimhouding of geheimhoudingsadviezen, waardoor sommige intersekse personen niet op de hoogte zijn van welke fysieke verandering ze hebben doorgemaakt, wat kan leiden tot onbegrepen lichamelijke of geestelijke klachten gedurende hun hele leven. Intersekse personen hebben vaak geen zeggenschap gehad over de behandelingen die ze hebben ondergaan. Het onnodig ingrijpen bij jonge kinderen, waarbij ze zelf niet kunnen meebeslissen, wordt door Stichting NNID, evenals door de Verenigde Naties (VN), de Raad van Europa en de Europese Commissie, veroordeeld als een schending van de fysieke integriteit en autonomie van het kind.

Onderzoek van NNID en Rutgers (Cense en Marinus, 2023) laat duidelijk langetermijneffecten zien op het gebied van mentale gezondheid, seksuele en relationele ontwikkeling van intersekse jongeren. Een centrale bevinding is dat de benadering van intersekse personen vaak sterk (onnodig) gemedicaliseerd is en gestoeld op heteronormatieve aannames, zowel in ziekenhuizen als daarbuiten. De behandelingen waar jonge intersekse kinderen vaak al op jonge leeftijd aan worden onderworpen – zoals operaties, hormoontherapie of vaginadilatatie – zijn vaak gericht op het creëren van fysieke mogelijkheden voor penetratieve, heteroseksuele seks, waarbij impliciet wordt aangenomen dat dit het gewenste of enige 'normale' seksuele script is. Heteronormativiteit speelt zodoende een cruciale rol in de medicalisering: het idee dat seks synoniem is met penis-in-vagina-penetratie beïnvloedt zowel medische beslissingen als de perceptie van het eigen lichaam door intersekse personen. Hierbij speelt zowel het rigide man-vrouw denken in plaats van seks als een spectrum, als het beeld van hoe een mannen- en vrouwenlichaam eruit zou moeten zien en wat deze zou moeten kunnen (vruchtbaarheid) een centrale rol. Dit leidt tot diepgewortelde gevoelens van schaamte, afwijkend zijn en een negatief lichaamsbeeld.

Geheimhouding – gestimuleerd door ouders of artsen – draagt verder bij aan isolatie en belemmert openheid over seksuele identiteit en beleving. De impact van deze processen is diepgaand en langdurig: deelnemers aan het onderzoek rapporteerden mentale problemen, moeilijkheden met intimiteit en seksueel genot, en worstelingen met zelfbeschikking en grenzen. Zo kan het voor intersekse personen moeilijk zijn om hun eigen behoeften en grenzen te begrijpen en assertief te communiceren, wat hen kwetsbaarder maakt voor grensoverschrijdende ervaringen. Ten slotte, invasieve medische behandelingen en onderzoeken kunnen ook ervaren worden als seksueel geweld.

2.4.2 Minderheidsstress (minority stress) en gender-/seksstereotypen

Europees onderzoek van de Fundamental Rights Agency (FRA) uit 2024 heeft aangetoond dat 56% van de intersekse personen in Europa zich gediscrimineerd voelt op basis van hun geslachtskenmerken in de twaalf maanden voor het onderzoek (FRA, 2024). Het Sexual Minority Stress framework (Meyer, 2003) legt uit dat seksuele minderheden problemen kunnen

krijgen met hun mentale gezondheid en met middelengebruik als gevolg van discriminatie en geweld. Minderheidsstress verwijst naar de stress die voortkomt uit het behoren tot een minderheidsgroep, waarbij zowel interne als externe stressoren een rol spelen (Meyer, 2003 in Hellemans et al., 2012). Het is een unieke vorm van stress die bovenop algemene stressoren komt die iedereen ervaart en het vergt een grotere aanpassingsinspanning dan bij vergelijkbare individuen die niet gestigmatiseerd zijn. De minderheidsstressoren zijn gerelateerd aan het behoren tot een minderheid, zoals het ervaren van afwijzing en discriminatie, maar ook het verbergen van de eigen seksualiteit of sekse, het internaliseren van negatieve opvattingen, gevoelens over hun eigen sekse of seksualiteit en het angstig anticiperen op afwijzing spelen hierin een rol. Mensen uit minderheidsgroepen kunnen daardoor een hogere dagelijkse stress ervaren in vergelijking tot meerderheidsgroepen (Frost et al, 2015). Voor interseks personen komt de stigmatisering ook tot uiting door de geheimhouding rondom medische behandelingen (Hart & Shakespeare-Finch, 2020).

In het onderzoek naar de ervaringen van interseks personen met stigma en discriminatie maken Lisdonk en Callens (2017) gebruik van het model van Meyer. Dit model wordt doorgaans gebruikt om de ervaring van minderheidsstress bij homoseksuele, biseksuele en lesbische mensen te begrijpen. Het stigma-concept omvat drie vormen:

- Ervaren stigma: blootgesteld zijn aan stigmatiserende acties van anderen.
- Geanticipeerd stigma: verwachten dat stigma zal optreden in bepaalde situaties, wat kan leiden tot het vermijden van die situaties.
- Geïnternaliseerd of zelf-stigma: het toepassen van negatieve vooroordelen van anderen op zichzelf en zich daardoor als minderwaardig beschouwen.

Dit model is doorontwikkeld in een Gender Minority Stress Framework door Testa et al. (2015) die de minderheidsstress en weerbaarheidsfactoren kan meten in transgender en interseks personen. Stress van de behandelingen en gevolgen daarvan spelen een rol. Voorbeelden die bij dit laatste worden genoemd zijn chirurgische behandelingen die niet met consent zijn uitgevoerd, stigmatiserende psychologische zorg, (Van de Grift et al., 2024). Ook traumatisch zijn onvrijwillige fysieke controles, extra personen in de klinische setting die observeren, vijandige interacties of het wegwuiven van onderwerpen als onbelangrijk door zorgverleners of specialisten (Van de Grift et al., 2024). Alle ervaringen in die medische setting met daarbij ook de consequenties worden door Van de Grift et al. (2024) 'medische stress' genoemd.

Het is belangrijk op te merken dat deze stigma-ervaringen mede worden bepaald door sociale en institutionele factoren die de maatschappelijke perceptie van interseks personen beïnvloeden. (Earnshaw, Quinn, Kalichman, & Park, 2013; Meyer-Bahlburg et al., 2017 in Van Lisdonk et al., 2017). Vooral het anders zijn in de ogen van anderen kan ervoor zorgen dat het stigma wordt versterkt. De impact van dit stigma verschilt per persoon, afhankelijk van hoe zichtbaar dit is in het fysieke uiterlijk of gedrag, of juist dat het minder zichtbaar tot onzichtbaar kan zijn voor anderen, bijvoorbeeld bij vruchtbaarheidsproblemen (Van Lisdonk et al., 2017).

Interseks personen kunnen mede door de geschiedenis van medicalisering van hun lichaam een ongezonde relatie hebben met hun lichaam en seksualiteit (Cense & Marinus, 2023). Ze ondervinden verschillende obstakels in hun seksuele ontwikkeling en in het daten, voornamelijk gerelateerd aan hun lichaams- en zelfbeeld en gevoelens van anders-zijn. Ze kunnen daarnaast angst hebben om niet aan de norm te voldoen, en worden aangemoedigd om hun interseks status geheim te houden. Ook deze factoren maken hen terughoudend als het gaat om

daten en seksuele relaties. Sociale en institutionele factoren die van invloed kunnen zijn op minderheidsstress bij intersekse personen zijn o.a. rigide normen over sekse en gender. Sekse- en gendernormen, die bepaalde verwachtingen en opvattingen over 'mannelijke' en 'vrouwelijke' lichamen voorschrijven, zijn nog steeds sterk aanwezig onder Nederlandse jongeren (Thijs et al., 2022). Deze normen kunnen ook effect hebben op intersekse personen, omdat ze zich niet kunnen conformeren aan de voorgeschreven stereotypen vanwege hun intersekse zijn. Gender en seksenormen kunnen leiden tot weerstand en geweld op verschillende vlakken, zoals in relaties, gemeenschappen en de samenleving (Act4Respect, 2019; Flood, 2019; Kaufman & Baams, 2021; Van Lisdonk, 2018; Van Beusekom et al., 2016). De invloed van genderstereotypen zorgt ervoor dat bijvoorbeeld de minderheidsgroep lhbt+-personen gestigmatiseerd worden en mogelijk deze minderheidsstress ervaren (Meyer, 2003). Binnen dit onderzoek naar SGSGE bij intersekse personen wordt niet specifiek onderzocht of minderheidsstress aanwezig is, maar er wordt wel gekeken in hoeverre de maatschappelijke perceptie op sekse- en gendernormen een rol speelt in de ervaringen van intersekse personen bij SGSGE.

Stigma en stereotypen vormen niet alleen een probleem bij het voorkomen van seksueel geweld, maar ook bij het bieden van hulp en de nazorg aan intersekse personen. Hoewel hier nog weinig over bekend is, laat onderzoek zien dat lhbt+-personen die slachtoffer zijn geworden van seksueel- of (ex)partnergeweld, terughoudend kunnen zijn om hulp te zoeken omdat ze negatieve ervaringen hebben gehad, en/of verwachten dat hulpverleners hen zullen discrimineren (Koole et al., 2024). Er is aangetoond dat lhbt+ personen daadwerkelijk gediscrimineerd kunnen worden of niet op de juiste manier geholpen worden door hulpverleners, deels omdat deze hulpverleners vaak niet goed zijn getraind in deze specifieke problematiek (Drost et al., 2022). Hierdoor kunnen ze tijdens het zoeken naar hulp zelfs andere vormen van geweld ervaren. Aangezien de lhbt+ gemeenschap een verhoogd risico loopt om slachtoffer te worden van seksueel geweld, is het van belang om specifieke aandacht en expertise te hebben om effectieve hulpverlening en preventiebehandelingen te bieden.

2.5 Steun en vertrouwen

Beschermende factoren geven inzicht in hoe risicofactoren kunnen worden verminderd of de veerkracht van intersekse personen kunnen versterken. Daarmee kunnen effectievere strategieën en interventies worden ontwikkeld om de preventie van seksueel geweld te verbeteren en om intersekse personen te ondersteunen. Naast sociale steun en de toegang tot voorlichting en educatie rondom seksualiteit, consent, relaties en seksueel geweld, kunnen de factoren hieronder een beschermende rol spelen:

- Het bevorderen van empowerment en zelfvertrouwen door bijvoorbeeld te helpen om assertief op te treden en grenzen te stellen in relaties en ontmoetingen (Matheson et al., 2025).
- Het deconstrueren en doorbreken van rigide normativiteit omtrent sekse en gender om seksegelijkheid te bevorderen en de kwetsbaarheid voor geweld te verminderen (NNID, 2020)
- Toegankelijke en sensitieve hulpverlening om veerkracht vergroten, de impact van het trauma te verminderen, maar ook eerdere trauma's van medische behandelingen te verwerken (Scheer & Poteat, 2021; Lenz & Derntl, 2025).

Door deze beschermende factoren te begrijpen en in het onderzoek op te nemen, kan er een holistisch beeld worden verkregen van de uitdagingen en behoeften van intersekse personen met betrekking tot seksueel geweld.

3. Methoden

Er is gekozen voor een kwalitatief, verkennend onderzoek. Dit lag voor de hand, gezien de aard van het onderzoek, namelijk inzicht krijgen in de kenmerken van seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdend gedrag bij intersekse personen, en de sociale, culturele en medische context. Dit onderzoek is beperkt in omvang. Verkregen inzichten kunnen de basis zijn voor verder onderzoek. In dit hoofdstuk wordt het kwalitatieve onderzoeksdesign toegelicht, hoe de werving is uitgevoerd en de overwegingen vanuit ethisch oogpunt.

3.1 Onderzoeksdesign

Kwalitatieve methoden bieden de flexibiliteit om complexe, vaak onbenoembare ervaringen te verkennen, die met kwantitatieve benaderingen moeilijker toegankelijk zouden zijn. Er is op een genuanceerde manier context geboden aan de ervaringen van de slachtoffer en plegers van seksueel geweld (Hellemans et al., 2012), door zowel interviews af te nemen als de optie te geven om een opgeschreven verhaal in te sturen. De onderzoeker van Atria en de onderzoeker van NNID hebben beiden interviews afgenomen en in de analyse elkaars interviews gecodeerd.

3.1.1 Interviews

Er zijn in totaal vijf semigestructureerde diepte-interviews afgenomen door een onderzoeker van Atria en een onderzoeker van NNID. De respondenten konden zelf aangeven of zij een voorkeur hadden door wie ze zouden worden geïnterviewd. In groepsgesprekken kunnen de individuele ervaringen niet allemaal aan bod komen (Bryman, 2008 in Schuyf & Felten, 2010) en daarnaast bieden één op één gesprekken meer veiligheid voor respondenten om hun verhaal te delen.

Er is een topiclijst ontwikkeld met verschillende thema's in lijn met de deelvragen. De verschillende vormen van seksueel geweld komen hierin aan bod; (non)verbaal-, fysiek- en online seksueel geweld, controlerend gedrag en seksueel grensoverschrijdende ervaringen. De definities van SGSGE en consent die we in dit onderzoek hanteren zijn voorgelegd tijdens het interview. Tijdens het interview zijn de ervaringen en verschillende vormen van geweld en risicofactoren specifiek uitgevraagd. Het interviewproces blijft in deze methode flexibel, omdat aan de hand van de vooraf geselecteerde onderwerpen de respondenten hun verschillende ervaringen en meningen kunnen delen en deze gedachtenlijn ook gevolgd kan worden (Bryman, 2012). De interviews duurden gemiddeld twee uur: met één interview van anderhalf uur, één interview van tweeënhalf uur en drie van twee uur.

3.1.2 Opgeschreven verhaal

Om de doelgroep de kans te bieden om hun verhaal schriftelijk te delen, is tevens de optie aangeboden om hun ervaringen in een opgeschreven verhaal in te sturen. Dit hebben in totaal vier respondenten gedaan. Er zijn diverse onderzoeken die deze methode hebben toegepast, zoals de 'correspondence method' (Harris, 2002), 'email interviewing' (Cook, 2012), of 'letter writing' (Hinsliff-Smith et al, 2022). Er wordt soms voor deze methoden gekozen omdat seksueel geweld een ingrijpend onderwerp is. Schrijven kan minder intimiderend voelen en maakt het makkelijker om mee te doen. Het biedt nog meer anonimiteit, reflectie op wat er is gebeurd en ruimte om iets te delen voor respondenten die dat normaal niet zouden doen of het moeilijk vinden om daar (face-to-face) over te praten (Cook, 2012; Hinsliff-Smith et al., 2022).

Er zijn specifieke vragen verstuurd naar de respondenten als onderdeel van de informatie die ze toegestuurd kregen. Daarnaast is ook de optie aangeboden om extra informatie of toelichting op het verhaal na te sturen als dat van toepassing was. Ze mochten het per mail sturen en uittypen in een Word bestand, het mocht ook geschreven en/of per post verstuurd worden.

Er zijn naast achtergrondvragen, zoals leeftijd, gender, vorm van intersekse en woonplaats, de volgende vragen gesteld:

- Kun je een voorbeeld geven wanneer je je grens niet hebt aangegeven tijdens seksueel contact? Hoe heb je het ervaren dat iemand over je grens is gegaan?
- Kun je beschrijven op welke manier en in welke plek je seksueel geweld of seksueel grensoverschrijdende ervaringen hebt meegemaakt?
- Kun je beschrijven hoe je de medische zorg en/of -behandelingen hebt ervaren?
- Heeft dit [medische zorg/behandelingen] impact gehad op hoe jij fysiek contact - of (liefdes)relaties in het algemeen - ervaart? En zo ja, op welke manier?
- Waar merk je dat aan?
- Kun je beschrijven welke positieve ervaringen je hebt gehad bij het aangeven van grenzen?

Alle ingestuurde verhalen zijn in een Word bestand verstuurd per mail. De verhalen waren in lengte variërend tussen de 1 tot 4 pagina's.

3.2 Doelgroep en werving

Voor het verkennende onderzoek is qua doelgroep en wervingsstrategie ingezet op diversiteit van achtergrondkenmerken.

Werving

Voor de werving is gekozen om meerdere teksten te schrijven met terminologie aansluitend bij de diverse subgroepen binnen intersekse. NNID heeft input geleverd voor de websites van NNID en Act4Respect, LinkedIn en andere sociale media (met beeld). Netwerken van de onderzoekers en patiëntenverenigingen zijn apart benaderd. Op deze manier werd een *snowball methode* ingezet, waarbij het netwerk van de onderzoekers, experts en personen uit de onderzoeksdoelgroep gevraagd werd om het onderzoek te verspreiden om zo meer respondenten te vinden die geïnteresseerd zijn (Bryman, 2012). De werving nam ongeveer vier maanden in beslag. Naast aanmeldingen ontvingen we soms een reactie met een twijfel of hun ervaring voldoende zou zijn voor het onderzoek.

De inclusiecriteria van respondenten waren de volgende:

- Intersekse/ een vorm van seksediversiteit
- Vanaf 18 jaar
- Spreekt Nederlands of Engels
- Spreiding in o.a. afkomst, gender en woonplaats binnen het Nederlandse taalgebied

Er is gekozen voor een diverse leeftijdsgroep vanaf 18 jaar. Dit is met name van belang vanwege de gemiddeld latere seksuele ontwikkeling van intersekse personen (Cense & Marinus, 2023), en gezien de tijd die het kost om te kunnen reflecteren en praten over geweldservaringen. Aangezien er ruimte was om maximaal vijf diepte-interviews af te nemen en verder verhalen konden worden ingestuurd, was de mate van diversiteit wel beperkt.

De onderzoeksgroep

De negen deelnemers wonen verspreid over het Nederlandstalige gebied (Nederland en België), met leeftijden tussen de 36 en 75 jaar. Ze zijn allen geboren met een lichaam dat niet voldoet aan de sociale constructie van man en vrouw. De desbetreffende diagnoses waren MRKH, Klinefelter, AOS en Hypospadie, of een variatie in het GNRHR gen en een ovotestis. De deelnemers identificeren zich als vrouw, man, atypisch mannelijk, hybride, non-binair, als zichzelf, of als cis-intersekse. Twee personen zijn vrijgezel of alleenwonend, drie deelnemers wonen samen, twee zijn getrouwd, en van één deelnemer is dit onduidelijk.

3.3 Ethische overwegingen

Gedurende het gehele onderzoeksproces is bijzondere aandacht besteed aan ethische overwegingen rondom zorgzaamheid, anonimiteit en veiligheid. De input van NNID, expertisecentrum seksediversiteit, heeft hierin een cruciale rol gespeeld. NNID heeft de wervingsstrategie vormgegeven en nauwgezet toezicht gehouden op de uitvoering van het onderzoek, inclusief oog voor taalgebruik en de juiste toon. In de uitvoering van het onderzoek zelf bood de deelname van NNID het intersekseperspectief en de voordelen van een insiderspositie. Dit in aanvulling op de outsiderspositie van onderzoekers uit de alliantie Act4Respect (Berger, 2013).

Bij de uitvoering van de diepte-interviews is rekening gehouden met de emotionele belasting die het onderwerp met zich kan meebrengen. Respondenten werden vooraf uitgebreid geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de vrijwilligheid van deelname, en er werd ruimte geboden voor het stellen van vragen of het beëindigen van deelname op elk moment, zonder negatieve gevolgen. Alle respondenten hebben een informed consentformulier ondertekend. Deze waren voor de diepte-interviews en de geschreven ervaringen verschillend. Respondenten konden zelf kiezen in welke vorm ze wilden deelnemen aan het onderzoek. Vooraf aan het interview is nogmaals toestemming gevraagd voor een audio-opname van het gesprek, die vervolgens is getranscribeerd. De getranscribeerde interviews en ingezonden teksten blijven in een veilige online omgeving bij Atria en NNID.

Er is aangeboden dat respondenten na het interview een gesprek met een psycholoog vergoed konden krijgen. Hier hebben twee respondenten gebruik van gemaakt. Daarnaast ontvingen respondenten een tegoedbon voor het meedoen aan een diepte-interview (30 euro) en voor het insturen van een verhaal (15 euro). Voor het insturen van het verhaal zijn instructies gegeven, waarbij in de vraagstelling en de keuze in de vragen rekening is gehouden met de impact die het opschrijven van deze ervaringen kon hebben. De zorgvuldige aanpak waarborgt de integriteit van de onderzoeksresultaten en het welzijn van de deelnemers.

3.4 Het gebruik van terminologie door deelnemers

In dit onderzoek waren definities van SGSGE zoals beschreven in Hoofdstuk 1 het uitgangspunt. Gaandeweg het onderzoek rezen echter vragen over hoe deze definities zich verhielden tot de ervaringen van de respondenten. Enerzijds had dit te maken met de fysieke plek of context waar het SGSGE zich afspeelde, in het bijzonder in het ziekenhuis. In deze context kan de scheidslijn tussen behandelingen en grensoverschrijdend dun zijn. Behandelingen kunnen vervelend zijn, in het bijzonder als deze zich concentreren op de genitaliën, en kunnen ook daadwerkelijk grenzen overschrijden. Omdat dit onderzoek kijkt naar de ervaringen van intersekse personen, is ervoor

gekozen om hierin hun beleving leidend te laten zijn. De ervaringen die in dat kader genoemd worden, werden door de deelnemers zelf als SGSGE beschreven of benoemd.

Anderzijds bleek voor de deelnemers het onderscheid tussen anti-intersekse geweld (zoals anti-lhbtq+ geweld) en seksueel geweld soms lastig te maken. Hier komt de vraag op: valt nageroepen worden op straat wegens intersekse zijn niet onder SGSGE, terwijl iemand die wordt nageroepen omdat diegene een trans persoon is, wel? En als beiden hieronder vallen hoe zit het dan met andere geweldservaringen die niet seksueel zijn maar wel over sekse gaan (bijvoorbeeld psychisch geweld omdat iemand intersekse is)? De complexiteit hiervan mag niet genegeerd worden, juist omdat de 'i' vaak wel wordt meegenomen in lhbtq+. In dit rapport ligt de focus op SGSGE, maar om dit bij deze doelgroep te begrijpen is het belangrijk om ook andere geweldservaring te bespreken. Immers deze andere geweldservaringen hadden impact op de ervaring van SGSGE. Dit stapeleffect wordt besproken in thema 2.

Intersekse

De deelnemers gebruiken verschillende termen om zichzelf te beschrijven, onder andere hun diagnose, intersekse en seksediversiteit. In dit rapport gebruiken we de term intersekse. Dit wordt in dit rapport nadrukkelijk niet gebruikt als identiteit, maar als beschrijvende term waarmee verwezen wordt naar de doorleefde ervaringen van het geboren zijn met een lichaam dat niet past in het beeld van man en vrouw zoals de maatschappij dat hanteert. Het belang van het kunnen kiezen van terminologie die het beste bij de eigen ervaringen en overtuiging past, verschillend per persoon, en het gebruik van de juiste woorden in de juiste context, wordt in de volgende quote onderstreept.

*"[I]k gebruik eigenlijk altijd intersekse. Hermafrodit heb ik niet zo'n moeite mee. DSD heb ik geen moeite mee in medische settingen en daarbij heb ik zoiets van blijf vooral je terminologie gebruiken, blijf me maar een disorder noemen. (...) Nee, jullie hebben die k*ttterm gekozen. Nu mogen jullie die blijven gebruiken, je gaat niet intersekse terug eisen. Dat is een beetje hoe ik daarin sta, maar voor mij ik ben intersekse."*

3.5 Analyse

Er is een thematische content-analyse toegepast met behulp van het programma MAXQDA 24 (Release 24.3.0). Aan de start van de analyse hebben de twee onderzoekers deductief een thematische lijst ontwikkeld op basis van de opbouw van de interviews. Deze is vervolgens in MAXQDA opgenomen. De transcripten van de interviews en in de ingestuurde verhalen zijn met open coding inductief gecodeerd en indien passend binnen de bestaande thema's geplaatst. De onderzoekers hebben de interviews die de ander heeft afgenomen gecodeerd en de ingestuurde verhalen verdeeld. Doordat er dicht op de tekst is gecodeerd, komt de gelaagdheid van de ervaringen naar voren.

Hoewel de focus van het onderzoek is gericht op seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen, zijn in een eerste fase alle geweldsvormen gecodeerd met een open blik naar de data. Vervolgens is er gezamenlijk gekeken welke geweldservaringen seksueel van aard zijn. In meerdere tussentijdse discussies hebben de twee onderzoekers gekeken in hoeverre codes (totaal 1238 codes) konden worden geclusterd en of de bevindingen vergelijkbaar waren. De ontstane (sub)thema's vormen de basis voor de verdere uitwerking van de resultaten. In de analyse is er niet specifiek gekeken naar verschillende intersecties in

relatie tot het meemaken van SGSGE, zoals leeftijd en seksuele oriëntatie, omdat het een kleine onderzoekspopulatie betreft met veel variatie. Het doel van het onderzoek is om vanuit de diversiteit in achtergronden de ervaringen met SGSGE te begrijpen.

In de laatste fase van de afronding van het rapport hebben alle deelnemers de eerste vier hoofdstukken ontvangen om, waar nodig, input te geven op de duiding van de resultaten en/of aan te geven of er iets beschreven stond dat niet aansluit op hun ervaring(en).

4. Resultaten

Op basis van de interviews en ingestuurde verhalen zijn vier hoofdthema's uit de analyse gekomen. Dit zijn: 'vormen en contexten van seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen (SGSGE)', 'het stapeleffect', 'maatschappelijke normen en machtsdynamieken', en 'persoonlijke gevolgen en de noodzaak van brede verandering'. Deze worden in de volgende paragrafen beschreven.

4.1 Thema 1: Vormen en contexten van seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen

In dit thema worden de ervaringen van de deelnemers besproken die vallen binnen de definities die zijn gesteld van seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen (SGSGE). Dit kan ook verwijzen naar situaties die onbewust kunnen gebeuren of zijn gebeurd, waarbij deze pas op een later moment begrepen worden en als seksueel grensoverschrijdend benoemd. De context waarbinnen deze ervaringen voorkomen heeft hier invloed op en kan de ervaring sturen, bepalen of invullen. Dit geldt ook voor de relatie die de deelnemer met de ander heeft.

Deelnemers beschrijven veel verschillende soorten SGSGE die zij hebben meegemaakt als slachtoffer, namelijk fysiek, (non) verbaal, online, psychisch geweld en controlerend gedrag. Het kan een op zichzelf staande ervaring zijn, of er kan sprake zijn van langdurig geweld, waarbij het geweld zich over een langere periode voordeed. Een enkele respondent heeft ervaringen als pleger van SGSGE beschreven. De deelnemers beschrijven geweldservaringen op zeer diverse leeftijden, vanaf de vroege kindertijd tot op een leeftijd van 74 jaar. De vormen van geweld die een langere tijd speelden en op elkaar inspelen worden in paragraaf 4.3 bij het thema 'het stapeleffect' besproken. Hoewel de ervaringen in de volgende paragrafen los van elkaar besproken worden, is het opvallend hoe diverse vormen van geweld en andere intersekse gerelateerde ervaringen op elkaar inspelen.

De ervaringen worden eerst beschreven vanuit het slachtofferperspectief. Aan het einde van dit eerste thema worden een aantal ervaringen beschreven vanuit het plegerperspectief van de deelnemers.

4.1.1 Fysiek SGSGE

Het ervaren van fysiek geweld varieert bij de deelnemers van ongewenste aanraking, het gedwongen moeten aanraken van andermans geslachtsdeel, tot verkrachting. Een aanzienlijk deel van deze ervaringen vond plaats in de context van het ziekenhuis.

Ongewenste aanraking

Bij ongewenste aanraking gaat het meestal over het ongewenst aangeraakt worden, bijvoorbeeld bij de billen of geslachtsdelen. Zeven deelnemers gaven aan ongewenst betast te zijn. Het vond binnen verschillende contexten en op verschillende leeftijden plaats. Het gebeurde door zowel mannen als door vrouwen, en overkwam zowel mannen, vrouwen als non-binaire deelnemers. Veel ervaringen vonden plaats tijdens het uitgaan. Een aantal deelnemers benoemt meerdere ervaringen:

"Ik ben ook wel eens in een, wat zal het zijn geweest, ik was begin 30 toen ik in een queer bar was geweest en een van de twee jongens die achter me stonden heeft me in mijn billen geknepen. Maar ik draaide me om en er staan er twee te lachen dus ik wist niet welk ik dan erop aan moest spreken."

"Oh ja ik ben ook nog een keertje toen stapte ik gewoon langs iemand in de rookruimte en die legde zijn handen op mijn zij en ging daar gelijk meteen mee omhoog en dat kwam dus op mijn borsten. Ik heb zijn handen gepakt ik heb ze teruggedrukt en ik ben weggelopen. En achter mij stond iemand die was daar vrijwilliger, die heeft meteen het gesprek aangegaan met 'dit doen we hier niet jij gaat er nu uit.'"

Sommige deelnemers geven aan dit herhaaldelijk meegemaakt te hebben, en een deelnemers zelfs zo vaak dat diegene twijfelt of ze alles moet vertellen.

"Ik twijfel of ik alle kleine, kortdurende seksueel grensoverschrijdende ervaringen moet beschrijven, zoals regelmatig aanranding/gezwaffel bij het uitgaan, op festivals en in het openbaar vervoer en seksueel ongepaste opmerkingen."

Deze deelnemer gaf aan naast zelf ongewenst betast te zijn ook gedwongen te zijn andermans geslachtsdelen aan te raken.

In de uitgaanscontext ervaren deelnemers de ongewenste betasting vaak, maar niet altijd, als bedreigend. Het niet als bedreigend ervaren kon te maken hebben met de gender van de persoon, zoals wanneer de pleger een vrouw is. Ook wanneer iemand teveel gedronken heeft, werd dat als minder bedreigend gezien. Andersom ervaart een mannelijke deelnemer (hetero) aanrakingen van een man die hij zou verwachten van een vrouw juist als grensoverschrijdend en als bedreigender dan wanneer een vrouw dit zou doen. Een fysiek opdringerige vrouw, zo vertelt hij, is ook makkelijker af te wijzen.

Hoewel intersekse zijn vaak niet als een directe aanleiding werd benoemd voor het meemaken van SGSGE bij het uitgaan, werd een deelnemer betast na een gesprek over wat intersekse-zijn inhield.

"De [...] situatie van aanranding was tijdens het stappen. Toen kwam een vent naar mij toe en wilde me versieren en ik zei gewoon: ik ben niet geïnteresseerd. Ik val ook op vrouwen, zoals jij, denk ik. Ik ben intersekse. En toen ging hij vragen: wat is dat dan? Toen ging ik het even heel kort uitleggen. Ik dacht: dat heeft geen nut hier. Ik wil gewoon weg. En toen ging hij me gewoon... Mijn borsten aanraken. En mijn genitaliën wilde hij aanraken."

Bij een andere deelnemer stopte het geweld juist nadat intersekse was benoemd:

"Eén keer dat ik zelf half in elkaar geschopt werd, met mijn hoofd op een betonblok werd geslagen. Toen ging hij me overal aanraken en vasthouden en toen zei ik op een gegeven moment: hé, ik val op vrouwen. Ik ben intersekse. En toen liet hij me los. En toen dacht ik op een gegeven moment: nu slaat hij me helemaal verrot of vermoordt me. Zo ver ging het. Maar hij is gelukkig toen weggelopen. Daar heb ik ook aangifte van gedaan en de politie kon verder niks doen. Hij stond niet op camerabeelden, of zo. Dat was heel naar."

Ongewenste penetratie

Enkele deelnemers hebben ongewenste penetratie van hun geslachtsdeel meegemaakt. Deze vorm van seksueel geweld is op verschillende manieren benoemd (penetratie, aanranding, verkrachting), maar hadden allemaal grote impact.

Slechts in één ervaring stond het geweld los van het intersekse zijn. Dit is een kort benoemde verkrachting. Alle andere ervaringen waren wel verbonden aan intersekse-zijn, en gebeurden vooral in het ziekenhuis. Deze worden besproken in paragraaf 4.2.3 Psychisch geweld.

Verder werden drie deelnemers op verschillende manieren gedwongen tot (het doorgaan met) seks door hun partner in de context van een relatie. Twee deelnemers wilden stoppen met seks vanwege intersekse gerelateerde klachten (pijn), maar deze wens werd op sommige momenten genegeerd. Zo vertelt een deelnemer dat opwinding bij hem altijd voor pijnklachten zorgt en dat ejaculeren ook pijnlijk is, en een andere deelnemer schrijft: *"Mannen die niet wilden stoppen als seks bij mij pijn deed doordat ik een zelf gecreëerde vagina heb, waardoor ik heel veel pijn had."*

4.1.2. (Non) verbaal en online geweld

Deelnemers hebben ervaringen gedeeld van verbaal en non-verbaal geweld in de fysieke ruimte. Verbale SGSGE betroffen seksuele toespelingen in de publieke ruimte of bij het uitgaan, die ook meermaals voor konden komen.

Vragen of opmerkingen van iemand die wist dat een deelnemer intersekse is zijn als grensoverschrijdend ervaren als de vraag om die reden werd gesteld: *"ze weten daar wel dat ik onder intersekse val. Dus ze vroegen of ik op mannen of vrouwen viel."*

Een ander voorbeeld van verbaal grensoverschrijdend gedrag is hoe een deelnemer werd aangesproken op het uiterlijk, wat ze in eerste instantie positief opvatte, maar vervolgens bleken er andere bedoelingen achter te zitten.

"Ik ben wel ooit buiten aangesproken en gevraagd of ik toch wel even mee wilden gaan want ik was een lekker ding. In eerste instantie kon ik dat nog enigszins als compliment opvatten. Ik denk nou, misschien iemand die in ieder geval nog een beetje vrouw in me ziet. Maar gauw bleek dat de bedoelingen toch wel iets anders lagen."

Deelnemers maken ook mee dat ze worden uitgemaakt voor lesbisch of transgender. Dit wordt ervaren als seksueel grensoverschrijdend gedrag. Een deelnemer legt dit uit:

"Dus qua woorden grensoverschrijdend vind ik als jij uitgemaakt wordt voor dingen die je niet bent. Lesbisch of een lesbische transgender, want ik ben geen transgender. Dat soort dingen. Dat vind ik grensoverschrijdend op seksueel vlak."

Een andere deelnemer vertelt hoe iemand hem achtervolgt en seksueel getinte opmerkingen maakt.

"Respondent: (...) Maar ook dat ik achtervolgd werd, ik weet niet eens echt, het is misschien niet geweld, maar wel dat je inderdaad gewoon tot bijna aan je huis gewoon gevolgd wordt door..."
Interviewer: Zeker grensoverschrijdend.

Respondent: Ja, door een man in een auto, dat die dan elke keer naast het stoplicht, het raampje opent en dingen naar je roept. Uiteindelijk ben ik ergens heel snel een soort zijstraat in gegaan en probeerde ik hem kwijt te raken.

Interviewer: En wat voor dingen, wat voor dingen werden geroepen? Weet jij dat nog?

Respondent: Ja, hij wilde in ieder geval seks met me hebben."

Non-verbaal SGSGE komt in mindere mate voor in de verhalen van de deelnemers. Er zijn twee deelnemers die hierover hun ervaringen delen. Eén hiervan vond plaats in het ziekenhuis. Hoewel dit niet direct als SGSGE gezien hoeft te worden, is dit wel geschreven in antwoord op vragen hierover. Daarom wordt in dit onderzoek deze ervaring meegenomen.

"Enkele jaren geleden ben ik aan een complexe buikwandbreuk geopereerd en daarbij gekatheteriseerd. Toen er bij het verwijderen van de katheter bloed mee kwam wilde de verpleegkundige wel even afwachten of dat snel zou stoppen of niet. Zij bleef naast mijn bed zitten en met een zeer bezorgd en ernstig gezicht langdurig naar mijn penis staren."

De intensiteit van de ervaring en dat dit als seksueel ervaren wordt, zit in de plek waarnaar gestaard wordt, de penis, en dat de verpleegkundige niets doet om de deelnemer gerust te stellen. In plaats daarvan blijft ze staren, wat doet vermoeden dat ze niet alleen staart uit ongerustheid omtrent het bloed dat met de katheter mee was gekomen, maar ook om de lengte van de penis.

Online SGSGE

Er zijn ook vormen van SGSGE in online contexten gedeeld. Een deelnemer wordt al geruime tijd door een buurvrouw zowel off- als online getreiterd, gestalkt en belaagd. Door een fysieke (aan intersekse gerelateerde) aandoening kan de stress die deze deelnemer hierdoor ervaart levensbedreigend zijn. In dit geval deelde deze buurvrouw een bewerkt gezicht van de deelnemer op Facebook.

"Zij heeft een foto van mij bewerkt en gepost op Facebook van haar. Dat kon ik niet zien, want ik was geblokkeerd. Maar uiteraard hebben best wel mensen even willen kijken. [...] Dat was een foto van mijn gezicht. Met de zin, dopjes op mijn ogen. Een dopje op mijn neus. Maar goed, nog prima te herleiden. Zelfs zo dat een transvrouw binnen de gemeente [...] dat zag. En mij zelfs gevraagd of ik dat inderdaad was. Dus zo onherkenbaar was ik, niet dus."

Een deelnemer spreekt over online ervaringen met "intersekse chasers", mannen die specifiek achter intersekse personen aan gaan. Ook deelnemer 5 geeft aan seksueel grensoverschrijdende online opmerkingen meegemaakt te hebben. Dit zijn meestal opmerkingen van onbekenden, vaak uit rechtse of haatdragende hoek.

Interviewer: "Je zei dat ook online soms seksueel en overschrijdende opmerkingen of dingen... Is dat ook dan met onbekende, als het seksueel getint is, of kan dat ook van een onbekende zijn, die gewoon..."

Respondent: "Meestal van onbekenden. Van bekende heb ik daar niet... Nee, daar heb ik eigenlijk overal wel steun en begrip van. Soms heb je één flauwe peer ertussen. Ik laat je links liggen. Doeï. De rest is wel echt niet bekend. Het zijn meestal best rechtse mensen

of een haat-gedachtegoed dat erachter zit, of zo. Dan merk ik dat natuurlijk ook. Dat ik de gedachte wil uitleggen, en zo, en dan denk ik: jeetje, daar zitten ze toch helemaal niet op te wachten? Dus dan kap ik ermee."

4.1.3. Psychisch SGSGE

Verschillende deelnemers hebben ervaringen gedeeld van psychische SGSGE, die vaak hand in hand gingen met andere vormen van SGSGE. Zo werden er ervaringen beschreven bij het scoutingkamp, en over de eerste seksuele ervaringen. Een deelnemer vertelde dat hem duidelijk werd gemaakt dat zijn seksuele capaciteiten niet toereikend waren en de partner daarom een ander vriendje had gezocht. Deze ervaringen en de impact die ze hadden wordt besproken in de paragraaf over het stapeleffect. Ander psychisch geweld vond plaats bij de huisarts.

"Op mijn 8e of 9e jaar had ik een zwelling van de huid bij mijn eikel. Dus tijd voor medische zorg en op naar de huisarts. Deze constateerde dat mijn voorhuid aan de rand van mijn eikel vastgegroeid was en dat zich daarachter een ontsteking moest bevinden. De arts heeft zonder verdoving mijn voorhuid losgescheurd van mijn eikel. Ik heb gegild en gehuild van de pijn wat zeker tot aan huis (half uur) geduurd heeft. Een schokkende negatieve ervaring die verder heeft bijgedragen aan de idee dat het laten zakken van je broek synoniem is met gevaar en potentiële pijn."

Het seksueel geweld keerde in verschillende contexten en op verschillende momenten terug in zijn leven.

Een deelnemer vertelt hoe die psychisch geweld heeft ervaren in het ziekenhuis, waar die niet het gevoel had een eerlijke keuze te hebben gehad en het heeft ervaren als een verkrachting. Dit ging om een kijkoperatie, die onder druk werd uitgevoerd. De deelnemer zou kanker hebben als de testes niet verwijderd zouden worden. Er werd nooit op teruggekomen of er inderdaad sprake was van kanker. Na deze ingreep ontving de deelnemer geen tot nauwelijks informatie van de artsen, en voelde zich ongehoord over diens zorgen of die kanker zou hebben. Zelfs drie maanden later kon die geen geruststellend antwoorden krijgen van de gynaecoloog. *"Ja, ik zou dit als seksueel geweld omschrijven, sorry."*

Na deze kijkoperatie voelde ze zich heel bekeken, smerig en ze vroeg zich af 'wat' of 'wie' er in haar was geweest om de operatie uit te voeren.

"...op een gegeven moment vond ik dan wel mijn onderbroek, maar gewoon zo'n operatiehemd dat over mij heen gegooid was, geen onderbroek aan, ik voelde me gewoon bekeken en smerig en ik wist dat ze in me hadden gezeten en ik weet niet eens hoeveel het er waren, en wie het geweest was. Want die gynaecoloog had ik pas drie maanden daarna ontmoet. Ze heeft wel de vingers in me gehad gedurende die operatie maar daarna ik heb haar pas drie maanden later ontmoet. Sorry, in mijn idee wil je toch minstens dat iemand weet wie het is als je ze gaat aanranden of verkrachten of zo, maar blijkbare was ook dat niet eens noodzakelijk."

Een hele tijd later beseftte deze deelnemer pas de impact van dit moment en het herstel dat daarbij hoorde. In thema 4 (paragraaf 4.5) wordt er verder ingegaan op de impact van SGSGE.

4.1.4. De invloed van de context

In de paragrafen hierboven zijn verschillende contexten benoemd waar deelnemers SGSGE meemaakten, zoals tijdens het uitgaan, binnen relaties en in het ziekenhuis. De context heeft invloed op de vorm van geweld en hoe dit door deelnemers wordt ervaren. Hieronder gaan we daar verder op in.

Relaties en daten

In de context van relaties en tijdens het daten komt regelmatig SGSGE naar voren in de verhalen van de deelnemers. In een serieuze relatie met een vaste partner kan geweld langdurig zijn of worden. Consent en het aangeven van grenzen kan lastig zijn in een relatie waar je veel om elkaar geeft.

Een deelnemer legt uit hoe pijnlijke seks in de relatie, schaamte en gebrek aan eigenwaarde met elkaar samenhangen:

"Seks voelde als een verplichting, en ook wel als een voorwaarde om de relatie te behouden. Daarnaast was mijn eigenwaarde toen zo laag dat ik dacht: ik moet deze relatie behouden, want ik kan dit anders nooit meer vinden. Het was zeker geen seksueel geweld, maar het ging wel mijn grenzen over. Dit voelde erg benauwend, maar ook weer: zo is het nu eenmaal. Schaamte zat bij mij zo diepgeworteld dat ik pijn ook niet aangaf tijdens seks. Dit heeft één keer geleid tot een situatie waarbij ik naar de eerste hulp moest. Meer details wil ik hier liever niet over geven, maar ik heb dit als zeer traumatisch ervaren, en heb hier ook traumatherapie voor gehad."

Een andere deelnemer geeft verschillende voorbeelden van hoe mannen in haar leven door zijn gegaan met seks terwijl de seks pijn deed. Dit gebeurde in verschillende relaties.

"Respondent: Mannen dwongen mij hun geslachtsdeel aan te raken. Mannen niet wilden stoppen als seks bij mij pijn deed doordat ik een zelfgecreëerde vagina heb, waardoor ik heel veel pijn had. Mannen die mij aanraakten tegen mijn wil."

Interviewer: Waar was dit en in wat voor situatie?

Respondent: Het betreft meerdere verschillende mannen. Deze situaties vonden plaats bij mij of bij de man thuis terwijl wij een relatie met elkaar hadden."

Een andere deelnemer beschrijft SGSGE in een relatie waar 'nee' werd gezegd en niet serieus werd genomen, of dat er toch dingen gebeurde die die helemaal niet wilde.

"Ja, ik had een hele lange relatie van acht jaar. Dan is het wel vaker gebeurd dat ik gewoon nee zei en dat ze dat wel op een manier accepteerde, maar dan ook wel pusherig was. Toen is er dan wel niks gebeurd, maar wel sommige dingen waarvan ik dacht: hé, dat wil ik eigenlijk helemaal niet, wat er gebeurd is, maar dat is dan wel gebeurd. Dus toen dacht ik wel: is dat nu grensoverschrijdend? Ik denk het wel. Ik zat niet in een hele goede relatie. Het was heel toxic."

Naast het geweld binnen relaties heeft een deelnemer ook aangegeven dat iemand op een date nieuwsgierig was naar hoe ze eruitzag zonder kleren, omdat ze intersekse is. Dit werd als grensoverschrijdend ervaren.

Ziekenhuis

De beschreven SGSGE in het ziekenhuis variëren van onderzoeken die als dusdanig ervaren werden tot onomkeerbare ingrepen die zonder toestemming van de persoon (op jonge leeftijd) werden uitgevoerd. Factoren die ervoor zorgden dat deze ervaringen als geweld of grensoverschrijdend ervaren werden zijn: gebrek aan zeggenschap, invasiviteit, herhaling, omgangsvormen en bejegening. Deze context is specifiek belangrijk voor de doelgroep intersekse personen, omdat zij hier al vanaf jonge leeftijd vaak komen.

Hoewel het onderscheid tussen zorg en vormen van SGSGE niet altijd gemakkelijk is, zijn in dit onderzoek de ervaringen van de deelnemers leidend geweest. Een voorbeeld hiervan is de al eerder besproken ervaringen (psychisch geweld) van een deelnemer waarbij een arts vertelt dat er mogelijk sprake zou zijn van (toekomstige) kanker, en vervolgens zonder te vragen toestemming of tijd te geven voor verwerking door was gegaan met intiem lichamelijk onderzoek.

"[...]waar die man niet alleen een scanner op m'n nieren ramde maar ook op m'n plasbuis, en mijn labia ging bekijken en mijn clitoris en weet ik voor wat. Welke fucking grenzen had ik nog moeten hebben. Want het enige wat er was, was dit moet nu gebeuren dus je gaat er maar aan mee werken. Ja en dit is een macht die artsen niet lijken te beseffen dat ze dit hebben zeker. Niet als je eerst tegen iemand zegt dat het kanker gaat worden. Dit is dus ook waarom ik boos ben. Het werd niet gevraagd, het werd niet gevraagd of het ok was."

Dit resulteert uiteindelijk in een ervaring die de deelnemer zelf beschrijft als een verkrachting (zie 4.2.1. Fysiek geweld). Meerdere vormen van seksueel geweld spelen hier een rol. Met deze ervaring is het duidelijk dat grenzen aangeven, evenals binnen relaties, in de context van het ziekenhuis lastig kan zijn voor deelnemers.

De ontvangen zorg in het ziekenhuis wordt als negatief, onzorgvuldig en met grote impact op het latere leven ervaren. In de verhalen van de deelnemers kan dit synoniem worden voor geweld en soms ook door de aard en de plek van de handelingen voor SGSGE, zoals ook voor deze deelnemer:

"Ik heb door die operatie van vroeger, die ze hebben gedaan... Ze hebben gewoon bij mijn geslachtsdeel... Dat eraf gesneden. Dat was een penis. En toen hebben ze een heel stuk eruit gehaald en toen hebben ze dat er weer aangenaaid. Dan hebben ze dat stuk wat er nog was... Hebben ze schaamlippen en een vagina gevormd. Ik noem het geen vagina. Ik heb een geslachtsdeel."

De ervaringen in het ziekenhuis zijn inherent aan het intersekse zijn. Lichamelijke integriteit is hierin een belangrijk thema. Deze ervaringen hebben veel invloed op hoe de deelnemers later in het leven naar hun lichaam kijken, zoals ook al geconstateerd werd door Cense en Marinus (2023). Hier wordt verder op ingegaan bij het vierde thema.

Andere contexten

Andere, minder vaak genoemde contexten waar deelnemers vormen van SGSGE hebben ervaren zijn: de werkvloer, op straat, de thuissituatie (opgroeien) en de thuissituatie (nu). Ook waren er deelnemers die tijdens de opleiding, in interviews, het openbaar vervoer, bij de huisarts, in

vriendschappen, en bij de psycholoog SGSGE hebben ervaren. De ervaringen die hier worden beschreven zijn gerelateerd aan hun intersekse zijn.

Een deelnemer werd op de werkvloer betast om zijn borstvorming:

"Het was die dag warm en ik had een shirt aan en heb door een aandoening last van manboobs, iets waar ik me vreselijk voor schaam, maar helaas niet altijd kan verbergen. Vaak doe ik dit wel door ruime shirts te dragen. Maar in dit geval waren ze door de werkkleding goed zichtbaar. Er werd in geknepen en aan gezeten door twee collega's, met opmerking erbij: 'lekkere tietjes, speel je vaak met jezelf, [naam deelnemer]'?"

Een ander voorbeeld in de werkcontext is verbaal geweld, wat plaatsvond tijdens een informele gezamenlijke maaltijd tijdens een belangrijk evenement. De collega-managers van deze deelnemer, waar hij dagelijks mee werkte, waren zodoende getuige van deze ervaring, waarbij de directeur op afwijzende, verwijtende toon een opmerking maakte gericht op de mannelijkheid van de deelnemer:

"De directeur riep langs zijn neus weg, maar eigenlijk was dat een verwijt naar mij: 'ik snap niet dat je geen kinderen hebt, kinderen zijn de toekomst.' De manier waarop die dat bracht. Sinds dat voorval was mijn verstandhouding met al die andere mannelijke collega's om zeep."

Het is belangrijk om hierbij aandacht te hebben voor de machtsdynamiek die speelde: het was een direct leidinggevende, die voor de ogen van anderen, de deelnemer afviel. Degene die dit deed, de directeur, was de persoon waar de deelnemer en zijn aanwezige collega's direct aan rapporteerden. De deelnemer benadrukte dat de collega's door het publieke karakter niet alleen het verwijt meekregen van de directeur, maar ook zijn eigen diep gekrenkte reactie.

Een deelnemer bespreekt een ongewenste ervaring op vijf- of zesjarige leeftijd in de context van de thuissituatie waarin hij is opgegroeid.

"De eerste grensoverschrijding en misbruik vond plaats op mijn 5e of 6e jaar. De jongste broer van mijn moeder was slechts vier of vijf jaar ouder dan ik en die wilde (meer dan eens) tijdens bezoeken aan mijn grootouders doktertje spelen. Misschien wel uitsluitend als zijn vriendinnetje die dochter van een huisarts was, erbij was. Het beroep van haar vader was ook altijd een argument. Het was geheim, met de gordijnen grotendeels dicht en ik moest de patiënt zijn die aan zijn buik geopereerd moest worden. Ik moest geblinddoekt zijn zodat ik niet kon zien wat ze deden en met welke objecten ze mijn buik en geslachtsdelen aanraakten."

4.1.5. Plegerschap

De deelnemers herkenden zichzelf in veel mindere mate als pleger van SGSGE. Een deelnemer deelt dat hij een vrouw een keer heeft geslagen na een ruzie over wederzijds vreemdgaan:

*"Respondent: Ja, toen hebben we daarna... Het stomme is dat ik dus in dat gesprek haar ook echt een klap heb gegeven. Dat is de enige keer dat ik een vrouw heb geslagen en toen hebben we daarna seks gehad. Dus dat voelt niet helemaal lekker.
Interviewer: Ik kan me voorstellen dat dat achteraf niet goed voelt."*

Respondent: Terwijl ik echt dacht, dat ik daar echt heel erg van baal van dat ik echt, dus dat ik die controle ben verloren toen. Dat zien we daar eigenlijk."

Een deelnemer twijfelt een aantal keren of hij wel eens te ver is gegaan, of dat iets niet helemaal prettig was voor de ander. Dit had in alle gevallen verband met intersekse zijn. Zo vertelt hij dat hij moeilijk tot een climax komt door een verlies aan gevoel, en daardoor wel eens anders of ruwer binnen is getreden. Hij is misschien ook wel eens te opdringerig geweest. Hij wilde daarmee bewijzen aan zichzelf dat hij man genoeg is, ook op seksueel vlak, maar dat ging mogelijk toch te ver.

Een deelnemer beschrijft dat hij bij het uitgaan kijkt naar vrouwen, maar dat dat door een ander kan worden geïnterpreteerd als SGSGE. Hij wordt daardoor wel eens als verdacht aangemerkt. Hij observeert ze zonder dat hij er verdere interactie mee zoekt.

"Het feit, het enige dat ik doe is wat ik daarnet gezegd heb. Even buiten, de gedachten wat gaan verzetten en van de animo te gaan, misschien met leuke achtergrondmuziek en genieten van een drankje. Dat is het enige dat je wil doen. Want dan krijg je die verdachtmaking en soms opmerkingen, verwijten. Of je kunt mensen observeren, ik zal eerlijk zijn. Ik zie vooral mooie mensen. Ik ben hetero, ik heb ook twee ogen in mijn kop net zoals die typische mannen in hun hoofd hebben. [...] Ze denken mogelijk: die is eenzaam en die komt iemand zoeken."

De deelnemer vertelt hoe ver deze verdachtmaking afstaat van waarom hij daar is: hij wil gewoon even onder de mensen komen, een drankje doen en het aanwezige publiek observeren. Zelf vermoedt hij dat hij als verdacht wordt gezien, omdat hij kijkt zonder verdere interactie te zoeken; als hij wel toenadering zou zoeken, zou het wellicht anders zijn.

4.2 Thema 2: Het stapeleffect

De ervaringen met SGSGE van deelnemers vinden in géén van de gevallen als enige, of als een op zichzelf staande ervaring, plaats. SGSGE bij intersekse personen moet op basis van dit onderzoek worden begrepen in relatie tot andere vormen van geweld en intersekse ervaringen: als een stapeling. Alle deelnemers hebben vaak al vanaf jonge leeftijd diverse vormen van geweld ervaren, vaak naast elkaar of tegelijk. Intersekse ervaringen kunnen vele vormen aannemen en kunnen ook worden ervaren als een vorm van geweld, zoals aangeraden geheimhouding door medische professionals nadat een intersekse persoon op jonge leeftijd een geslachtsbevestigende (of genderbevestigende) operatie heeft ondergaan, medische zorg zonder consent, en het opleggen van sekse/gendernormen in en door de maatschappij.

Deze ervaringen stapelen zich op gedurende het leven en kunnen zelfs leiden tot het accepteren, tolereren of niet herkennen van SGSGE of andere vormen van geweld. De stapeling groeit ook omdat er niet altijd steun aanwezig is, of dat zij niet de mogelijkheid voelen om hulp te kunnen (of soms moeten) vragen. Daardoor kunnen deelnemers zich eenzaam en gediscrimineerd voelen.

4.2.1 De stapeling van intersekse ervaringen en SGSGE

"De hoeveelheid van intersekse ervaringen die grensoverschrijdend zijn geweest zijn bijna allemaal geweest. Oké. (...) ik heb ook een deel ervan verdrongen maar dat heeft het wel heel erg het heeft zeker weten nog steeds heel veel invloed op me."

Bij diverse ervaringen is er sprake van meerdere soorten SGSGE in combinatie met intersekse ervaringen, zoals de deelnemer hierboven beschrijft. Dit kan om een combinatie van bijvoorbeeld fysiek, verbaal en psychisch geweld en intersekse ervaringen die als rode draad door het leven lopen. In het bijzonder bij twee deelnemers uit het onderzoek is dit het geval. Er is bij hen sprake van een stapeling van (gewelds)ervaringen, waarbij ander geweld en seksueel geweld elkaar opvolgen. Dit heeft impact op de beleving van seksueel geweld, en ook op wanneer iets als SGSGE ervaren werd. De stapeling van geweldservaringen komen voort uit, en worden versterkt door, de bredere maatschappelijke en persoonlijke context waarin intersekse personen leven.

Bij een deelnemer begint het geweld al vroeg in de thuissituatie, waar hij gekleineerd, vernederd en mentaal verwaarloosd werd vanwege zijn intersekse zijn. De druk om te voldoen aan normen rond mannelijkheid en seksualiteit, het verwijt een "parasiet" te zijn, en de vernedering door zijn vader en diens vrienden vormen een fundamentele aantasting van zijn zelfbeeld en lichamelijke autonomie. Deze ervaringen van sociaal en emotioneel geweld leggen een basis waarop later seksueel geweld wordt ervaren. Het SGSGE binnen latere relaties – waarin hij zich gedwongen voelde tot seks ondanks pijn – is rechtstreeks verbonden met eerder aangeleerde normen en met het gevoel geen controle te hebben over zijn eigen lichaam.

"Mijn tweede vriendin had op dit moment zo iets van: het kan me niet schelen, ik heb behoefte, ik heb zin, het moet maar. Dat moet maar presteren, snap je? Ik moet maar presteren. Een vermoedelijk egocentrische gedachtegang van: 'ik heb zin. Je moet maar presteren. Het kan mij niks schelen als jij er pijn van hebt of niet, mijn genot gaat voor.' Die vorm is eigenlijk verkrachting, dat ik meegemaakt heb."

De deelnemer voelde zich hier als object behandeld, gebruikt, en loopt tegen het normatieve denken van zijn vriendin aan: een man hoort geen pijn te hebben bij opwinding of seks, een man kan en wil altijd. De voortdurende strijd met het eigen lichaam (door pijnlijke erecties en angst voor zichtbaarheid) is nauw verbonden met de intersekse ervaringen en eerdere vormen van geweld en uitsluiting.

Bij een andere deelnemer is er ook sprake van een stapeling van geweldservaringen die met elkaar verweven zijn. Al op jonge leeftijd ervaart hij seksueel misbruik door een oom, in een context waarin hij zich al "anders" voelde vanwege zijn penis. De seksuele grensoverschrijdingen tijdens de scoutingjaren, waar hij werd vernederd, vastgebonden en publiekelijk tentoongesteld, bouwen voort op dit gevoel van anders-zijn en versterken het. In een voorbeeld licht deze deelnemer toe hoe hij in de puberteit ongepaste vragen kreeg.

"Een iets jongere jongen uit mijn groep heeft een keer in de tent gevraagd of hij mijn borsten mocht betasten/voelen. Dat heb ik geweigerd, maar was desalniettemin onaangenaam. Het benadrukte dat ik anders was. Geen gewone jongen."

Het feit dat zijn ouders deze grensoverschrijdingen niet daadwerkelijk aanpakken (maar enkel langere hemden aanschaffen), draagt bij aan het internaliseren van schaamte en machteloosheid.

In latere jaren volgen verdere vernederingen op school en negatieve seksuele ervaringen die opnieuw inhaken op, en gevoed worden door, eerdere ervaringen van lichamelijke en sociale uitsluiting. Tussendoor worden ook medische grensoverschrijdingen ervaren, die opnieuw bijdragen aan het cumulatieve karakter van het geweld. Deze ervaringen in de medische context worden in thema 3 verder beschreven.

4.2.2 De ziekenhuiscontext en geheimhouding

Zoals al geïllustreerd in paragraaf 4.2.4, bleek het ziekenhuis een context te zijn waarin intersekse personen SGSGE ervaren. Deze context in het bijzonder leidt snel tot een stapeling van ervaringen door de aard van de relatie (langdurig) en door het advies om er met zo weinig mogelijk mensen over te praten.

"Waar ik het meest last van heb gehad is geheimhouding. Vrij expliciet was de boodschap: vertel dit aan niemand. Dit heb ik geïnternaliseerd als: 'ik ben iets om je voor te schamen, mijn lichaam klopt niet.'"

Het advies om er met zo weinig mogelijk mensen over te praten is, ongeacht de intentie, te karakteriseren als controlerend gedrag, leidende tot schaamte, een slecht zelfbeeld en bijvoorbeeld isolatie.

"Op de eerste dag dat ik erachter kwam dat ik intersekse was, ben ik ook meteen doorgestuurd naar een psycholoog en die heeft me eerst verteld dat ik er beter nooit over kon praten omdat niemand ooit nog iets met me te maken zou willen hebben en heeft de rest van de sessies eigenlijk op me in gepraat om me ervan te overtuigen dat ik nog steeds een vrouw was."

Deze geheimhouding had gevolgen voor hoe deze deelnemer zich is gaan voelen in het verdere leven. *'Ik ben het dus gaan verbergen het was een geheim wat tussen iedereen in stond.'* Dit bouwde op tot een gevoel dat die zich slecht voelde tegenover mensen, en ook geen steun kon krijgen omdat die er niet over kon praten.

Waar deelnemers refereren naar 'slechte zorg' in hun ervaringen, kan dit synoniem worden voor geweld en soms ook door de aard en de plek van de handelingen voor SGSGE.

Twee deelnemers schrijven over hun ervaringen in het ziekenhuis en de impact daarvan. De ervaringen die meerdere keren terugkomen in hun beschrijving van de medische context hebben gevolgen voor de relatie met hun lichaam, en voor hun seksualiteit en de seksbeleving. Zo vertelt een deelnemer hoe deze manieren van omgaan met haar geslachtsdeel, en de pijn die daarmee gepaard gaat, haar genot belemmert.

"De eerste keren dat ik aangeraakt werd bij mijn geslachtsdelen was door een dokter. En alle keren daarna ook. En daarna moest ik op een gruwelijk pijnlijke manier een reageerbuis in mezelf duwen om een vagina te maken. Dus ik ging mijn vagina en de

regio eromheen associeerde met pijn en schaamte in plaats van met genot. Tot op de dag van vandaag zit ik daarmee. Ik denk bijna elke dag aan mijn 'project vagina'."

Een deelnemer vertelt dat ze vanaf het vijfde jaar in het ziekenhuis kwam en dat daardoor de relatie met het lichaam en hoe de seks wordt beleefd is verpest en gezien als iets gevaarlijks om te vermijden.

"Vanaf mijn 5e begon de medische mallempelen. Het was traumatiserend en ik kan met zekerheid zeggen dat dit nog steeds invloed heeft op mijn dagelijkse leven. Ik was bang voor de consulten, de artsen die aan mij zaten en meekeken, de inwendige onderzoeken en de constante focus op mijn geslacht en seksuele ontwikkeling. Ik heb meerdere operaties aan mijn buik ondergaan, dilatatie therapie zonder goed overleg, dat laatste was 'nodig anders is seks pijnlijk'. Dit heeft de relatie die ik heb met mijn lichaam eigenlijk verpest, en seks werd iets gevaarlijks en iets om te vermijden."

Behandelrelaties in het ziekenhuis waren bij de deelnemers, zoals in de voorbeelden hierboven beschreven, vaak langdurig. Dat maakt dat het ervaren geweld in de ziekenhuiscontext ook het risico had langdurig geweld te worden. Diverse deelnemers benadrukken deze herhaaldelijkheid als één van de factoren die de impact vergrootte. Het was niet iets wat een keer voor kwam, maar het moest steeds opnieuw beleefd worden.

"En elke keer weer opnieuw een inwendig onderzoek doen. Want elke keer moesten weer de vingers erin. Ik weet nog twee specifieke momenten, verder kan ik me niet herinneren. Maar het was allemaal zo belangrijk dat er een penis in paste. Ik had op een gegeven net mijn eerste vriendje ik had seks gehad ik zeg dit is goed gegaan het is gelukt. Ik denk nu hoeft het niet nog een keer dat ze weer de vingers in me gaat steken. Ja wel er gaan maar liggen die benen er maar in die beugels."

De inwendige onderzoeken die steeds terugkeerden zorgden voor het bevragen van deze vorm van zorg en het interpreteren van zorg als seksueel geweld. Dit legt deze deelnemer in diens ervaringen verder uit:

"En dat is eigenlijk het moment geweest dat ik dacht shit, ja dit is echt wel seksueel geweld. Dit is echt wel wat het effect is en ook gewoon die herhaaldelijkheid ervan. Ja.. ik snap nog amper dat je vanuit een medisch perspectief denkt goede zorg te bieden dat je de diepte van een vagina gaat opmeten. Bij intersekse, zeker de vorm die ik heb is het mogelijk dat een vagina minder diep is, dat je denkt dat je goede zorg biedt door dit te controleren. Maar hoe denk je goede zorg te bieden door dit maar te blijven herhalen alsof dit niet een impact gaat hebben op iemand. Of dit niet raar is ,of dit niet onverklaarbaar is, ik snap ik kan er gewoon met mijn hoofd niet bij, dat zij dachten dat zij goede zorg aan het bieden waren. Zelfs na door dit soort onderzoeken nog steeds te blijven doen zelfs nadat ik gezegd had dat ik geen probleem ervaar."

Een mannelijke deelnemer in het onderzoek omschrijft de ervaring waarbij een wattenstaafje in de urinebuis ging als een vorm van zorg waarbij diegene zich 'enigszins aangerand' voelde.

"Het enige wat ik enigszins grensoverschrijdend vond, maar dat is meer, de handeling was toen je vroeger nog [...] onderzoeken moest doen, kreeg je als man een wattenstaafje in je urinebuis, en toen voelde ik me wel enigszins aangerand."

Een van de deelnemers vertelt over een strategie om met de herhaaldelijkheid en de intensiteit om te gaan: door het zo snel mogelijk te vergeten.

"Ik denk dat dat een bescherming is geweest ja het zijn allemaal een beetje in elkaar overgelopen van tussen mijn 17 en mijn 20e. (...) Het is zeker een bescherming geweest van ja dat ik niet meer alles weet. Ja ik heb iets ik heb ook gewoon elke keer als ik er naartoe moest maar gewoon geprobeerd het zo snel mogelijk te vergeten.(...) Ik heb het gewoon altijd maar weg willen dringen want ja het was te groot om er iets mee te doen."

4.2.3 Ervaren stigma, geanticipeerd stigma en geïnternaliseerd zelf-stigma minderheidsstress

Belangrijke onderdelen van de stapeling zijn minderheidsstress en sekse/genderstereotypen. Zo is er een ervaren stigma door het gedrag van anderen dat zich uit in uitsluiting en pijnlijke vragen vanuit de sociale omgeving, de (beperkte) kaders en richtlijnen in het ziekenhuis bij het ontvangen van zorg, tijdens het uitgaan en binnen SGSGE in relaties. Er is een geanticipeerd stigma in bepaalde situaties waardoor bepaalde plekken worden vermeden. Tot slot is er een geïnternaliseerd of zelf-stigma, waarbij deelnemers negatieve vooroordelen van anderen op zichzelf projecteren en zich ook minderwaardig kunnen voelen.

Ervaren stigma

Verschillende deelnemers vertellen dat zij niet welkom waren op specifieke plekken, of onprettige vragen krijgen en vormen van uitsluiting of geweld ervaren. Een deelnemer geeft een paar voorbeelden, zoals hoe die is gewurgd omdat die niet in een wc mocht komen, en vervolgens uit de club is gegooid omdat die aan had gekaart dat die als intersekse persoon geen wc had waar die gebruik van kon maken.

"En dan bij wc's heb ik echt heel veel nare shit meegemaakt. Ik ben één keer gewurgd op een wc omdat ik daar niet mocht plassen, blijkbaar. Ik ben uit een club gegooid, de trap afgegooid. Al mijn vrienden zijn eruit gegooid omdat ik zei: ik ben intersekse. Ik heb hier geen wc, non-binair, om te plassen. Dus waar moet ik dan gaan plassen?"

Een deelnemer vertelt dat door zijn voorkomen anderen gingen testen of hij homoseksueel was. Dit gebeurde op plekken waar hij met regelmaat kwam. Vrouwen (ook vaste bezoeksters) toonden daar wel eens interesse in hem, maar hij had hier niet of bot op gereageerd. Ook durfde hij zelf geen contact met hen te leggen en keek hij alleen. Hij vermoedt dat zijn gedrag leidde tot het volgende:

"Ze stuurden dan iemand om te gaan testen of ik eventueel gay was. Dat is ook grensoverschrijdend voor mij. Zeker als heteroseksueel en ze komen dan zo in uw hals, met een hand in uw hals leggen, teaserig en uitdagend, een andere man."

Voor een andere deelnemer is deze vraag herkenbaar. Hij noemt meerdere voorbeelden waarbij er wordt gevraagd naar de seksuele oriëntatie of dat er seksueel getinte opmerkingen worden gemaakt, waar een naar gevoel uit voort komt. Zo beschrijft een deelnemer hoe die SGSGE heeft

meegemaakt omdat die vertelt dat die intersekse is en niet op mannen valt. Een eerste poging om het uit te leggen lukte niet, en toen werd deze deelnemer ongewenst aangeraakt aan de borsten.

Een andere deelnemer wordt geconfronteerd met zijn sociaal isolement bij het uitgaan, en wordt als verdacht gezien, juist omdat hij ergens alleen naartoe gaat. Dit versterkt het isolement en het ervaren stigma om op zulke plekken te komen. Inmiddels komt hij nog maar zelden in de kroeg, waar deze ervaringen vermoedelijk een factor in zijn.

"Dat heeft te maken met toen ik een stuk jonger was, waar ik vaker ging stappen. Niet echt zwaar stappen, maar café's en dergelijke bezocht. Dan heb je vaak de situatie van: je loopt daar binnen, je bent alleen, maar het enige wat men ziet is een man op zijn alleen. Dan zie je soms die blikken zo van iedereen die zich omdraait, van: wat komt die hier doen? Plus, dat kan soms verder gaan. Dat is ook een vorm van geweld, vind ik. Want ik heb dat meegemaakt, dat men zelfs agressief kwam vragen: wat kom je hier alleen doen?"

Een volgende deelnemer legt uit hoe die de marginalisering en het stigma van de buitenwereld ook meemaakt in de professionele context. Hier gaat het om het feit dat die intersekse is en die wordt ook om die reden benaderd.

"En waarom wil je nou geen interview met me doen want jij bent de beste om het hiermee over te hebben want jij bent diversiteit en inclusie medewerker en wil het hebben over diversiteit en inclusie met intersekse en je bent ook intersekse ook oh my god en je hebt al 15 interviews gegeven.. waarom wil je dit niet doen?"

Geanticipeerd stigma

Het vermijden van situaties of plekken wordt door verschillende deelnemers gedaan. Deelnemers delen dat de geweldservaringen en intersekse ervaringen hen op hun hoede hebben gemaakt met het risico van het vermijden van de buitenwereld.

"Deze ervaringen hebben op mij een grote impact gehad en ik ben er behoorlijk angstig, op mijn hoede door geworden."

Een deelnemer vertelt over een gevoel van onveiligheid: ze is altijd alert als ze 's avonds de hond uitlaat.

"Dus ik ben altijd op m'n hoede, als ik hier 's avonds de honden uitlaat, dan kom ik terug, dan kom ik straks nog wel op, ben ik altijd op m'n hoede. De alarmbellen en de voelsprietten staan altijd vol aan. Sterker [nog] op mijn horloge zit rechts onderin, een knopje om alle minuten geluidsopname te kunnen maken."

Het geanticipeerd stigma komt ook naar voren bij een deelnemer die mensen wantrouwt. Daardoor sluit diegene zich af en wordt de sociale omgeving steeds kleiner.

"Ik had heel lang probleem met wantrouwen naar mensen. Toen ik wist dat dat zo lang voor me achtergehouden is, dan denk je... Dan stort je wereld in. Dus ik denk dat dat heel veel impact heeft op mensen om me heen. Dus ik moet me eigenlijk helemaal

veilig voelen. En als ik me dat niet voel, dan sluit ik me compleet af. Dus dat heb jij wel goed gedaan. Eigenlijk deel ik dat niet zo snel allemaal. Ik ga nu beter op mijn gevoel af. Vroeger ging ik gewoon compleet op slot, deelde ik niks. En de impact op vrienden... Dat merk ik gewoon... Mensen die mij zo nemen als ik ben. Zo'n soort basisvertrouwen. Daar kan ik iets mee en de rest: doe!"

Door de manier waarop de omgeving reageert worden er manieren bedacht om hiermee om te gaan en de ander voor te zijn. Het gebeurt regelmatig dat deelnemers zich onwelkom of buitengesloten voelen, en er vragen worden gesteld in omgevingen met bekenden en onbekenden. Een deelnemer licht toe hoe die vervelende vragen die over intersekse zijn gaan, kan vermijden en eerst afwacht hoe de andere persoon reageert of er een gesprek uit volgt.

"Respondent: Ja, denk ik wel, het hangt heel erg van de context af en de setting waar je in verkeert. Ik bedoel, als ik op een feestje ben en ik ken daar niemand, dan kan ik op, in principe altijd wel en dan praat ik ook met mensen. Dan waan ik me in principe wel veilig, meestal als mensen over kinderen beginnen, sorry, of ik zeg: nee, sorry, van: joh, ik kan ze niet krijgen en dan is het meestal kijken hoe mensen reageren.

Interviewer: Dus dan ben je het eigenlijk al voor, voordat het irritant, vervelend of pijnlijk wordt, dan zet je hem al neer en.

Respondent: Precies, en dan weet je hoe iemand reageert en weet je of je daar ook nog verder over wilt praten of niet."

Geïnternaliseerd of zelf-stigma

Een geïnternaliseerd zelf-stigma komt naar voren bij alle deelnemers, dit is in het verleden een thema geweest of het is iets waar ze nog steeds aan werken. Dit gaat over hoe anderen hen (be)oordelen of benaderen, in relatie tot hoe ze naar zichzelf kijken.

Deelnemers beschrijven dat ze negatief zijn over hun eigen lichaam en soms ook hun identiteit. Dit komt naar voren doordat iemand bijvoorbeeld het lichaam verbergt met kleding, een lage eigenwaarde heeft, beschrijft *"het doet nog pijn na 30 jaar"*, maar ook de negativiteit over hun identiteit door pijnlijke opmerkingen van bloedverwanten en een negatieve stem horen. Zo beschrijft een deelnemer hoe ze haar lichaam verhulde en hoe haar relatie met haar lichaam impact had op haar relatie met anderen:

"Ik verhulde mijn lichaam, droeg veel zwarte kleding. Hoog zomer? Ik had een broek of een panty aan. Lichamelijk contact en liefde toelaten is lastig als je zo negatief bent over je eigen lichaam en bezig bent met hoe andere mensen je zien."

Negatieve opmerkingen hebben impact op hoe de deelnemers naar zichzelf kijken en versterken een gevoel van onzekerheid. Zo beschrijft een deelnemer dat ervaringen van geweld vanwege het intersekse zijn er erg inhakken en dat daardoor de onzekerheid vergroot en dus ook verder wordt geïnternaliseerd.

"Want ik zie het bij zoveel mensen dat deze ervaringen zoveel mensen in de gemeenschap, dat deze ervaringen echt er zo hard in hakken dat mensen verschrikkelijk onzeker zijn over zichzelf. En dat herken ik ook bij mezelf, ik ben ook heel erg onzeker

over sommige dingen, want ja als je geen mens bent geweest voor sommige mensen het is echt een hele rare ervaring. Dat je niet meer bent dan object en dat is.."

4.3 Thema 3: Maatschappelijke normen en machtsdynamieken

Maatschappelijke normen en diverse machtsdynamieken spelen een rol in de geweldservaringen van de deelnemers. Persoonlijke (fysieke en mentale) grenzen lijken te worden bepaald - en het overschrijden ervan genormaliseerd - op basis van maatschappelijke verwachtingen. Deze verwachtingen komen voort uit rigide sekse-/gendernormen, en de heteroseksuele norm die zorgt voor ongelijke machtsstructuren. Deze normen gaan over expressie, gedrag, hoe het lichaam eruit moet zien, en beslaan ook verwachtingen over hoe je je op seksueel vlak zou moeten gedragen (bijvoorbeeld hoe vaak en op welke manier een man seks zou moeten (willen) hebben). De maatschappij en hoe er daarbinnen wordt gedacht en gesproken, beïnvloedt de normen waarbinnen deelnemers moeten navigeren in hun dagelijks leven. Het feit dat de omgeving bepaalt waar de fysieke grenzen liggen, negeert de seksuele autonomie die iemand zou moeten kunnen voelen over hun eigen lichaam.

Door deze normalisering van wat als grensoverschrijdend wordt ervaren is er bij deelnemers ook twijfel over of iets SGSGE is geweest, en komt het bewustzijn dat zij dit hebben meegemaakt pas op latere leeftijd. Enkele deelnemers geven aan dat zij binnen deze diverse machtsdynamieken een weg vinden om hun grenzen te leren aangeven. Dit gebeurt zowel binnen liefdesrelaties en vriendschappen, als in het contact met zorgverleners.

4.3.1 Maatschappelijke normen mannelijkheid en vrouwelijkheid

Normen omtrent mannelijkheid en vrouwelijkheid spelen een belangrijke rol in de ervaringen van de deelnemers, zowel bij het mogelijke plegerschap (zie paragraaf 4.2.5) als bij het slachtofferschap van SGSGE. Deelnemers ervoeren diverse soorten geweld dat expliciet verbonden is met verwachtingen en normen rondom mannelijkheid.

Een aantal deelnemers delen hun ervaringen over het ervaren van geweld rondom seks als gevolg van sekse/gendernormen. Het leidde zelfs bij twee vriendinnen tot het idee dat de deelnemer misschien aan het vreemdgaan was; zo duidelijk paste zijn seksualiteit niet in het verwachtingspatroon dat zij van een man hadden.

"Wat er ook bijkwam: een man moet altijd kunnen en een man moet altijd willen. Een rode draad die er ook was met twee vriendinnen, was een feit, op een zeker moment die verdachtmaking van: ben je niet rond aan het lopen? Zou je niet met anderen bezig zijn? Je hebt beslist geen interesse of geen zin in mij meer. Die verdachtmaking kwam er ook. Die kwam er niet altijd even zacht uit. Dat speelde ook mee. Je werd verdacht van vreemdgaan of ontrouw."

Op een ander moment wordt dezelfde deelnemer op basis van sekse/gendernormen niet geloofd toen hij een grens aan wilde geven tijdens seks, waardoor hij het effectief als een verkrachting (zijn woorden) ervoer:

"Ik herinner mij wel dat ik het probeerde te verwoorden. (...) Dan kreeg ik zoiets van: dat kon ze niet vatten. Dat is niet het stereotiepe beeld van een man, dat kan niet. Dat klopt

niet met het beeld van een man waar dat iedereen mee opgegroeid is. Dat klopt gewoon niet."

Deze deelnemer legt uit dat als je je minder man voelt door hoe mensen omgaan met je intersekse zijn, er een scheve machtsverhouding kan ontstaan, bijvoorbeeld binnen relaties. Verwachtingen omtrent seks en rondom ideeën van mannelijkheid leiden tot verbaal geweld. Zo vertelt hij over het gebrek aan begrip voor zijn pijnlijke erecties *"een man kan altijd en een man vindt dat altijd lekker en leuk"*. Van hem werd verwacht dit op te lossen.

Bij een andere deelnemer leidden verwachtingen omtrent seks ook tot verbaal geweld. Hij beschrijft zijn eerste seksuele ervaring en hoe normen over mannelijkheid tijdens de seks leidde tot een negatief oordeel.

"Ook jammer dat mijn eerste seksuele ervaring met een meisje een poging tot staand neuken was. Daar is die nou net te klein voor. Zodat ik kort daarna hoorde dat ze een ander vriendje had "want jij kan er niks van". Een soort van grensoverschrijding die ertoe bijgedragen heeft dat de volgende seksuele interactie jaren later was."

Het maakt uit of ongepaste opmerkingen komen van een man of een vrouw. Een deelnemer geeft aan dat, net als bij fysieke grensoverschrijdende ervaringen, ongepaste opmerkingen niet als bedreigend wordt ervaren als deze van een vrouw komen.

4.3.2 De heteroseksuele norm en de ziekenhuiscontext

Ook in het ziekenhuis spelen de maatschappelijke sekse/gendernormen en de heteroseksuele norm een rol, die zich uit in beleid en ideeën over zorg die aan zouden sluiten bij de leefwereld van hun patiënten. Zo deelt een deelnemer dat dit ook naar voren komt in hoe er met je gecommuniceerd wordt binnen de zorg en hoe deze verwachtingen kunnen leiden tot aannames, zoals dat je je 'moeilijk' zou gedragen:

"Ik word gezien als een heteroseksuele man. Ik voel me niet helemaal heteroseksueel. Ik heb eigenlijk vrouwelijke hersenen. Waarbij ik kan reageren als een vrouw. Waarbij als je met hele alfamannen werkt, dat dat totaal misgaat in hun hoofd. En ik ook hun niet begrijp vaak. Dat ze dan vinden dat ik heel erg moeilijk doe."

Een andere deelnemer legt uit hoe de heteronorm en gendernormen werden uitgelegd vanuit de zorgverleners en hoe die dat heeft ervaren. Hier komt naar voren hoe dat doorwerkt in het beleid binnen de zorg en de manier waarop ze oplossingen aanbieden.

"Maar ja, heel veel van de behandelingen, het was 2002 toen ik erachter kwam dat ik intersekse was, waren heel erg heteronormatief gericht. Heel erg, ga niet aan je seksuele oriëntatie twijfelen. Dit wil je er niet ook nog bij hebben. Ga niet aan gender identiteit twijfelen. Dit wil je er niet ook nog bij hebben. Je bent gewoon een meisje, er moet gewoon een lul in. En daar gaan we voor zorgen dat ik ga checken of die lul er wel in past. Ja, echt reduceren van vrouwen naar iets met een gat in het midden."

Het uitleggen waarom medische zorg wordt verleend zodat een persoon binnen de heersende sekse/gendernorm past wordt door een deelnemer als grensoverschrijdend ervaren.

"Wat ik van veel chirurgen of artsen hoor, is dat mensen in de samenleving niet klaar zijn voor de intersekse mensen. En dan denk ik: en daarom gaan ze dus opereren, dat ze erin passen. Dan denk ik: nee, je moet niet kinderen gaan martelen en folteren zodat ze in een samenleving passen. De samenleving moet veranderen en niet het kind dat goed is zoals het is. What the fuck. Dus dat hoor ik heel vaak en dat vind ik echt een mega grensoverschrijding, nog steeds. En dat ze dat niet beseffen, maakt mij enorm woest."

4.3.3 Machtsdynamiek in het ziekenhuis

De beschreven grensoverschrijdende of geweldservaringen in het ziekenhuis variëren van onderzoeken die als zodanig ervaren werden tot onomkeerbare ingrepen die zonder toestemming van de persoon (op jonge leeftijd) werden uitgevoerd. Factoren die ervoor zorgden dat die als SGSGE werden ervaren: gebrek aan zeggenschap, invasiviteit, herhaling, omgangsvormen en bejegening. Diverse vormen van machteloosheid en machtsverhoudingen komen naar voren in deze ervaringen. Door de machtsdynamiek tussen de behandelaar en de patiënt resulteert dit in schrijnende situaties en machteloosheid.

Ik hoop vurig dat artsen over een aantal jaar geen zeggenschap meer hebben over wat er gebeurt met het lichaam van een intersekse kind, en dat geheimhouding niet meer wordt opgelegd."

Opvallend is de machteloosheid die spreekt uit de ervaringen van de deelnemers. Zo vertellen een aantal deelnemers hoe ze in de behandeling gereduceerd worden tot object, zij het een object waar een penis in moet kunnen of een studieobject. Ze ervoeren geen mogelijkheid om deze situatie te doorbreken.

"Het ergste vond ik de momenten waarop een mannelijke dokter en een mannelijke leerling om me heen stonden terwijl ik in een ligstoel lag en dat ik mijn benen moest spreiden en ze met een grote eendenbek en hun vingers in mijn vagina gingen en gingen beoordelen of die al groot genoeg was om gepenetreerd te kunnen worden. Elke paar weken werd zo de voortgang van mijn ´vaginaproject´ gemeten. Ik schaamde me kapot, was heel gespannen en het deed veel pijn. Mijn lijf was een studieobject en dat voelde heel gek. Er werd me wel gevraagd of het oke was als de leerling meekeek en ook ging voelen, maar ik was nog een tiener en durfde tegen zo'n dokter geen nee te zeggen."

Een andere deelnemer vertelt hoe die een vergelijkbare behandeling heeft ervaren, waarin duidelijk wordt hoe bepaalde medische handelingen kunnen worden ervaren als SGS GG.

"Maar ze moesten toch wel opmeten of mijn vagina diep genoeg was om seks te hebben met een man. Zoals ik zei er moet wel een penis inpassen. Dat onderzoek is dus gedaan gedurende die operatie. Ik weet niet hoeveel mensen hun vingers in mij hebben gestoken. Dan heb je nog de definitie van seks want dat was toendertijd nogal, seks is een penis in een vagina. Ja ja maar ik ben queer dus voor mij is seks niet alleen penis in vagina. Was dit mijn ontmaagding?"

Het aanhalen van bestaande normen versterkt de machtspositie van de behandelaar en beperkt de mogelijkheden van de deelnemers om hier tegenin te gaan. Taalgebruik en de woorden die

worden gebruikt hebben impact op de deelnemers en heeft invloed op hun zelfbeeld. Zo vertelt een deelnemer:

"Wat ik achteraf best vervelend vind is het feit dat er tijdens de behandelingen benadrukt werd dat ik niet normaal ben en het gebruik van het woord incompleet."

Meerdere deelnemers geven aan hoe 'de norm' en normaal moeten zijn wordt benoemd als een reden voor behandelingen. Zo legt dezelfde deelnemer uit dat een dokter haar het idee gaf dat die haar wilde 'fiksen'.

"Ik kreeg het idee dat de dokters mij wilden fiksen en dat ik een vagina moest creëren om een normaal leven te leiden zodat mannen me kunnen penetreren. Er is me toen niet gezegd dat ik in feite geen vagina hoefde te maken of in ieder geval niet stante pede en dat ik goed ben zoals ik ben."

4.4 Thema 4: Persoonlijke gevolgen en de noodzaak van brede verandering

In dit thema komt de impact naar voren voor intersekse personen als het gaat om hun ervaringen met SGSGE. Deze impact heeft persoonlijke gevolgen, kan op diverse vlakken in het leven doorwerken en deelnemers ontvangen therapie om dit te verwerken. Hoe er vanuit de maatschappij wordt omgegaan met intersekse personen wordt door een aantal deelnemers gezien als een vorm van geweld en legitimeert SGSGE, bijvoorbeeld als deze plaatsvindt in het kader van 'normaliserende' behandelingen. De vooroordelen die deelnemers ervaren vanuit de omgeving, organisaties, instanties en ondersteuners zijn pijnlijk en komen vaak voor.

Een aantal deelnemers hebben veel aan hun relatie, huwelijk of ander persoon die heel dichtbij staat. Openheid is daarin belangrijk: deelnemers geven aan dat de aangeraden geheimhouding vanuit professionals, of een gesloten houding vanuit familie, afbreuk doet aan de persoonlijke ontwikkeling en het vermogen om SGSGE te herkennen. Steun en openheid zijn essentieel voor zelfbeschikking en het herkennen van SGSGE, evenals de intersekse ervaringen die gezamenlijk de stapeling veroorzaken. De brede maatschappelijke verandering die nodig is beslaat dan ook kennisverspreiding en acceptatie. Dit kan doorwerken in de sociale, medische en beleidscontexten.

4.4.1. Steun

De deelnemers hebben weinig steun ervaren of ontvangen vanuit hun omgeving, zoals vrienden en familie, en ook vanuit het ziekenhuis en zorginstanties. De ervaringen gerelateerd aan SGSGE in de medische context of elders zijn op eenzelfde manier vaak niet gedeeld of (h)erkend, waardoor steun ontbreekt.

De deelnemers kaarten aan dat zij gehoopt hadden op steun in zowel de medische, sociale en psychologische context of dat zij hier een gebrek hebben ervaren. Steun vinden in de eigen omgeving is naast uitdagingen omtrent openheid door schaamte en geheimhoudingsadviezen, ook lastig doordat het voor anderen moeilijk lijkt te zijn om zich in te leven in intersekse ervaringen en daardoor de ernst van de situatie niet begrijpen. Verschillende factoren worden

door deelnemers benoemd die ervoor zorgen dat de stap naar het vragen om hulp en steun lastig is. Ruimte voor openheid kan hiertegen helpen, en was een vorm van steun geweest die had geholpen. Contact met andere intersekse mensen kan veel van deze moeilijkheden ook overbruggen.

"Ik heb nu ook veel intersekse mensen gewoon... Een soort bekenden-groep, of zo. Ik weet niet hoe ik dat moet noemen. Het zijn geen vrienden-vrienden, maar gewoon bekenden. Dat is ook belangrijk, om dat te hebben. Maar dat moet veel toegankelijker zijn. Het is heel moeilijk als je er niks van afweet."

Opvallend is dat de ervaren steun van familie met betrekking tot interseksegerelateerde onderwerpen, maar ook van vrienden, vaak minimaal is, terwijl deze juist cruciaal is. Zo beschrijft deze deelnemer dat als het echt nodig is, er iemand is die je kan steunen. Een andere deelnemer vertelt over de steun van een ex tijdens een ziekenhuisopname, maar ze ontving in deze periode verder bijna geen steun.

"Ik bedoel, ik heb een week in het ziekenhuis gelegen in [naam ziekenhuis] met de operatie om de boel te fatsoeneren. [Naam], mijn ex heeft me gebracht en heeft me gehaald. Ze is ook bij de intake geweest. Dus het is ontzettend moedig. Maar ik heb maar één persoon op bezoek gehad."

"Als het echt kak gaat, dan komen ze. Ze zijn er. Ze delen ook de frustraties met mij, dat ik soms denk: wow, jij bent nog bozer dan ik. En dat ik met hen ook gewoon kan praten. Me respecteren zoals ik ben. Dat vind ik heel belangrijk. Als ik hen niet had, was het zo afgelopen, denk ik."

Omstanders, zowel in de sociale context, op het werk als in de ziekenhuis worden benoemd als personen die een rol spelen bij het meemaken van SGSGE. Een deelnemer beschreef de impact van weggijken of weglopende omstanders op zijn ervaring. De deelnemer werkte op dit moment binnen de bouw. Door een aandoening heeft hij borstvorming, waarvoor hij zich erg schaamt. Tijdens een pauze werd hij door twee collega's op een onbehoorlijke manier op aangesproken, en werd hij hier betast en beknepen.

"Wat mij het meeste tegen stond, is de mensen die het niet vonden kunnen, wegliepen in plaats daarvan wat te zeggen. Ik merk vaak dat met pesten ook mensen bang zijn zelf gepest te worden ze liever de andere kant op kijken en weglopen. Het heeft mij heel veel verdriet gedaan."

Het niet ingrijpen van omstanders komt ook bij andere deelnemers naar voren. Eerder in de resultaten staat beschreven hoe de ouders van een deelnemer afdoende ingrepen toen hij aangaf verbaal, psychisch en fysiek geweld meegemaakt te hebben bij scoutingkamp. Een andere deelnemer vertelt ook over een ervaring tijdens een kamp, hoewel het onduidelijk is of dit een schoolkamp, scoutingkamp of iets anders is. In dit geval was het de leiding die ingreep, maar het hielp niet gelijk.

"Ja, ik ben ooit een keer was ik 12 toen waren er stel jongens in m'n billen aan het knijpen en dat vond ik niet leuk, en toen zei er op een gegeven moment iemand van de kampleiding zei er wel iets van - en toen ging het ook gewoon door. En dat ik achteraf

denk alle jezus, je ziet gewoon dat een van de meisjes op kamp wordt aangerand eigenlijk door een groep jongens en je zegt ' hey jongens houdt daar eens mee op' na ik weet niet keer of 10 of zo. En ze gaan gewoon door en je geeft ze niet een lel, ja oké ik weet het is fysiek geweld moet je ook niet doen maar zorg dat het ophoudt. Er is een groepje achter me, en ik probeer gewoon te kijken naar de zeehondenshow of zo die er gaande was, ja als ik grenzen aangeef, ja, worden ze dan serieus genomen, nee."

Het kan positief uitpakken en de persoon die het geweld meemaakt helpen als de omstanders in die specifieke omgeving iets doen om in te grijpen.

Andere factoren die het lastig maken om steun en hulp te vragen zijn de geheimhoudingsadviezen en stigmatisering die het lastig maken voor de deelnemers om over hun ervaringen te praten, en daarmee ook om hulp of steun te vragen.

"Ik durf er nog steeds niet over te praten. [...] De grote, langdurige seksueel grensoverschrijdende ervaringen zijn behoorlijk impactvol geweest en ik heb er nooit met iemand over gesproken, zelfs niet met andere intersekse mensen."

"Ja, maar het is nu wel de eerste keer dat ik praat over al die aanvaringen en vormen van geweld [...]seksueel geweld in mijn relatie."

Een andere factor is de geïnternaliseerde interseksefobie, waarbij de persoon zelf er alles aan moet doen om "normaal" te zijn en zodoende zichzelf als schuldige ziet als dit niet lukt. Deze schuldgedachte remt vervolgens ook in het zoeken van hulp.

"Ik wist niet wie ik binnen de organisatie kon vertrouwen om hierover te kunnen praten en dacht ook: had ik nou maar andere kleding aan gehad, dacht heel de tijd, kon ik hier zelf wat aan doen, had ik dit kunnen voorkomen. Heb dit ook heel lang voor mij gehouden, omdat ik vond dat ik er zelf verantwoordelijk voor was."

Een laatste factor die bijdraagt aan de bewegingsruimte om steun te vragen en ontvangen is het herkennen van geweld, hoewel dit iets is wat de deelnemers vaak veel moeite kost.

"Ik kan het verleden niet veranderen. Had ik het maar geweten. Had ik me maar kunnen uitspreken. Zeker op het vlak van een relatie."

"...want het heeft ook wel voor heel veel bevrijding gezorgd om hier wel over te kunnen praten en om wel te kunnen zeggen dit was seksueel geweld wat ik heb meegemaakt. En dat ik dat heb kunnen delen met vriendinnen met dezelfde soort ervaringen en daar niet alleen maar zitten van, ah wat erg voor je, maar van wat erg voor ons. Want wat erg voor ons is een hele andere band van, shit we zitten in hetzelfde bootje, maar we zitten tenminste in hetzelfde bootje samen in plaats van dat we allebei nog steeds in hetzelfde in een bootje in ons eentje dobberen omdat we er niet over kunnen praten."

Een van de plaatsen waar wél steun en meer informatie gevonden kan worden over intersekse is online.

"Gelukkig is er tegenwoordig meer openheid, aandacht en informatie. Bijvoorbeeld te vinden op en via de website van de Cyberpoli Intersekse en DSD. En op internet is er aan de ene kant de porno-industrie met de extreem groot geschapen mannen en de categorie SPH – 'small penis humiliation' maar anderzijds ook websites met zelfgemaakte beelden van kleine penissen waarvan de eigenaar vindt dat die gezien mogen worden. Dat biedt enige troost."

4.4.2. Verwerking & therapie

De meeste deelnemers hebben therapie ontvangen om met al hun diverse en vaak pijnlijke ervaringen om te kunnen gaan. Deze therapie hield ook het leren kennen en accepteren in van wat er is gebeurd en wie ze zijn. Een deelnemer legt uit hoe die het SGSGE in de medische context heeft ervaren en wat ervoor nodig was om dit te verwerken. Deze deelnemer vulde later aan dat de psycholoog degene was die heeft gezegd dat het verkrachting was. Nadat de deelnemer dit had gecheckt met de definitie bij het Centrum Seksueel Geweld (CSG), bleek dit voor die ook te kloppen. Dit herstel en deze bewustwording van wat er is gebeurd kost veel tijd.

"Ze doet zo nog een gordijntje open. Ze lopen naar binnen en zij onderzoekt me. Ze zit tussendoor met die andere arts te praten, met die [naam dokter]. Ze zit echt overal aan m'n lichaam en duwt opeens ook nog vingers bij me binnen. En ik stond daar echt... Ik was helemaal weg, dus ik dacht echt: what the fuck gebeurt hier? Dit kan toch niet? Dat mag niet. Dat was toen al... Ik was toen helemaal weg, echt heel lang. Ik heb daar heel veel last van gehad en nu pas, denk ik, na best veel EMDR-sessies, heb ik dat kunnen verwerken. Daarom is ook mijn hele traject weer verlangzaamd, gewoon om mezelf te kunnen zijn."

Een andere deelnemer legt uit wat therapie en verwerking heeft gedaan voor het begrijpen van wie hij is.

"Ik wil weten wie ik ben. Dat antwoord weet ik ondertussen al jaren. Onder andere die [onhoorbaar] door die therapie. Wie ben ik? Ik ben intersekse, en dat heeft niet mijn leven bepaald. Dat heeft mij gemaakt tot wie ik ben. Nu weet ik wel ongeveer wie ik ben. Dat wist ik toen niet. De steun dat ik had in verband met geweld, dat stuk seksueel geweld, verbaal geweld [onhoorbaar -] via therapeutisch proces. [...] Dat valt van je schouders, dat stuk ballast."

Gezien de deelnemers weinig steun hebben ontvangen uit hun sociale omgeving, heeft therapie een belangrijke functie op dit gebied. Een deelnemer legt uit dat hij hoopt dat anderen wel bij hun omgeving en familie terecht kunnen.

"Een stukje therapeutische begeleiding. Een stukje therapie? [onhoorbaar -] Ik wist toen al dat ik bij mijn familie niet terecht kan met een duidelijk verhaal. [onhoorbaar -] Ik denk en ik hoop dat sommige mensen met zo'n ding bij een bloedverwant terecht kunnen of bij goeie vrienden en daarover kunnen praten."

Als de hulp niet komt vanuit de sociale omgeving is therapie of andere vorm van ondersteuning erg belangrijk. Een deelnemer legt uit dat hij daarom heel veel alleen heeft opgelost en daardoor ook tekort is gekomen.

"Ik heb gewoon geleerd van help isn't coming je kan het maar beter zelf doen. Ik heb geleerd het zelf op te lossen want het komt niet en dat betekent ook al wat voor steun er nu nog komt, ik ben ook wel echt zo veel tekort gekomen dat ik het ook niet allemaal maar ergens anders kan halen want het is niet meer te vullen. Het is niet op te lossen dat ik tot mijn 30ste me gewoon niet gesteund heb gevoeld voor het grootste deel van mijn leven en ook niet bij de dingen die zo'n enorme impact hebben gehad. Als ..ja dit allemaal meegemaakt te hebben."

Tijdens medische trajecten later in het leven kan een psycholoog die los staat van het medisch team van belangrijke meerwaarde zijn in de mentale ondersteuning.

"Ik heb wel een goede psycholoog hier in [stad]. Zij is klinisch psycholoog en daar ben ik nu al best lang in therapie. Met haar heb ik echt al die trauma's verwerkt. We hebben ook echt veel gesprekken gehad. Wat wil ik? Ik merk ook gewoon bij haar dat zij soms ook denkt: wow, ik weet het gewoon ook niet meer, waar jij nu in zit, in die ziekenhuis-gendercirkel. Ik word daar zo moedeloos en gefrustreerd. En ik denk dan soms dat ik gek ben, of zo, maar dan zegt ze: nee, dat is niet zo. Dus ik heb daar wel af en toe die bevestiging nodig, dat ik niet doordraai, of zo, want het gaat nu al zo lang en op een hele rare en nare manier. En daar heb ik heel veel steun aan."

4.4.3. Bredere gevolgen van het meemaken van SGSGE

In de ervaringen van de deelnemers komen een aantal specifieke thema's naar voren waarbij hulp en ondersteuning nodig of gewenst kan zijn, zolang er nog geen veranderingen zijn op het gebied van de oorzaken.

Mentale problemen

De diverse ervaringen leiden tot een scala aan mentale problematiek, waarbij schaamte, een laag zelfbeeld en moeite met het aangeven van grenzen eruit springen. Maar ook andere problemen spelen op. Zo vertelt een deelnemer over een gluurder die hem gedurende langere tijd lastig viel, waardoor hij ernstig paranoïde werd, zich bekeken voelde en gedwongen was te verhuizen.

"Nou, niet, meer boos en heel erg dat je je meer bekeken en onveilig voelt, eigenlijk. Dat je inderdaad, het doet meer iets geestelijk met je privacy echt, dan als iemand je aanraakt, ongewenst, eigenlijk."

Een deelnemer deelt over suïcidaliteit als gevolg van verschillende stapelende ervaringen. Die had een zwaar jaar met slechte zorg en zowel een verkrachting in de medische setting, zo omschrijft die het, als daarbuiten. De in de quote beschreven reactie volgde op de gebeurtenis in het ziekenhuis:

"Ik wilde met alles kappen. Ik was helemaal op. Ik was er helemaal klaar mee. Ik was al op weg daarnaartoe met mijn partner, met de trein. En toen zei ik al: ik smijt me gewoon voor de trein. Ik ben helemaal klaar. En toen kwam dat er bovenop en daarna ging het echt helemaal bergaf met mij. Hoe voelde ik me? De hele shit gebeurt nog een keer. Zo voelde ik me. Wat ik nog niet eens wist, wat er allemaal gedaan was. En nu kom ik er steeds achter dat het nog heftiger is dan ik had gedacht. Dat is fucked up."

Ook op fysiek gebied kan het invloed hebben op latere intermenselijke relaties. Zo beschrijft een deelnemer haar schrikreacties bij aanraking en het vermijden van fysiek contact:

"Het wordt minder, maar ik heb nog steeds wel schrikreacties als mensen mij ineens aanraken. Ik heb nog steeds de neiging om knuffels van familie en vrienden te vermijden."

Trauma en zorg vermijden

Traumatische ervaringen van SGSGE in ziekenhuizen moeten verwerkt worden en kunnen langdurige impact hebben op de mentale gezondheid.

"Gewoon ik kan nog zoveel van deze beelden voor m'n...ik kan hierin terug ja. Ik kan dit letterlijk nu doen en me weer voelen hoe ik me voelde op het moment dat ik wakker werd. En door had dat ik geen onderbroek aan had, en wist dat ze in me gezeten hadden, en niet wist wat ze gedaan hebben en hoeveel ze geweest zijn. Ja ja dit beïnvloedt mijn leven voor ze waarschijnlijk altijd. En ik bedoel ik heb ondertussen al ruim zes jaar geen seks meer gehad, dat is dit is er een deel van dit is ook waarom. Want ik was aan het verwerken dat deze shit gebeurd is. Ik heb zo veel therapie gehad alleen maar om weer een beetje functionerend te zijn, want de enige manier waarop ik door mijn dag heen kwam met zoveel PTSS en daar suïcidale gedachten van had. Was door maar gewoon heel naar tegen mensen te doen ...Na die operatie zijn gebeurd want die... ik weet niet of het twee keer is geweest of zes keer of acht keer."

De ervaringen kunnen ook leiden tot het mijden van zorg en het ervaren van onveiligheid terwijl die er niet is.

"Ervaarde ik problemen? Op een gegeven moment ja zeker, ben ik hier ooit mee aan de arts gegaan? Onder geen enkele voorwaarden. (...) Ja met pijn en bloedend, want ik ging niet naar de ziekenhuis toe en ik ga nooit naar het ziekenhuis toe als ik het kan voorkomen. (...) ik heb de eerste keer gezegd ik ga nooit een inwendig onderzoek doen, en dat ik ga er niet aan meewerken. Het gaat niet gebeuren. En dat is een grens die zij gerespecteerd heeft. Ik ga het nooit meer doen, en ik weet niet zelfs niet als ik problemen zou hebben of ik het dan wel zou doen."

"Wanneer je bedenkt wat er allemaal gebeurt aan pesterijen, vernederingen en in mijn geval zelfs aanranding dan is dit vermijdingsgedrag verklaarbaar. Het zit ook zo diep in mijn systeem, dat toen ik bij de huisarts mijn broek moest laten zakken, de primaire emotie van gevaar er eerder was dan het besef dat ik bij de huisarts in een veilige omgeving was."

Intimiteit, seksualiteit en relaties

In hun onderzoek "Als seks(e) niet vanzelfsprekend is: Een levensloopperspectief op de relationele en seksuele ontwikkeling van jonge intersekse personen" beschrijven Cense en Marinus de impact van intersekse ervaringen op de seksuele ontwikkeling en relaties. De ervaringen die de deelnemers nu deelden met betrekking tot seksueel geweld en de stapeling met andere intersekse ervaringen sluiten hierop aan. Meerdere deelnemers beschrijven de impact van geweld op hun relatie met hun lichaam en seks.

"Dit [het medische traject] heeft de relatie die ik heb met mijn lichaam eigenlijk verpest, en seks werd iets gevaarlijks en iets om te vermijden."

De deelnemer geeft aan niet te weten of deze impact op het seksleven nog zal veranderen.

"Wat dat voor een invloed heeft. Ik denk nu best groot omdat ik me gewoon niet goed voel in mijn lichaam en ik ook niet weet of ik dat nu in mijn hoofd kan veranderen of dat het helemaal niet meer mogelijk is. En of ik dat gewoon zo moet gaan accepteren, wat wel best moeilijk blijkt te zijn. Maar dat heeft wel een grote invloed op mijn seksleven en vooral ook die trauma's. Ik heb vaak dat ik gewoon helemaal dichtklap. Gehad. Nu weet ik het niet. Nu heb ik geen partner, dus dan is dat een beetje moeilijk."

4.4.4. Veranderingen in de medische sector

Naast de andere ervaringen van SGSGE delen de deelnemers veel onwenselijke, pijnlijke en traumatiserende ervaringen in de medische sector. Ook als de ervaringen niet onder SGSGE vallen hebben ze door het stapeleffect nog steeds impact op ervaringen die hier wel onder vallen. Verandering op dit gebied zou dan veel impact hebben.

"Ik weet niet of het bijdraagt aan het onderzoek, maar ik ben een tijd lang erg boos geweest op de effecten die de behandelingen en de artsen op mij hebben gehad. Ik ben ervan overtuigd dat als dit alles niet was gebeurd, ik een veel leuker en liefdevoller leven had gehad."

Een deelnemer deelt hoe die tot de realisatie kwam dat medische behandelingen ook verkeerd kunnen zijn. Dat een bepaalde afstand tot de behandelingen, of een *outside perspective*, hierbij kan helpen. Leidend in de medische behandelingen zou niet het protocol, maar de zeggenschap van de intersekse persoon moeten zijn.

"Het hielp toen om het eerst met vrienden te bespreken. Want ik had toen ook nog heel erg zoiets van 'ja maar wat ze doet is allemaal zo lief' en die vriendin zei toen van 'maar het is toch helemaal niet lief want jij wordt er fucking ongemakkelijk van en dat weten ze en ze gaan door.' Dat is helemaal niet lief het staat misschien nu in het protocol dat dit lief gedrag is maar het is helemaal niet lief het is helemaal niet aardig."

Een andere deelnemer reflecteert ook op wat centraal zou moeten staan in medische trajecten zodat SGSGE voorkomen kan worden: duidelijkheid, zeggenschap, en bewustzijn bij de zorgverleners over de psychologische impact van behandelingen.

"Duidelijkheid. Geen vaag gedoe. Geen beloftes die ze niet kunnen houden. Inzicht, transparantie, gelijkwaardigheid. (...) Ik denk dat het belangrijkste is, bij de artsen in de ziekenhuizen, dat ze zich ervan bewust zijn wat op psychologisch gebied kan gebeuren daar en wat trauma voor een invloed heeft op mensen die intersekse zijn. Dat dat bewustzijn er is."

4.4.5. Uitspreken en de toekomst

Deelnemers geven aan weinig gesproken te hebben over hun ervaringen met SGSGE. Voor sommigen is deelname aan het onderzoek de eerste keer of een van de eerste keren dat ze dit doen. Door dit nu toch te doen, hopen ze bij te dragen aan een oplossing of verandering.

"Ik heb het daarnaast niet echt aan heel veel mensen verteld. Ik vertelde aan mijn vrouw dat ik hieraan mee ging doen. Die had ik daar blijkbaar nooit over verteld."

"...het doel dat ik het doe is dat ik hoop dat er voor mij en alle anderen die in deze situatie zitten, dat er toch een oplossing komt."

Het delen van hun ervaringen in deze context kan dan ook een bijdrage zijn aan het creëren van meer bewustzijn. Met meer bewustzijn, ook op het gebied van taalgebruik, kan leed voorkomen worden, zo is de gedachte, en is het makkelijker om in openheid te praten over de opgedane ervaringen. Daarbij wordt ook breder gekeken dan enkel intersekse: het is belangrijk variatie onder mensen in zijn algemeenheid te accepteren en te includeren.

"En ik denk ook dat er meer bewustzijn moet zijn voor alle soorten mensen. Dat zou mooi zijn. Vanuit verschillende hoeken kunnen kijken. Niet alleen maar grote ego's en aan geld denken."

"En het niet meer een conditie noemen. Een vrouw is toch geen conditie? Of een man? Dat heb je of dat heb je niet. [...]Dat oude verhaal. De termen. Weg ermee."

Voor een deelnemer gaat het ook een brede maatschappelijke omslag: *"andere politiek, andere cultuur, andere staat van zijn van mensen."* En voor iemand persoonlijk helpt het om dichtbij zichzelf te blijven als het gaat om wat diegene nodig heeft in de toekomst: *"In ademen, ja, inademen en dicht bij mezelf blijven is dan het het beste (...)"* Daarnaast is een zeker gevoel van veiligheid bij zichzelf belangrijk:

"Ik heb een gevoel van veiligheid nodig, en een gevoel van veiligheid heb ik ondertussen in mezelf kunnen vinden. Maar ik ben er niet mee opgegroeid met een gevoel van veiligheid, met echt begrijpen wat veiligheid betekent."

5. Discussie

In dit verkennende onderzoek is er gekeken naar de ervaringen van intersekse personen met seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen (SGSGE).

Aan de start van het onderzoek zijn verschillende risicofactoren beschreven van SGSGE van intersekse personen zoals beschreven in de literatuur. Dit onderzoek laat zien dat alle factoren die zijn genoemd in paragraaf 2.4 naar voren komen in dit onderzoek, met name medicalisering van het lichaam en de stigmatisering die ten grondslag ligt aan minderheidsstress, en in mindere mate de behoefte om online anderen te ontmoeten als risicofactor om online SGSGE mee te maken.

Intersekse geweld

De deelnemers delen veel geweldservaringen die rechtstreeks gerelateerd zijn aan hun intersekse zijn. Hoewel dit onderzoek focust op SGSGE, beschrijven de deelnemers ook niet-seksuele vormen van geweld, zoals verbaal-, fysiek- en psychisch geweld en controlerend gedrag. Een deel van deze ervaringen vindt plaats in de familiecontext, binnen relaties, op het werk en in de woonomgeving.

Andere geweldservaringen die deelnemers meemaken vanwege hun intersekse zijn kunnen omschreven worden als medisch geweld. Samen met de andere geweldservaringen zijn dit ervaringen met grote impact op de deelnemers. Medisch geweld kan zowel intentioneel als zonder intentie gepleegd worden, en kan zowel een noodzakelijk kwaad zijn als niet-noodzakelijk en te voorkomen. Machtsdynamieken, de autoriteit van de zorgverlener, gebruikte taal en angst voor lijden spelen bij medisch geweld, net als bij de beschreven ervaringen van de deelnemers, een belangrijke rol (Shapiro, 2018). Seksediversiteit wordt hierbij onzichtbaar gemaakt. Deze onzichtbaarheid is te duiden door de medicalisering van het lichaam te herleiden naar de 19e eeuw waar het idee is ontstaan om lichamen vanuit een binaire en heteronormatieve grondhouding te 'normaliseren'. Denk hierbij ook aan het seksueel functioneren als medisch noodzakelijk, vanuit een heteronormatief perspectief. Dit gedachtegoed wordt nu versterkt door de medische autoriteit en medische professionals die vaak onbewust zijn van het feit dat deze medische interventies controversieel zijn. Onderzoek laat zien dat personen die niet op een binaire en heteronormatieve manier naar het lichaam kijken zich afzetten tegen de medische interventies en de juridische beperkingen ondersteunen (Kingsbury & Hegarty, 2022).

De manier waarop wordt omgegaan met intersekse in de maatschappij en in ziekenhuizen in het bijzonder, is in eerdere literatuur al omschreven als *epistemisch onrecht* (Carpenter, 2023; Hart & Shakespeare-Finch, 2021; Merrick, 2019) en als *structureel geweld* (Carpenter, 2015). Bij *epistemisch onrecht* wordt een groep mensen de kans ontnomen om kennis te produceren. Men wordt niet serieus genomen als bron van waardevolle kennis, en zo niet op hun woord geloofd: *getuigenisonrecht*. Dit kan ook gelden voor iemands ervaringen en betekenisgeving hieraan: dit wordt niet gezien als bron van waardevolle kennis. Bij *hermeneutisch onrecht* heeft iemand niet het gereedschap of de juiste woorden om hun eigen ervaringen te duiden, terwijl andere groepen dit wel hebben (Fricker, 2007). Het (structureel) niet aangereikt krijgen van deze woorden is hier een belangrijke factor in, net als informatie die onthouden wordt. Zo wordt iemand niet als gelijkwaardige gesprekspartner beschouwd. Dit staat vaak in schril contrast met de waarde die wordt gehecht aan kennis van personen die passen binnen de heersende

maatschappelijke normen, of als het gaat om (bio)medische kennis, die een hogere waardering ontvangt. Als men spreekt over *structureel geweld* wordt er gekeken naar geweld dat verworven is in de brede structuren van onze maatschappij, economie en politiek, die mensen raakt in hun basisbehoeften. Het wordt niet als individueel geweld gezien, maar als systematisch optredend, als 'gewone' praktijken. De focus ligt daarbij niet op de intentie, die kan juist goed zijn, maar op de impact ervan. Zoals deelnemers omschrijven spelen machtsdynamieken en controle een belangrijke rol, onder andere door sekse/gendernormen en hoe deze doorwerken in (seksuele) relaties. Met deze normen en dynamieken wordt de structurele aard van het geweld verankerd.

Het maatschappij-brede structurele geweld komt naar voren in de drie vormen van minderheidsstress die zijn uitgelicht: stigmatisering door afwijzing en discriminatie, anticiperen op toekomstige negatieve reacties en geïnternaliseerde negatieve maatschappelijke gedachten over zichzelf (Joemmanbaks & Derckx, 2024). In dit onderzoek is er niet specifiek onderzoek naar minderheidsstress gedaan, maar de deelnemers in het onderzoek ervaren wel deze stressoren. Het structurele karakter zorgt niet alleen voor het ervaren geweld, maar ook voor internalisering daarvan: deelnemers voelen dat ze geen hulp kunnen vragen, dat ze anders zijn en niet aan de norm voldoen. Deze geïnternaliseerde stigmatisering kan ook beschreven worden als geïnternaliseerde interseksefobie, en maakt het bijvoorbeeld moeilijker om geheimhouding te doorbreken en geweld aan te kaarten. Meer onderzoek naar dit onderwerp kan voor meer inzicht zorgen in de huidige positie van intersekse personen in de maatschappij en hoe dit hun persoonlijk beweegredenen beïnvloedt. Bovendien kan het meer inzicht geven in de verschillende ervaringen (meer en minder geprivilegieerd) van intersekse personen. Naast lhbt+-brede onderzoeken naar bijvoorbeeld minderheidsstress zijn dergelijke specifieke onderzoeken noodzakelijk om de verschillen tussen de groepen, bijvoorbeeld op het gebied van aanwezige mogelijkheden tot zelfbenoeming, processen van zelfontwikkeling en het kunnen ervaren van de eigen grenzen, onder de aandacht te brengen (Van Lisdonk & Callens, 2017; Van der Have, 2023).

Voorbeelden van *epistemisch onrecht* in de medische context worden door de deelnemers genoemd, zoals het niet bespreken van verschillende opties in behandelkamers, de stilte in de maatschappij en in persoonlijke relaties (bijvoorbeeld in de thuissituatie): ze krijgen systematisch niet de kans om zelf kennis te vormen en daaruit beslissingen te nemen. Het lastig kunnen vinden van de juiste woorden om ervaringen te kunnen duiden, en deze woorden (zoals het woord intersekse) niet aangereikt krijgen in ziekenhuizen of cruciale informatie die onthouden wordt zijn duidelijke voorbeelden van hermeneutisch onrecht. Deze voorbeelden kwamen ook al naar voren in het eerdere onderzoek van Cense & Marinus (2023) naar de seksuele en relationele ontwikkeling van jonge intersekse personen. Controlerend taalgebruik zoals "niet normaal" zijn en het woord "incompleet" sturen bovendien intersekse personen in hun eigen gedachtegang en dragen bij aan een internalisatie van deze normen, en controleert de betekenisgeving van ervaringen. Hierbij kan de impact van het machtsverschil tussen arts en patiënt niet onderschat worden. Bij ervaringen van de deelnemers in deze context komt bovendien een systematisch gebrek aan ruimte voor autonomie en zelfbeschikking naar voren.

Hoewel het in dit rapport te ver reikt om de ervaringen en situatie in Nederland met betrekking tot *structureel geweld* en *epistemisch onrecht* verder uit te diepen, helpen ze voor nu bij het begrijpen van de geconstateerde stapelingen: ervaren *structureel geweld* en *epistemisch onrecht* kunnen immers niet in iets anders resulteren dan een stapeling van het aantal geweldservaringen. De ervaringen van de deelnemers zijn niet los te denken uit dit kader, en de door hun ervaren SGSGE moet altijd vanuit deze context van andere, maar verbonden

(intersekse) ervaringen, begrepen worden. Heteronormativiteit, waarin maar twee seksen bestaan die zich op een bepaalde manier moeten gedragen én op de andere sekse horen te vallen, was bij de deelnemers in veel van hun ervaringen een rode draad.

Gynaecologisch geweld

De machtsdynamieken die in onderzoek naar voren komen binnen de medische context zeggen iets over hoe groot het vertrouwen is dat men in zorgverlener(s) legt. Op het moment dat er lichamelijk onderzoek wordt verricht bij een intiem deel van het lichaam, zoals bij gynaecologische zorg, vergroot dit het belang van dat vertrouwen en een gevoel van kwetsbaarheid bij de patiënt. Het is bekend dat dit lichamelijk onderzoek oncomfortabel en pijnlijk kan zijn en veel vrouwen dit zelfs liever vermijden (Yanikkerem et al., 2010). Daarbij heeft onderzoek laten zien dat vrouwen die eerder seksueel geweld hebben meegemaakt, vergelijkbare emoties en pijn ervaren bij het inwendig vaginaal onderzoek (Iraola et al., 2024). Patiënten kunnen gynaecologische zorg als geweld ervaren, bijvoorbeeld als consent ontbreekt. De eerste onderzoeken naar gynaecologisch geweld in ziekenhuizen die sinds de jaren '90 zijn uitgevoerd gingen over obstetrisch geweld tijdens de bevalling. Dit focuste onder anderen op verbaal- en fysiek geweld, en het gebrek aan consent. Dit geweld is in andere gynaecologische procedures ook ervaren. Onderzoek laat de (langdurige) impact zien van gynaecologisch geweld op mentaal en fysiek niveau, van het gebrek aan autonomie, het overtreden van intimiteit tijdens behandelingen en het legitimeren van geweld (Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2024). Dit is een wereldwijd probleem in de gynaecologische zorg en krijgt steeds meer aandacht, maar deze erkenning binnen de intersekse zorgcontext ontbreekt. Meer onderzoek is nodig. Zo ook op het gebied van geweld binnen de urologische zorg dat in dit onderzoek tevens naar voren is gekomen. Onderzoek van Gonzalez (2023) benadrukt het belang van het aanbieden van inclusieve urologische zorg voor ondergerepresenteerde patiënten, het veranderen van heteronormatief gedrag binnen de zorg en een veilige plek creëren voor personen uit de lhbtq+-gemeenschap (Gonzalez & Anger, 2023).

Twijfel en het (h)erkennen van geweld

Deelnemers in dit onderzoek hebben meerdere keren aangegeven dat er een moment is geweest dat zij hebben getwijfeld aan de legitimiteit van hun ervaringen als een vorm van (seksueel) geweld. Enerzijds of hun ervaringen voldoende (en de juiste) informatie zouden geven voor het huidige onderzoek, maar anderzijds ook hoe bepaalde situaties of personen hen het gevoel gaven dat het geen (seksueel) geweld betrof.

Onderzoek laat zien dat personen door hun gemarginaliseerde positie ervaringen met geweld anders kunnen interpreteren door bijvoorbeeld scheve machtsverhoudingen (Ummak et al, 2022). Dit bemoeilijkt ook in hoeverre er ruimte is om erover te praten en of iemand luistert. Ook personen uit de nabije omgeving kunnen ervaringen in twijfel trekken. Wilson et al. (2015) tonen aan dat overlevers van verkrachting in 60% van de gevallen hun ervaring zelf niet zo benoemen. Dit sluit aan bij de twijfel die deelnemers voelen, of hebben gevoeld, over of hun ervaringen wel als seksueel geweld te classificeren is. Deze twijfel komt voort uit hoe er binnen de samenleving seksueel geweld wordt gedefinieerd en erkend, maar voor deze groep kan de context ook een belangrijke factor zijn. Het medische geweld, zoals eerder is beschreven, vormt een schijnbare legitieme context omdat het een behandelrelatie betreft. Europees onderzoek (2024) beschrijft dat slachtoffers van obstetrisch- en gynaecologisch geweld het vaak moeilijk vinden om dit type geweld te benoemen en te begrijpen als geweld (Brunello et al, 2024). Het kan ook een langere tijd, tot een aantal jaar duren, voordat de medische behandeling wordt (h)erkend als (seksueel)

geweld. Eerder onderzoek laat de meerwaarde zien van op latere leeftijd reflecteren op dergelijke ervaringen (Cense & Marinus, 2023).

Specifiek binnen de gynaecologische zorg, maar dat zal naar verwachting ook gelden bij de urologische zorg, kan eerder meegemaakt seksueel geweld bij toekomstige behandelingen ervoor zorgen dat dit trauma opnieuw beleefd wordt. Dit kan herinneringen boven halen en lichamelijke reacties of emoties kunnen weer aan de oppervlakte komen (Golding et al, 1998; Leeners et al, 2007). Personen die seksueel geweld hebben meegemaakt geven aan dat ze een lager zelfvertrouwen hebben, meer zichzelf bekritisieren, angstige gevoelens hebben en interpersoonlijk contact kunnen vermijden (Schnittker, 2022). Dit sluit aan bij, en stapelt met, de diepgewortelde gevoelens van schaamte en het negatieve lichaams- en zelfbeeld dat intersekse personen ook in hun andere intersekse ervaringen kunnen ontwikkelen (Cense & Marinus, 2023).

Verschil verhalen en interviews

Hoewel het aantal deelnemers te klein was om conclusies te trekken uit de verschillende soorten inbreng, geschreven of gesproken, vielen een aantal zaken op. In de geschreven bijdragen beschreven de deelnemers hun ervaringen vaak bondig, terwijl ze meerdere contexten bevatten. Zo droegen ze bij aan de diversiteit van ervaringen en contexten binnen het onderzoek. Bovendien werden de ervaringen in de geschreven bijdragen vaak op chronologische volgorde gedeeld, waardoor de stapeling van ervaringen zeer duidelijk naar voren kwam. Tijdens de interviews werden ervaringen uitgebreider beschreven. Tenslotte lag de focus in de geschreven stukken minder op de rol van het aangeven van grenzen. Grenzen zijn veelvuldiger besproken tijdens de diepte-interviews, waarbij bleek dat het doorvragen van belang is om grip te krijgen op deze ervaringen rondom het aangeven van grenzen. De methoden vulden elkaar hierbij goed aan.

De methoden die in dit onderzoek zijn ingezet (diepte-interviews en beschreven ervaringen) gaven deelnemers de kans om zelf te kiezen hoe ze SGSGE wilden delen, waardoor ze konden kiezen voor een methode en belastbaarheid die het beste bij hen paste. Juist in het licht van epistemisch onrecht is het hebben van een keuze in de best passende manier van kennis en ervaringen delen extra van belang. In de in methoden die in hoofdstuk 3 zijn beschreven onderzoeken laten zien dat bij traumatische- of geweldservaringen het zelf kunnen opschrijven van meerwaarde kan zijn in een onderzoek. Dit kan zorgen voor een dialoog en verdieping, of verwerking van wat er is gebeurd. Bij een vervolgonderzoek zou het relevant kunnen zijn om vaker dan één keer met elkaar te mailen of brieven te schrijven, zodat er meer gereflecteerd kan worden over de ervaringen. Beide methoden blijven echter erg op woorden gericht en werken daarom een bias in de hand: de deelnemers moesten de woorden al gevonden hebben om hun ervaringen te delen. Enkele deelnemers gaven aan dit voor de eerste keer te doen. Bij een vervolgonderzoek is het aan te raden een methode toe te voegen waarin woorden minder centraal staan, zodat ook intersekse personen die op een andere plek in dit proces zijn aan kunnen sluiten.

6. Conclusie en aanbevelingen

In dit verkennende onderzoek is er gekeken naar de ervaringen van intersekse personen met seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdende ervaringen (SGSGE). In totaal hebben negen deelnemers hun ervaringen gedeeld, vijf deelnemers door het geven van een diepte-interview en vier deelnemers hebben hun ervaringen opgeschreven op basis van een aantal vragen. In de resultaten komt naar voren dat deze doelgroep SGSGE gedurende hun hele leven op verschillende momenten in verschillende contexten meemaakt, zoals tijdens het werk, uitgaan, binnen relaties, tijdens het opgroeien en in de zorg.

In de resultaten is een stapелеffect zichtbaar, een stapeling van intersekse ervaringen waar vaak ook geweld in voor kwam, met daarnaast de ervaringen van SGSGE. Het zijn geweldservaringen die elkaar opvolgen of op zichzelf herhaaldelijk zijn, zoals in de medische context waar behandelingen gedurende meerdere jaren worden uitgevoerd. De maatschappelijke normen omtrent mannelijkheid en vrouwelijkheid én heteronormativiteit vormen en beïnvloeden hoe er naar seksediversiteit wordt gekeken en mee om wordt gegaan. Dit speelt binnen relaties, met familieleden, bij collega's en hoe er wordt gehandeld vanuit het beleid in de zorg. De deelnemers internaliseren deze normen ook en maken het soms lastig om grenzen te (leren) aangeven en herkennen. Machtsdynamieken in de maatschappij en in de medische context versterken dit nog verder. Deze stapeling van SGSGE en andere geweldservaringen werken door in het latere leven en kunnen leiden tot eenzaamheid, schaamte en een klein sociaal netwerk. Steun ontbreekt vaak, terwijl dit zo nodig is. Therapie en andere psychologische ondersteuning dragen bij aan de verwerking en om zich gesteund te voelen. Deelnemers geven aan hoe belangrijk het is dat er een brede maatschappelijke verandering komt. Meer begrip en kennis over intersekse personen kunnen daaraan bijdragen. Intersekse personen dienen serieus genomen te worden in hun ervaringen, en gezien als volledig meedenkend mens die zelf beslissingen neemt.

6.1 Aanbevelingen

Uit de analyse van de gedeelde ervaringen van de deelnemers kwamen een aantal onderwerpen naar voren die cruciaal zijn in de ondersteuning van intersekse personen die SGSGE meegemaakt hebben, en die belangrijk zijn bij het voorkomen van deze ervaringen. Hieronder geven we deze aanbevelingen per onderwerp weer.

Kennis en bewustwording

Dit onderzoek laat zien dat er op verschillende niveaus kennis en bewustwording ontbreekt over de doorleefde ervaringen van intersekse personen in relatie tot SGSGE. SGSGE van intersekse personen kan niet begrepen worden zonder de (achtergrond)kennis van wat intersekse ervaringen zijn. Hierbij gaat het in het bijzonder om intersekse geweld, met het structurele karakter, en hoe zich dat ontvouwt in het leven van intersekse personen. Daarnaast gaat het om kennisvergroting op het gebied van discriminatie en uitsluiting van deze doelgroep.

In dit onderzoek is SGSGE, en andere geweldservaringen, beschreven in diverse contexten. Het belang van kennis en bewustwording zou gezien deze diverse contexten breed moeten worden ingezet door bijvoorbeeld (online) trainingen (of andere soorten interventies), en breed aangeboden worden aan professionals in de genoemde contexten. In het bijzonder

moet er aandacht zijn voor professionals die werken in de uitgaanssector, op de werkvloer, en zorg- en hulpverleners die intersekse personen ondersteunen, begeleiden of behandelen. Bij de laatstgenoemde kunnen dit psychologen, therapeuten en seksuologen zijn, maar ook de behandelend artsen. Bewustwording van de intersectie van seksediversiteit, medische zorg en intersekse geweld kan leiden tot een betere aanpak om SGSGE te voorkomen en nazorg te bieden. Daarbij moet er ook aandacht zijn voor het structurele karakter van geweld en voor de impact van de beschreven stapelingen.

Met betrekking tot deze genoemde sectoren dienen beleidsmakers ook eenzelfde kennis- en bewustwordingsstap te maken om geïnformeerd, sensitief en inclusief beleid te schrijven dat bijdraagt aan de ondersteuning die intersekse personen behoeven. Denk hierbij aan gemeentelijk, provinciaal en nationaal beleid dat zich richt op SGS GG, medische zorg, discriminatie op de werkvloer en tijdens het uitgaan of in de publieke ruimte. Naast de verschillende ministeries die zich op deze thema's richten, kunnen ook het Nationaal Actieprogramma Aanpak SGS GG, en de allianties Act4Respect-Unlimited en Alliantie Gezondheidszorg Op Maat (AGOM) bijdragen. De Europese Unie en de Verenigde Naties kunnen op basis van dit onderzoek zich richten op passend beleid met kaders waarin personen zouden moeten worden beschermd tegen het meemaken van SGS GG en intersekse geweld. Dit onderzoek vraagt dan ook in deze context om aandacht voor de medische behandelingen en intersekse specifieke zorg.

Zelfbeschikking en demedicaliseren

In dit onderzoek komt naar voren dat er een gebrek aan zelfbeschikking wordt ervaren in de zorg. Onder andere het demedicaliseren van seksediversiteit kan hierin een belangrijke factor zijn. Naast de hierboven besproken beleidsverandering op het gebied van SGS GG-preventie en aanpak, en het ontwikkelen van kaders die daartoe ondersteunen, benoemen we ook aanbevelingen die zich richten op het beleid in het ziekenhuis dat zelfbeschikking en autonomie kan bevorderen.

Deze beleidsverandering, of een aanpassing van protocollen, zou moeten bijdragen aan het bijvoorbeeld het stellen van intersekse-sensitieve vragen en (volledige) informeren om zelfbeschikking te vergroten. Denk hierbij aan informatie die wordt gegeven rondom ingrepen, meer nadruk leggen op deze zelfbeschikking voorafgaand aan consent, in de psychologische ondersteuning, en het belang onderstrepen van het aangeven van grenzen in deze medische setting. Bij het informeren moet er ook aandacht zijn voor sturend taalgebruik bijvoorbeeld bij woorden als 'normaal' en 'incompleet', waardoor ook antwoorden op consentvragen beïnvloed kunnen worden. Daarnaast laat dit onderzoek zien hoe de sekse/gendernormen en de heteroseksuele norm doorwerken in hoe de zorg wordt vormgegeven. Deze onderliggende aannames versterken het beleid en protocollen die niet sensitief zijn naar intersekse personen toe, en normaliseren uitsluiting en discriminatie (zie ook de aanbevelingen in het rapport Cense & Marinus, 2023).

Het demedicaliseren van seksediversiteit zal tijd kosten. Naast het aanpassen van protocollen, kan het een eerste stap zijn om seksediversiteit te normaliseren in bestaande interventies, cursussen, trainingen, nascholingstrajecten – en vervolgens ook in de medische handboeken en opleidingen - van de gynaecologische en urologische zorg. Tenslotte dient er, voortbouwend op het onderzoek van Hart en Shakespeare-Finch (2020), meer aandacht te worden gegeven aan het ontwikkelen, en aanbieden, van gezondheidsdiensten die zich richten op de nazorg

na medische behandelingen om de (mogelijk) traumatische ervaringen te verwerken. Dit is het primair aanbieden van intersekse-sensitieve psychosociale steun aan deze doelgroep, bij voorkeur buiten de ziekenhuizen.

Maatschappelijke verandering

Deelnemers uit ons onderzoek hebben allemaal aangegeven dat er op maatschappelijk niveau, verandering nodig is. Enerzijds kan deze verandering ontstaan als er meer kennis en zichtbaarheid is met een positieve benadering van intersekse. Het normaliseren van seksediversiteit is daar onderdeel van, net als het tegengaan van heteronormativiteit en het loslaten van sekse/gendernormen. Hier kunnen bijvoorbeeld verschillende mediaplatformen een rol in spelen, maar ook rolmodellen en zichtbaarheid van deze ervaringen in de creatieve sector zijn van belang (denk bijvoorbeeld aan films en theaterstukken).

Een andere plek waar maatschappelijke verandering kan ontstaan is in het onderwijs. Biologielessen kunnen hieraan bijdragen door seksediversiteit als onderdeel mee te nemen in de lessen en in het lesmateriaal. Docenten dienen de stap te zetten om meer kennis te vergaren en hun eigen aannames te onderzoeken om in de lessen de gesprekken te kunnen aanjagen op een positieve en sensitieve manier. Tenslotte is het in het onderwijs belangrijk om de sociale ideeën van mannelijkheid en vrouwelijkheid, naast normatieve lichaamsbeelden, te doorbreken en diversiteit te normaliseren.

Vervolgonderzoek

Het huidige verkennende onderzoek legt de complexiteit van SGSGE bij de doelgroep intersekse personen bloot en haar verbondenheid met bredere geweldspatronen. Vervolgonderzoek is hard nodig om deze complexiteit beter te begrijpen.

Ten eerste, op basis van het huidige onderzoek worden diverse aanbevelingen gedaan, maar er liggen nog veel vragen over hoe een interventie eruit zou kunnen zien die daadwerkelijk bijdraagt aan de preventie van SGSGE voor deze doelgroep. Een interventie kan zich richten op de professionele doelgroep in de diverse contexten (zoals eerder beschreven), maar ook op de intersekse doelgroep zelf. Interventiegebonden onderzoek waar intersekse personen actief in worden meegenomen kan bijdragen aan het ontwikkelen van zo'n interventie.

Ten tweede kan een grootschalig onderzoek bijdragen om een beter beeld te krijgen van de diversiteit en omvang van SGSGE, of andere geweldservaringen, van intersekse personen. Gezien het aantal intersekse personen in Nederland, kan hier worden gedacht aan een internationaal onderzoek in de Benelux of daarbuiten.

Tot slot kan een vervolgonderzoek meer inzicht bieden door zich te richten op epistemische onrechtvaardigheid en structureel geweld, en hoe dit doorwerkt in de maatschappij en in de ervaringen van intersekse personen. Onderliggende overtuigingen binnen de maatschappij, die doorwerken in allerlei sociale structuren, versterken het risico op het meemaken van geweld voor intersekse personen. Dergelijk onderzoek kan aanleiding geven voor het ontwikkelen van tools die van nut zijn bij het inzetten op het doorbreken van structureel geweld en epistemisch onrecht.

**“Ik zou het liefst
een wereld hebben
zonder geweld.”**

Referenties

- Amnesty International. (2018). *Toxic Twitter – Triggers of violence and abuse against women on Twitter*. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2018/03/online-violence-against-women-chapter-2-3/>
- Bagwell-Gray, M. E., Messing, J. T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate partner sexual violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(3), 316–335. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838014557290>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219–234.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151–166.
- Brammer, K., Klijn, A., Kruis, T., Van den Berg, K., Pijpers, R., Joemmanbaks, F., Van der Hoeve, R., & Van Werkhoven, J. (2024). *Lhbtqi+ monitor 2024: Inzicht in de leefsituatie van en opvattingen over lhbtqi+ personen in Nederland*. Movisie.
- Burgwal, A., Van Wiele, J., & Motmans, J. (2023). *Genoeg Enough Assez – Onderzoek naar de ervaringen van geweld van LGBTI-persoon in Vlaanderen*. Agentschap Binnenlands Bestuur. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/54434>
- Cárdenas-Castro, M., & Salinero-Rates, S. (2024). Loss of autonomy, legitimization of violence, transgression of intimacy, and fear of abuse: A thematic analysis of stories of gynecological violence and its consequences. *Feminism & Psychology*, 34(3), 403–423. <https://doi.org/10.1177/09593535241242551>
- Carpenter, M. (2015). *Intersex: intersectionality, epistemic injustice and structural violence: paper based on a presentation at The Mental Health Services conference in Perth, Australia, on 28 August 2014*. <http://Morgancarpenter.Com/Intersectionality-Epistemic-Structural/>
- Carpenter, M. (2023). Fixing bodies and shaping narratives: Epistemic injustice and the responses of medicine and bioethics to intersex human rights demands. *Clinical Ethics*. <https://doi.org/10.1177/14777509231180412>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) & WODC. (2022). *Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld 2022*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek en Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2024). *Veiligheidsmonitor 2023*. (M. Akkermans, E. Derksen, M. Kennis, R. Kloosterman, & E. Moons, auteurs). CBS.
- Cense, M., & Marinus, M.A. (2023). *Als seks(e) niet vanzelfsprekend is: Een levensloopperspectief op de relationele en seksuele ontwikkeling van jonge intersekse personen*. Rutgers & Stichting NNID.
- Conrad, P., & Bergey, M. (2015). Medicalization: Sociological and anthropological perspectives. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 105–109). <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-097086-8.64020-5>
- Ditzhuijzen, J. van, & Motman, J. (2020). *Kennis en opvattingen over intersekse. Een nulmeting in Nederland en Vlaanderen*. Rutgers & Ghent University.
- Drost, V., Jenster, B., Kluft, S., Van der Klein, M., & Tierolf, B. (2022). *Lhbt+ en huiselijk en seksueel geweld risicofactoren, hulpverlening en preventie*. Verwey-Jonker Institute. In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

- Brunello, S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C. & Rozee, V. (2024). Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination, European Parliament, Directorate-General for Internal Policies of the Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2861/32832>
- FRA. (2024). *EU LGBTIQ Survey III: LGBTIQ equality at a crossroads – Progress and challenges*. Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu>
- Fricke, Miranda (2007). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. New York: Oxford University Press.
- Frisch, M., Moseholm, E., Andersson, M., Andresen, J. B., & Graugaard, C. (2019). *Sex in Denmark: Key findings from Project Sexus 2017–2018* [Sex I Danmark, Nøgletal Fra Projekt Sexus 2017-2018]. State Serum Institute. ISBN 978-87-971732-0-6.
- Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8>
- Golding JM., Wilsnack S.C., & Learman L.A. (1998). Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 179:1013–9.
- Gonzalez, G., Anger, J. (2023). Creating an Inclusive Urology Practice. *Current Bladder Dysfunction Reports* 18, 131–138. <https://doi.org/10.1007/s11884-023-00694-7>
- Hart, B., & Shakespeare-Finch, J. (2021). Intersex lived experience: Trauma and posttraumatic growth in narratives. *Psychology & Sexuality*, 13(4), 912–930. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1938189>
- Hellemans, S., Dewaele, A., van Houtte, M., & Buysse, A. (2012). *Onderzoek naar partnergeweld bij holebi's*.
- Hinsliff-Smith, K., McGarry, J., Randa, M.B., Bartel, H. & Langmack, G. (2022). 'Use of Writing Letters and Other Literature Forms to Capture Experiences of Research Participants.' In: Hinsliff-Smith, K., McGarry, J., Ali, P. (eds) *Arts Based Health Care Research: A Multidisciplinary Perspective*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-94423-0_9
- Houk, C, P. Lee (2008). 'Consensus Statement on Terminology and Management: Disorders of Sex Development'. *Semantic Scholar*. DOI:10.1159/000152032 Corpus ID: 22740322.
- Iraola, E., Menard, J. & Chariot, P. (2024). Experience of Pelvic Examination and Uptake of Gynecological Care Following Domestic or Sexual Violence: a Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(5), 4030–4044. <https://doi.org/10.1177/15248380241270038>
- Joemmanbaks, F., & Derckx, T. (2024). *Multipole Minderheidsstress onder lhbt+ personen - Mentale gezondheidsverschillen verklaard vanuit een intersectioneel perspectief*. https://detoolkit.komteenmensbijdedokter.nl/wp-content/uploads/2024/08/Minority_stress.pdf
- Kingsbury, H., & Hegarty, P. (2022). LGB+ and heterosexual-identified people produce similar analogies to intersex but have different opinions about its medicalisation. *Psychology & Sexuality*, 13(3), 535–549. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1881595>
- Koole, J., Hehenkamp, F. & Groeneveld, J. (2024). 'Ik dacht dat dit zo hoorde' - Een verkennend onderzoek naar (ex-)partnergeweld onder lhbt+ jongeren. [Onderzoeksrapport \(ex\)partnergeweld lhbt+ jongeren Act4Respect](https://onderzoeksrapport(ex)partnergeweldlhbt+jongerenAct4Respect)
- Koole, J., Geerlings, J., Ardon, D., Holleman, C., Sanchez Ramirez, C., & Van Berlo, W. (2025). *Wat werkt bij de preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag en lhbtq+geweld. Achtergrond dossier over feiten, cijfers en werkzame aanpak*. Utrecht: Rutgers/Movisie
- Leeners B., Stiller R., Block E., Görres G., Imthurn B. & Rath W. (2007). Effect of Childhood Sexual Abuse on Gynecologic Care as an Adult. *Psychosomatics* 48, 385–93.

- Lenz, B., & Derntl, B. (2025). Sex-sensitive and gender-sensitive care for patients with mental disorders. *Lancet Psychiatry*, 12(4), 244–246.
- Matheson, F. I., Daoud, N., Hamilton-Wright, S., Borenstein, H., Pedersen, C., & O'Campo, P. (2015). Where did she go? The transformation of self-esteem, self-identity, and mental well-being among women who have experienced intimate partner violence. *Women's Health Issues*, 25(5), 561–569. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.04.006>
- Merrick, T. (2019). From 'Intersex' to 'Dsd': A Case of Epistemic Injustice. *Synthese*, 4429–4447.
- Myers Z.R., Swearer S.M., Martin M.J. & Palacios R. (2017). Cyberbullying and traditional bullying: The experiences of poly-victimization among diverse youth. *International Journal of Technoethics* 8(2): 42–60.
- Nikkelen, S., Tijdink, S., De Graaf, H., & Bakker, B. (2019). *Seksuele gezondheid van lesbische, homoseksuele en biseksuele personen in Nederland anno 2017*. [Seksuele-gezondheid-LHB-personen-in-Nederland-2017-incl.-samenvatting.pdf](https://www.seksediversiteit.nl/wp-content/uploads/2019/08/Seksuele-gezondheid-LHB-personen-in-Nederland-2017-incl.-samenvatting.pdf)
- NNID (2020) *Intersex and medicalized rape* <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/RapeReport/CSOs/177-intersex.pdf>
- Oosenbrug, A., Luiken, P., Witsenburg, A., Berghouwer, B. & van der Have, M. (2022). *Suggesties bij schriftelijke inbreng wetsvoorstel Seksuele misdrijven (36.222) i.v.m. LHBTIQA+ personen*. <https://www.coc.nl/wp-content/uploads/2022/10/221028-Suggesties-bij-schriftelijke-inbreng-wetsvoorstel-Seksuele-misdrijven-ivm-LHBTIQA-personen-1.pdf>
- Scheer, J. R., & Poteat, V. P. (2021). Trauma-Informed Care and Health Among LGBTQ Intimate Partner Violence Survivors. *Journal of interpersonal violence* 36(13-14), 6670–6692. <https://doi.org/10.1177/0886260518820688>
- Schnittker, J. (2022). What makes sexual violence different? Comparing the effects of sexual and non-sexual violence on psychological distress SSM - *Mental Health* (2)100115. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100115>
- Shapiro, J. (2018). "Violence" in Medicine: Necessary and Unnecessary, Intentional and Unintentional. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* 13, 7. <https://doi.org/10.1186/s13010-018-0059-y>
- Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) (2014). *Leven met intersekse/DSD: Een verkennend onderzoek naar de leefsituatie van personen met intersekse/DSD*.
- Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) (2022). *LHBT monitor: De leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland*.
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 2(1), 65.
- Ummak, E., Turken, S., & Akin, D. (2022). Understanding Intimate Partner Violence Among Ethnic and Sexual Minorities: Lived Experiences of Queer Women in Norway. *Violence Against Women* 30(5), 10778012221147912. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10778012221147912>
- Van de Grift, T. C., Dalke, K. B., Yuodsnuks, B., Davies, A., Papadakis, J. L., & Chen, D. (2024). 'Minority stress and resilience experiences in adolescents and young adults with intersex variations/differences of sex development'. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000690>
- Van der Have, M. (2023). *Misvattingen over intersekse: Op weg naar wettelijke regulering geslachtsbevestigende behandelingen intersekse personen – Tweede editie*. Nijmegen, Nederland: Stichting NNID. Rapport Nr. 2023-03, ISBN 9789493106208. <https://www.seksediversiteit.nl/wp-content/uploads/2023/08/20230807-vander-Have-2023-Misvattingen-over-intersekse-def.pdf>

- Van Lisdonk, J. & Callens, N. (2017). Labeling, stigma en discriminatie: ervaringen van mensen met intersekse/DSD. *Tijdschrift voor Seksualiteit* 41-2, 95-104.
- Wilson, L. C., & Miller, K. E. (2015). Meta-Analysis of the Prevalence of Unacknowledged Rape. *Trauma, Violence, & Abuse* 17(2), 149-159. <https://doi.org/10.1177/1524838015576391> (Original work published 2016)
- Yanikkerem, E., Özdemir, M., Bingol, H., Tatar, A., & Karadeniz, G. (2010). Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*, 25(5).

