

INHOUD

1. Over EPATH
2. Terugkijkend op EPATH 2019 door Lisa
3. Beleving van EPATH door Saskia
4. Opening sessie
5. Workshop: Alternatieve voorstelling/presentaties van gender dysforie, Los Angeles Gender Center
6. Is de leeftijd van verwijzing van invloed op de verdere transitie en behandeling van kinderen
7. Psychosociale behandelingsresultaten bij transgender jongeren die verwezen zijn naar Hamburg Gender Identity Service
8. Transgender jongeren en impact van genderbevestigende (crosssekse)hormonen op hun welzijn
9. Psychologisch welzijn en zelfbeeld onder kinderen die is gerelateerd aan de hormoonbehandeling
10. Hoeveel jongeren stoppen met puberteitsremmers en waarom?
11. Hoe goed geïnformeerd en open maken jongeren de keuze voor een behandeling met puberteitsremmers?
12. Terugblik afgelopen jaar: Mentale gezondheid
13. Terugblik afgelopen jaar: Kinderen en adolescenten
14. Terugblik afgelopen jaar: Endocrinologie
15. Parent psychological support group for parents as intervention tool in the care of families with gender diverse families in Turin
16. The impact of coming out for siblings, psychotherapists group in Turin
17. Trans youth and their families in Switzerland
18. Workshop: Genderdysforie, voorbij de diagnose
19. Workshop: Een systemische familietherapie kliniek voor jongeren en hun families
20. Body dissatisfaction and internalizing problems predict health related quality of life outcomes in transgender adolescents
21. Suicidality in Adolescents diagnosed with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinical comparative analysis
22. An overview of numbers and of the well-being of the Flemish youth in the paediatric gender clinic, UZ Gent
23. Gender dysphoria related to psychopathology and quality of life in Swiss transgender youth
24. Online training Jong en Transgender

Beste vrijwilliger, donateur en belangstellende,

voor je ligt de tweede nieuwsbrief van Transvisie in 2019.

Dit keer een themanummer, dat geheel is gewijd aan het EPATH congres dat in april 2019 is gehouden in Rome. Voor Transvisie hebben Lisa en Saskia het congres bezocht. Het zijn drukke dagen geweest, met veel indrukken, interessante presentaties en goede contacten. Lisa en Saskia hebben van alle bijgewoonde presentaties een samenvatting gemaakt, die al integraal is gepubliceerd op onze website. Omdat niet iedereen de website leest, verwerken we het verslag in delen ook in de nieuwsbrief. Deze nieuwsbrief is geheel geweid aan onderwerpen die betrekking hebben op kinderen en jongeren.

Daarnaast besteden we aandacht aan de in april online gekomen module voor professionals in de jeugdzorg, genaamd 'Jong en transgender'.

Veel leesplezier.

*Lisa en Saskia,
het bestuur en de redactie van
Transvisie*



1. Over Epath ^(^ Inhoud)



De EPATH (European Professional Association for Transgender Health) richt zich op het uitwisselen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten tussen wetenschappers, zorgverleners en transgender personen en organisaties. Wetenschap is een specifieke, afgebakende manier van kijken naar de werkelijkheid. Dat kan soms vervreemdend werken: zaken die de meerderheid intuïtief als waar zou aannemen, krijgen in het wetenschappelijke debat vaak pas een plaats nadat ze methodisch zijn onderzocht. Ook is het zinvol om bepaalde vragen herhaaldelijk te onderzoeken, in verschillende contexten en/of op verschillende manieren. Deze manier van wetenschappelijk werken, laat zich in sommige lezingen ook zien. Soms voelen conclusies als open deuren, soms is het kennis die we al hadden op basis van eerder onderzoek. Soms zijn het kleine stapjes in aanvulling op onderzoek dat we eerder (tijdens de WPATH in 2018 of de EPATH in 2017) hebben gezien.

De EPATH in Rome heeft 606 deelnemers vanuit heel Europa en van daarbuiten.

2. Terugkijkend op EPATH 2019 door Lisa ^(^ Inhoud)

De EPATH was dit jaar weer groter dan voorgaande keren. Niet alleen kwamen de bezoekers uit alle denkbare landen, maar ook de diversiteit in de onderzoekers/onderzoeksinstituten was groot. Er waren een flink aantal 'nieuwkomers' op dat punt. Dit is een gunstige ontwikkeling, omdat nieuwe onderzoeksinstituten en nieuwe onderzoekers ook nieuwe perspectieven meebrengen, die een aanvulling kunnen zijn op de gevestigde instituten zoals die uit Nederland en het Verenigd Koninkrijk. De nieuwe onderzoekers kunnen nog wel een groeistap maken in grondigheid en omvang van hun onderzoek. Soms waren de aantallen respondenten wel erg klein om nog zinvolle conclusies te kunnen trekken.

De EPATH is een congres voor wetenschappers in de transgenderzorg. Het is positief dat de organisatie dit jaar duidelijke ruimte heeft gecreëerd voor het perspectief van de transgender personen. Niet alleen zijn we uitgenodigd, maar ook is er in de plenaire lezingen een podium voor onderzoekers die zelf transgender zijn, en die een krachtig pleidooi hielden voor het terugdringen van de pathologisering in de transgenderzorg.

Wat opvalt is dat de verschillende perspectieven wel aanwezig zijn op het congres, maar dat ze vrij weinig de interactie met elkaar aangaan. Wat ons betreft zou er bij volgende edities meer aangestuurd moeten worden op een inhoudelijk debat. Niet alleen tussen de transgender personen en de zorgprofessionals en onderzoekers, maar juist ook tussen de zorgprofessionals onderling. Men heeft in de richtlijnen de mond vol van multidisciplinair samenwerken, maar op het congres ontbrak het multidisciplinaire debat vrijwel volledig. Terwijl daar nu juist de vertaalslag gemaakt kan worden van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek naar concrete zorg in de praktijk, die



professionals dagelijks aan transgender personen geven. Wordt de wetenschap niet waardevoller als de zorg centraler staat op een congres als dit en als de transgender personen en hun naasten daarover volwaardig mogen meepraten, ook zonder wetenschappelijke publicatie in hun achterzak? Is een congres als dit bedoeld om alleen de wetenschap beter te maken of ook de zorg aan transgenders?

Zie ook de video die Lisa heeft opgenomen <https://www.transvisie.nl/twee-videos-over-de-europese-conferentie-voor-transgenderzorg/>

3. Beleving van EPATH door Saskia ^(^ Inhoud)

Als scholenvoorlichter bij Transvisie en moeder van mijn transgender zoon (10 jaar) was ik extra geïnteresseerd in onderzoek en ervaringen over en van kinderen en jongeren. Er wordt veel onderzoek gedaan naar transgender kinderen en jongeren, zoals ook blijkt uit dit verslag, dus ze zijn zeker als onderzoeksdoelgroep aanwezig op dit congres. De nadruk ligt nu nog veelal op de cijfers en minder op de gevoelens die leven onder trans jongeren en hun familie. Er waren vier ouders op deze EPATH aanwezig. Wij kregen als ouders de indruk dat wij de gevoelslaag vertegenwoordigden van onze en andere trans kinderen, wat best intens was. Soms leek het erop alsof al die onderzoeken die volgens genderklinieken nodig zijn voor een goede diagnose van genderdysforie, vooral dienen om voldoende data te verzamelen voor onderzoekers om een wetenschappelijk resultaat te verkrijgen. Er wordt hierin geen rekening gehouden met de impact van die onderzoeken op het welzijn van onze kinderen. Gelukkig waren de workshops van Johanna Olsen-Kennedy en Ayden Olsen een welkome uitzondering omdat zij grote betrokkenheid toonden richting transgender kinderen en jongeren en vooral ingingen op de ervaringen van de jongeren. Het belang van ondersteunende ouders, familie, school en peers voor transgender jongeren wordt door onderzoek bevestigd (als je ouders helpt, help je de kinderen), maar ondersteuning voor die groepen is helaas nog lang niet altijd onderdeel van de zorg.

In landen om ons heen zien we een Informed Consent model, waarbij transgender mensen zelf regie hebben over hun proces. Dit zou ik ook wensen voor ouders en hun kinderen, die dat willen. En natuurlijk zou het mooi zijn als op een volgend EPATH congres een kind of jongere aan het woord komt met diens ervaringen, die zo een stem kan geven aan onze kinderen.

Zie ook de video van Saskia, <https://www.transvisie.nl/twee-videos-over-de-europese-conferentie-voor-transgenderzorg/>

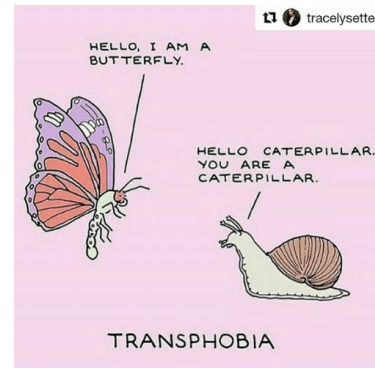




4. Opening sessie ^(^ Inhoud)

(Donderdag 11 april 12.30)

“Hello, i am a butterfly” says the butterfly
“Hello caterpillar, you are a caterpillar” says the snail



🚫 TRANSPHOBIA
TransIsBeautiful
ProtectTransLives Repost
@tracelysette

5. Workshop: Alternatieve voorstelling/presentaties van gender dysforie, Los Angeles Gender Center ^(^ Inhoud)

(Aydin Olson-Kennedy aolsonkennedy@lagendercenter.com) Vrijdag 12 april 16.30

Aydin werkt met transgenders en hun ouders als maatschappelijk werker en is zelf transgender. Hij toont in zijn workshop aan dat transgender zijn veel complexer en chaotischer is dan de huidige diagnostische criteria van genderdysforie laten zien.

Diagnostische criteria worden gedefinieerd door wat cis mensen anders vinden dan ‘normaal’ -niet in de cis hokjes M/V passen - maar dit M/V gedrag is gebaseerd op gender socialisatie en het laat de ervaringen van trans mensen veelal buiten beschouwing.

Trans mensen hebben een ‘Coming in’ voordat ze een ‘coming out’ hebben

‘Coming in’ is een proces van vele momenten. De trans persoon begint zich in eerste instantie te realiseren dat deze dingen anders ervaart dan andere mensen. Er komt een vraagteken op. Coming in is een proces van onderzoeken naar wat er aan de hand is: waarom ben/denk/voel ik (me) anders? Coming in is ook een proces van opzoeken op internet wat je hebt aan symptomen en stress. Trans personen proberen een taal te vinden voor hun gevoelens. Het is vaak een individuele, privé zoektocht, die niet gedeeld wordt. Genderdysforie wordt groter door de informatie die gevonden wordt. Er is moed voor nodig om alle stereotype ideeën en angsten, die in de buitenwereld bestaan over transgenders te doorleven en overeind te blijven, zoals bijv. ‘ben ik niet gewoon een enorme aandachtzoeker’, ‘ik heb het vast verkeerd begrepen’, ‘het is zeker een fase, het gaat wel over’, ‘misschien ben ik wel gek’, ‘weet ik het wel zeker? misschien krijg ik er later spijt van’. Deze transfobie veroorzaakt nog meer stress...

‘Coming out voor trans mensen gebeurt meestal niet omdat ze er zo enthousiast over zijn, maar meer omdat ze hulp nodig hebben, anders kunnen ze niet authentiek zijn. Reacties van de mensen met wie ze voor het eerst delen dat ze trans zijn of zich niet goed voelen in het huidige geslacht zijn meestal niet helpend, omdat deze vrienden of ouders ook een coming in proces doormaken en de trans persoon dan alle twijfels voorleggen die ze zelf ook al hadden bedacht en doorleefd. Hun gevoelens worden steeds in twijfel getrokken, wat stressvol is. Bijvoorbeeld ze zijn te jong om te weten dat ze transgender zijn (kinderen krijgen dit vaak te horen), of ze zijn te oud, dan hadden ze



het allang moeten doorhebben. Ze krijgen te maken met een scenario van een grote puzzel, waar de stukjes niet precies passen. Stressvol dus.

Wanneer transgender kinderen uit de kast komen naar hun ouders, hebben de ouders een soortgelijk coming in proces: zij gaan ook als een gek op internet zoeken, waar hun kind het over heeft en er met anderen over praten (vrienden of partners). Ouders beginnen zo langzaam aan de positie van hun trans zoon of dochter te respecteren. Ze hoeven zich niet verantwoordelijk te voelen voor het coming in proces van hun kind, omdat dat meestal al achter de rug is. Hun coming in proces loopt alleen niet parallel met het coming in proces van hun kind. Dat gaat zo door met andere familieleden, vrienden, etc. die vaak na elkaar het coming in proces hebben. Zo blijft de transgender persoon vaak dezelfde vragen krijgen: bijv. (SK) 'wil je gewoon uniek zijn?' 'Dit klopt niet, ik zie nog steeds een meisje/jongen (geboortegeslacht) in jou'; 'ik heb dat ook gehad, zo'n fase waarin ik in de bomen klom, maar dat ging weer over', 'het is toch hartstikke gevaarlijk die hormonen, dat zou ik mijn kind niet aandoen'?

Dit noemt Aydin 'Genderdysphorie lawaai in je hoofd'. Dit is een term voor de kakofonie aan interne stemmetjes in het hoofd van transgender mensen. Die interne stemmetjes zijn soms zo hard, dat ze al het andere overstemmen, zeker wanneer trans personen nog in de coming in fase zitten. Later kunnen (sommige van die) stemmetjes nog steeds aanwezig zijn na hun coming out. De stemmetjes kunnen minder sterk worden na pubertijdremmers of crosssekse hormonen, maar ze zullen er nog steeds zijn. Deze stemmetjes leiden de trans persoon 24/7 ontzettend af van waar die mee bezig is, van schooltaken, werk, gesprekken, etc. Ze zijn een afleider maar kunnen tegelijkertijd ook als bescherming dienen om niet helemaal in het hier en nu te zijn met alle stress. Fysieke aanpassing aan het wensgeslacht door hormonen en/of chirurgie helpt, maar het lichaam is niet het enige wat telt, het zijn ook de interne stemmen, gevoelens en gedachten die men privé ervaart. De stemmen gaan niet alleen over het lichaam (te grote/kleine handen, te groot/klein, dik/dun, borstkas, haargroei) maar ook over de stem, manier van lopen, de angst om als transgender te worden geïdentificeerd.

In klinieken wordt bij diagnose genderstress overgewaardeerd, want als je te weinig dysforie hebt kom je niet in aanmerking voor behandeling. Gendereuforie zou net zo belangrijk moeten zijn als signaal voor diagnose. Dit zijn momenten, waarop de stemmen even stoppen/ verdwijnen/ zachter zijn. Want ze vooronderstellen dysforie op andere momenten. Omdat trans mensen bang zijn opgenomen te worden in inrichtingen of ziekenhuizen spreken ze meestal niet openlijk over suïcidale gedachte, maar blijven zij ermee zitten (imploderen). Dit is veel gevaarlijker dan het naar buiten brengen (exploderen). Soms zeggen trans jongeren: 'het is niet zozeer dat de buitenwereld je moet accepteren. Het is meer een strijd om jezelf te accepteren en lief te hebben, zoals je bent, terwijl de wereld om je heen je anders heeft verteld' [over transgender zijn].

Voorbeeld van genderdysforie lawaai in je hoofd in een video 'Her story' (te vinden op Youtube), door een transpersoon gemaakt over een interview. De transvrouw wordt geïnterviewd door een cis vrouw en is zo bezig met de stemmen in haar hoofd dat ze haar aandacht nauwelijks kan richten op de interviewster, bang dat ze als transgender vrouw wordt 'herkent', omdat ze grotere handen heeft. Ze denkt: 'niet op mijn handen letten, anders let zij ook op mijn handen', 'misschien moet ik het gewoon zeggen', 'maar dan is ze helemaal afgeleid door mijn handen', etc.).



Oefening ter illustratie van transgender stemmen in je hoofd. Vier mensen krijgen ieder een eigen papier met daarop een soort interne stemmen die ze tegelijkertijd voorlezen en blijven herhalen en een iemand zit op een stoel en representeert een transgender persoon. Die moet een presentatie over de ruggengraat zo goed mogelijk navertellen, terwijl de vier stemmen aan staan. De trainer moedigt de transpersoon steeds aan, je kunt het!

Fase 1: 4 stemmen staan aan: geen enkele informatie komt binnen;

Fase 2: je bent uit de kast, dus er is een stem minder (nu nog drie): gevoel dat het onmogelijk is, opgeven dat het ooit gaat lukken;

Fase 3: je bent aan de hormoontherapie, dus weer een stem minder (nog maar twee) nu komt er wel iets binnen en kan ik de beelden zien maar het is nog steeds beperkt, lichtelijk wanhopig;

Trainer vraagt door hoe dit zou zijn, als dit niet even maar de hele tijd doorgaat, 24/7? Vreselijk! Wat zou je kunnen doen? Mediteren, dan worden de stemmen misschien nog erger? Yoga? Dit zijn nog heel gezonde strategieën. Veel trans personen kiezen voor drugs om de stemmen te stoppen of gaan zichzelf snijden.

Trainer: Als ik je aanbied om 30 minuten pauze te krijgen na een maand, in ruil voor zelf snijden, zou je dat doen? Zeker, want ik word gek van die stoorzenders!

De vier stemmen van geïnternaliseerde maatschappelijke transfobie blijven altijd bij je, in meerdere of mindere mate, ook als je helemaal klaar bent met je transitie. Ze zijn onzichtbaar voor anderen, waardoor anderen het niet begrijpen. Het is niet verbazingwekkend dat veel transgenders last hebben van migraine of hoofdpijn, omdat ze moe worden van die stemmen. Daarom is het belangrijk dat we onze hulp aan transgenders richten op het omgaan met die stemmen, die ons elke keer uit verbinding halen met onze omgeving en ons tegelijkertijd beschermen tegen de harde realiteit.

6. Is de leeftijd van verwijzing van invloed op de verdere transitie en behandeling van kinderen? ^(^ Inhoud)

(Assessing of physical interventions by age of first referral: Does age of first referral matter?) (Una Masic & Polly Carmichael), Donderdag 11 april 14:30

De studie die hier gepresenteerd werd ging over de invloed van leeftijd op behandeling van kinderen met pubertijdsblokkers. Het onderzoek is gedaan in 2018 onder jongeren (n=3052) van 14-17 jaar met tenminste 6 afspraken in de GIDS kliniek in Londen. Het had de volgende resultaten:

- Waar vroeger 1.3 % (2000) van de kinderen een verwijzing had voor hun 12de jaar is dat in 2017 sterk gestegen naar 33,3%.
- 40% startte of was reeds gestart met pubertijdsremmers en 60% niet.
- Percentueel gingen meer transgender meiden aan de pubertijdsremmers dan transgender jongens.
- Zij die naar de GIDS waren verwezen als ze ouder waren dan 12 jaar, maakten minder vaak gebruik van puberteitsremmers op hun 14^{de}, dan kinderen die op jongere leeftijd dan 12 jaar waren verwezen.



Wat zouden deze resultaten kunnen betekenen? Bij jongeren die na hun 12de verwezen zijn en niet aan de pubertijdsremmers gingen, zou het zo kunnen zijn dat ze niet aan de pubertijdsremmers gingen omdat ze langer konden nadenken over wel/niet kiezen voor behandelingstrajecten rondom hun genderidentiteit. Dit laatste is een hypothese van de onderzoekers en dient nader onderzocht te worden. (Noot van Saskia: er zou ook een andere reden kunnen zijn, te weten: dat jongeren te laat waren en de groei van secundaire geslachtskenmerken niet meer konden worden gestopt door pubertijdsremmers.)



7. Psychosociale behandelingsresultaten bij transgender jongeren die verwezen zijn naar Hamburg Gender Identity Service ^(^ Inhoud)

(Psychosocial health after gender affirming treatment in young adults diagnosed with Gender Dysphoria referred to the Hamburg Gender Identity Service: first follow-up results)

(Inga Becker-Hebly: i.becker@uke.de) Donderdag 11 april 14:45

Aan dit onderzoek (n= 204 bij start en n=75 bij follow up onderzoek) deden meer transgender jongens mee (85%) dan transgender meisjes (15%) en hun gemiddelde leeftijd is 15,5 jaar. De studie vond het volgende:

1. Het psychologisch functioneren van de jongeren verbeterde significant na behandeling met GnRHa en crossekse hormonen, vergeleken met de normgroep.
2. Kwaliteit van leven van de jongeren is significant gerelateerd aan de mate van internaliseren van problemen en lichaamsontevredenheid voor de behandeling. Kwaliteit van leven is bij trans personen met depressie hetzelfde gebleven na crossekse hormonen of operaties.
3. Lichaamsbeeld bleef hetzelfde door pubertijdsremmers, maar werd significant verbeterd na behandeling met crossekse hormonen of genderbevestigende operaties. Tevredenheid over het lichaam was hoger in steekproeven met crossekse hormonen dan de steekproeven met pubertijdsremmers of zonder behandeling.

Conclusies en implicaties:

- We zien een verbetering in psychosociaal functioneren bij jongeren vooral na crossekse hormonen en genderbevestigende operaties. Dit is in lijn met andere studies.
- Er is niet een en dezelfde "one fits all" oplossing voor alle jongeren, want zij hebben verschillende problematiek en behoeften. Een multidisciplinaire benadering is nodig om hen goed te ondersteunen.



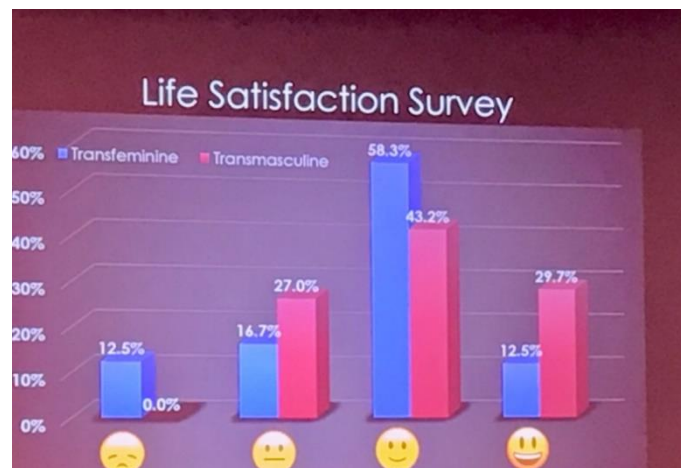
8. Transgender jongeren en impact van genderbevestigende (crossekse) hormonen op hun welzijn ^(^ Inhoud)

(Transgender youth and gender affirming hormones; a prospective 5-7 years follow-up, Los Angeles, USA) (Johanna Olson-Kennedy) Donderdag 11 april 15.00

Dit is een 5-7 jaar follow-up studie naar tevredenheid na behandeling met crossekse hormonen. De onderzoekspopulatie bestaat uit een totaal van n=65, waarvan n=23 in behandeling, n=42 uit behandeling, waarvan 58% transgender mannen en 42% transgender vrouwen van 18-30 jaar. Resultaten uit dit onderzoek waren:

- 75% van de ondervraagden had gemiddelde tot hoge scores op levenstevredenheid. Daarentegen was 12,5% van de transgender meiden niet tevreden over hun leven.
- Het lichaamsbeeld is significant verbeterd: jongeren onder 16 jaar zagen een grotere verbetering van lichaamswaardering.
- Geen spijtgevallen onder de populatie bij trans vrouwen (n=27) en trans mannen (n=37). Wel 1 die stopte omdat het te duur was om te betalen.
- Kwalitatieve antwoorden bevestigen de cijfers dat de transgender die de crossekse hormonen kregen erg blij zijn met hun keuze.

In deze kliniek in Los Angeles wordt het Informed Consent model gebruikt, dat wil zeggen: geïndividualiseerde zorg, waarbij de informatie wordt gegeven aan transgender jongeren en volwassenen zodat ze zelf (mee) kunnen beslissen wat ze nodig hebben.



9. Psychologisch welzijn en zelfbeeld onder kinderen en jongeren, die is gerelateerd aan hormoonbehandeling ^(^ Inhoud)

(Psychological well-being and self-image in children and adolescents diagnosed with gender dysphoria in relation to hormonal treatment)(Elise Ruyschaert & Justine Janssen et al, UZ Gent) Donderdag 11 april 15.15

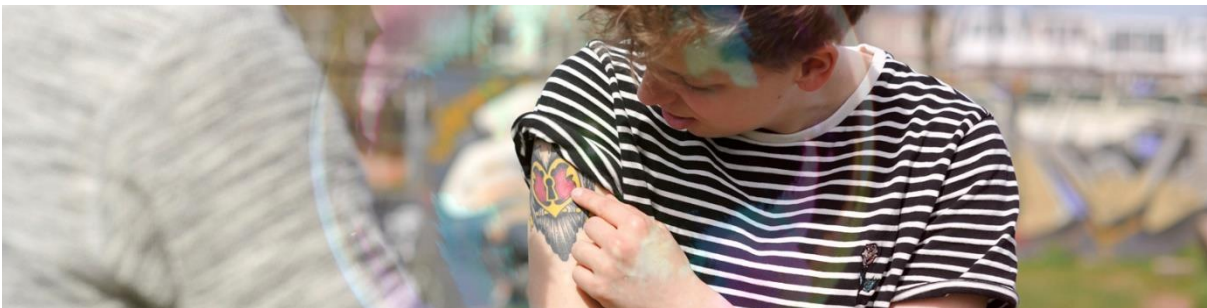
Uit literatuuronderzoek blijkt dat genderdysfore jongeren vaker last hebben van minderheidsstress, angststoornissen en depressie, suïcidale gedachten (>50%) en suïcide pogingen (33%). Bij 43% komt levenslange zelfverminking voor en deze groep scoort lager op levenstevredenheid vergeleken met niet-genderdysfore kinderen.

Bij UZ Gent wordt het Informed Consent model gebruikt, waarbij na diagnose van genderdysforie gecheckt wordt op psychische beperkingen (co morbiditeit) en het sociaal netwerk van de cliënt. Dit was de start van het onderzoek (baseline) en daarna werd gestart met pubertijdsremmers of crossekse hormonen. Na 4 maanden worden dezelfde mensen opnieuw onderzocht en resultaten



vergeleken. Het gaat om 177 kinderen en jongeren bij UZ Gent, gemiddelde leeftijd 16, ongeveer 20% trans meiden en de rest trans jongens. Uit dit onderzoek komt het volgende:

- Er vindt minder zelfverminking plaats na behandeling met puberteitsremmers en crosssekse hormonen.
- Laagste scores voor fysiek uiterlijk en algemene zelfwaardering voor de baseline groep werd significant hoger door testosteron gebruik onder transgender jongens en deze verbetering was minder voor oestrogeen gebruik onder transgender meiden.
- Transgender vrouwen zijn minder tevreden met hun primaire geslachtskenmerken dan transgender mannen. Onder trans mannen is men meer tevreden na testosteron behandeling.
- Orgametril lijkt de kans te vergroten op suïcidale gedachten en zelfverminking. Misschien is dit te verklaren doordat dit medicijn alleen de menstruatie remt en bijvoorbeeld niet de borstgroei stopt.



10. Hoeveel jongeren stoppen met puberteitsremmers en waarom? ^{(^}

Inhoud)

(A follow up study of transgender adolescents who stopped their medical treatment with puberty suppression) (M. Arnoldussen et al, Amsterdam UMC.) Donderdag 11 april 15.30

Uit kwantitatief onderzoek van data uit Nederland blijkt dat:

- Tussen 2000-2017 zijn in Amsterdam UMC 683 jongeren gestart zijn met puberteitsremmers, waarvan er 11 gestopt zijn met deze behandeling (1,6%).
- Tussen 2000-2018 zijn in Leiden UMC 139 jongeren gestart met puberteitsremmers en zijn 6 gestopt (4.3%).

Waarom stoppen jongeren met puberteitsremmers? Via diepte-interviews met 10 jongeren proberen de onderzoekers te achterhalen waarom zij gestopt zijn met puberteitsremmers. Het onderzoek is nog niet af en alleen de eerste twee verhalen van twee jongeren werden gepresenteerd:

- Tess heeft puberteitsremmers geprobeerd, maar is er weer mee gestopt, omdat het toch niet bracht wat werd verwacht. Tess heeft geen spijt van de behandeling met puberteitsremmers daar het onderdeel was van het proces van uitzoeken wat het beste past.
- Laura heeft puberteitsremmers gehad en is gestopt omdat ze zich er niet beter door voelde. Na medicijnen te hebben gekregen voor autisme, voelde ze zich wel beter.

Voorlopige conclusie is dat veruit de meeste jongeren doorgaan met hun behandeling met puberteitsremmers. De genderidentiteit van deze twee jongeren die stopten, was nog in ontwikkeling tijdens de behandeling en verschillende aspecten beïnvloedden dit proces.



11. Hoe goed geïnformeerd en open maken jongeren de keuze voor een behandeling met puberteitsremmers? ^(^ Inhoud)

(Puberty blocking in transgender adolescents: How well-informed and open to change are the choices made at young age)(Lieke Vrouwenarts et al, Leiden UMC) Donderdag 11 april 15.45

Uit observatiestudies komt naar voren dat transgender kinderen die in aanmerking komen voor puberteitsremmers, ook beslissing bekwaam zijn. Dit onderzoek checkt deze observaties door aan 10 jongeren zelf te vragen hoe zij achteraf terugkijken op dit keuzeproces voor een behandeling met puberteitsremmers.

Voor de onderzochte jongeren was het onderdrukken van lichamelijke veranderingen de belangrijkste reden om te beginnen met puberteitsremmers en zij waren dan ook opgelucht dat lichamelijke veranderingen uitbleven. Deze jongeren wilden dus niet zozeer remmers omdat ze meer tijd nodig zouden hebben voor experimenteren en onderzoeken van hun genderidentiteit, wat door de klinische staf meestal als hoofdreden wordt gegeven. Voor deze kinderen was het al duidelijk dat zij transgender zijn en deze behandeling wilden.

Een andere reden die zij achteraf aangaven waarom voor puberteitsremmers te kiezen is dat vooral familieleden hierdoor meer tijd kregen om te wennen aan hen als transgender jongen/meisje. Misschien geldt 'meer tijd' dus meer voor cis familieleden en medische staf dan voor de jongere zelf. De meeste zeiden "Ik begreep de informatie niet helemaal, maar voldoende". Zij zeiden te jong te zijn om de informatie over de behandeling met puberteitsremmers helemaal te begrijpen, maar niet te jong om erover te beslissen. Ook omdat het een omkeerbare keuze was en omdat ouders meedachten met hen, konden zij deze beslissing nemen. Zij nemen de mogelijke bijeffecten voor lief en dit gold zowel voor stoppers als voor volhouders.

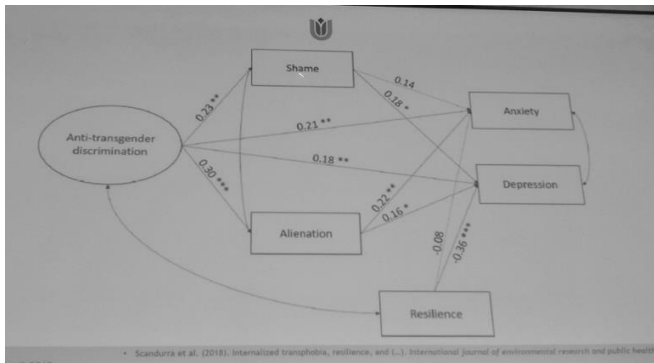
Conclusie is: dat transgender jongeren volgens henzelf niet te jong zijn om te beslissen over de behandeling met puberteitsremmers.

12. Terugblik afgelopen jaar: Mentale gezondheid ^(^ Inhoud)

(Tim van de grift, Amsterdam UMC, email: t.vandegrift@vumc.nl) Vrijdag 12 April 9.00

Belangrijkste onderwerpen en uitkomsten van onderzoeken naar mentale gezondheid het afgelopen jaar zijn:

- Psychologische gezondheidsindicatoren zijn belangrijke onderzoeksonderwerpen naast modererende factoren zoals zelfvertrouwen en veerkracht. In het onderzoek (van Scandurra et al, 2018) worden verschillende factoren aan elkaar gerelateerd en gekeken of er een verband is tussen bijv. geïnternaliseerde transfobie en veerkracht, stress en angst. Hieruit blijkt dat een laag zelfvertrouwen depressie voorspelt en ook intimidatie-stress negatief beïnvloedt. Negatieve stress of minderheidsstress en geïnternaliseerde transfobie zijn stressfactoren, waar men zich niet gemakkelijk voor kan beschermen. Veerkracht is niet volledig beschermend tegen angst (zie figuur hier beneden).



- Onderzoek naar autistische eigenschappen bij genderdysfore jongeren is gedaan door John F. Strang et al. (2019) met als artikel: Initial Clinical Guidelines for Co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in Adolescents. Uit verschillende onderzoeken komen verschillende bevindingen. De vraag is dan ook hoe gevoelig de AQ is voor autisme-metingen.

13. Terugblijk afgelopen jaar: Kinderen en Jongeren ^(^ Inhoud)

(Jiska Ristori, Psychologist van Florence University) Vrijdag 12 April 9.15

Er is een grote toename in het aantal onderzoeken over kinderen en jongeren. Er zijn 10 review studies gedaan in 2018 en 3 review studies in 2019. Hieruit komt naar voren dat:

- Gender dysforie in Nederland vaker voorkomt dan eerst gemeten: 4% van de jongeren (12-18 jaar) en kinderen (onder de 12) is gender incongruent, 1.3% heeft diagnose genderdysforie. Er zijn ongeveer twee keer zoveel transgender jongens dan meisjes die werden verwezen in dit Nederlandse onderzoek. Eerder zagen we dat er juist meer transgender meisjes als kind binnen kwamen, nu meer transgenderjongens van 12 jaar of ouder.
- Studies onder de algemene populatie laten een groter % gender incongruente kinderen en jongeren zien dan onderzoek onder hen die voor behandeling verwezen werden naar een kliniek. Ook is er een hoger % gender incongruentie onder kinderen en jongeren onder de 18 vergeleken met volwassenen. Hieruit volgen vragen zoals: komt genderincongruentie meer voor bij jongeren/kinderen omdat ze hun coming out makkelijker zouden vinden? Of is genderidentiteit meer fluïde onder jongeren?
- Is de gezondheidszorg afgestemd op wat transgender kinderen en jongeren nodig hebben? De algemene gezondheid onder jongeren werd vergeleken met die van transgender jongeren en daaruit blijkt dat 66% van de transgender jongeren een slechte gezondheid aangeeft tegenover 33% van de cis jongeren, waarvan lange termijn problemen: 59% onder transgender jongeren tegenover 17% onder cis jongeren. Transgender jongeren gingen vaker langs bij een zorginstelling. Als we Gendercare worldwide (uit WPATH) bekijken zien we dat die vooral gecentreerd is rondom West-Europa en Verenigde staten en er in veel regio's helemaal geen zorg wordt aan geboden. (een stip / . staat voor een genderkliniek).



Gender Care Worldwide



- In een onderzoek over zorg drempels onder trans jongeren bleek dat jongeren zich niet verzekerd voelen van goede zorg. Een gebrek aan training op genderspecifieke onderwerpen werd als de hoofd probleem gezien. Volgens de onderzochte jongeren zijn zorgsystemen niet altijd verwelkomend naar genderdiverse jongeren, maar eerder vijandig. Verder zien trans jongeren het genderspectrum veel breder dan zorgverleners, die nog veelal in cis hokjes M/V denken.
- Uit onderzoek (van Aparicia-Garcia et al, 2018) onder transgender jongeren (n=856 en leeftijd 14-25 jaar) blijkt zat zij veel last hebben van pesten en geweld en dus een kwetsbare groep zijn:
 - 43% van de trans of non binaire jongeren hebben last van pesten op school en buiten school tegenover 25-29% cis jongeren.
 - 24% van de transgender jongeren heeft last van fysiek geweld op school tegenover 8% van de cis jongeren.
 - Non binaire jongeren zijn vaker doelwit van cyberpesten blijkt uit hun onderzoek.
 - Doordat trans jongeren meer fysiek en psychisch geweld op school en buiten school ervaren, hebben ze vaker last van depressie en angst en voelen ze zich meer geïsoleerd. Deze jongeren denken dan ook vaker aan suïcide. Het wel eens denken aan suïcide komt bij 78% van de non binaire jongeren voor, 70% bij trans jongeren, vergeleken met 41% onder de cis jongeren die wel eens aan suïcide denkt.
- De link tussen autisme spectrum (APS) en genderincongruentie wordt bevestigd door vier nieuwe studies, hoewel de aard van de link nog niet duidelijk is en meer onderzocht moet worden.
- Uit zeven studies naar gender bevestigende zorg komt naar voren dat gender bevestigende zorg voor kinderen en jongeren de genderdysforie zeker kunnen verlichten en dus het welzijn van deze jongeren kunnen vergroten. Wel is het belangrijk om de benadering te individualiseren, elke kind heeft zij eigen pad en zal dus in alle openheid benaderd moeten worden om de beste zorg te krijgen.
- In onderzoek naar houding van transgender jongeren ten opzichte van vruchtbaarheid (van Chen et al, 2018), met n=156, gemiddelde leeftijd 16,1 jaar blijkt dat 49% denkt kinderen te willen, 28% denkt van niet en de rest weet het niet. 36% van de ondervraagde jongeren geeft aan interesse te hebben in biologisch ouderschap. 71% denkt aan adoptie als een mogelijkheid om kinderen te krijgen. Ondanks de interesse en het belang wordt er weinig aandacht besteed aan vruchtbaarheid door zorgverleners. Uit het onderzoek bleek dat 80%



van de onderzochte trans jongeren nooit hierover gesproken had met de hulpverlener en 65% het nooit met hun ouders hadden besproken. Maar 14% had effecten van hormoontherapie besproken, 61% toonde in dit onderzoek interesse om hier meer over te weten. Een onderzoek onder zorgverleners laat een ander beeld zien, want zij zeggen wel degelijk kennis te hebben over impact van hormoontherapie op vruchtbaarheid en 95% kan zich de WPATH aanbevelingen herinneren. Conclusie is dat vruchtbaarheidszaken door zorgverleners meer besproken zouden moeten worden met ouders en jongeren.

- Een onderzoek uit Nederland (van Brik et al, 2019) over gebruik van een behandeling tot vruchtbaarheidsbehoud onder transgender meiden die pubertidsremmers hebben of hebben gehad (n=35) tussen 2011-2017, bleek dat 91% hierover voorlichting had gehad. 38% had een poging gedaan om vruchtbaarheid te behouden, waarvan 78% succesvol was. Hierbij werd de volgende kanttekening geplaatst door de onderzoekers: 1/3 van de ondervraagden had geen vruchtbaarheidsbehandeling gehad, omdat ze geen zaad konden produceren - doordat ze nog te vroeg in de pubertijd waren. Deze cijfers zijn hoger dan wat uit eerdere studies uit de VS kwam.

Conclusie: transgender kinderen en jongeren zijn heel divers in hun behoeften en dienen dan ook ethisch verantwoorde mogelijkheden te krijgen, met minimalisering van schade en maximalisering van welzijn, aangepast aan hun sociale, onderwijs en gezondheidssituatie.



14. Terugblijk afgelopen jaar: Endocrinologie ^(^ Inhoud)

(Gary Butler, Tavistock, GIDS) Vrijdag 12 April 9.45

In de endocrinologie werd onderzoek voornamelijk gericht op veiligheid en werkzaamheid van verschillende hormoonbehandelingen onder jongeren en volwassenen:

- Uit onderzoek onder transgender vrouwen, waarin hartaanvallen werden gerelateerd aan behandeling met crosssekse hormonen gedurende acht jaar, kwam er uit dat trans vrouwen 4 maal zoveel kans hebben op veneuze trombose-embolie als cis vrouwen. Hier moet op gemonitord worden.
- Er is een hoger risico gevonden op hersentumoren bij trans personen die crosssekse hormonen gebruikten, maar nog steeds komt het zo zelden voor, dat het niet extra gemonitord hoeft te worden.
- Voor jonge mensen lijkt genderbevestigende hormoonbehandeling in een studie, gedurende 2 jaar, veilig te zijn en er is dus geen extra screening nodig.
- Krijgen jongeren door hormoonbehandeling de lichaamsvorm, die ze willen? Uit onderzoek onder jongeren tot 22 jaar tussen 1998-2014 blijkt dat op 22-jarige leeftijd transgender vrouwen beter vergeleken konden worden met cis vrouwen van dezelfde leeftijd. Transgender mannen vielen tussen cis vrouwen en cis mannen in qua lichaamssamenstelling (lichaamsvet, vetvrije massa en taille-heup ratio).



- Uit onderzoek (van Lloyd et al, 2018) over het effect van progestagenen op de ontwikkeling van botmassa of lichaamssamenstelling in laat-puberale transgender jongeren (44 trans jongens en 21 trans meiden), behandeld met Lynestrenol of Cyproterone acetate gedurende 10-11 maanden blijkt dat pro-androgyne en anti-androgyne progestagenen binnen een jaar lichaamsveranderingen veroorzaken richting het uiterlijk wat men wenst. Bij trans meiden wordt de botdichtheid ernstig beïnvloed door androgeen onderdrukkende hormoontherapie.
- Uit onderzoek (van Dan Broulik et al, 2018) over de invloed van lange termijn (18 jaar) androgene suppletie (testosteron) op het metabolisme van botten in transgendermannen (n=35) blijkt dat de botten mineraal dichtheid in de heup hoger is dan bij cis vrouwen (en niet veel afwijkend van cis mannen) en er geen verschillen gevonden werden in de wervelkolom.
- Uit onderzoek (van Tobin Joseph et al, 2019) over invloed van behandeling met pubertijdsremmers op bot mineraal dichtheid (BMD) onder jongeren (n=70 leeftijd 12-14 jaar uit UK GIDS) met genderdysforie, blijkt dat er een significante daling is van BMD in de lumbale wervelkolom in het eerste jaar en een lagere daling in het tweede jaar.
- Uit onderzoek (Defreyne et al, 2018) over de invloed van crossseks hormonelen op gedrag blijkt dat er geen correlatie is tussen testosteron niveaus en woede-intensiteit in transgender mensen.
- Komen en gaan van patiënten: uit het Amsterdam Cohort van gender dysforie studies (1972-2015) blijkt uit onderzoek van Wiepsjes et al 2018 met n=4432 transgender vrouwen en 2361 transgender mannen), dat:
 - Er 20 keer zoveel aanmeldingen in 2015 zijn dan in 1980.
 - % dat startte met genderbevestigende hormonen binnen 5 jaar na hun eerste bezoek is gedaald, van 90% in 1980 tot 65% in 2010.
 - Het % dat gonadectomie (genderbevestigende chirurgie) onderging binnen 5 jaar na start van hun behandeling met crossseks hormonelen bleef stabiel (75% van de trans vrouwen en 84% van de trans mannen)
 - Maar 0,6% van de trans vrouwen en 0,3% van de trans mannen ervoeren spijt na gonadectomie
 - Het % dat niet doorging bleef klein en laat geen groeiende tendens zien.

15. Parent psychological support group for parents as intervention tool in the care of families with gender diverse families in Turin, Italy ^(^ Inhoud)

(Angela Calderer, NPI, Turin Italy) Vrijdag 12 april 2019 11:30

Ouder zijn van een genderdivers kind kan een uitdagende ervaring zijn volgens eerdere studies. De mogelijkheid om in groepsverband met andere ouders ervaringen uit te wisselen heeft positieve effecten opgeleverd in eerder onderzoek (DiCeglie, 2006; Hill and colleagues, 2010; Rosenberg and Jelinek, 2001; Malpas, 2011). In deze studie van Calderer werd opnieuw een positief resultaat gezien: ouders vonden het een goed hulpmiddel om hun kind beter te kunnen ondersteunen en om met hun eigen onzekerheid rondom hun kind om te gaan.

In dit geval hadden ouders voorafgaand aan deelname een individueel gesprek. Het ging om 11 ouders (6 moeders en 5 vaders) wiens genderdivers kind (5-17 jaar) ook zorg kreeg. Het was een stabiele groep ouders die eens per maand een groepsbijeenkomst hadden van 90 minuten onder



leiding van een psychiater en klinisch psycholoog. Voor ouders waren de relevante thema's in het begin (maart 2018):

- delen van ervaringen
- zelfpijniging
- school drop out
- wettelijke issues in Italië
- transitieproces en moeilijkheden die het kind zou kunnen tegenkomen
- respect voor kinderen, hun ervaringen en autonomie
- factoren gerelateerd aan gender ontwikkeling
- gender identiteitsontwikkeling als een reis.

In de tweede helft van de bijeenkomsten was er meer interesse in de groep om te leren hoe om te gaan:

- met genderdiverse kinderen, non binairisme en het belang om voorbij gender stereotypen te kijken/denken en niet te rigide te zoeken naar een exacte gender identiteit
- belang van acceptatie om het kind te ondersteunen
- genderdiversiteit en leeftijd
- relaties met anderen in de familie.

Dus onderzoekers zagen een beweging van op het kind gericht zijn in de eerste zes bijeenkomsten naar hoe kunnen we er mee omgaan dat ons kind trans is en een groter verband zien en meer openheid voorbij de hokjes in de latere bijeenkomsten.

Gedurende het hele traject namen ouders bewustzijnsontwikkeling en duidelijkheid mee naar huis na een bijeenkomst. Alle ouders gaven terug zich minder alleen te voelen, beter de genderidentiteitsontwikkeling van hun kind te begrijpen en een andere benadering naar hun kind te hebben (meer begripvol, empathisch en ondersteunend). Wat hielp voor hen was delen, geen schaamte voelen, open naar verandering en confrontatie. Het onderzoek laat een innerlijk proces zien hoe ouders omgaan met genderdiversiteit. Het gevolgde groepstraject geeft de mogelijkheid om naar hun kind te kijken als een complex mens met verschillende kenmerken, niet alleen gedefinieerd door gender gedrag en identificatie, maar door veel meer dan dat. Daarnaast was het een proces dat verder gaat dan de binaire kijk op gender.



16. The impact of coming out for siblings. Psychotherapists group in Turin, Italy ^(^ Inhoud)

(Patricia Petiva, Turin, Italy) Vrijdag 12 april 2019 11:45

Petiva onderzocht via case studies (12 gezinnen) resultaten van een systemische benadering, gebaseerd op gezinstherapie, die het gezin gratis sessies aanbiedt. In deze studie werden juist



broers en zussen benaderd, omdat er vaak vanuit wordt gegaan dat zij niet belangrijk zijn of de ouders hen het relatietrauma van een sociale transitie willen besparen. Uit de studies (Branje, Van Lieshout, Van Aren & Haselager) blijkt dat deze broers en zussen een belangrijke steun zijn voor het familiesysteem als geheel en speciale relaties hebben met hun genderdiverse broer/zus, juist omdat ze uit dezelfde generatie komen (R. de Bernart). De coming out van een trans kind is een ontwikkelingscrisis die het hele familiesysteem aangaat. De familie kan een cruciale bron van competenties, aanmoediging en veerkracht zijn (Petivia, Spirito), namelijk dat een genderdivers kind door familie begrepen en geaccepteerd wordt in zijn/haar pad. Broers en zussen en het hele familiesysteem moeten zichzelf herdefiniëren in relatie tot andere systemen (ouders, school, de maatschappij), naast de interne dimensies van het gezin. De oudere broer/zus kan referentiepunt zijn voor de jongere broer/zus. Wanneer de genderdiverse jongere de oudste is en jongere broers en zussen buitengesloten worden van dit proces leidt dit tot sociale problemen van de jongere broers/zussen (uitsluiting bij vriendengroepen, pesten, grensoverschrijdend gedrag).

In deze bijeenkomst werd gebruik gemaakt van 'mentaliseren', een denkproces, waarbij je gebruik maakt van fantasie en inlevingsvermogen over anderen en jezelf. Je bekijkt jezelf vanaf de buitenkant en anderen bekijken jou van binnen. Je bekijkt eigen en andermans gedrag en interpreteert het in termen van intenties, zoals behoeften, gevoelens, doelstellingen, fantasieën, redenen, geloofsopvattingen, verlangens, gedachten, mispercepties of wanen. Dit helpt om vooroordelen te verminderen en ieders perspectief te respecteren. Bovendien ontwikkelt het de capaciteit van familieleden om andermans gedachten en gevoelens te herkennen.

17. Trans Youth and their families in Switzerland, Agnodice foundation psychosocial support and systemic trans youth in school transition

(^ Inhoud)

(Adele Zufferey) Vrijdag 12 april 2019 12:15

In het Franssprekende gedeelte van Zwitserland is de toegang tot transbevestigende zorg op medisch vlak nog zeer beperkt. Er zijn veel psychiatrische evaluaties van jongeren, maar zij hebben weinig behandelingen gehad. Van de transgender jongeren onder 15 jaar hebben maar 4 jongeren toegang tot pubertijdsremmers en is er geen toegang tot pubertijdsremmers in een vroeger stadium van de pubertijd. Gelukkig nemen een aantal privé endocrinologen de behandeling soms over. Vanaf 16 jaar (maar in de praktijk meestal later vanwege alle onderzoeken) is er toegang tot crosssekse hormonen. Chirurgie kan vanaf 18 jaar (met uitzonderingen voor mastectomie). Psychosociale zorg wordt geleverd door Agnodice Foundation, Le Refuge, psychologen en psychiaters in privé klinieken.

Agnodice helpt jongeren met hun coming out op school en heeft tussen 2016 en 2018 22 coming outs ondersteund. Ook is het protocol aangepast, maar nog niet in praktijk gebracht, zoals onderstaand onderzoek bevestigt.

Er is kwalitatief onderzoek gedaan onder 10 trans jongeren van 8-21 jaar en hun ouders over behoeften onder jongeren en ouders. De hoofdfactoren voor welzijn van trans jongeren waren:

- Externe factoren: toegang tot transbevestigende zorg, school veiligheid
- Relationele factoren: ouderlijke steun en peer relaties, en
- Interne factoren: identiteit naam en gender; stigma internalisering, lichaamsbeeld, zelfbegrip en coming out.



Van de 10 jongeren, kampten allen met psychische klachten van poging tot zelfdoding tot angst, of eetstoornissen. Behoeften en verwachtingen van jongeren kwamen totaal niet overeen met hun ervaringen in psychische zorginstellingen: transgender identiteit werd soms gezien als een psychische stoornis, een binair perspectief ontbreekt, in psychotherapie ontbreekt het onderwerp (Don't ask don't tell). Er is veel misverstand over trans issues en jongeren worden opzettelijk gemisgendered. Ze zijn depressiever en angstiger en hebben meer suïcidale gedachten gedurende hun ziekenhuisopname dan daarna. Familie /ouders van de trans jongeren zijn negatiever over het psychisch welzijn van hun kind dan de jongeren zelf, daar zij bang zijn voor zelfdoding. De coming out wordt ervaren als een opluchting. Familieleden hebben angst en ambivalentie rondom de transitie, wat wordt gereflecteerd door hun acceptatie van behandelingsuitstel door het vele onderzoeken en poortwachters van zorginstellingen. Ouders dragen een hoop van het proces: zij verdedigen hun kind tegen de medische wereld, de verzekeringen, de maatschappij (zie het boek van Andree-Ann Frappier: *Career as a trans child's parent*). Ouders hebben dus ook ondersteuning nodig. Jongeren hebben beter medische toegang, ondersteuning en vertrouwelijkheid nodig. Zij willen dat theoretische en klinische misstanden stoppen. Ouders hebben de behoeften om geholpen te worden door bevestigende professionals, verstrekt te worden in hun rol als ouders, meer toegang te hebben tot informatie en richtlijnen om betere behandelingen te krijgen van medische staf, en last but not least, wensen zij een meer gastvrije samenleving voor hun kinderen.

18. Workshop: Genderdysforie, voorbij de diagnose ^(^ Inhoud)

(Johanna Olson-Kennedy, Aydin Olson, Center for Transyouth Health and Development in Children's hospital, Los Angeles) Vrijdag 12 april 16.00

In het Center for Transyouth Health and Development is het aantal verwijzingen gestegen van 25 per jaar in 2010 naar 248 per jaar in 2018. Eerst werden iets meer of een gelijk aantal transgendermeiden verwezen dan transgender jongens, maar de laatste 3 jaren kwamen er meer jongens en ook een klein aantal non binaire jongeren naar het centrum. Uit een recente studie komt naar voren dat volwassen transgender mensen rond de leeftijd van 13 zich bewust werden van hun 'anders zijn', terwijl de gemiddelde leeftijd van hun coming out 27 is in de onderzochte populatie, dus hadden ze een periode van 14 jaar nodig voor hun coming in.

Voorheen was er maar één verhaal over transgender mensen, een zeldzaam verhaal, meestal van een volwassen transgender vrouw. Nu zijn er veel meer verschillende verhalen en een bewustzijn dat volwassen transgender mensen ooit trans kinderen waren. Ook al zijn er nu verhalen bijgekomen van trans kinderen, trans jongeren en non binaire transgenders, toch gaan de meeste verhalen over witte transgenders mensen, dus er is nog wel wat te doen.

Tegenwoordig komen kinderen vroeger naar gender klinieken, omdat ze hun eigen ervaring terugzien in de wereld om hen heen (in films, boeken en op tv).

Trans Jongeren en kinderen denken vaker aan zelfdoding en snijden zichzelf vaker of doden zichzelf vaker dan jongeren zonder genderdysforie.

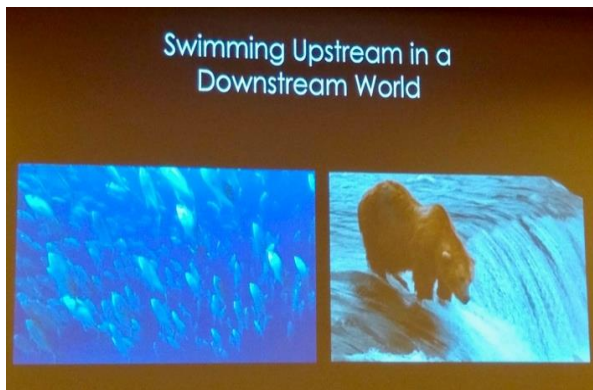


Mensen stoppen anderen automatisch in hokjes, op deze manier geven we betekenis aan de mensen en dingen om ons heen. 'Gender' is een van de eerste hokjes en een van de eerste dingen waar we naar vragen als iemand zwanger is of een kind heeft gekregen. Op deze manier bouwen we verhalen rondom een duidelijk onderscheid tussen jongens en meisjes, wat versterkt wordt door reclames, speelgoed, geweren vs. glitter en genitale/gender onthullingsfeestjes.



Aanwijzingen rondom geslachtsonderscheid zijn overal aanwezig. Tegelijkertijd kan dit onderscheid traumatisch zijn voor transgender kinderen en hun zelfvertrouwen schaden. Ze krijgen namelijk steeds de boodschap: 'hoe jij bent/doet is niet goed'. Dat gebeurt overal: thuis, op school, in de supermarkt en onder vrienden. Het is schadelijk omdat het neurale verbindingen creëert rondom deze boodschap. Een voorbeeld hiervan is de geïnternaliseerde schaamte bij een vierjarig kind dat tegen de moeder zegt -als ze bij de dokter zijn - "zeg het niet tegen de dokter" als moeder wil vertellen dat haar zoon jurken aan wil en lang haar wil hebben. Dat heeft hij niet zelf verzonnen, maar dat is hem verteld, dat je het daar niet over mag hebben, omdat het beschamend zou zijn.

De hele wereld is gericht en gecreëerd rondom cis gender ontwikkeling, het grote pad dat nooit in twijfel wordt getrokken. Voor transgender mensen is het een puzzel, omdat er eerder geen pad was. Gelukkig zijn er nu meer paden bijgekomen, volwassen trans rolmodellen, trans acteurs en actrices, die laten zien dat er een ander pad is. Mooi voorbeeld is een filmpje van een moeder van een trans meisje: www.howtobeagirlpodcast.com.



Desondanks is het nog steeds alsof transgender mensen omhoog zwemmen, tegen de stroom op, in een wereld die omlaag stroomt. Soms komen ze misschien een beer tegen die hen opeet.

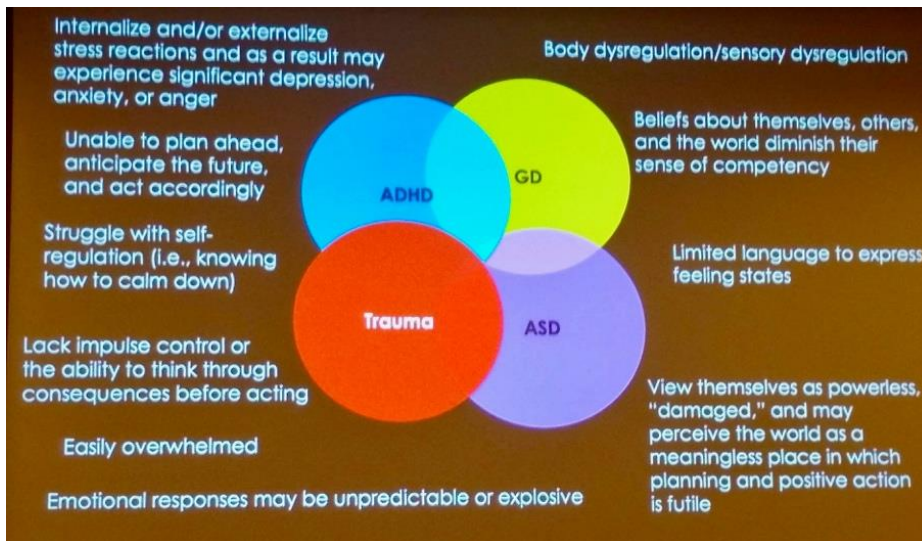
Criteria rondom definiëring van genderdysforie in de medische wereld reflecteren meer de cisgender hokjes en cisgender problemen met transdiverse mensen dan dat zij weergeven waar transgender mensen zelf tegen aan lopen. Dit is voor transgenders problematisch. Een voorbeeld is crossdresen; dit wordt door de maatschappij afgekeurd maar zou transgender kinderen goed kunnen helpen.

Sociale transitie helpt om de druk te verminderen. Op dit moment krijgen veel transgenders mensen in klinieken allerlei medicatie zoals antidepressiva of ADHD medicatie, maar deze medicijnen verlichten genderdysforie niet. We zouden kinderen meer moeten laten experimenteren met een hoed en een tasje. Grootste drogredeneringen:

- Het wordt als een probleem gezien om trans kinderen te helpen want dan zouden we trans kinderen van hen 'maken', wat gezien wordt als een probleem. Maar omgekeerd vinden we het niet erg als we van trans kinderen cis kinderen maken. Waarom is dat zo?
- De ergste uitkomst van diagnose is, dat een kind 'trans' is. Dit is gebaseerd op een cis normatief perspectief, dat aanneemt dat cis de beste manier van leven is.

Wat gebeurt er met transgender jongeren?

- Internalisering van geëxternaliseerde stress
- Trauma, steeds weer opnieuw, want we luisteren niet naar hen.
- Symptomen van ADHD, trauma, ASD (Autisme Spectrum Disorder) overlappen met genderdysforie. Wat veroorzaakt wat? is hier de grote vraag. Er wordt verondersteld dat genderdysforie los staat van deze diagnoses, maar het zou zo maar kunnen zijn dat genderdysforie leidt tot stress, leidt tot ADHD, trauma en ASD.



19. Workshop: een systemische familietherapie kliniek voor jongeren en hun families ^(^ Inhoud)

(Sarah Favier & Sarah Faithorn & Nicholas Stenning, GIDS UK) Vrijdag 12 april 17.00

Familie betekent voor iedereen wat anders en de familietherapie van GIDS is erop gericht om te praten over verschillende perspectieven van alle betrokkenen rondom coming outs en transitie. Deze therapie is geëvalueerd en onderzocht via een vragenlijst aan de deelnemers. Deelnemers werden gevraagd om resultaten van een sessie in te vullen in de wachtkamer voor het gesprek. De therapie begon dus eigenlijk daar al.

Coming out omvat eigenlijk een aantal onderhandelingen tussen de verschillende familieleden en we gebruiken een systemische benadering. De 5 Cs van onze systemische benadering zijn:

1. Context: de context omvat verschillende sociale- en machtsdynamieken, waarin gedrag wordt geconstrueerd. We geven betekenis aan bepaald gedrag in context, waarbij ouders meestal meer macht hebben dan kinderen, zorgverleners meer macht dan patiënten.
2. Circulariteit en complexiteit: het leven is een continue feedback loop, waarin we samen de werkelijkheid co-creëren en interacties hebben met elkaar om betekenissen uit te onderhandelen en begrip te krijgen.
3. Competentie en positief gericht: in plaats van pathologiseren en probleemgericht vragen stellen is men in deze therapie gericht op competenties: Waar ben je als gezin goed in, wat zijn sterke kanten?
4. Nieuwsgierigheid: geïnteresseerd zijn en vragen stellen in plaats van interpreteren.
5. Conversaties & communicatie: we zijn dialogische wezens. Identiteiten en realiteiten worden gezien als co-creaties via gesprekken en relaties. Er is niet een waarheid maar er zijn verschillende waarheden.

Van Burnham (1992) komt met sociale sub-identiteiten. Dat zijn gebieden waarop we van elkaar kunnen verschillen, zoals o.a. economische politieke en sociale klasse, etnische achtergrond, gender, seksuele oriëntatie, of leeftijd. Zijn instrument helpt ons ons bewust te maken welke aanname ik als therapeut heb over dit gezin, deze mensen en welke veronderstellingen zij wellicht over mij hebben. Waar praten we gemakkelijk over en waarover niet? Metafoor van de therapeut, die als het ware een paraplu in de regen opzet: hoe zouden homofobe en transfobe ideeën in de maatschappij (regen) mij beïnvloeden en hoe zou die de familie die ik zo ontmoet beïnvloeden?



Het gezin bepaalt wie meedoet met de gezinstherapie. Het is gericht op sterke punten van het gezin, op aanpassingsvermogen, doelen stellen en dat in een situatie waarin het gezin overweldigd wordt door moeilijkheden, verstoorde communicatie en probleemzwaarte.

GIDS werkt met het Reflecterend Teammodel van Tom Anderson uit Noorwegen (Andersen, 1987, 1992). Er zijn 4-6 sessies met een gezin, elke maand. Het Reflecterend Teammodel kent de volgende kenmerken:

- Bij het observeren van het gezin, zijn het team en het gezin gelijke deelnemers aan het proces.
- Ze sturen op “Het verschil dat het verschil maakt” van Bateson, dus ze gaan niet voor een al te grote verandering, maar ook niet een te kleine verandering.
- Het veronderstelt goede bedoelingen van iedereen.
- Team drukt zich bescheiden uit: “ik vraag me misschien af, misschien denk ik dat ik het gehoord heb”, dus neemt geen expertpositie in en heeft het niet over feiten.
- Het beeld van iedereen wordt erkend.
- Reflecterend team blijft positief.
- Gebruik van zelf en reflectiviteit met eigen zelfervaringen van team.
- Belangrijk om toestemming te hebben van alle gezinsleden die meedoen om een team te hebben wat aan de ander kant van de spiegel meeluistert.
- Team praat niet rechtstreeks met het gezin en zit apart in dezelfde kamer, gescheiden van het gezin door een tweezijdige spiegel.
- Team schenkt aandacht aan machtsverschillen. Vraagt zich af welke andere verklaringen er zouden kunnen zijn dan wat gezegd wordt.

Oefening met de Team methode

Casus van een jonge transgender persoon die graag bij haar nieuwe naam en ‘zij’ genoemd wil worden thuis: 4 familieleden, alleen het kerngezin, vader, moeder en transgender dochter Alexa en een jongere zus & 4 reflecterende teamleden aan de andere kant van de spiegel.

Eén therapeut spreekt met de verschillende familieleden en vraagt hen wat zij denken of zij denken dat anderen zullen doen of denken. Aan de andere kant van de spiegel hebben we een groep van 4 therapeuten die luisteren naar het familiegesprek en later hun observaties inbrengen in een gesprek dat ze met elkaar hebben, niet met het gezin. De familieleden kunnen luisteren naar wat ze willen.

Interessante methode als familieleden dingen horen en hen wordt gevraagd wat ze in het bijzonder van de teamobservaties onthouden hebben of wat ze van die opmerkingen vonden. Het is ook uitdagend om verschillende namen te gebruiken als therapeut in het gesprek, dus richting de trans jongere Alexa zeggen en zus/dochter, terwijl naar de anderen toe, als ze er nog niet klaar voor zijn, de oude naam/zoon. Dit heeft een normaliserend effect op de nieuwe naam/gender.

Uitdaging: soms hebben moeder en vader verschillende posities in behandelingen voor sociale transitie of genderbevestiging. Dus het gebruik van verschillende namen kan ook een muur creëren waardoor je de ouder met weerstand zou kunnen verliezen. De ouders hebben de macht en de auto, dus als de ouders niet komen, komt het kind ook niet.



20. Body dissatisfaction and internalizing problems predict health related quality of life outcomes in transgender adolescents, Hamburg

(^ Inhoud)

(Inga Becker-Hebly: i.becker@uke.de) Zaterdag 13 april 11.00

Health related Quality of Life (HrQoL) is een multidimensionale onderzoeksmethode die 5 dimensies van transgender jongerenwelzijn onderzoekt, te weten: psychologisch welzijn, lichamelijk welzijn, relatie met ouders en autonomie, relaties met peers en relaties op school. Het gaat om de perceptie van je positie in het leven in relatie tot je doelstellingen, verwachtingen, waarden en belangen (Ravens-Sieberer et al, 2014). Uit eerder onderzoek komen vier voorspellers naar voren van gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, nl. internaliseren van problemen, lichaams(on)tevredenheid, zwakke peer relaties en zorgen om gewicht en eetproblemen. In dit onderzoek doen 203 families in het baseline startonderzoek in de periode 2013-2016. Uiteindelijk doen 126 jongeren mee in de vervolgfase van het onderzoek (gemiddelde leeftijd is 15.5 jaar, 82% transjongens, 18% transmeiden met genderdysforiediagnose en een wens voor medische behandeling).

Belangrijkste resultaten zijn:

- Transgender jongeren voelden zich gemiddeld minder gelukkig, fit, gezond en tevreden met hun dagelijks leven vergeleken met andere jongeren in Europa.
- De dimensies van psychologisch welzijn (bijv. geïnternaliseerde problemen, laag zelfrespect en zelfeffectiviteit) en lichamelijk welzijn (zoals ontevredenheid over het lichaam) waren het laagst bij trans jongeren. Er is een tendens tot zich minder geaccepteerd voelen en minder gesteund door peers, naast negatieve gevoelens over school.
- Positief was dat de jongeren meestal tevreden waren over de relatie met hun ouders en hun autonomie.

Conclusie is dat psychologisch welzijn (waaronder zelfrespect en zelfeffectiviteit) onderdeel zouden moeten zijn van een transitietraject, gericht op het welzijn van de jongeren. Zelfeffectiviteit tijdens de adolescentie is nodig om veerkracht op te bouwen. Sociale en gezinsondersteuning zijn nodig zodat families, scholen en peers deze transjongeren zo goed mogelijk kunnen ondersteunen in hun proces.

21. Suicidality in adolescents diagnosed with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinical comparative analysis (^ Inhoud)

(zondag 4 november 4:30)

Er zijn veel studies gedaan naar suïcidaliteit onder jongeren met genderdysforie, waarvan er maar een paar representatief zijn. Volgens Zucker zijn de meeste onderzoeken kliniek sample studies die suïcidaliteit onder jongeren die in de kliniek komen met en zonder genderdysforie met elkaar vergelijken. Uit dit soort onderzoeken blijkt dat onder jongeren met genderdysforie alarmerend veel suïcidale gedachten en suïcidale pogingen voorkomen onder deze jongeren. Uit een algemener studie onder studenten (van Perez-Brumer et al, 2017) zien we dat 34% van de studenten met genderdysforie suïcidale gedachten heeft in de laatste 12 maanden tegenover 19% onder studenten zonder genderdysforie. Uit ander onderzoek (van Toomey et al, 2018) blijkt dat 51% van de transgender vrouwen (n= 175) en 30% van de transgender mannen (n=202) suïcidale pogingen



heeft gedaan in de laatste 12 maanden tegenover resp. 18% van de cis vrouwen (n=60973) en 10% van de cis mannen (n= 57871)

Zucker presenteert hier onderzoek (De Graaf et al, 2018), waarbij drie klinieken worden vergeleken: Toronto (n=237), Amsterdam UMC (n=250) en GIDS London (n=1578). Resultaat is dat:

- ongeveer 30% van de trans jongens, verwezen naar de verschillende klinieken, praat over zelfdoding, vergeleken met 3% van de niet verwezen meiden (n=361). % in Amsterdam ligt iets lager dan in Londen en Toronto
- Ongeveer 40% van de trans meiden in Toronto, 23% van de trans meiden in Amsterdam en 32% van de trans meiden in Londen praatten over zelfdoding. 2 of 3 % van de niet verwezen jongens praatte over zelfdoding.

Zucker betoogt dat het beter is om jongeren met genderdysforie te vergelijken met jongeren met andere psychische aandoeningen. Conclusie is volgens hem dat voorspellers van suicidaliteit zeker gelinkt zijn aan genderdysforie-specifieke parameters maar ook aan algemene risico factoren.

22. An overview of numbers and of the well-being of the Flemish youth in the paediatric gender clinic, UZ Gent ^(^ Inhoud)

(Gaia van Cauwenberg van Belgisch Vlaamse Genderkliniek: gaia.vancauwenberg@uzgent.be)
Zat 13-4 11.30

Gaia presenteert een studie naar de behoeften van genderdiverse jongeren tussen 12-24 jaar (n=36) en hun ouders (n=36), die verwijzingen kregen naar UZ Gent in de periode 2007-2016. Resultaten zijn:

- Verwijzingen en intakes van jongeren van 12-18 jaar stijgen tot 2015, waarna een lichte daling te zien is. Waarschijnlijk door een beperkte bezetting in UZ Gent kwamen er wachtlijsten en daardoor minder intakes.
- Er waren 177 intakes in de periode 2007-2016 waarvan 36% trans meiden en 64% trans jongens. Eerder kwamen meer trans meiden binnen maar rond 2012 zien de onderzoekers een kentering de andere kant op. Gemiddelde leeftijd van intake bij UZ Gent was 14,5 jaar.
- 16% van de trans jongeren stopte de behandeling, waarvan een vierde later als volwassene terugkwam in behandeling
- Ouders en jongeren rapporteren meer geïnternaliseerde problemen (bijv. angst, depressie) dan geëxternaliseerde problemen (bijv. agressie)
- Ouders rapporteren meer geëxternaliseerde problemen dan jongeren zelf
- Jongeren zelf rapporteren meer zelfpijniging en suïcidale gedachten en pogingen dan hun ouders rapporteren. Dus moet men in klinieken hierop alert blijven.

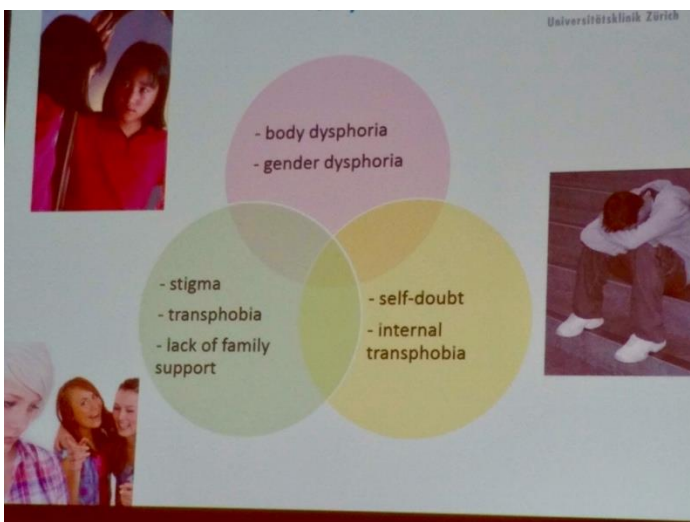
23. Gender dysphoria related to psychopathology and quality of life in Swiss transgender youth ^(^ Inhoud)

(Dagmar Pauli, Psychiatrische Universiteits kliniek Zurich) Zaterdag 13 april 11.45

Dagmar Pauli presenteert onderzoek naar genderdysforie en vergelijkt verschillende klinieken, nl. de Universiteitskliniek in Zurich (in het Duits sprekende deel van Zwitserland, UZ Gent in België, Amsterdam UMC in Nederland en GIDS in Groot Brittannië. Resultaten van deze vergelijking zijn:



- In Zwitserland, komen jongeren met een gemiddelde leeftijd van 17 jaar of later naar de kliniek dan jongeren in de andere, vergeleken landen. De meeste jongeren komen van het platteland.
- 80% van de Zwitserse jongeren leeft niet in het wensgeslacht voorafgaand aan de behandeling, terwijl dat daalt tot 40% na een jaar behandeling.
- Zwitserse jongeren lijden onder hoge aantallen geassocieerde psychopathologische aandoeningen (zoals lage zelfwaardering, depressie en angst), zeker vergeleken met vergelijkbare cijfers van jongeren uit Nederlandse, Belgische en Britse klinieken.
- Nederlandse jongeren scoren beter op geestelijke gezondheid en peer relaties, daarna komt België. Groot Brittannië en Zwitserland scoren het laagst. De beantwoorde vragenlijst onder ouders, geeft hetzelfde beeld.
- Gedurende de behandeling lijkt de geassocieerde psychopathologie van de jongeren te verminderen.
- Een vrij grote groep jongeren ervaart geen ondersteuning van school (76%), peers (34%), vader (50%) of moeder (42%).
- Familie ondersteuning kan verbeterd worden gedurende de behandeling.
- Tevredenheid over eigen leven verbetert gerelateerd aan de aanwezigheid van sociale transitie en medische behandeling (pubertijdsremmers of crossseks hormonelen).



24. Online training Jong en Transgender ^(^ Inhoud)

Eén op de 25 kinderen voelt zich niet thuis in het hokje 'jongen' of 'meisje'. Dat is er gemiddeld één per schoolklas. Lang niet al deze kinderen zijn naar buiten getreden met hun verhaal. De kans dat een professional in de jeugdgezondheidszorg een kind treft dat vragen heeft over zijn of haar genderidentiteit is dus groot.

Daarom is het belangrijk dat zij signalen op kunnen vangen die hierop wijzen. Dat is niet altijd eenvoudig. Lang niet alle professionals weten het gesprek hierover aan te gaan.

Om hen daarbij te helpen nam de gemeente Utrecht het initiatief om een online training te ontwikkelen: 'Jong en Transgender'. Hierin staan kinderen en jongeren met genderdysfore gevoelens tussen de 2 en 18 jaar centraal.

Door middel van praktijkgerichte opdrachten leren professionals hoe zij gender-vraagstukken bij kinderen en jongeren vroeg kunnen signaleren en bespreekbaar kunnen maken. Deze module gaat over kinderen in de leeftijd van 2 tot 18 jaar. De online training is tot nu toe geaccrediteerd



voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en doktersassistenten. De accreditatie voor jeugdartsen wordt in juli verwacht. Andere aanvragen lopen nog.

De training is geproduceerd door the Transketeers in samenwerking met tal van deskundigen. Ook twee van onze vrijwilligers hebben meegedacht bij de ontwikkeling van deze training. Transvisie is blij met deze training.

Beschikbaarheid training

- De training is gratis beschikbaar voor jeugdprofessionals via de <https://www.igzacademie.nl/index.php>. In anderhalf uur kunnen zij leren hoe zij op een gepaste manier om kunnen gaan met kinderen met gender-vragen en hun ouders of verzorgers.
- Deze training is voor anderen gratis beschikbaar op <https://www.movisie.nl/artikel/ontwikkelsensitiviteit-gendervragen-kinderen-jongeren>. Je moet wel eerst bij Movisie een gratis account aanmaken.

Enkele uitspraken over deze training:

- **Jeugdverpleegkundige Joanne**
“Collega’s vragen mij vaak naar ervaringen uit mijn dagelijkse praktijk. Ik kan ze nu wijzen op deze tool. Die geeft handvatten voor hoe je een kind aanspreekt, wat je kunt vragen, zeggen én doen als je een kind of ouders tegenover je hebt die vragen hebben over genderidentiteit. Op een speelse en afwisselende manier leidt de training je door casussen en praktijkvoorbeelden.”
- **Victor Everhardt, wethouder Volksgezondheid in Utrecht**
“Ik vind het belangrijk dat elk kind veilig en gezond kan opgroeien. Bijna in elke klas zit een kind dat zich niet thuis voelt in het hokje ‘jongen’ of meisje’. We moeten deze kinderen serieus nemen en naar ze luisteren. Met de online training vergroten zorgprofessionals hun kennis over het onderwerp genderidentiteit. Hierdoor zijn zij in staat te signaleren, op tijd hulp te bieden en door te verwijzen wanneer dit nodig is.
- **Pauline, ouder**
“Ons kind was erg opgelucht maar wij ook, toen we eindelijk wisten wat er aan de hand was en hij ruimte kreeg om te ontdekken en te experimenteren. Niet zozeer hoefde te kiezen. Een kind wil gewoon ‘zijn’ en denkt niet in hokjes.”