

In het kader van de komst van de DSM 5, werd door de WPATH (*World Professional Association of Transgender Health*), erkend als een autoriteit in het domein van transgender gezondheid en hulp, een consensusmeeting gehouden om zich te buigen over de vraag of Genderidentiteitsstoornis nog wel een psychiatrische stoornis is, al dan niet. En indien de diagnose van Genderidentiteitsstoornis blijft gelden als psychiatrische stoornis en aldus behouden blijft in de DSM, wat zouden de naam en de plaats zijn van de nieuwe diagnose en aan welke criteria zou ze moeten voldoen? WPATH heeft daarenboven vorig jaar (april 2010) ook een antwoord gegeven op de toen door de 'DSM 5 Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders' van de APA (*American Psychiatric Association*) voorgestelde criteria. Dit artikel geeft de voornaamste discussiepunten en adviezen weer van deze consensusmeeting alsook de antwoorden op de nieuwe voorstellen van de APA.

STOORNISSEN VAN DE GENDERIDENTITEIT: NIEUWE CONTROVERSE BIJ DE DIAGNOSTIEK

Griet De Cuypere^{1,2}, Gunter Heylens², Els Elaut²

1. Psychiater-psychotherapeut, coördinator van het Genderteam UZ Gent en Board Member van WPATH (*World Professional Association of Transgender Health*)
2. Centrum voor Seksuologie en Genderproblematiek, UZ Gent, UG

Keywords:

gender identity disorders – transgender health – gender incongruence – DSM 5

Inleiding

Indien alles verloopt zoals gepland dan zou de nieuwe uitgave van de DSM, nl. de DSM 5 in 2013 moeten verschijnen. Verschillende werkgroepen zijn nu reeds 14 jaar bezig met vergaderen, met discussiëren over hoe deze nieuwe versie er moet uitzien, met onderzoeken en bevragen of dezelfde diagnostische entiteiten zullen worden gehandhaafd, of ze dezelfde plaats in de verschillende categorieën zullen bewaren, aan welke criteria ze zullen voldoen, een greep uit de voornaamste vragen waarop een antwoord wordt gezocht. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de nieuwe DSM meer 'evidence based' wordt. Deze voorbereidende fase brengt een grote onrust teweeg bij klinici en patiëntengroeperingen. Aangezien de politiek van de DSM-redacteuren een open politiek is waarbij inspraak geduld, zelfs gevraagd wordt, hebben veel psychiaters en onderzoeksgroepen zich proactief opgesteld om de resultaten van hun onderzoek, hun ideeën en wensen kenbaar te maken aan de DSM-werkgroepen. Vele professionelen alsook patiëntengroeperingen hebben daarenboven in het voorjaar van 2010 geantwoord op de nieuwe voorstellen van de DSM-commissie.

Ook de subwerkgroep 'Gender Identity Disorder' is zeer actief geweest. De grootste controverse waarmee zij binnen de werkgroep en het middenveld wordt geconfronteerd is of het bij 'genderidentiteitsstoornissen' om een psychiatrische diagnose, dan wel om een variant van 'genderidentiteit' gaat, die zoals homoseksualiteit tot vóór 1973 onterecht als pathologisch werd bestempeld. De nieuwe voorstellen van de 'DSM 5 Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders' van de APA (*American Psychiatric Association*) konden worden geconsulteerd op hun website vanaf april 2010 (**Tabel 1**) (3).

De *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH) werd door de APA aangesproken om actief mee te denken over hoe de diagnose 'gender identity

Tabel 1: Voorstel voor de nieuwe DSM5-criteria van genderidentiteitsstoornissen.

Gender Incongruence (in Adolescents or Adults)

A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months duration, as manifested by 2 or more of the following indicators:

1. a marked incongruence between one's experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics (or, in young adolescents, the anticipated secondary sex characteristics)
2. a strong desire to be rid of one's primary and/or secondary sex characteristics because of a marked incongruence with one's experienced/expressed gender (or, in young adolescents, a desire to prevent the development of the anticipated secondary sex characteristics)
3. a strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics of the other gender
4. a strong desire to be of the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender)
5. a strong desire to be treated as the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender)
6. a strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender)

disorder' of GID in de volgende DSM-editie er moet uitzien. WPATH belegde hiervoor een consensusvergadering tijdens hun tweejaarlijks symposium in juni 2009 te Oslo (1,2). Het resultaat van deze consensusmeeting kan teruggevonden worden in een reeks van artikelen verschenen in het tijdschrift '*International Journal of Transgenderism*', waarin heel wat voorbereidend werk werd verricht om te komen tot een antwoord op de nieuwe categorisatie en nieuwe criteria van gendervariantie (4).

Argumenten pro en contra om 'genderidentiteitsstoornissen' in de DSM te behouden

De eerste vraag die aan de orde was tijdens deze consensusvergadering is of een 'genderidentiteitsstoornis' wel degelijk een psychiatrische stoornis is. Een psychiatrische stoornis wordt volgens de DSM-IV-TR (5) geconceptualiseerd als een klinisch significant psychologisch syndroom of gedragspatroon in een individu geassocieerd met leed, pijn, beperking, vergroot risico van overlijden, of belangrijk verlies van vrijheid. Critici van de diagnose argumenteren dat bij een genderidentiteitsstoornis het lijden zich niet binnen het individu bevindt,

maar een gevolg is van het conflict tussen de genderidentiteit of genderexpressie van het individu en de maatschappelijke verwachtingen betreffende genderexpressie. Nochtans zijn er aanwijzingen (6) om aan te nemen dat zelfs indien de maatschappij volledig open zou staan voor gendervariante personen, er dan nog individuen zouden zijn die van hun genderdysforie wensen verlost te worden via een medische aanpak (hormonale behandeling, chirurgische ingrepen). De vergadering was het roerend eens dat indien de diagnose zou behouden blijven in de DSM5, ze zeker moet gebaseerd zijn op 'significant lijden of beschadiging', dit om te vermijden dat transgender individuen die geen genderdysforie ervaren, de diagnose zouden krijgen. 'Genderidentiteitsstoornis' als psychiatrisch ziektebeeld bestempelen, is echter geen vrijgeleide om de personen die hieraan lijden te stigmatiseren. Men moet er zich van bewust zijn dat de DSM ziektebeelden categoriseert en geen personen. Een ander argument pro om een diagnose in de DSM te behouden, is dat een diagnose inhoudt dat een behandeling medisch noodzakelijk is en dat deze daardoor in aanmerking komt voor vergoeding door de ziekteverzekering. Een diagnose creëert ook een kader voor een

degelijke evaluatie van de klachten en dus voor een degelijke behandeling. Voor lijdende personen kan een diagnose erkenning betekenen en een naam voor hun lijden. De ervaren discrepantie tussen het biologische geslacht en de genderidentiteit kan een algemene psychische pijn met zich meebrengen die zonder naam soms moeilijk te duiden is. Een diagnose in deze situatie geeft mogelijkheden en uitwegen naar behandeling toe. Verder maakt een diagnose wetenschappelijk onderzoek mogelijk en kan ze als basis genomen worden voor de wettelijke aanpassing van de geboortekarte.

Deze argumenten, die inclusie van genderidentiteitsstoornis in de psychiatrische nomenclatuur motiveren, wegen zeker op tegen de contra-argumenten. De voornaamste contra-argumenten zijn de volgende:

- een diagnose in de DSM kan discriminerend werken;
- kan de persoon met genderdysforie stigmatiseren en psychiatriseren;
- kan de autonomie van beslissen ten opzichte van het eigen lichaam in vraag stellen;
- medicaliseert deze aandoening;
- kan de persoon tot behandeling dwingen.

Adviezen van WPATH naar APA toe

Naam en plaats

De consensusgroep van WPATH was het erover eens dat gendervariantie op zich, of het hebben van een crossgenderidentiteit, op zich geen psychiatrische stoornis is, en dat men enkel een gendergerelateerde diagnose kan hebben indien deze gepaard gaat met uitdrukkelijk lijden ten gevolge van het innerlijke conflict tussen genderidentiteit en geboortegeslacht (2). Daarom stelde de groep voor de naam 'genderidentiteitsstoornis' te wijzigen in 'genderdysforie' met het accent op 'lijden' en niet op identiteit.

Aangezien genderdysforie geen seksuele stoornis is, werd vanuit de werkgroep

voorgesteld de gendergerelateerde diagnose op een andere plaats, in een andere rubriek onder te brengen, bv. in de rubriek Psychiatrische Stoornis ten gevolge van een medische aandoening, temeer omdat in recenter onderzoek de biologische etiologie meer wordt benadrukt.

Verschillende categorieën en criteria

In de huidige DSM-IV-TR worden de 'genderidentiteitsstoornissen' opgesplitst in twee categorieën, nl. één voor kinderen en één voor adolescenten en volwassenen (**Tabel 2**).

De WPATH-werkgroep vroeg zich af of een aparte categorie voor kinderen wenselijk was, omdat tot 70-80% van de kin-

deren met GID (gediagnosticeerd zoals in de DSM-IV-TR) geen geslachtsaanpassende behandeling na de puberteit wenst, dus geen genderidentiteitsstoornis meer heeft op latere leeftijd (7) en meestal evolueert naar homo- of biseksualiteit. Een andere kritiek op de huidige kinderdiagnostiek is dat de kinderen niet noodzakelijk de wens moeten uiten om van het andere geslacht te zijn om te voldoen aan criterium A van de GID-diagnose, zijnde crossgenderidentificatie. Het accent ligt volledig op crossgenderrol, en niet op genderidentiteit.

De WPATH-consensusgroep stelde wel voor om een aparte categorie te maken voor adolescenten, nl. Genderdysforie in Adolescenten, omdat vanuit klinisch

Tabel 2: DSM-IV-TR-criteria van GID (kinderen en volwassenen).

A. Een sterke en aanhoudende genderidentificatie met het andere geslacht (niet alleen een verlangen naar een of ander verondersteld cultureel voordeel om tot de andere sekse te behoren).

Bij kinderen wordt de stoornis zichtbaar door vier (of meer) van de volgende elementen:

1. herhaaldelijk geuite wens om, of erop staan, tot de andere sekse te behoren;
2. bij jongens: een voorkeur voor het dragen van vrouwenkleren of kleren die daarop lijken; bij meisjes: erop staan alleen stereotiepe mannenkleding te dragen;
3. sterke en blijvende voorkeur voor het in de fantasie naspelen van de rol van het andere geslacht of aanhoudende fantasieën over het tot de andere sekse behoren;
4. intens verlangen om deel te nemen aan de stereotiepe spelletjes en vormen van tijdverdrijf van de andere sekse;
5. sterke voorkeur voor speelkameraden van de andere sekse.

Bij volwassenen: wens uiten om tot de andere sekse te behoren, door te gaan voor iemand van de andere sekse, verlangen te leven of behandeld te worden als iemand van de andere sekse, overtuigd zijn de typische gevoelens en reacties te hebben van de andere sekse...

B. Zich voortdurend niet op zijn/haar gemak voelen met zijn of haar sekse of het gevoel hebben dat het niet juist is zich volgens de genderrol van deze sekse te gedragen.

Bij kinderen wordt de stoornis zichtbaar door een van de volgende elementen:

- bij jongens: de bewering dat zijn penis of testes walgelijk zijn of zullen verdwijnen of de bewering dat het beter zou zijn geen penis te hebben, of een afkeer van wilde spelletjes en afkeuring van stereotiep jongensspeelgoed, spelletjes en activiteiten;
- bij meisjes: afwijzing van zittend urineren, de bewering dat zij een penis heeft of dat deze aan zal groeien of de bewering dat ze niet wil dat ze borsten zal krijgen of zal menstrueren of duidelijke afkeer van de voorgeschreven vrouwenkleding.

Bij volwassenen: bezig zijn met het kwijt willen raken van de primaire en secundaire geslachtskenmerken (vragen naar hormonale en chirurgische behandeling om de geslachtskenmerken fysiek te veranderen) of overtuigd zijn dat hij/zij met de verkeerde sekse is geboren.

C. De stoornis komt niet gelijktijdig voor met een lichamelijke interseksaandoening.

D. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

perspectief deze groep andere aandacht verdient dan volwassenen, wat zich vertaalt in andere criteria.

De eerste vraag is of een 'genderidentiteitsstoornis' wel degelijk een psychiatrische stoornis is.

Indien de diagnose zou behouden blijven, dan stelt de WPATH-consensusgroep de volgende criteria voor betreffende de diagnose 'Genderdysforie':

- a. *strong and persistent distress with physical sex characteristics or ascribed social gender role that is incongruent with persistent gender identity;*

- b. *clinically significant stress causes impairment in social, occupational, or other important areas of functioning, when this distress or impairment is not primarily due to external prejudice of discrimination.*

Stoornis van de seksuele ontwikkeling (vroeger: intersekсаandoening) hoeft, volgens de WPATH-consensusgroep, geen uitsluitingscriterium meer te zijn, aangezien sommige individuen met een stoornis van de seksuele ontwikkeling ook onvrede kunnen ervaren met het geslacht dat hen werd toegewezen bij de geboorte en lijden onder genderdysforie.

De consensusgroep stelt voor om het omschrijvingskenmerk 'in remissie' te introduceren, en dit voor de groep van personen die een geslachtsaanpassende operatie hebben ondergaan en die levenslang hormonaal moeten worden

behandeld. Deze personen lijden niet meer onder genderdysforie.

Verder raadt de consensusgroep aan om de seksuele geaardheid niet meer aan te duiden, omdat dit geen relevante informatie is, alsook 'autogynefilie' (seksueel opgewonden worden door zichzelf als naakte vrouw te fantaseren) niet als kenmerk in te voeren, omdat de betekenis van autogynefilie niet goed bekend en volop in onderzoek is.

Antwoord van WPATH op de voorgestelde DSM 5-criteria (3)

WPATH vond dat de nieuwe voorstellen van de 'DSM 5 Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders' van de APA zeker een stap waren in de goede richting, zoals de naamwijziging 'Gender Incongruence' (een minder pathologiserende term) en de voorgestelde criteria, waarbij de binaire stellingname (en



behandeling) wordt verlaten om meer het spectrum van genderidentiteiten te erkennen.

Een andere positieve evolutie is dat, indien de diagnose 'Gender Incongruence' wordt gesteld, men moet specificeren of de persoon al dan niet een 'aandoening van de seksuele ontwikkeling' heeft. In de DSM-IV-TR is dit momenteel een uitsluitingscriterium en krijgt een persoon met een aandoening van de seksuele ontwikkeling, die daarenboven genderdysforie is, de diagnose GID-NOS, wat zeer verwarrend is.

Verder wordt in het voorstel voor de nieuwe DSM 5-criteria voor GID niet meer gepeild naar de seksuele geaardheid, een voorstel trouwens van de WPATH-consensusgroep. Genderidentiteit en seksuele geaardheid zijn onafhankelijke aspecten van een identiteit. Seksuele oriëntatie mag geen invloed hebben op de beslissing tot behandelen, wat decennia geleden wel het geval was.

Het nieuwe voorstel van de APA heeft ook een 'exit clause' waardoor personen wiens genderdysforie werd opgelost (door behandeling), geen diagnose meer krijgen.

Een positieve evolutie is dat, indien de diagnose 'Gender Incongruence' wordt gesteld, men moet specificeren of de persoon al dan niet een 'aandoening van de seksuele ontwikkeling' heeft.

Er zijn echter ook een aantal punten van kritiek op het nieuwe voorstel van de DSM 5-werkgroep.

In de eerste plaats betreft WPATH dat de discussie of de diagnose GID of *Gender Incongruence* moet blijven opgenomen worden in de DSM, op de APA-website werd vermeden.

Betreffende nieuwe criteria voor adolescenten en volwassenen is het verwonderlijk dat de APA de diagnose zeer breed heeft gedefinieerd. Er wordt blij-

baar geen directe link met de behandeling gelegd. Men kan bv. de diagnose 'Gender Incongruence' toebedeeld krijgen, indien men enkel voldoet aan criterium 5 en 6 zonder lijden. De vraag is dan, waartoe dient een dergelijke diagnose? Indien men gendervariant is, maar niet lijdend en geen nood heeft aan behandeling, is dan een diagnose nog noodzakelijk? De WPATH-consensusgroep pleit daarentegen om de diagnose te vernauwen en enkel een diagnose te geven op basis van lijden, nl. op basis van genderdysforie ten gevolge van de discrepantie tussen genderidentiteit en biologisch geslacht. Een graadmeter voor de ernst van de genderdysforie zou dan een leidraad kunnen zijn voor behandelingsbeslissingen.

Men heeft in de nieuwe voorstellen geen nieuwe categorie geïntroduceerd voor adolescenten. Er werd aan deze groep geen specifieke aandacht geschonken, ondanks de verschillende uitdagingen die genderdysforie bij deze doelgroep stellen. Indien geen aparte criteria worden uitgeschreven voor adolescenten, dan stelt de WPATH-consensuswerkgroep voor om hun specifieke noden toch te commentariëren in de tekst.

De consensuswerkgroep van WPATH verkiest de naam 'Gender Dysphoria' boven de naam 'Gender Incongruence', aangezien 'Gender Dysphoria' inhoudt dat een diagnose enkel nodig is voor die transgender personen die op een zeker ogenblik in hun leven dermate lijden dat behandeling nodig is.

Welke plaats in de nomenclatuur de voorgestelde diagnose zal krijgen, is nog niet bekend. Het voorstel van Meyer-Bahlburg (8) om 'Gender Incongruence' te

plaatsen in de rubriek 'Andere aandoeningen die klinische aandacht verdienen', is een stap in de richting van diegenen (professionelen en gebruikers) die er voorstander van zijn om gendervariantie te depathologiseren, voor zover de terugbetaling van de behandeling door de ziekteverzekering niet in het gedrang komt. Vanuit de WPATH-werkgroep blijft het voorstel de diagnose onder te brengen in het hoofdstuk 'Psychiatrische stoornis ten gevolge van een medische aandoening' of 'Aandoeningen startend in de kindertijd'.

Conclusie

In zijn revisie voor de uitgave van de DSM 5 heeft de APA-werkgroep van de 'Genderidentiteitsstoornis' een heel aantal veranderingen voorgesteld die zowel door professionelen als zelfhulpgroepen of gebruikers goed onthaald zijn, omdat ze congruent zijn met de visie gendervariantie als spectrum te accepteren en te depathologiseren. Daardoor is de diagnose echter dermate breed gedefinieerd dat vele transgender personen een psychiatrische diagnose zullen krijgen zonder noodzakelijk onder de discrepantie tussen biologisch geslacht en genderidentiteit te lijden en zonder een behandeling te wensen. Daarom blijft de WPATH-consensusgroep de naam 'Gender Dysphoria' voorstellen.

Referenties

1. Knudson G, De Cuypere G, Bockting W. Process Toward Consensus on Recommendations for Revision of the DSM Diagnoses of Gender Identity Disorders by the World Professional Association for Transgender Health. *Intern J Transgenderism* 2010;12(2):54-9.
2. Knudson G, De Cuypere G, Bockting W. Recommendations for Revision of the DSM Diagnoses of Gender Identity Disorders: Consensus Statement of the World Professional Association for Transgender Health. *Intern J Transgenderism* 2010;12(2):115-8.
3. American Psychiatric Association. DSM 5 Development; 2010. <http://www.dsm5.org>
4. De Cuypere G, Knudson G, Bockting W. Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed DSM 5 Criteria for Gender Incongruence. *Intern J Transgenderism* 2010;12(2):119-23.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition - Text revised)*. Washington DC; 2000.
6. Bockting W, Ehrbar R. Commentary: Gender variance, dissonance, or identity disorder. *J of Psychology and Human Sexuality* 2005;17(3/4):125-34.
7. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender dysphoric children. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47:1413-23.
8. Meyer-Bahlburg HFL. From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior* 2010;35:461-76.