

Congresverslag

Genderteam VUMC roept op tot samenwerking met GGz

Verlag Symposium "Genderdysforie en de GGZ" d.d. 23 maart 2007

Egbert Kruijver

Op 23 maart 2007 vond op initiatief van de afdeling Medische Psychologie van het VUMC te Amsterdam het symposium "Genderdysforie en de GGZ" plaats.

Zorgcentrum voor Genderdysforie VUMC – de stand van zaken

In Nederland is de zorg voor genderdysforen geconcentreerd bij het Zorgcentrum Genderdysforie, zoals het genderteam van het VUMC officieel sinds 2006 heet. Het zorgcentrum bedient drie doelgroepen: volwassenen met genderidentiteitsstoornissen (GIS), kinderen met GIS en mensen met een stoornis in de lichamelijke seksuele ontwikkeling (Disorders of Sexual Development, afgekort DSD).

Het centrum kan, ondanks uitbreiding in formatie en disciplines, niet voldoende aandacht schenken aan de bijkomende problematiek van haar genderdysfore patiënten. "Meer dan ons lief is komen hulpvragen bij ons terecht die ook door de GGz zouden kunnen worden opgepakt," aldus prof. dr. Peggy Cohen-Kettenis, die een helder pleidooi houdt voor nauwe samenwerking en afstemming met de GGz.

Dit is geen nieuw geluid van het VUMC. De roep om ontlasting van het genderteam en het beter toerusten van de GGz voor deze unieke problematiek is een wens die vele betrokkenen reeds hebben geuit. Reeds midden jaren '90 maakte dr. Bram Kuiper, destijds een van de weinige psychologen bij het genderteam, plannen met mij voor training van huisartsen en Riagg-medewerkers. Onze goede wil ten spijt zijn de plannen nooit gerealiseerd.

Door de vernieuwing die de laatste jaren in de seksuologische hulpverlening in gang is gezet, en met de op handen zijnde presentatie van het langverwachte zorgprogramma voor genderidentiteitsstoornissen, heeft het genderteam anno 2007 in zekere zin de wind mee: voor het eerst constateer ik gerichte en doelmatige interesse vanuit de GGz voor de genderdysforie. Het is daarom te prijzen dat GGz-instellingen als Parnassia en Altrecht zich, gesteund door subsidiegelden vanuit ZonMW, op deze materie hebben gestort. Daarin zijdelings bijgehaald door GGnet dat op ei-

gen kracht is gaan experimenteren met gespreksgroepen en individuele therapie voor genderdysforen in Gelderland. Thans bestaat er een periodiek landelijk overleg waaraan inmiddels diverse GGz-instellingen en uiteraard het VUMC deelnemen. Dit overleg is gericht op kennisoverdracht en taakafstemming. We kunnen dus, anno 2007, gerust stellen dat het genderteam succesvol de brug naar de GGz heeft weten te slaan.

Een oproep aan de GGz

Maar waarom doet het genderteam van het VUMC deze oproep eigenlijk aan de GGz? Het probleem even simpel als hardnekkig. Aangezien het VUMC het monopolie heeft op geslachtsaanpassende behandeling in Nederland is het niet vreemd dat alle genderdysforen die een dergelijk traject overwegen vroeg of laat bij het genderteam aankloppen. Dat het team eigenlijk structureel overbelast is en dat wachttijden zowel voor de intake als tijdens de behandeling enorm kunnen oplopen wordt al jaren onderkend. Onder leiding van prof. dr. Peggy Cohen-Kettenis als hoofd van de afdeling Medische Psychologie en dr. Luk Gijs als hoofd van de sectie Gender en Seksuologie, heeft men een belangrijke slag gemaakt door ervoor te zorgen dat het Zorgcentrum voor Genderdysforie nu onder één en dezelfde divisie binnen het VUMC valt. Dat lijkt een onbenullig organisatorisch detail, maar voor het genderteam is het min of meer van levensbelang wanneer men beseft dat men ook binnen het VUMC nog altijd strijd moet leveren om het bestaansrecht van het team te legitimeren.

Een andere goede ontwikkeling is het opzetten van een transitiepoli voor adolescenten en jongvolwassenen. Deze zal zeker in een grote behoefte voorzien.

Een doelstelling die helaas nog te weinig uit de verf is gekomen is de profilering van het zorgcentrum als kenniscentrum voor de GGz. De toegankelijkheid, met name via het internet is nog niet gerealiseerd, wat gezien kan worden als een ernstig tekort. Verzachtende omstandigheid is dat het VUMC weliswaar al in 2002 officieel door de overheid tot kenniscentrum is "gebombardeerd", echter zonder financiële middelen.

Door de samenwerking te zoeken met regionale GGz-instellingen kunnen genderdysforen in hun eigen regio hulp krijgen voor hun bijkomende problemen. Dit scheelt de transseksueel uit Schin op Geul, Breskens of Ootmarsum aanzienlijk wat reistijd en reiskosten, en ontlast het genderteam van hulpvragen die niet specifiek aan de genderdysforie gelinkt zijn. En tenslotte leert het GGz-veld de koudwaterrees overwinnen om met genderproblematiek aan de slag te gaan en kan het VUMC alsnog haar opdracht als kenniscentrum waarmaken. Dat dit een blijvend actieve houding jegens de GGz inhoudt is evident.

De rol van de GGZ

Peggy Cohen ziet een rol voor de GGz weggelegd in:

- het voortraject: exploratie van de problematiek en behandeling van bijkomende problemen. Dit voorkomt dat men direct naar het VUMC rent en alsnog moet worden terugverwezen.

- het behandelingsproces: dit met name voor de kwetsbaren die veel co-morbiditeit tonen en daardoor veel aandacht nodig hebben.
- de nazorg: na de geslachtsaanpassing stopt de behandeling (behoudens periodieke medische controles). Juist in deze fase is begeleiding vaak zeer gewenst om allereerste psychosociale problemen het hoofd te bieden.

Wanneer men beseft dat de hulpverleners van het VUMC, als gevolg van hun beoordelende rol (bij hen ligt immers het besluit over wel/niet geslachtsaanpassing), vaak hun begeleidende en ondersteunende rol onvoldoende kunnen invullen (en soms daartoe ook geen kans krijgen van patiënten), en wanneer men weet dat bijvoorbeeld tijdens de real life test de frequentie van begeleidingsgesprekken neerkomt op eens per 3 maanden, dan blijkt hieruit ook de bittere noodzaak voor het VUMC om de GGz te mobiliseren zich over deze doelgroep te ontfemen. Kortom, dat deze samenwerking gezocht en verdiept moet worden is voor iedereen zonneklaar.

Op het symposium kwamen, naast Peggy Cohen en Luk Gijs, diverse leden van het Zorgcentrum voor Genderdysforie aan het woord. GZ-psycholoog/psychotherapeut Winkie Sandberg gaf uitleg over genderidentiteitsstoornissen bij kinderen en kinder- en jeugdpsychiater Annelou de Vries deed dat over de adolescenten. De gynaecoloog Mick van Trotsenburg, directeur van het Zorgcentrum voor Genderdysforie, gaf gedetailleerd uitleg over hormoontherapie en chirurgie. De psycholoog Anouk van Rijn en GZ-psycholoog/seksuoloog Anne Brewaeyts leidden elk een workshop over diagnostiek en interventies, waarin ruimte was voor discussie aan de hand van enkele casussen.

De enige spreker van buiten het VUMC was Kees van der Rhee, in zijn hoedanigheid als manager van PsyQ Seksuologie, die de eerste ervaringen met het recent ontwikkelde zorgprogramma Genderidentiteitsstoornissen met ons deelde.

Kinderen met GIS (tot 12 jaar)

Ook Winkie Sandberg roept de GGz op tot samenwerking. Zij gaat tijdens haar voordracht in op een aantal essentiële vragen, zoals de mate waarin gezins- en omgevingsfactoren invloed hebben op GIS bij kinderen. Ze kan melden dat sociaal economische factoren geen rol spelen, daar haar patiëntjes uit alle lagen van de bevolking komen. Echter, ze meldt wel een cultureel verschijnsel: van alle 300 patiëntjes (200 jongens en 100 meisjes) die sinds 1987 gezien zijn hebben vrijwel alle een blank-Nederlandse achtergrond. Een kleine groep is van Surinaamse of Antilliaanse origine. Komt GIS bij kinderen dan niet voor in bijvoorbeeld Marokkaanse of Turkse gezinnen? Nee, dat kan zeker niet zo gesteld worden. Deze cijfers lijken, zo komt mij voor, eerder iets te zeggen over het 'bereik' van het VUMC dan over het GIS-gehalte van diverse culturele achtergronden.

Winkie Sandberg putte veelvuldig uit een nog niet gepubliceerd onderzoek van Madeleine Wallien naar de kindfactoren bij kinderen met GIS, waardoor ik mij naar de regels der hoffelijkheid genoodzaakt zie veel interessante details in dit verslag weg te laten. Echter, tijdens het IASR van 2006

werd een outline van een onderzoek naar co-morbiditeit bij GIS-kinderen van Wallien, Swaab-Barneveld en Cohen-Kettenis gepresenteerd. Ik voel mij vrij om daaruit de belangrijkste conclusies te memoreren:

- het vermoeden wordt bevestigd dat zowel jongens als meisjes met GIS meer geïnternaliseerde psychopathologie laten zien dan kinderen uit de controle groep. Een conclusie die de uitkomsten van een eerder onderzoek van mijn Altrecht-collega Karin Tobias-Dillen (2005) op basis van de good old CBCL bevestigt.
- gezien het feit dat het overgrote deel van de onderzochte kinderen met GIS niet bleek te lijden aan een angststoornis, kan een dergelijke stoornis niet als een 'noodzakelijke voorwaarde' voor de ontwikkeling van een GIS worden beschouwd.
- hulpverleners moeten echter altijd alert zijn op primair geïnternaliseerde problematiek bij kinderen met GIS.

Het was voor sommige toehoorders verrassend om te horen dat er alleen bij hoge uitzondering lichamelijk of hormonaal onderzoek wordt gedaan bij aangemelde kinderen. Maar de reden hiertoe ligt voor de hand: er zijn nimmer opvallende lichamelijke of hormonale afwijkingen bij GIS-kinderen gevonden die met hun stoornis in verband kunnen worden gebracht.

Wel worden diverse psychologische testen afgenomen, waarbij ook de ouders worden betrokken. Incidenteel vindt er specifieke gezinsdiagnostiek plaats wanneer er aanwijzingen zijn dat zeer verstoorde huwelijks- of gezinsrelaties een versterkende (dus niet uitlokkende) rol zouden kunnen spelen. Winkie Sandberg benadrukt dat dit hoogst zeldzaam is. Er zijn geen aanwijzingen dat seksueel misbruik tot de ontwikkeling van een GIS kan leiden, of dat psychopathologie bij ouders een dergelijke ontwikkeling doet inzetten. Conclusie: de invloed van gezin en omgeving lijkt zeer beperkt te zijn op de GIS bij kinderen.

Winkie Sandberg geeft aan dat zij veel goede ervaringen met ouders heeft, en somt een hele rij succesfactoren op: ouders zijn pedagogisch vaardig, werken goed samen, er is openheid in het gezin over de GIS, men heeft contacten buiten het gezin en er is open en constructief overleg met school. De ouders zijn acceptierend en steunend naar het GIS-kind (en de overige kinderen) en zijn in staat compromissen te sluiten (b.v. wanneer wel/niet verkleden). Tegelijkertijd blijven de ouders opvoeden: ze stellen grenzen en geven het kind de broodnodige frustraties die nodig zijn om tot een volwassen mens uit te groeien. Tenslotte de laatste succesfactor, ook niet onbelangrijk: ze zoeken bijtijds hulp.

Kernvraag in de diagnostiek is: is er sprake van een GIS en zijn er andere bijkomende problemen? Op basis van de gegevens die sinds 1987 zijn verzameld, blijkt 74% van de aangemelde meisjes een GIS te hebben, 9% een GIS NOS (men voldoet niet volledig aan de criteria) en 17% blijkt geen GIS te hebben. Bij de jongens zijn de percentages respectievelijk 70%, 18% en 12%. Bij de jongens in de GIS NOS groep blijken autistiforme stoornissen opvallend sterk vertegenwoordigd.

Adolescenten met GIS (12-18 jaar)

Annelou de Vries zette helder uiteen wat de beleidslijnen zijn, waarlangs de hulp aan adolescenten werkt:

- 12 tot 16-jarigen krijgen eerste diagnostiek zonder medische ingrepen. Men volgt als het ware de ontwikkeling van de GIS. Eventueel kan men besluiten tot het toedienen van reversibele puberteitsremmende hormonen.
- 16 tot 18-jarigen komen in de tweede diagnostische fase. In deze fase, en niet eerder, kan besloten worden tot het toedienen van hormonen die de lichamelijke ontwikkeling in de richting van het andere geslacht stimuleren. De werking van deze 'cross sex hormones' is deels irreversibel.
- vanaf 18 jaar (en niet eerder) kan besloten worden tot geslachtsaanpassende operaties, in combinatie met levenslange hormoontherapie.

Hormoontherapie bij adolescenten

Over hormoontherapie bij adolescenten is altijd veel te doen, daarom kan het geen kwaad om de visie van het VUMC nog eens uit een te zetten:

Puberteitsremmende hormonen blokkeren feitelijk de werking van de lichaamseigen hormonale ontwikkeling. Hierdoor blijft het lichaam langer kinderlijk, en vertraagt men de ontwikkeling van de specifieke vrouwelijke of mannelijke lichaamskenmerken. Bij jongens stelt men op deze manier bijvoorbeeld het breken van de stem uit, de groei van de adamsappel en de baardgroei. Bij meisjes wordt onder andere de borstvorming onderdrukt en de menarche uitgesteld. Dit kan men redelijk ongestraft doen: wanneer men toediening stopt vindt de puberteitsgroei alsnog op natuurlijke wijze zijn weg. De verminderde groei van botdichtheid, als gevolg van het uitstel, wordt alsnog ingelopen.

Het werken met puberteitsremmers geeft drie grote voordelen:

- adolescent, ouders en hulpverleners winnen tijd om tot een uitgebalanceerd toekomstidee te komen
- het vermindert aanzienlijk het psychisch lijden van de adolescent
- het geeft betere resultaten bij een eventuele geslachtsaanpassing

Hormoontherapie bij adolescenten wordt nog vaak als controversieel gezien in de media, en ook in de publieke opinie. Echter, wie ooit met betrokken transseksuelen spreekt zal merken hoe belangrijk het onderdrukken van de puberteitsgevolgen voor hen is geweest. Ik durf op basis van deze gesprekken de stelling aan dat hormoontherapie zeker positief effect heeft op de zelfbeleving van adolescenten die zich 'verraden' voelen door hun lichaam, en in sommige gevallen automutulatie kan voorkomen.

Annelou de Vries legde de toehoorders een aantal dilemma's voor, waar het VUMC voor staat:

Ook bij de adolescenten is er het probleem van de comorbiditeit. Een extra belangwekkend aspect, zeker wanneer men de hoge score op autisme bij jongens in ogenschouw neemt (9 keer meer dan in de gemiddelde populatie). Maar

denk hierbij ook aan andere veelvoorkomende aspecten als slecht sociaal functioneren, depressies, angsten en suicidaliteit. Hoe verhouden de GIS en de co-morbiditeit zich tot elkaar, kan er altijd een duidelijk onderscheid gemaakt worden, en welke risico's loopt men wanneer men het één óf het ander onderschat?

1 op de 5 is transseksueel: maar welk kind is dat?

Een andere interessante kwestie is die van de leeftijd waarop de genderidentiteit wordt verondersteld vast te liggen. Gangbare theorieën houden het op maximaal 6-7 jaar, waarop een kind weet en ervaart dat het een jongetje of een meisje is, en er zijn wetenschappelijke waarnemingen waaruit blijkt dat het genderbesef al voor het tweede jaar zijn intrede doet. Dit zou een argument kunnen zijn voor ouders om hun GIS-kind toe te staan om al op zeer jonge leeftijd volledig van genderrol te wisselen.

Echter, het VUMC vindt het geen goed idee dat kinderen met GIS al voor de puberteit volledig gaan leven volgens de genderrol van het andere geslacht omdat gebleken is dat in de puberteit bij 80% van de patiëntjes de GIS weer afneemt. Vaak blijkt er naderhand sprake van een homoseksuele identiteit, en verdwijnt de genderdysforie. Met andere woorden: bij slechts 1 op 5 blijkt er sprake van een volledige GIS die als transseksualiteit kan worden gediagnosticeerd. Het probleem waar de hulpverlening voor staat is dan: je weet dat 1 op de 5 daadwerkelijk vroeg of laat een geslachtsaanpassing zal ondergaan, maar je weet niet welk kind dat zal zijn! Wat doe je dan de kinderen aan die zich in de puberteit alsnog in de lichaamseigen genderrol kunnen vinden?

Een vraag die bij deze redenering bij me opkomt is: hoe verhoudt dit gegeven zich tot de groep 'late onset' transseksuelen, die zich soms ver in volwassenheid bij het VUMC meldt. Is dit een groep die eigenlijk in de puberteit dacht zich te kunnen verenigen met het eigen geslacht, maar daar 'in tweede instantie' van terugkomt?

Drop out en no show

Tenslotte wil ik nog een belangrijk dilemma noemen dat door Annelou de Vries naar voren werd gebracht. Het blijkt dat de fase van verlengde diagnose een aanzienlijk risico op drop out en no-show in zich draagt. Blijkbaar duurt het de patiënten te lang en kan het VUMC het lijntje niet vasthouden. Volgens de WGBO is een 16-jarige reeds beslissingsbevoegd ten aanzien van de eigen behandeling. Het VUMC houdt echter vast aan de leeftijd van 18 jaar. Men is dus voorzichtig, maar niet zonder reden, gelet op het geringe percentage patiënten (20%) dat uiteindelijk geslachtsaanpassing doorzet. Het is mij onduidelijk in hoeverre die 20% door no-show/drop out beïnvloed wordt. Maar hoe dan ook: de toenemende no-show is zorgelijk, gelet op het feit dat patiënten in toenemende mate geneigd zijn tot 'zelfdokteren' met hormonen (nb. Uit Oostenrijks onderzoek is gebleken dat 60% van de MV-transseksuelen aan hormonale zelfmedicatie doet voordat men zich bij de kliniek meldt). Hopelijk wordt het tij gekeerd met de komst van de transitiepoli, specifiek voor deze doelgroep.

Staat het VUMC open voor andere oplossingen dan geslachtsaanpassing?

De oplettende lezer zal zijn opgefallen dat ik tot nu toe gesproken heb over genderdysforen als patiënten. Dat is immers de benaming die een ieder krijgt toebedeeld zogauw hij of zij voor een medische behandeling een ziekenhuis binnenstapt. Het zal mij niet verbazen dat lezers zich daar – terecht – aan storen. Een patiënt is immers ziek en dient van zijn kwaal verlost te worden. Deze smalle zienswijze doet geen recht aan genderdysforen, en zeker niet aan degenen die zich niet herkennen in een wens tot volledige geslachtswisseling. Voor hen is het psychopathologisch model van aanvang af een bed van Procustus gebleken.

Het is zonder meer verheugend dat Luk Gijs deze tekortkoming in het standaardmodel (= volledige overgang van de ene sekse naar de andere) erkent en kritisch wil beschouwen. Hij stelt dat het psychopathologisch model, gebaseerd op de DSM, de dichotomie als uitgangspunt neemt en de geslachtsaanpassing ziet als manier om de GIS tot nul te reduceren.

Gijs ziet daarom een aantal uitdagingen voor het standaardmodel. Een erg boeiende stelling, waar in navolging van hersenonderzoekers als Dick Swaab, Frank Kruijver en Jiang-Ning Zhou verder onderzoek naar moet worden gedaan, is in hoeverre transseksualiteit een vorm van DSD van de hersenen is. Zijn er aanwijzingen te mogen veronderstellen dat er in de ontwikkeling van de hersenen een differentiatie kan ontstaan in de lijn van de andere sekse?

Waar zit uw genderidentiteit?

Deze stelling raakt naar mijn idee aan de filosofische vraag: wat is identiteit? En ook: waar bevindt zich deze? Bij wijze van gedachtenexperiment heb ik inmiddels meerdere transseksuelen de vraag voorgelegd of ze hun hersenen zouden willen ruilen met een transseksueel van het andere geslacht. In plaats van de rest van het lichaam aan te passen, zou men in deze gedachtengang – slechts – de hersenen hoeven om te ruilen. De reactie is vaak negatief, met als argument dat men zichzelf niet meer zou zijn met de hersenen van een ander, dan wel met de eigen hersenen in het lichaam van een ander. Dit is natuurlijk een absurde vraagstelling, maar het geeft wel aan dat men geneigd is de eigen identiteit een zetel in de hersenen toe te bedelen. En dat transseksuelen, ook al wijzen zij hun geslachtskenmerken af, een verder congruent lichaamsbeeld lijken te hebben.

Bij de presentatie van Gijs is duidelijk merkbaar dat hij verder wil kijken dan het psychopathologisch model en erkent dat er meerdere manieren zijn om naar het fenomeen genderdysforie te kijken. Wanneer men namelijk niet de dichotomie der seksen als uitgangspunt neemt maar de diversiteit tussen mensen centraal stelt, dan is de weg vrij om alle mogelijke uitingsvormen van genderidentiteiten te zien op een continuüm waarbij ‘volledig man’ en ‘volledig vrouw’ de extremen vormen. Hoewel deze voorstelling van zaken ook zijn beperkingen kent, doet ze in ieder geval recht aan de wens van transgenders om serieus genomen te worden in hun lichaams- en identiteitsbeleving.

Welzijn in plaats van genezing?

Vanuit dit gezichtspunt beschouwd zou de doelstelling niet langer genezing (= opheffen van de GIS) hoeven zijn, maar het welzijn van de genderdysfore mens in iedere vorm die hij/zij verkiest. De inmiddels retorische vraag of genderdysforie wel in de DSM thuishoort, gloort hierbij aan de horizon. Gijs is stellig dat wat hem betreft genderdysforie wél thuishoort in de DSM, al was het alleen al voor al die mensen die verstoken zouden blijven van adequate hulp wanneer het fenomeen niet meer in de DSM zou worden beschreven.

Gijs breekt voorts een lans voor de belangen van de meest kwetsbare groep genderdysforen: zij die naast de GIS met een forse mate van co-morbiditeit kampen. Als gevolg van de co-morbiditeit is de hulpverlener extra voorzichtig om de GIS als centrale problematiek te nemen, wat tot gevolg kan hebben dat men zich niet gehoord voelt en uiteindelijk de zorg de rug toe keert.

Samenvattend stelt Gijs dat het standaardmodel zijn nut en noodzakelijkheid nog elke dag bewijst, dat velen erbij gebaat zijn, maar dat het model tevens te smal is en te weinig recht doet aan genderdysfore mensen die zich niet in de extremen van het continuüm herkennen.

Ik ben blij met de zelfreflectie die Gijs ten aanzien van het standaardmodel ten toon spreidde. Helaas waren er maar zeer weinig transgenders in de zaal die deze boodschap konden meenemen. Het VUMC lijkt helaas reeds lang de feeling met deze groep verloren te hebben, en de toekomst zal uitwijzen of het VUMC deze ‘tussengroep’ daadwerkelijk iets te bieden heeft. Gijs kondigde aan dat het VUMC thans alle aanmeldingen monitoort om zicht te krijgen op de grootte van de groep genderdysforen die zich niet door het VUMC geholpen voelt (nb. de afhakers zijn niet eerder systematisch geregistreerd). Hopelijk kan men met deze wetenschap de binding met deze groep herstellen. Wanneer men beseft dat een deel van degenen die zichzelf als transgender definiëren zelf doktert met verkrijgbare hormonen, en er ook een deel is dat zich later alsnog voor geslachtsaanpassing meldt, is duidelijk dat het VUMC alle belang heeft om met deze groep in contact te blijven.

Bij welzijn hoort ook seksualiteitsbeleving. Ik was blij dat Gijs ook dit aspect benoemde, omdat het een nogal onderbelicht aspect is in de genderdysforie, terwijl het een enorme impact heeft op het sociaal en psychisch welbevinden. Tijdens een groepsgesprek dat ik onlangs voerde met VM-transseksuelen werd mij weer eens duidelijk welk een bijzondere ‘reis’ men doormaakt in het (her)ontdekken van zichzelf als seksueel wezen.

Het Zorgprogramma Genderidentiteitsstoornissen

Kees van der Rhee bevestigde het bovenstaande beeld in

zijn uiteenzetting over het kersverse zorgprogramma. Hij schetste kort maar krachtig de situatie van een paar jaar geleden: travestieten zijn met name positief over de steun vanuit zelfhulpgroepen; ten aanzien van transgenders bestaat geen helder beleid en bestaat nauwelijks hulpaanbod

en ten aanzien van transseksuelen is sprake van een sterke medicalisering en weinig interesse vanuit de GGz.

Het nieuwe zorgprogramma moet GGz-instellingen een leidraad geven om een gedegen aanbod op de hulpvragen van genderdysfore mensen te presenteren. Aangezien het zorgprogramma ten tijde van het symposium nog niet openbaar was gemaakt, heb ik besloten niet nader op de details in te gaan. Wel werd duidelijk dat het programma de fasen in identiteitsontwikkeling bij homoseksuelen (sensitisatie, identiteitsverwarring, identiteitsaannee en commitment) heeft overgenomen als leidraad, waaraan interventies kunnen worden verbonden (zoals psycho-educatie, begeleiding, gesprekstherapie en medicatie) en dat er qua doelgroepen een onderscheid gemaakt wordt tussen travestieten, transgenders en transseksuelen. Het lijkt me zinvol het programma nader in dit vakblad te beschouwen wanneer er meer ervaring mee is opgedaan.

De ervaringsdeskundigen

In de door Anne Brewaeys geleide workshop passeerden alle eerder genoemde dilemma's nogmaals de revue, aan de hand van enkele zeer herkenbare casussen. Brewaeys benadrukte nog eens dat het genderteam de GGz hard nodig heeft, en daagde de aanwezigen uit om met hun visie te komen. Het bleef helaas nog wat stil aan de kant van de professionals. Des te meer roerden zich de ervaringsdeskundigen die aan de workshop deelnamen. Humanitas was met medewerkers en vrijwilligers van de werkgroep Transseksualiteit en Genderdysforie goed vertegenwoordigd. De bespreking van de casussen maakte in ieder geval duidelijk dat in de beleving van de ervaringsdeskundigen een GIS wel degelijk kan evolueren en verdiepen. En dat wanneer het VUMC bij aanmelding direct verwacht dat men 'the full package' wenst, een aanzienlijk deel (geschat 30%) daardoor direct bij het VUMC afvalt. Waar blijft deze groep? Het mag duidelijk zijn dat ook hier het gapende gat bij de GGz weer pijnlijk voelbaar werd, en evenzeer het appèl om het te dichten. De uit het leven gegrepen voorbeelden deden Hermen Lotgerink (seksuoloog Altrecht) bewegen om Humanitas uit te nodigen aan het periodiek overleg tussen

GGz-instellingen en het VUMC te gaan deelnemen. Een uitnodiging die in zeer goede aarde viel bij Humanitas. Wie wil weten wat Humanitas, via de zelfhulpgroepenformule doet voor genderdysforen: kijk op www.wgtrans.nl, want dat is werkelijk te veel om op te noemen.

De samenwerkingsrelatie tussen het VUMC en Humanitas is in de laatste jaren sterk verbeterd, niet in de laatste plaats door de inzet van coördinator Thomas Wormgoor en de zeer ervaren Simon Hughes. Als oud-Humanitas vrijwilliger kan ik melden dat bij Humanitas een schat aan kennis en ervaring aanwezig is, waar de GGz zijn voordeel mee kan doen. Ik hoop daarom van harte dat de welgemeende uitnodiging van Hermen Lotgerink niet op zichzelf blijft staan.

Ik kijk terug op een boeiende en constructieve dag, niet in de laatste plaats door de goede voordrachten en open opstelling van de medewerkers van het VUMC.

Literatuur

- Wallien, M.S.C., Swaab-Barneveld, H., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Co-morbidity (DSM) among children with gender identity disorder: Demographics, sex differences and prevalence. *International Academy of Sex Research, 12-15 juli 2006*.
- Tobias-Dillen, K., Zonnevyle-Bender, M., Swaab-Barneveld, H., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Emotionele- en gedragsproblemen bij jonge kinderen met een genderidentiteitsstoornis. *Tijdschrift voor Seksuologie, 30*, 144-149.
- Van Trotsenburg, M. (2002). Transsexualität: Überblick über ein Phänomen mit besonderer Berücksichtigung der österreichischen Sicht. *Speculum, 20*, 8-22.
- GIRES et al. (2006). Atypical gender development; A review. *International Journal of Transgenderism, 9*, 29-44.

Egbert Kruijver, maatschappelijk werker (VO)/seksuoloog NVVS i.o., stafmedewerker bij het Rehabilitatiecentrum van Altrecht Talent op het gebied van intimiteit en seksualiteit in de psychiatrie, en eigen praktijk.