

Chapter 10
Nederlandse Samenvatting

Samenvatting

Van gendervariantie tot genderdysforie: de psychoseksuele ontwikkeling van gender atypische kinderen en adolescenten

Kinderen kunnen onderling variëren in hun genderrol en in hoe zij hun genderidentiteit ervaren. De *genderrol* is het observeerbare gedrag, de interesses en voorkeuren die volgens maatschappelijke en culturele normen als stereotiep worden gezien voor het mannelijke en vrouwelijke geslacht. In onze cultuur wordt bijvoorbeeld verwacht dat jongens interesse hebben in het spelen met auto's en van ruwe spelletjes houden. Van meisjes wordt daarentegen verwacht dat zij een voorkeur hebben voor het spelen met poppen en hun spel socialer is. De *genderidentiteit* staat voor het subjectieve gevoel van man of vrouw zijn, dan wel ergens op het continuüm van man-naar-vrouw of erbuiten (*gender queer*).

Op basis van de variatie tussen kinderen in de presentatie van de genderrol en hun ervaren genderidentiteit, binnen het continuüm van man-naar-vrouw¹, kunnen er drie groepen worden onderscheiden. Ten eerste, de *gendernormatieve* kinderen: Voor deze kinderen is de genderrol en de genderidentiteit in lijn met hun geboorte geslacht. Ten tweede, de *gendervariante* kinderen: Deze kinderen vertonen (milde) cross-gendergedragingen, interesses en voorkeuren. De genderidentiteit is daarbij in lijn met het geboorte geslacht, maar voor sommigen wellicht minder sterk gerelateerd aan het geboortegeslacht dan bij gendernormatieve kinderen. Gendervariante kinderen hebben over het algemeen geen klinische hulp nodig en worden niet aangemeld bij gespecialiseerde genderidentiteitsklinieken. Een derde groep zijn de *genderdysfore* kinderen: Deze kinderen vertonen extreme en aanhoudende vormen van cross-gendergedrag en ervaren cross-genderidentiteit. Sommige genderdysfore kinderen uiten daarbij zelfs anatomische genderdysforie (“Ik wil geen penis hebben” of “Ik wil geen borsten hebben als ik later groot ben”). Genderdysfore kinderen kunnen significant lijden ervaren, of lopen hier een vergroot risico op, waardoor zij belemmerd worden in hun dagelijks functioneren. Deze kinderen voldoen aan de DSM-IV-TR criteria van een genderidentiteitsstoornis (GIS; American Psychiatric Association 2000), en worden vanuit de behoefte aan klinische hulp vaak aangemeld bij gespecialiseerde genderidentiteitsklinieken (Meyer-Bahlburg 2010).

¹ Hoewel het niet uit te sluiten is dat kinderen een identiteit kunnen hebben die buiten het man-naar-vrouw continuüm te plaatsen is, zijn wij zowel in onze studies, als in ons klinische werk, geen kinderen tegengekomen die zich identificeerden als gender queer.

Wat betreft de ontwikkeling van gender non-normatieve kinderen (gendervariante en genderdysfore kinderen), laat het huidige onderzoek (bij voornamelijk genderdysfore kinderen) zien dat de aanwezigheid van cross-gendergedrag en genderdysforie in de kindertijd sterker gerelateerd is aan een toekomstige homo-, bi- of lesbische seksuele oriëntatie, dan aan de aanwezigheid van genderdysfore gevoelens in de volwassenheid (zie voor een overzicht Steensma et al. 2011). Ten aanzien van de verschillende ontwikkelingspaden die zij doorlopen en de mogelijke factoren die hieraan bijdragen is de kennis echter nog beperkt.

Het beoogde doel van de in dit proefschrift beschreven studies was het inzicht in de ontwikkeling van gendervariante en genderdysfore kinderen en adolescenten te vergroten én de factoren die geassocieerd zijn met het voortduren (persisteren) van genderdysforie vanuit de kindertijd te achterhalen.

In **hoofdstuk 2** werd een overzicht gegeven van de huidige kennis ten aanzien van de ontwikkelingsroutes en de factoren die bijdragen aan de ontwikkeling van de genderidentiteit. In het bijzonder richtten wij ons hierbij op de ontwikkeling tijdens de adolescentie voor gendernormatieve jongeren en gender non-normatieve jongeren. In vergelijking met de huidige kennis over de genderidentiteitsontwikkeling bij gender non-normatieve kinderen is er weinig bekend over de genderidentiteitsontwikkeling tijdens de adolescentie voor gendernormatieve jongeren.

Wat betreft de factoren die van invloed zijn op een gender non-normatieve identiteitsontwikkeling heeft het onderzoek in het verleden zich voornamelijk gericht op de mogelijke rol van psychosociale factoren. De aanwezigheid van psychopathologie bij de ouders, het vaker voorkomen van angst bij de kinderen en een tekort aan grenzen stellen door de ouders werden hierbij in verband gebracht met een gender non-normatieve identiteitsontwikkeling. Echter, de resultaten uit deze studies bleken niet eenduidig waardoor het onduidelijk is of deze factoren de oorzaak dan wel een gevolg waren van de gendervariantie of genderdysforie van deze kinderen. Recenter onderzoek is gericht op de rol van biologische factoren op de genderidentiteitsontwikkeling. Studies bij mensen met een *Disorder of Sex Development* (DSD), congenitale condities waarbij de chromosomale, gonadale en/of anatomische geslachtsontwikkeling atypisch is (Hughes et al. 2006), wijzen op de invloed van prenatale blootstelling aan geslachtshormonen op genderrolgedrag, en mogelijk ook op de genderidentiteitsontwikkeling. In post mortem, neuropsychologisch en beeldvormend hersenonderzoek zijn er verschillen gevonden tussen mensen met genderdysforie en mensen zonder genderdysforie van hetzelfde geboortegeslacht. Echter, deze verschillen werden niet gevonden voor alle onderzoeksmaten,

de richting van de resultaten was niet altijd consistent en de resultaten waren over het algemeen niet eenduidig genoeg om een basis te vormen voor een brede theorie rondom de genderidentiteitsontwikkeling. De resultaten van het huidige onderzoek wijzen uit dat er geen simpele relatie bestaat tussen psychologische en sociale factoren en hersenontwikkeling enerzijds en genderidentiteitsontwikkeling anderzijds. Ondanks dat steeds meer onderzoekers het er over eens zijn dat *nature* en *nurture* met elkaar interacteren, zijn pogingen om beide facetten in onderzoek naar de genderidentiteitsontwikkeling te integreren nog maar zelden ondernomen.

Met betrekking tot de toekomstige ontwikkeling van genderdysfore kinderen wijst ons overzicht van de literatuur uit dat de genderidentiteit bij kinderen minder verankerd is dan in een latere leeftijdsfase. Daarnaast beschreven we dat de adolescentie een cruciale periode is voor het consolideren van de genderidentiteit, alsook de periode waarin het veel duidelijker wordt of genderdysfore gevoelens vanuit de kindertijd persisteren of afnemen, dan wel uitdoven. We bediscussieerden dat de aanvang van de puberteit het proces van persisteren of de afname van de genderdysforie kan sturen, maar dat er tevens aanwijzingen zijn dat cognitieve aspecten van genderidentiteit (bv. bij onzekerheid of ambivalentie ten opzichte van het eigen geboortegeslacht) ook een invloed zouden kunnen hebben gedurende dit proces. De adolescentie kan daarbij tevens de periode zijn waarin, voor kinderen die geen genderdysfore gevoelens in de kindertijd hadden, genderdysfore gevoelens voor het eerst opkomen. We concludeerden dat, ongeacht de verschillende ontwikkelingsroutes, de adolescentie als een cruciale periode binnen de genderidentiteitsontwikkeling gezien kan worden.

In **hoofdstuk 3** beschreven we een studie waarin we een vragenlijst valideerden die tot doel heeft om genderdysforie te meten, in een steekproef van 1119 adolescenten en volwassenen (gemiddelde leeftijd 24,6, spreiding 12-75). De versies voor mannen (UGDS-M) en vrouwen (UGDS-F) van de *Utrecht Gender Dysphoria Scale* (UGDS) werden afgenomen bij een groep transgenders: bij onze kliniek aangemelde personen die een GIS diagnose hadden (N=545) en aangemelde personen die niet voldeden aan alle criteria voor een GIS (N=103). Daarnaast namen we de vragenlijst af bij deelnemers met een DSD (N=60) en deelnemers uit de algemene populatie met een heteroseksuele (N=219), homoseksuele/lesbische (N=150), en een biseksuele (N=42) oriëntatie, welke dienden als controlegroep. Beide versies van de UGDS bleken betrouwbare schalen die goed in staat zijn om klinisch aangemelde deelnemers te onderscheiden van niet klinisch aangemelde controle deelnemers en DSD patiënten. De sensitiviteit was daarbij 88,3% (UGDS-M) en 98,5% (UGDS-F), de specificiteit was 99,5% (UGDS-M) en 97,9% (UGDS-F). Bij vergelijking van de gemiddelde totaal scores tussen de groepen kwam

voor beide schalen naar voren dat de transgender deelnemers met een GIS diagnose significant hoger scoorden dan de transgender deelnemers zonder een GIS diagnose. De twee transgendergroepen samen bleken daarbij significant meer genderdysforie te rapporteren dan de DSD en controle deelnemers. Wij concludeerden op basis van deze bevindingen dat de beide versies van de UGDS bruikbare schalen zijn, zowel voor gebruik in de klinische praktijk als het onderzoek.

In **hoofdstuk 4** werden de resultaten van een longitudinale studie in de algemene bevolking beschreven waarin we onderzochten of de aanwezigheid van gendervariantie in de kindertijd geassocieerd was met een bi- of homoseksuele oriëntatie en genderdysforie in de volwassenheid. In een steekproef van 406 jongens en 473 meisjes (gemiddelde leeftijd 7,5, spreiding 4-11) werd in de kindertijd de mate van gendervariantie gemeten met behulp van twee vragen uit de *Child Behavior Checklist* (CBCL). Vierentwintig jaar later in de volwassenheid, werd de seksuele oriëntatie bepaald en de aanwezigheid van genderdysforie in kaart gebracht (gemiddelde leeftijd 30,9, spreiding 27-36). Uit onze resultaten bleek dat de intensiteit en aanwezigheid van gendervariantie in de kindertijd hoger was voor meisjes dan voor jongens. Daarbij werd gendervariantie vaker gerapporteerd voor jongere kinderen dan voor oudere kinderen. Tevens vonden we dat de aanwezigheid van gendervariantie in de kindertijd in verband stond met de rapportage van een homoseksuele oriëntatie, maar niet met de aanwezigheid van een biseksuele oriëntatie in de volwassenheid. De kans op een homoseksuele oriëntatie in seksuele aantrekkings, seksuele fantasie, seksueel gedrag en seksuele identiteit bleek daarbij 8 tot 15 keer hoger, voor zowel mannen als vrouwen, te zijn. De percentages voor een gerapporteerde homoseksuele oriëntatie varieerde daarbij over de verschillende seksuele oriëntatie domeinen van 10,2% tot 12,2% voor participanten wiens ouders gendervariantie rapporteerden in de kindertijd en van 1,2% tot 1,7% voor participanten zonder een voorgeschiedenis van gendervariantie. De aanwezigheid van gendervariantie in de kindertijd bleek niet geassocieerd te zijn met de aanwezigheid van genderdysforie in de volwassenheid. Wij concludeerden dat gendervariantie in de kindertijd, als deze wordt gemeten met de CBCL, niet voorspellend is voor een genderdysfore uitkomst in de volwassenheid binnen de algemene populatie. De aanwezigheid van gendervariantie in de kindertijd, zoals gemeten met de CBCL, blijkt daarentegen wel geassocieerd te zijn met een homoseksuele oriëntatie in de volwassenheid. Deze associatie lijkt echter minder sterk op te gaan binnen de algemene bevolking dan voor klinisch aangemelde genderdysfore kinderen.

In **hoofdstuk 5** beschreven we de bevindingen van een kwalitatieve studie waarin we inzicht probeerden te krijgen in de ontwikkelingsroutes van

kinderen voor wie de genderdysforie afnam of verdween (“desisters”) en kinderen voor wie de genderdysforie persisteerde (“persisters”) tijdens de adolescentie. We interviewden 25 adolescenten (gemiddelde leeftijd 15,9, spreiding 14–18), die in de kindertijd (gemiddelde leeftijd 9,4, spreiding 6–12) werden gediagnosticeerd met een GIS (DSM-IV of DSM-IV-TR). Ten aanzien van de mogelijke voorspellers in de kindertijd voor de verschillende ontwikkelingsroutes vonden we dat de 14 persisters en 11 desisters nagenoeg hetzelfde rapporteerden over hun ervaringen in de kindertijd. Er werden wel kleine verschillen tussen de twee groepen waargenomen in hoe zij spraken over hun genderidentiteit en hoe zij hun genderdysfore gevoelens beschreven.

Wat betreft de factoren en processen die mogelijk bijdroegen aan het persisteren en de afname van de genderdysforie, vonden we dat de leeftijdsperiode tussen de 10 en 13 jaar cruciaal leek te zijn. Vanuit de beleving van de adolescenten kwamen er drie factoren naar voren die in deze periode leidden tot de toename, dan wel afname, van de genderdysforie: (1) Een verandering in de sociale leefwereld waarin de sociale afstand tussen jongens en meisjes geleidelijk groter wordt, (2) het vooruitzicht op of de daadwerkelijke lichamelijke veranderingen als gevolg van de puberteit, en (3) de ervaring van verliefd worden, seksuele aantrekkingskracht en seksuele ervaringen. Een interessante bevinding was daarbij dat in deze relatief kleine steekproef, de genderdysforie niet volledig verdwenen was bij alle desisters. De mate van rapportage voor een bi- of homoseksuele oriëntatie in aantrekkingskracht en identificatie bleek in overeenstemming met de eerdere bevindingen vanuit de prospectieve kwantitatieve literatuur over genderdysfore kinderen. Daarnaast vonden we dat een sociale rolwisseling (in voorkomen en/of naamsverandering en verandering van aanspreekvorm) in de kindertijd als een opluchting werd ervaren voor de persisters, maar dat desisters die in de kindertijd een sociale rolwisseling hadden gemaakt het terugdraaien van deze stappen als zeer lastig ervoeren.

In **hoofdstuk 6** werd een kwantitatieve follow-up studie beschreven waarin we de mogelijke factoren onderzochten die het persisteren van de genderdysforie uit de kindertijd voorspellen. Daarnaast brachten we de mate van genderdysforie, de lichaamsbeleving en de seksuele oriëntatie in kaart in de adolescentie. In een steekproef van 127 adolescenten (79 jongens, 48 meisjes), die in de kindertijd werden verwezen voor genderdysforie (leeftijdsspreiding 6–12 jaar) en werden gecontacteerd in de adolescentie (leeftijdsspreiding 15–19), vonden wij dat voor 37% van de genderdysfore kinderen de genderdysforie persisteerde (47 persisters vanuit de 127 adolescenten). Als mogelijke voorspellende factoren voor het persisteren van de genderdysforie bekeken we demografische achtergrond gegevens (bv. fami-

liestructuur, de sociaaleconomische klasse van ouders), algemene ontwikkelingsgegevens (bv. geboortegewicht, zwangerschapsduur), het psychische functioneren, de kwaliteit van relaties met leeftijdsgenootjes en de mate van genderdysforie in de kindertijd. Uit deze studie bevindingen kwam naar voren dat persisters in de adolescentie meer genderdysforie, een negatiever lichaamsbeeld en vaker een bi- of homoseksuele oriëntatie rapporteerden dan desisters. Dit was in overeenstemming met de eerdere bevindingen vanuit prospectief follow-up onderzoek naar genderdysforie kinderen.

Wat betreft de factoren die in verband stonden met het persisteren van de genderdysforie, vonden we dat een hogere mate van gerapporteerde genderdysforie (via zelfrapportage en rapportage door ouders), een oudere aanmeldingsleeftijd, en een gehele of gedeeltelijke sociale rolwisseling naar de gewenste genderrol voorspellend waren voor het persisteren van genderdysforie uit de kindertijd. Daarnaast vonden we dat de kans om te persisteren groter was voor meisjes dan voor jongens, en dat factoren als psychologisch functioneren, de kwaliteit van relaties met leeftijdsgenootjes, demografische en ontwikkelingsachtergrond niet voorspellend waren. We vonden tevens dat de voorspellende factoren voor het persisteren van genderdysforie anders waren voor jongens dan voor meisjes. Voor jongens bleken de voorspellende factoren: de aanmeldingsleeftijd, de sociale rolwisseling, de zelfrapportage over hun cross-genderidentiteit ("Ik ben een jongen" of "Ik ben een meisje"), en de rapportage over de mate van genderdysforie door de ouders. Voor meisjes bleken de zelfrapportage over hun cross-genderidentiteit en de zelfrapportage over de mate van genderdysforie beter te voorspellen dan de andere factoren.

Hoofdstuk 7 beschreef een korte communicatie over de sociale rolwisseling in de vroege kindertijd. Wij gaven hierin aan dat het aantal kinderen dat zich aanmeldde bij onze kliniek tussen de periode van 2000 en 2009, en die reeds bij aanmelding een volledige (verandering in kleding en haarstijl, roepnaam en de aanspreekvorm) of een gedeeltelijke (verandering van kleding en haarstijl, maar geen verandering in roepnaam en aanspreekvorm) rolwisseling hadden gemaakt steeds groter werd.

Voor het jaar 2000 waren er van de 112 aangemelde kinderen bij onze kliniek twee prepuberale jongens die volledig in de vrouwelijke genderrol leefden. Tussen het jaar 2000 en 2004 bleek 3,3% van de kinderen (4 van de 121 aanmeldingen) volledig te leven in de gewenste genderrol en bleek 19% van de kinderen (23 van de 121 aanmeldingen) gedeeltelijk te leven in de gewenste genderrol. In de periode van 2005 en 2009 bleken deze percentages verder te zijn gestegen naar 8,9% (16 van de 180 aanmeldingen) voor kinderen met een volledige rolwisseling en naar 33,3% (60 van de 180 kinderen) voor kinderen met een gedeeltelijke rolwisseling voordat zij werden aangemeld.

Bij het bespreken van deze toename in aangemelde kinderen die een sociale rolwisseling hebben gehad gaven we aan dat het percentage van kinderen dat persisterende genderdysforie heeft maar ongeveer 15,8% is, waarbij we ons afvroegen wat er zou gebeuren met kinderen die een sociale rolwisseling hadden gemaakt maar uiteindelijk desisters zouden zijn. We verwezen daarbij naar twee casus van meisjes die vroeg in de kindertijd een sociale rolwisseling maakten en bij wie de genderdysforie afnam. Het terugdraaien van de sociale rolwisseling bleek daarbij een zeer lastig proces (Hoofdstuk 5). We concludeerden dat het aan te raden is om zeer voorzichtig te zijn met het maken van een sociale rolwisseling in de vroege kinderjaren, aangezien het terugdraaien ervan problematisch kan zijn.

In **hoofdstuk 8** beschreven we een internationaal vergelijkingsonderzoek naar het psychisch functioneren en de kwaliteit van relaties met leeftijdsgenootjes tussen genderdysfore kinderen en adolescenten uit Toronto, Canada en Amsterdam, Nederland. In een steekproef van 544 kinderen en 174 adolescenten, die werden verwezen naar gespecialiseerde genderidentiteitsklinieken in beide landen, namen wij de *Teacher's Report Form* af om het psychisch functioneren, de kwaliteit van relaties met leeftijdsgenootjes en de mate van genderdysforie in kaart te brengen. Het bleek dat kinderen, gemiddeld genomen, beter functioneerden dan adolescenten. Daarnaast vonden we dat, in vergelijking met genderdysfore meisjes, de kwaliteit van relaties met leeftijdsgenootjes slechter werd beoordeeld voor genderdysfore jongens en dat jongens meer internaliserende dan externaliserende problematiek hadden dan meisjes. Een slechtere kwaliteit van relaties met leeftijdsgenootjes bleek daarbij de sterkste voorspeller te zijn voor de mate van psychisch disfunctioneren voor de jongeren in beide landen. In de discussie concludeerden we dat, ondanks dat het voorkomen van problemen significant verschilt tussen Nederland en Canada, de genderdysfore kinderen en adolescenten in beide landen hetzelfde patroon van emotionele en gedragsproblemen laten zien.

Zoals gezegd, werden tussen de landen de volgende verschillen gevonden: Zowel de kinderen als de adolescenten uit Canada hadden meer emotionele en gedragsproblemen en een slechtere kwaliteit van relaties met leeftijdsgenootjes dan de kinderen en adolescenten uit Nederland. In lijn met eerdere vergelijkingen tussen de beide landen vonden we dat voor de kinderen en adolescenten uit Nederland meer cross-gendergedrag werd gerapporteerd dan voor de jongeren uit Canada. Het verschil in psychisch functioneren van de jongeren tussen beide landen lijkt te worden veroorzaakt door een slechtere kwaliteit van relaties met leeftijdsgenootjes in Canada in vergelijking met Nederland. Wij veronderstelden dat dit het effect zou kunnen zijn van een verschil in sociale tolerantie ten opzichte van

gendervariante gedragingen. Crossculturele studies hebben aangegeven dat men in Nederland veel toleranter is ten opzichte van homoseksualiteit, en waarschijnlijk ook ten opzichte van gendervariantie, dan de meeste andere landen in de wereld (Veenhoven 2005).

Algemene discussie

De bevindingen vanuit de verschillende prospectieve studies die beschreven zijn in dit proefschrift sluiten deels aan bij de resultaten uit eerder prospectief onderzoek naar de ontwikkeling van genderdysfore kinderen (Bakwin 1968; Davenport 1986; Drummond et al. 2008; Green 1987; Kosky 1987; Lebovitz 1972; Money en Ruso 1979; Wallien en Cohen-Kettenis 2008; Zucker en Bradley 1995; Zuger 1984) en retrospectief onderzoek bij homoseksueel georiënteerde individuen in de algemene bevolking (zie voor een overzicht, Bailey en Zucker 1995; Zucker et al. 2006).

We vonden dat zowel gendervariante kinderen in de algemene bevolking als klinisch verwezen genderdysfore kinderen een vergrote kans hebben op een homoseksuele oriëntatie. Tevens vonden we dat de genderdysfore gevoelens afnamen voor het overgrote deel van de genderdysfore kinderen. Echter, als het gaat om de psychoseksuele uitkomst op het moment van follow-up, bleek dat zowel de seksuele oriëntatie als de intensiteit van de genderdysforie varieerde. Niet alle gendervariante en genderdysfore kinderen worden homoseksueel. Daarbij neemt de genderdysforie niet volledig af voor alle kinderen die niet terugkomen naar de genderidentiteitskliniek.

Het is interessant dat we vanuit onze UGDS validatie studie tevens zagen dat de ernst van de genderdysforie sterk varieerde over de verschillende groepen die werden onderzocht. Binnen de controlegroepen vonden we dat voor het overgrote deel van de deelnemers de gerapporteerde genderdysforie beneden het niveau van klinische relevantie lag. Echter, sommigen rapporteerden genderdysforie die vergelijkbaar was met individuen die zich hadden aangemeld bij onze kliniek. Daarentegen vonden we dat het overgrote deel van de transgender deelnemers klinisch relevante mate van genderdysforie rapporteerden, echter, er was ook een groep, van voornamelijk mannen, die zich aanmeldde bij onze kliniek maar voor wie de genderdysfore waardes niet klinisch relevant waren.

De diversiteit van mensen met genderdysforie en de mate waarin genderdysfore personen klinische hulp behoeven was een punt van discussie bij de realisatie van de DSM-5 (zie voor een overzicht Cohen-Kettenis en Pfäfflin 2010). De erkenning dat er heterogeniteit bestaat onder genderdysfore personen heeft geresulteerd in een voorstel van criteria die een breder spec-

trum van genderexpressies en -identificaties beslaan dan in de vorige edities van de DSM.

Factoren geassocieerd met de persistentie van genderdysforie

Vanuit eerder prospectief (Wallien en Cohen-Kettenis 2008) en retrospectief onderzoek (Drummond et al. 2008) kwam naar voren dat de rapportage van cross-gendergedrag en de mate van genderdysforie hoger was voor persisters dan voor desisters. Op basis van de bevindingen van Drummond et al. (2008), die vonden dat genderdysfore meisjes met een bi- of homoseksuele oriëntatie meer cross-genderidentificatie rapporteerden dan heteroseksuele genderdysfore meisjes, werd een “doserings” effect verondersteld: Een hogere mate van cross-genderidentificatie is gerelateerd aan een grotere kans op een latere homo- of biseksuele oriëntatie (gericht op het eigen geboortegeslacht).

Onze bevindingen ondersteunden een dergelijk “doserings” effect, echter niet alleen voor de seksuele oriëntatie maar ook voor de genderdysforie. In ons prospectieve onderzoek bij gendervariante kinderen kwam naar voren dat de aanwezigheid van gendervariantie was gerelateerd aan een latere homoseksuele oriëntatie, maar niet aan een genderdysfore uitkomst. Vanuit het prospectieve onderzoek bij genderdysfore kinderen, waarvan aangenomen mag worden dat deze kinderen extremer cross-gendergedrag vertonen dan gendervariante kinderen, bleek de rapportage van een homoseksuele oriëntatie en de aanwezigheid van genderdysforie veel hoger. Het “doserings” effect werd daarbij verder ondersteund door onze bevinding dat de intensiteit van de genderdysforie significant samenhang met de kans op het persisteren van de genderdysforie; hoe meer genderdysforie in de kindertijd des te hoger de kans op persisteren.

Met betrekking tot andere factoren die geassocieerd zijn met het persisteren van genderdysforie in de kindertijd, waren onze bevindingen in overeenstemming met de eerdere bevindingen (bv. genderdysfore meisjes hebben een grotere kans dat de genderdysforie persisteert dan jongens). Daarnaast kwamen er vanuit ons onderzoek factoren naar voren die eerder nog niet werden gevonden, zoals leeftijd: Kinderen die ouder zijn op het moment van aanmelding hebben een grotere kans dat de genderdysforie persisteert. Wij vonden ook dat nog niet onderzochte factoren zoals de algemene ontwikkelingsachtergrond (bv. geboortegewicht, zwangerschapsduur) niet voorspellend was voor het persisteren van de genderdysforie, maar dat de cognitieve gender labeling (“Ik ben een jongen” in meisjes of “Ik ben een meisje” in jongens) en de sociale rolwisseling wel voorspellend waren.

Deze laatste bevinding, waarbij het doormaken van een sociale rolwisseling, bij jongens, voorspellend bleek voor het persisteren van genderdysfore gevoelens, roept twee vragen op: Ten eerste, leidt een sociale rolwisseling op zichzelf tot het persisteren van genderdysforie? Bijvoorbeeld, een jongen die een rolwisseling heeft gemaakt zou kunnen 'vergeten' hoe het was om te leven in de mannelijke genderrol, waardoor hij de wens 'verliest' om terug te wisselen. Een sociale rolwisseling zou er ook toe kunnen leiden dat een kind het vermogen verliest om te functioneren in de oorspronkelijke genderrol en/of dat het zijn of haar cognitieve genderrepresentatie van het eigen geboortegeslacht kwijtraakt. Dit sluit aan bij onze bevinding dat zowel jongens als meisjes die een cross-genderidentificatie rapporteerden, wanneer hen werd gevraagd wat hun geslacht was, een grotere kans hebben om te persisteren. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn dat kinderen die een sociale rolwisseling maken hun twijfels over hun rolwisseling onderdrukken vanuit de angst dat zij anders voor een tweede keer kenbaar moeten maken van rol te willen wisselen. Dit sluit aan bij onze kwalitatieve bevindingen waarin we vonden dat kinderen die een sociale rolwisseling hadden gemaakt maar waarbij de genderdysfore gevoelens afnamen een zeer moeilijke periode doormaakten, en erg bang waren om gepest te worden, voordat zij terugwisselden. Voor één biologisch meisje vonden we dat het terugkeren naar de vrouwelijke genderrol bijna twee jaar duurde. Aangezien wij voor jongens vonden dat zij die een sociale rolwisseling hadden gemaakt meer genderdysforie en cross-gendergedrag vertoonden, zou een sociale rolwisseling ook een weerspiegeling kunnen zijn van de intensiteit van de genderdysforie, waardoor er geen reden is om bezorgd te zijn dat kinderen die vroeg in de kindertijd een sociale rolwisseling maken in de toekomst 'vals positieven' zullen creëren. Omdat onze bevindingen geen antwoord kunnen geven op de hierboven gestelde vraag zal toekomstig onderzoek zich moeten richten op dit klinisch relevante ontwikkelingsaspect van genderdysfore kinderen.

De tweede vraag die opkomt is: Waarom is een sociale rolwisseling meer voorspellend voor jongens dan voor meisjes? De meest waarschijnlijke verklaring hiervoor is dat het overgrote deel van de meisjes (ongeacht of bij hen de genderdysforie persisteert of afneemt) al een (gedeeltelijke) sociale rolwisseling heeft gemaakt. Dit kan mogelijk door drie factoren zijn veroorzaakt: 1) De scheidslijn tussen wel of geen rolwisseling is duidelijker bij jongens dan bij meisjes. Bijvoorbeeld, jongens met lang haar die een jurk dragen worden waarschijnlijk eerder als meisje gezien terwijl het minder duidelijk is hoe meisjes die een broek dragen en kort haar hebben zullen worden gezien. Een mogelijk gevolg is dat zowel meer als minder genderdysfore meisjes al deels kunnen functioneren in hun gewenste genderrol,

terwijl jongens hiervoor een meer expliciete stap moeten zetten, mogelijk in de vorm van een sociale rolwisseling. 2) Jongens die cross-gendergedrag vertonen lijken een grotere kans te hebben om negatief beoordeeld te worden dan meisjes (o.a. Cohen-Kettenis et al. 2003; Fridell 2001; Zucker et al. 1997, maar zie Wallien et al. 2010). Uit angst om gepest te worden zou het kunnen zijn dat jongens hun wens om een sociale rolwisseling te maken onderdrukken. 3) De mate van genderdysforie bij meisjes die worden verwezen is hoger dan bij jongens (o.a. Cohen-Kettenis et al. 2003; Cohen-Kettenis et al. 2006; Johnson et al. 2004; Wallien et al. 2009). Het verschil tussen jongens en meisjes wat betreft het maken van een sociale rolwisseling zou een afspiegeling kunnen zijn van het verschil in de mate van genderdysforie tussen jongens en meisjes. De genderdysforie bij meisjes is dan zo sterk dat de kans om te persisteren hoger is, ongeacht of zij wel of niet voor een sociale rolwisseling hebben gekozen.

Ondanks dat onze studies niet tot doel hadden het percentages van persistentie te bepalen, vonden wij dat bij 37% van de genderdysfore kinderen in onze steekproef de genderdysforie persisteerde. In vergelijking met het gemiddelde percentage van 15,8%, berekend over alle prospectieve studies uit de literatuur (Bakwin 1968; Davenport 1986; Drummond et al. 2008; Green 1987; Kosky 1987; Lebovitz 1972; Money and Ruso 1979; Wallien and Cohen-Kettenis 2008; Zucker and Bradley 1995; Zuger 1984) was ons percentage van 37% dus een stuk hoger. De meest voor de hand liggende verklaring hiervoor is dat onze steekproef niet bestond uit achtereenvolgens verwezen kinderen. Sommige kinderen werden niet in ons onderzoek opgenomen omdat ze nog te jong waren op het moment van follow-up. Daarentegen is er zowel in Canada (Wood et al. 2012) als in Nederland (gebaseerd op onze eigen calculaties) over de afgelopen jaren, een afnemende trend in het aantal aanmeldingen van jongens. Hoewel er momenteel nog geen ondersteunende gegevens voor zijn, is het goed mogelijk dat de daling in het aantal aanmeldingen van jongens is gerelateerd aan een vermindering van aanmeldingen van mild genderdysfore jongens, voor wie de kans dat de genderdysforie persisteert kleiner is. Als dit waar is, zal deze trend er waarschijnlijk toe leiden dat de het percentage van persisterende genderdysfore kinderen in de toekomst zal stijgen.

Het relatief hoge huidige percentage van kinderen waarbij de genderdysforie afneemt in de adolescentie zou veroorzaakt kunnen worden doordat kinderen die zich aanmelden met milde vormen van genderdysforie toch aan de huidige DSM-IV-TR diagnose van een GIS kunnen voldoen. De momenteel voorgestelde criteria voor de DSM-5 spelen hierop in. De voorgestelde criteria zijn strikter, waardoor de kans op vals positieven in de toekomst wellicht zal afnemen (www.DSM5.org)

Klinische implicaties

Een centrale vraag die speelt in de begeleiding van genderdysfore kinderen en hun ouders is wat de psychoseksuele uitkomst van hun kind zal zijn. Zal mijn kind opgroeien en zich identificeren als homoseksuele man of als lesbische vrouw, óf zal mijn kind in de toekomst een medische behandeling moeten ondergaan omdat de gevoelens van genderdysforie niet verdwijnen? Met zekerheid voorspellen of de genderdysforie bij een kind zal persisteren of wat zijn of haar seksuele oriëntatie zal zijn is op dit moment onmogelijk. Toch kunnen onze bevindingen, zowel ten aanzien van de verschillende ontwikkelingsroutes, als ten aanzien van factoren die een rol lijken te spelen bij het persisteren van genderdysforie, klinici helpen gedurende de diagnostische fase en binnen het begeleidingsproces.

In de diagnostische fase wordt informatie verzameld met betrekking tot de intensiteit van de genderdysforie, het sociaal, emotioneel, en cognitief functioneren van het kind, en informatie ten aanzien van het functioneren op school en het gezin (de Vries en Cohen-Kettenis 2012). Onze studies laten zien dat het verkrijgen van informatie van verschillende informanten waardevol kan zijn. Vergeleken met eerdere bevindingen over het psychisch functioneren van genderdysfore kinderen, gerapporteerd door ouders (Cohen-Kettenis et al. 2003), en onze eigen bevindingen over het psychisch functioneren, gerapporteerd door de leraren, bleken ouders en leraren betrouwbare informanten, die in het algemeen hetzelfde rapporteren. Tevens vonden we dat de rapportage van genderdysforie door ouders en leraren, en door de kinderen zelf (waarbij gebruik werd gemaakt van het Gender Identity Interview for Children (GIIC; Zucker et al. 1993a)) voorspellend was voor de kans dat de genderdysforie zou persisteren. Uit al deze bronnen bleek dat kinderen met meer genderdysforie een grotere kans hebben dat de genderdysforie persisteert. Wat betreft het gebruik van de GIIC bij genderdysfore kinderen, kan het zijn dat sommige klinici terughoudend zijn om dit interview te gebruiken, aangezien het expliciet vraagt naar de sekse waarmee zij zich identificeren. Dit kan gezien worden als beledigend en/of de vrees kan bestaan dat het kind hierdoor van streek raakt. Men moet zich echter realiseren dat met name de eerste antwoorden op de vragen in dit interview (“Ik ben een jongen” of “Ik ben een meisje”) de sterkste (gezamenlijke) voorspeller zijn voor het persisteren van de genderdysforie bij jongens en meisjes.

In lijn met de bevindingen van Wallien en Cohen-Kettenis (2008) vonden wij dat meisjes meer kans hebben om te persisteren. Dit kan komen omdat voor meisjes (e.g. Cohen-Kettenis et al. 2003; Cohen-Kettenis et al. 2006; Johnson et al. 2004; Wallien et al. 2009), meer genderdysforie wordt gerapporteerd dan voor jongens. Buiten de intensiteit van genderdysforie in

de kindertijd als voorspeller voor het persisteren van genderdysforie zijn er nog twee andere factoren die van klinische waarde kunnen zijn: Ten eerste een hogere aanmeldingsleeftijd en ten tweede de sociale rolwisseling. Beide factoren bleken significante voorspellers te zijn voor het persisteren van genderdysfore gevoelens bij jongens. Aangezien meisjes op het moment van aanmelding ouder waren dan jongens en het overgrote deel van de meisjes reeds een (gedeeltelijke) sociale rolwisseling hadden doorgemaakt is het zeer goed mogelijk dat beide factoren ook van toepassing zijn voor genderdysfore meisjes, maar niet aan het licht zijn gekomen door de beperkte variatie. Vanuit deze redenering is het raadzaam om extra alert te zijn als een biologisch meisje met een vrouwelijk voorkomen zich op jonge leeftijd aanmeldt met een wens voor geslachtsaanpassing.

In onze kwalitatieve studie kwam verder het belang naar voren om bij oudere genderdysfore kinderen (bijv. boven de 10 jaar) de ervaringen te bespreken met betrekking tot een aantal ontwikkelingsthema's. Klinisch waardevolle informatie kan daarbij verkregen worden door met de kinderen te bespreken wat hun ervaringen en hun beleving is bij de verandering in hun sociale leefwereld, waarbij de afstand tussen jongens en meisjes geleidelijk steeds groter wordt. Een ander thema is de beleving van kinderen bij het vooruitzicht van het vervrouwelijken of vermannelijken van hun lichaam en hoe zij de daadwerkelijke veranderingen ervaren als de puberteit reeds is begonnen. Het derde thema betreft de ervaringen van verliefd worden en seksuele aantrekking of - ervaringen. In het bespreken hiervan lijkt het daarbij minder belangrijk tot wie de kinderen zich aangetrokken voelen (mannen, vrouwen of beide) maar is het belangrijker om zicht te krijgen hoe zij hun seksuele aantrekking in relatie tot hun genderidentiteit ervaren. Bijvoorbeeld, voor een genderdysfore jongen die zich aangetrokken voelt tot mannen, kan de bewustwording van zijn seksuele aantrekking ertoe leiden dat hij zich gesterkt voelt in zijn cross-genderidentificatie, en hij zich (nog sterker) identificeert als een heteroseksuele vrouw. Een genderdysfore jongen, die zich aangetrokken voelt tot mannen, kan ook zijn cross-genderidentificatie gaan betwijfelen waardoor zijn genderdysfore gevoelens afnemen, en hij zich identificeert als een homoseksuele man.

De kwalitatieve bevindingen wijzen op het belang van enige psychische rijping voordat men kan concluderen dat de genderdysforie van persistente aard is. Dit is relevant in de huidige discussie of het leeftijds criterium van 12 jaar, vaak gebruikt als een van de criteria voor de start met een puberteitsremmende behandeling, zou moeten worden aangepast. Aangezien een deel van de kinderen, voornamelijk de meisjes, al voorbij Tanner stadium 3 zijn als zij 12 jaar oud zijn, hanteren enkele klinieken het leeftijds criterium van 12 jaar niet (e.g. Spack et al. 2012). Deze werkwijze, waarbij de start van

de medische interventies voornamelijk op geleide van lichamelijke rijping wordt gebaseerd werpt de vraag op wanneer een kind psychisch voldoende gerijpt is om te kunnen vaststellen of de genderdysforie persisteert. In onze eigen klinische ervaring variëren kinderen sterk in de mate waarop zij vóór hun 12^e jaar kunnen reflecteren op en kunnen praten over hun lichaamsbeleving, de wens tot bepaalde lichamelijke veranderingen of de wens tot bepaalde lichaamsdelen, hun sociale positie in relatie tot hun genderrol en het zich bewust zijn van hun seksuele aantrekking. Enkelen zijn echter goed in staat om zulke zaken te bespreken. Achteraf gezien zijn er ook adolescenten, bij wie de puberteit reeds was gestart voor het 12^e jaar, maar die, gezien de toenmalige voorwaarden, moesten wachten met puberteitsremming, die waarschijnlijk psychologisch voldoende gerijpt waren om in aanmerking te komen voor een vroegere start. Vanuit dit psychologische perspectief lijkt het erop dat medische interventies voor het 12^e jaar overwogen kunnen worden voor sommige kinderen, maar zeker niet voor alle kinderen. De veiligste, en te adviseren benadering zou hierbij zijn dat voor kinderen die zich aanmelden voor het 12^e levensjaar en een puberteitsontwikkeling hebben voorbij Tanner stadium 3, de psychische lijdensdruk die is ontstaan vanuit de lichamelijke ontwikkeling af te wegen tegenover de psychologische rijping van het kind, zodat er een gebalanceerd besluit kan worden genomen over een mogelijke start met puberteitsremmende medicatie.

Met betrekking tot de begeleiding van jonge genderdysfore kinderen, voor wie medische interventies (nog) niet worden overwogen, kunnen klinici in het begeleiden van ouders en kind hulp bieden bij het omgaan met de onzekerheid van de psychoseksuele uitkomst. Dit kan bestaan uit praktische adviezen of het bespreken van de mogelijke oorzaken van, of waardoor men het lastig vindt met de onzekerheid om te gaan.

Het is aan te raden om ouders te motiveren tot een open houding waarbij alle mogelijkheden voor het kind openblijven en het kind voldoende ruimte krijgt om te exploreren. Het gedrag en de wensen van het kind hoeven niet te worden tegengehouden of verboden, maar het vertonen van specifiek gedrag dat schadelijk kan zijn voor het kind zou moeten worden beperkt tot een veilige omgeving. Bijvoorbeeld: bij families die in een buurt wonen waar gendervariante gedragingen negatieve reacties kunnen oproepen en waar de kans bestaat op pesterijen of zelfs fysiek geweld, zal voor een jongen die de wens heeft om zich om te kleden geadviseerd worden om dit te beperken tot een veilige plek, zoals thuis. Het is belangrijk dat het kind hierbij een duidelijke en goede uitleg krijgt waarom zulke beslissingen zijn genomen, aangezien het niet betrekken van het kind ertoe kan leiden dat hij of zij een gevoel van afwijzing of afkeuring kan krijgen door zijn ouders. Het kan daarbij helpen om gedragingen of het gevoel van het kind voorzichtiger te

benoemen: “Je bent een jongen die zich een meisje voelt” in plaats van het volledig meegaan in de ervaren cross-genderidentificatie van het kind. Dit is belangrijk want zelfs als de genderdysfore gevoelens blijven bestaan zal het kind zich bewust moeten zijn dat hij of zij het lichaam van het geboortegeslacht heeft, waarbij medische interventies nodig zijn om het in lijn te brengen met de genderidentiteit. Het zetten van stappen die moeilijk zonder extra problemen zijn terug te draaien, zoals een volledige sociale rolwisseling, lijkt ons op jonge leeftijd niet wenselijk. Zoals al aangegeven in de vorige paragraaf, kan sociale rolwisseling een indicator zijn van de intensiteit van de genderdysforie. Echter, het kan wellicht op zichzelf ook effecten hebben, waar de kennis op dit moment nog over ontbreekt.

Ongeacht de beslissingen die ouders maken zal de clinicus een helpende rol moeten vervullen door het bieden van psycho-educatie, waarin de huidige kennis met betrekking tot de ontwikkeling van genderdysfore kinderen en tevens de voor- en nadelen die bepaalde beslissingen kunnen hebben, aan de orde dienen te komen. Ouders kunnen daarbij geholpen worden om deze informatie af te wegen tegenover de wensen van het kind, de veiligheid voor het kind, en het psychisch lijden van het kind om tot een weloverwogen en gebalanceerde beslissing te komen. Vanzelfsprekend zullen ouders hierbij aangemoedigd moeten worden hun kind in dit beslissingsproces te betrekken, door hem of haar te informeren en uit te leggen waarom bepaalde beslissingen zijn gemaakt.

Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

De resultaten beschreven in dit proefschrift sluiten aan bij de bestaande kennis over de ontwikkeling van gender non-normatieve kinderen en adolescenten. Tevens voorzien de resultaten in nieuwe inzichten met betrekking tot de ontwikkelingsroutes van deze kinderen en de factoren die van invloed zijn op het persisteren van de genderdysforie in de kindertijd. Echter, een aantal beperkingen dient besproken te worden. Voor het beantwoorden van sommige hieraan gerelateerde openstaande vragen zal verder onderzoek nodig zijn.

Allereerst, de follow-up periode: Met uitzondering van onze prospectieve follow-up studie bij gendervariante kinderen in de algemene populatie, was de follow-up periode voor de genderdysfore kinderen relatief kort. Hoewel de overgrote meerderheid van de adolescenten aangaf dat hun genderdysfore gevoelens volledig waren verdwenen vonden we bij enkele adolescenten, die niet terugkwamen naar onze kliniek, dat de genderdysfore gevoelens niet helemaal weg waren. Het is goed mogelijk dat als onze follow-up periode langer was geweest (bv. tot in de volwassenheid), dat de adolescenten die nu aangaven dat de gevoelens niet helemaal waren verdwenen, in de vol-

wassenheid wel zouden zijn teruggekomen en in de studie als persisters zouden zijn opgenomen. Alhoewel onze bevindingen ten aanzien van de seksuele oriëntatie grotendeels overeenkomstig waren met eerdere bevindingen, en er veel aanwijzingen zijn dat de eerste gevoelens van een seksuele aantrekkings tot personen van het eigen geboortegeslacht over het algemeen tijdens de puberteit en voor het 18^e jaar duidelijk wordt (e.g. Barber 2000; Herek et al. 1998), zijn er ook aanwijzingen dat het moment dat men er vooruit komt homoseksueel, lesbisch of biseksueel te zijn gemiddeld genomen op een latere leeftijd plaatsvindt (e.g. Barber 2000; Herek et al. 1998; Rust 1996).

Ten tweede, de steekproeven in onze prospectieve follow-up studies bestonden uit gendervariante en genderdysfore kinderen die jonger waren dan 12 jaar. Door deze selectie, zijn de resultaten van onze studies alleen van toepassing op kinderen met een vroege gendervariante en genderdysfore ontwikkeling (early onset). Aangezien genderdysforie ook kan ontstaan in de adolescentie (o.a. Lawrence 2010; Nieder et al. 2011; Zucker 2012), en er weinig bekend is over de ontwikkeling van deze groep adolescenten, zal toekomstig onderzoek zich moeten richten op de ontwikkeling van deze groep. Om de ontwikkelingsroutes te bestuderen zullen er steekproeven gebruikt moeten worden, bij voorkeur uit de algemene bevolking, waarin de verschillende groepen voldoende gerepresenteerd worden om een zo breed mogelijk spectrum van genderdiversiteit te omvatten.

Ten derde, het ontbreken van een bio-psychosociaal perspectief: Het doel van onze studies was om vanuit een psychologisch perspectief ons inzicht te verdiepen in de ontwikkeling van gender non-normatieve kinderen en adolescenten. Echter, zoals wij hebben aangegeven in ons overzicht van de literatuur over de genderidentiteitsontwikkeling in de adolescentie, is er een behoefte aan de integratie van biologische en psychosociale factoren. Met betrekking tot onze eigen studies naar de factoren voor het persisteren van genderdysforie, hebben wij de rol van biologische factoren ook niet onderzocht. Wij stellen voor in toekomstig onderzoek naar de ontwikkeling van genderdysforie bij kinderen en adolescenten ook puberteitsontwikkeling, zoals Tanner stadium en/of hormoonwaarden, in combinatie met psychosociale factoren mee te nemen.

Ten vierde, de rol van seksualiteit bij de ontwikkeling van genderdysfore kinderen en adolescenten: De informatie vanuit ons kwalitatieve onderzoek, waar de bewustwording van de seksuele oriëntatie en/of bepaalde seksuele ervaringen indicatief bleken voor het persisteren en de afname van genderdysfore gevoelens, is momenteel de enige informatie die we bezitten met betrekking tot de rol van seksualiteit. Toekomstig onderzoek naar dit aspect in relatie tot de genderidentiteitsontwikkeling is hard nodig. Daarbij

is er tevens behoefte om meer te weten over de seksuele ontwikkeling en de seksuele gezondheid op zich van adolescenten die zich (her)aanmelden bij onze kliniek voor een geslachtsaanpassende behandeling. De medische interventies, zoals de puberteitsremming, de cross-sekshormonen en de genitale chirurgie, hebben zonder twijfel een effect op de seksuele ervaringen en het seksuele functioneren van deze adolescenten. Wat dat effect precies is, zal toekomstig onderzoek moeten uitwijzen.

Tot slot, de mogelijke effecten van een sociale rolwisseling: In onze discussie hebben we onze zorgen geuit over de effecten die een sociale rolwisseling zouden kunnen hebben op de cognitieve en sociale ontwikkeling van genderdysfore kinderen. Het is van groot belang om meer zicht te krijgen op deze effecten om beter te weten wat klinisch verantwoorde zorg bij deze groep kinderen is.