

Emotionele- en gedragsproblemen bij jonge kinderen met een genderidentiteitsstoornis

Karin Tobias-Dillen, Marjo Zonneville-Bender, Hanna Swaab-Barneveld,
Peggy Cohen-Kettenis

Altrecht, Utrecht; Kinder- en Jeugdpsychiatrie, UMC Utrecht; Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Leiden;
Medische Psychologie, VUmc Amsterdam

Samenvatting

Bij sommige ouders bestaat enige terughoudendheid om kinderen onder de 12 jaar met een genderidentiteitsstoornis (GIS) bij hulpverleners aan te melden, uit angst voor onnodige stigmatisering. Dezelfde angst voor stigmatisering is soms ook bij clinici te bespeuren. Het is de vraag of dit terecht is, omdat er bij deze groep sprake zou kunnen zijn van een verhoogde kans op andere dan genderproblemen. Doel van dit onderzoek was na te gaan in welke mate ouders van kinderen met een GIS emotionele en gedragsproblemen rapporteren op een oudervragenlijst (CBCL), de resultaten van de kinderen met een GIS te vergelijken met die van psychiatrische en normale controles, en verschillen te onderzoeken tussen kinderen die wel en niet in de klinische range scoren op de CBCL. Patiënten waren 64 kinderen (52 jongens en 12 meisjes) onder de 12 jaar met een genderidentiteitsstoornis. De gemiddelde score van de gehele groep viel niet in de klinische range. Echter, rond 60% van de ouders rapporteerde een aantal niet-genderproblemen, die in de klinische range vielen. Het ging hierbij vooral om internaliserende problemen, zoals angstigheid of teruggetrokkenheid. De normaal scorende groep was intelligenter en kwam uit gezinnen met een hogere sociaal-economische achtergrond, maar er waren geen verschillen tussen de groepen op het gebied van diverse genderidentiteit- en genderrolscores. De klinisch scorende groep jongens met een GIS scoorde niet alleen hoger dan een normale controlegroep jongens (N= 56) op totale, internaliserende en externaliserende CBCL scores, maar had ook een hogere totale en internaliserende score dan een psychiatrische controlegroep jongens (N = 243). De niet-klinisch scorende jongens met een GIS verschilden niet in internaliserende en externaliserende scores van een groep normale controles.

Gezien het hoge percentage kinderen met een GIS met additionele problemen, wordt geconcludeerd dat tijdige diagnostiek en behandeling of begeleiding belangrijk is.

Op het gendersprekuur van de afdelingen Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het UMC Utrecht en Medische Psychologie van het VUmc te Amsterdam wordt sinds 1987 een toenemend aantal jonge kinderen (tussen 4 en 12 jaar) aangemeld met een stoornis in de genderidentiteit.

Ging het aanvankelijk om een enkel kind per jaar, momenteel krijgt het spreekuur jaarlijks ongeveer 30-40 nieuwe aanmeldingen. De wenselijkheid van diagnostiek en behandeling of begeleiding van deze kinderen op jonge leeftijd wordt in sommige kringen betwijfeld, omdat het onnodig stigmatiserend zou werken en er wordt zelfs beargumenteerd dat de diagnose genderidentiteitsstoornis (GIS) in de kinderleeftijd geheel uit de DSM zou moeten verdwijnen (Isay, 1997; Menvielle, 1998). Een GIS op deze leeftijd zou niets anders zijn dan een voorloper van latere homoseksualiteit en homoseksualiteit is geen psychiatrische stoornis. Echter, het percentage kinderen met een GIS dat later transseksueel blijkt te zijn is waarschijnlijk veel groter dan de tot dusver in de literatuur (voor een overzicht Zucker & Bradley, 1995) genoemde 6% (Cohen-Kettenis, 2001). Bovendien zouden kinderen met een genderidentiteitsstoornis al voor de puberteit veel gedrags-

Drs. C.M.G. Tobias-Dillen, psycholoog/psychotherapeut, Altrecht, Utrecht.

Dr. M. Zonneville-Bender, GZ-psycholoog, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, UMC Utrecht.

Prof. dr. J.T. Swaab-Barneveld, (neuro)psycholoog/psychotherapeut, Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Leiden.

Prof. dr. P.T. Cohen-Kettenis, psycholoog/psychotherapeut, Medische Psychologie, VUmc Amsterdam.

Correspondentieadres: Prof. dr. P.T. Cohen-Kettenis, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam

Ontvangen: 10 december 2005; Geaccepteerd: 24 januari 2006

en emotionele problemen vertonen, die om diagnostiek en behandeling vragen (Zucker & Bradley, 1995). In een tweetal studies is dit bij grotere groepen GIS-kinderen geïnventariseerd. Coates en Person (1985) vermelden dat 84% van 25 vrouwelijke jongens tussen de vier en veertien jaar gedragsstoornissen vertonen die gewoonlijk gezien worden in een algemene psychiatrische populatie. Van deze groep had 64% problemen met leeftijdsgenoten die vergelijkbaar waren met psychiatrische patiënten van dezelfde leeftijd en 60% van de groep voldeed aan de criteria voor de DSM-III diagnose van separatieangst. De resultaten met betrekking tot separatieangst werden deels gerepliceerd door Zucker e.a. (1996) bij een grotere groep jongens die verwezen waren in verband met genderproblemen (N=115). In 1995 vonden Bradley en Zucker naar aanleiding van onderzoek met de Child Behavior Check List (de CBCL) dat ouders bij hun zoons met een GIS gemiddeld significant meer probleemgedrag rapporteerden dan bij hun broertjes en/of zusjes. Het aantal gerapporteerde problemen was vergelijkbaar met het aantal in een klinische populatie die gematched was op demografische gegevens. Ouders van oudere jongens (dat wil zeggen tussen de zes en elf jaar) met een genderidentiteitsstoornis, rapporteerden meer problemen dan ouders van jongere jongens (dat wil zeggen 4 en 5 jaar oud). In de zes- tot elf jaar oude groep scoorde 61% in de klinische range. Opvallend was dat er voornamelijk sprake was van internaliserende problematiek, zoals angstigheid of teruggetrokkenheid. Dit is niet in overeenstemming met het feit dat bij jongens met andere kinderpsychiatrische stoornissen externaliserende problematiek, zoals ADHD en gedragsstoornissen, overheerst.

Later werd de groep patiënten uit de Canadese kliniek vergeleken met een Nederlandse patiëntengroep (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley & Zucker, 2003). Hieruit bleek dat in beide centra rond de 60% van de kinderen van 6-12 jaar in de klinische range scoorde. In dit onderzoek werd echter niet nagegaan in hoeverre de scores van de Nederlandse kinderen met een GIS verschilden van die van psychiatrische patiënten en van niet-psychiatrische controles, noch wat de verschillen waren tussen kinderen met een GIS, die wel en die niet in de klinische range scoorden. Het doel van deze studie was om dit verder te onderzoeken.

Methode

Proefpersonen

De onderzoeksgroep bestond uit 92 kinderen (72 jongens; 20 meisjes) die achtereenvolgens naar het gendersprekuur werden verwezen. Ter vergelijking wer-

den gegevens gebruikt van 243 jongens van 9-12 jaar, die op de algemene polikliniek kinderpsychiatrie van het UMC werden gezien met uiteenlopende problematiek en 56 controle jongens uit het reguliere basisonderwijs. Helaas waren deze gegevens niet beschikbaar van vergelijkbare groepen meisjes.

Procedure

De voor het onderzoek gebruikte gegevens zijn verzameld als onderdeel van de klinische procedure. Bij de ouders werd een Child Behavior Checklist (CBCL; Verhulst e.a., 1990) afgenomen. Demografische gegevens waren afkomstig uit de medische status. Psychologische testgegevens zijn verzameld tijdens het psychologisch onderzoek. Hierbij wordt het kind gedurende ongeveer een dagdeel getest op intelligentie en (neuro)psychologisch functioneren.

Instrumenten

De (Nederlandse) Child Behavior Check List (CBCL) (Verhulst e.a., 1990). Deze lijst bestaat onder andere uit 118 mogelijke probleemgedragingen van het kind, die door de ouders aangekruist dienen te worden. Er zijn drie responscategorieën. De totale score geeft een indicatie van algemene emotionele- en gedragsproblematiek. Een hoge internaliserende score verwijst naar problemen die worden gekarakteriseerd door remmingen (depressie, sociale teruggetrokkenheid en angst). Een hoge externaliserende score wordt verkregen wanneer er sprake is van problemen rond grensoverschrijdend en disruptief gedrag (agressie en delinquent gedrag).

De (Nederlandse) Wechsler Intelligence Scale for Children – Revised, (WISC-R projectgroep: Vandersteene e.a., 1986) Deze schaal meet de intelligentie van de kinderen.

Een 'gender identity' interview. In dit gestructureerde interview wordt nagegaan hoe kinderen diverse aspecten van hun jongen/meisje zijn beleven (Zucker & Bradley, 1995).

De Draw-a-Person Test (Green, Fuller & Rutley, 1972). Deze schaal is een (ruwe) maat voor genderidentiteit. Gebleken is namelijk dat kinderen als eerste persoon veelal iemand van het eigen geslacht tekenen, terwijl kinderen met een genderidentiteitsstoornis (GIS) vaker iemand van het andere geslacht tekenen (Zucker & Bradley, 1995).

De Elisabeth en Green vragenlijst. Dit is een vragenlijst die diverse aspecten van genderrolgedrag meet. De lijst wordt door ouders ingevuld (Elisabeth & Green, 1984).

De gestructureerde spelsituatie. Het kind wordt toegestaan om vijf minuten te spelen met een standaard

set van stereotiep jongens- en meisjesspeelgoed en vijf minuten met stereotiep mannelijke en vrouwelijke verkleedkleden (Zucker & Bradley, 1995). Gescoord wordt het aantal seconden dat het kind fysiek in contact is met de ene dan wel andere categorie speelgoed en kleden.

Resultaten

Proefpersonen

Van 92 achtereenvolgend aangemelde vier- tot twaalfjarige kinderen (72 jongens, 20 meisjes) waren er 84 CBCL vragenlijsten beschikbaar. Het ontbreken van een aantal lijsten is voornamelijk toe te schrijven aan het feit dat enkele ouders de Nederlandse taal niet spraken en dat het bij enkele kinderen ging om een 'second opinion', zodat niet de het gehele diagnostische protocol werd gevolgd. Van deze 84 kinderen hadden 64 de diagnose GIS (52 jongens en 12 meisjes) en 17 GIS 'not otherwise specified' (GIS-NOS) (13 jongens en 4 meisjes). Bij 1 jongen en 2 meisjes waren geen van beide diagnoses van toepassing. Kinderen met een GIS-NOS hebben wel genderproblemen maar voldoen niet aan alle DSM criteria voor een GIS. Vanwege de kleine aantallen kinderen met een GIS-NOS werd deze groep verder niet in de analyses meegenomen.

CBCL

De gemiddelde totale CBCL score van de totale GIS-groep (N=64) viel niet in de klinische range (CBCLtot = 62,6; SD= 11,7). Dit gold ook voor de gemiddelde internaliserende en de externaliserende scores (CBC

Lint = 60,2; SD = 11,8; CBCLext = 57,1; SD = 12,8). Wel waren de internaliserende scores iets hoger dan externaliserende scores. Deze resultaten geven aan dat de GIS kinderen uit onze populatie als groep gemiddeld genomen door hun ouders werden beschreven als psychologisch en gedragsmatig normaal functionerend. Er werden geen verschillen tussen jongens en meisjes gevonden.

Van de kinderen met een GIS had 61% een score in de klinische range. Van 243 andere kinderpsychiatrische patiënten en een groep van 56 normale controles waren helaas alleen gegevens van jongens beschikbaar. Daarom werden alleen de hoog scorende (klinische) jongens met een GIS (N = 31) en de laag scorende (niet klinische jongens met een GIS; N= 21) werden vergeleken met de twee andere groepen.

De jongens met een GIS die in de klinische range scoorden bleken significant hogere scores te hebben dan de psychiatrische controles op de CBCL totaal score en de internaliserende score. Ouders uit deze groep rapporteerden dus evenveel of meer problemen met hun kinderen dan ouders van kinderen uit de algemene psychiatrische patiëntengroep. De klinische groep jongens met een GIS scoorde op alle gebieden significant hoger dan de normale controles. De niet-klinische groep echter verschilde in vergelijking met de normale controles alleen op de totale CBCL score. Een illustratie van de verschillen tussen de 4 groepen is te zien in figuur 1.

Tabel 1 Gemiddelde CBCL scores van jongens met een GIS, een psychiatrische controlegroep en een normale controlegroep.

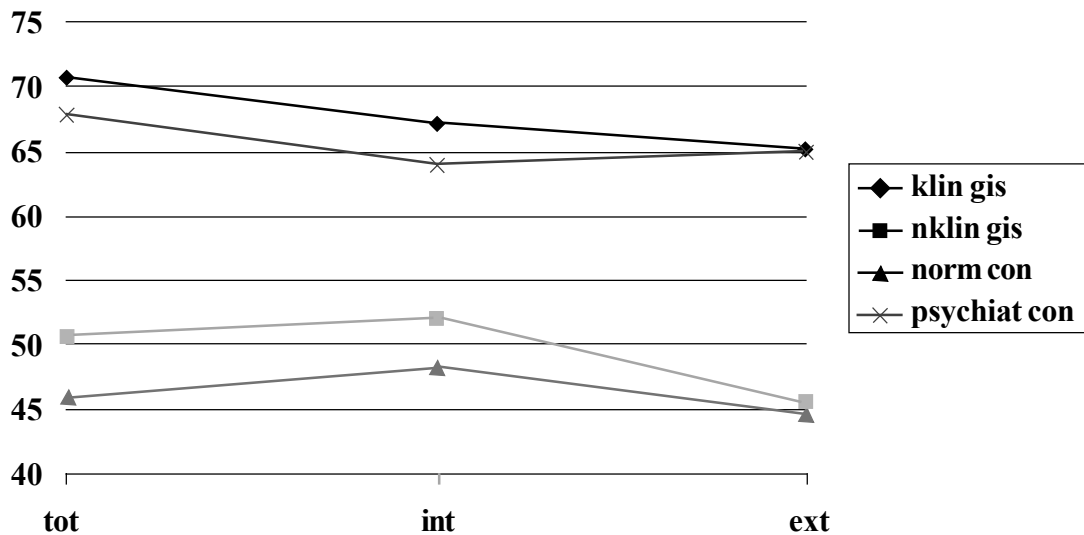
	CBCLtot	CBCLint	CBCL ext
Normale controles	40,04	48,36	44,71
Niet klinische GIS	50,79	52,11	45,58
Klinische GIS	70,69	67,21	65,17
Psychiatrische controles	67,82	64,04	65,01

Tabel 2 Verschillen tussen jongens met een GIS, die wel en die niet in de klinische CBCL range scoren en psychiatrische en controle jongens

	Klinische GIS vs psych contr	Niet-klinische GIS vs norm contr	Klinische GIS vs normale contr
CBCLtot	p < .05	p < .05	p < .001
CBCLint	p < .01		p < .001
CBCLext			p < .001

Figuur 1

CBCL scores



Verschillen tussen klinische en niet-klinische kinderen met een GIS

Twee verschillen werden gevonden wanneer de groepen werden vergeleken met betrekking tot IQ, demografische gegevens (opleiding vader en gezinsomstandigheden), genderidentiteit en de diverse genderrol-gedragingen. Significante verschillen werden gevonden op de gemiddelde IQ scores (111 versus 88; $p < .05$). De klinische GIS groep was significant minder intelligent dan de normaal functionerende GIS groep. Verder was het opleidingsniveau van de vaders van de klinische GIS kinderen lager dan dat van de vaders in de normale GIS (chi-kwadraat = 10.105; $df = 4$; $p < .05$). Met betrekking tot gezinsomstandigheden (wonend bij beide ouders dan wel in een een-ouder gezin of instelling), genderidentiteit en genderrolgedrag werden er geen verschillen gevonden tussen de groepen.

Discussie

Uit onze gegevens blijkt dat het door ouders van GIS kinderen genoemde gemiddelde aantal problemen bij aanmelding niet in de klinische range ligt. De spreiding is echter groot en een niet onaanzienlijk deel scoort in de klinische range. Er is dus binnen de GIS groep een grote variatie tussen kinderen wat betreft het aantal door de ouders gerapporteerde problemen. Bij een vergelijking tussen de klinische en niet-klinische groep jongens met een GIS en een groep psychiatrische controle jongens blijkt dat de groep klinische jongens met

een GIS het zelfs slechter doet dan de psychiatrische patiënten. Hoe is dit te verklaren?

In de eerste plaats wijzen onze gegevens uit dat de klinische jongens met een GIS in ongunstiger omstandigheden leven dan de niet klinische jongens met een GIS. Zij komen vaker uit gezinnen, waarin de vader een lager opleidingsniveau heeft dan de kinderen uit de niet klinische groep. Waarschijnlijk is dus het algemene socio-economische niveau van deze gezinnen lager. Het is voorstelbaar dat er in gezinnen met een lagere sociaal-economische achtergrond minder tolerantie bestaat ten opzichte van vrouwelijk gedrag bij jongens dan in gezinnen met een hogere sociaal-economische achtergrond. Minder acceptatie door de omgeving van cross-gendergedrag, door hetzij de ouders, hetzij de wijdere omgeving (buurt, collega's van ouders, school) ligt bij deze kinderen voor de hand. Het behoeft geen betoog dat sociale stigmatisering een ongunstig effect zal hebben op de ontwikkeling van deze kinderen.

In de tweede plaats werd door ons gevonden dat de klinische kinderen met een GIS op intellectueel gebied minder mogelijkheden hebben. Het je anders voelen en gedragen dan andere kinderen creëert herhaaldelijk complexe sociale situaties. Wat doe je als andere kinderen in verwarring zijn over of je een jongen of meisje bent? En als je als jongen een jurk aan wilt, is het wel verstandig hieraan toe te geven? Wanneer doe je dat wel en wanneer niet? Wat vertel je over jezelf aan anderen? Op deze talrijke ingewikkelde sociale

situaties, die als gevolg van de GIS ontstaan, moet adequaat worden gereageerd. Gebeurt dit niet dan is de kans op sociale afwijzing groot. Het ligt zeer voor de hand om te veronderstellen dat meer intelligente kinderen met een GIS de genoemde ingewikkeldheden gemakkelijker aankunnen dan cognitief zwakkere kinderen. Ten slotte zal een combinatie van bovengenoemde factoren de kans op psychische problemen in sterke mate vergroten. Vooral vrouwelijke jongens met weinig cognitieve vaardigheden uit een relatief laag sociaal-economisch milieu lijken kwetsbaar voor het ontwikkelen van forse psychische problemen.

Uit ons onderzoek blijkt verder dat binnen de groep kinderen met een GIS de klinische groep verschilt van de niet-klinische groep voor wat betreft de genderidentiteit en genderrolgedrag. Het is niet zo dat bij kinderen met meer of ernstiger vormen van genderdysforie ook meer andere problemen worden aangetroffen. Het hebben van bijkomstige problemen lijkt meer met de capaciteiten van het kind en wellicht de tolerantie van de omgeving dan met de mate van genderproblematiek samen te hangen.

Bij het bepalen en interpreteren van de mate waarin kinderen met een GIS emotionele of gedragsproblemen vertonen dient overigens enige voorzichtigheid te worden betracht. Kenmerken van het meetinstrument kunnen enigszins van invloed zijn op de uitkomsten. Als voorbeeld de score op de subschaal 'denkproblemen' (CBCL); bij de niet-klinische GIS groep bleek relatief vaak door ouders te worden aangegeven dat er denkproblemen waren. Dit kan natuurlijk een reëel gegeven zijn, wijzend op de mogelijke aanwezigheid van formele denkstoornissen. Echter de mogelijkheid dat het om een artefact van de meting gaat moet niet worden uitgesloten. Immers, sommige items op de subschaal 'denkproblemen' hebben de formulering 'heeft vreemde gedachten' en 'is geobsedeerd door een gedachte'. Veel ouders van kinderen met een GIS kruisen deze items aan en geven hierbij de uitleg dat zij het feit dat hun zoon een meisje wil zijn of veel over meisjes-dingen praat, indicaties vinden van vreemde gedachten en obsessieve ideeën.

Onze resultaten sluiten slechts ten dele aan bij de studies uit het buitenland. Het extreem hoge aantal kinderen (84%) in de klinische range in het onderzoek van Coates en Person (1985) is waarschijnlijk toe te schrijven aan het feit dat hun patiënten vanwege de ligging van de kliniek in New York City, afkomstig waren uit relatief lage sociaal-economische klassen. Wat betreft de achtergrond van de gezinnen zijn onze patiënten meer vergelijkbaar met die uit de Canadese studie, hetgeen de min of meer gelijke percentages kinderen, dat in de klinische range scoort, verklaart.

Maar niet alleen vinden wij dat eenzelfde percentage ouders andere dan genderproblemen rapporteren, ook wat betreft de aard ervan is er een duidelijke overeenkomst. In beide studies wordt gevonden dat de GIS kinderen meer internaliserende dan externaliserende problematiek vertonen. Deze resultaten ondersteunen de theorie van Zucker en Bradley (1995) dat een angstig en gemakkelijk ontregeld temperament een faciliterende, maar specifieke factor zou kunnen zijn bij de ontwikkeling van een genderidentiteitsstoornis. Over de mate waarin en de groep bij wie een dergelijke aanleg tot genderproblemen zou leiden is voornamelijk echter nog weinig te zeggen. Evenmin is duidelijk of het een noodzakelijke factor is in de ontwikkeling van een GIS.

Onze resultaten geven aan dat veel GIS kinderen andere problemen hebben dan op het gebied van gender. Het is op basis van onze gegevens niet te zeggen of deze problemen de oorzaak zijn van de GIS of het gevolg van jarenlang 'anders-zijn' of dat het los van elkaar staande fenomenen zijn. Bij jonge kinderen wordt nogal eens een afwachtend beleid gevoerd in de hoop dat de problemen (het genderprobleem inclusief) vanzelf over zullen gaan. Onze gegevens ondersteunen echter het belang van tijdige diagnostiek en een eventueel daaruit voortvloeiende behandeling of begeleiding.

Literatuur

- Cohen-Kettenis, P.T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 391.
- Cohen-Kettenis, P.T., Owen, A., Bradley, S.J., Kaijser, V.G., & Zucker, K.J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and problem behavior in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 41-53.
- Coates, S., & Person E.S. (1985). Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 702-709.
- Elizabeth, P.H., & Green, R. (1984). Childhood sex-role behaviors: Similarities and differences in twins. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 33, 173-179.
- Green, R., Fuller, M., & Rutley, B. (1972). It-Scale for Children and Draw-a-Person Test: 30 feminine vs. 25 masculine boys. *Journal of Personality Assessment*, 36, 349-352.
- Isay, R. (1997). Remove gender identity disorder in DSM. *Psychiatric News*, 32, 13.
- Menvielle, E.J. (1998). Gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 3.

- Vandersteene, G., Van Haasen, P.P., de Bruyn, E.E.J., e.a. (1986). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised, Nederlandstalige Uitgave*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Verhulst, F.C., e.a. (1990). *Praktische handleiding voor de CBCL*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Zucker, K.J., Bradley, S.J., & Lowry Sullivan, C.B. (1996). Traits of separation anxiety in boys with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 791-798.
- Zucker, K.J., & Bradley, S.J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Summary

Emotional and behavioral problems in young children with gender identity disorder.

Fear of unnecessary stigmatization makes some parents of children (under 12) with a gender identity disorder (GID) reluctant to seek clinical attention for their children. A similar fear can also be encountered in some clinicians. One may wonder whether it is justified to keep children with a GID away from clinical attention, as they may be at risk for additional problems. The purpose of this study was to investigate to what extent parents of GID children report other emotional and behavioral problems than the gender problems of their child on a parent questionnaire (CBCL), to compare the results with psychiatric and normal controls and to determine differences between children who do and do not score in the clinical range of the CBCL. Patients were 64 children fulfilling all criteria for GID (52 boys and 12 girls), who were under 12 years of age.

It was found that the average score of the whole group did not fall in the clinical range. However, about 60% of the parents reported a number of emotional and behavioral problems that did fall in the clinical range. Internalizing problems, such as anxiety or withdrawal, were predominant. The children who scored in the normal range were significantly more intelligent and had parents coming from a higher social class than the children with GID who fell in the clinical range, but there were no differences in several gender identity and gender role measures between the groups. The boys with GID who scored in the clinical range not only had significantly higher total, internalizing and externalizing CBCL scores than a normal control group (N = 56), but also higher total and internalizing scores than a psychiatric control group (N = 243). The boys with GID who did not score in the clinical range did not differ from normal controls with respect to internalizing and externalizing scores from normal controls. Considering the high percentage of children with GID having additional problems, it is concluded that timely diagnosis and treatment or counseling of these children is important.

PAOG-Heyendaelcursus

Bekkenbodembirurgie: Gynaecologische capita selecta

Bestemd voor: gynaecologen en gynaecologen in opleiding

Datum: 15 december 2006
Plaats: Nijmegen
Kosten: • 495,00
Accreditatie: Accreditatie is aangevraagd bij de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie
Contact: Mw. B. Rissenbeek, cursusassistent PAOG-Heyendael
 Bureau PAOG-Heyendael
 Huispost 255
 Postbus 9101
 6500 HB Nijmegen
 T: (024) 3617688
 F: (024) 3540568
 E: b.rissenbeek@paog.umcn.nl
 W: www.umcn.nl/paog

20e WVSD Jaarcongres

Thema: Ejaculatio Praecox

Datum: vrijdag 12 januari 2007
Plaats: Kasteel Maurick, Vught
Contact: Secretariaat WVSD
 Mediscon
 Postbus 113
 5660 AC Geldrop
 T: (040) 2852212
 F: (040) 2851966
 E: wvsd@mediscon.nl
 W: www.wvsd.net