



Nederlandse Samenvatting

Genderdysforie bij Adolescenten: Psychische Gezondheid en Behandelevaluatie

Introductie

Of je jongen of meisje bent, vrouw of man, is voor de meeste mensen zo vanzelfsprekend, dat ze er verder niet veel over nadenken. Voor jongeren met *genderdysforie*, het diepe gevoel ongelukkig te zijn met het geboren geslacht, geldt dit niet. Volgens de DSM-IV-TR, het huidige in Nederland gebruikte psychiatrisch classificatiesysteem, lijdt iemand aan een *genderidentiteitsstoornis* als hij een intense en langdurige afkeer heeft van zijn geboortegeslacht en een sterke identificatie met het andere geslacht.² De meest extreme vorm hiervan wordt ook wel *transseksualiteit* genoemd en gaat gepaard met een diep verlangen tot een *geslachtsaanpassende behandeling* door middel van hormonen en operaties. Voor velen is moeilijk voorstelbaar dat iemand dit zou willen en als jongeren deze wens uiten roept dit extra vragen op. Op welke leeftijd kun je zo'n ingrijpende beslissing nemen? Kan genderdysforie verdwijnen en hoort het bij de puberteit dat je identiteit, dus ook je *genderidentiteit*, het gevoel jongen of meisje te zijn, zich nog in belangrijke mate ontwikkelt?

Stoere meisjes en zachtaardige jongens komen in alle soorten en maten voor. *Cross-gender gedrag* is gedrag dat als typisch voor het andere geslacht wordt gezien. Alhoewel precieze cijfers ontbreken, vertonen maar heel weinig jongeren dit gedrag in zo'n extreme mate en hebben zodanige afkeer van het eigen geslacht dat gesproken kan worden van een genderidentiteitsstoornis. Daarbij is er een belangrijk verschil tussen genderdysforie bij kinderen jonger dan 12 jaar en bij adolescenten die in de puberteit gekomen zijn. Bij de meeste kinderen (variërend van 94% tot 73% in de verschillende onderzoeken²¹⁹), verdwijnt de genderidentiteitsstoornis voor het intreden van de puberteit. Bij de minderheid (dus 6–27%), wordt dit gevoel op dat moment juist steeds sterker en de diepe en aanhoudende wens van het andere geslacht te zijn verdwijnt dan eigenlijk niet meer.^{26,46} Kinderen die vóór de puberteit reeds een volledige (sociale) geslachtsrolwisseling hebben gemaakt, kunnen het belastend vinden om terug te gaan naar de biologische geslachtsrol als zij zich in de adolescentie niet meer genderdysfoor voelen.²¹⁹ Daarom wordt geadviseerd een geslachtsrolwisseling in ieder geval uit te stellen totdat de puberteit begint.²¹¹

De eerste geslachtsaanpassende operaties werden in Nederland al eerder uitgevoerd, en in de jaren zeventig werd een kliniek speciaal voor transseksuelen geopend in het VUmc in Amsterdam. Inmiddels zijn er voldoende aanwijzingen dat genderdysforie bij volwassenen niet verbetert door psychotherapie, maar dat een medische en sociale geslachtsaanpassing dit gevoel wel doet verdwijnen.²²⁰ Alhoewel dit bij jongeren veel minder is bestudeerd, lijkt het erop dat ook bij hen het gevoel van genderdysforie over gaat als zij tussen hun 16^e en 18^e met cross-seks hormonen begonnen en werden geopereerd zodra zij 18 werden.^{44,45} Zij waren tevreden met hun behandeling en functioneerden verder goed.

De laatste jaren melden genderdysfore adolescenten zich in toenemende mate ook vóór hun 16^e jaar aan met een wens tot een geslachtsaanpassende behandeling. Voorheen moesten genderdysfore jongeren en hun ouders vaak een lange zoektocht maken voordat ze wisten wat er met hen er aan de hand was en waar ze hiervoor hulp konden krijgen. De vele media-aandacht die er aan hen besteed is in dag-, week- en maandbladen, tv-documentaires en talk-shows, heeft geleid tot een vaak vroegere herkenning. Deze jonge genderdysfore adolescenten met een diepe afkeer van hun secundaire geslachtskenmerken, hebben hulpverleners aan het denken gezet. Artsen en psychologen hebben in Nederland een behandelprotocol ontwikkeld waarbij de puberteit van genderdysfore adolescenten tussen hun 12^e en 16^e jaar medicamenteus geremd kan worden.^{48,49} Dit gebeurt met medicijnen die ontwikkeld zijn om een te vroege puberteit (*pubertas praecox*) tegen te gaan. Deze medicijnen worden in het Engels officieel *gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analogues* genoemd; in het Nederlands wordt meestal gesproken van puberteitsremmende medicatie of puberteitsremmers. Het unieke van deze remmers is dat het gebruik ervan op ieder moment gestopt kunnen worden en dan komt de puberteit van het biologische geslacht weer op gang. Er dus rustig de tijd genomen kan worden voordat een definitieve keuze tot geslachtsverandering gemaakt hoeft te worden wordt.⁴⁷ Deze interventie dient meerdere doelen. Allereerst hoeven de jongeren niet hun biologische puberteitsontwikkeling door te maken; bij meisjes die zich jongens voelen stopt de menstruatie en de borstontwikkeling, bij jongens die zich meisje voelen ontstaat geen lage stem of baargroei. Hierdoor kunnen deze jongeren zich al in de puberteit veel overtuigender presenteren in de door hun gewenste geslachtsrol, maar vooral ook in de toekomst, als zij verder zouden gaan met het geslachtsaanpassend traject. De behandeling biedt de jongeren de mogelijkheid om niet anders te functioneren dan hun leeftijdgenoten op het gebied van vrienden, hobby's en natuurlijk school. Zo helpt dit traject depressiviteit, angst of andere gedragsproblemen te voorkomen.⁵⁰

Het 'adolescentenprotocol' dat in het VUmc in Amsterdam ontwikkeld is ziet er als volgt uit. Om in aanmerking te komen voor behandeling met puberteitsremmers, moeten jongeren een genderidentiteitsstoornis hebben, sociaal gesteund worden en in staat zijn om psychisch en sociaal zodanig te functioneren dat eventuele problemen niet interfereren met de diagnostiek en/of behandeling.²²¹ Zo nodig moet er eerst adequate andere hulp gezocht worden. In meerdere gesprekken met psychologen en psychiaters wordt dit samen met de aangemelde jongere en zijn/haar ouders uitgezocht. Hiervoor nemen we vaak minimaal een half jaar de tijd. Als aan de criteria voldaan is, de puberteit inderdaad is begonnen en de jongere minimaal 12 jaar oud is, dan kan begonnen worden met puberteitsremming. Jongeren komen vervolgens drie-maandelijks voor medische controle en hebben dan ook gesprekken bij hun vaste psycholoog/psychiater. Als zij 16 jaar zijn en nog steeds de overtuiging voelen gelukkiger te zijn in het niet-biologische geslacht, dan kunnen *cross-seks hormonen* gegeven worden. Dit zijn hormonen die behoren bij het

gewenst geslacht. Als de jongeren 18 jaar zijn, kunnen ook geslachtsaanpassende operaties plaats vinden en kan het geslacht op de identiteitspapieren aangepast worden.⁵⁰

Van kinderen met een genderidentiteitsstoornis is bekend dat zij bijkomende psychiatrische problemen of *comorbiditeit* (het samen voorkomen van twee psychiatrische stoornissen) kunnen hebben.^{25,41,167} Internaliserende problemen (angst en depressie) komen vaker voor dan externaliserende problemen (opstandig en druk gedrag). Onduidelijk is of deze problemen een oorzaak van de genderdysforie zouden kunnen zijn of dat de genderdysforie leidt tot deze problemen. Minder is bekend over het psychisch functioneren van jongeren ouder dan 12 jaar. De onderzoeken die er zijn, suggereren meer psychische problematiek bij adolescenten dan bij kinderen met een genderidentiteitsstoornis.⁴⁰

Een bijzondere vorm van psychiatrische comorbiditeit waarover verschillende genderidentiteitsklinieken op de wereld rapporteren is de autisme spectrum stoornis (ASS).^{58,59} Er zijn alleen case-studies over genderidentiteitsstoornis en ASS gepubliceerd, maar niemand weet hoe vaak dit nu werkelijk voorkomt en hoe we deze comorbiditeit moeten interpreteren.

Dit proefschrift gaat over genderdysfore adolescenten. In vergelijking met wat bekend is over kinderen en volwassenen met een genderidentiteitsstoornis, weten we weinig over deze leeftijdsgroep. Onbekend is hoe frequent comorbide psychopathologie voorkomt en in hoeverre dit eventuele behandelkeuzes beïnvloedt. Ook weten we niet hoe vaak een comorbide autisme spectrum stoornis aanwezig is. Ten slotte is het bovenbeschreven behandelprotocol met puberteitsremming voor adolescenten met een genderidentiteitsstoornis weliswaar veelbelovend, maar het heeft ook veel kritiek ontvangen en er zijn onbeantwoorde vragen. Voldoet het aan de verwachtingen? Hoe functioneren genderdysfore jongeren voor, tijdens en na hun behandeling met puberteitsremmers en hun geslachtsaanpassende behandeling? Over deze vragen gaan de onderzoeken in dit proefschrift

Samenvatting

Hoofdstuk 2 is een overzicht en analyse van de literatuur over genderdysforie bij een specifieke groep, namelijk mensen met een stoornis in de ontwikkeling van hun geslachtskenmerken, in het Engels *Disorders of Sex Development* (DSD) genoemd. De studie van deze groep kan ons namelijk veel leren over atypische genderidentiteitsontwikkeling in het algemeen. Al langer is bekend dat mensen met een DSD kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van genderidentiteitsproblemen, waarbij aangeboren biologische factoren die de oorzaak van de DSD zijn, een bepalende rol zouden spelen. Deze hypothese wordt ondersteund door de literatuur, die laat zien dat genderdysforie inder-

daad vaker voorkomt bij DSD's. Analyse van de literatuur laat zien dat dit echter sterk verschilt per specifieke DSD. Het gegeven dat veel mensen met een DSD géén genderidentiteitsproblemen vertonen, kan betekenen dat ook andere dan biologische factoren een rol spelen. Uit de literatuur wordt verder duidelijk dat blootstelling aan geslachtshormonen vóór de geboorte, invloed heeft op later genderrolgedrag. Minder evidentie bestaat er voor het effect van geslachtshormonen op iemand's latere genderidentiteit. Vanuit de ontwikkelingspsychologische literatuur is het duidelijk dat ook psychologische en sociale factoren een rol spelen bij genderidentiteitsontwikkeling. Het is daarom aannemelijk dat ook het ontstaan van genderdysforie door meerdere factoren bepaald wordt, waarbij het gaat om zowel biologische aanleg als omgeving en een complexe interactie tussen die twee.

In **hoofdstuk 3** wordt verslag gedaan van een onderzoek waarbij het psychisch functioneren van jongeren die in aanmerking komen voor puberteitsremming, vergeleken wordt met volwassenen die geïndiceerd zijn voor een geslachtsaanpassende behandeling. Daarbij is gebruik gemaakt van een vragenlijst die persoonlijkheidskenmerken en psychopathologie meet in negen gebieden, de MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Er bestaat van deze lijst zowel een versie voor adolescenten als een voor volwassenen (de MMPI-A en de MMPI-2). Het meest opvallende resultaat van deze studie is dat adolescenten psychisch beter blijken te functioneren dan volwassenen met een genderidentiteitsstoornis. Terwijl 73% van de volwassenen scores liet zien op één of meer gebieden die vergelijkbaar zijn met een klinische patiëntenpopulatie, gold dit slechts voor 32% van de adolescenten. Tegengesteld aan wat wel in ander onderzoek is aangetoond, werd bij de volwassenen geen verband gevonden tussen psychische gezondheid en seksuele oriëntatie (of iemand valt op iemand van zijn biologische geslacht of niet). Alle adolescenten voelden zich aangetrokken tot partners van hun biologische geslacht. Volwassen mannen die zich vrouw voelden functioneerden minder goed dan de vrouwen die man wilden worden. Bij de adolescenten functioneerden jongens die zich meisje voelen, beter op twee gebieden en de meisjes die zich jongen voelen beter op één gebied.

Autisme spectrum stoornissen (ASS) worden gekenmerkt door een gebrek aan contactuele vaardigheden, problemen in de communicatie en een rigide denkpatroon. Verschillende klinici werkzaam in genderidentiteitsklinieken in verschillende landen hebben de indruk dat zij veel mensen tegenkomen met een ASS. Daarom hebben we onderzocht hoe vaak dit voorkomt bij de genderidentiteitskliniek in Amsterdam. In **hoofdstuk 4** wordt over dit onderzoek gerapporteerd. Ouders van alle kinderen en jongeren bij wie al eerder een ASS vastgesteld was of die door de onderzoekende psycholoog verdacht werden van een ASS, werden uitgenodigd voor een gestandaardiseerd diagnostisch onderzoek, de DISCO-10.¹⁵⁵ Op deze manier werd vastgesteld dat de incidentie 7,8% (n=16) was onder 214 aanmeldingen (115 jongens, 89 meisjes, gemiddelde leeftijd 10,8).

Daarmee is aangetoond dat ASS veel vaker dan in de algemene bevolking (0,6–1%¹⁴²) voorkomt bij kinderen en jongeren die aangemeld worden bij een genderidentiteitskliniek. ASS kwam vaker voor bij jongeren met een genderidentiteitsstoornis NAO (niet anders omschreven) diagnose dan bij jongeren met een volledige genderidentiteitsstoornis diagnose.

Hoofdstuk 5 beschrijft het onderzoek naar het voorkomen van comorbide psychiatrische stoornissen onder 105 genderdysfore jongeren (gemiddelde leeftijd 14,6 jaar, 53 biologische jongens, 52 biologische meisjes). De ouders van deze jongeren werd hiertoe een gestandaardiseerd diagnostisch interview afgenomen (de DISC, Diagnostic Interview Schedule for Children¹⁷²). Van de adolescenten had 32,4% minimaal een comorbide stoornis en 15,2% had twee of meer comorbide diagnoses. Dat is meer dan in de algemene bevolking, waar meestal tussen de 10 en 20% gevonden wordt¹⁷³, maar minder dan bij jongeren die op een kinderpsychiatrische polikliniek worden gezien (50%).¹⁷⁵ Angststoornissen kwamen bij 21% voor, stemmingsstoornissen bij 12,4% en gedrags- en aandachtsstoornissen bij 11,4% van de jongeren. Biologische jongens hadden vaker een stemmingsstoornis of sociale angststoornis in vergelijking met biologische meisjes (respectievelijk 20,85 versus 3,8% en 15,1% versus 3,8%). Van deze 105 aangemelde jongeren werd bij 89 een genderidentiteitsstoornis gediagnosticeerd waarbij zij ook in aanmerking kwamen voor puberteitsremming. Sommigen konden na de gewone diagnostische fase behandeld worden en anderen liepen vertraging op tijdens de diagnostiek (langer dan anderhalf jaar na de eerste kennismaking). De vertraagde groep had vaker een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, drie of meer comorbide diagnoses en had daarnaast gemiddeld een lagere intelligentie of groeide niet op bij beide biologische ouders.

In **hoofdstuk 6** komt het onderzoek aan bod naar de effecten van puberteitsremming bij de eerste 70 jongeren met een genderidentiteitsstoornis die hiervoor in aanmerking kwamen. De adolescenten werden hiertoe twee keer beoordeeld, een keer voordat ze met puberteitsremmers begonnen (gemiddelde leeftijd 13,6 jaar), en een keer op het moment dat ze zouden starten met cross-seks hormonen (gemiddelde leeftijd 16,6 jaar). Een uitgebreid pakket van vragenlijsten werd aan hen voorgelegd, waarmee gedrags- en emotionele problemen, depressieve symptomen, angst, boosheid, algemeen functioneren en genderdysforie en lichaamstevredenheid werden gemeten. Gedurende de puberteitsremming verminderden de gedrags- en emotionele problemen en depressieve symptomen en verbeterde het algemeen functioneren. Genderdysforie en lichaamsbeleving veranderden niet.

Hoe vergaat het jongeren nadat zij puberteitsremming en een geslachtsaanpassende behandeling hebben ondergaan, als ze jonge volwassenen zijn geworden? Verdwijnt hun genderdysforie? Zijn zij tevreden met de ontvangen behandelingen? Wat doen zij met hun leven, waar wonen ze, wat voor school- of werkcarrière volgen ze, hoe is hun

seksueel functioneren en hoe hun kwaliteit van leven? Dit werd beoordeeld bij 27 jongvolwassenen (gemiddelde leeftijd vóór de behandeling 13,9 jaar, bij de beoordeling erna 20,9 jaar, 11 transvrouwen (geboren als man), en 16 transmannen (geboren als vrouw)). **Hoofdstuk 7** laat zien dat niemand meer last had van genderdysforie en iedereen redelijk tevreden was met zijn of haar lichaam. De meeste jong volwassenen hadden belangrijke ontwikkelingsstappen gemaakt wat betreft wonen, relaties met hun familie en leeftijdgenoten, en in hun werk- en schoolcarrière. Alhoewel ze in vergelijking met hun Nederlandse leeftijdgenoten minder seksuele ervaringen hadden, waren deze ervaringen duidelijk toegenomen na de geslachtsaanpassende operaties. Velen hadden ervaring met een romantische relatie. Ze beoordeelden hun kwaliteit van leven als goed. Een lagere intelligentie en slechtere kwaliteit van contacten met leeftijdgenootjes vóór de behandeling, hing samen met een lagere kwaliteit van leven ná de behandeling.

Algemene discussie

Psychische gezondheid

De verschillende onderzoeken in dit proefschrift laten zien dat het met de psychische gezondheid van een groot deel van de bestudeerde genderdysfore jongeren goed gaat; zij hebben geen psychiatrische comorbiditeit en zij functioneren beter dan psychiatrische patiënten. Onderzoeken in het buitenland laten soms minder gunstige resultaten zien.^{40,163} Hier kunnen verschillende redenen voor zijn. Een belangrijke reden is waarschijnlijk dat de jongeren in de onderzoeken van dit proefschrift, allemaal het vertrouwen hadden dat zij in aanmerking zouden kunnen komen voor puberteitsremmers. Dit was in de buitenlandse onderzoeken (nog) niet het geval. Ook ontving deze groep jongeren veel sociale steun, vooral van hun gezin; zij waren vaak immers nog te jong om zelf het initiatief te nemen om hulp te zoeken voor hun genderdysforie. Daarnaast ontmoetten zij vrijwel altijd ook opvallend veel acceptatie en ondersteuning van school en leeftijdgenoten. In vergelijking met veel andere landen is de tolerantie van Nederlanders voor transseksualiteit, net als voor homoseksualiteit,²⁰¹ in veel gevallen groot.

Het feit dat adolescenten beter functioneerden dan volwassenen kan mogelijk verklaard worden doordat wel bekend is dat genderdysforie die al op de kinderleeftijd begint, gepaard gaat met een betere psychische gezondheid dan als dit pas op latere leeftijd ontstaat (wat bij een deel van de volwassenen zo is). We denken echter dat het ook laat zien dat het mogelijk makkelijker is om op jonge leeftijd van genderrol te veranderen en dat daarmee psychische beschadiging voorkomen kan worden.

Alhoewel de meerderheid van de genderdysfore jongeren geen psychiatrische comorbiditeit liet zien, is er ook een grote groep waarbij dit wel het geval is. Echter, bij de

afweging of iemand direct of vertraagd in aanmerking komt voor puberteitsremming, was niet alleen psychiatrische comorbiditeit van belang, maar bleken andere factoren (gezinsituatie, intelligentie) ook een rol te spelen.

In vergelijking met niet-aangemelde leeftijdgenoten, komt een ASS bijna 10 keer zo vaak voor bij kinderen en jongeren aangemeld bij de Amsterdamse genderidentiteitskliniek. Dit roept vragen op. Een van de vragen is of het zou kunnen zijn dat jongeren met ASS star zijn in hun denkpatronen over jongens en meisjes. Mogelijk hebben zij moeite met het ontwikkelen van meer flexibele gedachten rondom gender en komen zij eerder (wellicht ten onrechte) op basis van enkele atypische genderrol kenmerken tot de conclusie dat zij een geslachtsaanpassing nodig hebben.

Behandelevaluatie

De twee vervolgonderzoeken in dit proefschrift geven een eerste aanwijzing dat het zogenaamde Amsterdamse 'adolescentenprotocol' aan zijn verwachtingen voldoet. Puberteitsremming verbetert de psychische gezondheid van genderdysfore jongeren. Net als bij volwassen transseksuelen zorgt de geslachtsaanpassende behandeling ervoor dat de genderdysforie verdwijnt.

Kennelijk zorgt puberteitsremming er inderdaad voor dat de acute stress veroorzaakt door de genderdysforie verbetert en dat de jongeren zich psychisch gezond konden ontwikkelen. Geen van de jongeren die met puberteitsremming begon, zag af van een vervolg met een geslachtsaanpassende behandeling.

Ook op de lange termijn, na de geslachtsaanpassende operaties, lijken genderdysfore jongeren behandeld met puberteitsremmers zich goed te ontwikkelen en zijn zij tevreden met hun leven.

Beperkingen en verder onderzoek

Deze eerste positieve resultaten van het gebruik van puberteitsremmers voor jongeren met genderdysforie moeten om verschillende redenen voorzichtig geïnterpreteerd worden. Allereerst gaat het om slechts één groep adolescenten die bestudeerd is, allen komend van een en dezelfde kliniek. Of dit protocol voor de aanpak van genderdysforie ook succesvol is in andere landen en bij andere klinieken zal nog moeten worden aangetoond. Daarvoor moet onderzoek gedaan worden in het buitenland en moeten de resultaten met die van ons vergeleken worden. Internationaal onderzoek in samenwerking met meerdere genderidentiteitsklinieken is hiervoor noodzakelijk. Recent is hiervoor een netwerk van 9 klinieken in Noord-Amerika en Europa opgericht, waarvan belangrijke informatie verwacht mag worden.

Verder waren de meeste jongeren die aan dit onderzoek meededen al relatief ver in de puberteit toen zij met puberteitsremming startten, en zou toekomstig onderzoek zich specifiek moeten richten op adolescenten die op jongere leeftijd gestart zijn.

Toekomstig onderzoek zou ook specifiek moeten kijken naar hoe het gaat met jongeren die psychiatrische comorbiditeit hebben, waaronder een ASS, of om een andere reden vertraagd in behandeling zijn gekomen. In de huidige vervolgonderzoeken deden deze groepen maar beperkt mee, juist omdat ze vertraging opliepen in het geslachtsaanpassende behandeltraject.

Nu we weten dat ASS en genderdysforie vaak samengaan, is verder onderzoek naar deze specifieke comorbiditeit nodig. Komt het ook voor op klinieken die gespecialiseerd zijn in ASS? En hoe zit het met volwassen transseksuelen? Het is aannemelijk dat ook zij vaker aan een comorbide ASS lijden, maar systematisch onderzoek hiernaar ontbreekt.

De allerbelangrijkste vraag is of jarenlange puberteitsremming kwalijke gevolgen heeft voor de gezondheid en hersenontwikkeling van genderdysfore jongeren. De eerste resultaten wat betreft botdichtheid zijn gunstig.^{216,217} Verdere gegevens over verschillend lichamelijke parameters worden momenteel geanalyseerd, maar ernstige bijwerkingen zijn tot nu toe niet aan het licht gekomen. Echter, lange termijn vervolgonderzoek en continue evaluatie is nodig. Er is één case-studie van een inmiddels 33-jarige transman die als adolescente puberteitsremmers gebruikte, die nu goed en zonder gezondheidsproblemen functioneert.²¹⁸ Veel jongeren uit de onderzoeken in dit proefschrift hebben ook hun medewerking verleend aan MRI en functioneel MRI hersenonderzoek, waarvan de resultaten rondom de publicatie van dit proefschrift waarschijnlijk deels bekend zullen zijn. Maar ook hiervoor geldt dat vervolgonderzoek noodzakelijk is.

Klinische implicaties

De onderzoeken in dit proefschrift hebben laten zien dat een al op jonge leeftijd bestaande wens tot een geslachtsaanpassende behandeling bij veel genderdysfore jongeren niet meer verdwijnt. Het gebruik van puberteitsremmers wordt niet alleen door de jongeren zelf, maar ook door hun ouders en betrokken psychologen, psychiaters en andere medici als zeer positief ervaren.

Jongeren met een genderidentiteitsstoornis blijken hiervoor voor het overgrote deel in aanmerking te kunnen komen. Wel zijn er twee subgroepen herkenbaar; degenen die vrijwel geen probleemgedrag vertonen en snel voor puberteitsremming in aanmerking komen en degenen met meer complexiteit waardoor het diagnostisch traject wordt vertraagd.

De relatief grote groep jongeren zonder ernstige bijkomende problemen heeft behalve een zorgvuldig diagnostische traject niet veel extra zorg nodig en profiteert duidelijk van het protocol met puberteitsremmers.

Op dit moment maakt kinderpsychiatrische consultatie standaard onderdeel uit van het diagnostisch traject dat genderdysfore jongeren doorlopen. Deze expertise is zinnig omdat er bij een deel van de genderdysfore jongeren sprake is van psychiatrische comorbiteit en bijna 10% een vorm van autisme heeft, zoals dit onderzoek heeft aangetoond. Deze jongeren behoren tot de kleinere maar wel substantiële groep die 'vertraagd' (langer dan anderhalf jaar na de eerste kennismaking) in aanmerking komt voor puberteitsremming. Deze adolescenten hebben extra zorg en aandacht nodig, vaak in de vorm van psychotherapeutische of psychiatrische behandeling. Vaak is deze zorg langdurig of herhaald nodig, gedurende het gehele geslachtsaanpassende behandeltraject en zelfs daarna. Het is daartoe belangrijk dat er goede samenwerking is met instellingen voor geestelijke gezondheidszorg bij de jongeren in de buurt.

Bij de jongeren met een ASS is in alle gevallen de diagnostiek veel ingewikkelder en neemt veel tijd in beslag. Soms is het moeilijk uit te maken of de genderdysforie voortkomt uit een algemeen gevoel van 'anders zijn' of dat het een werkelijke genderidentiteitsstoornis is. Ook het rechtlijnige denken of moeite hebben met communiceren compliceert het diagnostisch proces. Toch blijken ook jongeren met ASS in aanmerking te kunnen komen voor puberteitsremmers en een geslachtsaanpassende behandeling. Het comorbide voorkomen van een genderidentiteitsstoornis en ASS vraagt echter veel van alle betrokkenen en het is belangrijk dat rondom deze jongeren goed samengewerkt kan worden met GGZ instellingen in het land.

Ten slotte is het goede functioneren van veel genderdysfore jongeren niet alleen de verdienste van het 'adolescentenprotocol'. De betrokkenheid en zorgvuldigheid van allen die bij het adolescententeam van de genderidentiteitskliniek in Amsterdam werken, draagt hier ook aan bij. De wekelijkse vergaderingen waarin multidisciplinair de jongeren besproken worden en de korte lijnen van overleg zorgen ervoor dat als er problemen ontstaan, hier direct actie op kan worden ondernomen. De Nederlandse situatie is ook in andere opzichten gunstig. Zo wordt de geslachtsaanpassende behandeling, inclusief puberteitsremmers, vergoed door de zorgverzekeraars. Jongeren ontmoeten veelal vooral tolerantie in hun dagelijkse omgeving. De meeste scholen stellen zich constructief op en helpen met het creëren van een veilig en accepterend klimaat. Dit zijn omstandigheden die in het buitenland vaak niet vanzelfsprekend zijn. Ouders, familie en vrienden zijn bijna altijd positief betrokken. Daarnaast ontvangen veel jongeren en hun ouders steun van de actieve zelfhulp organisatie Transvisie. Er zijn bijeenkomsten voor ouders en voor familieleden. Voor de jongeren zelf zijn er verschillende groepen waarin zij herkenning en steun vinden, bijvoorbeeld bij de vraag hoe ga je om met je genderdysforie op school en met leeftijdgenoten. Het vooral door de media-aandacht gerealiseerde gegroeide besef dat ook jongeren genderdysfor kunnen zijn, heeft geleid tot veel acceptatie en heeft velen geholpen hun weg te vinden naar het kennis- en zorgcentrum voor genderdysforie van het VUmc.