

## **De medische behandeling van genderdysforie bij tieners**

Leontien Bakermans, apotheker

Een aantal mensen voelt een mismatch met zijn of haar biologische geslacht en hoe ze zich voelen. Dit wordt genderdysforie genoemd. In dit artikel bespreken we de medische behandeling van 'geslachtsverandering' bij jongeren en wordt gekeken naar risico's en bijwerkingen en of er een alternatieve behandeling is.

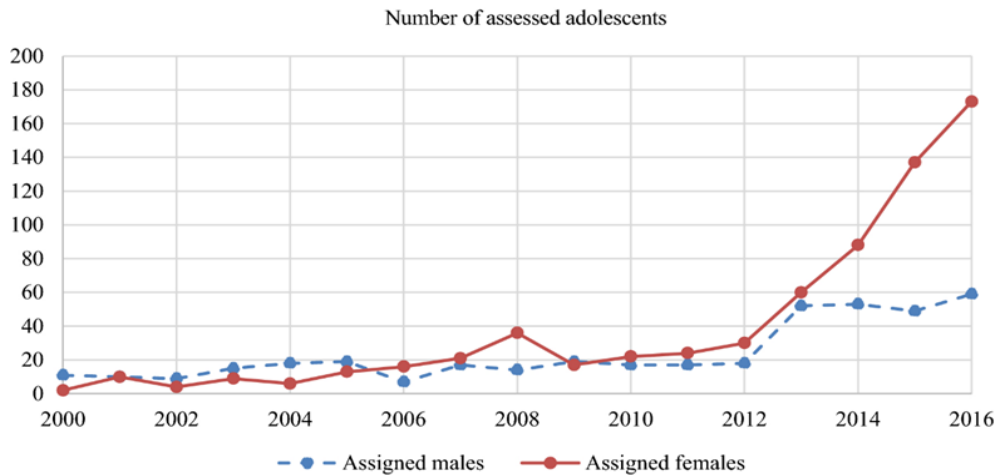
### *DSM-5 en ICD-11*

DSM-5 is de meest recente versie van het Amerikaanse Handboek voor psychische stoornissen. In deze uitgave is een verandering gekomen in de beschrijving van genderidentiteitsstoornissen. Dit heet nu 'genderdysforie', het psychologische leed dat het gevolg is van een incongruentie tussen iemands geslacht toegewezen bij de geboorte en iemands genderidentiteit.<sup>1,2</sup> In ICD-11, het classificatieboek voor alle aandoeningen, psychisch en medisch van de WHO heet het 'genderincongruentie' en is dit verplaatst naar de categorie 'aandoening die verband houdt met seksuele gezondheid' in plaats van deze te behouden in het hoofdstuk over 'mentale en gedragsstoornissen', omdat dit als te stigmatiserend werd beschouwd.<sup>3,4</sup>

Het geslacht van een mens wordt uiteraard niet toegewezen bij de geboorte, maar ontstaat bij de bevruchting als de zaadcel en de eicel versmelten en een nieuwe persoon ontstaat die de helft van de chromosomen van de vader en van de moeder draagt. De geslachtschromosomen zijn mannelijk of vrouwelijk en zijn in iedere cel van het lichaam aanwezig. Een verandering hierin is onmogelijk.

Dat betekent dat mensen biologisch gezien niet van geslacht kunnen veranderen. Biologisch is een transjongen dus geen jongen en een transmeisje is geen meisje.

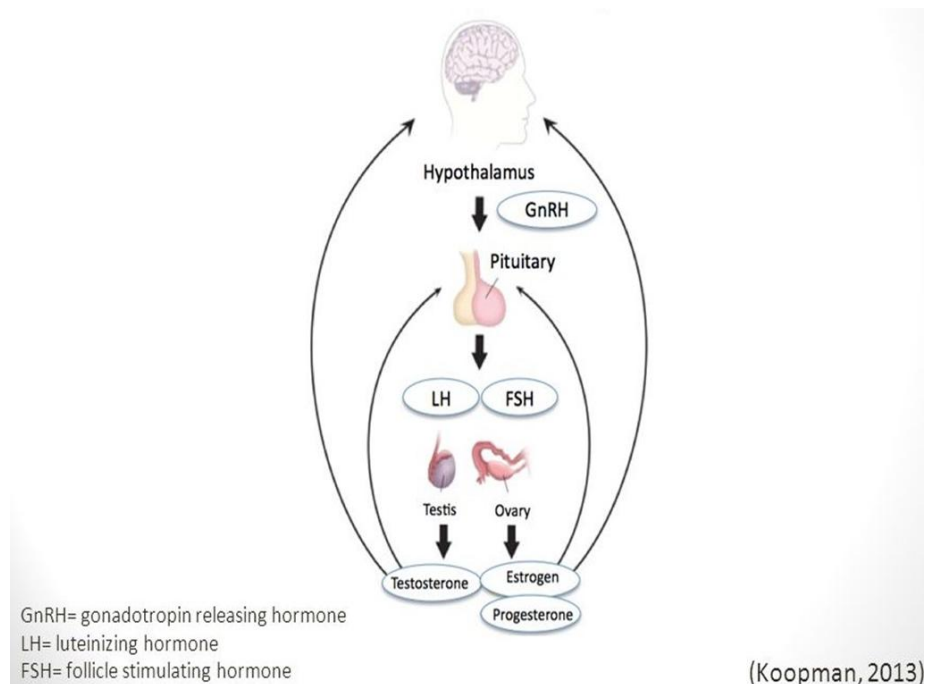
Vanaf 2012 is er een sterke toename in het aantal kinderen dat met problematiek rond hun genderidentiteit naar de genderkliniek verwezen wordt, waarbij meisjes drie keer zoveel vertegenwoordigd zijn als jongens. Wereldwijd is hetzelfde beeld te zien. In de grafiek staan gegevens van het Kennis- en zorgcentrum voor genderdysforie van het Amsterdam UMC (locatie VUmc), zie grafiek.<sup>5</sup>



Om te begrijpen wat een genderbehandeling inhoudt en welke risico's eraan verbonden zijn, moeten we eerst weten welke ontwikkeling jongeren in de puberteit doormaken.

### *Puberteitsontwikkeling*

In de puberteit begint de aanmaak van hormonen. In de hersenen worden stoffen afgegeven, de zgn. gonadoreline releasing hormonen (GnRH), die de hypofyse aanzetten tot het maken van luteïniserend hormoon (LH) en follikelstimulerend hormoon (FSH). Deze hormonen geven op hun beurt weer bericht aan de geslachtsorganen om geslachtshormonen aan te maken: oestrogeen bij meisjes en testosteron bij jongens, zie figuur 1.



Figuur 1

Oestrogeen en testosteron zorgen voor de ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken:

Bij meisjes ontwikkelen en rijpen schaamlippen, vagina, baarmoeder en borsten. De ovulatie en menstruatie beginnen op te treden.

Bij jongens wordt de penis groter en erecties en ejaculatievermogen ontwikkelen zich. Ook wordt de stem lager en komt er gezichtshaar.

Verder is deze leeftijdsfase belangrijk voor de hersenontwikkeling en de opbouw van de botten en vindt er een groeispurt plaats.<sup>6</sup>

### *Hersenen en psychische ontwikkeling*

De geslachtshormonen zijn van wezenlijk belang voor de ontwikkeling van de hersenen.

Testosteron en oestrogeen hebben ook invloed op emoties en gevoelens en dit zie je terug in het gedrag.<sup>7 8</sup>

Vooraf de zogenaamde prefrontale cortex in de hersenen maakt tijdens de pubertijd een grote ontwikkeling door. Deze cortex is belangrijk voor de regelfuncties van de hersenen en voor zaken als beslissingen nemen, plannen, sociaal gedrag en zelfbeheersing.

### *Kwetsbaar*

Kinderen die van geslacht /gender willen veranderen, vormen een kwetsbare groep. Ze hebben meer dan gemiddeld psychische problemen, zoals autisme, angst en depressie.<sup>9</sup>

Eén op de vijf transgenders heeft minstens één keer een zelfmoordpoging gedaan en meer dan twee op de drie transgenders geven aan wel eens zelfmoordgedachten te hebben gehad. Dat is ongeveer tien keer zoveel als in de rest van de Nederlandse bevolking.<sup>10</sup>

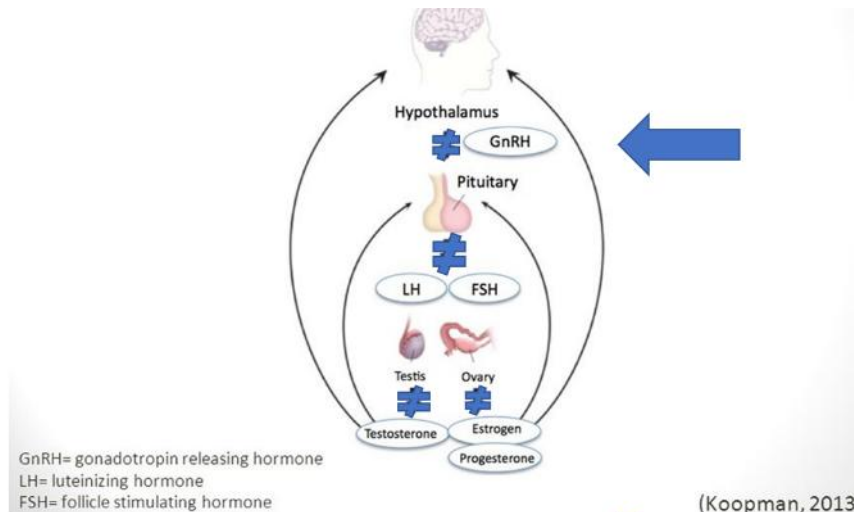
### *Het Dutch protocol<sup>11</sup>*

Voor deze groep ontwikkelde het Kennis- en zorgcentrum genderdysforie van het Amsterdam UMC het zogenaamde Dutch Protocol, een behandeling die gericht is op 'geslachtsaanpassing'. Dit protocol speelt in de wereld een voortrekkersrol.

### *Eerste stap: puberteitsremmers*

De eerste stap van het protocol is behandeling met puberteitsremmers, waarmee begonnen kan worden vanaf het eerste teken van de pubertijd, op ongeveer 11 jarige leeftijd. Dit zijn zware medicijnen die nooit voor deze indicatie zijn geregistreerd. Officieel worden ze voorgeschreven om zedendelinquenten chemisch te castreren en om prostaatkanker te behandelen. Er is ook een indicatie voor kinderen die te vroeg in de puberteit komen (bijvoorbeeld al op zesjarige leeftijd), om deze uit te stellen tot bijvoorbeeld het twaalfde

levensjaar. Zij slaan de puberteit dus niet over, maar er wordt voor gezorgd dat de puberteit op het juiste moment plaatsvindt en parallel loopt met de puberteit van leeftijdsgenoten. Het zijn zogenaamde synthetische GnRH-achtige hormonen, die de werking van het natuurlijke GnRH stilleggen. Hierdoor wordt er ook geen oestrogeen of testosteron meer geproduceerd, zie figuur 2.



## Production of testosterone and estrogen ↓

Figuur 2

Op deze manier wordt de voortgang van de puberteit geremd. Dit verlicht de onmiddellijk verontrustende symptomen van genderdysforie, doordat de uiterlijke geslachtskenmerken niet verder tot ontwikkeling komen. Maar er zijn ook andere effecten.

### *Effect op de vruchtbaarheid*

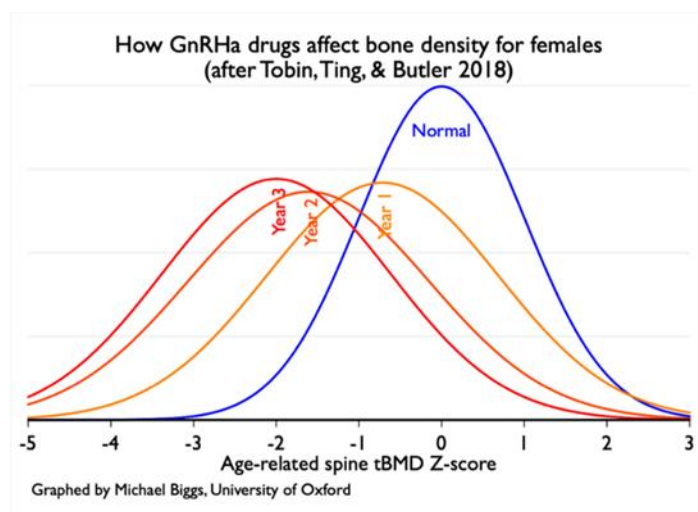
Bij trans geïdentificeerde jongens stopt de werking van de zaadballen. Om op latere leeftijd toch eigen kinderen te kunnen krijgen, kunnen mogelijk zaadcellen ingevroren worden. Als er nog geen zaadlozing is geweest en in de loop van de behandeling daartoe wordt besloten, moet minstens drie maanden gestopt worden met de puberteitsremmers om de zaadcelproductie op gang te laten komen. Dat heeft tot gevolg dat de puberteit ondertussen wel in de mannelijke richting gaat (baardgroei, het lager worden van de stem en het groeien van de penis) en de winst van niet in de puberteit gaan deels verloren kan gaan. En juist dat is iets dat trans geïdentificeerde jongens meestal niet zien zitten. Er is overigens geen garantie dat er met de ingevroren zaadcellen ook daadwerkelijk een zwangerschap tot stand komt, als er al een potentiële (draag)moeder gevonden wordt.

Bij trans geïdentificeerde meisjes stopt de werking van de eierstokken. Zij kunnen eicellen invriezen voor later. Als ze pas in de loop van de behandeling daartoe besluiten, moeten ze drie tot zes maanden stoppen met de puberteitsremmers.<sup>12</sup>

De fysieke en mentale impact/pijn van het "oogsten" van eicellen en zaadcellen of testisweefsel op zo jonge leeftijd is niet te onderschatten, maar ook nog niet wetenschappelijk onderzocht.

### *Effect op de botten*

Hoe hoger de botdichtheid, hoe sterker de botten. In de periode voor de puberteit neemt de botdichtheid met 5% per jaar toe, tijdens de puberteit met 10% per jaar. Door het gebruik van puberteitsremmers stopt de toename en kan de botdichtheid zijn maximum niet bereiken. Hierdoor neemt het risico op zwakke botten en botbreuken op latere leeftijd toe.<sup>13</sup> Zie figuur 3, curve weergegeven zonder puberteitsremmers en na 1, 2 en 3 jaar. De zogenaamde z-score, maat voor de botdichtheid wordt negatief.



Figuur 3

### *Effect op de hersenen en psychische effecten*

Door het onderdrukken van de geslachtshormonen wordt de ontwikkeling van met name de prefrontale cortex beïnvloed. Het is nog onduidelijk wat het effect hiervan is. Wel hebben studies aangetoond dat puberteitsremmers een slechtere cognitieve en executieve functies (zoals onthouden, plannen, redeneren, beslissen en uitvoeren van noodzakelijke acties) tot gevolg kunnen hebben en meer kans op depressieve symptomen en meer gedrags- en emotionele problemen.<sup>14</sup>

### *Pauzeknop?*

De Amsterdamse genderkliniek vertelt dat "deze periode bedoeld is om rustig na te denken of je de stap naar het leven in het andere geslacht echt wil zetten". De behandeling wordt

voorgesteld als het indrukken van een simpele 'pauzeknop' die de puberteit stopzet. Indien gewenst stopt de behandeling en de puberteit wordt hervat. Maar is dat wel zo? Het komt namelijk niet zo vaak voor dat kinderen stoppen met het innemen van puberteitsremmers.<sup>15</sup> Het wordt niet gezien als een pauze, maar als het eerste opstapje naar transitie, waar je nu eenmaal doorheen moet. Het blijkt alleen in theorie omkeerbaar. En de eerste stap op weg naar levenslange medicalisatie.

Hierdoor is er nauwelijks onderzoek gedaan om vast te stellen of dit schadelijk is en of de normale puberteit bij deze kinderen werkelijk wordt hervat. Wel is bekend dat hormonale niveaus vaak pas een jaar of langer na het stoppen van de blokkers normaliseren, wat de puberteitsvertraging verlengt. Dus een nog langere remming van normale bot-, hersen- en psychosociale ontwikkeling.

Ondertussen vervreemden deze kinderen van hun leeftijdsgenoten, die wel een normale ontwikkeling doormaken en zich fysiek, intellectueel en seksueel ontwikkelen, terwijl het kind op puberteitsblokkers op al die gebieden stil blijft staan. Wat dat voor de sociale ontwikkeling van het kind betekent wordt in geen enkel onderzoek benoemd.

#### *Tweede stap: cross-seks hormonen*

Eenmaal gestart met puberteitsremmers gaan de meeste jongeren op 15 à 16-jarige leeftijd door met cross-seks hormonen, de geslachtshormonen van het wensgeslacht.

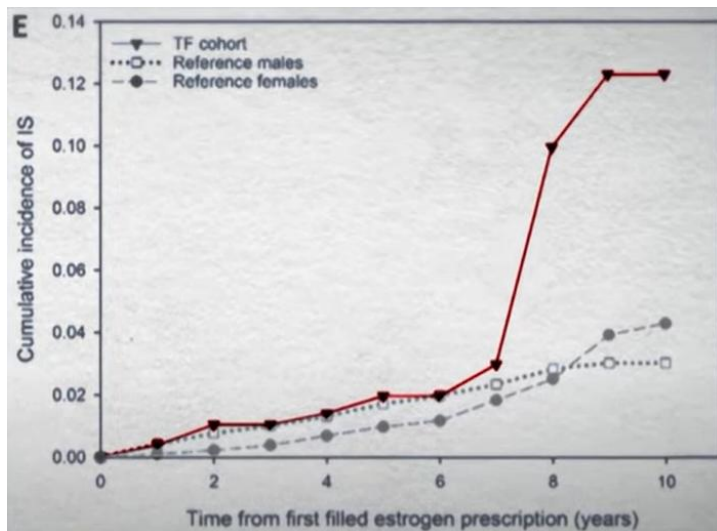
Vrouw-naar-man patiënten krijgen testosteron toegediend. Dat leidt tot de ontwikkeling van een lage stem, baardgroei- en lichaamsbeharing, en een meer mannelijker lichaamsvorm, evenals tot clitorisvergroting en verdere vermindering van het borstweefsel.

Bij een man-naar-vrouw transitie resulteert toediening van oestrogenen in borstontwikkeling en een vrouwelijker lichaamsvorm.

Gebruik van deze hormonen blijft voor de rest van het leven nodig, omdat het lichaam ze zelf niet maakt. Sommige van de veranderingen zijn onomkeerbaar, zoals een diepere stem, gezichtsbeharing en kaalheid bij transmannen en borstgroei bij transvrouwen.<sup>16</sup>

#### *Bijwerkingen*

Bijwerkingen zijn onder andere een hoger risico op hartaanvallen en beroertes.<sup>17</sup>



Grafiek uit Zweedse documentaire Trans Train. Herseninfarcten uitgezet tegen het aantal jaren oestrogeengebruik.

Ook bleek dat transvrouwen een 46 keer hoger risico op borstkanker hadden dan mannen in de algemene bevolking.<sup>18</sup>

### *Derde stap: geslachtsaanpassende operaties vanaf 18 jaar*

Deze laatste stap betekent een of meer 'geslachtsaanpassende' operaties.

Man-naar-vrouw chirurgie omvat de constructie van uitwendige geslachtsdelen die er vrouwelijk uitzien (waarbij de testikels worden verwijderd). Voor de constructie van een vagina wordt het scrotum binnenstebuiten gehaald. Als er al bij het eerste begin van de puberteit met puberteitsremmers is begonnen, is het scrotum vaak te klein en wordt er aangevuld met darmweefsel. Ook worden de borsten vaak vergroot en kan de adamsappel minder prominent gemaakt worden en het gezicht vervrouwelijkt worden.

Voor vrouw-naar-man patiënten is de eerste operatie vaak een borstampuatie (dit mag al vanaf 16 jaar). Hierna volgt verwijdering van de baarmoeder en de eierstokken. Een penis kan gemaakt worden door de urinebuis door de iets vergrote clitoris te leiden of door met een huidflap uit bv de onderarm een penis te vormen,

Niet iedereen kiest ervoor om een chirurgische constructie van een penis te ondergaan, omdat de kwaliteit en functionaliteit van een "neopenis" varieert.

De operaties die op dit moment mogelijk zijn, verlenen niet de voortplantingscapaciteiten en dezelfde seksuele functie van het andere geslacht. Dat betekent dat het definitief niet meer mogelijk is op natuurlijke wijze kinderen te krijgen. Na de operaties is levenslang hormoongebruik noodzakelijk.<sup>19</sup>

### *Gevaren*

Deze operaties zijn niet zonder gevaren. Er kunnen urineweginfecties ontstaan en problemen met de urinebuis: fistels en een vernauwing van de opening.

#### *Grote toename*

Om de betreffende jongeren niet te ontmoedigen, te discrimineren of af te vallen, haasten veel ouders, docenten en vooral ook psychische begeleiders zich om de jongeren te bevestigen in hun wens om een geslachtsveranderend proces in te zetten. Publiekelijk leidt dat o.a. tot pubers in "coming out" items op radio en tv, enthousiast bevestigd door naasten en docenten. Dit enthousiasme en sociale aanmoediging zou aanstekelijk kunnen werken voor andere jongeren om dezelfde weg te verkennen.

#### *Drie keer zoveel meisjes*

Opvallend is de grotere toename – sinds 2012 – van het aantal meisjes dat aanklopt bij de kliniek. Wat kan de oorzaak zijn? Tienermeisjes maken veel mee en hebben vaak het gevoel dat ze er niet bij horen. Ze worstelen met angst, depressies of eetstoornissen. Ze dompelen zich onder in sociale media, met ongezond perfecte plaatjes en ontdekken transgender-goeroes. Ze delen die ervaringen met vriendinnen en steken elkaar aan, zo blijkt uit onderzoek. Deze vorm wordt ook wel 'Rapid Onset Genderdysforie' genoemd, omdat het ineens opkomt.<sup>20</sup>

#### *Spijt*

Dit speelde een paar jaar geleden bij een rechtszaak in het Verenigd Koninkrijk. Keira Bell wordt als meisje geboren. Rond haar veertiende raakt ze in verwarring of ze wel echt een vrouw is. Twee jaar later start ze het transitieproces en rond haar twintigste laat ze haar borsten operatief verwijderen. Maar ze krijgt spijt en onderneemt juridische stappen tegen de genderkliniek.

De vraag voor het Hooggerechtshof was of een tiener zoals Keira wel de vermogens heeft om in te stemmen met het gebruik van puberteitsremmers. Volgens Keira had de genderkliniek haar meer moeten bevragen over haar gedachte dat ze een man wilde zijn. De rechtbank was het eens met Keira en sprak uit dat het "zeer onwaarschijnlijk is dat een kind van 13 jaar of jonger in staat zou zijn om toestemming te geven voor de toediening van puberteitsremmers. Het valt te betwijfelen of een kind van 14 of 15 jaar de langetermijnrisico's en gevolgen van de toediening van puberteitsremmers kan begrijpen en afwegen".

Aan de orde is ook dat wanneer er ook autisme speelt bij de jongeren, er steeds meer stemmen opgaan die aangeven dat deze jongeren op diverse gebieden, waaronder ontwikkeling c.q. invulling van hun seksualiteit, een vertraagde ontwikkeling doormaken ten opzichte van hun leeftijdgenoten en dus potentieel nog minder in staat kunnen zijn om deze levenslang doorwerkende beslissingen te nemen.



Een dag na de uitspraak van het Hoogerechtshof werd een langlopende studie gepubliceerd door de Engelse genderkliniek. Deze toonde aan dat behandeling met puberteitsblokkers geen verbetering in het psychologisch functioneren teweegbracht.<sup>21</sup>

### *Omwenteling*

Deze uitspraak zal het aantal genderbehandelingen voor pubers drastisch verminderen in het Verenigd Koninkrijk. Een dergelijke omwenteling is ook in Finland, Frankrijk, Noorwegen en Zweden te zien. In Zweden toonde een onderzoek onder de totale bevolking aan dat de medische transitie (geslachtsaanpassing), al dan niet met operatie, niet leidde tot vermindering van stemmings- of angststoornissen. Integendeel, behandeling voor angststoornissen kwam vaker voor bij mensen die een geslachtsveranderende operatie hadden ondergaan.

Het meest gedegen onderzoek waarin het genderbeleid voor jongeren werd geëvalueerd, is recent beschreven in een rapport onder leiding van dr. Hilary Cass<sup>22</sup>, een zeer gerespecteerde en vooraanstaand kinderarts in het Verenigd Koninkrijk.

Het rapport vernietigt de hele basis van het *Dutch Protocol* voor de behandeling van kinderen met genderproblematiek. Er blijkt geen goed bewijs te zijn over de langetermijnresultaten van interventies om gendergerelateerd leed te beheersen. Artsen hebben geen idee welke trans-identificerende kinderen zich als trans zullen blijven identificeren als ze opgroeien. Dit ondergraaft het hele idee van het aanbieden van ‘transitie’ voor jongeren met genderproblemen.

Haar boodschap is duidelijk: noch puberteitsblokkers, noch cross-sekshormonen hebben enige wetenschappelijke basis voor het gebruik ervan bij jongeren onder de 18 jaar. Cass stelt voor de leeftijdsgrens voor eventuele medicinale behandeling op te trekken naar 25 jaar. Verder beveelt zij psychologische behandelingsbenaderingen aan.

### *Psychische hulp*

Dit sluit aan bij wat vooraanstaande psychiaters zeggen<sup>23</sup>: kijk naar de – vaak voorkomende – onderliggende problematiek en behandel de psychische aandoeningen of symptomen. 80 - 90 % van de kinderen komt dan over genderdysforie heen.<sup>24</sup> Tot nu toe zijn er op de lange termijn ter verbetering van de mentale en fysieke gezondheid of van sociaal en romantisch geluk van jonge mensen geen behandelingen gevonden die effectiever zijn dan psychotherapeutische benaderingen.<sup>25</sup>

---

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

<sup>2</sup> American Psychiatric association, Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5

<sup>3</sup> Drescher, New Diagnostic Codes Lessen Stigma for Transgender People, Medscape, 2017/9/11

<sup>4</sup> Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, Cohen-Kettenis PT, Arango-de Montis I, Parish SJ, Cottler S, Briken P, Saxena S. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 2016 Oct;15(3):205-221. doi: 10.1002/wps.20354. Erratum in: *World Psychiatry*. 2017 Jun;16(2):220. PMID: 27717275; PMCID: PMC5032510.

<sup>5</sup> Arnoldussen, M., Steensma, T.D., Popma, A. et al. Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 29, 803–811 (2020)

<sup>6</sup> M. J. Heineman e.a. (red.), *Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens ; met een ten geleide van P.E. Treffers*

<sup>7</sup> Sarah-Jayne Blakemore, Stephanie Burnett, Ronald E. Dahl, The role of puberty in the developing adolescent brain. 14 May 2010. *Human Brain Mapping* 31:926–933 (2010)

<sup>8</sup> Biowetenschappen en maatschappij Cahier 1 | 2019 | 38e jaargang Brein in de groei

<sup>9</sup> T. Vrouwenraets et al., Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria *Archives of Sexual Behavior* (2020) 49:2611–2618

<sup>10</sup> [www.scientias.nl/transgenders-van-geslacht-veranderen](http://www.scientias.nl/transgenders-van-geslacht-veranderen)

<sup>11</sup> ALC de Vries, ThD Steensma, ThAH Doreleijers, PT Cohen-Kettenis, Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med*, 2011 Aug;8(8):2276-83.)

<sup>12</sup> <https://www.transvisie.nl/transitie/jongeren/kinderwens/#1596366566813-4b76e92f-5ad4>

<sup>13</sup> MC Vlot et al, Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents, in *ScienceDirect*, Vol. 95, February 2017, p. 11-19

<sup>14</sup> Michael K. Laidlaw, The Pediatric Endocrine Society’s Statement on Puberty Blockers Isn’t Just Deceptive. It’s Dangerous, in *Public Discourse*, The Journal of the Witherspoon Institute, January 13, 2020 <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/01/59422/>

<sup>15</sup> ALC de Vries et al., Challenges in Timing Puberty Suppression for Gender-Nonconforming Adolescents. *Pediatrics* Oct 2020, 146

<sup>16</sup>

<http://psychopharmacologyuvt.pbworks.com/w/page/117419991/Genderdysforie%20en%20depressie>

<sup>17</sup> NiM. Nota et al., Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy. *Circulation* 2019;139:1461–1462

---

<sup>18</sup> CJM de Blok et al., Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands *BMJ* 2019; 365 :1652

<sup>19</sup> <https://www.vumc.nl/zorg/expertisecentra-en-specialismen/kennis-en-zorgcentrum-genderdysforie/informatie-voor-patienten-kennis-en-zorgcentrum-genderdysforie/fase-3-operaties.htm>

<sup>20</sup> Littman, L., Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria, *PLOS One* 2018.

<sup>21</sup> Polly Carmichael, Gary Butler, Una Masic, Tim J Cole, Bianca L De Stavola, Sarah Davidson, Elin M. Skageberg, Sophie Khadr, Russell Viner. Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK

<sup>22</sup> <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143933/https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>

<sup>23</sup> Richard Bränström, Ph.D., John E. Pachankis, Ph.D., Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study, *the American Journal of Psychiatry*, 04OCT19

<sup>24</sup> MK Laidlaw et al., Letter to the Editor: “Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline”, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 104, Issue 3, March 2019, Pages 686–687

<sup>25</sup> Dr. Stephen B. Levine, M.D., Expert Affidavit Case 2020CV000454, Doe v. Madison Metropolitan School District, Circuit Court, Dane County, WI, p.35