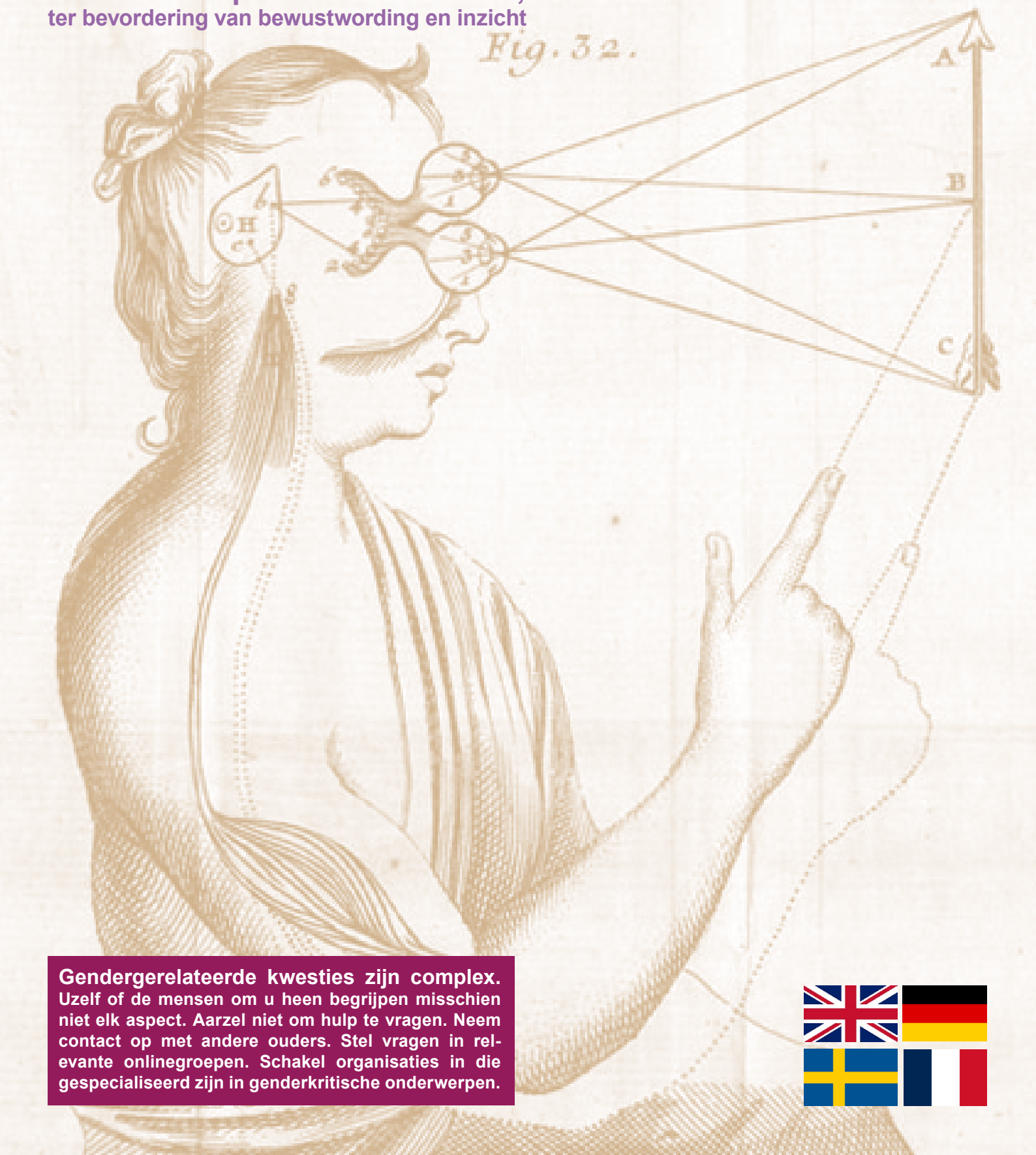
Genspect

Januari
2025

Hulpmiddel voor genderdysforie
Enquête voor familie en vrienden
Enquête voor ouders
Gebaseerd op DSM-5-TR-criteria,
ter bevordering van bewustwording en inzicht



Gendergerelateerde kwesties zijn complex. Uzelf of de mensen om u heen begrijpen misschien niet elk aspect. Aarzel niet om hulp te vragen. Neem contact op met andere ouders. Stel vragen in relevante onlinegroepen. Schakel organisaties in die gespecialiseerd zijn in genderkritische onderwerpen.

Beste ouders,

We ontvangen regelmatig wanhopige berichten van ouders wier stem genegeerd wordt tijdens de genderkliniekbeoordelingen van hun kind. Hoewel ze worden uitgenodigd om deel te nemen aan het diagnostische proces, worden hun cruciale inzichten routinematig terzijde geschoven ten gunste van directe bevestiging.

***Het huidige systeem is zeer zorgwekkend:** hoewel klinieken om ouderlijke input vragen, overstemt de verklaring van het kind over zijn of haar gewenste identiteit de jarenlange kennis en waarnemingen van de familie. Deze consulten zijn daardoor feitelijk niet meer dan administratieve formaliteiten – 'vinkjes aan verzekeringsformulieren toevoegen' in plaats van zinvol klinisch onderzoek. (Specialisten van het VUmc suggereren zelfs dat de wens van de patiënt voorop zou moeten staan, ongeacht of de behandeling werkt of niet, red.[39])*

*Deze praktijk ondermijnt de kwaliteit van gezondheidszorg fundamenteel. **Ouders en familieleden beschikken over belangrijke kennis die niet goed in beeld komt via enkel de korte klinische consulten.** Een meta-analytisch review van Dowell en Ogles (2010)[1] en een meta-analyse van Sun et al. (2019)[2] toonden aan dat ouderlijke betrokkenheid bij de behandeling van hun kind een positief effect heeft op de algehele effectiviteit ervan. Ouders kennen de patronen van hun kind, zijn of haar worsteling en veranderingen in zijn of haar persoonlijkheid. Ze merken vaak als eersten onderliggende problemen op die wellicht een rol spelen bij de nood van hun kind. Toch worden deze essentiële inzichten genegeerd.*

Gendergerelateerde stress kan op allerlei manieren ontstaan, wat betekent dat er ook meerdere routes zijn naar een oplossing. Wanneer klinieken automatisch voorrang geven aan de wens om van geslacht te veranderen en zich volledig baseren op de zelfrapportage van een jongere, missen ze kansen om andere en minder ingrijpende benaderingen te onderzoeken voor het verlichten van de stress.

Om gezinnen te helpen met hun pleidooi voor grondige, evidence-based zorg, hebben we twee instrumenten ontwikkeld die elkaar aanvullen:
***1. De familie- en vriendenenquête** - Deze vragenlijst verzamelt observaties van familieleden en anderen die uw kind al langere tijd kennen. Wanneer meerdere observanten dezelfde visie delen, wordt hun collectieve inzicht moeilijker te negeren.*
***2. De gezinsenquête** - Deze gedetailleerde vragenlijst helpt om onderliggende factoren boven water te krijgen die onderzocht moeten worden voordat onomkeerbare interventies overwogen worden.*

*We raden aan om deze enquêtes in te vullen, ongeacht of de familie momenteel directe transmedicalisatie ondersteunt. Samen geven ze een compleet beeld, zodat uw kind de zorgvuldige en grondige beoordeling krijgt die het verdient – een die alle bijdragende factoren onderzoekt in plaats van een te snelle medicalisatie. Wanneer meerdere enquêtes zijn ingevuld door familieleden, raden we aan deze uit te printen en persoonlijk aan de behandelaar van uw kind te overhandigen. Stuur ook elektronische kopieën en bewaar ze voor toekomstige referentie. Dit zorgt ervoor dat de mening van de familie minder gemakkelijk genegeerd kan worden – ze staan nu officieel op papier en kunnen in de toekomst worden geraadpleegd. **We raden ook aan de ingevulde enquête naar uw huisarts en verzekeringsmaatschappij (of in België het ziekenfonds) te sturen**, zodat alle betrokken partijen geïnformeerd zijn over de complexiteit en de zorgwekkende aspecten van cross-sekse-medicatie en chirurgie.*

De enquête biedt bovendien een extra voordeel doordat het de bredere familie de kans geeft zich op een doordachte manier met dit onderwerp bezig te houden. Het nodigt hen uit om een steunende aanwezigheid te blijven of te worden in het leven van uw kwetsbare kind. Bezorgde ouders vermijden vaak het gesprek over gender, maar dit is niet altijd behulpzaam. Het negeren van het 'probleem' is een veelvoorkomende reactie op mentale problemen binnen het gezin, maar is vaak minder effectief dan het lijkt. Hoewel ouder en jongere zo conflicten over transkwesties vermijden, koestert de jongere vaak een zorgvuldig opgebouwde identiteit, wat het herstelproces kan belemmeren.

*Onthoud: **Het in twijfel trekken van de huidige benadering betekent geen afwijzing.** Het gaat erom dat jongeren de juiste zorg krijgen die in de eerste plaats geen schade aanricht. Uw kennis van uw kind doet ertoe, en deze instrumenten helpen u effectief te pleiten voor een doordachte en volledige beoordeling.*

Door samen te werken en deze instrumenten te gebruiken, kunt u ervoor zorgen dat uw stem niet alleen gehoord wordt, maar ook vastgelegd. Uw inzichten zijn van onschatbare waarde, en het pleiten voor grondige, evidence-based zorg is essentieel voor het welzijn van uw kind.

Met vriendelijke groet,
Stella O'Malley/Genspect, Januari 2025

1 Dowell K. A., Ogles B. M. (2010) **The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-analytic Review.** https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410903532585
2 Sun M., Rith-Najarian L. R., Williamson T. J., Chorpita B. F. (2019) **Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-up Effects for Internalizing Disorders: a Meta-analysis.** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29677451/
39 Annelou L.C. de Vrieset al. (2024) **Gender-affirming medical treatment for adolescents: a critical reflection on "effective" treatment outcomes** https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-024-01143-8

Inhoudsopgave



Algemene informatie
4 Paniek binnen het gezin
4 Inzicht in zelfgerapporteerde identiteit
4 Het genderbevestigende model
4 Hoe verloopt een diagnostisch proces?
4 Huidige klinische praktijk
4 Indruk van de omgeving

Toelichting op de familie- en vriendenenquête
5 Doel van de familie- en vriendenenquête
5 Systematische documentatie en klinische validatie
5 Genderkritische perspectieven zijn geen extreemrechtse politiek
5 Invloed op de diagnose

Toelichting op de gezinsenquête
6 Klinische overwegingen met betrekking tot gelijklopende aandoeningen
6 Diagnostische overschaduwing
6 SOC-8 en het Nederlandse protocol in conflict met de Cass Review
6 Invloed op gezinsdynamiek
6 Uitvoering van de enquête
6 Verantwoordelijkheid van de kliniek en gezinsrechten

Vroege en late ontwikkeling van genderdysforie
7 Kenmerken volgens DSM-5-TR
7 Vroeg ontstane genderdysforie (EOGD)
7 Laat ontstane genderdysforie (LOGD)
8 De onlogica van de DSM-5-TR criteria

Plots ontstane genderdysforie (ROGD)
9 Kenmerken van plots ontstane genderdysforie (ROGD)
9 De enquête als indicator voor ROGD
9 De schuivende wetenschappelijke consensus
9 Belangrijk om te weten
10 Epidemie
10 Wertherisme

De onwaarheden van genderbevestigende zorg
11 De dertien onwaarheden van de genderbevestigende zorg volgens dr. Stephen Levine

Informatiebronnen
12 Aanbevelingen die de moeite waard zijn
12 Boeken en literatuur over gender
12 Boeken met een breder perspectief
12 Geen lezer? Geen probleem!

Overhandig aan kliniek



De familie- en vriendenenquête
14 Zestien vragen gebaseerd op de DSM-5-TR criteria
15 Vragen over de achtergrond van de persoon en sociale invloed
16 Aanvullende vragen
17 Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over mannen)
18 Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over vrouwen)
19 Een aantal persoonlijke vragen
20 Resultaat familie- en vriendenenquête

Overhandig aan kliniek

De gezinsenquête
22 Mogelijke bijkomende aandoeningen

Vragen aan de kliniek:

23 Vragen voor de specialist over ethische zaken en verantwoordelijkheid
24 Vijftien wetenschappelijke vragen

Ter afsluiting:

25 Enkele belangrijke stappen
26 Het betreden van een juridisch mijnenveld
26 Ouderlijke verklaring

Paniek binnen het gezin

Uw kind heeft u verteld dat hij of zij zijn of haar geslacht in twijfel trekt en een genderkliniek in het ziekenhuis wil bezoeken. Hoe reageert u op deze situatie met het ziekenhuis? Veel gezinnen worden overvallen door dit onderwerp, wat leidt tot jaren van emotionele onrust en gesprekken, vaak met toenemende druk. De zelfgediasnosticeerde identiteit van het kind of de jongvolwassene wordt mogelijk niet onmiddellijk erkend door gezinsleden, en wanneer dit wel gebeurt, zijn er vaak terechte zorgen over het nastreven van onomkeerbare medische ingrepen.

Inzicht in zelfgerapporteerde identiteit

Het kernprobleem in de klinische beoordeling is dat de ervaren 'genderidentiteit' niet fysiek meetbaar is. Invasieve, onomkeerbare gezondheidszorgbeslissingen moeten gebaseerd zijn op objectief bewijs, niet op de subjectieve ervaring van de patiënt enkel en alleen. Om waarneembare patronen te kwantificeren, hebben we een enquête ontworpen, niet alleen voor de directe familieleden, maar ook voor de bredere kring van mensen die de persoon goed kennen, bij voorkeur vanaf de geboorte: vrienden, buren, leraren. De enquête volgt de criteria die zijn beschreven in de DSM-5-TR (het standaardhandboek over psychische stoornissen).
Klinisch specialisten verwerpen vaak ouderlijke observaties met de uitleg dat het kind zich niet veilig voelde om zichzelf aan hun ouders te uiten. Hoewel dit in sommige gevallen waar kan zijn, vooral in sterk conservatieve of religieuze gezinnen, wordt het minder geloofwaardig als niemand in de uitgebreide familie of sociale kring ooit tekenen heeft opgemerkt. Een neef, jeugdvriend, buurman, leraar, tante of grootouder – iemand zou waarschijnlijk wel iets hebben opgemerkt in de loop der jaren. 'Genderexpressie' is cruciaal in de diagnostiek. **Als niemand ooit iets heeft opgemerkt, klopt het verhaal gewoon niet.**

Het genderbevestigende model

Een fundamenteel principe in het genderaffirmatieve model is dat de gevoelens van de patiënt centraal staan in het zorgproces. Dit zorgt voor een zorgwekkend probleem: dit blijft namelijk niet beperkt tot de wens van de patiënt, maar zijn of haar zelfdiagnose is de bepalende factor in de diagnostiek die automatisch wordt gevolgd door klinisch psychologen of psychiaters.
Bij het bespreken van deze zorgen met vrienden en kennissen kan dit al snel leiden tot debat. Een veelvoorkomende verdediging is dat de geboden zorg van hoge kwaliteit is en uitgevoerd door zeer bekwame experts. Ouders of partners die dit proces in twijfel trekken, krijgen weinig begrip en steun en worden afgedaan als te achterdochtig. Ziekenhuizen communiceren naar de pers dat zij zeer grondige diagnostiek uitvoeren voordat ze belangrijke stappen ondernemen.

Hoe verloopt een diagnose?

Uit ervaring weten we inmiddels dat het diagnostische proces anders verloopt dan vaak wordt weergegeven in de media. Het ziekenhuis stelt een diagnose op basis van een methode die volledig is gericht op de zelfdiagnose van de persoon. We zullen de procedure in de Nederlandse klinieken beschrijven, aannemelijk is dat België een vergelijkbare aanpak volgt.
Zodra een persoon wordt toegelaten tot het genderkliniek, volgt er een enquête. De persoon moet daarna een brief schrijven waarin hij of zij de gevoelens uitlegt. De brief bevestigt de enquête, en vice versa. Deze zelfdiagnostische documenten worden beschouwd als bewijs van 'genderincongruentie'. De brief en de enquête bevestigen elkaar, maar hebben dezelfde bron. **Een vaak genoemd bijkomend probleem is dat de persoon werkt vanuit een aangeleerd script.** De clichématige taal suggereert dat de ideeën niet uit persoonlijke ervaring komen, maar eerder opgelegd of ingeprent zijn. Geleerd op het internet.
'Genderincongruentie' is niet hetzelfde als 'genderdysforie', hoewel de termen vaak door elkaar worden gebruikt. Dit kan erg verwarrend zijn. 'Genderincongruentie' verwijst naar een discrepantie tussen ervaren 'genderidentiteit' en biologisch geslacht, terwijl 'genderdysforie' significant lijden bevat dat gepaard gaat met deze ervaren discrepantie. Dit is een belangrijk verschil. **Het blijft een raadsel waarom verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) een zorgproces dekken dat op incongruentie is gebaseerd, maar waar psychische pijn geen noodzakelijke pijler hoeft te zijn.**

Huidige klinische praktijk

In Nederland worden vandaag de dag geen uitgebreide differentiële analyses uitgevoerd. Hoewel klinieken onderzoeken of iemand psychose, autisme, narcisme of andere mentale stoornissen heeft, worden deze bijkomende aandoeningen genoteerd en in het zorgproces meegenomen, maar niet ter onderbouwing van de 'genderincongruentie'-diagnose. De vraag wordt simpelweg: Is de persoon mentaal en fysiek fit genoeg? Dit is geen differentiële benadering, maar **een beoordeling van de gereedheid voor medische behandeling**.
Er is, met uitzondering van psychose, ernstige depressie en aanverwante extremen, geen afwijzing op basis van trauma-ervaringen, pestgeschiedenis, autisme of andere mentale gezondheidsproblemen, waarbij de verzekering (in België: het ziekenfonds) het proces dekt (met uitzondering van een kleine eigen bijdrage). **In Nederland ontvangen zelfs personen met een verstandelijke beperking genderbevestigende zorg.**[3]
Verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) vertrouwen erop dat de geboden zorg adequaat is. De enquête en motivatiebrief lijken op papier grondig. Deze perceptie werd echter uitgedaagd toen Nederlandse ouders met een rigoureuze systematische interventie kwamen in de vorm van een familie-enquête, die iets heel anders onthulde en de beperkingen van zelfdiagnose blootlegde. Deze enquête is gebaseerd op die aanpak, en dit biedt jou als bezorgde ouder aanzienlijke invloed op het proces.

Indruk van de omgeving

De genderteams beweren zich in te zetten voor rust in de familie. Omdat het zorgdossier de indruk moet wekken dat een breed perspectief wordt overwogen, wordt actief gestimuleerd om gesprekken te voeren met ouders, partners en andere direct betrokkenen.
Wie bekend is met genderkritische literatuur, zoals de boeken van Abigail Shrier en Hannah Barnes en de getuigenissen van klokkenluider Jamie Reed, weet dat de werkelijkheid veel donkerder is. Ouders worden formeel uitgenodigd om hun perspectief te delen. De zorgverlener knikt beleefd, notuleert zo accuraat mogelijk de indrukken van de familie en zegt geruststellend dat hij het begrijpt. Terwijl veel ouders de zelfdiagnose van hun kind niet ondersteunen, gaan sommigen mee in de gedachten van hun kind, maar anderen blijven kritisch.
In vervolggesprekken worden de zorgen van de familie wel erkend, maar de diagnose wordt nog steeds als vastgesteld beschouwd, en het behandeltraject gaat door zoals gepland. De indrukken van de familie worden genoteerd, maar beïnvloeden de uiteindelijke beslissing niet. In feite worden hun zorgen zelfs contraproductief tegen hen gebruikt om het onderzoek op papier grondiger te doen laten lijken om aan de verzekeringsvereisten (in België: vergoedingsvereisten) te voldoen. Ouders die hun toestemming geven ondanks hun twijfels, realiseren zich de implicaties vaak pas later. Een bekend voorbeeld van deze dynamiek werd onthuld in het interview van Elon Musk met Jordan Peterson in juli 2024.[4]

3 **Genderpoli / They and Them (Nov 2023).** Nederlandse documentaire over YOUZ https://www.npodoc.nl/documentaires/2023/11/genderpoli-they-and-them.html
4 **Elon Musk geïnterviewd door Jordan Peterson (Juli 2024)** https://www.youtube.com/watch?v=Q20Nbq3EJsc

Doel van de familie- en vriendenenquête

Gebaseerd op de belangrijke bevindingen van Shrier, Barnes, Reed en andere zorgwekkende publicaties over klinieken, hebben we een beoordelingsmethode ontwikkeld die verder gaat dan alleen ouderlijke input en ook bredere familieobservaties omvat.
De enquête, gebaseerd op de DSM-5-TR-criteria voor 'Genderdysforie', is ontworpen voor volwassenen die de persoon al lange tijd kennen en gedetailleerde kennis hebben van zijn of haar ontwikkeling. Dit kunnen familieleden, buren, neven en nichten, jeugdvrienden, voormalige leerkrachten en werkbegeleiders zijn. Door deze uitgebreide benadering willen we zorgverleners en families ondersteunen bij het nemen van goed geïnformeerde, op breed bewijs gebaseerde beslissingen.

Systematische documentatie en klinische validatie

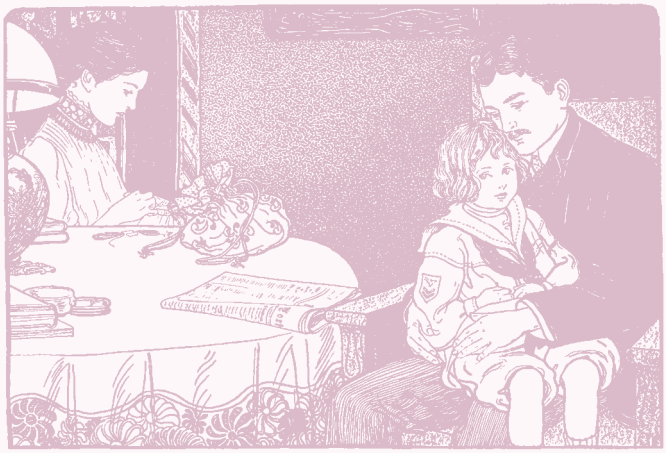
De primaire waarde van de familie- en vriendenenquête ligt in het vermogen om ouderlijke waarnemingen te objectiveren. Patiënten geven mogelijk aan dat hun 'genderincongruentie' altijd al aanwezig maar verborgen was, of dat ouderlijke weerstand voortkomt uit conservatieve opvattingen, maar deze beweringen vereisen een zorgvuldige klinische evaluatie.
Onderzoek van Abigail Shrier toont aan dat ouders die op zoek zijn naar grondige beoordeling vaak open-minded zijn, seksuele diversiteit accepteren, politiek progressief, vaak succesvolle en hoogopgeleide personen, met een diep inzicht over de ontwikkeling van hun kinderen.
De resultaten van de enquête tonen vaak consistent aan dat familieleden en bekenden vaak dezelfde observaties delen als de ouders. Het wordt relevant wanneer meerdere waarnemers uit verschillende contexten dan geen eerdere tekenen van genderincongruentie rapporteren. Vroege ontwikkelingspatronen worden doorgaans waargenomen door ten minste enkele leden van het sociale netwerk van een kind. **Daarom vormt deze systematische documentatie een cruciaal klinisch hulpmiddel dat serieuze overweging verdient.**

Genderkritische perspectieven zijn geen extreemrechtse politiek

Het is belangrijk op te merken dat Shrier, Barnes en vooral Reed (een lesbische zorgprofessional die getrouwd was met een transgender persoon toen ze haar whistleblower-verklaring aflegde) **progressieve intellectuelen** zijn. Dit toont aan dat de kritische analyse van de huidige werkprotocollen van de genderklinieken afkomstig is van diverse intellectuele achtergronden, en niet van een specifieke ideologische politieke positie.

Impact op de diagnose

De resultaten van de enquête geven de specialist inzicht hoe de hele familie de patiënt waarneemt en geven meer gewicht aan het aspect van familieproblemen in gevallen van uiteenlopende meningen. Officiële richtlijnen voor transgenderzorg bieden weinig informatie over familiekwesties, maar **het negeren van de gezinsdynamiek bij het overwegen van onomkeerbare medische interventies roept ernstige ethische zorgen op.**
Als er een sociale kloof is, zou relatietherapie eerst moeten plaatsvinden. **Het verstoren van het gezin door een zorgtraject met hoge mate van gezinsfrictie roept ernstige ethische zorgen op met betrekking tot patiëntenzorg en het welzijn van het gezin.**



Vader van 21-jarige non-binaire dochter op gesprek in Nederlandse kliniek

"Mijn dochter is 21 en heeft dus zelfbeschikkingsrecht en beweert non-binair te zijn. Haar wens was geen hormonen, maar wel een dubbele borstamputatie. Dat kan tot mijn grote verbazing dus in Nederland!
Ik wilde graag in gesprek met de kliniek en werd uitgenodigd. De psychiater begon met: 'Als uw dochter het gesprek wil beëindigen, is het direct klaar. De regie ligt volledig bij haar.' Later zei hij: 'Ik vind dat er eigenlijk helemaal geen psychiater aan te pas hoeft te komen. Tenzij er bijvoorbeeld sprake is van zware depressie of psychose; dan gaan we een ander traject in. Als je zegt wat je bent dan ben je dat, dat is voor mij voldoende.'
De psycholoog vergeleek de situatie met een tatoeage of emigratie: 'Soms maken kinderen keuzes waar je niet blij mee bent, maar je zult dat als ouder toch moeten accepteren.'
Mijn dochter en ik hebben sinds de operatie enkele maanden geleden geen contact meer vanwege ons verschil van inzicht."

Klinische overwegingen met betrekking tot coëxisterende aandoeningen

Vanwege de toenemende wetenschappelijke twijfel over het genderaffirmatieve model en de opkomende onderzoeksresultaten hebben wij deze enquête ontwikkeld om clinici te helpen bij een grondige evaluatie van mogelijke naast elkaar bestaande aandoeningen. Wanneer een jongere trauma heeft ervaren, zelfhaat vertoont, of een neuro-ontwikkelingsstoornis zoals autisme heeft, moet er zorgvuldig worden overwogen hoe deze factoren van invloed kunnen zijn op hun zelfgerapporteerde 'genderdysforie'. Deze grondige evaluatie is essentieel voordat er onomkeerbare medische of chirurgische interventies worden overwogen, in lijn met het fundamentele principe van de geneeskunde: **'Primum non nocere' (vooreerst geen kwaad doen).**

Diagnostische overschaduwing

Het **Cass Review** waarschuwt voor **'diagnostische overschaduwing'**. Mogelijk koppelt de specialist het probleem aan een verkeerde oorzaak. Patiënten kunnen hun ongemak toeschrijven aan aandoeningen in plaats van dit te koppelen aan andere onderliggende factoren en deze aan te pakken. Dit patroon is vaker waargenomen bij eerdere ineens veelvoorkomende aandoeningen zoals RSI (repetitieve strain injury), het valseherinneringssyndroom en dissociatieve identiteitsstoornissen. Deze aandoeningen delen vaak kenmerken zoals recente brede erkenning van het verschijnsel, het moeilijk objectief meetbaar zijn en het voornamelijk vertrouwen op zelfrapportage van de patiënt. Hoewel het ongemak reëel is, verdienen mogelijke nocebo-effecten (negatieve verwachtingen die de klacht veroorzaken) aandacht. Omdat genderbevestigende behandelingen vaak onomkeerbare medische interventies omvatten, zijn de implicaties van diagnostische overschaduwing aanzienlijk. Recente gegevens die wijzen op een uitvalpercentage van 30% bij naonderzoek, roepen zorgwekkende vragen op. Daarom zijn grondige documentatie en een uitgebreide evaluatie essentieel voordat wordt overgegaan tot medische interventies.

SOC-8 en het Nederlandse Protocol in conflict met het Cass Review

Kort na de publicatie van het Cass Review stuurden Nederlandse klinieken een verklaring uit waarin werd beweerd dat de in het rapport beschreven praktijken al gemeengoed waren in Nederland. **Dit is onjuist.** Het oorspronkelijke Nederlandse protocol was gebaseerd op **patiënten die vanaf jonge leeftijd duidelijk gendernonconform gedrag vertoonden** en de wens uitten om van het andere geslacht te zijn. Daarnaast was een strikte voorwaarde dat de kinderen **geen andere problemen** hadden en dat er sprake was van **steun vanuit het gezin.**
Ook de zogeheten **'real-life test'** maakte deel uit van het protocol. Dit was een fase van twee jaar waarin individuen moesten leven als het andere geslacht. Dit stelde hen in staat om de praktische gevolgen van hun transitie te ervaren en aan de kliniek te laten zien dat hun wens oprecht en weloverwogen was. Deze procedure werd in 2014 geschrapt. Tegenwoordig kunnen personen met de diagnose 'genderdysforie'— volledig gebaseerd op hun eigen zelfrapportage—direct na het ontvangen van een formele diagnose beginnen met hormoontherapie. Hoewel deze aanpak de toegankelijkheid vergroot, kan dit leiden tot uitdagingen, zoals onrealistische verwachtingen of onverwachte problemen die voor de transitie niet duidelijk waren. De praktijk in Nederland (en België) komt overeen met wat beschreven wordt in het boek van Barnes en vertegenwoordigt precies de kern van de kritiek die Cass in haar rapport uit.

Invloed op gezinsdynamiek

Het ontbreken van op bewijs gebaseerde verklaringen creëert aanzienlijke zorgen voor gezinnen. Ouders ervaren vaak ernstige stress tijdens dit proces, en gebrekkige communicatie vanuit de kliniek kan het gezinsleed verergeren. Wanneer klinieken nalaten om de zorgen van het gezin aan te pakken of duidelijke klinische onderbouwing te geven, **kan dit iatrogene* schade toebrengen aan het gezin.**

Uitvoering van de gezinsenquête

De gezinsenquête bevat een uitgebreide lijst van aandoeningen die vaak samenhangen met transzelfidentificatie. Ouders dienen aan te geven welke van deze aandoeningen zij hebben waargenomen. **Vraag bij het indienen de kliniek expliciet om feedback over:**

- Of de specialisten dezelfde patronen hebben waargenomen
- Zo niet, wat de klinische basis is voor andere waarnemingen
- Hoe geïdentificeerde aandoeningen invloed kunnen hebben op de zelfgerapporteerde 'genderdysforie'
- Wat volgens de specialisten het voorgestelde mechanisme van interactie is tussen de aandoeningen

Verantwoordelijkheid van de kliniek en gezinsrechten

Hoewel het respecteren van de privacy van de patiënt belangrijk is, blijft open communicatie essentieel, in het bijzonder bij genderdysforie gezien de verregaande implicaties van onomkeerbare medische interventies en hun invloed op de gezondheid op lange termijn. Beslissingen hebben effect op het hele gezin en kunnen aanzienlijke stressgerelateerde gezondheidsrisico's veroorzaken. **Daarom heeft het gezin het recht om voldoende informatie te ontvangen om klinische beslissingen te begrijpen en te verwerken.** Wanneer klinieken weigeren om deze zorgen aan te pakken, lopen ze het risico iatrogene schade te veroorzaken, niet alleen aan de patiënt maar ook aan het gezin. **Zorgverleners moeten ethische normen handhaven die rekening houden met zowel het individuele welzijn als het welzijn van het gezin.** Ze mogen geen patiënten 'maken'.

Ouder van een dochter met meerdere aandoeningen

*"Onze volwassen dochter ontwikkelde tijdens haar middelbare schooltijd een non-binaire identiteit, **mede door sociale invloed en online invloeden.** Ze besloot haar borsten te laten verwijderen om te bewijzen dat ze 'transmasc' was. Ondanks een brief waarin **haar bijkomende psychische aandoeningen werden vermeld, zoals eetstoornissen, autisme, trauma door pesten en een obsessief-compulsieve stoornis (OCD),** heeft onze zorgverlener de gezonde borsten van onze dochter verwijderd. De medische organisatie heeft nooit contact met ons opgenomen om de psychische problemen van onze dochter te bespreken. We kunnen de slechte therapeuten bedanken voor het toegeven aan deze zelfhaat en dit zelfbeschadigende gedrag."*

5 H. Postma (Oct 2024) **The Dutch Leaks: Trans Regret is Possibly 33%** https://genspect.org/trans-regret-is-possibly-33/
* 'Iatrogeen' betekent: schade juist door de behandeling veroorzaakt.

Kenmerken volgens de DSM-5-TR

De DSM-5-TR geeft twee sets van criteria voor het herkennen van genderdysforie (GD), namelijk vroege en late aanvang.[6]

Vroege ontwikkeling van genderdysforie (Early Onset Gender Dysphoria, EOGD)

Kinderen worden meestal gediagnosticeerd met genderdysforie als zij minstens zes maanden **significante stress** hebben ervaren en **ten minste zes van de volgende kenmerken** vertonen:

- Een sterk verlangen om van het andere geslacht te zijn of volhouden tot het andere geslacht te behoren.
- Sterke voorkeur voor het dragen van kleding die typisch is voor het andere geslacht
- Sterke voorkeur voor rollen van het andere geslacht tijdens doen-alsof-spel of fantasiespel
- Sterke voorkeur voor speelgoed, spellen of activiteiten die stereotypisch zijn voor het andere geslacht
- Sterke voorkeur voor speelmaatjes van het andere geslacht
- Sterke afwijzing van speelgoed, spellen en activiteiten die typisch zijn voor het eigen geslacht
- Sterke afkeer van de eigen lichamelijk geslachtskenmerken
- Sterk verlangen naar de fysieke geslachtskenmerken van het andere geslacht

Late ontwikkeling van genderdysforie (Late Onset Gender Dysphoria, LOGD)

Om als tiener of volwassene gediagnosticeerd te worden met genderdysforie, moet er minstens zes maanden significante stress zijn door ten minste twee van de volgende kenmerken:

- Duidelijke incongruentie tussen de primaire of secundaire geslachtskenmerken van het eigen geslacht en het ervaren en geuite andere geslacht
- Sterk verlangen om van de primaire of secundaire geslachtskenmerken van het eigen geslacht af te komen
- Sterk verlangen naar de primaire of secundaire geslachtskenmerken van het andere geslacht
- Sterk verlangen om van het andere geslacht te zijn
- Sterk verlangen om behandeld te worden als het andere geslacht
- Sterke overtuiging dat je de typische gevoelens en reacties van het andere geslacht hebt



Ouder van een tienerdochter die haar transitie heeft stopgezet

"Van haar 11e tot 15e worstelde mijn dochter met angst, PTSS en mogelijk ADHD. Ze hoorde over 'transgender' door ***te veel tijd online, schoolbegeleiders die achter onze rug om hierover met haar bespraken, en haar leeftijdsgenoten op school.*** *Het was ongelooflijk teleurstellend en verwarrend dat elke professional die ik vertrouwde om onze dochter te helpen naar een meer holistisch zelfbegrip, zich alleen richtte op 'genderidentiteit'. Onze zorgen dat de stress van onze dochter een fout copingmechanisme was en dat ze werd beïnvloed door anderen, werden van de hand gewezen. Haar privétherapeut noemde ons* ***'niet-accepterende ouders'.*** *De schoolbegeleider moedigde 'identiteitsonderzoek' aan en steunde het idee dat mijn dochter 'misschien echt een jongen is', en veranderde haar naam en voornaamwoorden op school. Toen ze somber en teruggetrokken werd, realiseerde ik me dat onze dochter, op 14-jarige leeftijd, in het geheim sprak met een trans-ideologisch geregistreerd maatschappelijk werker over het medische aspect van 'haar gender', hormooninjecties en operaties. Dit gebeurde allemaal zonder onze kennis of toestemming. Verbazingwekkend genoeg promootte zelfs onze kinderarts, ondanks alle problemen waarmee onze dochter worstelde, de 'opties' van puberteitsblokkers en binders.* ***Deze volwassenen gaven hun blinde vertrouwen aan een kind,*** *zonder het proces van identiteitontwikkeling te begrijpen en zonder te beseffen dat de focus van mijn dochter op genderidentiteit werd aangewakkerd door degenen die hierover met haar spraken alsof dit een reële mogelijkheid was. Mijn dochter besloot vlak voor haar 16e om ermee te stoppen, en is nu ontzettend dankbaar dat ik niet toegaf aan haar voortdurende eisen om haar als het andere geslacht te zien en medische interventies toe te staan.* ***Ons gezin zal de nasleep, het trauma en de woede van deze ervaring voor de rest van ons leven met ons meedragen en wij beschouwen onszelf als slachtoffers van een vreselijk medische ethisch schandaal."***

6 **DSM-V-TR online:** https://archive.org/details/dsm-5-tr/page/n1/mode/2up

Het onlogische van de DSM-5-TR criteria voor ‘genderdysforie’

Toon aan familie en vrienden

Feminisme en geslachtsrolpatronen en expressie

Het feminisme bekritiseert terecht stereotypering van mannelijke en vrouwelijke rolpatronen. Immers, elk persoon mag zich te uiten, zonder beperkingen door sociale normen zoals ‘meisjes spelen met poppen’ of ‘jongens moeten stoer zijn’. Een persoon vertoont bepaald gedrag, omdat hij of zij dat prettig of interessant vindt. **Dat moet vrij blijven van speculatie over vermeende ‘genderidentiteit’.**

De DSM-5-TR en ouderwetse seksestereotypering

In de criteria van de DSM-5-TR worden echter de niet specifiek gedefinieerde term ‘genderexpressie’ en de geslachtsrolpatronen wél als indicatoren voor de ervaarde ‘genderdysforie’ gebruikt. Bijvoorbeeld: Een jongen met een sterke voorkeur voor ‘meisjesspeelgoed’ of meisjesachtig gedrag kan voldoen aan de criteria voor ‘genderdysforie’. **Deze benadering is een terugval in ouderwetse stereotypen** en in strijd met het feministische idee dat gedrag losstaat van sekse. Het feminisme benadrukt terecht dat het doorbreken van seksestereotypen juist géén indicatie is van een zogenaamde ‘incongruentie van het geslacht’ en dit mag van geen enkele medische of diagnostische betekenis zijn.

Context van ‘genderdysforie’

De DSM-5-TR probeert ‘genderdysforie’ te identificeren bij personen die psychisch lijden aan een ervaarde incongruentie tussen hun geslachtelijke identiteit (op basis van ouderwetse stereotypen) en hun geslacht. Het gaat dus niet puur om gedrag, maar om gedrag in combinatie met significant ongemak. Het opvoeren van seksestereotypen als kenmerk is problematisch, omdat het kan leiden tot **onnodige pathologisering** van personen die simpelweg niet voldoen aan traditionele geslachtsrolpatronen.
Homoseksuele personen, artistieke mensen, mensen met autistische trekken of mentale klachten vertonen vaak atypisch gedrag. De zelf genomen conclusie van de persoon moet onderzocht worden. Waarom komt de persoon tot de gedachte dat hij of zij van het andere geslacht is of tot geen geslacht (non-binair) behoort, terwijl dit geen biologische realiteit is? Een betere oplossing is om de diagnose onafhankelijk te maken van seksestereotypen. Vrijheid in ‘genderexpressie’ maakt transmedicalisatie overbodig. Want waarom een lichaam beschadigen als iemand zichzelf simpelweg kan uiten in welke vorm dan ook?

Wat analyseert de DSM-5-TR?

De criteria van de DSM-5-TR analyseren dus of een persoon zich geslachtsconform of geslachtsnonconform gedraagt op basis van ouderwetse seksestereotypen. **Dat is in de kern al onjuist**, maar indien een persoon zich duidelijk geslachtsconform gedraagt volgens de leefomgeving, moet dit een enorme rode vlag zijn voor de kliniek en mag er geen transmedicalisatie plaatsvinden. Immers de DSM-5-TR criteria stellen dat er geslachtsnonconforme expressie moet zijn, en die is nu juist niet zichtbaar bij deze groep.
Indien er geslachtsnonconform gedrag is, is dat **nog altijd geen legitieme reden** om transmedicalisatie te laten plaatsvinden, want het atypische gedrag kan om volledig andere redenen zijn en dat is niet te bepalen via de te simpele en onjuist gestelde DSM-5-TR criteria. De kliniek zal moeten aantonen hoe zij dan wel gekomen is tot hun diagnose. Te verwach-ten is dat ook zij dat niet kunnen, want hier bestaan geen meetmethoden voor. **‘Primum non nocere’ (vooreerst geen kwaad doen) gaat boven medicalisatie van wat niet vast te stellen is.**

Is de familie- en vriendenenquête dan overbodig?

Het komt vaak voor dat familie en vrienden uit compassie meegaan in het verhaal van de persoon. Deel 1 van de enquête, die gebaseerd is op de DSM-5-TR, laat vrienden en familie nadenken hoe onlogisch de diagnostische criteria eigenlijk zijn en dat deze nooit de basis mogen zijn voor een akkoord op zeer ingrijpend lichaamsbeschadigende transmedicalisatie. De navolgende delen van de enquête geven de kliniek aanvullend inzicht in wat er aan de hand is met de persoon.



Kenmerken van plots ontstane genderdysforie (Rapid Onset Gender Dysphoria, ROGD)

ROGD, of Rapid Onset Gender Dysphoria ('plots ontstane genderdysforie'), is een hypothese van dr. Lisa Littman die **de plotselinge opkomst van geslachtsgerelateerde stress** beschrijft, met name bij pubers en jongvolwassenen zonder eerdere tekenen van 'genderdysforie' in de kindertijd.[7]

De ROGD-hypothese suggereert dat gendergerelateerde stress kan worden beïnvloed door sociale en omgevingsfactoren, waaronder:

- sociale isolatie (bijv. tijdens de COVID-19-pandemie)
- invloed van internet (door toegenomen online activiteit op social media)
- onderliggende angst
- foutieve interpretatie van andere psychische gezondheidsproblemen
- dynamiek binnen de vriendengroep

De familie- en vriendenenquête als indicator voor ROGD

Een onverwachte bijvangst kwam naar voren tijdens de ontwikkeling van de familie- en vriendenenquête: Het hulpmiddel bevestigt de waarschijnlijkheid van de ROGD-hypothese. Littmans hypothese leidde tot aanzienlijke klinische discussie wereldwijd, aangezien het in direct conflict is met het genderbevestigende model, dat genderidentiteitsclaims beschouwt als aangeboren en onveranderlijk.

Een veelgehoorde kritiek op Littmans onderzoek - dat het gebaseerd was op ouderinterviews in plaats van directe patiënt-verslagen - negeert belangrijke methodologische overwegingen met betrekking tot zelfrapportage-bias in klinische beoordeling. **De familie- en vriendenenquête helpt om de observaties van ouders te objectiveren**, door systematische documentatie te bieden over wanneer en hoe geslachtsgerelateerde stress zich heeft ontwikkeld.

De wetenschappelijke consensus verschuift

Een snelgroeiende groep experts, waaronder **Hilary Cass, Jonathan Haidt, Gordon Guyatt (EBM), Richard Dawkins, Ray Blanchard, Stephen Levine, Michael Bailey, Ken Zucker, Marcus Evans, Michael Biggs, Riittakerttu Kaltiala** en vele andere vooraanstaande onderzoekers, ondersteunt Littmans analyse. Mede vanwege de academische kwalificaties van deze experts dient ROGD serieuzer genomen te worden dan genderklinieken ons willen laten geloven. Hun beeld past niet meer bij de groeiende bewustwording anno 2025 dat sociale besmetting zeer waarschijnlijk een grote een rol speelt in de extreme toename.

Belangrijk om te weten

Het bestaan van ROGD wordt vaak genegeerd door klinieken die 'genderbevestigende zorg' bieden, omdat dit direct in conflict is met het verstrekken van medicatie en chirurgie, aangezien dit type van geslachtelijke stress niet aangeboren, maar sociaal opgewekt is. De kliniek moet bewijzen waarom iemand geen ROGD heeft. Wij als ouders hoeven niet te bewijzen dat ROGD bestaat. **Dit is een omkering van de bewijslast die wordt opgelegd aan ouders die geen specialisten zijn en geen onderzoeksmiddelen tot hun beschikking hebben.**



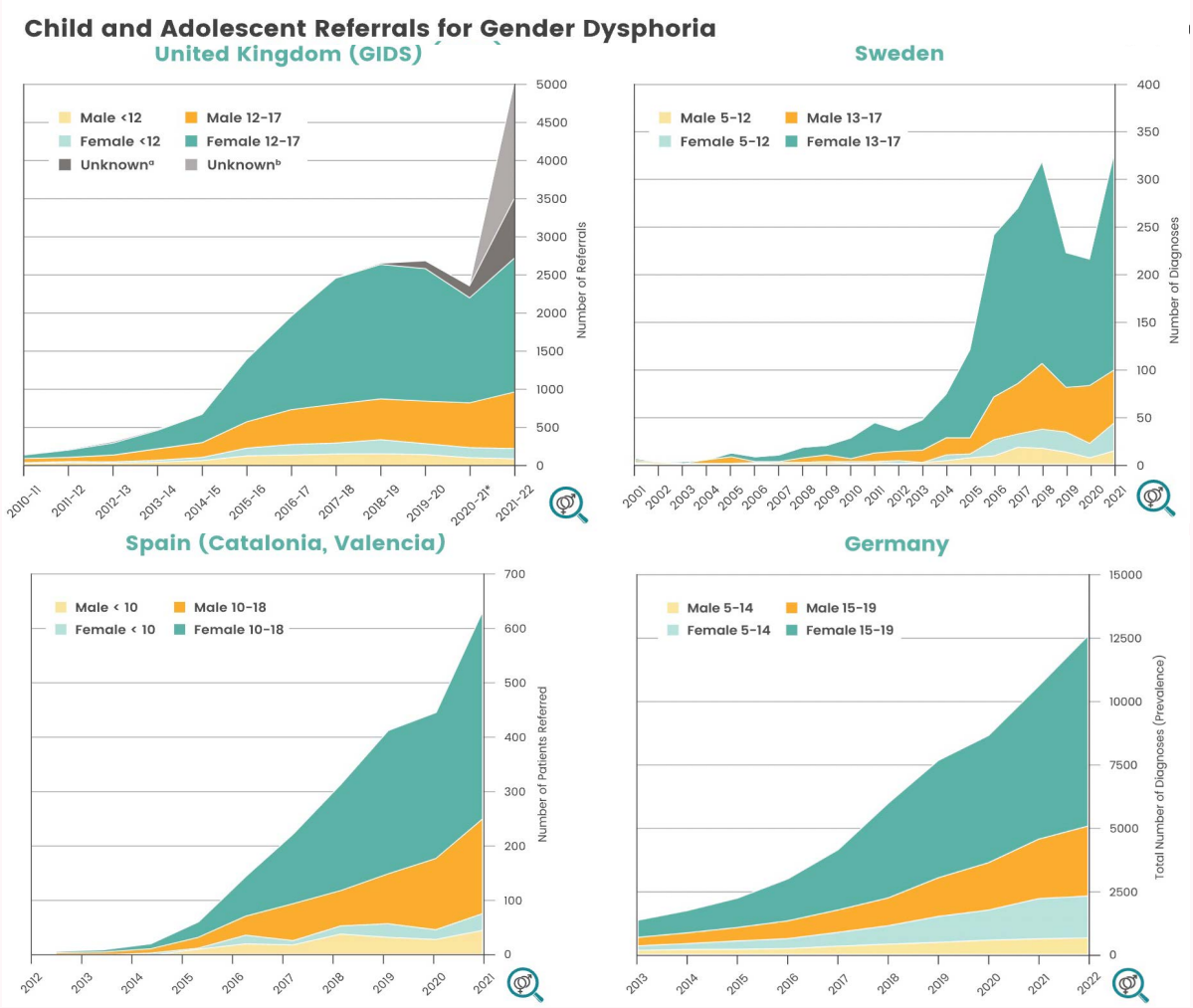
Ouder van een 23-jarige dochter die haar transitie heeft stopgezet

"Toen ik onze huisarts vertelde dat mijn 23-jarige dochter zich als transgender identificeerde, verwees ze meteen naar de genderkliniek. Ik vond dat het bevestigen van de zelfdiagnose van mijn dochter niet de juiste koers was. Ik wilde een gesprek hebben met de arts over het fenomeen van ***'Rapid Onset Gender Dysphoria'****, wat de symptomen van mijn dochters gedrag nauwkeurig beschreef. De arts wilde niet naar me luisteren.* ***Toen ik haar een geprint artikel over ROGD wilde geven, stak ze haar handen in de lucht en weigerde het aan te nemen.*** *Ze zei dat ze veel transgenderpatiënten heeft en al genoeg wist. Ik verloor het vertrouwen in die arts en ben nooit meer teruggegaan. Mijn dochter heeft sindsdien haar transitie stopgezet. Ik ben nog steeds boos op die arts, omdat ze me niet serieus nam, en ben enorm opgelucht dat we haar slecht geïnformeerde en misleidende advies niet hebben opgevolgd."*

7 Lisa Littman (2018) **Parent Reports of Adolescents and Young Adults Perceived to Show Signs of a Rapid Onset of Gender Dysphoria**
https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330

Epidemie

Nadat in 2014 het begrip geslachtsidentiteitsstoornis in de DSM werd vervangen door genderdysforie en er volop in de media gepubliceerd werd over transgenderjongeren, steeg het aantal aanmeldingen bij de klinieken in alle Westerse landen met **2000% tot 5000% procent**. Nederland heeft sinds 2016 geen grafiek publiek gemaakt, echter ook hier zijn de getallen identiek. Van enkele tientallen (±50) per jaar naar ongeveer 2000 patiënten anno 2024, dat is **een toename van ±4000%**. België publiceert zelfs totaal **geen data over de plotselinge groei**.



Wertherisme

Wertherisme, of Werther-effect, een term afgeleid van Goethe's roman *Die Leiden des jungen Werthers* (1774), verwijst naar het fenomeen waarbij mensen zich laten beïnvloeden door media of verhalen, **vooral op het gebied van zelfdestructief gedrag**. In het boek pleegt het hoofdpersonage Werther zelfmoord met een pistool nadat zijn liefde voor een onbereikbare vrouw onbeantwoord blijft. Na de publicatie werd een toename waargenomen van jonge mannen die op een vergelijkbare manier zelfmoord pleegden en soms zelfs in dezelfde kledingstijl als Werther. Met andere woorden: Er ontstond een zeer absolute, collectieve overtuiging dat geluk uitsluitend kon worden bereikt door **'de ware liefde'; zonder dat vooruitzicht leek zelfmoord de enige uitweg.** Dit leidde tot het begrip 'Werther-effect', dat verwijst naar het risico van imitatiegedrag na berichtgeving over zelfmoord.

Detransitioner Charlie Bentley-Astor *(geïnterviewd door Andrew Gold)*

> *"Queer Destiny is in essentie het nogal kwalijke idee dat als je geboren wordt als homo, bi, trans of queer — welk label je ook kiest — dit het belangrijkste aan je is. Het wordt hèt bepalende kenmerk van je bestaan en bepaalt de loop van je leven. Je hebt slechts twee keuzes: Je omarmt het volledig, of je pleegt zelfmoord. Want als je het niet accepteert, gaat het etteren en raak je zo opgesloten in jezelf, op zo'n afschuwelijke manier, dat je enige ontsnapping zelfmoord is. Maar uiteindelijk is het slechts een idee."*

Detransitioner Christina Hineman

> *"Een soort punkgedrag, maar in plaats van seks, drugs en rock-'n-roll waren het alleen drugs. En operaties. Het is een gemedicaliseerde versie van normale tienerrebellie. En ik werd er volledig in meegezogen."*

Mia Hughes *- auteur van de 'WPATH Files'*

> *"Rapid-onset genderdysforie is de duidelijkste sociale besmetting die ooit heeft plaatsgevonden."*

Op 21 februari 2023 hoorde de **Florida House Health & Human Services Committee** een getuigenis van de erkende psychiater **dr. Stephen Levine,** klinisch hoogleraar psychiatrie aan de Case Western Reserve University. Hij schetste dertien wetenschappelijk onjuiste aannames die de basis vormen van genderbevestigende zorg voor 'genderdysforie' bij kinderen.*

"Ik heb dertien ideeën gevonden in de literatuur van mensen die medicalisatie ondersteunen voor kinderen, adolescenten en volwassenen met het transgenderfenomeen. Elk van deze dertien punten is volgens mij wetenschappelijk onjuist. Niettemin worden ze stevig geloofd. Wanneer ze in gesprekken weerlegd of zelfs slechtes alleen maar aangestipt worden, leidt dat tot een gepassioneerde verontwaardiging dat ze niet waar zouden zijn. Echter, voor zover ik kan zien, zijn deze dertien ideeën niet wetenschappelijk verifieerbaar en klinisch duidelijk incorrect. Toch worden ze herhaaldelijk herhaald in de teksten en gesprekken van therapeuten die affirmatieve zorg ondersteunen.
Voordat ik deze dertien punten presenteer, wil ik een andere invalshoek bieden voor deze grote vraag over transgenderzorg voor jongeren: Is dit een voorbeeld van een therapeutische vooruitgang om getroffen mensen te helpen, of is het wederom een medische misstap? In de medische wereld hebben we ***een geschiedenis van veel medische misstappen.*** *De meest recente, en ook een van de schadelijkste, is de opioïdencrisis. We begonnen opioïden ruimhartig voor te schrijven zonder wetenschappelijke onderbouwing van het nut en de schade ervan. Nu lijden in elke staat in de Verenigde Staten, en elders, mensen aan vroegtijdige sterfte door opioïdenmisbruik.*

Hier zijn de dertien punten die, naar mijn mening, niet waar zijn:
1. 'Een transidentiteit, eenmaal vastgesteld, is onveranderlijk en blijft altijd hetzelfde.' Dit is duidelijk niet waar.

2. 'Transidentiteiten worden primair veroorzaakt door prenatale biologische factoren.' Deze claim suggereert dat de behandeling simpelweg een biologische of embryologische fout corrigeert.

3. 'Seksuele geaardheid is volledig onafhankelijk van genderidentiteit.' Seksuele geaardheid is een voorkeur voor romantische en seksuele relaties met leden van een bepaalde groep (mannen of vrouwen). Echter, wanneer kinderen zich ontwikkelen—van kindertijd tot puberteit en door de adolescentie heen—komt genderdysforie vaak samen voor met gelijkgeslachtelijke aantrekkingskracht, wat aangeeft dat ze niet volledig gescheiden fenomenen zijn.

4. 'Geen enkele vorm van genderidentiteit is een afwijking of een symptoom van een ander probleem.' Dit is geen psychologisch houdbaar concept, maar het wordt vaak geclaimd in de literatuur.

5. 'Genderdysforie is een ernstige medische aandoening die medische interventie vereist, maar alleen als de patiënt dit wil.' Dit idee bevat een inherente paradox: als het een ernstige medische aandoening is, impliceert dat de noodzaak van behandeling, maar alleen als de patiënt dit wenst.

6. 'De bijbehorende emotionele problemen worden voornamelijk veroorzaakt door het leven in een discriminerende wereld.' Veel kinderen die worden gediagnosticeerd met genderdysforie hadden eerder al andere psychologische diagnoses.

7. 'Er bestaan geen effectieve alternatieven voor affirmatieve zorg.' Artsen beweren vaak dat dit de enige oplossing is voor kinderen, maar alternatieve psychiatrische benaderingen, zoals besproken door dr. Laidlaw, bestaan wel degelijk.

8. 'Pogingen om psychotherapie te bieden zijn onethische vormen van conversietherapie en moeten verboden worden.' Elke poging om het kind en het gezin te helpen wordt vaak bestempeld als conversietherapie, met oproepen om dit in verschillende rechtsgebieden te verbieden (in plaats van psychotherapie om de onderliggende psychische problemen aan te pakken, red.)

9. 'Affirmatieve zorg verbetert blijvend de mentale gezondheid en sociale functie.' Dit wordt vaak als rechtvaardiging gebruikt, maar langetermijnstudies die dit aantonen ontbreken. Sterker nog, data wijzen op verhoogde sterftecijfers onder transseksuele volwassenen.

10. 'Affirmatieve zorg vermindert suïcidale gedachten en voorkomt zelfmoord.' Dit is een krachtige, dwingende boodschap die aan ouders van tieners wordt verteld. Echter, studies—zoals die uit Zweden—tonen aanzienlijk verhoogde zelfmoordcijfers aan bij volwassenen die geslachtsveranderende operaties hebben ondergaan.

11. 'Jonge tieners weten het beste wat hen in de toekomst gelukkig zal maken.' Deze claim gaat ervan uit dat een tiener zijn of haar "ware zelf" volledig begrijpt, wat niet noodzakelijk het geval is.

12. 'Het voldoen aan de diagnostische criteria voor genderdysforie voorspelt een goed resultaat met affirmatieve zorg.' Dit is aantoonbaar onjuist.

13. 'Spijt en detransitie komen zelden voor bij deze patiënten.' De afgelopen jaren hebben aangetoond dat detransitie steeds vaker wordt herkend. De registratie van "spijt" is te beperkt, omdat detranstioners hun behandelaar hier meestel niet over informeren en doet geen recht aan de complexiteit van dit fenomeen.

Deze dertien ideeën vormen de kern van de beweringen over affirmatieve zorg. ***Als de ideeën zelf niet waar of wetenschappelijk onderbouwd zijn, hoe kunnen we dan vertrouwen op de behandelingen die daarop gebaseerd zijn?****"*

Ter aanvulling in dezelfde lijn als de opsomming van Levine:
De Duitse versie van deze Genspect-enquete benoemt via een citaat van de Duitse kritische denker Alexander Korte dat elke DSM-diagnose **altijd** een momentopname is en **nooit een reden mag zijn voor permamente onomkeerbare lichaamsaanpassingen**.[39]

8 **Dr. Stephen Levine: 13 Untruths Behind Gender Affirmative Therapies for Kids** (Feb 2023) https://www.youtube.com/watch?v=OflbCjj_hVc
39 **Hinter dem Regenbogen, A. Korte, pagina 210** (2024) https://shop.kohlhammer.de/hinter-dem-regenbogen

Aanbevelingen om te onderzoeken

Des te meer u weet, des te beter kunt u uw kind beschermen.

Boeken en literatuur over gender

- *Trans* - **Helen Joyce,** ISBN-13 978-9463833547 (2024). Over de problemen van genderideologie vanuit het breedste sociologische perspectief. **Nederlandse editie** is verkrijgbaar via Bruna.
- *End of Gender: Debunking the Myths About Sex and Identity in Our Society* - **Debra Soh** ISBN-13 978-1982132521 (2023). Een essentiële kritiek op de onjuistheden in gender studies als wetenschap.
- *Irreversible Damage* - **Abigail Shrier** ISBN-13 978-1800750364 (2021). Over ROGD.
- *Time to Think* - **Hannah Barnes** ISBN-13 978-1800751118 (2023). Over het Tavistock-schandaal en de verontrustende wetenschap en geschiedenis van genderbevestigende zorg als een vals behandelingsmodel.
- *Detrans* - **Dr. Az Hakeem** ISBN-13 979-8862184549 (2023). Over de psychologie van travestie- en transseksueel gedrag en de ernstige gevolgen daarvan.
- *When Kids Say They're Trans* - **Lisa Marchiano, Stella O'Malley & Sasha Ayad** ISBN-13 978-1800752641 (2023). Een gids voor ouders.
- *Lost in Trans Nation: A Child Psychiatrist's Guide Out of the Madness* - **Miriam Grossman** (2023) ISBN-13: 978-1510777743 Hoofdthema van dit boek: Ouders kennen hun kind het beste.
- *The WPATH Files* - **Mia Hughes** (2024). Onthult de corruptie binnen WPATH en hoe dit alle genderzorg wereldwijd heeft beïnvloed.
- *The Cass Review, Final Report* - **Hilary Cass** (2024). Het meest uitgebreide systematische onderzoek over het genderbevestigende zorgmodel. Dit rapport ligt volledig in lijn met de problematiek die Barnes ook al in haar boek naar voren bracht.

Boeken met een breder perspectief

- *Bodies under Siege* - **Armando R. Favazza** ISBN-13 978-0801899669 (2011). Over zelfverminking, niet-suïcidale zelfbeschadiging en lichaamsmodificatie in cultuur en psychiatrie.
- *Massa en Macht* - **Elias Canetti** ISBN-13 978-9025315696 (2022). Over collectief gedrag, massawanen, sekten en extreme (zelfbeschadigings)rituelen.
- *The Rape of the Mind* - **Joost A. M. Meerloo** ISBN-13 978-1-61577-376-3 (2009). Over de psychologie van gedachtecontrole, menticide en hersenspoeling.

Geen lezer? Geen probleem!

- **Bekijk interviews op YouTube** van de hierboven genoemde experts. Luister **Gender: A Wider Lens** podcast.
- Sluit u aan bij Facebookgroepen. Er zijn vele Engelstalige groepen. Voor Nederlandse en Vlaamse ouders is er de groep **Bezorgde ouders van kinderen met genderdysforie**. Dit is een kritische groep. Er is ook **Ouders van transgenderkinderen**. De laatste is een oudergroep die juist geloven dat hun kind trans is. De twee groepen verschillen dus flink qua toon, kies wat voor u het beste aanvoelt en vermijd conflict.
- **Ga op X** (en andere sociale mediaplatforms) en volg nederlandstalige genderkritische organisaties zoals Voorzij, Genderpunt, Cry for Recognition, MeMoMa en engelstalige organisaties als Genspect, Stats for Gender, PITT, Parents of Desisters, Do No Harm, Therapy First, CAN-SG en vele anderen.
- Neem contact op met oudergroepen en genderkritische organisaties: **Voorzij, Cry for Recognition, Genderpunt, MeMoMa, NPV Zorg.** U kunt een verschil van inzicht met een kliniek niet alleen af.
- **Schrijf brieven** naar de media en politici en vraag om hulp.
- **Bezoek conferenties** om contacten te leggen.

***Eliza Mondegreen** - journalist op de European Professional Association for Transgender Health conferentie*[8]

*"In een verontrustende update over de samenhang tussen autisme en transgenderidentiteit bij patiënten in de Nederlandse kliniek, meldden onderzoekers dat — van de 30 patiënten die mogelijk in aanmerking kwamen voor deelname aan een 17-jarige follow-upstudie — **vier hadden geweigerd** deel te nemen, **twee waren gedetransitioneerd**, één die niet was gedetransitioneerd die **ernstige spijt** uitte over de vaginoplastiek, en **twee waren 'overleden'**. Pas aan het einde van de presentatie gaven de onderzoekers toe dat deze twee patiënten in werkelijkheid **zelfmoord** hadden gepleegd. Volgens de onderzoekers toonden de zelfdodingen aan dat er 'twee kanten aan de medaille' zijn, dat er 'geen glazen bol' bestaat en dat het onderwerp 'niet zonder nuance behandeld mag worden.' Wat een 'genuanceerde' aanpak precies inhoudt, bleef echter onduidelijk. Betekent 'nuance' soms het verdoezelen van negatieve uitkomsten om ongewenste conclusies te vermijden?*

De presentatoren gingen liever in op de 'diversiteit' van hun 'trans-autistische' patiënten, met hun uiteenlopende zelfidentificaties 17 jaar nadat zij begonnen waren aan hun transitiepad: 'fee', 'elf', 'non-binair', 'vriendelijke, niet-intimiderende vrouw', 'cis' (lees: gedetransitioneerd). "Elke doorverwijzing," aldus de presentatoren — inclusief de patiënten die stierven, gedetransitioneerd waren of spijt ervoeren — "volgde hun eigen unieke pad met betrekking tot hun genderidentiteit en het traject van hun mentale gezondheid."

*Steeds opnieuw presenteerden onderzoekers en clinici alarmerende bevindingen die erop wijzen dat er iets ernstig misgaat in de wereld van 'genderbevestigende zorg', om vervolgens na te laten hun conclusies toe te passen op hun werk. **Ondanks de tragische gevolgen blijft men deze zorg als 'essentieel' en 'levensreddend' beschouwen — zelfs wanneer patiënten overlijden.**"*

9 Eliza Mondegreen (4 mei 2023) **Part I: Three days at the European Professional Association for Transgender Health** https://genspect.org/dont-stop-believin-three-days-at-the-european-professional-association-for-transgender-health/

Genspect

Overhandig aan kliniek

Familie- en vriendenenquête

Een objectivering van het ouderlijk perspectief

Voor klinische beoordeling voorafgaand aan het starten van genderbevestigende interventies

Gendergerelateerde kwesties zijn complex. Uzelf of de mensen om u heen begrijpen misschien niet elk aspect. Aarzel niet om hulp te vragen. Neem contact op met andere ouders. Stel vragen in relevante online-groepen. Benader organisaties die gespecialiseerd zijn in genderkritische onderwerpen.



Zestien vragen gebaseerd op DSM-5-TR-criteria

Om deze enquête te ontwikkelen, zijn de DSM-5-TR-criteria herschreven in vragen die geschikt zijn voor familieleden en vrienden. We hebben twee kenmerken uit de sectie voor kinderen overgenomen en tevens toegepast op het gedrag van adolescenten (Vraag 7 en 8).

Heden

1. Is er een duidelijke zichtbare discrepantie tussen het gewenste geslacht (genderexpressie) en het biologische geslacht? 0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

2. Drukt de persoon een sterke wens uit om zich van zijn of haar seksuele kenmerken te ontdoen?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

3. Presenteert de persoon zichzelf duidelijk als het tegenovergestelde geslacht in kleding en gedrag?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

4. Drukt de persoon een sterke wens uit om het tegenovergestelde geslacht te worden?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

5. Drukt de persoon een sterke wens uit om behandeld te worden als het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

6. Vertoont de persoon typische gevoelens en reacties die normaal gesproken geassocieerd worden met het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

7. Ziet u uitingen in hun muziekvoorkeuren, films, anime, hobby's, die stereotypisch zijn voor het tegenovergestelde geslacht? 0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

8. Zoekt de persoon sociale interactie met groepen van hetzelfde geslacht of het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Allebei

Verleden

9. Toonde de persoon als kind een sterke wens om van het tegenovergestelde geslacht te zijn?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

10. Droeg de persoon als kind kleding die typisch is voor het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

11. Toonde de persoon als kind een sterke voorkeur voor rollen van het tegenovergestelde geslacht in fantasie of 'doen-alsof spel'? 0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

12. Toonde de persoon als kind een sterke voorkeur voor speelgoed, spellen of activiteiten die stereotypisch geassocieerd worden met het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Allebei

13. Had de persoon als kind een sterke voorkeur voor speelmaatjes van het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Geen voorkeur

14. Had de persoon als kind een sterke afkeer van speelgoed, spellen en activiteiten die typisch zijn voor zijn of haar geslacht? 0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

15. Had de persoon als kind een sterke afkeer van zijn of haar eigen seksuele anatomie?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

16. Had de persoon als kind een sterke wens voor fysieke seksuele kenmerken die overeenkomen met het ervaren geslacht? 0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

Familie en vriendenenquête - 2

Overhandig aan kliniek

Vragen over de achtergrond van de persoon en sociale invloed

1. Is de transidentiteit plotseling ontstaan tijdens of na de puberteit zonder eerdere tekenen in de kindertijd?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

2. Denkt u dat de persoon beïnvloed kan worden door vrienden?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

3. Zijn er transgender/non-binaire/‘queer’ mensen in de klas of vriendengroep?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

4. Denkt u dat online informatie een rol speelt in de zelfdiagnose van de persoon?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

5. Denkt u dat deze persoon mogelijk andere mentale gezondheidsproblemen heeft, zoals angst, depressie of autisme spectrumstoornis?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet
   Indien ja, welk opvallend gedrag vertoont de persoon?

6. Gedroeg de persoon zich anders als kind of voor de uiting van hun zelfdiagnose vergeleken met nu?
   0 Ja 0 Nee
   Indien ja, kunt u beschrijven hoe die verandering eruitziet?

7. Heeft de persoon zich kort voor of na de ‘coming out als trans/non-binair’ afgewend van de familie en/of voormalige vrienden?
   0 Ja 0 Nee

8. Zijn de meeste vriendschappen en activiteiten nu gerelateerd aan hun de transidentiteit?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

9. Heeft u de indruk dat de persoon in de war is over zijn of haar identiteit en een onjuiste zelfdiagnose maakt?
   0 Ja 0 Nee

10. Denkt u dat voor de persoon een transidentiteit gewoon een tijdelijke interessante fase kan zijn?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet



Familie en vriendenenquête - 3

Overhandig aan kliniek

Aanvullende vragen

1. Moet de indruk van de familie sterk meegewogen worden in de diagnose?
   0 Ja 0 Nee
   Waarom denkt u dat?

2. Moet de mening van de huisarts en andere zorgverleners ook worden ingewonnen en in overweging genomen?
   0 Ja 0 Nee

3. Denkt u dat de persoon homoseksueel, biseksueel of aseksueel zou kunnen zijn?
   0 Ja 0 Nee

4. Zou er sprake kunnen zijn van innerlijke schaamte over mogelijke homoseksualiteit bij de persoon?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

5. Heeft de familie problemen met homoseksuele personen?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet
   Indien ja, kunt u een verklaring geven?

6. Heeft een eventueel aanwezige religieuze gemeenschap/werkplek/sportclub problemen met homoseksuele personen?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

7. Heeft u inzicht in wat de persoon ongelukkig maakt met zijn of haar lichaam?
   0 Ja 0 Nee
   Indien ja, kunt u een verklaring geven?

8. Heeft u zelf ooit serieuze gendergerelateerde distress ervaren toen u jonger was, of nu?
   0 Ja 0 Nee
   Indien ja, kunt u een verklaring geven?

9. Is er nog iets anders dat je zou willen toevoegen met betrekking tot de diagnose van de persoon of dit vragenformulier?



10a. Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over mannen)

De medische literatuur documenteert de volgende ernstige mogelijke bijwerkingen:*

Puberteitsremmers

- Permanente beperking van seksueel functioneren, inclusief vruchtbaarheid en geen ontwikkeling van orgasme [32,33]
- Langdurige effecten op botdichtheid (osteoporose) en groei [10]
- Negatieve impact op neuropsychologisch functioneren [10]
- Onderontwikkeld genitaal weefsel (micropenis), wat toekomstige chirurgische opties kan belemmeren [11]

Oestrogeenbehandeling (in combinatie met anti-androgenen)

- Verhoogd sterfterisico [12]
- Insulineresistentie (33% van de patiënten) met verhoogd risico op diabetes [13]
- Verhoogd risico op kanker (borst- en leverkanker, meningioom (hersenvliestumor)) en leverschade
- 26 keer meer kans op testikelkanker (1 op 100 patiënten) [14]
- Trombose (5% van de transvrouwen, 22 keer hoger dan cis-mannen) [15]
- Significante gewichtstoename en herschikking van lichaamsvet
- Cardiovasculaire complicaties, sterftecijfer 2,6 keer hoger [12]
- Ernstige afname van spiermassa
- Permanente onvruchtbaarheid (zeer veelvoorkomend) [16]
- Veranderingen in seksuele functie, libido-afname, impotentie [17]
- Progressieve afname van botdichtheid
- Sterke krimping van testikels

Postchirurgische complicaties (na vaginoplastiek)

- Orgaanverzakkingen (tot 7,5%) [18]
- Incontinentie (tot 15%) [18]
- Chronische urinewegklachten (tot 20%) [18]
- Dood door infecties, sterftecijfer 9 keer hoger [12]
- Seksuele disfunctie (tot 75%) [18]
- Geen orgasme (studies zijn uitermate gebrekkig en presenteren vertekende cijfers door slechte methodologie)

Algemene overwegingen

- **11% van de mannen (transvrouwen), gemiddelde leeftijd 23, stierf na 11 jaar** [12]
- Permanente afhankelijkheid van hormoontherapie en medische supervisie [19,20]
- Substantiële risico's op ernstige medische complicaties [11-16,18, 21-27, 32,33,26]
- Hoge waarschijnlijkheid van permanent verlies van vruchtbaarheid en seksueel functioneren [16]
- Aanhoudend verhoogd suïciderisico na de transitie, sterftecijfer 7 keer hoger onder mannen [12]
- Onomkeerbare veranderingen met beperkte langetermijnonderzoeken, effecten niet begrepen [28]
- Alle bovennoemde medicijnen worden off label gebruikt
- Zeer beperkte datingpool, wat leidt tot eenzaamheid, gebrek aan intimiteit, relationele stress, depressie
- **Geen bewezen mentale gezondheidsvoordelen (puberteitsremmers en oestrogeen, chirurgie)** [7]

Vraag aan de kliniek

Heeft u deze medische implicaties grondig beoordeeld, de patiënt hierover geïnformeerd en vastgesteld dat dit de optimale behandeling is?

0 Ja 0 Nee

Vraag aan familielid

Heeft u deze medische gevolgen grondig beoordeeld en vastgesteld dat dit het optimale behandelpad is, met begrip van de mogelijke levenslange gevolgen?

0 Ja 0 Nee

Dr. Stephen Levine - De werkelijkheid van transjeugdevaluaties (Denver, USA, 2023)

"Ik vraag patiënten voordat ze met hormonen beginnen, of ze, als ze zich depressief voelen, de mogelijkheid in overweging willen nemen dat het komt door hun transitie en niet door iets anders. En ik wil dat ze de kracht en moed hebben om dat te erkennen. Zoals zo velen van ons heb je misschien een fout gemaakt in je leven. Endocrinologen stoppen bijna nooit de hormoonbehandeling bij de mensen met wie ze begonnen zijn. Alle detransitioners die ik spreek, stopten zelf hun hormonen, niet de dokter. ***Zelfs als ze depressief zijn of een zelfmoordpoging deden, wordt de behandeling vaak voortgezet.****"*

*Bronnen op pagina 19

10b. Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over vrouwen)

De medische literatuur documenteert de volgende ernstige mogelijke bijwerkingen:*

Puberteitsremmers

- Permanente beperking van seksueel functioneren, inclusief vruchtbaarheid en geen ontwikkeling van orgasme [34-36]
- Langdurige effecten op botdichtheid (osteoporose) en groei [10]
- Negatieve impact op neuropsychologisch functioneren [10]

Testosteronbehandeling

- Verhoogd sterfterisico [12]
- Progressieve afname van botdichtheid (14% ontwikkelt osteoporose, 22% ontwikkelt osteopenie) [29]
- Atrofie van het vaginale weefsel [21] en urinaire complicaties (87%) [22 30]
- Verwijdering van baarmoeder en eierstokken (hysterectomie en oophorectomie) meestal vereist na 3-5 jaar behandeling vanwege chronische klachten [22]
- Chronische bekken- en genitale pijn [23]
- Hoge waarschijnlijkheid van permanente onvruchtbaarheid [22]
- Ovariumcysten en endometriale complicaties [23]
- Metabole verstoring [24] en gewichtstoename en veranderingen eetlust [26]
- Significante stemmings- en emotionele veranderingen [10]
- Ernstige levercomplicaties [25]
- Bekkenbodemdisfunctie (94%) [30]
- Seksuele disfunctie (53%) [30]
- Problemen met anus en endeldarm (45%) [30]



Post-chirurgische complicaties (na dubbele borstamputatie en phalloplastiek)

- Orgaanverzakkingen (tot 4%) [18]
- Incontinentie (tot 50%) [18] en chronische urinewegklachten (tot 37%) [18]
- Seksuele disfunctie (tot 54%) [18]
- Geen orgasme (studies zijn uitermate gebrekkig en presenteren vertekende cijfers door slechte methodologie)

Algemene overwegingen

- **3% van de vrouwen (transman), gemiddelde leeftijd 30, overleed na 5 jaar** [12]
- Permanente afhankelijkheid van hormoontherapie en medische supervisie [19,20]
- Substantiële risico's op ernstige medische complicaties [11-16,18, 21-27, 32,33,26]
- Hoge waarschijnlijkheid van permanent verlies van vruchtbaarheid en seksueel functioneren [16]
- Aanhoudend verhoogd suïciderisico na de transitie, sterftecijfer 3,3x hoger onder vrouwen [12]
- Onomkeerbare veranderingen met beperkte langetermijnonderzoeken, effecten niet begrepen [28]
- Alle bovennoemde medicijnen worden off label gebruikt
- Zeer beperkte datingpool wat leidt tot eenzaamheid, gebrek aan intimiteit, relationele stress, depressie.
- **Geen bewezen mentale gezondheidsvoordelen (puberteitsremmers en testosteron, chirurgie)** [7]

Testosteron is een verslavingsgevoelig middel dat valt in de Schedule III-categorie

Een vereenvoudigd overzicht; voor een meer gedetailleerde uitleg, raadpleeg de DEA-drugsschema's [31].

Schedule I:	Heroïne, LSD, marihuana, MDMA (ecstasy), peyote
Schedule II:	Cocaïne, methamfetamine, methadon, fentanyl, Dexedrine, Ritalin
Schedule III:	Ketamine, codeïne (in bepaalde formuleringen), anabole steroïden, **testosteron**
Schedule IV:	Valium, Xanax, tramadol
Schedule V:	Hoestsiropen met lage hoeveelheden codeïne

Vaak wordt opgemerkt dat meisjes die testosteron gebruiken dit in het begin als een positieve ervaring beschouwen. Dit is niet verrassend, aangezien testosteron een geestelijk stimulerend effect heeft vergelijkbaar met andere drugs. Terwijl de eerste paar jaren als een **'honeymoonfase'** kunnen aanvoelen, komen na verloop van tijd vaak de mentale en de ernstige fysieke bijwerkingen naar voren, wat kan worden omschreven als de 'katerjaren'.

Vraag aan de kliniek: Heeft u deze medische implicaties grondig beoordeeld, de patiënt hierover geïnformeerd en vastgesteld dat dit de optimale behandeling is? 0 Ja 0 Nee

Vraag aan familielid: Heeft u deze medische implicaties grondig beoordeeld en vastgesteld dat dit het optimale behandelpad is, met begrip van de mogelijke levenslange gevolgen? 0 Ja 0 Nee

Dr. Stephen Levine - De werkelijkheid van transjeugdevaluaties (Denver, USA, 2023)

"Ik vraag patiënten voordat ze met hormonen beginnen, of ze, als ze zich depressief voelen, de mogelijkheid in overweging willen nemen dat het komt door hun transitie en niet door iets anders. En ik wil dat ze de kracht en moed hebben om dat te erkennen. Zoals zo velen van ons heb je misschien een fout gemaakt in je leven. Endocrinologen stoppen bijna nooit de hormoonbehandeling bij de mensen met wie ze begonnen zijn. Alle detransitioners die ik spreek, stopten zelf hun hormonen, niet de dokter. ***Zelfs als ze depressief zijn of een zelfmoordpoging deden, wordt de behandeling vaak voortgezet.****"*

*Bronnen op pagina 19

Een aantal persoonlijke vragen

1. Wat is uw leeftijd?

2. Wat is uw opleidingsniveau?

3. Wat is uw meest recente baan?

4. Bent u religieus?

0 Zeer 0 Medium 0 Mild 0 Ik geloof dat er iets is 0 Niet

5. Wat is uw politieke voorkeur?

Links / Rechts / Midden / Zeg ik liever niet

6. Wat is uw standpunt over vrijheden zoals het huwelijk tussen mensen van hetzelfde geslacht, euthanasie, abortus en gendertransitie (indien goed onderzocht)?

	Homohuwelijk	Euthanasie	Abortus	Gendertransitie
Fantastisch dat dit mogelijk is in ons land	0	0	0	0
Geen probleem mee	0	0	0	0
Het kan me niet schelen wat anderen doen	0	0	0	0
Zorgwekkend	0	0	0	0
Sterk tegen	0	0	0	0

Bronnen van de vragen rondom geïnformeerde toestemming op pagina 17 en 18:
10 **Transgender Interventions Harm Children** https://acpeds.org/transgender-interventions-harm-children
11 Zinnia Jones (December 2018) **Use of puberty blockers in transgender girls, effects on genital tissue development, and vaginoplasty options** https://genderanalysis.net/2018/12/use-of-puberty-blockers-in-transgender-girls-effects-on-genital-tissue-development-and-vaginoplasty-options/
12 C.J.M. de Blok et al. (Sep 2021) **Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria** https://www.transvisie.nl/wp-content/uploads/2021/09/lancet-mortality-transgender.pdf
13 A. Maassen van den Brink & A.J. van Zonneveld (16 sep 2019) **De rol van hormonen bij migraine en diabetes** https://www.zonmw.nl/nl/artikel/de-rol-van-hormonen-bij-migraine-en-diabetes#:~:text='Als%20je%20wilt%20onderzoeken%20wat,ontwikkelt%2C%20een%20voorstadium%20van%20diabetes
14 E. M. Shanker et al. (2024) **Exploring the Incidence of Testicular Neoplasms in the Transgender Population: A Case Series** https://meridian.allenpress.com/aplm/article/doi/10.5858/arpa.2024-0218-OA/503894
15 M. Kerrebrouck et al. (20 Jan 2022) **Thrombophilia and hormonal therapy in transgender persons: A literature review and case series** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9621226/
16 Paula Amatoet al. **Fertility Details for Trans Women** https://www.fertilityiq.com/fertilityiq/trans-feminine-fertility/fertility-details-for-trans-women#transition-and-fertility
17 N. Fujita et al. (11 June 2024) **Association between sex hormones and erectile dysfunction in men without hypoandrogenism** https://www.nature.com/articles/s41598-024-64339-3
18 M. Dominoni et al. (14 Nov 2024) **Pelvic floor and sexual dysfunctions after genital gender-affirming surgery: a systematic review and meta-analysis** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39545366/#:~:text=Sexual%20dysfunctions%20were%20reported%20by,irritative%20symptoms%20up%20to%2037%25
19 M. Fradd **How the Medical World Is Creating Lifelong Patients** https://pintswithaquinas.com/how-the-medical-world-is-creating-lifelong-patients
20 M. den Heijer **Long term hormonal treatment for transgender people** https://www.bmj.com/content/bmj/359/bmj.j5027.full.pdf
21 P. J. Cheng et al. (June 2019) **Fertility concerns of the transgender patient** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6626312/
22 **Information on Cleveland Clinic website** https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15500-vaginal-atrophy
23 Juno Obedin-Maliver (June 2016) **Pelvic pain and persistent menses in transgender men** https://transcare.ucsf.edu/guidelines/pain-transmen
24 Leila Hashemiet al. (June 2024) **Gender-Affirming Hormone Treatment and Metabolic Syndrome Among Transgender Veterans** https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820670
25 **Liver Care for Transgender and Gender-Diverse Individuals** https://www.uchicagomedicine.org/conditions-services/transgender-care-services/liver-disease-care
26 J. Mitchell (19 Aug 2021) **Testosterone linked to weight gain and higher rates of obesity among transmasculine people; physicians should monitor long term weight changes in transgender patients** https://www.bidmc.org/about-bidmc/news/2021/08/study-reveals-gender-affirming-hormone-therapies-impact-obesity-transgender-individuals
27 E. Abbruzzeseet al. (2 Jan 2023) **The Myth of "Reliable Research" in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed** https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2150346
28 Helene Frances Hedian **Gender-Affirming Hormone Therapy (GAHT)** https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/gender-affirming-hormone-therapy-gaht
29 G. Giacomelli et al. (27 May 2022) **Bone health in transgender people: a narrative** review https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20420188221099346
30 Lyvia Maria Bezerra da Silva et al. (24 April 2024) **Pelvic Floor Dysfunction in Transgender Men on Gender-affirming Hormone Therapy: A Descriptive Cross-sectional Study** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38662108/
31 DEA United States Drug Enforcement Administration **Drug Scheduling** https://www.dea.gov/drug-information/drug-scheduling
32 Melissa Rudy (April 2024) **Puberty blockers could cause long-term fertility and health issues for boys, study finds: 'May be permanent'** https://www.foxnews.com/health/puberty-blockers-could-cause-long-term-fertility-health-boys-study-may-be-permanent
33 Murugesh et al.. 2024 **Puberty Blocker and Aging Impact on Testicular Cell States and Function** https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2024.03.23.586441v1
34 D. Ehrensaft (2017) **Gender nonconforming youth: current perspectives** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5448699/
35 Bangalore Krsihna K. et al. (July 2019) **Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs in Children: Update by an International Consortium** https://www.karger.com/Article/FullText/501336
36 **Marci Bowers, President of WPATH, talking about Puberty Blockers**, YT, 29.06.2023 https://www.youtube.com/watch?v=kuwOx9YdHXY

Resultaat familie- en vriendenenquête

Overhandig aan kliniek

	Naam familielid of vriend	**Relatie tot de persoon:**
A :	.....	.....
B :	.....	.....
C :	.....	.....
D :	.....	.....
E :	.....	.....
F :	.....	.....
G :	.....	.....
H :	.....	.....
I :	.....	.....
J :	.....	.....
K :	.....	.....
L :	.....	.....

Gebruik de volgende kleurcodes om antwoorden aan te geven: **Ja:** Groen **Nee:** Rood **Beide/Onduidelijk:** Orange

Deel 1 - Op basis van DSM-5-TR

Heden	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**J**	**K**	**L**
Vraag 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verleden												
Vraag 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Deel 2 - ROGD-indicatie

Vraag 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Deel 3 - Aanvullende vragen

Vraag 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming												
Vraag 10 Transitie?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Handtekening van Ouders: Datum:

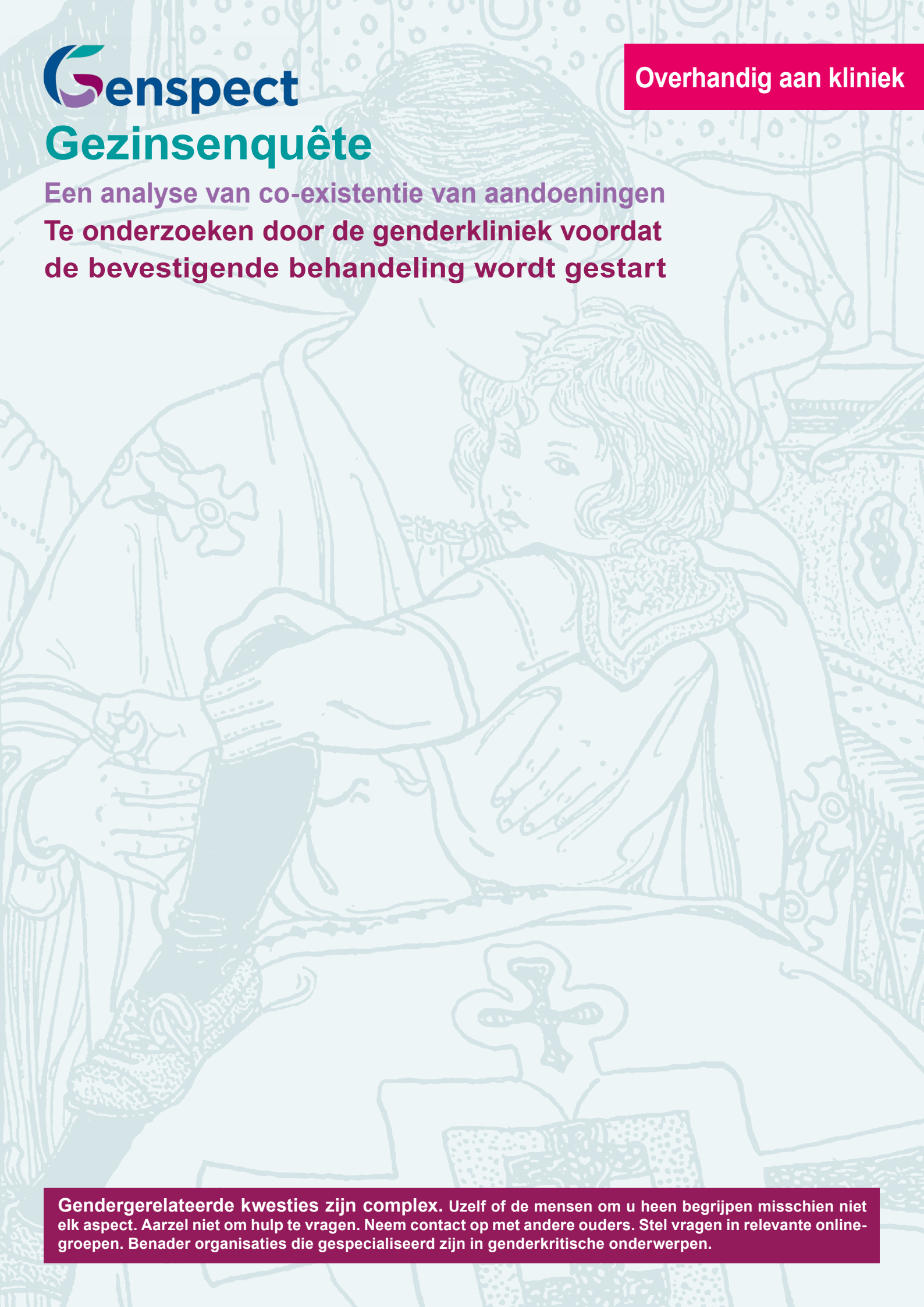
Genspect

Gezinsenquête

Een analyse van co-existentie van aandoeningen

Te onderzoeken door de genderkliniek voordat de bevestigende behandeling wordt gestart

Overhandig aan kliniek



Gendergerelateerde kwesties zijn complex. Uzelf of de mensen om u heen begrijpen misschien niet elk aspect. Aarzel niet om hulp te vragen. Neem contact op met andere ouders. Stel vragen in relevante online-groepen. Benader organisaties die gespecialiseerd zijn in genderkritische onderwerpen.

Mogelijke bijkomende aandoeningen

Geef als ouder alstublieft aan (in de groene 'ja / nee rij') of u een van de volgende kenmerken observeert die relevant kunnen zijn voor de zelfgerapporteerde genderincongruentie van uw kind (kruis alles aan wat van toepassing is).

Voor elk kenmerk dat u observeert, vraag de kliniek of zij dit ook erkennen in hun beoordeling.

Meest belangrijke en meest voorkomende co-existentie van aandoeningen	**Familie**	**Kliniek**
Geïnternaliseerde homofobie (niet erkennen/schaamte dat je homo of lesbisch bent)	ja / nee	ja / nee
Zelfhaat	ja / nee	ja / nee
Autisme	ja / nee	ja / nee
Eenzaamheid	ja / nee	ja / nee
Symptomen van ROGD (plots ontstane genderdysforie)		
De 'coming out' als trans was volledig onverwacht	ja / nee	ja / nee
De 'coming out' komt niet overeen met het verwachte beeld van een 'trans persoon'	ja / nee	ja / nee
Sociale beïnvloeding via vrienden	ja / nee	ja / nee
Sociale beïnvloeding via internet	ja / nee	ja / nee
Mentale achteruitgang na de 'coming out'	ja / nee	ja / nee
Plotselinge toename van liegen	ja / nee	ja / nee
Plotselinge veranderingen in gedrag na de 'coming out'	ja / nee	ja / nee
Schaamte of terughoudendheid om zichzelf/haarzelf als het tegenovergestelde geslacht uit te drukken (bijvoorbeeld richting familie)	ja / nee	ja / nee
Creëren van twee gescheiden werelden (thuis/familie vs. vrienden of school, triangulatie)	ja / nee	ja / nee
Zoeken naar (negatieve) aandacht (daarom beweren 'trans' of 'non-binair' te zijn)	ja / nee	ja / nee
Trauma		
Ervaren van pesten nu of in het verleden	ja / nee	ja / nee
Problemen door gescheiden ouders	ja / nee	ja / nee
Jeugdangsten	ja / nee	ja / nee
Geschiedenis van seksueel misbruik	ja / nee	ja / nee
Ervaring van fysieke geweld	ja / nee	ja / nee
Onvolwassenheid, sociale en relationele problemen		
Onvolwassen of kinderlijk onrijp gedrag	ja / nee	ja / nee
Weinig of geen ervaring met vriendjes of vriendinnetjes	ja / nee	ja / nee
Terughoudendheid om mensen (en potentiële partners) aan te raken	ja / nee	ja / nee
Haat tegen heteronormativiteit (of bijvoorbeeld 'het patriarchaat')	ja / nee	ja / nee
Extreme politieke overtuigingen	ja / nee	ja / nee
Psychologische problemen		
Elke eerdere diagnose van een stoornis (gebaseerd op de DSM)	ja / nee	ja / nee
ADHD of ADD	ja / nee	ja / nee
Lichaamsdysmorfie (BDD) (ontevredenheid over lichaamsdelen)	ja / nee	ja / nee
Zelfbeschadiging (zoals snijden, krabben, anorexia, boulimia)	ja / nee	ja / nee
Bindingsangst	ja / nee	ja / nee
Seksuele angsten	ja / nee	ja / nee
Tekenen van narcistische eigenschappen (opgeblazen zelfbeeld, Peter Pan-syndroom)	ja / nee	ja / nee
Tekenen van borderline (splijten, conflicten, zelfbeschadiging, dreigen met vertrek)	ja / nee	ja / nee
Vermoeden van nagebootste stoornis (ICD 6D50, DSM-5-TR 300.19) (ander probleem)	ja / nee	ja / nee
Als vrouw: Geuite vijandigheid tegenover conventioneel mannelijke mannen	ja / nee	ja / nee
Als man: Geuite vijandigheid tegenover conventioneel vrouwelijke vrouwen	ja / nee	ja / nee
Transmaxxing [37]	ja / nee	ja / nee
Autogynefilie [38], transvestitisch fetisjisme (een parafilie, in de DSM-5-TR 302.3 (F65.1))	ja / nee	ja / nee
Andere ongespecificeerde kenmerken 1:	ja / nee	ja / nee
Andere ongespecificeerde kenmerken 2:	ja / nee	ja / nee
Andere ongespecificeerde kenmerken 3:	ja / nee	ja / nee

Vraag aan de behandelend arts

Voor elk item dat anders gemarkeerd is dan het ouderlijk standpunt hierboven, geef alstublieft uw klinische onderbouwing waarom uw beoordeling verschilt van de observaties van de familie.

37 **Transmaxxing** is een controversieel fenomeen waarbij mannen, voornamelijk uit "incel" (onvrijwillig single) online gemeenschappen, een transmedicalisatie aangaan vanwege veronderstelde sociale voordelen in plaats van geslachtsgerelateerde stress, zoals beter sociaal behandeld worden of ontsnappen aan mannelijke sociale druk.
38 **Autogynephilia (AGP)** is een parafilie gekarakteriseerd door seksuele opwinding bij de gedachte om een vrouw te zijn. Deze aandoening kan problematische gevolgen hebben als chirurgische ingrepen worden ondernomen, aangezien procedures zoals castratie kunnen leiden tot verminderde libido, wat kan resulteren in aanzienlijke spijt. AGP vertegenwoordigt een parafiele aandoening in plaats van een 'genderidentiteit', en genderbevestigende behandeling wordt niet aanbevolen (Dr. Az Hakeem - DE-TRANS: When Transition Is Not the Solution, ISBN 979-8862184549).

Vragen aan de kliniek - 1

Overhandig aan kliniek

Vragen voor de specialist over ethische zaken en verantwoordelijkheid

De huidige protocollen voor genderbevestigende zorg laten een opmerkelijk gebrek aan klinische richtlijnen en aandacht zien met betrekking tot de langetermijnimplicaties voor **intieme relaties** en **gezond seksueel functioneren**. Deze cruciale omissie vereist dringend aandacht, vooral omdat de procedures permanente lichamelijke aanpassingen met zich meebrengen.

1. Welk gedocumenteerd protocol gebruikt de kliniek om geslachtsgerelateerde stress te onderscheiden van andere aandoeningen op basis van objectieve klinische criteria?

2. Hoe voorkomt de kliniek dat de lichaamsmodificatie de langetermijnfunctie in intieme relaties of andere cruciale aspecten van het leven schaden?

3. Welke klinische criteria valideren de zelfgerapporteerde geslachtsgerelateerde stress van een patiënt, en welke op bewijs gebaseerde ondersteuning rechtvaardigt deze interventies, aangezien zelfgerapporteerde stress subjectief en niet meetbaar is?

4. Kunt u uw protocol verstrekken dat permanente interventies bij geslachtsgerelateerde stress autoriseert, vooral wanneer vergelijkbare interventies (zoals VGV of vrijwillige amputatie) verboden zijn voor andere lichaamsgerelateerde aandoeningen? Wat is de op bewijs gebaseerde rechtvaardiging voor dit onderscheid?

5. Welke protocollen bepalen medische noodzaak en geïnformeerde toestemming, vooral bij afwezigheid van langetermijnresultaten?

6. 'In dubio abstine' is een fundamenteel principe in medische ethiek. Is genderbevestigende zorg in overeenstemming met dit principe?

7. Lees alstublieft de anekdote van de vader hieronder. Hebben we hier te maken met een variant van Hannah Arendts 'banaliteit van het kwaad'?

8. Plastische chirurgie volgt doorgaans het principe van het behouden van de natuurlijke vorm. Er worden bijboorbeeld geen staarten toegevoegd, noch worden ogen verwijderd om een cycloop te creëren. Is deze ethische standaard van toepassing binnen uw protocol? Wij vragen dit specifiek met betrekking tot de genderidentiteiten non-binair*, nullo* en eunuch*. Is het ethisch en legaal om deze identiteiten chirurgisch te behandelen?

9. Is het ethisch om individuen te helpen hun verlangens te vervullen als dit leidt tot maatschappelijke ontwrichting, zoals gezinsbreuk of de aantasting van vrouwenrechten?

10. Gezien de aanzienlijke beperkingen in op bewijs gebaseerde validatie voor het genderbevestigende model, is het ethisch om van familieleden te vragen om vertrouwen te stellen in dit proces?

Logisch denken, beantwoordt alstublieft

11. Als 'genderidentiteit' zowel aangeboren als onveranderlijk is, zoals gendertheorie suggereert, maar ook fluïde identiteiten omvat, hoe kunnen medische interventies dan noodzakelijk worden geacht zonder 'primum non nocere' (vooreerst geen kwaad doen) en 'in dubio abstine' (bij twijfel niets doen) te schenden, gezien deze inherente paradox?

12. Als geslachtsdelen het gender niet definiëren, hoe bevestigt het verwijderen ervan dan het gender (in de situatie van genderbevestigende zorg)?

Deze vragen zijn bedoeld om het klinische redeneerproces en de documentatie ter ondersteuning van de huidige behandelprotocollen te verduidelijken.



Vader stelt vragen in de Nederlandse kliniek

"Het gesprek met de klinisch psycholoog ging verder dan alleen mijn vraag welk percentage van de mensen die in transitie gaan spijt ervaart. Die vraag is incompleet. De echte vraag zou moeten zijn of mensen een betere kwaliteit van leven hebben na geslachtsaanpassende procedures. En hier kwam de meest opmerkelijke uitspraak van de klinisch psycholoog: ***'Transitie maakt je niet gelukkig.'***
Onze reactie was: ***'Huh? Waarom doen we het dan?!'*** *De klinisch psycholoog herhaalde deze verbijsterende uitspraak meerdere keren tijdens ons gesprek. We waren geschokt dat hij dit zo openlijk toegaf.* ***We begrijpen het nog altijd niet.****"*

*Een nullo is iemand die alle geslachtelijke kenmerken laat verwijderen: borsten, inwendige en uitwendige geslachtsorganen, maar ook bijvoorbeeld tepels en navel. In het meest extreme geval blijft er enkel nog het urinegat over. Chirurgische affirmatie van non-binairiteit is tevens gedeeltelijke nullificatie. De eunuch-identiteit staat benoemd in het Nederlandse Somatische transgenderzorgmodel 2024, pagina 23-29. Dit is een sadomasochistische fetish van 'cutters' en 'wannabees', geen 'gender'.

Vijftien wetenschappelijke vragen

De opmerkelijke lijst van dr. Stephen Levine die we citeerden in de vooruitleg, roept **vijftien cruciale wetenschappelijke vragen** op. Met deze vragen kunnen ouders een kritisch en constructief gesprek aangaan met specialisten over de aannames achter het genderaffirmatieve zorgmodel.

1. Is het werkelijk zo dat een transidentiteit, eenmaal vastgesteld, voor altijd onveranderlijk blijft?

2. Kunt u bewijzen dat transidentiteiten hoofdzakelijk worden veroorzaakt door prenatale biologische factoren?

3. Hoe kunt u verklaren dat seksuele geaardheid volledig onafhankelijk zou zijn van 'genderidentiteit', terwijl de ontwikkeling van beide vaak met elkaar verbonden lijkt te zijn? Verhindert vroege medicalisering niet het ontdekken van homoseksualiteit?

4. Is het echt waar dat geen enkele vorm van 'genderidentiteit' een symptoom kan zijn van een onderliggend psychologisch probleem?

5. Hoe kunt u zeggen dat 'genderdysforie' een ernstige medische aandoening is die transmedicalisatie rechtvaardigd, maar dat behandeling alleen nodig is als de patiënt dit wil?

6. Zijn de emotionele problemen van kinderen met 'genderdysforie' uitsluitend te wijten aan discriminatie, of spelen er andere, onderliggende factoren mee?

7. Waarom wordt vaak beweerd dat er geen effectieve alternatieven zijn voor genderbevestigende zorg, terwijl andere benaderingen bestaan?

8. Is elke poging tot psychotherapie echt vergelijkbaar met conversietherapie, en waarom zou dit verboden moeten worden? Is de medische transitie niet een conversie van het geslachtelijke lichaam?

9. Welke wetenschappelijke basis is er die aantoont dat genderbevestigende zorg blijvende verbeteringen in mentale gezondheid en sociale functie oplevert?

10. Heeft u bewijs dat genderbevestigende zorg de suïcidale gedachten en zelfmoordpercentages daadwerkelijk vermindert op de lange termijn?

11. Hoe zeker bent u ervan dat jonge tieners en adolescenten weten wat hen in de toekomst gelukkig zal maken?

12. Kan het voldoen aan de diagnostische criteria voor 'genderdysforie' werkelijk een goede uitkomst van genderbevestigende zorg garanderen?

13. Als spijt en detransitie zeldzaam zijn, hoe verklaart u dan de toenemende erkenning van detransitie in recente jaren?

14. Hoe kan de kliniek rechtvaardigen dat een DSM-diagnose, die per definitie een momentopname is, toch gebruikt wordt als reden voor permanente, onomkeerbare lichaamsaanpassingen?

15. De voorgaande veertien vragen vormen de kern van de beweringen over affirmatieve zorg. Als de ideeën zelf niet waar of wetenschappelijk onderbouwd zijn, hoe kunnen we dan vertrouwen op de interventies die daarop gebaseerd zijn?



Enkele belangrijke stappen

Schrijf de geschiedenis en uw standpunten over de situatie uit

Wij raden aan om uw gedachten te ordenen door een gedetailleerde brief te schrijven. Beschrijf hoe de situatie is begonnen, geef een overzicht van de gedragskenmerken van uw kind, en deel uw perspectief over wat u denkt dat er aan de hand is. Geef deze brief zowel aan de genderkliniek als aan uw huisarts. **Stuur een geprinte versie per aangetekende post met ontvangstbevestiging voor officiële documentatie en stuur daarnaast een kopie via e-mail voor snellere communicatie.**

Meld tekenen van schaamte, problematisch gedrag en onrealistische verwachtingen

Als uit de enquête blijkt dat er sprake is van schaamte rond 'genderexpressie' (of andere problematische gedragsindicatoren), moet de genderkliniek dit probleem aanpakken. Eventuele zorgen die door u of andere familieleden worden geuit, moeten leiden tot een duidelijke en logische opvolging, met een uitleg van de aanpak van de kliniek. **Schaamte is fundamenteel onverenigbaar met medische behandeling**, omdat dit iatrogene* schade kan verergeren wanneer lichamelijke veranderingen door medische ingrepen zichtbaar worden. Het is essentieel dat de patiënt gevoelens van schaamte overwint voordat er verdere stappen worden ondernomen.

Uw huisarts is uw bondgenoot

Deel uw zorgen met uw huisarts in een geschreven document, ondersteund door betrouwbare bronnen die uw zorgen onderbouwen. De voortdurende medische controverse rondom het genderbevestigende zorgmodel is volop in ontwikkeling, en veel huisartsen zijn mogelijk nog niet volledig op de hoogte. Zij vertrouwen vaak op de klinieken—een fenomeen dat bekend staat als de 'vertrouwensketen'. Het is uw verantwoordelijkheid om de tekortkomingen in genderbevestigende zorg, die u in de literatuur hebt gevonden, aan te kaarten.
Geef daarnaast bij uw huisarts aan hoe u zich voelt over de manier waarop u als ouder binnen de kliniek wordt behandeld, vooral als uw standpunten worden afgewezen, niet serieus worden genomen, of als u wordt uitgesloten van gesprekken over de zorg voor uw kind.

Wat is het kennis- en ervaringsniveau van de specialist?

Maak een lijst met vragen en vraag om schriftelijke antwoorden. Vraag de specialist naar de bronnen die u heeft gelezen. Heeft de specialist deze literatuur ook gelezen? Zo niet, wat kwalificeert hem dan als expert? Wat is het kennis- en ervaringsniveau van de specialist? Een specialist heeft de beroepsverplichting om zich zo breed mogelijk te informeren. Vooral de bestsellers uit de adviesleeslijst zijn goed gedocumenteerd en zijn direct conflicterend met wat de affirmatieve klinieken beweren. Als zij deze vakliteratuur niet kennen, is dat verwijtbaar gebrekkig en zijn ze onbekwaam als specialist.

Verzoek aan de genderkliniek om te overleggen met de huisarts

Het is verstandig om de kliniek te verzoeken om te overleggen met de huisarts om hun perspectief te betrekken. **Als de mening van de huisarts verschilt van die van de genderkliniek, mag deze niet zonder een duidelijke en logische uitleg worden verworpen.** Dit verzoek stimuleert de kliniek om transparant en verantwoordelijk te handelen, wat helpt om potentiële juridische problemen in de toekomst te beperken.

Stuur kopieën van de enquête naar uw huisarts en de verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds)

Wij raden aan om de ingevulde enquête te delen met **huisarts** en de **verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds)**, zodat alle betrokken partijen goed geïnformeerd zijn over de complexe kwesties rond medische transitie. Omdat een diagnose van 'genderdysforie' niet objectief meetbaar is, is het van cruciaal belang om de resultaten van de enquête aan de verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds) te communiceren, vooral als de uitkomst hiervan verschilt met de zelfdiagnose van uw kind. Dit zorgt ervoor dat de kliniek verantwoording moet afleggen en moet uitleggen waarom de zelfdiagnose zwaarder weegt dan het inzicht van het gezin en waarom medische interventies, met aanzienlijke gezondheidsrisico's, als de enige haalbare oplossing worden gezien. **Stuur de brief in een geprinte versie per aangetekende post met ontvangstbevestiging naar alle partijen en stuur daarnaast tevens een kopie per e-mail voor snellere communicatie.**

* 'Iatrogeen' betekent: schade juist door de behandeling veroorzaakt.

Ouderlijke verklaring

Overhandig aan kliniek

Het betreden van een juridisch mijnenveld

Zodra een diagnose is gesteld, moet de klinische verklaring de eerdergenoemde zorgen duidelijk weerleggen. Het is essentieel dat alle mogelijke bijdragende factoren van de door de patiënt gerapporteerde 'genderdysforie' grondig worden onderzocht. Het aanpakken van deze factoren kan leiden tot een oplossing van de gepresenteerde problemen en mogelijk de noodzaak voor onomkeerbare medische ingrepen wegnemen.
Daarnaast moet worden aangetoond in hoeverre er sprake is van coëxisterende aandoeningen en waarom deze geen aanleiding geven tot diagnostische overschaduwing.
Een zorgvuldig gedocumenteerd onderzoek naar coëxisterende aandoeningen is cruciaal, vooral gezien de drastische en onomkeerbare procedures die door klinieken worden uitgevoerd. **We hebben duidelijke aanwijzingen dat dergelijke rapportage momenteel ontbreekt, wat tot aanzienlijke juridische problemen kan leiden.** Verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) lijken niet op de hoogte van deze kwesties. Zodra zij hiervan op de hoogte zijn, zullen er waarschijnlijk fundamentele vragen worden gesteld om juridische en financiële risico's te vermijden. Het versturen van de uitkomsten van onze enquête naar verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) helpt om bewustzijn te creëren.
Bovendien mogen we niet vergeten dat de langetermijnkennis en nabijheid van ouders tot hun kind niet worden erkend in het besluitvormingsproces. Deze systematische afwijzing van ouderlijke input creëert aanzienlijke medisch-juridische zorgen. **Hoe is het mogelijk dat genderklinieken deze cruciale bron van klinische informatie systematisch negeren?**
Nu deze enquête beschikbaar is, rijst de vraag wanneer ouderlijke inzichten worden meegenomen. Kunnen klinieken aantonen dat dit adequaat is gedaan in eerdere gevallen? En hoe sluiten historische klinische beslissingen aan bij de resultaten van gezinnen die onze systematische beoordeling hebben voltooid?
Het is te verwachten dat deze enquête aanzienlijke uitdagingen zal creëren voor genderklinieken, vooral nu duidelijk wordt dat ouderlijke indrukken systematisch zijn genegeerd. Het kan niet langer worden volgehouden dat ouderlijke input irrelevant is, vooral nu er concreet bewijs is van de waarde en impact van onze informatie via deze enquête en jullie collectieve antwoorden op deze vragen.

Als de kliniek wenst door te gaan met verdere behandeling die medicatie en chirurgie omvat, verzoeken wij als ouders dat u elk van onze vragen punt voor punt beantwoordt en uw reacties naar het onderstaande adres stuurt.

Ouderlijke verklaring

Met deze verklaring geven wij als ouders een duidelijke waarschuwing af dat wij van mening zijn dat 'genderbevestigende behandeling' niet moet worden voortgezet.
Mocht de kliniek zich beroepen op de privacy van de patiënt, dan zullen wij dit document doorsturen naar onze huisarts en de verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds). Op deze manier kunnen deze partijen samenwerken met de kliniek om een weloverwogen beslissing te nemen. Dit betekent dat alle partijen medeverantwoordelijkheid zullen dragen indien er complicaties optreden na de behandeling, tenzij zij eveneens adviseren om de patiënt niet medisch te behandelen.
Het is redelijk dat, in geval van schade, compensatie en/of reconstructieve medische zorg wordt geboden naar de wens van de patiënt.

Naam ouder/familielid: Datum:

Adres ouder/familielid: Handtekening ouder/familielid:

Ondersteund door

PAGD

TransTeens Sorge Berechtigt

PEC

memoma VOORZIJ voor vrouwen

My Child Is Not Your Canvas.

Gender A Wider Lens

Genspect

Genspect

Cry for Recognition cryforrecognition.be

oasis

PARENTS with INCONVENIENT TRUTHS about TRANS

BEYOND TRANS

Parents of Desisters

STATS FOR GENDER.ORG

GENDERPUNT

GDSN

LGB ALLIANCE

Stephanie Davies-Arai - directeur van Transgender Trend

*"Ik heb die eerste paar jaren gesproken met **ouders die zich in de vreselijke situatie bevonden waarin ze niet alleen een serieus probleem hadden met hun tiener, maar waarin de hele wereld tegen hen leek te zijn en hen zag als bigots** (bekrompen mensen).*

Normaal gesproken, als je te maken hebt met tienerproblemen — je kind raakt betrokken bij de verkeerde mensen, drugs, alcohol, seks... Je kent al deze tienerproblemen wel — heb je in ieder geval de steun van de samenleving om je heen. Er zijn mensen die sympathie voor je hebben, sommigen geven je misschien de schuld, maar je krijgt steun. Je kunt erover praten met je vrienden. Maar ik sprak met ouders die niet eens met hun vrienden durfden te praten, omdat ze bang waren dat ze zouden worden beschuldigd van bekrompenheid of transfobie."

Dr. Stephen B. Levine - kinisch hoogleraar psychiatrie, Cleveland, Ohio

*"**Ouders (van kinderen die zich als trans identificeren) moeten simpelweg de mogelijkheid krijgen om te spreken**, om hun standpunten te delen. Geestelijke gezondheidsprofessionals moeten hun jonge patiënten helpen om te praten. Zelfs zeer intelligente **patiënten hebben vaak geen diepgaand begrip van zichzelf**. En natuurlijk hebben ze ook geen diepgaand begrip van anderen. Ze beschikken niet over voldoende vocabulaire voor psychologische fenomenen en hebben uiteraard beperkte levenservaring om hun eigen ervaringen te kunnen beoordelen.*

*De overgrote meerderheid van de ouders met wie ik in de afgelopen 50 jaar heb gewerkt, houdt zielsveel van hun kind. Zij zijn niet de vijand van hun kind. **Dat adolescenten hun ouders als vijand zien, weerspiegelt hun beperkte, onvolwassen begrip.**"*