

Gender tussen noodlot en maakbaarheid. Over wensen en grenzen in de transgenderzorg

Peter Leusink

Praktijk de Huisarts, Gouda; De Seksuele Zaak, Utrecht, Nederland

Samenvatting

Aan de hand van een beschrijving in grote lijnen van de stand van zaken over de etiologie, diagnostiek en behandeling van genderincongruentie, wordt bepleit dat zorg op maat, in dialoog en met behoud van diversiteit een noodzakelijk vertrekpunt zou moeten zijn in de transgenderzorg. Deze conclusie nodigt hulpverleners uit een visie te ontwikkelen die recht doet aan de autonomie van de transpersoon met behoud van zorgvuldigheid.

Onlangs kreeg ik de eervolle uitnodiging om een bijdrage te leveren aan een thema dat Ine Vanwesenbeeck, bijzonder hoogleraar Seksuele Ontwikkeling, Diversiteit en Gezondheid, graag wilde adresseren na haar transitie naar emeritus: Seksueel welzijn van jongeren in de 20-er jaren, wat is er nodig? De directe aanleiding voor de uitnodiging vormde een kort gesprek met haar waarin we reflecteerden op een ontwikkeling die ik constateerde sinds ik recent was gestart met transgenderzorg. Ik was verrast door verhalen die ik hoorde van jonge twintigers, die weliswaar gemeen hadden dat delen van hun (seksuele) lichaam in de weg zaten, maar die voor het overige unieke verhalen vertelden over de rol en betekenis van hun gender.

Ontwikkeling

Ik ben in de jaren '80 van de vorige eeuw gevormd binnen een binair genderdiscours in de emancipatie van (toen nog) 'transseksuelen' die opkwamen voor hun verlangen naar een lichaam dat correspondeerde met het door hen gewenste geslacht. Transseksuelen wilden of man of vrouw zijn en dat recht werd op vrij genderstereotype wijze in uiterlijk en gedrag vormgegeven. Omdat er zich twee uitstekende gendercentra hadden ontwikkeld in Amsterdam en Groningen, beperkte mijn hulpverlening aan transseksuelen zich tot een sporadische verwijzing of een begeleidingsgesprek.

Nu 25-30 jaren later doet de - in verband met de enorme wachtlijsten noodzakelijke - decentralisatie van de transgenderzorg zich plots voelen in mijn spreekkamer. En dan blijkt dat ik weliswaar mijn theoretische denkkader heb ontwikkeld tot een non-binair genderdiscours en tot het concept transgenderisme (Vennix,

1999), maar dat er ook meer nodig is: de praktische hulpverlening en bejegening vragen om een sterk geïndividualiseerde 'zorg-op-maat'. Het onderscheiden van genderidentiteit, -rol en -expressie vraagt van mij de nodige wendbaarheid, maar ook de wensen ten aanzien van veranderingen aan en in het lichaam vragen om mijn flexibiliteit.

Diversiteit

Gender en transgender lijken onafhankelijke entiteiten en op zijn minst lijkt het transgenderdiscours ingebed in de context van het dan heersend genderdiscours. Wat betreft het gebruik van voornaamwoorden (het woord *pronouns* is gebruikelijker binnen de transgender groep merk ik), ervaar ik in de praktijk dat sommige transgender personen nadrukkelijk de klassieke binaire termen wensen, terwijl anderen juist de non-binaire vormen gebruiken en sommigen onverschillig blijven of zich uniek wanen ('er is geen woord voor wie ik ben'). Sommige transgender personen zijn activistisch en actief binnen steungroepen en online gemeenschappen, sommigen wensen het liefst anoniem als transgender te blijven en willen zich pas in een nieuwe werk-, studie- en vriendengroep met het nieuwe gender uiten. Weer anderen hebben niets met 'dat transgendergedoe' en verbinden zich het liefst binnen een oude vertrouwde kleine familie- en vriendengroep zonder nadrukkelijke profilering als transgender.

Expressie lijkt belangrijker dan identiteit, 'hebben' belangrijker dan 'zijn'. Personen ervaren geslachtskenmerken als beharing, stem, borsten, spieropbouw en vetverdeling als het meest storend of gewenst en vragen daarom om hormonaal ingrijpen of andere aanvullende medische behandelingen (logopedie, ontharing, plastische chirurgie). De meest zichtbare delen van het lichaam helpen de sociale transitie en de zelfacceptatie van het lichaam versterken. Voor een meerderheid

is de psychoseksuele ontwikkeling vertraagd (weinig gemotiveerd een partner te zoeken, nauwelijks masturbatie of beleven van opwindning of orgasme met een partner), maar dit lijkt in de beginfase van de transitie niet als problematisch te worden ervaren. Alle hoop wordt op posttransitie gevestigd. Enkelen zijn juist erg seksueel actief of zijn sekswerker en stellen hoge eisen aan genitale operaties. Voor een substantieel deel is een eventuele geslachtsverandering door middel van operatie niet gewenst ('mijn partner en ik vinden twee openingen wel prettig', zegt een transman die seks heeft met mannen) of een besluit daarover wordt op zijn minst voorlopig uitgesteld.

Kortom, jonge twintigers met genderdysforie bevinden zich in een ontwikkelingsproces met enorme uitdagingen. Niet alleen het binaire genderdiscours wordt bevraagd, tegelijkertijd wordt ook het eeuwenoude *nature-nurture* debat bevraagd. Kan het wetenschappelijk onderzoek tot nu toe ons helpen deze vragen te beantwoorden? Zijn de keuzes die trans personen maken innerlijke noodzaak (*push*) of valt er ook echt iets te kiezen (*pull*)? In hoeverre wordt onze genderidentiteit in onze schoot geworpen en is deze (ook) maakbaar? Betekent de sterke geïndividualiseerde 'zorg-op-maat' aan personen met genderdysforie dat altijd moet worden voldaan aan de wensen van de transgender persoon? Anders geformuleerd, hoe verhoudt hulpverlening op basis van zorgvuldige indicatiestelling zich tot de louter op *informed consent* gebaseerde basis van behandeling? Aan de hand van de exploratie van de literatuur, die niet allesomvattend is, tracht ik een voorlopig antwoord te vinden op bovenstaande vragen. Naar aanleiding van de vraag wat er nodig is voor het seksueel welzijn van jongeren in de 20-er jaren en vanwege het feit dat het aantal jongeren met genderidentiteitsvragen toeneemt, richt ik mij aan de hand van etiologie, diagnostiek en behandeling van genderincongruentie op wat nodig is om transgender jongeren een perspectief te kunnen bieden.

Etiologie

Vooralsnog is er geen goed theoretisch concept voor de verklaring van genderincongruentie anders dan de constatering dat verschillende biopsychosociale factoren hierin een rol spelen (T'Sjoen, van Trotsenburg, & Gijs, 2013; Kreukels & Steensma, 2020). Welke factoren dat precies zijn en hoe deze interacteren is weliswaar niet goed bekend, maar enkele contouren zijn wel aan te geven. Er is momenteel met name sterkere evidentie voor de specifieke invloed van biologische factoren dan van psychosociale factoren op het ontstaan van genderincongruentie.

Genderidentiteit in zijn algemeenheid heeft een polygenetische component, dat wil zeggen, er is niet een specifiek gen maar een samenspel van enkele genen voor de genderidentiteit verantwoordelijk, zo blijkt onder andere uit tweelingstudies (Polderman et al., 2018; Ristori, 2020). Deze genen hebben voornamelijk be-

trekking op de geslachtshormoonreceptoren of daarbij betrokken enzymen als mogelijke determinanten van geslachtsdifferentiatie. Deze hormonen hebben een activerende en organiserende functie in het creëren van hersennetwerken, zowel prenataal als peri-puberaal (Ristori, 2020). Daarnaast lijken er epigenetische effecten te bestaan, dat wil zeggen effecten ten gevolge van het activeren of uitschakelen van een relevant gen door de omgeving. Uit een studie bleek dat transgender personen (voorafgaand aan hormonale behandeling met cross-sex-hormonen) verschillen van cisgender personen in de mate waarin bepaalde genen door middel van CpG-methylering tot expressie komen (Ramirez et al., 2021). Wordt door middel van MRI gekeken naar volume en uiterlijke kenmerken van bepaalde hersengebieden, dan blijken transgender personen (voorafgaand aan hormonale behandeling met cross-sex-hormonen) over een eigen uniek hersenfenotype te beschikken en dus niet het fenotype van het gewenste gender op het man-vrouw spectrum (Mueller et al., 2021). Ná hormonale behandeling worden verschillen in hersenpatronen verder versterkt: het (oorspronkelijk) geslacht op basis van vormkenmerken van de hersenen bleek bij transgenders significant minder goed te voorspellen (in 67,5% van de gevallen) dan bij cisgenders (in 82,6% van de gevallen). Genderidentiteit en genderincongruentie konden niet betrouwbaar op basis van deze kenmerken worden vastgesteld (Baldinger et al., 2020). Genetisch en anatomisch lijkt er dus meer gendervariatie mogelijk dan het binaire spectrum. Wordt echter gekeken naar functionaliteit van bepaalde neurale netwerken (i.p.v. anatomische vormkenmerken van bepaalde hersengebieden), dan blijkt dat bij transgender personen (voorafgaand aan hormonale behandeling) deze netwerken het meest te lijken op die van de (gewenste) genderidentiteit (Uribie, 2021).

Wat betreft de verklaring voor de mate van problemen ten gevolge van de ervaren genderdysforie - en dat is wat anders dan een verklaring voor het ontstaan van genderincongruentie - is een levensloopperspectief belangrijk. Zo lijken eerdere negatieve ervaringen de beste voorspellers voor latere negatieve ervaringen te zijn. Ook het omgekeerde geldt: eerdere positieve ervaringen kunnen in de toekomst bijdragen aan een betere leefsituatie. Het maakt bijvoorbeeld uit hoe de omgeving reageert op gender-nonconform gedrag: met begrip en acceptatie of met afwijzing of zelfs geweld. Daarnaast is het multidimensionale karakter van problemen onder transgender personen relevant: problemen op verschillende domeinen versterken elkaar en vergroten de kans op andere problemen (Kuyper & Vanden Berghe, 2017).

In een kwalitatief onderzoek onder transgender personen werd door hen aangegeven dat het onderzoeken van biologische oorzakelijke factoren zowel positieve als negatieve effecten kan hebben (Rajkovic, 2021). Enerzijds bestaat de angst dat bepaalde vormen van gendervariatie op grond van biologische

kenmerken zouden kunnen worden gepathologiseerd, waardoor een voedingsbodem zou kunnen ontstaan voor pogingen om genderincongruentie te 'genezen'. Anderzijds kan het vergroten van het bewustzijn van de biologische diversiteit die ten grondslag ligt aan de ontwikkeling van genderidentiteit relevant kunnen zijn voor het verminderen van gezondheidsverschillen en het bevorderen van emancipatie van genderminderheden omdat de biologische basis van gendervariatie daarmee een onveranderlijk gegeven is (Polderman, 2018; Rajkovic, 2021). Scholing die de rol van biologische factoren benoemt bij het ontstaan van complexe gedragingen of fenomenen, blijkt succesvol in het verminderen van negatieve stereotypering en stigma onder artsen (Polderman, 2018). Voor het blootleggen van een normatief kader dat aan wetenschappelijk onderzoek naar etiologie van genderincongruentie ten grondslag zou kunnen liggen (een verborgen agenda), wordt dan ook participatie van transgender personen aan onderzoeksgroepen bepleit (Rajkovic, 2021).

Diagnostiek

De invloed van een (onbewuste) normatief kader geldt eveneens bij de diagnostiek van genderdysforie. Karikaturaal staan twee diagnostische modellen tegenover elkaar (Gerritse et al., 2021). Een model - gebaseerd op een internationale richtlijn - bepleit intensieve psychosociale screening vooraf met door voorwaarden omschreven protocollaire behandelstappen waarbij er een indicatie moet worden gesteld voordat tot medische behandeling (hormonaal, chirurgisch) wordt overgegaan. Het andere model - gebaseerd op *informed consent* - bepleit aan te sluiten bij het oordeel en de wensen van de transgender persoon. Daar waar in beide modellen de kennis en verantwoordelijkheid van de hulpverlener en de autonomie van de transgender persoon tegenover elkaar lijken te staan, wordt een derde model bepleit van *shared decision making* waarbij hulpverlener en transgender persoon de dialoog aangaan door het expliciteren en uitwisselen van kennis, opvattingen en betekenissen (Gerritse et al., 2021).

Onder transgender en non-binaire personen zijn er grote verschillen in hoe het ideale (genderbevestigende) lichaam wordt ervaren en nagestreefd (Galupo, 2021a). In een kwalitatief onderzoek konden twaalf relevante kenmerken (onder drie noemers) worden vastgesteld: genderexpressie (kleding, haar, make-up, lichaamsaanpassingen), lichaamsvorm (gewicht, gespierdheid, eten/dieet) en geslachtskenmerken (hormoontherapie, lichaamshaar, stem, borstkas, geslachtsorganen). In een kwantitatief onderzoek bleek genderdysforie op een unieke manier te worden ervaren en bestond de behoefte aan zorg-op-maat waarbij ook non-binaire ervaringen dienden te worden betrokken (Galupo, 2021b). Relevante aspecten ten aanzien van de diagnostiek waren daarbij - gethematiseerd in drie categorieën -: geen genderdysforie (geen problemen met het lichaam, geen dysforie), aspecten van

gender/geslacht (naamgeving van genderidentiteit, toegewezen geslacht, genderrol of expressie) en aspecten van lichaam (lichaamsvorm, geslachtsorganen, borstkas, secundaire geslachtskenmerken, hormonen, voortplantingsvermogen).

Binnen de transgendergroep is er een grote variatie in de mate van prevalentie (19-66%) van non-binaire personen in de leeftijdsgroep 14-25 jaar, afhankelijk van de onderzochte subgroep (opleidingsniveau, seksuele oriëntatie, zelfrapportage of klinisch vastgesteld, voor of na hormonale behandeling, wijze van werving) (Chew et al., 2020). Het expliciet bespreken van non-binariteit is relevant omdat jongeren met een non-binaire identiteit ten opzichte van binaire transgender personen in hogere mate last hebben van depressies, angst, suïcidedgedachtes en druggebruik. Ze ondervonden in verhoogde mate marginalisatie, waren minder betrokken bij de gemeenschap, en hadden minder kans om passende ondersteuning en hulp te vinden dan hun binaire transgender-peers. Non-binaire transgender personen hebben minder behoefte aan hormonale en chirurgische interventies (Chew et al., 2020). Het is dan ook vanwege deze reden dat de diagnostisch vragenlijst Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS) werd uitgebreid van 12 naar 18 items; het bleek een valide maat voor de mate van dysforie, ook onder non-binaire transgender personen (McGuire, 2020; Galupo & Pulice-Farrow, 2020).

Behandeling

In de periode 1980-2015 nam in VUmc het aantal personen per jaar met genderdysforie toe van 34 naar 686, o.a. door de toegenomen aandacht voor en acceptatie van deze problematiek en de verbeterde hulpverlening (Wiepjes, 2018). Opvallend is dat het percentage dat binnen vijf jaar na start van de diagnostische fase met hormonen begon, daalde van 90% in 1980 naar 65% in 2010. Het grootste deel, 75% van de transvrouwen en 84% van de transmannen, onderging wel een gonadectomie (het wegnemen van de primaire geslachtsorganen) en dit percentage veranderde niet over de genoemde periode (Wiepjes, 2018). Er is dus een substantieel deel dat geen genderbevestigende hormonale behandeling wenst, de reden daarvoor is niet bekend.

Voor degenen die wel cross-sex-hormonen gebruiken is de behandeling effectief. Transgenderpersonen jonger dan 25 jaar die cross-sex-hormonen gebruiken hebben een significatie kleinere kans op depressie en suïcidaliteit dan transgender jongeren die wel hormonen wensten maar het nog niet gebruikten (Green et al., 2021). De tevredenheid over het lichaam nam toe evenals het algemeen welzijn en er waren minder psychische problemen (D'hoore & T'Sjoen, 2022). De lichamelijke gevolgen van langdurige hormoonbehandeling zijn zeer acceptabel en daar waar er een lichte toename is van risico op hart vaatziekten bij met name het gebruik van oestrogenen, is dit goed te monitoren

en door het behandelen van comorbiditeit en aandacht voor levensstijl goed te ondervangen (de Blok, 2021; D'hoore & T'Sjoen, 2022). Eventuele niet gewenste effecten van cross-sex-hormonen op het seksueel functioneren blijken tijdelijk van aard (maximaal 3 jaren) bij zowel transmannen als transvrouwen (Defreyne et al., 2020). Als indirecte maat voor het slagen van hormonale behandeling is het feit dat maar 0.6% van de transvrouwen en 0.3% van de transmannen spijt heeft van de gonadectomie (Wiepjes, 2018).

Ondanks het succes van de hormonale behandeling bestaat er onvrede over de toegankelijkheid van de zorg. In een *systematic review* van 91 kwalitatieve studies konden zes thema's worden geïdentificeerd over de ervaringen van transgender personen met de gezondheidszorg, vijf negatieve en een positieve. De vijf negatieve ervaringen waren: het ervaren van stigma en discriminatie in de gezondheidszorg, zich kwetsbaar en onzeker voelen bij de besluitvorming, te veel risico's nemen om barrières bij de transitie te overwinnen (bijvoorbeeld zelfmedicatie via internet), internaliseren van intense angst voor blijvende gevolgen van late toegang tot de zorg, en vooroordelen ervaren die het zoeken naar hulp ondermijnen. Een positief thema was het ervaren van een sterkere genderidentiteit en vinden van bondgenoten (Chong, 2021). Voor het succesvol slagen van een behandeling, gemeten naar ervaren welzijn, blijken drie risico- en beschermingsfactoren belangrijk: het ervaren van sociale steun, geïnternaliseerde transgendernegativiteit (een negatieve houding tegenover het eigen trans-zijn) en weerbaarheid (problemen het hoofd kunnen bieden) (Kuyper & Vanden Berghe, 2017).

Discussie

Naar aanleiding van de vraag wat er nodig is voor het seksueel welzijn van jongeren in de 20-er jaren heb ik mij gericht op wat nodig is om transgender jongeren een perspectief te kunnen bieden. Illustratief voor het dilemma waar deze jongeren voor kunnen staan, is een onderlinge discussie op een online forum van en voor trans personen (HollyberryCD, 2015). Een deel stelt dat ze een medische conditie hebben, niet pathologisch maar wel allesbepalend, en dat ze geen andere keuze hebben dan zich hormonaal te laten behandelen. Een ander deel geeft aan wél een keuze te hebben, ze hadden ook met genderdysforie kunnen doorleven of suicide kunnen plegen en zijn juist trots te kunnen zeggen dat ze kiezen om transgender te zijn zoals ze dat zelf wensen in te vullen en de verantwoordelijkheid nemen voor hun transitieproces. Hun discussie weerspiegelt de hiervoor beschreven bevindingen over etiologie, diagnostiek en behandeling. Waarschijnlijk hebben beide groepen gelijk.

Uit onderzoek tot nu toe naar de etiologie van genderincongruentie blijken (epi)genetica, hormonen en functionele hersennetwerken een dominante rol te spelen. Enig determinisme valt daardoor niet te ont-

kennen, maar daarmee is niet gezegd dat deze factoren allesbepalend zijn. Er is altijd ruimte voor ontwikkeling ('*doing gender*') die zal afhangen van de interactie van de transgender persoon met diens omgeving en in dat genderontwikkelingsproces zijn diverse keuzes te maken, al dan niet bewust. De mate van *genderdysforie* is voor elke persoon met *genderincongruentie* dus anders en wordt met name door de sociale context bepaald (Kuyper & Vanden Berghe, 2017).

Maar genderontwikkeling is niet af te dwingen door het wijzigen van het paspoort of van de te gebruiken *pronouns*. Of zoals transman en columnist Maxim Februari (2021) overdrachtelijk over deze kwestie schreef: "Borstoperaties en hormooninjecties [lijken te] worden gereduceerd tot een kwestie van grammatica. Vergeten wordt dat een lichaam echt is, reëel, dat het kan genezen, dat het kapot kan, dat je ervoor moet zorgen." Het gevolg van deze constatering is dat transgender personen zich onvermijdelijk anders moeten leren te verhouden tot de primaire en secundaire geslachtskenmerken van hun lichaam en dat zij daarmee afhankelijk zijn van de diagnostiek en (toegang tot) behandeling door hulpverleners. Met name hormonale behandeling blijkt redelijk succesvol. Het is deze afhankelijkheid die tot onvrede leidt en het is dan ook daar dat er winst valt te behalen voor de toekomst van transgender jongeren. Het is de kunst dat de hulpverlener de door de transpersoon ervaren afhankelijkheid ('mag ik je vragen, wil je mij iets geven?') omdraait naar het verlenen van autonomie ('je hebt recht op iets dat van jou is'). En mocht de transpersoon autonomie opeisen ('ik heb er recht op dat je mij iets geeft') zou de zorgverlener betrokkenheid en zorg kunnen tonen ('dat recht heb je en dat verplicht mij tot zorgvuldig handelen'). Het is deze dialoog die bepalend is of en hoe er protocolair gehandeld moet worden en niet andersom.

Zorg op maat, in dialoog en met behoud van diversiteit. De problematiek is te ernstig om deze *oneliner* gratis te laten zijn. Het nodigt hulpverleners binnen de transgenderzorg uit tot een duidelijke stellingname, gebaseerd op zowel visie als evidentie.

Literatuur

- Baldinger-Melich, P., Urquijo Castro, M. F., Seiger, R., Ruef, A., Dwyer, D. B., Kranz, G. S., ...Koutsouleris, N. (2020). Sex matters: A multivariate pattern analysis of sex- and gender-related neuroanatomical differences in cis- and transgender individuals using structural magnetic resonance imaging. *Cerebral Cortex*, 30, 1345–1356. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhz170>
- Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: a review of their sociodemographic and clinical profile. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4, 322–330. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1)
- Chong, L., Kerklaan, J., Clarke, S., Kohn, M., Baumgart, A., Guha, C., ... & Tong, A. (2021). Experiences and Perspectives of Transgender Youths in Accessing Health Care: A Systematic Review. *JAMA pediatrics*, 175, 1159–1173. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2061>
- de Blok, C. J., Wiepjes, C. M., van Velzen, D. M., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Gooren, L. J., ... & den Heijer, M. (2021). Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment:

- a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. *The Lancet. Diabetes & endocrinology*, 9, 663–670. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00185-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00185-6)
- Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., ... & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 17, 812–825. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020>
- D'hoore, L., & T'Sjoen, G. (2022). Gender-affirming hormone therapy: An updated literature review with an eye on the future. *Journal of Internal Medicine*, 10.1111/joim.13441. <https://doi.org/10.1111/joim.13441>
- Februari, M. 31 mei 2021. Geslachtsverandering is meer dan grammatika. NRC.
- Galupo, M.P., & Pulice-Farrow, L. (2020). Subjective ratings of gender dysphoria scales by transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 479–488. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01556-2>
- Galupo, M. P., Cusack, C. E., & Morris, E. R. (2021a). "Having a non-normative body for me is about survival": Androgynous body ideal among trans and nonbinary individuals. *Body image*, 39, 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.06.003>
- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., & Pehl, E. (2021b). "There is nothing to do about it": Nonbinary individuals' experience of gender dysphoria. *Transgender Health*, 6, 101–110. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0041>
- Gerritse, K., Hartman, L. A., Bremmer, M. A., Kreukels, B., & Molewijk, B. C. (2021). Decision-making approaches in transgender healthcare: conceptual analysis and ethical implications. *Medicine, health care, and philosophy*, 24, 687–699. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10023-6>
- Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2021). Association of gender-affirming hormone therapy With depression, thoughts of suicide, and attempted suicide among transgender and nonbinary youth. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, S1054-139X(21)00568-1. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.036>
- Hollyberry, CD. Existence precedes essence: how I know that I am definitely transgender. Gelezen op 8 januari 2022 op: https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/3wsid6/existence_precedes_essence_how_i_know_that_i_am/
- Kreukels, B.P.C., & Steensma, T.D. (2020). Theorievorming over genderidentiteit en genderincongruentie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 44, 198-208.
- Kuyper, L., & Vanden Berghe, W. (2017). *Transgender personen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., ... & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBTQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21, 194–208. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460>
- Mueller, S. C., Guillamon, A., Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Uribe, C., ... Luders, E. (2021). The neuroanatomy of transgender identity: Meta-analytic findings from the ENIGMA transgender persons working group. *The Journal of Sexual Medicine*, 18, 1122–1129. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079>
- Polderman, T., Kreukels, B., Irwig, M. S., Beach, L., Chan, Y. M., Derks, E. M., ... International gender diversity genomics consortium. (2018). The biological contributions to gender identity and gender diversity: Bringing data to the table. *Behavior Genetics*, 48, 95–108. <https://doi.org/10.1007/s10519-018-9889-z>
- Rajkovic, A., Cirino, A. L., Berro, T., Koeller, D. R., & Zayhowski, K. (2021). Transgender and gender-diverse (TGD) individuals' perspectives on research seeking genetic variants associated with TGD identities: a qualitative study. *Journal of Community Genetics*, 10.1007/s12687-021-00554-z. <https://doi.org/10.1007/s12687-021-00554-z>
- Ramirez, K., Fernández, R., Collet, S., Kiyar, M., Delgado-Zayas, E., Gómez-Gil, E., ... Pásaro, E. (2021). Epigenetics is implicated in the basis of gender incongruence: An epigenome-wide association analysis. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 701017. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.701017>
- Ristori, J., Cocchetti, C., Romani, A., Mazzoli, F., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Brain sex differences related to gender identity development: Genes or hormones?. *International Journal of Molecular Sciences*, 21, 2123. <https://doi.org/10.3390/ijms21062123>
- T'Sjoen, G., Trosenburg, M. van, & Gijs, L. (2013). *Transgenderzorg*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Uribe, C., Junque, C., Gómez-Gil, E., Díez-Cirarda, M., & Guillamon, A. (2021). Brain connectivity dynamics in cisgender and transmen people with gender incongruence before gender affirmative hormone treatment. *Scientific Reports*, 11, 21036. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-00508-y>
- Vennix, P. (1999). Transgenderisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 23:211-17.
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C., Klaver, M., de Vries, A., Wensing-Kruger, ... den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, 15, 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>