Lek #1 **Historische Literatuur**

The Dutch Leaks

Er is geen bewijs, dat is er nooit geweest

Melle Vanderwalle



Genspect

Gebaseerd op 'Tekortkomingen in het Nederlandse Genderzorgprotocol'
Een rapport dat overhandigd is aan de Gezondheidsraad in april 2026

Lek #1 **Historische Literatuur**

The Dutch Leaks

Er is geen bewijs, dat is er nooit geweest

Door Melle Vanderwalle

November 2026

Voorgestelde bronvermelding:
Vanderwalle, M. (2026, November). *The Dutch Leaks: There is no evidence, there never was.* Genspect.

The Dutch Leaks

De oorsprong van Nederlands beruchtste exportproduct

De moderne vorm van geslachtsaanpassende behandeling is uitgegroeid tot een medisch schandaal van mondiale proporties en deze vindt haar oorsprong in Nederland. In de jaren negentig ontwikkelden Nederlandse clinici een behandeling die bekend werd als het Dutch Protocol: het gebruik van puberteitsremmers, cross-seksehormonen en operaties bij jongeren met geslachtsidentitaire problematiek. De praktijk van het aanpassen van de lichamen van geslachts-non-conforme kinderen werd snel internationaal overgenomen en gepresenteerd als de gouden standaard van evidence-based zorg. Om veel wetenschappelijke en ethische redenen en recente onthullingen van diverse schandalen is het één van Nederlands beruchtste exportproducten geworden.

Genspect presenteert *The Dutch Leaks*, een serie van drie rapporten, opgesteld door een coalitie van Nederlandse ouders die samenwerken met Genspect om de oorsprong en ontwikkeling van het Dutch Protocol te onderzoeken. Gedreven door de behoefte te begrijpen hoe hun kinderen verstrikt zijn geraakt in dit medische schandaal, hebben deze ouders, naar onze overtuiging, de meest gedetailleerde analyse geproduceerd die tot nu toe is gepubliceerd over het ontstaan en de ontwikkeling van 'genderbevestigende zorg' in het land waar deze voor het eerst vorm kreeg. *The Dutch Leaks* bevat getuigenissen die nooit eerder zijn gepubliceerd, afkomstig van vooraanstaande clinici en organisaties die betrokken waren bij de popularisering van de transgenderideologie.

De serie is gebaseerd op het uitgebreide rapport *"Tekortkomingen in het Nederlandse Genderzorgprotocol"*, dat in april 2026 door één van de ouders namens een groep bezorgde ouders werd ingediend bij de Nederlandse Gezondheidsraad.

Lek #1: Historische literatuur richt zich op het vroege Nederlandse onderzoek en de klinische literatuur die aan de basis lagen van het protocol. Lek #2 en #3 worden de komende weken gepubliceerd.

De titel van deze serie behoeft enige toelichting. Er is in onze taal de uitdrukking 'zo lek als een mandje'. Het beroemde kinderboekverhaal over Hansje Brinker vertelt over een jongen die ons land redt door met zijn vinger één gat in een dijk dicht te houden en zo de zee tegen te houden totdat er hulp arriveert. De omslag van dit rapport toont een heel ander tafereel. Niet één gat, maar vele. Meer gaten dan één persoon ooit zou kunnen dichten.

The Dutch Leaks ontleent zijn naam aan dat beeld. Het Dutch Protocol, dat ooit werd gepresenteerd als een zorgvuldig opgebouwd en evidence-based zorgsysteem, blijkt vol te zitten met methodologische, ethische en klinische tekortkomingen. Wat aan de wereld werd geëxporteerd als solide medische praktijk, blijkt bij nadere beschouwing vanaf het begin vol gaten te hebben gezeten. Deze serie documenteert die gaten.



The Dutch Leaks is gebaseerd op het rapport *'Tekortkomingen in het Nederlandse Genderzorgprotocol'*, dat in april 2026 werd ingediend bij de Nederlandse Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad heeft dit rapport aangenomen, maar zonder uitleg volledig genegeerd in hun resultaat.

Lek #1 Historische Literatuur

***Lek #1: Historische literatuur* biedt een heranalyse van de vroege Nederlandse en Belgische literatuur die richtinggevend was bij de totstandkoming van het Dutch Protocol.**

Introductie

Het Dutch Protocol werd in de jaren negentig voor het eerst beschreven door endocrinologen Louis Gooren en Henriette Delemarre-van de Waal. Het protocol introduceerde de praktijk van het gebruik van puberteitsremmers, cross-seksehormonen en geslachtsaanpassende operaties bij jongeren met gendergerelateerde problematiek. Aangejaagd door het enthousiasme van Peggy Cohen-Kettenis, een clinicus bij de Utrechtse genderkliniek voor kinderen, en gretig gepromoot door activisten bij organisaties als de World Professional Association for Transgender Health (WPATH), werd wat bekend kwam te staan als 'genderbevestigende zorg' wereldwijd in hoog tempo overgenomen als het beste zorgmodel. Uiteindelijk heeft dit een van de grootste medische schandalen van onze tijd mogelijk gemaakt.

Dat schandaal is inmiddels aan het licht gebracht door talrijke systematische reviews, rapporten en onderzoeken. Deze beoordelingen hebben ernstige beperkingen vastgesteld in het bewijsmateriaal dat medische lichaamsmodificatie ondersteunt, met name wat betreft de langetermijnvoordelen en -schade. Het Dutch Protocol, gebaseerd op subjectieve aannames over onveranderlijke, niet-overeenstemmende 'genderidentiteiten' en gericht op oppervlakkige vragen over hoe geslachts-non-conforme jongeren er op volwassen leeftijd uit konden zien als iemand van het andere geslacht ('passeren'), is nooit een ethische, evidence-based interventie geweest.

Het komt regelmatig voor dat voorstanders van 'genderbevestigende zorg' op deze kritiek reageren met de bewering dat het gebrek aan bewijs wordt veroorzaakt door het feit dat dit vakgebied nog zo jong is. Advocaat Glenna Goldis ging in 2025 op deze opvatting in:

> *'Genderartsen gebruiken vaak bewoordingen die de indruk wekken dat ze binnenkort de antwoorden zullen hebben op vragen over gender. Dat de wetenschap er bijna is. En ze zeggen: "Kijk, dit is een heel nieuw onderzoeksgebied." Dat is het niet. Dit gaat allemaal terug tot het begin van de jaren zestig… De onderliggende theorieën zijn nauwelijks veranderd sinds het begin van de jaren zeventig, toen de term "genderdysforie" werd geïntroduceerd. Dus wanneer ze dat excuus gebruiken van: "O, we zijn nieuw", klopt dat niet. Dit is niet nieuw. Dit is allemaal oud. Het is niet baanbrekend.'*

De Nederlandse ouders die achter dit rapport staan, raakten bezorgd toen zij beseften hoe zwak de wetenschappelijke onderbouwing van medische transitie bij kinderen was. Hun onderzoek leidde hen terug naar het volwassenonderzoek waarop ook de behandeling voor kinderen was gebaseerd.

Dit rapport laat zien hoezeer dat inderdaad het geval is, door voor het eerst een grondige kritische analyse te presenteren van het oorspronkelijke Nederlandse onderzoek naar transseksualiteit dat voorafging aan de totstandkoming van het protocol voor de kinderen. De hier geanalyseerde teksten worden nog altijd aangehaald in beleidsdocumenten en medische richtlijnen als bewijs dat medische transitie voordelen biedt. Onze heranalyse brengt echter opvallend hoge percentages verlies aan follow-up aan het licht, ernstige psychosociale problemen, waaronder werkloosheid en relatieproblemen, aanzienlijke psychiatrische comorbiditeit, omvangrijke lichamelijke complicaties en verhoogde sterfte en suïcidaliteit onder mensen die een medische transitie ondergaan.

De risico's die verbonden zijn aan het onomkeerbaar medicaliseren van iemands subjectieve gevoel van 'genderidentiteit' waren voor iedereen zichtbaar. Hoe kon de Nederlandse benadering van de geslachtsaanpassende behandeling voor kinderen, ondanks deze vroege waarschuwingssignalen, wereldwijd geaccepteerd raken?

Dit rapport biedt geen uitputtend overzicht van de literatuur. In plaats daarvan onderzoekt het een selectie van vroege Nederlandse en Belgische publicaties om de onderzoeksbevindingen, klinische aannames en methodologische keuzes te belichten die voorafgingen aan en gepaard gingen met de ontwikkeling van het Dutch Protocol. Het beschouwt hoe gunstige conclusies over medische transitie tot stand kwamen, ondanks ernstige ongunstige uitkomsten en hiaten in de follow-up, naast ethische en klinische bezwaren.

Wat dit rapport aan het licht brengt, is dat de zwakke punten in de wetenschappelijke onderbouwing zich niet beperken tot de zorg voor kinderen, maar ook het volwassenonderzoek betreffen dat eraan voorafging. Het onderzoek heeft enkel geleund op patiënttevredenheid, terwijl onvoldoende gewicht werd toegekend aan objectieve langetermijnmetingen van positieve uitkomsten. De bevindingen in dit rapport over sterfte, psychiatrische problemen, lichamelijke complicaties, onvruchtbaarheid, seksueel functioneren, werkgelegenheid en relaties wijzen op een model van consumentgestuurde gezondheidszorg, waarin patiënttevredenheid voorrang heeft gekregen boven bewijs van blijvend voordeel.

1988 en 1991 — De evaluatie van Kuiper & Cohen-Kettenis en Kuipers follow-updissertatie

- Kuiper, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (1988). Sex reassignment surgery: A study of 141 Dutch transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17(5), 439–457. https://doi.org/10.1007/BF01542484
- Kuiper, A.J. (1991). *Transseksualiteit, Evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling* [Doctoraal dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam]. Elinkwijk.



Inleiding

In 1988 publiceerden Bram Kuiper en Peggy Cohen-Kettenis *Sex reassignment surgery: A study of 141 Dutch transsexuals*, een evaluatie van 36 vrouwelijke-naar-mannelijke en 105 mannelijke-naar-vrouwelijke volwassenen. Op basis van gestructureerde interviews en subjectieve rapportages van de deelnemers concludeerde het artikel dat er "geen reden was om te twijfelen aan het therapeutische effect van geslachtsaanpassende chirurgie", waarbij tegelijkertijd de beperkingen van de retrospectieve methodologie werden erkend. De oorspronkelijke gegevensverzameling vond plaats in 1982–1983.

Kuipers dissertatie uit 1991, *Transseksualiteit: Evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling*, onderzocht vervolgens hetzelfde cohort en verwerkte daarin de follow-up die in 1990 was uitgevoerd. Mede begeleid door Peggy Cohen-Kettenis, die later het Dutch Protocol zou ontwikkelen, was dit een van de eerste grootschalige follow-upstudies wereldwijd naar de uitkomsten van medische transitieprocedures die bij volwassenen in Nederland waren uitgevoerd. Hoewel Kuiper waarschuwde dat deze procedures "geen panacea" (geen wondermiddel) waren, concludeerde hij eveneens dat ze "therapeutisch effectief" waren. Zijn werk wordt nog altijd nationaal en internationaal aangehaald als empirische onderbouwing van de bewering dat medische transitie voordelen biedt.

De centrale onderzoeksvraag was of medische transitie de beoogde therapeutische resultaten opleverde. Kuipers werk werd geprezen om zijn multidisciplinaire benadering, waarin medische, psychologische en sociale aspecten werden geïntegreerd. Hoewel het onderzoek beweerde het belang te benadrukken van psychosociale begeleiding naast medische transitieprocedures, legde de dissertatie uiteindelijk sterk de nadruk op lichamelijke ingrepen als de kern van transgenderzorg. Kuiper maakte later deel uit van de commissie die verantwoordelijk was voor de zesde versie van de Standards of Care van de Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, gepubliceerd in 2001.[1]

Kuiper en Cohen-Kettenis (1988) erkenden de beperkingen van hun onderzoek en pleitten voor meer aandacht voor psychosociale begeleiding. In zijn dissertatie uit 1991 erkende Kuiper sporadisch dat medische transitie niet als een wondermiddel moest worden beschouwd en wees hij op de noodzaak van meer follow-upstudies. In overeenstemming met een betreurenswaardige trend die in het hele vakgebied van de genderzorg kan worden waargenomen, zijn die latere follow-upstudies nooit uitgevoerd. Het blijft onduidelijk wat er uiteindelijk van Kuipers patiëntengroep is geworden. Desondanks heeft zijn conclusie dat medische transitie "therapeutisch effectief" is, een belangrijke legitimerende rol gespeeld in latere medische, ethische en beleidsmatige discussies. Het is daarom relevant om te onderzoeken in hoeverre zijn conclusie daadwerkelijk door de gerapporteerde gegevens wordt ondersteund.

1 Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. (2001). Standards of care for gender identity disorders (6th version). Februari 2001. PDF

Heranalyse

Verhoogde sterfte
Bij heranalyse blijkt een van de meest opvallende bevindingen uit Kuipers dissertatie betrekking te hebben op de sterfte binnen het mannelijke-naar-vrouwelijke cohort. Toen in 1990 de follow-up werd uitgevoerd, waren 11 van de oorspronkelijke 105 mannelijke deelnemers overleden (10,5%). De geregistreerde doodsoorzaken waren:

- Acht sterfgevallen die als natuurlijk werden geclassificeerd, waarvan vier als gevolg van een hartinfarct.
- Eén zelfdoding.
- Eén moord.
- Eén overlijden met onbekende oorzaak.

Latere beschouwingen vermelden nog een overlijden in 1995, waarmee het totaal op 12 van de 105 mannelijke deelnemers kwam (11,4%).[2]

In 1988 hadden Kuiper en Cohen-Kettenis geconcludeerd dat er “geen reden was om te twijfelen aan het therapeutische effect van geslachtsaanpassende chirurgie”. De 11 sterfgevallen die bij de follow-up in 1990 werden vastgesteld, rechtvaardigden een herbeoordeling van die eerdere conclusie. Niettemin bleef Kuiper in zijn dissertatie uit 1991 medische transitie omschrijven als “therapeutisch effectief”.

Succes claimen terwijl onvoldoende gewicht wordt toegekend aan het overlijden van meerdere mensen uit een kwetsbare bevolkingsgroep, grenst aan ethische nalatigheid en ondermijnt zonder meer de geloofwaardigheid van het onderzoek voor wetenschappelijke en beleidsmatige doeleinden. Wanneer bij de follow-up meer dan één op de tien deelnemers uit het mannelijke-naar-vrouwelijke cohort is overleden, moet de onderzoeker expliciet onderzoeken wat deze bevinding betekent voor claims over therapeutisch voordeel. Dit vereist een nadere, zorgvuldige analyse van causaliteit, risico en proportionaliteit. Sterfte op zichzelf bewijst niet dat de behandeling de overlijdens heeft veroorzaakt, maar wanneer hieraan onvoldoende gewicht wordt toegekend, blijft de algehele beoordeling van het therapeutische voordeel ernstig betwistbaar.

Lichamelijke complicaties en psychosociale problemen
Kuiper en Cohen-Kettenis (1988) rapporteerden chirurgische complicaties naast hun positieve beoordeling van de behandeling. Kuipers dissertatie documenteerde vervolgens fistelvorming, vaginale problemen, pijn, plasproblemen, de noodzaak van herhaalde chirurgische correcties en pijn tijdens geslachtsgemeenschap. In het algemeen wordt de proportionaliteit van een medische ingreep mede bepaald door de ernst en frequentie van de complicaties, vooral wanneer de betreffende ingreep onomkeerbaar is. De ernstige complicaties die Kuiper terloops vermeldt, worden echter niet adequaat meegewogen in termen van iatrogene schade of een risico-baten-analyse en spelen geen wezenlijke rol in zijn conclusie dat medische transitie voordelen biedt.

De oorspronkelijke evaluatie en de dissertatie rapporteren daarnaast aanzienlijke psychosociale problemen:

- **Zelfmoordpogingen:** in de oorspronkelijke evaluatie meldden 16 deelnemers suïcidepogingen na aanvang van de behandeling, bestaande uit één vrouwelijke-naar-mannelijke en 15 mannelijke-naar-vrouwelijke deelnemers.
- **Werkgelegenheid:** onder de respondenten van de follow-up uit 1990 had ongeveer 60% van de mannelijke-naar-vrouwelijke deelnemers geen betaald werk.
- **Relaties en gezinsleven:** Kuiper en Cohen-Kettenis (1988) rapporteerden eenzaamheid en problemen op het gebied van relaties en het gezinsleven.

Deze bevindingen staan op gespannen voet met de positieve conclusies die in beide publicaties werden getrokken.

Kuiper erkent soms het belang van sociale factoren, bijvoorbeeld homofobie in bepaalde samenlevingen of culturele druk, maar deze inzichten zijn bijkomstig en worden nergens systematisch uitgewerkt.

2 Van der Toorn, N. (22 Februari 1992). ‘Transseksualiteit: een niet gezochte keuze’. *Trouw*, p. 13. https://www.delpher.nl/nl/kranten/view?query=Transseksualiteit:+een+niet+gezochte+keuze&coll=ddd&sortfield=date&identifier=ABCDDD:010826326:mpeg21:a0681&resultsidentifier=ABCDDD:0-10826326:mpeg21:a0681&rowid=1
‘Nicole van der Toorn’, *Stamboom Van Deventer*, Genealogie Online, https://www.genealogieonline.nl/stamboom-van-deventer/I2742.php

Non-respons bij opvolgingsonderzoek
Er was ook sprake van een aanzienlijke non-respons bij opvolgingsonderzoek:

- **69 van de oorspronkelijke 141 deelnemers stuurden in 1990 de vragenlijsten terug (48,9%)**, bestaande uit 25 vrouwelijke-naar-mannelijke en 44 mannelijke-naar-vrouwelijke respondenten.
- **De overige, hoofdzakelijk mannelijke, 72 deelnemers (51,1%) leverden geen antwoorden op de vragenlijsten**, onder wie de 11 bekende overledenen.

Het is aannemelijk dat mensen met negatieve uitkomsten oververtegenwoordigd waren onder de non-respondenten, maar de richting en omvang van een eventuele vertekening kunnen niet uitsluitend op basis van het responspercentage worden vastgesteld. Kuiper (1991) geeft geen toereikende analyse van de implicaties van dit non-responspercentage van 51,1%.

Statistische en conceptuele inconsistenties
Het niet correct categoriseren van non-respondenten is een van de verschillende inconsistenties in de manier waarop Kuiper statistische gegevens presenteert. Andere voorbeelden zijn onduidelijke noemers en opnieuw berekende percentages die de onderliggende aantallen feitelijk verhullen. Dit bemoeilijkt onafhankelijke verificatie, ondermijnt de transparantie van de analyse en wekt de indruk dat de resultaten positiever zijn gepresenteerd dan de onderliggende gegevens rechtvaardigen.
De duidelijkheid en reproduceerbaarheid worden verder aangetast door de conceptuele vaagheid waarmee de dissertatie de begrippen sekse, gender en identiteit hanteert. Een addendum aan de engelstalige lezers van de vertaler die het boek voor Genspect in het engels vertaalde, benadrukken, haalt Kuiper sekse en gender herhaaldelijk door elkaar. Soms lijkt ‘gender’ te verwijzen naar biologische sekse, dan weer naar de sociale rol, en elders naar het subjectieve gevoel van genderidentiteit van het individu. Voor beleid dat afhankelijk is van het vaststellen van medische indicaties voor behandeling, vormt dit een fundamenteel probleem.

Vertrouwen op patiënttevredenheid
Gezien deze ongunstige uitkomsten en inconsistenties rijst de vraag hoe Kuiper en Cohen-Kettenis op basis van de oorspronkelijke evaluatie tot hun positieve conclusie kwamen, en waarom Kuiper na de follow-up van 1990 een positieve beoordeling bleef handhaven. Het antwoord ligt gedeeltelijk in het gewicht dat aan zelfrapportage door patiënten werd toegekend. Het artikel uit 1988 erkende expliciet dat de evaluatie berustte op subjectieve rapportages. Ook in de dissertatie wegen subjectieve tevredenheid en de zelfgerapporteerde vermindering van genderdysforie zwaarder mee bij de beoordeling van therapeutisch succes dan functionele of sociaaleconomische uitkomsten.
Andere uitkomsten worden wel gerapporteerd, maar krijgen onvoldoende gewicht in de uiteindelijke beoordeling van de behandelresultaten als geheel. Er wordt geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat cognitieve dissonantie de rapportages kan beïnvloeden van patiënten die al onomkeerbare medische ingrepen hebben ondergaan. Dit is een mogelijke bron van vertekening, geen bewijs dat hun rapportages noodzakelijkerwijs onbetrouwbaar zijn. Vanuit het perspectief van evidence-based beleid draait de centrale vraag om de definitie van werkzaamheid: als ernstige psychosociale disfunctie geen aanleiding geeft om de claim van effectiviteit opnieuw te beoordelen, ontstaat er een discrepantie tussen de gerapporteerde problemen en de algemene conclusie.

Confirmationbias
Een andere mogelijke verklaring voor de tegenstrijdigheid in Kuipers conclusies ligt in zijn houding tegenover critici van medische transitie. In de interpretatieve passages van de dissertatie worden deze critici neergezet als emotioneel, religieus of irrationeel. Deze retorische positionering marginaliseert legitieme wetenschappelijke en ethische bezwaren en staat in schril contrast met de ongunstige uitkomsten die in zijn eigen onderzoek zijn gedocumenteerd. Deze discrepantie roept vragen op over bevestigingsbias en de invloed van de klinische overtuigingen van onderzoekers op hun interpretatie van onderzoeksbevindingen. Om de omvang van die invloed vast te stellen, moet worden onderzocht hoe positieve en ongunstige bevindingen tegen elkaar zijn afgewogen, in plaats van uitsluitend op basis van de institutionele banden van de onderzoekers van vooringenomenheid uit te gaan.

Conclusie

Wanneer studies met de hierboven beschreven uitkomsten en beperkingen systematisch worden aangehaald ter ondersteuning van claims over therapeutisch voordeel, ontstaat er spanning met de zorgvuldigheidsnormen die voor gezondheidsbeleid gelden. Evidence-based beleid vereist niet alleen verwijzingen naar historische autoriteit, maar ook een transparante en volledige afweging van voordelen, risico's en onzekerheden.

Non-respons bij follow-up moet volledig worden gedocumenteerd en geanalyseerd aan de hand van sensitiviteitsanalyses. Onafhankelijke beoordelingen, gestandaardiseerde psychiatrische interviews en sociaaleconomische indicatoren moeten de subjectieve rapportages aanvullen. Onderzoekers moeten een strikt onderscheid maken tussen sekse, gender, identiteit en rol om begripsverwarring in zowel de wetenschap als de klinische praktijk te voorkomen. Wetenschappers moeten mogelijke belangenconflicten erkennen, vooral wanneer auteurs tegelijkertijd onderzoekers zijn en werkzaam zijn als behandelaars in de klinieken die zij evalueren.

Ten slotte, en bovenal, mogen hoge sterftecijfers en ernstige psychosociale schade niet worden behandeld als secundaire of bijkomstige uitkomsten wanneer ze een aanzienlijk deel van de onderzochte populatie betreffen. Het handhaven van een positieve beoordeling van de therapeutische effectiviteit in de dissertatie uit 1991, zonder voldoende rekening te houden met de gedocumenteerde sterfte, roept ernstige wetenschappelijke en ethische vragen op.

De voorzichtigere formulering 'therapeutisch effectief, maar geen panacea (wondermiddel)' komt weliswaar iets dichter bij de werkelijkheid, maar stelt nog steeds dat de behandeling effectief is zonder voldoende rekening te houden met de ernst van de gedocumenteerde schade. De sterfte van meer dan 10% van het mannelijke-naar-vrouwelijke cohort, in combinatie met hoge percentages complicaties, werkloosheid, ontwrichting van gezinnen en suïcidepogingen, zou niet tot bevestiging moeten leiden, maar tot een dringende herbeoordeling van het gehele behandelmodel. Het nalaten daarvan kan leiden tot onevenredige beleidsconclusies en onvoldoende bescherming van kwetsbare patiënten, en heeft dat in het verleden ook gedaan.

Kuipers dissertatie fungeert daarmee minder als bewijs voor de effectiviteit van geslachtsveranderende behandelingen dan als een waarschuwing voor de manier waarop wetenschappelijke gedrevenheid, institutionele loyaliteit en begripsmatige vaagheid de meest verwoestende feiten kunnen verhullen, waaronder het overlijden van patiënten die aan de zorg waren toevertrouwd.



Genderteam, van links naar rechts: Freek Bouman, Jos Megens, Louis Gooren en Bram Kuiper
1990, fotograaf onbekend, uit het IHLIA archief en https://withpride.ihlia.nl/story/transgenderkliniek-vu/

1995 — Griet De Cuypere's dissertation and De Cuypere, Jannes and Rubens's study

- De Cuypere, G. (1995). *Transseksualiteit: Psychiatrische aspecten in het kader van de geslachtsaanpassende behandeling* [Doctoraal dissertatie, Universiteit Gent].
- De Cuypere, G., Jannes, C., & Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 91(3), 180–184. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09763.x



Introductie

Transseksualiteit, Psychiatrische aspecten in het kader van de geslachtsaanpassende behandeling werd in 1995 gepubliceerd door Griet De Cuypere.

De Cuypere was hoofd van de genderkliniek in Gent, België, en werd later medeoprichter van de European Professional Association for Transgender Health (EPATH). Vervolgens vertegenwoordigde zij EPATH in het bestuur van WPATH en was zij medeauteur van de WPATH Standards of Care Version 7 en 8.

Dit gedeelte onderzoekt haar dissertatie naast *Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium*, dat zij datzelfde jaar publiceerde samen met C. Jannes en R. Rubens. Samen roepen deze publicaties vragen op over differentiaaldiagnostiek, psychiatrische kwetsbaarheid, de grenzen van patiëntautonomie en de verantwoordelijkheden van clinici die onomkeerbare medische ingrepen uitvoeren.

De dissertatie van De Cuypere is voor hedendaagse lezers vooral opmerkelijk vanwege de vroege identificatie van kritieke klinische dilemma's binnen de genderbevestigende zorg, dilemma's die ook vandaag nog relevant zijn. De Cuypere benoemt vraagstukken rond de grenzen van patiëntautonomie, de ethiek van medisch consumentisme en de uitdagingen van differentiaaldiagnostiek.

Cruciaal is dat zij problemen bespreekt met wat bekendstaat als heteroanamnese: het verkrijgen van informatie over de voorgeschiedenis en symptomen van een patiënt via derden, doorgaans familieleden of vrienden, verzorgers of zorgverleners. Deze aanvullende anamnese wordt verzameld uit secundaire bronnen wanneer een patiënt niet in staat is een nauwkeurig, volledig of betrouwbaar beeld te geven van de eigen gezondheid.

Lezers die bekend zijn met de hedendaagse debatten over medische transitie zullen onmiddellijk het belang hiervan herkennen: veel mensen met gendergerelateerde problematiek, in het bijzonder leden van de groep met rapid-onset genderdysforie (ROGD), rapporteren zelf levenslange ervaringen van gendernon-conformiteit die vaak niet overeenkomen met de waarnemingen van hun familie en vrienden.

Zoals zal blijken, benadrukt De Cuypere diagnostische voorzichtigheid, het handhaven van ethische grenzen rond patiëntautonomie en de noodzaak van heteroanamnese om zelfrapportages van patiënten te verifiëren. Maar net als Kuiper vóór haar verwerkt zij deze observaties niet in haar conclusies over de effectiviteit van medische transitie. De dilemma's die zij beschrijft, worden niet vertaald naar een aanbeveling voor voorzichtigere zorgstandaarden. Hierdoor ontstaat een interne spanning die relevant is voor zowel recht als beleid.

In plaats daarvan zal dit rapport aantonen dat de tendens onder Nederlandse en Belgische clinici in deze periode steeds in de richting van grotere toegeeflijkheid gaat: differentiaaldiagnostiek wordt steeds minder grondig, objectieve uitkomstmaten worden in toenemende mate vervangen door subjectieve zelfrapportage en de onbewezen bewering dat medische transitie een effectieve behandeling is, raakt steeds dieper verankerd in het klinische denken als een onbetwistbaar feit.

Heranalyse

Differentiaaldiagnostiek

Het eerste deel van De Cuypere's dissertatie presenteert een breed scala aan mogelijke verklaringen voor gendergerelateerde problematiek. Op het eerste gezicht lijkt dit een verklarend hoofdstuk, waarin het bestaan van transseksualiteit wordt vastgesteld, terwijl tegelijkertijd onzekerheid over de aard en oorsprong ervan wordt erkend. Bij nadere lezing blijkt het echter voornamelijk te bestaan uit hypothesen waarvoor geen sluitend bewijs wordt aangedragen. Gedragskenmerken, zoals 'zittend urineren' bij mannelijke-naar-vrouwelijke patiënten, worden gepresenteerd zonder dat hun diagnostische validiteit wordt vastgesteld. Dit roept vragen op over de betrouwbaarheid en de professionele standaarden.

Niettemin geeft De Cuypere een uitgebreide lijst van differentiaaldiagnoses. Zij presenteert deze niet als haar eigen classificatie, maar schrijft deze expliciet toe aan Brown (1990). Gebruikmakend van de historische terminologie zoals die in haar dissertatie is overgenomen, omvat de lijst:

- Primaire en secundaire transseksualiteit.
- Travestie met depressie of regressie.
- Schizofrenie met genderidentiteitsproblemen.
- Geëffemineerde homoseksuele mannen met aanpassingsstoornissen.
- 'Homofobe' homoseksualiteit.
- Borderlinepersoonlijkheidsstoornis met ernstige genderidentiteitsproblemen.
- Dysmorfofobie, een historische term die verband houdt met wat tegenwoordig een morfodysfore stoornis (body dysmorphic disorder) wordt genoemd.
- Genderidentiteitsstoornis, niet-transseksueel type.
- Atypische genderidentiteitsstoornis.
- Ambigue aanpassing aan de genderidentiteit.
- Simulatie.

Het belang van deze lijst ligt in de erkenning dat ogenschijnlijk vergelijkbare verzoeken om medische transitie kunnen voortkomen uit uiteenlopende klinische omstandigheden. Het verzoek op zichzelf stelt de diagnose niet vast en vormt evenmin bewijs dat medisch ingrijpen gerechtvaardigd is.

Psychiatrische kwetsbaarheid bij aanvang van de behandeling

Bevinding	Man-naar-vrouw, n = 22	Vrouw-naar-man, n = 13
Eerdere psychiatrische behandeling	10/22; **45%**	5/13; **38%**
Eerder alcohol- en/of drugsmisbruik	11/22; **50%**	8/13; **62%**
Ten minste één eerdere suïcidepoging	12/22; **55%**	6/13; **46%**
Diagnose persoonlijkheidsstoornis	16/22; **73%**[3]	3/13; **23%**

De persoonlijkheidsstoornissen die bij de man-naar-vrouw-patiënten werden vastgesteld, betroffen voornamelijk borderlineproblematiek. Bij de vrouw-naar-man-patiënten bestonden de drie diagnoses uit twee diagnoses van een passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis en één diagnose van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Het verschil in diagnoses van persoonlijkheidsstoornissen tussen de MtF- en FtM-groepen was statistisch significant ($p < .05$).

Deze cijfers wijzen op een aanzienlijke psychiatrische kwetsbaarheid bij aanvang van de behandeling, waaronder een voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling, middelenmisbruik en suïcidepogingen. Ongeveer de helft van beide groepen had eerder een suïcidepoging gedaan; een voorgeschiedenis van middelenmisbruik werd gemeld bij 50% van de man-naar-vrouw-patiënten en 62% van de vrouw-naar-man-patiënten. Bij bijna driekwart van de man-naar-vrouw-groep was een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld.

Deze kwetsbaarheid legde een bijzondere verantwoordelijkheid bij de behandelaars om zorgvuldig differentiaaldiagnostisch onderzoek te verrichten, vast te stellen wat bij iedere patiënt aan de basis lag van het psychische lijden, te beoordelen of onomkeerbaar ingrijpen gerechtvaardigd was en doorlopende psychiatrische zorg te bieden.

3 De Cuypere reports 70.3% (p. 52), but this appears to be a calculation error; 16 out of 22 patients equals 72.7%, rounded here to 73%.

Alternatieve verklaringen en mogelijk voorbijgaand psychisch lijden
De Cuypere erkent duidelijk dat het verzoek om een medische transitie te ondergaan door uiteenlopende motieven kan worden ingegeven. Haar uitwerking van verschillende mogelijke etiologieën staat in contrast met het standpunt dat de meeste genderbehandelaars tegenwoordig innemen. Het is inmiddels standaardpraktijk geworden om gendergerelateerd psychisch lijden uitsluitend toe te schrijven aan een aangeboren discrepantie tussen het innerlijke en subjectieve gevoel van 'genderidentiteit' van de patiënt en diens geslacht.

Etiologieën die uitgaan van een complexer causaal beeld, waarin transgendergedachten mogelijk worden beïnvloed door comorbide psychische aandoeningen, geïnternaliseerde homofobie of sociale en culturele factoren, worden vaak krachtig afgewezen of zelfs veroordeeld als 'transfoob'. Dit vormt de kern van de 'diagnostic overshadowing' die in de Cass Review wordt geïdentificeerd.

Ook in tegenstelling tot haar hedendaagse collega's erkent De Cuypere dat bepaalde uitingsvormen van gendergerelateerd psychisch lijden mogelijk van voorbijgaande aard zijn.
Bijvoorbeeld op pagina 91:

> Zowel bij transvestieten als bij homoseksuelen heeft het verlangen naar een geslachtsverandering de kwaliteit van een magische ontsnapping aan een specifieke levenscrisis, waarbij er een tijdelijke sterke ontevredenheid is met de toegekende genderrol. Als de crisis voorbijgaat, vervaagt ook dit verlangen (Newman 1974).

Deze erkenning van het mogelijk voorbijgaande karakter gaat gepaard met de parallelle erkenning dat niet alle vormen van gendergerelateerd psychisch lijden een indicatie vormen voor een medische transitie. Zo merkt De Cuypere op pagina 94 op:

> Zo wordt een psychotische decompensatie, een depressie of een addictieprobleem onderkend als een aanduiding van twijfel of van een gebrek aan mogelijkheden om met de transformatie door te gaan. Dit leidt tot stopzetting van de behandeling.

Evenzo stelt zij dat travestie (in de DSM-III-R geclassificeerd als een seksuele stoornis) zonder meer moet worden beschouwd als een differentiaaldiagnose die een medische transitie uitsluit. Hoewel travestieten naast seksuele opwinding door crossdressing ook gevoelens van genderdysforie kunnen ervaren, beschouwt De Cuypere hun verlangen naar identificatie met het andere geslacht als tijdelijk en daarmee als een contra-indicatie voor geslachtsveranderende chirurgie.
Hoewel De Cuypere duidelijk het belang erkent van differentiaaldiagnostiek bij het bepalen wie een geschikte kandidaat is voor een medische transitie, maakt de tekst niet duidelijk hoe deze observaties zijn vertaald naar gestructureerde verificatiemechanismen voor gebruik in de klinische praktijk. De tekst benoemt omstandigheden waarin de behandeling moet worden beëindigd, maar maakt niet duidelijk hoe deze beoordelingen zijn vertaald naar gestructureerde monitoring en consequent toegepaste beslissingscriteria. Daarnaast gaat De Cuypere uit van het objectieve bestaan van de 'ware transseksueel': een persoon met een aangeboren, niet-overeenstemmende 'genderidentiteit' die zonder twijfel baat zal hebben bij een medische transitie. Deze hypothese is echter nooit bewezen.

Zelfrapportage patiënt en heteroanamnese
In het tweede deel van haar tekst beschrijft De Cuypere het diagnostische traject stap voor stap. Ze legt uit dat haar kliniek de vragenlijst van Verschoor en Poortinga gebruikt om patiënten met gendergerelateerd psychisch lijden te beoordelen. Deze vragenlijst wordt omschreven als "een zeer uitgebreid en gestructureerd interview, gebaseerd op de biografische vragenlijst voor transseksuelen en travestieten". De Cuypere is zich echter bewust van de mogelijkheid dat zelfrapportage door patiënten onnauwkeurig is.
Op pagina 35 schrijft zij:

> Wat de diagnosestelling nog moeilijker maakt is dat, ten einde gemakkelijk een positief advies te krijgen voor SRS van de psychologen–psychiaters de proband (meestal de heterosexuele transseksueel) inderdaad een vertekening geeft van de gegevens omtrent ontstaandata van genderdysforie, omkleding, seksuele aantrekking enz... met de bedoeling de anamnese en kenmerken te benaderen van de "klassieke" transseksueel (Blanchard et al. 1985).

En op pagina 92 merkt De Cuypere op:

> Sommige van de personen die zich aanmelden op de consultatie van de genderidentiteitskliniek kennen de cruciale anamnestische gegevens van een transseksuele levensgeschiedenis en kunnen die tijdens de initiële gesprekken dan ook goed vertolken. Daarom zijn bepaalde centra van mening dat de gegevens op hun juistheid moeten nagekeken worden door hetero-anamnese van familie, vrienden en kennissen, evenals gegevens van contacten met de hulpverlening (Brown, 1989). Daarenboven kunnen in het interview interne controles ingebouwd worden door bv. anamnestische data meer dan eens en op verschillende wijzen te bevragen (Brown, 1989).

Dit wijst op een expliciete erkenning van het risico van onbetrouwbare zelfrapportage en positioneert verificatie door derden als een ogenschijnlijk essentieel onderdeel van het diagnostische proces.

Impact op familieleden

Het raadplegen van leden uit de sociale omgeving van de patiënt wordt door De Cuypere ook aangemerkt als noodzakelijk om de rechten en belangen van anderen te beschermen, met name in het geval van gehuwde patienten met kinderen (p. 36, 37):

> Autonomie van de patiënt is gebaseerd op het vrijheidsideaal van elk mens. Deze vrijheid is echter beperkt door de begrenzing van de vrijheid van de andere mens. Gebaseerd op deze stelling moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen ongehuwde transseksuelen en transseksuelen die gehuwd zijn en kinderen hebben. Bij ongehuwde transseksuelen stelt SRS therapie geen aanvullende vragen. Bij de gehuwden met of zonder kinderen zal SRS therapie een duidelijke aantasting van het leven van de andere leden van het gezin kunnen veroorzaken. Het ligt dan ook voor de hand dat hier een sociale interventie moet gebeuren. De omgeving moet betrokken worden bij de vraag tot en de behandeling van de transseksueel. Gezien kinderen de meest kwetsbare partners in deze setting blijven, zal een juridische dekking de voorkeur genieten (scheiding, toezicht op de toewijzing van de kinderen). De psychologische ondersteuning van de omgeving zal moeten worden toevertrouwd aan de psychiater/psycholoog. Het is echter de transseksueel die de omgeving in kontakt met de hulpverlener moet brengen.

In dergelijke gevallen acht zij sociale interventie noodzakelijk en pleit zij voor betrokkenheid van de sociale omgeving, met inbegrip van juridische maatregelen zoals echtscheiding of toezicht op de omgangsregelingen. Uit latere hoofdstukken blijkt dat dergelijke interventies vaak gezinnen aan het licht brengen die door de keuzes van de patiënt die zich als transgender identificeert in een crisis zijn beland.
Zo stelt De Cuypere op pagina 86:

> een zekere koelheid, zodra de patiënt geopereerd was. 15% (allen M-V transseksuelen) hadden geen contact meer met de familie ; precies omwille van hun genderproblematiek waren zij door hun familie in de steek gelaten. De operatie veranderde nauwelijks wat aan die houding. 20% van onze transseksuelen werd heel weinig bijgestaan door hun familie, zowel voor als na de operatie (tabel 13).

Dergelijke conflicten worden tegenwoordig door velen beschouwd als iatrogene schade: schade die direct of indirect wordt veroorzaakt door de medische interventie zelf. De Cuypere lijkt dit echter niet expliciet te erkennen. Een andere publicatie uit deze periode, *Hij, anders zij*, die in 1992 werd uitgegeven door Riekje van Leeuwen, Irma Dakman en Germaine Nijsten, vertelde voor het eerst de verhalen van de echtgenotes en kinderen van Nederlandse transseksuelen. Daarmee werd duidelijk welke nadelige gevolgen een medische transitie kan hebben voor het bredere sociale netwerk van de transseksuele persoon.



In interviews worden structurele spanningspunten beschreven, zoals de marginalisering van partners tijdens behandeltrajecten, waarbij soms sprake was van manipulatieve praktijken (zoals gaslighting in de door De Vaal beschreven gevallen), gevallen van psychiatrische comorbiditeit en persoonlijkheidsstoornissen, en uitkomsten die vaak werden gekenmerkt door eenzaamheid en een beperkte verbetering van de kwaliteit van leven.

Medisch consumentisme

Een ander kritisch ethisch vraagstuk dat in de tekst van De Cuypere aan de orde komt, is de kwestie van medisch consumentisme. Op pagina 31 stelt De Cuypere dat transseksuele personen de keuze van de behandeling niet aan de arts overlaten, maar zelf actief een lichamelijke transformatie eisen. Volgens haar ontbreekt daardoor de noodzakelijke motivatie voor psychotherapeutische behandeling die gericht is op het verminderen van genderdysforie, omdat de patiënt en de therapeut verschillende therapeutische doelen nastreven:

> de transseksuele mens laat de keuze van de behandeling niet over aan de arts maar eist zelf een lichamelijke transformatie. Meteen kan een punt gezet worden achter elke psychotherapeutische behandeling (die de genderdysforie wenst om te buigen) aangezien de motivatie voor een gespreksbehandeling, een must voor deze vorm van therapie, totaal ontbreekt. Patiënt en behandelaar hebben duidelijk verschillende therapiedoelen voor ogen.

De Cuypere plaatst dit verschijnsel expliciet binnen het kader van ‘medisch consumentisme’, waarbij de zorg verschuift van klinisch geïndiceerde behandeling naar vraaggestuurde dienstverlening. Medisch consumentisme kan leiden tot overbehandeling wanneer personen die zich als transgender identificeren systematisch psychotherapie afwijzen en directe somatische interventies eisen, zoals hormonen of chirurgie. Via ‘doctor shopping’ en het model van informed consent omzeilen patiënten de klinische poortwachters, vaak gedreven door ideologische druk of marktprikkels binnen particuliere klinieken. De Cuypere wijst deze benadering op pagina 36 expliciet af en benadrukt daarbij dat de professionele verantwoordelijkheid zwaarder weegt dan interventies die uitsluitend door de vraag worden gestuurd:

> Medisch handelen kan nooit zuiver technisch en op aanvraag verricht worden. De medicus is geen ingenieur van het lichaam maar een "zorgenverstrekker" die een technisch kunnen beheerst. Hierbij kan verwezen worden naar de stellingname zowel door de American Medical Association als de Engelse artsen in verband met het absolute verbod op de technische deelname van artsen aan gerechtelijke terechtstellingen. Er is een duidelijke consensus dat, op het einde van de twintigste eeuw, een arts niet kan deelnemen aan deze praktijken (Truog en Brenan 1993).

Deze passage benadrukt dat medische interventies niet uitsluitend op grond van een verzoek mogen worden aangeboden, maar professioneel oordeel, proportionaliteit en ethische afweging vereisen. De arts behoudt een actieve zorgplicht, en de commercialisering van behandelingen wordt erkend als een bron van juridische en ethische risico’s, met name wanneer het welzijn van de patiënt ondergeschikt raakt aan marktprikkels.

Op pagina 37 benadrukt De Cuypere de vereisten waaraan behandelresultaten moeten voldoen en de beperkingen van medisch consumentisme:

> een keuze voor SRS behandeling bij een transseksueel zal zorgen voor een reïntegratie in de maatschappij, met zeker nadien een toegenomen kwaliteit van leven.
>
> Samenvattend zij wij van oordeel dat de transseksueel die detransseksualisatie verlangt volgens ons een patiënt is en geen klant en dat deze persoon zoals anderen kan beroep doen op de intermenselijke solidariteit om zijn algemeen welzijn (= gezondheid) te bevorderen.

Deze uitspraak stelt een theoretische zorgstandaard vast: interventies zijn ethisch en juridisch alleen gerechtvaardigd wanneer zij aantoonbaar de kwaliteit van leven verbeteren. Artsen zijn verplicht de proportionaliteit te beoordelen, de risico’s en voordelen tegen elkaar af te wegen en de verwachte uitkomsten te documenteren, in overeenstemming met de beginselen van informed consent en professionele verantwoordingsplicht. Het onderscheid tussen patiënten en klanten onderstreept dat het medisch oordeel niet volledig ondergeschikt mag worden gemaakt aan de voorkeur van de patiënt, zonder rekening te houden met de klinische geschiktheid, de veiligheid en de juridische verantwoordelijkheid.

Conclusie

De noodzaak van heteroanamnese, de noodzaak om rekening te houden met de gevolgen van een medische transitie voor het gezin van de patiënt, en het belang voor behandelaars om tijdens het diagnostische proces een kritische rol te behouden in plaats van een louter commerciële rol aan te nemen, worden door De Cuypere allemaal gepresenteerd als elementen die de zorgplicht ondersteunen en iatrogene risico's beperken. Het is echter allerminst duidelijk in welke mate deze overwegingen daadwerkelijk van invloed waren op de uiteindelijke diagnostische beslissingen. De Cuypere benadrukt het theoretische belang ervan, zonder ze in de praktijk te operationaliseren.

Zo vermeldt pagina 96 bijvoorbeeld 'redenen om behandeling te weigeren'. De genoemde redenen zijn onder meer: 'travestie, lesbische problematiek, te jong, psychiatrische problemen'. Heteroanamnese die de zelfrapportage van de patiënt tegenspreekt, of nadelige gevolgen voor diens sociale omgeving, worden niet expliciet genoemd als redenen om behandeling te weigeren. Deze omissie roept vragen op over het daadwerkelijke gewicht dat aan verificatie door derden werd toegekend, en over de vraag of de door De Cuypere uiteengezette overwegingen ooit daadwerkelijk werden toegepast als inhoudelijke controlemiddelen, of slechts als formele procedurele vereisten.

In persoonlijke e-mailcorrespondentie met De Cuypere heeft de auteur van dit rapport nadere informatie ingewonnen over de manier waarop haar observaties in de praktijk werden opgenomen in het diagnostische traject. Haar antwoord onderstreept de tendens onder genderbehandelaars in die tijd om steeds toegeeflijker te worden, en de toenemende afhankelijkheid van niet-geverifieerde zelfrapportage door patiënten, ten koste van objectieve diagnostische procedures:

> Nog niemand heeft mij daar ooit een vraag over gesteld!!! Wel bijzonder dat u meer informatie wenst hierover. Nu natuurlijk is die publicatie reeds 30 jaar geleden.....sindsdien is er wel veel veranderd! In het begin van onze werking (UZ Gent) waren we zeer voorzichtig ivm onomkeerbare behandelingen, omdat we schrik hadden voor spijtoptanten. Het team wou een onberispelijke reputatie. Naarmate we meer ervaring hadden, en dat er ook veel meer inspraak van de "patiënten" werd toegelaten, werden we veel soepeler.

De volgende e-mailwisseling met Bram Kuiper, een behandelaar bij de Amsterdamse genderkliniek in de jaren tachtig en negentig, bevestigt eveneens dat 'flexibiliteit' in die periode snel de norm werd:

> In de tijd dat ik de data verzamelde voor het proefschrift en later in de periode dat ik bij het genderteam werkzaam was (1987-2000) werd er bij volwassenen geen standaard hetero anamnese afgenomen. Bij de kinderen en adolescenten (in het UMCU) was dat wel het geval. Incidenteel werden door ons met naasten (m.n. partners of ouders) gesproken, niet uit diagnostisch of waarheidsvinding oogpunt, maar meer om te bespreken of en hoe een real-life-test fase periode het beste kon worden doorlopen. Voor ons was het verhaal van de cliënt altijd leidend. En ik denk dat we zo'n enorm ervaren team hadden en intensief intern overleg voerden dat we behoorlijk goed konden bepalen wanneer een verhaal niet authentiek, bij elkaar verzonnen o.i.d. was.

Zoals de gegevens aantonen, gaat het hier om een uiterst kwetsbaar klinisch cohort. De voorzichtigheid die De Cuypere in haar boek uit 1995 benadrukte, lijkt grotendeels theoretisch te zijn gebleven en al snel plaats te hebben gemaakt voor de overtuiging dat de zelfrapportage van de patiënt en de klinische 'ervaring' alles waren wat nodig was om genderdysforie vast te stellen en een medische transitie aan te bevelen.

Levensveranderende medische ingrepen werden uiteindelijk uitgevoerd op basis van de niet-gedocumenteerde intuïties van genderbehandelaars, die blijkbaar zonder gestructureerde diagnostische instrumenten werkten, met minimale aandacht voor de bredere sociale omgeving van de patiënt en met weinig oog voor de uitholling van het ethische klinische oordeel door een model van vraaggestuurde consumentengeneeskunde. Het model van zorg op basis van 'uitsluitend informed consent', dat tegenwoordig wordt uitgedragen door organisaties als WPATH, was het logische eindpunt van deze versoepeling en de-professionalisering van de genderzorg in de jaren negentig.

1997 — De Introductie van de Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS)

- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271. https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017.

- McGuire, J. K., et al. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale–Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 194–208. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460.

De Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS) is een zelfrapportagevragenlijst die is ontworpen om genderdysforie bij adolescenten en volwassenen te meten. De schaal conceptualiseert genderdysforie als de mate van ontevredenheid of stress die iemand ervaart als gevolg van de incongruentie tussen diens 'genderidentiteit' en diens biologische geslacht.

Voorafgaand aan de officiële publicatie van de UGDS door Peggy Cohen-Kettenis in 1997 was de vragenlijst van 149 items van Verschoor en Poortinga het instrument dat voornamelijk werd gebruikt bij de klinische beoordeling van gendergerelateerd psychisch lijden. Hoewel er zeker terechte kritiek kan worden geuit op de vragenlijst van Verschoor, was deze niettemin een uitgebreid instrument voor differentiaaldiagnostiek, ontwikkeld om complexe psychiatrische comorbiditeit bij personen die zich als transgender identificeren systematisch in kaart te brengen.

De grotere robuustheid ervan lag juist in dit differentiaaldiagnostische doel: de vragenlijst was ontworpen om alternatieve verklaringen en klinisch relevante comorbiditeiten vast te stellen voordat onomkeerbare ingrepen werden overwogen, terwijl de UGDS uitsluitend de intensiteit van zelfgerapporteerde dysforie meet en geen vragen bevat die alternatieve oorzaken of psychiatrische differentiaaldiagnostiek onderzoeken.

De oorspronkelijke UGDS bestond daarentegen uit 12 korte vragen, met afzonderlijke versies voor mannen (UGDS-M) en vrouwen (UGDS-F), bedoeld om ervaringen van gendergerelateerd psychisch lijden te kwantificeren aan de hand van een vijfpuntsschaal volgens Likert. In 2020 werd het instrument herzien om het beter te laten aansluiten bij een breder spectrum van theoretisch veronderstelde genderidentiteiten. De daaruit voortgekomen *Utrecht Gender Dysphoria Scale – Gender Spectrum (UGDS-GS)* bevat 18 items die genderdysforie proberen te meten, onafhankelijk van de binaire categorieën man of vrouw.

De UGDS is als beoordelingsinstrument eenvoudigweg veel minder informatief dan zijn voorganger, de vragenlijst van Verschoor. Toch wordt deze internationaal gebruikt als de standaardmaatstaf voor gendergerelateerd psychisch lijden.

De vragenlijst wordt gebruikt als standaard in klinische settings en onderzoeksprojecten, waaronder veel longitudinale onderzoeken naar de ontwikkeling van genderdysforie en de effecten van medische interventies zoals puberteitsremmers en cross-seksehormonen. De introductie ervan markeert een volgende stap in de geleidelijke versoepeling van de waarborgen rond medische transitie die zich in Nederland in de jaren negentig voltrok en die leidde tot het model van zorg op basis van informed consent dat tegenwoordig internationaal wordt toegepast.

APPENDIX A. Utrecht Gender Dysphoria Scale, Adolescent Version

Female-to-Male Version

Response categories are: agree completely, agree somewhat, neutral, disagree somewhat, disagree completely. Items 1, 2, 4-6 and 10-12 are scored from 5-1; items 3 and 7-9 are scored from 1-5.

1. I prefer to behave like a boy.
2. Every time someone treats me like a girl I feel hurt.
3. I love to live as a girl.
4. I continuously want to be treated like a boy.
5 A boy's life is more attractive for me than a girl's life.
6 I feel unhappy because I have to behave like a girl.
7. Living as a girl is something positive for me.
8. I enjoy seeing my naked body in the mirror.
9. I like to behave sexually as a girl.
10. I hate menstruating because it makes me feel like a girl.
11. I hate having breasts.
12. I wish I had been born as a boy.

Male-to-Female Version

Response categories are: agree completely, agree somewhat, neutral, disagree somewhat, disagree completely. Items are all scored from 5-1.

1. My life would be meaningless if I would have to live as a boy.
2. Every time someone treats me like a boy I feel hurt.
3. I feel unhappy if someone calls me a boy.
4. I feel unhappy because I have a male body.
5. The idea that I will always be a boy gives me a sinking feeling.
6. I hate myself because I'm a boy.
7. I feel uncomfortable behaving like a boy, always and everywhere.
8. Only as a girl my life would be worth living.
9. I dislike urinating in a standing position.
10. I am dissatisfied with my beard growth because it makes me look like a boy.
11. I dislike having erections.
12. It would be better not to live than to live as a boy.

Scoring and Evaluation

As can be expected most non-transsexuals score close to the minimum score, which is 12. Most transsexuals score close to the maximum score, which is 60. Problematic applicants in terms of eligibility for sex reassignment and in terms of treatment course tend to score in the middle range of the scale.

Heranalyse

De mannelijke versie van de UGDS vertoont een patroon van sterk suggestieve formuleringen, waardoor de klinische bruikbaarheid ervan onmiddellijk ter discussie komt te staan. De items Q1, Q8 en Q12 impliceren expliciet suïcidale gedachten door te suggereren dat iemand liever niet zou bestaan. De items Q2, Q3, Q5, Q6, Q10 en Q11 formuleren gendergerelateerd psychisch lijden in termen van wanhoop en zelfafwijzing. Het cumulatieve effect is sterk normatief en emotioneel geladen, en gaat verder dan passend is voor een diagnostische of screeningsvragenlijst die als objectief wordt gepresenteerd.

Hoewel de vrouwelijke versie merkbaar terughoudender is, bevat ook deze formuleringen die draaien om thema's als wanhoop, zelfafwijzing of suïcidale gedachten. De items Q2, Q6 en Q11 bevatten bewoordingen die onnodig negatieve of uitzichtloze associaties oproepen. Dergelijke formuleringen brengen het risico met zich mee dat existentieel psychisch lijden wordt opgeroepen zonder dat er een rechtstreeks kader voor klinische ondersteuning aanwezig is. Ze roepen vragen op over de mogelijkheid dat gevoelens van waardeloosheid of uitzichtloosheid hierdoor worden versterkt.

De suggestieve formuleringen in de UGDS vertonen sterke parallellen met de dynamiek van de recovered memory-beweging, waarin goedbedoelende therapeuten patiënten herhaaldelijk aanmoedigden om zich 'traumatische herinneringen te proberen te herinneren' die zij zogenaamd hadden 'onderdrukt'.[4] Inmiddels wordt algemeen erkend dat dit leidde tot de constructie van valse herinneringen, vaak aan gruwelijk seksueel misbruik door een familielid van de patiënt, waarvoor geen ondersteunend bewijs bestond. Gezinnen werden verscheurd door beschuldigingen die waren gebaseerd op hervonden herinneringen, die in werkelijkheid een product waren van de therapeutische sturing die inherent was aan recovered memory-therapie.

4 McHugh, P. R. (2008). *Try to remember: Psychiatry's clash over meaning, memory, and mind.* Dana Press.

Op vergelijkbare wijze kan de combinatie van professioneel gezag, suggestieve instrumenten en verwachtingspatronen bij patiënten die de UGDS invullen bijdragen aan een zichzelf versterkend narratief, met mogelijk schadelijke psychologische en in dit zorgmodel zelfs ernstig lichaamsbeschadigende gevolgen.

De suggestieve formuleringen rond suïcide in de UGDS vormen bovendien een institutionalisering van dwingende redeneringen en verwachtingsvorming. De vaak aangehaalde formulering 'Heb je liever een levende dochter of een dode zoon?' lijkt niet beperkt te zijn gebleven tot individuele klinische gesprekken, maar is in plaats daarvan impliciet ingebed in beoordelingsinstrumenten zoals de UGDS.

Ook een relaas in *The Protocol*, een podcast van *The New York Times*, roept vragen op over de betrouwbaarheid van zelfgerapporteerde suïcidaliteit. Daarin vertelde de Nederlandse 'patiënt nul', wiens casus mede aan de basis lag van het behandelmodel met puberteitsremmers, dat de artsen ervan overtuigd waren dat deze patiënt suïcidaal was, waarna medische transitie werd aangeboden. De patiënt zelf schetst in de podcast een genuanceerder beeld van die wanhoop.[5]

Naast suggestieve formuleringen bevatten zowel de UGDS-M als de UGDS-F items die duidelijke voorbeelden van cirkelredeneringen vormen. Wat de UGDS-M betreft, bevatten Q4 en Q7 uitspraken waarvan verwacht mag worden dat iedereen die zich bij een genderkliniek aanmeldt er in sterke mate mee instemt; wie dat niet doet, zou waarschijnlijk al in een eerder stadium niet zijn doorverwezen. Evenzo zijn Q1, Q3, Q4, Q5, Q7 en Q12 van de UGDS-F circulair geformuleerd, waardoor mensen die medische transitie zoeken mogelijk in hoge mate geneigd zijn ermee in te stemmen. Deze items hebben mogelijk weinig onderscheidend vermogen tussen verschillende klinische presentaties en kunnen op zichzelf niet vaststellen of een medische transitie gerechtvaardigd is.

In beide schalen zijn sommige items ronduit absurd, dubbelzinnig en conceptueel onsamenhangend. Neem bijvoorbeeld Q10 in de UGDS-F, waarin vrouwelijke respondenten wordt gevraagd aan te geven hoeveel plezier zij beleven aan menstrueren. Aangezien menstruatie zelden als prettig wordt ervaren, zelfs niet door mensen die geen genderdysforie hebben, moet deze vraag als nauwelijks informatief en conceptueel zwak worden beschouwd. Ook is Q9 in beide schalen ethisch problematisch: het item berust op impliciete stereotypen over geslachtsrollen en onwaarschijnlijke aannames over gedrag, die zowel de indruksvaliditeit als de interpretatieve geloofwaardigheid ondermijnen.

De logische absurditeiten waartoe de UGDS aanleiding kan geven, worden ruimschoots geïllustreerd door een onderzoek uit 2011 naar procedures voor medische transitie, uitgevoerd door De Vries. Voorafgaand aan de start van de behandeling vulden deelnemers de UGDS in op basis van hun biologische geslacht. Vrouwelijke respondenten vulden de UGDS-F in, terwijl mannelijke respondenten de UGDS-M invulden. Na de behandeling werden de vragenlijsten echter afgenomen op basis van de 'genderidentiteit', zodat vrouwelijke respondenten de UGDS-M invulden (met vragen over erecties), terwijl mannelijke respondenten de UGDS-F invulden (met vragen over menstruatie).[6]

Omdat mannen niet menstrueren en vrouwen geen erecties ervaren, zijn de antwoorden op deze vragen logisch gezien betekenisloos. Deze sekse-specifieke items meten na het omdraaien van de vragenlijsten mogelijk niet langer dezelfde ervaringen, waardoor de waargenomen positieve uitkomsten van de behandeling kunstmatig kunnen worden opgeblazen.

5 Ghorayshi, A. (2025, 2 June). 'Part 1: The Beginning'. *The Protocol* [Audio podcast episode]. The New York Times. https://www.nytimes.com/2025/06/02/podcasts/trans-gender-care-protocol.html

6 O'Malley, S., & Ayad, S. (Hosts). (2022, 11 March). *Pioneers series: Where it all started—The Dutch researchers* (Episode 66) [Podcast episode, featuring Annelou de Vries and Thomas Steensma]. *Gender: A Wider Lens*. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=fISYeDL38tQ

Conclusie

De uitgebreidere vragenlijst van Verschoor en Poortinga maakte in de klinische praktijk plaats voor de UGDS. Dit vormt een beslissend moment in de geschiedenis van de geslachtsaanpassende behandeling. Ondanks al haar tekortkomingen was de vragenlijst van Verschoor een uitgebreid instrument voor differentiaaldiagnostiek, met een aanzienlijk functioneel bereik. Het instrument was juist ontworpen om slechte behandeluitkomsten te voorkomen door klinisch relevante comorbiditeiten vast te stellen. De UGDS daarentegen is een korte, suggestieve en zichzelf bevestigende vragenlijst met opvallende methodologische tekortkomingen. Cruciaal is dat deze de door De Cuypere als noodzakelijk voor differentiaaldiagnostiek aangemerkte heteroanamnese omzeilde en volledig op zelfrapportage vertrouwde. De opkomst van de UGDS weerspiegelt de bredere verschuiving die zich destijds in de gendergeneeskunde voltrok: van grondige diagnostische analyse naar de gestandaardiseerde, oppervlakkige beoordeling die we tegenwoordig zien.

In persoonlijke correspondentie met Peggy Cohen-Kettenis probeerde de auteur van dit rapport te achterhalen waarom de UGDS de vragenlijst van Verschoor verving. Haar korte antwoord luidde als volgt:

> Het zijn verschillende soorten instrumenten. De UGDS is een schaal. Zo'n instrument heeft goede psychometrische kwaliteiten.
> De andere lijst is een verzameling losse vragen.
> Groet
> Peggy Cohen-Kettenis

De vragenlijst van Verschoor afdoen als ‘een verzameling losse vragen’ verandert niets aan het eenvoudige feit dat een methodologisch zwak instrument een aanzienlijk robuuster en uitgebreider beoordelingskader mocht vervangen. De ‘goede psychometrische eigenschappen’ van de UGDS worden in haar antwoord niet onderbouwd met concrete gegevens over betrouwbaarheid, validiteit of onderscheidend vermogen. Dit is niet alleen analytisch onbevredigend, maar heeft ook rechtstreekse gevolgen voor de nauwkeurigheid van de klinische beoordeling en behandeling. Beweringen over psychometrische kwaliteit moeten worden gekoppeld aan expliciete en toetsbare criteria, en niet uitsluitend aan terminologie of conventionele classificatie. In plaats daarvan werden complexiteit en voorzichtigheid losgelaten ten gunste van een diagnostisch instrument dat de vooroordelen en aannames van behandelaars uit die tijd institutionaliseerde en verankerde, en dat ondanks het ontbreken van een wetenschappelijke onderbouwing invloed ging uitoefenen op beleid en ethische debatten.

1996 — *Transseksualiteit*, het Lindeboom Instituut-rapport

- Jochemsen, H. (Ed.). (1996). *Transseksualiteit. Een bespreking vanuit medisch, ethisch, psychologisch en pastoraal opzicht met het oog op hulpverlening en pastoraat* (Rapport nr. 13). Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut.

- Lothstein, L. M. (1980). The adolescent gender dysphoric patient: An approach to treatment and management. *Journal of Pediatric Psychology*, 5(1), 93–109. https://doi.org/10.1093/jpepsy/5.1.93.

Introductie

Tot dusver heeft dit rapport teksten en diagnostische instrumenten onderzocht die ook vandaag de dag, zo'n dertig jaar nadat ze voor het eerst werden gepubliceerd, nog steeds worden aangehaald ter ondersteuning van medische transitie. Ondanks hun methodologische tekortkomingen en het feit dat de daarin gesignaleerde ethische en klinische uitdagingen niet zijn vertaald naar passende, voorzichtige praktijkrichtlijnen, ondersteunen al deze teksten het ideologische project om geslachts-non-conformiteit te medicaliseren. Nu gaan we echter één jaar terug in de tijd, naar het Lindeboomrapport *Transseksualiteit, een bespreking vanuit medisch, ethisch, psychologisch en pastoraal opzicht met het oog op hulpverlening en pastoraat* dat in 1996 werd gepubliceerd door het Prof. Dr. G.A. Lindeboom Instituut. Het is een document waarnaar in hedendaagse beleidsdocumenten en richtlijnen zelden, zo niet nooit, wordt verwezen.

Een belangrijk ethisch argument in het Lindeboomrapport betreft de grenzen van de geneeskunde. Artsen hebben de verantwoordelijkheid om ziekte te behandelen en lijden te verlichten, maar dat betekent niet dat zij een onbeperkte verantwoordelijkheid hebben om geluk of persoonlijke vervulling te bewerkstelligen. De overtuiging van een patiënt dat een ingreep het leven zal verbeteren, vormt op zichzelf geen bewijs dat deze medisch geïndiceerd is. Wanneer gezondheid wordt verward met geluk, krijgt de geneeskunde een quasi-religieuze rol: van de arts wordt verwacht dat deze onvrede met het leven door middel van behandeling oplost.

Heranalyse

Net als het eerdere werk van De Cuypere bevat het Lindeboomrapport uitgebreide informatie over differentiaaldiagnostiek. Het somt een groot aantal aandoeningen op die symptomen kunnen vertonen die op genderdysforie lijken, en benadrukt dat somatische behandeling in deze gevallen niet geïndiceerd is. Het rapport gaat echter veel verder dan De Cuypere in zijn kritiek op de destijds toenemende tendens om genderdysforie te diagnosticeren zonder verwijzing naar objectieve medische criteria en in plaats daarvan te vertrouwen op de subjectieve zelfrapportage van patiënten.

Het rapport wijst met name op een leemte in de destijds beschikbare literatuur, namelijk het opvallende verzuim om gevestigde theorieën uit de ontwikkelingspsychologie te integreren in het diagnostische paradigma. Het rapport merkt terecht op dat de theorieën van Erik H. Erikson over identiteitsontwikkeling, waarin de adolescentie wordt gekenmerkt als een periode van spanning tussen identiteitsvorming en rolverwarring, van cruciaal belang zijn voor de diagnose van genderdysforie bij jongeren. Wanneer identiteitsafsluiting (identity foreclosure) niet kan worden onderscheiden van een stabiele transidentiteit, ontbreekt duidelijk een deugdelijke diagnostische basis om somatische interventies zorgvuldig en proportioneel te kunnen overwegen.

Het rapport benadrukt echter dat de theorieën van Erikson geen rol spelen in de diagnostische praktijk. Het is opmerkelijk dat problemen met de genderidentiteit lijken te worden behandeld alsof ze volledig losstaan van bredere ontwikkelingsprocessen. Het rapport gaat veel verder dan De Cuypere door erop aan te dringen dat deze overwegingen worden geïntegreerd in een rigoureuzere benadering van differentiaaldiagnostiek. Deze kritieken roepen een blijvende vraag op over de manier waarop behandelaars gendergerelateerd psychisch lijden en/of transgendergedachten onderscheiden van andere problematiek, en bepalen wanneer somatische interventie passend is. Dertig jaar na publicatie zijn de zorgen die in het rapport worden geuit nog altijd relevant, overal waar zelfrapportage door patiënten voorrang krijgt boven zorgvuldige differentiaaldiagnostiek en het overwegen van alternatieve verklaringen voor psychisch lijden.

Het Lindeboomrapport is bijzonder scherp in zijn commentaar op de ethische vraagstukken rond de rol en verantwoordelijkheden van de behandelaar, een kwestie die ook De Cuypere al had gesignaleerd. Opnieuw is het rapport veel stelliger in zijn conclusies: het stelt nadrukkelijk dat medisch ingrijpen moet plaatsvinden op grond van een medisch-professionele indicatie, en niet uitsluitend op basis van wat de cliënt wil. Toestemming is noodzakelijk, maar het feit dat de cliënt instemt, vormt op zichzelf geen legitieme grondslag voor een interventie. Volgens het rapport is een drievoudige rechtvaardiging vereist om een interventie te kunnen verantwoorden: medisch-professioneel, ethisch en juridisch. Het is de moeite waard de bespreking in het rapport van de beperkte taak van de arts wat uitvoeriger te citeren:[7]

> Deze opstelling houdt een erkenning in van de beperkte taak en verantwoordelijkheid van de arts. Gezondheid in de zin van een situatie van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn moge een regulatief idee bieden voor het gezondheidszorg- en welzijnsbeleid van de overheid, het kan nooit het concrete behandeldoel van de medische praktijk zijn. Dit zou namelijk te zeer een vereenzelviging betekenen van gezondheid met heil in de zin van geluk en levensvervulling en zou het medische handelen een religieuze lading geven en de eerdergenoemde tendens in deze richting versterken (vgl. § 4 van dit hoofdstuk). Dit leidt nu juist tot de gesignaleerde overschatting van de medische mogelijkheden en dientengevolge tot een bedreiging van de keuzevrijheid en de integriteit van de patiënt. Een geneeskunst die niet een eigen professionele ethiek heeft, wordt gemakkelijk een instrument van de overheersende ideologie.[31] De geschiedenis geeft meerdere voorbeelden die tonen hoe gevaarlijk en kwalijk dat kan worden.

In zeer eenvoudige bewoordingen: de arts heeft een beperkte taak. Een arts moet mensen beter maken, niet iemand volkomen gelukkig maken in het leven. Als we dat toch van artsen vragen, doen we alsof gezondheid hetzelfde is als geluk. Dan lijkt het bijna alsof de arts iemands leven moet ‘redden’ in een grote, bijna religieuze betekenis. Daardoor denken mensen dat artsen meer kunnen dan in werkelijkheid het geval is. En dat kan gevaarlijk zijn. Het kan de vrijheid van de patiënt beperken en ook van invloed zijn op wie iemand wil zijn, of wie iemand denkt te kunnen worden. Als artsen zich niet houden aan hun eigen regels en een behoorlijke beroepsethiek, kunnen ze gemakkelijk een doorgeefluik worden voor de ideeën die op een bepaald historisch moment overheersen.

Bij de bespreking van de meest geschikte behandeling voor gendergerelateerd psychisch lijden presenteert het Lindeboomrapport een uitvoerige bespreking van de bestaande literatuur over de werkzaamheid van psychotherapie. De bespreking in het rapport herinnert eraan dat psychotherapie een geschiedenis heeft in de behandeling van gendergerelateerd psychisch lijden, waaronder pogingen om dit lijden te verlichten zonder medische transitie. De Standards of Care, versie 8, van WPATH erkennen dat psychotherapie behulpzaam kan zijn, maar verzetten zich tegen interventies die erop gericht zijn de genderidentiteit of -expressie te veranderen zodat deze overeenkomt met het geboortegeslacht. Deze worden omschreven als ‘reparatieve’ of ‘conversie’-therapie.[8] Dit leidt tot een spanningsveld rond therapeutische doelen: hoe moeten behandelaars onderscheid maken tussen verboden pogingen om iemands identiteit te veranderen en psychotherapie op initiatief van de patiënt, gericht op het leren zich prettig te voelen bij het geboortegeslacht?

7 Jochemsen, H. (Ed.). (1996). *Transseksualiteit*, p. 127; English translation.

8 Coleman, E., et al. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259, statements 18.9–18.10. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644.

In dit rapport is al uiteengezet dat De Cuypere van mening was dat psychotherapie gericht op het verminderen van genderdysforie niet haalbaar is wanneer patiënten die medische transitie zoeken niet gemotiveerd zijn voor die therapeutische benadering, en dat Kuiper concludeerde dat medische transitie een betere benadering is, zonder inhoudelijk in te gaan op de vraag waarom psychotherapie — een veel minder ingrijpende, omkeerbare en veiligere optie — structureel inferieur zou zijn.

Het Lindeboomrapport bespreekt daarentegen studies en casusgeschiedenissen uit de jaren zeventig en tachtig die erop wijzen dat psychotherapie gevoelens van gendergerelateerd psychisch lijden bij sommige patiënten aanzienlijk kon verlichten, soms zelfs leidend tot een vermindering of het verdwijnen van de wens tot medische transitie. Zo verwijst het rapport naar internationale literatuur, waaronder Lothstein (1980), waarin genderdysforie bij adolescenten vaak in verband wordt gebracht met onderliggende borderline- en narcistische persoonlijkheidsstoornissen. Zoals samengevat in het Lindeboomrapport stelt Lothstein de vraag of geslachtsveranderende chirurgie wel de juiste behandeling is, en pleit hij juist voor intensieve, psychodynamisch georiënteerde psychotherapie. Hij noemt de wijdverbreide veronderstelling dat transseksualiteit 'resistent is tegen psychiatrische behandeling' een mythe: ervaren hulpverleners hebben dit nauwelijks serieus geprobeerd, en waar dat wel gebeurde, bleken de resultaten vaak hoopgevend.[9]

Conclusie

Het Lindeboomrapport werpt een ethische vraag op die nog altijd relevant is: wat onderscheidt een behandeling van een ziekte van een medische interventie die bedoeld is om geluk of persoonlijke ontplooiing te bewerkstelligen? De redenering legt de verantwoordelijkheid bij behandelaars om een medische indicatie vast te stellen, alternatieven in overweging te nemen en te beoordelen of de interventie proportioneel is. Toestemming van de patiënt is noodzakelijk, maar kan die verantwoordelijkheid niet alleen dragen. De conclusie van het rapport op pagina 131 en 132 maakt duidelijk wat er op het spel staat;

> *Conclusie*
> Het bovenstaande leidt tot de conclusie dat ernstig betwijfeld moet worden of het geïnstitutionaliseerde aanbod van geslachtsaanpassende ingrepen valt binnen de normatieve grenzen van geneeskunst als professionele praktijk.[38] Waar men die grenzen niet in acht neemt, wordt de geneeskunde tot een instrument van beheersing van het leven en het wegnemen van alle lijden. Het wegnemen of verlichten van lijden is een belangrijke taak van de geneeskunst. Maar waar bepaalde professionele normatieve grenzen niet in acht worden genomen wordt de geneeskunst gewelddadig.[39] Meer en meer wordt de dokter dan iemand die ervoor moet zorgen dat mensen niet meer hoeven te lijden, waarbij dit lijden steeds breder wordt geïnterpreteerd. Geslachtsaanpassende ingrepen vormen naar mijn overtuiging een stap op deze weg. Dit is een weg van overschatting van de geneeskunst die het medisch handelen en de medici in een soort religieuze sfeer trekt, tot een overmatige medicalisering van het leven en van de dood leidt en daarmee tot een dehumanisering van de medische praktijk.

Toegepast op medische transitie roept deze redenering de vraag op of de interventie berust op een verdedigbare klinische indicatie, of op een verwachting van persoonlijke ontplooiing die de geneeskunde redelijkerwijs niet kan waarmaken.

9 Jochemsen, H. (Ed.). (1996). Transseksualiteit, pp. 83–84, summarising Lothstein's work. See also Lothstein, L. M. (1980). The adolescent gender dysphoric patient: An approach to treatment and management. *Journal of Pediatric Psychology*, 5(1), 93–109. https://doi.org/10.1093/jpepsy/5.1.93.

1997 — Cohen-Kettenis & van Goozen, *Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study*

- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271. https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017.

In 1997 publiceerden Cohen-Kettenis en Van Goozen een follow-upstudie waarin specifiek patiënten werden onderzocht die tijdens de adolescentie met de behandeling waren begonnen en vervolgens een operatie hadden ondergaan. De studie is sindsdien een belangrijke referentie geworden ter ondersteuning van medische transitie bij adolescenten en wordt aangehaald als vroeg empirisch bewijs dat deze benadering bij zorgvuldig geselecteerde gevallen gunstige resultaten kan opleveren.

De betekenis van de verschuiving naar behandeling tijdens de adolescentie moet worden begrepen tegen de achtergrond van de bevindingen die al zijn besproken. Eerdere studies hadden melding gemaakt van sterfgevallen, aanzienlijke psychiatrische problemen, lichamelijke problemen, relatieproblemen, werkloosheid en instabiliteit op het gebied van huisvesting, evenals aanhoudende onzekerheid over de langetermijnuitkomsten. Niettemin bood vroegtijdiger ingrijpen het vooruitzicht onomkeerbare veranderingen door de puberteit te voorkomen, met name de vermannelijkende effecten van de mannelijke puberteit. De hoop was dat het gemakkelijker kunnen doorgaan voor het andere geslacht de latere uitkomsten zou verbeteren.[10] Of dit ook de psychische gezondheid op lange termijn, relaties en het sociaal functioneren zou verbeteren, moest nog worden vastgesteld. In plaats van eerst de onzekerheden rond de behandeling van volwassenen weg te nemen, koos het klinische onderzoeksteam er dus voor deze medische interventies uit te breiden naar adolescenten.

De onderzoekers volgden 22 patiënten die volgens strenge klinische criteria waren geselecteerd bij de Utrechtse genderkliniek. De patiënten werden ten minste één jaar na de operatie beoordeeld en hun uitkomsten werden vergeleken met hun eigen scores van vóór de behandeling. Volgens de auteurs was de genderdysforie verdwenen, lagen de scores voor psychologisch en sociaal functioneren over het algemeen binnen het normale bereik en meldde geen van de patiënten spijt te hebben van de beslissing om een geslachtsveranderende operatie te ondergaan.

Er moet echter rekening worden gehouden met verschillende belangrijke beperkingen. De steekproef was klein en er was geen onbehandelde vergelijkingsgroep, waardoor de mogelijkheden om causale conclusies te trekken of de bevindingen te generaliseren beperkt waren. Bovendien omvatte de studie uitsluitend sterk geselecteerde patiënten die het volledige behandeltraject hadden doorlopen, wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen verder beperkte. De deelnemers werden tussen één en vijf jaar na de operatie beoordeeld. Eén tot vijf jaar is een korte observatieperiode om de bestendigheid te beoordelen van uitkomsten van interventies met levenslange gevolgen. Hiermee kan niet worden vastgesteld of het uitblijven van spijt gedurende de daaropvolgende decennia aanhield, of dat latere complicaties en veranderende levensomstandigheden de beoordeling van hun beslissingen door de patiënten veranderden. Gunstige postoperatieve bevindingen mogen daarom niet worden beschouwd als bewijs dat de voordelen gedurende de daaropvolgende decennia aanhouden.

In zijn review, die voor het eerst online werd gepubliceerd in 2022, stelt Biggs dat het oorspronkelijke cohort van 22 patiënten nadien niet opnieuw is gevolgd.[11]

10 Biggs, M. (2023). The Dutch Protocol for juvenile transsexuals: Origins and evidence. Journal of Sex & Marital Therapy, 49(4), 348–368. https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238

11 Biggs, (2023).

Conclusie van The Dutch Leaks, Lek #1

De inleiding van dit rapport stelde een vraag: hoe kon de genderzorg voor minderjarigen, ondanks alle waarschuwingssignalen over medische transitie die in de vroege literatuur naar voren kwamen, zich vanuit Nederland verspreiden en de wereld veroveren? Een heranalyse van de vroege literatuur stelt ons in staat een deel van het antwoord op die vraag te geven.

Hoge percentages sterfte, suïcidaliteit, gezondheidsproblemen, werkloosheid en gezinsontwrichting onder mensen die een medische transitie hadden ondergaan, waren al duidelijk zichtbaar in gegevens die begin jaren negentig werden gepubliceerd. Onderzoekers als Kuiper en Cohen-Kettenis kwamen desondanks tot gunstige conclusies over de werkzaamheid van medische transitie. Dit werd voornamelijk bereikt door methodologische keuzes: het voorrang geven aan zelfrapportage door patiënten boven objectieve maatstaven voor functionele en sociaaleconomische uitkomsten, een beperkte analyse van uitval tijdens de follow-up en het relatief weinig gewicht toekennen aan ernstige nadelige uitkomsten (waaronder sterfte) bij de algehele beoordeling van het therapeutische voordeel. In feite kon medische transitie als succesvol worden beschouwd wanneer de patiënt aangaf tevreden te zijn, zelfs wanneer de psychische en lichamelijke gezondheid, relaties en vooruitzichten op werk slecht bleven.

Deze benadering werd vervolgens uitgebreid naar adolescente patiënten. In 1997 publiceerden Cohen-Kettenis en Van Goozen de eerste follow-upstudie waarin specifiek adolescenten werden onderzocht die een geslachtsveranderende operatie hadden ondergaan. De bevindingen werden als gunstig gepresenteerd: de genderdysforie was verdwenen, de scores voor psychologisch en sociaal functioneren lagen over het algemeen binnen het normale bereik en geen van de 22 patiënten meldde spijt te hebben.

Deze conclusies waren echter gebaseerd op een sterk geselecteerde groep die tussen één en vijf jaar na de operatie werd beoordeeld. De studie had geen onbehandelde vergelijkingsgroep en het oorspronkelijke cohort werd nooit opnieuw gevolgd in een latere langetermijnstudie. De studie leverde daarom geen bewijs voor de bestendigheid van deze uitkomsten op langere termijn. Niettemin werd deze studie een belangrijke vroege referentie ter ondersteuning van medische transitie bij adolescenten. Ze illustreert hoe gunstige kortetermijnbevindingen bij een kleine, zorgvuldig geselecteerde groep een veel bredere betekenis konden krijgen in de ontwikkeling van de geslachtsaanpassende behandeling voor minderjarigen.

De vervanging van de vragenlijst van Verschoor en Poortinga door de Utrecht Gender Dysphoria Scale in 1997 institutionaliseerde en legitimeerde de praktijk om uitkomsten te beoordelen op basis van subjectieve zelfrapportage door patiënten. Een uitgebreid beoordelingsinstrument, dat specifiek was ontworpen voor differentiaaldiagnostiek, werd uit gebruik verdrongen door een korte, conceptueel onsamenhangende schaal die geworteld was in sekse-stereotypen. Behandelaars als De Cuypere, die eerder hadden opgemerkt dat de zelfrapportage van patiënten zorgvuldig moest worden geverifieerd door middel van heteroanamnese bij familieleden en mensen uit de sociale omgeving van de patiënt, gingen later een flexibelere benadering hanteren. Zoals Bram Kuiper het verwoordde: ‘Het verhaal van de cliënt was altijd leidend.’ Klinische ervaring met het herkennen van genderdysforie, gecombineerd met de uitgesproken wens van de patiënt om een medische transitie te ondergaan, werd beschouwd als een toereikende basis voor een diagnose en een ingrijpende interventie die het leven veranderde.

Waar behandelaars het ooit noodzakelijk hadden gevonden om te overwegen hoe de genderzorg zich verhield tot de opkomst van medisch consumentisme en de ethische en professionele verantwoordelijkheden van de arts, presenteerde de literatuur medische transitie steeds vaker als de aangewezen, en dikwijls de enige, manier om mensen met gendergerelateerd psychisch lijden te helpen. Onderzoek uit de jaren zeventig en tachtig wees erop dat psychotherapie sommige patiënten kon helpen zonder medische transitie.

Het Lindeboomrapport stelde de rechtvaardiging voor onomkeerbare interventies ter discussie. Dit bewijs en deze bezwaren vereisten een antwoord. De vraag van patiënten en verklaringen van tevredenheid vormden geen toereikende rechtvaardiging voor deze ingrijpende medische interventies. Bovendien creëerden het selectieve gebruik van de literatuur en het circulaire onderling citeren door voorstanders van de genderzorg een valse consensus dat medische transitie passend, ethisch verantwoord en veilig was. Het was deze diepgewortelde en onbewezen ideologische opvatting die uiteindelijk vanuit Nederland naar de rest van de wereld werd geëxporteerd, waar zij vandaag de dag nog steeds kwetsbare mensen schaadt.

Nederland exporteerde een behandelmodel terwijl fundamentele vragen over de uitkomsten ervan onbeantwoord bleven. De sterfgevallen, psychiatrische problemen en ontwrichte levens stonden al in de literatuur. Dat gold ook voor de argumenten voor voorzichtigheid en de beschrijvingen van andere benaderingen. Ondanks dit alles breidden behandelaars de behandeling uit naar adolescenten. Ze hadden geen blijvend voordeel bij volwassenen aangetoond; vervolgens grepen ze in bij kinderen.

Genspect
publiceert binnenkort:

Lek #2 **“Daar doen we niets mee”**

Hoe Nederlandse genderklinieken ouderlijke zorgen wegdrukken



Er is geen bewijs, dat is er nooit geweest