

Beschouwing

Genderidentiteitsdiagnoses in de DSM-5

Peggy Cohen-Kettenis

Afdeling Medische Psychologie & Medisch Maatschappelijk werk, VUmc, Amsterdam

Samenvatting

De vraag of een genderidentiteitsdiagnose in de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), het classificatiesysteem van de *American Psychiatric Association* (APA), zou moeten worden gehandhaafd, heeft veel discussie opgeleverd. Immers, handhaving heeft zowel voor- als nadelen. Vooralsnog heeft de APA de voordelen groter geacht dan de nadelen en beslist om genderidentiteitsdiagnoses opnieuw in de DSM-5 op te nemen. In vergelijking met de vorige versie werden er wel belangrijke veranderingen aangebracht, waarmee werd getracht om de nadelen van een handhaving zo goed als mogelijk te ondervangen. De belangrijkste veranderingen in de DSM-5 hebben betrekking op: de naamgeving (genderdysforie i.p.v. genderidentiteitsstoornissen), de positionering in de DSM (los van parafilieën en seksuele disfuncties), de conceptualisatie van het hoofdcriterium (incongruentie tussen ervaren en toegewezen gender als kern), het loslaten van het denken over 'geslacht' en 'gender' als binaire constructen én strengere criteria voor een genderidentiteitsdiagnose bij kinderen. De keuze voor een andere naamgeving, een andere positionering en strengere kindercriteria werd gemaakt om daarmee stigmatisering van gendervariant gedrag en genderdysforie te kunnen voorkomen. De nieuwe conceptualisering van genderdysforie maakt hopelijk duidelijker dat het een complex verschijnsel is, dat zich op verschillende manieren kan ontwikkelen en manifesteren. Voorheen hield het voldoen aan de criteria vrijwel automatisch een bepaalde behandelvorm in, zoals een geslachtsaanpassende (d.w.z. hormonale en chirurgische) behandeling. In de huidige conceptualisering van genderdysforie is getracht explicieter te maken dat zo'n uitgebreide medische behandeling niet noodzakelijk aan de diagnose gekoppeld is, maar dat ook andere behandelvormen (bijv. alleen hormonen of operaties of combinaties van medische en psychologische interventies) zinvol kunnen zijn.

In de afgelopen jaren werd er zowel vanuit verschillende transgenderorganisaties als in de wetenschappelijke literatuur regelmatig kritiek geuit op de diagnostische criteria van de verschillende Genderidentiteitsstoornis(GIS)-diagnoses in de DSM-IV en de DSM-IV-TR waarbij de criteria volledig werden gehandhaafd. De kritiek betrof zowel de criteria voor een GIS-diagnose bij kinderen als bij adolescenten/volwassenen, maar vooral de GIS-diagnose bij kinderen lag sterk onder vuur. Deze kritiek vormde voor de DSM-5 GIS-subwerkgroep van de American Psychiatric Association (APA) een belangrijke aanleiding om de verschillende punten van kritiek te inventariseren, deze

te beoordelen op basis van beschikbare onderzoeksgegevens en deze - waar mogelijk en beargumenteerd - in de voorstellen voor nieuwe diagnostische criteria te verwerken. De diagnostische criteria die uiteindelijk zijn opgenomen, zijn tot stand gekomen op basis van de inbreng van veel individuen, groepen en officiële organisaties.

In eerste instantie werd gestart met een screening van de literatuur die aanleiding gaf tot de publicatie van een aantal reviews over een aantal empirische, theoretische en filosofische aspecten (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Drescher, 2010; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010). Verder werd bij verschillende transgenderorganisaties een survey uitgevoerd over een aantal controversiële onderwerpen (Vance, Cohen-Kettenis, Drescher, Meyer-Bahlburg, & Zucker, 2010), waarover de werkgroep op een meer systematische manier informatie wilde verzamelen. Op basis van de literatuur- en surveystudie werd een voorstel voor aanpassingen aan de *Board of Trustees* (BOT) van de APA gedaan om vervolgens via diverse kanalen en in verschillende rondes feedback te vragen over deze voorstellen. De voorge-

stelde criteria werden tezamen met de rationale voor de voorgestelde veranderingen op de APA-website geplaatst en aan specialisten op transgendergebied voorgelegd. De voorstellen werden ook op tal van congressen en symposia gepresenteerd en besproken en tenslotte aan twee commissies met elk een eigen verantwoordelijkheid voorgelegd. De *Scientific Review Committee* (SRC) van de APA had de opdracht om de empirische onderbouwing van de voorstellen te toetsen. De *Clinical and Public Health Committee* (CPHC) van de APA moest het klinisch nut en de *public health*-aspecten evalueren. Ook de feedback vanuit deze 2 commissies werd verwerkt in de uiteindelijk voorgestelde criteria. Elke werkgroep of subwerkgroep van de DSM-5 Task Force had de taak om een rapport - een *Memo Outlining Evidence for Change* - op te stellen waarin de nieuwe voorstellen werden onderbouwd. Deze memo is onlangs gepubliceerd (zie Zucker et al., 2013) en de informatie in dit artikel is vooral gebaseerd op deze publicatie. De belangrijkste veranderingen, die uiteindelijk door de BOT en de *General Assemblée* van de APA werden geaccepteerd, betreffen de volgende onderwerpen:

1. Naamgeving
2. Positionering in de DSM, los van parafilieën en dysfuncties
3. Beschrijving en conceptualisatie van het hoofdcriterium
4. Samenvoeging van het A- en B-criterium uit de DSM-IV-TR
5. Strengere criteria voor een GIS-diagnose voor kinderen.
6. Meer gedetailleerde en polythetische diagnostische criteria voor adolescenten/volwassenen
7. Weglating van de 'seksuele aantrekking'-specificatie voor adolescenten/volwassenen
8. Toevoeging van een subtype: de aanwezigheid of afwezigheid van een *Disorder of Sex Development* (DSD)
9. Toevoeging van een '*Post-transition*'-specificatie voor adolescenten/volwassenen

In het vervolg van dit artikel worden deze veranderingen beschreven en besproken.

1. Verandering van naam: van Genderidentiteitsstoornis (GIS) naar Genderdysforie

In de DSM-5 is de term GIS vervangen door de term 'genderdysforie'(GD). Deze keuze voor genderdysforie gebeurde na uitvoerige overwegingen en debatten over de mogelijkheden en beperkingen van een in eerste instantie beter geachte term, m.n. 'genderincongruentie'. Hoewel hulpverleners en de transgenderorganisaties in het algemeen erg positief over de term 'genderincongruentie' waren, bleken sommige groepen juist zeer bezorgd. Ze argumenteerden dat buitenstanders te gemakkelijk zouden kunnen aannemen dat deze psychiatrische diagnose ook van toepassing zou zijn op personen die alleen atypisch gender-

rolgedrag vertonen. Deze personen zouden dan ten onrechte als iemand met een psychiatrische diagnose worden gezien, waardoor ze wel de nadelen van een psychiatrische diagnose (bijv. stigmatisering) zouden ondervinden, zonder er ook maar enig baat (bijv. een passende behandeling) bij te hebben. Omdat de DSM een classificatiesysteem van psychiatrische stoornissen is én de meeste mensen met genderproblematiek die hulp zoeken wel degelijk een grote lijdensdruk ervaren t.g.v. hun genderincongruentie werd uiteindelijk voor de term 'genderdysforie' gekozen. Deze term werd voor het eerst in 1974 gebruikt door Fisk, is dus al lang bekend in de literatuur en heeft als voordeel dat het een element van lijdensdruk ('dysforie') bevat, zonder dat het woord 'stoornis' er in voor komt.

Voor een diagnose GD wordt een incongruentie of discrepantie tussen ervaren en toegewezen gender als essentie gezien.

2. De positionering van de diagnose

In de DSM-5 was het gelukkig mogelijk om GD in een apart hoofdstuk te vermelden. Immers, het is niet duidelijk waarom er ooit voor was gekozen om de diagnoses GIS/GD, seksuele dysfuncties en parafilieën samen in één hoofdstuk met de naam 'Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen' te plaatsen. Er zijn geen theoretische of praktische redenen denkbaar waarom deze drie diagnosegroepen bij elkaar zouden horen. Vooral het feit dat GD en parafilieën bij elkaar werden gezet, werd door velen als slecht voor de beeldvorming rond GD ervaren. Maar GD past evenmin bij andere (groepen van) diagnoses en is in feite een unieke diagnose. Het is de enige diagnose in de DSM waarbij de diagnose door psychologen en/of psychiaters wordt gesteld, maar waarbij de meeste aspecten van de behandeling vooral binnen de algemene gezondheidszorg plaatsvinden. De werkgroep was van oordeel dat dit ook in de positionering van GD binnen de DSM-5 tot uitdrukking moest komen.

3. Beschrijving en conceptualisatie van het hoofdcriterium

In de DSM-5 is de definitie van het A-criterium als volgt verwoord: "*A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months duration, as manifested by at least...*". In deze definitie valt een aantal zaken op.

Ten eerste, er is ruimte voor variabiliteit. Er wordt verwezen naar een discrepantie tussen twee aspecten van iemands persoon, maar die discrepantie kan zich op verschillende manier manifesteren en meer of minder extreem zijn. Het gaat niet *per se* om personen die volledig van 'de ene' (cis) naar 'de andere'(trans) kant willen overstappen en ook de lijdensdruk die met de incongruentie gepaard gaat kan variëren.

Ten tweede, de term geslacht (in het Engels *sex*) is in deze definitie vervangen door toegewezen gender (*assigned gender*) (Meyer-Bahlburg, 2010). Deze aanpas-

sing was nodig om de diagnose GD ook op genderdysfore personen met 'Disorders of Sex Development' (DSD) te kunnen toepassen (zie ook punt 8). Immers, bij deze personen zou het niet duidelijk zijn waarnaar wordt verwezen wordt als de term (biologisch) geslacht zou worden gebruikt. DSD omvat namelijk een aantal aandoeningen waarbij het chromosomale, gonadale en/of genitale geslacht niet met elkaar overeenkomen en bepaalde geslachtschromosomale aandoeningen, zoals het Syndroom van Turner of het Syndroom van Klinefelter (Hughes et al, 2006). Als er dus wordt verwezen naar iemand van het mannelijke geslacht, gaat het dan om iemand met 46, XY chromosomen, iemand met testes, iemand met mannelijke hormoonspiegels, iemand met mannelijke inwendige geslachtsorganen of iemand met mannelijke uitwendige geslachtsorganen? Bij personen met DSD komen deze verschillende geslachtskenmerken immers niet altijd in één (mannelijke) lijn voor. Hoewel de meeste mensen met een DSD geen genderdysforie ervaren, is de kans op GD wel groter (Sandberg, Gardner, & Cohen-Kettenis, 2012; Steensma, Kreukels, de Vries, & Cohen-Kettenis, 2013). Mensen met DSD kunnen alle kenmerken van GD vertonen. Maar omwille van hun incongruente geslachtsontwikkeling kon bij hen tot dusver geen GIS-diagnose worden gesteld, omdat DSD in de DSM-IV een exclusie-criterium was. Nu ervoor is gekozen dat wel mogelijk te maken dient de term 'geslacht' in de criteria te worden vermeden.

Een belangrijke reden om de definitie van GD te formuleren in termen van een incongruentie tussen ervaren en toegewezen gender, is dat voor de meeste personen met GD zal gelden dat, na behandeling, de incongruentie opgeheven zal zijn. Daardoor voldoet iemand in feite niet meer aan de criteria voor de diagnose en is het mogelijk om de psychiatrische diagnose 'kwijt' te raken. Door de wijze waarop GIS in de DSM-IV en DSM-IV-TR was geformuleerd, was dat in principe niet mogelijk (zie ook punt 9). Het is nu ook mogelijk dat iemand na een behandeling opnieuw aan de criteria voldoet. Als iemand namelijk na een behandeling spijt heeft, ontstaat er opnieuw een incongruentie tussen het ervaren en (later) toegewezen gender.

Voor de toevoeging van het tijdsriterium van een duur van minstens zes maanden werd gekozen omdat zo een onderscheid kan worden gemaakt tussen zeer kortdurende en fluctuerende - en meer stabiele - vormen van GD.

4. Samenvoeging van het A- en B-criterium uit de DSM-IV-TR

In de DSM-5 is er nog slechts één hoofdcriterium met verschillende indicatoren. Waarom er in de DSM-IV uiteindelijk voor werd gekozen om criterium A (identificatie met 'het andere geslacht') en criterium B (afkeer van eigen geslacht) te scheiden, is in publicaties over de ontwikkeling van de DSM-IV niet te achterhalen. De DSM-IV werkgroep had immers ook al voorgesteld om

het A- en B-criterium samen te voegen (Zucker Green, Bradley, Williams, Rebach, & Hood, 1998), maar dit is om onduidelijke redenen niet door de APA overgenomen. Na publicatie van de DSM-IV is een aantal factoranalytische studies en ook een Mekkenschaalanalyse uitgevoerd waarvan de resultaten uitwijzen dat GD een een-dimensionaal concept is.

5. Strengere criteria voor kinderen

In de DSM-5 is het A1-criterium, nl. "een sterke wens om tot het andere geslacht te behoren of er op staan tot het andere geslacht te behoren", voor een diagnose GD bij kinderen vereist gesteld. Met andere woorden, kinderen die niet aan dit criterium voldoen, kunnen de diagnose GD niet krijgen, hoezeer de andere criteria ook op hen van toepassing zijn. Dat verschilt sterk met de DSM-IV-TR criteria waar kinderen de diagnose GIS konden krijgen als zij alleen aan de gedragscriteria voldeden. Voor wat betreft "identificatie met het andere geslacht" (A-criterium) waren dat:

- bij jongens, een voorkeur voor het dragen van vrouwenkleden; bij meisjes er op staan alleen stereotiepe mannenkleding te dragen;
- een sterke en blijvende voorkeur voor het in fantasie spelen van de rol van het andere geslacht of aanhoudende fantasieën over het behoren tot het andere geslacht;
- een intens verlangen deel te nemen aan stereotiepe spelletjes en tijdverdrijf van de andere sekse;
- een sterke voorkeur voor speelkameraden van de andere sekse.

Voor wat betreft "afkeer van het eigen geslacht" (B-criterium) waren dat:

- bij jongens, afkeer van wilde spelletjes, afkeer van stereotiep jongensspeelgoed;
- bij meisjes afkeer van typische vrouwenkleding.

Op deze criteria werd herhaaldelijk kritiek geuit, omdat kinderen zeer gendervariant gedrag kunnen vertonen zonder een wens om echt tot het andere geslacht te willen behoren en/of ongelukkig te zijn met het eigen geslacht (Zucker, 2010). Deze kinderen zouden dan ten onrechte de diagnose GIS krijgen, inclusief de mogelijke negatieve gevolgen zoals stigmatisering. Deze te weinig strikte criteria zouden ook de oorzaak kunnen zijn van de lage persistentiepercentages in langetermijnstudies naar de psychoseksuele uitkomst van kinderen met genderdysforie (voor een overzicht Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, & Cohen-Kettenis, 2013). Immers, als veel kinderen die uitsluitend gendervariant gedrag vertonen zonder echt genderdysfoor te zijn ook aan de criteria voldoen (vals positieven dus), is de kans zeer groot dat zij in de adolescentie niet meer aan de criteria voor adolescenten/volwassenen – die veel duidelijker naar GD en niet naar gendervariant gedrag verwijzen - voldoen.

In de DSM-5 is de formulering "herhaaldelijk geuite wens" veranderd in "sterke wens" voor een diagnose GD bij kinderen. Deze wijziging is aangebracht omdat niet

alle kinderen in staat zijn om hun wens om tot het andere geslacht te behoren te verwoorden. Het feit dat kinderen dat niet kunnen, kan te wijten zijn aan enerzijds kenmerken van het kind of anderzijds een onderdrukkende en straffende omgeving. Door de nieuwe formulering kunnen klinici bij het inschatten van deze indicator zelf rekening houden met de omstandigheden van het kind.

6. Meer gedetailleerde diagnostische criteria en ander format voor adolescenten/ volwassenen

In de DSM-5 is er - net zoals bij de criteria voor de kinderen - geopteerd voor een meer gedetailleerde formulering in tegenstelling tot de meer schetsmatige formulering in de DSM-IV. Daardoor kunnen klinici nu explicieter nagegaan worden volgens welke - polythetische - criteria iemand de diagnose krijgt. Dit impliceert dat de criteria niet voor iedereen die de diagnose krijgt, dezelfde hoeven te zijn. Deze keuze werd gemaakt om de heterogeniteit van het verschijnsel GD te onderkennen en om klinici er op te wijzen dat ze hun behandelplan op het *soort* genderdysforie dat iemand heeft, moeten afstemmen. Het was de intentie van de werkgroep om zo het dichotome denken in termen van 'wel-of-niet transseksueel' te verlaten. Daarmee werd gereageerd op de formulering van de criteria voor adolescenten / volwassenen in de DSM-IV, die suggereerden dat er maar één soort personen met een GIS bestond. Die formulering was waarschijnlijk een overblijfsel van het denken over transseksualiteit uit de periode voorafgaand aan de DSM-IV. Immers, in de DSM-III werd alleen omschreven wie er transseksueel was en wie niet; alle andere vormen van GD vielen in de NAO-categorie en kregen, zowel klinisch als in onderzoek, nauwelijks aandacht. In de klinische praktijk vertaalde zich dit ook als een zoektocht naar de 'ware transseksueel' en werd die diagnose lange tijd vrijwel uitsluitend aan één soort behandeling voor GD gekoppeld, nl. een geslachtsaanpassing via hormoonbehandeling en operaties. Hoewel de formulering in de DSM-IV in feite ook al uiteenlopende vormen van genderdysforie bevatte, werd GIS toch nog vaak aan transseksualiteit gelijkgesteld.

In de DSM-5 wordt er niet alleen verwezen naar het 'eigen' en het 'andere' geslacht/gender, maar ook naar genderervaringen die tussen mannelijk en vrouwelijk in kunnen liggen of zelfs buiten het man-vrouw spectrum (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010).

Daarmee heeft de werkgroep een lans willen breken om het dichotome denken over genderidentiteit en genderrol (mannelijk of vrouwelijk) te verlaten. Dat is ook in lijn met de literatuur van de afgelopen tien jaar waarin men in toenemende mate verwijst naar genderidentiteit en genderrol als een spectrum of *multicategory*-concept (bijv. Bockting, 2008; Drescher, 2010; Ekins & King, 2006).

Tenslotte wordt er in de DSM-5 voor wat betreft de criteria voor adolescenten/volwassenen meer specifiek rekening gehouden met de situatie van adolescenten.

Immers, er is de laatste tijd een sterk stijgend aantal adolescenten, dat zich, nog voor de lichamelijke puberteitsontwikkeling is voltooid, bij klinieken aanmeldt met een vraag naar medische interventies (Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011; Zucker & Cohen-Kettenis, 2008). Daarom werd ervoor geopteerd om in de formuleringen niet alleen naar de huidige lichamelijke situatie te verwijzen maar ook naar de te verwachten lichamelijke ontwikkelingen.

7. Weglating van de seksuele oriëntatie-specificatie voor adolescenten / volwassenen

In de DSM-5 is de specificatie i.v.m. de seksuele oriëntatie bij de criteria voor GD bij adolescenten/volwassenen geschrapt. Die toevoeging stamt nog uit de begintijd van de geslachtsaanpassende behandelingen waarbij deze specificatie werd gebruikt bij behandelbeslissingen. Immers, toen vond men in sommige klinieken dat men niet moest meewerken aan de creatie van - post-operatieve - homoseksuelen. Omdat er tegenwoordig in de praktijk met deze informatie niets wordt gedaan, is het klinisch nut van deze specificatie obsoleet geworden.

Uit onderzoek blijkt dat mensen met GD die zich seksueel tot personen van het wensgeslacht aangetrokken voelen in een aantal opzichten (zoals bijvoorbeeld de leeftijd waarop GD begon, de mate van gendervariantie in de kindertijd, de leeftijd waarop behandeling wordt gezocht en de rol van seksuele opwindings in de ontwikkeling van GD) verschillen van personen met GD die zich tot partners van het andere dan het wensgeslacht aangetrokken voelen (bijv. Lawrence, 2010; Nieder et al., 2011). Voor onderzoek kan het van belang zijn dat men rekening houdt met deze subgroepen. Om deze reden is besloten in de begeleidende tekst wel naar deze subgroepen te verwijzen, nu de indeling in deze subgroepen als specificatie verdwijnt.

8. Toevoeging van een subtype: de aanwezigheid of afwezigheid van een *Disorder of Sex Development (DSD)*.

In de DSM-5 werd er een DSD-subtype geïntroduceerd. In het geval een kind duidelijk ambigue geslachtsorganen heeft, is het bij sommige diagnoses niet altijd meteen duidelijk in welk geslacht het kind het best kan worden opgevoed. Een beslissing hierover wordt pas na verder onderzoek genomen en de genderidentiteit komt dan meestal overeen met die van de geslachtstoevoeging. Maar het komt ook voor dat personen met een DSD, aan wie bij de geboorte het vrouwelijk of mannelijk geslacht is toegewezen, zich later zeer ongelukkig voelen over het feit dat zij geacht worden als man of vrouw te leven (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005, 2009, 2010). Ook bij mensen met DSD, die bij de geboorte geen ambigue geslachtsorganen hadden, maar waarbij natuurlijk wel een discrepantie tussen de verschillende geslachtskenmerken bestaat, komt genderdysforie

voor. Dat genderdysforie bij mensen met een DSD door een andere prenatale ontwikkeling en/of via andere ontwikkelingspaden is ontstaan dan bij personen zonder DSD, hoeft geen verschil te maken voor wat betreft het klinische beeld. Immers, mensen met GD en DSD voelen zich ongelukkig over dezelfde zaken en hebben vaak dezelfde behandelwensen, nl. hun lichaam in overeenstemming brengen met hun genderidentiteit, net zoals mensen met GD zonder DSD. Niettemin zal juist omwille van hun DSD de gevolgde behandeling soms afwijken van de klassieke GD behandelingen (Cohen-Kettenis, 2010; Meyer-Bahlburg, 2009). Vooral dit laatste aspect maakte het van belang om DSD als een subtype in de DSM te introduceren.

9. Toevoeging van een 'Post-transition'-specificatie voor adolescenten en volwassenen

In de DSM-5 werd een 'post-transition'-specificatie geïntroduceerd met als doel om de toegang tot zorg open te (kunnen) houden. Het doel van een behandeling van iemand met GD is dat iemand na de behandeling van zijn of haar probleem of klacht af is en dus de betreffende diagnose niet meer heeft. In de DSM-IV waren de criteria echter zo geformuleerd dat mensen ook na de behandeling nog aan de criteria bleven voldoen. Bijvoorbeeld "de wens om te leven en te worden behandeld als iemand van het andere geslacht" (indicator van het A-criterium) en "de overtuiging in het verkeerde geslacht te zijn geboren" (indicator van het B-criterium) blijven in feite - ook wanneer iemand een hormonale en chirurgische behandeling heeft ondergaan - overeind. Daardoor was het onmogelijk om, zelfs nadat de operaties al lange tijd achter de rug waren, van de diagnose GIS af te komen. Gezien het stigmatiserende effect van het hebben van een psychiatrische diagnose, wat extra problematisch is wanneer deze diagnose niet meer van toepassing is, werd ervoor gekozen de criteria te herformuleren. Maar deze herformulering riep andere problemen op. Als iemand al leeft in de gewenste rol en grotendeels is behandeld, is er dus eigenlijk geen sprake meer van een GD-diagnose. Niettemin hebben velen wel een diagnose nodig om counseling, hormoonbehandeling of nog een enkele operatie om hun aanpassing aan het leven in de gewenste rol mogelijk te maken, vergoed te krijgen. Het mogelijk maken van een 'verlies' van de diagnose staat op enigszins gespannen voet met het behouden van toegang tot betaalde zorg op basis van een diagnose. Door herformulering van de criteria en introductie van deze specificatie is getracht beide doelen te verenigen.

Hoort GD in de DSM?

Vanaf de start van de GIS-werkgroep was er veel te doen over de vraag of er wel een genderidentiteitsdiagnose in de DSM moest worden opgenomen. In een survey onder een groot aantal organisaties in vrijwel alle continenten (Vance et al., 2010) en in de feedback die op de APA-website werd gegeven, werd vooral ge-

argumenteerd dat men tegen het pathologiseren van genderidentiteit was en dat het opnemen van een GIS in een psychiatrisch classificatiesysteem stigmatisering en ook discriminatie in de hand kan werken. Bovendien uitten sommigen een principiële bezwaar tegen het medicaliseren van bepaalde genderidentiteiten en/of vonden anderen dat het de autonomie van mensen om persoonlijke beslissingen te maken in de weg stond. Met dit laatste wordt bedoeld dat mensen met GD in de meeste centra alleen een medische behandeling kunnen starten nadat een psycholoog of psychiater een GD-diagnose heeft gesteld. Veel personen met een GD vinden dat zij zelf het meest aangewezen zijn om vast te stellen dat zij onder het verschil tussen ervaren en lichamelijk geslacht lijden en willen dit het liefst zelf direct aan hun medische behandelaar kunnen voorleggen. De tussenkomst van een psycholoog of andere professional, die eerst een diagnose moet stellen, achten zij ongewenst. Zonder een 'diagnose' zou er geen (of een veel geringere) rol van deze 'poortwachters' zijn. Tenslotte werd er gevreesd dat het opnemen van deze diagnose in een classificatiesysteem van psychiatrische stoornissen zou leiden tot (de ontwikkeling van) ongewenste behandelingen, naar analogie met de reparatieve therapieën, die vroeger werden uitgevoerd om homoseksuelen van hun homoseksualiteit af te brengen. Dit argument gold vooral voor behandelingen van kinderen (Byne et al., 2012).

Maar er waren ook veel voorstanders voor het opnemen van de GD-diagnose in de DSM-5. Redenen die werden genoemd om wel een DSM-diagnose te willen hebben waren: dat het aangeeft dat er een behandeling nodig is voor deze 'conditie', dat het toegang verleent tot verzekerde zorg, dat het de zorg (o.a. via trainingen rond deze diagnose) kwalitatief op peil houdt, dat het een basis is voor het veranderen van documenten (bijv. geboorteaakte), dat het in rechtszaken ten gunste van de betrokkene kan worden ingezet, dat het kinderen op school kan beschermen (bijv. tegen discriminatie) en dat het onderzoek faciliteert. In de tijd dat deze discussie werd gevoerd, was de *Working Group for Sexual Health and Sexual Disorders* van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) nog niet begonnen met aanpassingen van de diagnoses voor de elfde revisie van de *International Classification of Diseases* (ICD-11).

In de ICD is er, in tegenstelling tot in de DSM, wel een mogelijkheid om de diagnose te verplaatsen naar een hoofdstuk dat buiten de psychiatrie valt. In dit geval zouden de voordelen van het hebben van een diagnose behouden blijven, maar de nadelen van het hebben van een *psychiatrische* diagnose verdwijnen. Momenteel worden de mogelijkheden hiertoe overwogen, maar het is nog niet duidelijk of dit ook daadwerkelijk zal gebeuren. Om deze reden is er door de subwerkgroep dan ook *niet* voor de gekozen om aan de APA voor te stellen de diagnose uit de DSM-5 te verwijderen.

Conclusie

In dit artikel werden de belangrijkste wijzigingen voor wat betreft de diagnostische criteria voor een GD-diagnose in de DSM-5 uitvoerig beschreven en kritisch besproken. Het belangrijkste verschil tussen de oude GIS- en nieuwe GD-diagnose is dat de wijzigingen een wezenlijke verandering in conceptualisering reflecteren. Die nieuwe conceptualisering houdt in dat er meer dimensioneel wordt gedacht en dat alle dichotomieën die in de DSM-IV voorkwamen (man-vrouw; transseksueel-niet transseksueel) nu uit de beschrijving van de diagnostische criteria van GD zijn gehaald. Deze nieuwe conceptualisering heeft als groot voordeel dat het voor klinici, die met mensen met (een vraag naar) deze diagnose werken, nu duidelijk zal zijn dat er veel explicieter en beter moet worden gekeken naar het type en de ernst van de GD. De vorige DSM-IV GIS-criteria waren in dat opzicht niet erg behulpzaam. Door de formulering in de DSM-5 kan een clinicus niet langer volstaan met het optellen van twee criteria. Er zal beter moeten worden geluisterd naar het individuele verhaal van de hulpvrager. Alleen op die manier kan een clinicus correct beoordelen bij welk soort behandeling iemand het meest gebaat is. In feite zou goede klinische zorg er altijd zo moeten uitzien, maar in het geval van GD-behandelingen was dit vaak niet het geval. Immers, als beter was geluisterd naar het verhaal van de hulpvrager dan was het aanbod van behandelingen niet zo lang beperkt gebleven tot enerzijds 'geen' medische behandeling of anderzijds een 'volledige,' d.w.z. een hormonale en chirurgische, behandeling. Hoewel er ook situaties waren (bijvoorbeeld bij genderverwarring) waarbij ervoor werd gekozen om psychotherapeutisch te werken, werd de dichotome conceptualisatie van GD in de voorgaande diagnostische criteria, dus vaak vertaald in een dichotoom (alles of niets) behandelingsaanbod. Het onderkennen van de breedte van het verschijnsel GD zal hopelijk kunnen bijdragen tot een beter op de noden van de persoon afgestemde zorg.

Voor kinderen is het een belangrijke verbetering dat het kunnen toekennen van de GD-diagnose aan veel striktere criteria is gebonden. Kinderen die alleen gendervariant gedrag vertonen, maar verder geen wens hebben om in een andere rol te leven en geen last hebben van hun lichamelijke kenmerken, voldoen niet langer aan de criteria voor deze diagnose. Omdat al eerder is gebleken dat de ernst van de GD de persistentie van GD voorspelt, valt door de strengere criteria te verwachten dat in toekomstige studies het percentage kinderen waarvan de GD ook tot na de adolescentie persisteert veel groter zal zijn dan de huidige 15% die in onderzoek wordt gerapporteerd (Steensma, Kreukels, de Vries & Cohen-Kettenis, 2013).

Zowel voor wat betreft de diagnose van GD bij kinderen als de diagnose van GD bij adolescenten/volwassenen geldt hopelijk dat de nieuwe criteria enerzijds nieuw onderzoek zullen faciliteren waardoor het fenomeen GD nog beter kan worden begrepen en anderzijds een nieuwe impuls kunnen geven aan het verbeteren van de klinische zorg voor mensen met GD.

meen GD nog beter kan worden begrepen en anderzijds een nieuwe impuls kunnen geven aan het verbeteren van de klinische zorg voor mensen met GD.

Literatuur

- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17, 211–224.
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A.E., Green, R., Menvielle, E. J., ... Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 759–796.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research: Clinical Endocrinology & Metabolism* 24, 325–334.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2-deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 399–410.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 499–513.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 389–397.
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427–460.
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. London: Sage.
- Fisk, N. M. (1974). Gender dysphoria syndrome: The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 12, 386–391.
- Hughes, I. A., Houk, C., Ahmend, S.F., Lee, P.A., & LWPES consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Diseases in Childhood*, 91, 554–563.
- Kreukels, B.P. & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: The Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7, 466–472.
- Lawrence, A. A. (2010). Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies (subtypes) of gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 514–545.
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 411–421.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 423–438.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development: Recommendations for Version 7 of the World Professional Association for Transgendered Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11, 226–237.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 461–476.
- Nieder, T. O., Herff, M., Cerwenka, S., Preuss, W. F., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, ... Richter-Appelt H. (2011). Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 783–791.
- Sandberg, D.E. Gardner, M. & Cohen-Kettenis, P.T. (2012). Psychological aspects of the treatment of patients with disorders of sex develop-

- ment. *Seminars in Reproductive Medicine*, 30, 443–452.
- Steensma, T.D., Kreukels, B.P.C., de Vries, A.C., & Cohen-Kettenis, P.T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior* 64, 288–297.
- Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P.C., Beekman, A.J., & Cohen-Kettenis, P.T. (2013). Factors Associated with desistence and persistence of childhood Gender Dysphoria: A Quantitative follow-up study. *Journal of the American academy of child and adolescent Psychiatry*, 52, 582–590.
- Vance, S. R., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Zucker, K. J. (2010). Opinions about the DSM Gender Identity Disorder diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 12, 1–14.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 477–498.
- Zucker, K. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Gender identity disorder in children and adolescents. In D. L. Rowland & L. Incrocci (Eds.), *Handbook of sexual and gender identity disorders* (pp. 376–422). New York: Wiley.
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W.M. (2013). Memo Outlining Evidence for Change for Gender Identity Disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 901–914.
- Zucker, K. J., Green, R., Bradley, S. J., Williams, K., Rebach, H. M., & Hood, J. E. (1998). Gender identity disorder of childhood: Diagnostic issues. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, W. Davis, & M. Kline (Eds.), *DSM-IV sourcebook* (Vol. 4, pp. 503–512). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Summary

Gender Identity Diagnosis in DSM-5

The question of whether a gender identity diagnosis should remain included in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), the American Psychiatric Association's (APA) classification system, has generated much debate. Retention had advantages, but also disadvantages. For the moment the APA considered the advantages of retention decisive and gender identity diagnoses have not been deleted. However, important adjustments have been made attempting to avoid the disadvantages whenever possible. The most important changes in DSM-5 as compared to the previous version concern the name (now Gender Dysphoria), the placement in the DSM (now separate from paraphilia and sexual dysfunctions), conceptualization of the main criterion (incongruence between experienced and assigned gender as core criterion), abandoning 'sex' and 'gender' as binary constructs and more strict criteria for the child diagnosis. The conceptualization hopefully makes clear that Gender Dysphoria is a complex phenomenon, which may develop and manifest itself in various ways. Fulfilling the criteria does not automatically imply a certain treatment, such as, for instance, a gender reassignment with both cross-sex hormones and surgeries.

Keywords: Gender Dysphoria, gender identity disorder, transsexuality, transgender, DSM-5

Trefwoorden: genderdysforie, genderidentiteitsstoornis, transseksualiteit, transgender, DSM-5