



Hoe kunnen we de beste zorg geven aan jongeren die te maken hebben met genderincongruentie?

P. Vankrunkelsven^{1,5}, K. Casteels^{2,3}, J. De Vleminck⁴

Deze opinietekst geeft de mening weer van de auteur(s). De redactie is bijgevolg niet verantwoordelijk voor de inhoud van het artikel.

Inleiding

De term 'transgender' verwijst naar een persoon wiens geslacht dat bij de geboorte is toegekend (meestal gebaseerd op de uitwendige geslachtsorganen) niet overeenkomt met diens genderidentiteit (het gender waartoe iemand zichzelf rekent). Mensen die transgender zijn, kunnen genderdysforie ervaren, wat verwijst naar een sterk gevoel van onvrede met het geboortegeslacht. Dit geeft vaak aanleiding tot hogere proporties van depressie, angst en suïcidegedachten (1).

Het onderstaande standpunt is vooral ingegeven door bezorgdheid over het gebruik van puberteitsremmers aan het begin van de puberteit. Cijfers uit Nederland en het Verenigd Koninkrijk tonen aan dat meer dan 95% van de personen die startten met puberteitsremming, doorgaat met genderbevestigende behandelingen (2, 3). Als jongeren met genderdysforie echter hun natuurlijke puberteit doormaken, zullen deze gevoelens slechts bij een kleine 15% blijven bestaan. Daarover zijn 11 prospectieve studies bekend met in totaal 385 kinderen met genderdysforie die de puberteit doorliepen

zonder de toediening van hormonen (4-14). Van hen hadden 329 personen (85,5%) op het einde van de puberteit vrede genomen met hun geboortegeslacht (men duidt ze aan met de term 'desisters'). Daartegenover bleven 56 personen (14,5%) lijden aan genderdysforie ('persisters'), met een variatie tussen de studies van 2% tot 27%. Deze cijfers tonen aan dat niet alleen de eerste levensfase (van prenataal tot de leeftijd van 3 jaar) van belang is bij de genderontwikkeling, maar dat ook de puberteit deze ontwikkeling in een definitieve plooi legt. Er zijn nog andere studies die het belang onderstrepen van sekshormonen in deze genderdifferentiatie: door aan te zetten tot seksuele interesses en activiteit of de ontwikkeling van andere genderspecifieke kenmerken (15-18). Al deze veranderingen zijn waarneembaar via breinonderzoek: tijdens de adolescentie worden de hersenen geherprogrammeerd, wat meer hormonaal dan leeftijdsafhankelijk is (19-21). De differentiërende impact van puberteitshormonen op de hersenen wordt bevestigd via een MRI (22-29). In een kwalitatief onderzoek tonen Steensma et al. aan dat veranderingen tijdens de puberteit, zoals fysieke lichaamsveranderingen (bv. borstontwikkeling), veranderende interesses, vriendschappen, eerste verliefdheden, ontluikende seksualiteit en dito fantasieën, daarbij bepalend zijn. Zoals reeds aangetoond in oudere prospectieve, kwantitatieve studies, vonden Steensma et al. ook een hoog percentage homoseksuelen in deze groep van personen met genderdysforie (30).

Internationaal is het aantal kinderen met genderdysforie zeer sterk toegenomen. In bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk steeg het aantal aanmeldingen van enkele tientallen in 2009 tot 5.000 in 2021 (31). Ditzelfde fenomeen doet zich voor in veel westerse landen, o.a. Zweden en Spanje, waar de aanmeldingen exponentieel stijgen sinds 2014. Daar waar vroeger vooral geboren jongens vanaf de kinderleeftijd genderdysforie vertoonden ('childhood-onset' of 'early-onset'), bieden er zich nu 2 tot 3 keer meer

geboren meisjes aan. Ze doen dit op latere leeftijd ('adolescent-onset' of 'late-onset'), vaak pas tijdens de puberteit en dikwijls gaat dit gepaard met bijkomende psychische problemen (31). Ook in België lopen de wachtlijsten vol en wil men het aantal genderklinieken voor kinderen met genderdysforie (momenteel Gent en Luik) uitbreiden.

In de genderklinieken worden deze kinderen en adolescenten doorgaans behandeld volgens het 'Dutch Protocol', voor het eerst beschreven in 2 studies van de VU Amsterdam (32, 33). De 'Standards of Care' van de 'World Professional Association for Transgender Health' (WPATH) nemen dit protocol bijna integraal over. Deze 'Standards' zijn dan ook het voornaamste richtsnoer in de meeste westerse landen (34).

Het 'Dutch Protocol' kent, na een psychologische evaluatie, 3 fasen voor een medische transitie: de toediening van puberteitsremmers (meestal vanaf het begin van de puberteit), de toediening van crossexhormonen en ten slotte operatieve ingrepen, waaronder het verwijderen van de borsten (vanaf 16 jaar) en het omvormen van de geslachtsdelen (vanaf 18 jaar).

Bezorgdheid over wetenschappelijkheid

Met de forse stijging van het aantal patiënten in medische transitie en de verandering van de populatie is ook de zorg over de wetenschappelijke fundering van het 'Dutch Protocol' gegroeid. De behandeling volgens dit protocol stoelt op onderzoek dat gebaseerd is op zeer weinig patiënten. Al deze patiënten boden zich aan met genderdysforie die op kinderleeftijd ontstond, doorgaans zonder gekende psychiatrische problematieken (35). De studies waren ook uitgevoerd zonder controlegroep en met een korte follow-up. Hiertegen werden eerder al methodologische bezwaren ingebracht (36, 37). Meer

en meer wetenschappers vinden deze basis veel te smal om te beschouwen als evidence-based (38). Dit weerspiegelt zich in de veranderde benadering van het probleem in veel landen: daar waar aanvankelijk het ‘Dutch Protocol’ navolging vond, maakt men nu andere keuzes. Groot-Brittannië, Finland, Zweden en Denemarken hervormen hun transgenderzorg voor wat betreft de farmacologische en operatieve ingrepen (31, 39-42). Deze landen beperken de toediening van puberteitsremmers tot de oorspronkelijke doelgroep van het protocol, namelijk kinderen met ‘childhood-onset’ genderdysforie die persisteert tot in de puberteit. Bovendien vindt die toediening alleen plaats binnen studieverband. Voor adolescenten vormen het behandelen van de (bijkomende) psychische problematiek en exploratieve psychotherapie de eerstelijnsinterventie. Deze groep heeft immers gemiddeld veel meer bijkomende psychische problematieken of persoonlijkheidsstoornissen, zoals autisme (31, 43-45). De mogelijkheid bestaat dat hun identificatie als transpersoon mee ontstaat door sociale media en ‘peer influence’ en spijt komt vaker voor na een medische transitie (44, 46-49). Studies moeten eerst ophelderden in welke mate genderdysforie spontaan verdwijnt bij adolescenten die in de kindertijd geen genderincongruent gedrag vertoonden (44).

“Er is geen wetenschappelijk bewijs dat hormonale interventies een doeltreffende maatregel vormen ter preventie van suïcide.”

Ook in andere landen, zoals Frankrijk, Noorwegen, Australië en Nieuw-Zeeland, pleiten beroepsorganisaties en gezondheidsinstituten voor dezelfde terughoudendheid met de nadruk op psychologische zorg (50-52). In België wordt de discussie gevoerd, maar zijn er nog geen stappen ondernomen tot aangepaste richtlijnen. Bovendien is sinds kort Decapeptyl (triptoreline, een puberteitsremmend hormoon-equivalent) vrij verkrijgbaar in België, weliswaar op doktersvoorschrift, maar zonder gespecialiseerd vooronderzoek. Dit alles maakt een grondige

bespreking van de argumenten voor en tegen deze praktijk noodzakelijk. Een belangrijke reden om puberteitsremmers toe te dienen aan kinderen met genderdysforie is het voorkomen van de ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken (bv. stemverandering, baardgroei, borstontwikkeling), waardoor de uiterlijke uitkomst van een eventuele latere medische transitie verbetert. Hierover bestaat weinig discussie. Daarnaast gebruiken voorstanders het argument dat genderbevestigende zorg het welzijn van transgenders en genderdiverse mensen verbetert en het risico op suïcide vermindert. Dit argument is echter onvoldoende empirisch onderbouwd. Uit 2 systematische reviews tot nu toe is gebleken dat het bewijs voor de voordelen van hormonale interventies voor de mentale gezondheid van minderjarigen zeer zwak is (53, 54). Ook is er geen wetenschappelijk bewijs dat hormonale interventies een doeltreffende maatregel vormen ter preventie van suïcide (53, 54). Verder is er de stelling dat puberteitsremming een pauzeknop is die de puberteit ‘on hold’ zet en zo tijd zou creëren voor ‘verdere exploratie’. Dat blijkt niet uit de vaststellingen tot nu toe. Starten met puberteitsremmers lijkt eerder een fuik richting transitie. In Nederland bijvoorbeeld gaat 96,5% van de personen die startten met puberteitsremming door met de genderbevestigende be-

handeling (2). Ook in België gaan de meeste kinderen die puberteitsremmers krijgen verder in transitie. Het zou kunnen dat jongeren net niet meer exploreren omdat ze puberteitsremmers als eerste stap van hun transitie zien (55-57). De Britse pediater Hillary Cass (het Cass-report lag aan de basis van de sluiting van de grootste Britse genderkliniek in 2022) oppert dat de reële mogelijkheid bestaat dat puberteitsremmers jongeren ‘vastklikken’ in een medisch traject door het stilleggen van de normale psychosociale en -seksuele ontwikkeling in de puberteit (31).

Tegenover de vooral hypothetische voordelen, die grotendeels niet empirisch bevestigd zijn, staan aanzienlijke risico's bij het gebruik van puberteitsremmers: onvruchtbaarheid, levenslange afhankelijkheid van medicijnen, verminderde botdichtheid, verminderd seksueel functioneren, moeilijkere genitale chirurgie door onderontwikkelde geslachtsorganen en lijden door gevoelens van spijt (31, 36, 37, 54, 58).

Samengevat, de situatie is naar onze overtuiging kritiek: een exponentieel groeiend aantal minderjarigen overweegt een medische transitie zonder dat op goede gronden gezegd kan worden dat dit hun leven beter zal maken. Ook de oorzaak van deze exponentiële groei verdient verder onderzoek.

Standpunt

Wij als professionals die betrokken zijn bij de directe zorg voor transgenderjongeren of bij de evaluatie van medisch bewijsmateriaal, zijn bezorgd over het snel stijgende gebruik van hormoonbehandelingen (waaronder puberteitsremmers) voor genderbevestigende zorg bij jongeren.

Deze bezorgdheid staat niet gelijk met niets doen. Genderdysforie gaat gepaard met of is onderdeel van psychisch lijden en emotionele stress. Om deze reden bevelen steeds meer Europese landen en internationale professionele organisaties zorg aan die uitgaat van een aantal principes en die wij ook onderschrijven (39-41, 52):

- De zorg is gericht op de individuele noden van de patiënt.
- Er wordt ondersteunend, ethisch en niet-oordeelend gehandeld.
- Cruciaal is een alomvattende, multidisciplinaire evaluatie waarbij men de genderidentiteit van de patiënt volledig exploreert, evenals de persoonlijke en familiale context en geschiedenis waarin deze is ontstaan. Tijdens de adolescentie is het

belangrijk om te onderzoeken of een particuliere genderidentiteitscrisis al dan niet een tijdelijke uitdrukking is van een onderliggende, behandelbare psychiatrische comorbiditeit die deze ontwikkelingsleeftijd niet zelden kenmerkt.

- Deze jongeren en hun familie moeten continue psychosociale ondersteuning aangeboden krijgen om een positieve mentale uitkomst te maximaliseren.
- Bij 'late-onset' genderdysforie is een psychotherapeutisch traject bij een psychotherapeut, onafhankelijk van een genderkliniek, te verkiezen.
- Bieden van experimenteerterruimte in de (tijdelijke) genderfluïde context.
- Als men oordeelt dat een hormonale interventie nodig is, moet deze gekaderd worden in een onderzoekssetting.
- Voldoende middelen voor wetenschappelijk onderzoek en aangepaste zorg zijn nodig zodat we kunnen evolueren naar een op evidentie gebaseerde zorg.

Deze principes moeten overheden, medische verenigingen en behandelingsteams ertoe aanzetten om hun policy, aanbevelingen of handelingen af te stemmen op het best beschikbare bewijsmateriaal.

Ons inziens moet België de genderzorg bij kinderen en adolescenten hervormen naar het voorbeeld van Zweden en Finland, waar men hormonen beschouwt als ultimum remedium, in strikt onderzoeksverband en alleen volgens de oorspronkelijke doelgroep van het 'Dutch Protocol' (39-41).

Mededelingen

Belangenconflict

De auteurs vermelden geen belangenconflict.

Financiële ondersteuning

Er werd geen financiële ondersteuning ontvangen voor dit manuscript.

Aansprakelijkheid en copyright

Hierbij verklaren alle auteurs akkoord te gaan met de opgelegde regels in verband met aansprakelijkheid en copyright.

Affiliaties

- ¹ Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine.
- ² Dienst pediatrie, Universitair Ziekenhuis Leuven.
- ³ Departement ontwikkeling en regeneratie, KU Leuven.
- ⁴ Dienst kinder- en jeugdpsychiatrie, UPC KU Leuven en Hoger Instituut voor Wijsbegeerte, KU Leuven.
- ⁵ Correspondentieadres: P. Vankrunkelsven, Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine, Kapucijnenvoer 7, 3000 Leuven; e-mail: patrik.vankrunkelsven@kuleuven.be

Literatuur

1. Reisner SL, Vettters R, Leclerc M, et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health* 2015; 56: 274-279.
2. Brik T, Vrouwenraets LJJJ, de Vries MC, Hannema SE. Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Arch Sex Behav* 2020; 49: 2611-2618.
3. Carmichael P, Butler G, Masic U, et al. 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. *PLoS One* 2021; 16: e0243894.
4. Bakwin H. Deviant gender-role behavior in children: relation to homosexuality. *Pediatrics* 1968; 41: 620-629.
5. Davenport CW. A follow-up study of 10 feminine boys. *Arch Sex Behav* 1986; 15: 511-517.
6. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 2008; 44: 34-45.
7. Green R. The "Sissy Boy Syndrome" and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press, 1987.
8. Kosky RJ. Gender-disordered children: does inpatient treatment help? *Med J Aust* 1987; 146: 565-569.
9. Lebovitz PS. Feminine behavior in boys: aspects of its outcome. *Am J Psychiatry* 1972; 128: 1283-1289.
10. Money J, Russo AJ. Homosexual outcome of discordant gender identity/role: longitudinal follow-up. *J Psychiatr Psychol* 1979; 4: 29-41.
11. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 1413-1423.
12. Zucker KJ, Bradley SJ. Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press, 1995.
13. Zuger B. Early effeminate behavior in boys: outcome and significance for homosexuality. *J Nerv Ment Dis* 1984; 172: 90-97.
14. Singh D, Bradley SJ, Zucker KJ. A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Front Psychiatry* 2021; 12: 632784.
15. Perry DG, Pauletti RE. Gender and adolescent development. *J Res Adolesc* 2011; 21: 61-74.
16. Collins WA, Steinberg L. Adolescent development in interpersonal context. In: Damon W, Lerner RM, Eisenberg N. *Handbook of child psychology, volume 3. Social, emotional and personality development*, 6th edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2006: 1003-1067.
17. Rowe R, Maughan B, Worthman CM, Costello EJ, Angold A. Testosterone, antisocial behavior, and social dominance in boys: pubertal development and biosocial interaction. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 546-552.
18. Walker DM, Bell MR, Flores C, Gulley JM, Willing J, Paul MJ. Adolescence and reward: making sense of neural and behavioral changes amid the chaos. *J Neurosci* 2017; 37: 10855-10866.
19. Balvin N, Prerna B. The adolescent brain: a second window of opportunity. A compendium. *Miscellanea, UNICEF Office of Research, Innocenti, Florence, 2017* (www.unicef-irc.org/publications/pdf/adolescent_brain_a_second_window_of_opportunity_a_compendium.pdf).
20. Huttenlocher PR. Synaptic density in human frontal cortex: developmental changes and effects of aging. *Brain Res* 1979; 163: 195-205.
21. Casey BJ, Tottenham N, Fossella J. Clinical, imaging, lesion, and genetic approaches toward a model of cognitive control. *Dev Psychobiol* 2002; 40: 237-254.
22. Neufang S, Specht K, Hausmann M, et al. Sex differences and the impact of steroid hormones on the developing human brain. *Cereb Cortex* 2009; 19: 464-473.
23. Vijayakumar N, Youssef G, Allen NB, et al. The effects of puberty and its hormones on subcortical brain development. *Compr Psychoneuroendocrinol* 2021; 7: 100074.
24. Peper JS, Brouwer RM, Schnack HG, et al. Sex steroids and brain structure in pubertal boys and girls. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34: 332-342.
25. Beltz AM, Berenbaum SA. Cognitive effects of variations of pubertal timing: is puberty a period of brain organization for human sex-typed cognition? *Horm Behav* 2013; 63: 823-828.

26. Sisk CL, Schulz KM, Zehr JL. Puberty: a finishing school for male social behavior. *Ann NY Acad Sci USA* 2003; 1007: 189-198.
27. Nguyen TV, McCracken J, Ducharme S, et al. Testosterone-related cortical maturation across childhood and adolescence. *Cereb Cortex* 2013; 23: 1424-1432.
28. Paus T, Nawaz-Khan I, Leonard G, et al. Sexual dimorphism in the adolescent brain: role of testosterone and androgen receptor in global and local volumes of grey and white matter. *Horm Behav* 2010; 57: 63-75.
29. Bakker J. The role of steroid hormones in the sexual differentiation of the human brain. *J Neuroendocrinol* 2022; 34: e13050.
30. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011; 16: 499-516.
31. Cass H. Interim report, Cass review, 2022 (cass.independent-review.uk/publications/interim-report).
32. de Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med* 2011; 8: 2276-2283.
33. de Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics* 2014; 134: 696-704.
34. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health* 2022; 23: S1-S259.
35. Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol* 2006; 155: S131-S137.
36. Abbruzzese E, Levine SB, Mason JW. The myth of “reliable research” in pediatric gender medicine: a critical evaluation of the Dutch studies and research that has followed. *J Sex Marital Ther* 2023; 49: 673-699.
37. Biggs M. The Dutch Protocol for juvenile transsexuals: origins and evidence. *J Sex Marital Ther* 2023; 49: 348-368.
38. Block J. Gender dysphoria in young people is rising and so is professional disagreement. *BMJ* 2023; 380: 382.
39. palveluvalikoima.fi/sukupolidysforia-alaikaiset
40. Ludvigsson JF, Adolfsson J, Höistad M, Rydelius PA, Kriström B, Landén M. A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research. *Acta Paediatr* 2023; 112: 2279-2292.
41. The National Board of Health and Welfare. Care of children and adolescents with gender dysphoria. Sweden: The National Board of Health and Welfare, 2022.
42. Hansen MV, Giraldi A, Main KM, Tingsgård JV, Haahr ME. Danish healthcare offer for children and adolescents with gender dysphoria. *Ugeskr Laeger* 2023; 185: V11220740.
43. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläljärvi M, Frisé L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther* 2018; 9: 31-41.
44. Zucker KJ. Adolescents with gender dysphoria: reflections on some contemporary clinical and research issues. *Arch Sex Behav* 2019; 48: 1983-1992.
45. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläljärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015; 9: 9.
46. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One* 2018; 13: e0202330.
47. Cohn J. The detransition rate is unknown. *Arch Sex Behav* 2023; 52: 1937-1952.
48. Littman L. Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: a survey of 100 detransitioners. *Arch Sex Behav* 2021; 50: 3353-3369.
49. Vandebussche E. Detransition-related needs and support: a cross-sectional online survey. *J Homosex* 2022; 69: 1602-1620.
50. www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents
51. ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag
52. www.ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/recognising-and-addressing-the-mental-health-needs-of-people-experiencing-gender-dysphoria
53. Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: a systematic review. *J Endocr Soc* 2021; 5: 1-16.
54. NICE. Nice Evidence Reviews, Cass review, 2020 (cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews).
55. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SHM. Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7: 246-248.
56. Vrouwenraets LJJJ, de Vries MC, Hein IM, Arnoldussen M, Hannema SE, de Vries ALC. Perceptions on the function of puberty suppression of transgender adolescents who continued or discontinued treatment, their parents, and clinicians. *Int J Transgend Health* 2022; 23: 428-441.
57. VRT NWS. Fel debat over puberteitsremmers en mannelijke/vrouwelijke hormonen: ‘Wat jullie doen, is een experiment op kinderen’, 2023 (www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie).
58. Rosenthal SM. Challenges in the care of transgender and gender-diverse youth: an endocrinologist’s view. *Nat Rev Endocrinol* 2021; 17: 581-591.



Citeer dit artikel als: Vankrunkelsven P, Casteels K, De Vleminck J. Hoe kunnen we de beste zorg geven aan jongeren die te maken hebben met genderincongruentie? Tijdschr Geneesk 2024; 80: xxx-xxx.