

Reactie op 'Transseksuele adolescenten vóór de
behandeling: achtergrond en functioneren'

Met bijzondere belangstelling hebben we bovengenoemd artikel (Van Campen e.a. 2003) gelezen. De uit eigen klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek gegroeide bezorgdheid omtrent diagnostische inschattingfouten bij minderjarigen die voor een geslachtsaanpassende behandeling in aanmerking zouden komen, is met het lezen van dit artikel helaas niet afgenomen. Met de zinsnede dat er 'een vaak veronderstelde relatie tussen transseksualiteit en psychopathologie is', suggereren de auteurs dat er geen, of hooguit een twijfelachtige, associatie tussen transseksualiteit en psychopathologie zou bestaan. Een aantal kritische publicaties waarin juist een sterke associatie tussen transseksualiteit en psychopathologie wordt gelegd (Bodlund e.a. 1996; Finney e.a. 1975; Levine e.a. 1986; De Cuypere 1993; Commander e.a. 1990; Faulk 1990; Caldwell & Keshavan 1991; À Campo e.a. 2003) ontbreken in de door de auteurs opgevoerde referenties. Een gedetailleerde literatuurstudie rechtvaardigt in ieder geval de conclusie dat er een consistente relatie tussen transseksualiteit en schizofrenie bestaat (Van Os 2002; À Campo e.a. 2001). Genderdysforie komt volgens Gittleson e.a. (Gittleson & Levine 1966; Gittleson & Dawson-Butterworth 1967) zelfs bij 1 op de 4 patiënten met schizofrenie voor wanneer men deze erop ondervraagt. Juist de publicaties die veranderingen in het uiterlijk en met name de wens tot geslachtsverandering opvoeren als prodromaal verschijnsel van een op handen zijnde schizofrene psychose, zouden tot grote voorzichtigheid en terughoudendheid moeten stemmen bij de keuze tot hormonaal en chirurgisch ingrijpen bij genderdysfore adolescenten (Moller & Husby 2000; À Campo e.a. 1998, 2001). Om irreversibele schade te voorkomen, is een goed doordachte psychologische en psychiatrische screening voorafgaande aan de indicatie-

stelling tot geslachtsverandering noodzakelijk.

De wijze waarop deze screening nu plaatsvindt blijktens bovengenoemd artikel, stelt ons geenszins gerust. De auteurs geven namelijk zelf aan dat het psychologisch onderzoek in de loop der jaren wisselend van samenstelling is geweest en dat ook het psychiatrisch onderzoek niet gestandaardiseerd was. Geen wonder dat je dan luchtig doet over de associatie tussen transseksualiteit en psychopathologie. Onvermeld blijft overigens welke consequentie het had voor de indicatiestelling tot geslachtsaanpassing bij de grote groep van jongeren, die 'hoog' tot 'zeer hoog' scoorden op verschillende subschalen van de vragenlijsten. De auteurs voeren bij een kleine ongecontroleerde groep een groot aantal statistische toetsen uit zonder a-priori-hypothesen, en menen, bij het uitblijven van significante resultaten, ook van een aantal post-hoc-vergelijkingen, dat de nulhypothese van geen verschil bewezen is. Een andere interpretatie is dat de auteurs geen klinische hypothesen hebben en niet weten waar ze naar moeten zoeken. Gezien het huidige niveau van wetenschappelijke inzichten in bovengeschetste problematiek kan de door de genderteams geboden geslachtsveranderende behandeling niet anders gezien worden dan als een medisch experiment op minderjarigen.

LITERATUUR

(Een uitgebreide literatuurlijst over genoemde materie is bij de auteurs van deze brief op te vragen)

- Bodlund, O., & Kullgren, G. (1996). Transsexualism-general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Archives of sexual behavior*, 25, 303-316.
- Caldwell, C., & Keshavan, M.S. (1991). Schizophrenia with secondary transsexualism. *Canadian journal of psychiatry*, 36, 300-301.
- Commander, M., & Dean, C. (1990). Symptomatic trans-sexualism. *British journal of psychiatry*, 156, 894-896.
- Campen, Y.E. van, Duyx, J.H.M., & Cohen-Kettenis, P.T. (2003). Transseksuele adolescenten vóór de behandeling: achtergrond en functioneren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 193-201.

- Campo, J. á, Frederikx, M., Nijman, H., e.a. (1998). Schizophrenia and changes in physical appearance (Ingezonden brief). *Journal of clinical psychiatry*, 59, 197.
- Campo, J. á, Nijman, H., Merckelbach, H., e.a. (2001). Genderidentiteitsstoornissen als bijverschijnsel van psychose in het bijzonder schizofrenie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1876-1880.
- Campo, J. á, Nijman, H., Merckelbach, H., e.a. (2003). Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists. *American journal of psychiatry*, 160, 1332-1336.
- Cuypere, G. de. (1993). Schizophrenia and symptomatic transsexualism: two case-reports. *European Psychiatry*, 8, 163-167.
- Faulk, M. (1990). Psychosis in a transsexual (Ingezonden brief, Commentaar). *British journal of psychiatry*, 156, 285-286.
- Finney, J.C., Brandsma, J.M., Tondow, M., e.a. (1975). A study of transsexuals seeking gender reassignment. *American journal of psychiatry*, 132, 962-964.
- Gittleson, N.L., & Dawson-Butterworth, K. (1967). Subjective ideas of sexual change in female schizophrenics. *British journal of psychiatry*, 113, 491-494.
- Gittleson, N.L., & Levine, S. (1966). Subjective ideas of sexual change in male schizophrenics. *British journal of psychiatry*, 112, 779-782.
- Levine, S.B., & Lothstein, L. (1981). Transsexualism or the gender dysphoria syndromes. *Journal of sex & marital therapy*, 7, 85-113.
- Moller, P., & Husby, R. (2000). The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 217-232.
- Os, J. van. (2002). Consistente relatie tussen transseksualiteit en schizofrenie. *Magazine Schizofreniezorg*, zomer 2002, 2-4.

J. À CAMPO, psychiater en A-opleider Mondriaan Zorggroep Heerlen

J. VAN OS, hoogleraar, hoofd Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie Universiteit Maastricht

ANTWOORD aan À Campo en Van Os

Het commentaar van collega's À Campo en Van Os op ons artikel 'Transseksuele adolescenten vóór behandeling: achtergrond en functioneren (Van Campen e.a. 2003), geeft de strekking van dit artikel volledig onjuist weer.

Het artikel geeft een beschrijving van achter-

grondkenmerken (gezinssituatie, leeftijd bij aanmelding, enz.) van een populatie transseksuele adolescenten. Er wordt nagegaan of bij aanmelding een aantal van deze kenmerken gerelateerd is aan het psychisch functioneren van de groep. Het onderzoek is dus exploratief van aard en niet bedoeld om theorieën te toetsen of nulhypoteses te bewijzen of - beter gezegd - aan te nemen. Onze conclusies zijn voorzichtig geformuleerd en vóór alles wordt duidelijk dat behoedzaamheid bij de behandeling van transseksuele jongeren geboden is.

Dit alles staat in schril contrast met de indruk die À Campo en Van Os van het artikel lijken te willen wekken. Wij noemen de volgende vijf punten.

(1) Dat onze zinsnede 'de vaak veronderstelde relatie tussen transseksualiteit en psychopathologie' zou suggereren dat wij een relatie tussen transseksualiteit en psychopathologie a priori ontkennen, lijkt op een bewuste poging ons standpunt te simplificeren, zo niet te falsificeren. Wij geven duidelijk aan dat verschillende onderzoeksrapporten elkaar op dit punt tegenspreken. In dit stuk bieden wij hiervoor een verklaring: de transseksuele populatie bestaat uit subtypen. Deze kunnen wellicht een verschillende mate van psychopathologie vertonen. Met andere woorden: niet alle personen met genderdysforie kunnen over één kam geschoren worden. Iedere persoon met genderproblematiek zal individueel beoordeeld moeten worden. In de meer uitgebreide review, waarnaar in het stuk wordt verwezen (Cohen-Kettenis & Gooren 1999) noemen wij ook nog andere verklaringen voor de tegenstrijdigheid in de onderzoeksliteratuur. Deze komen in de reactie van À Campo en Van Os niet voor.

(2) Dat er gedegen psychiatrisch en psychologisch onderzoek aan de indicatiestelling tot hormoontherapie of chirurgisch ingrijpen moet voorafgaan en dat er met grote voorzichtigheid moet worden gehandeld alvorens tot een behandeling over te gaan, wordt op meerdere plaatsen in ons artikel vermeld. Daarin verschilt onze mening op geen enkele wijze van de mening van À Campo en Van Os. Overigens letten wij niet

alleen op mogelijke voorbodes van schizofrenie, maar ook op andere mogelijke risicofactoren en op oneigenlijke redenen om een geslachtsaanpassing te wensen. De plotselinge uiterlijke veranderingen die À Campo en Van Os als risicofactor voor schizofrenie noemen, zijn tot dusver bij geen enkele jongere waargenomen die na gedegen vooronderzoek voor een somatische behandeling in aanmerking kwam. Zou dit wel het geval zijn geweest dan zouden deze patiënten niet meer voldoen aan de door ons zelf gehanteerde criteria die voor indicatiestelling gelden.

(3) De ongerustheid bij de auteurs over de kwaliteit van het psychologisch onderzoek – omdat de batterij wisselend van samenstelling was – is ongegrond. In de kinderpsychiatrie is het gangbaar dat een testbatterij aansluit bij de klinische vraagstelling rond een patiënt, niet omgekeerd. Toen duidelijk werd dat de aanmelding van transseksuele adolescenten bij de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het UMC meer dan incidenteel was en zelfs een reguliere stroom ging vormen, is besloten om enkele instrumenten uit het psychologisch onderzoek standaard af te nemen. De ontwikkeling van nieuwe tests en de ons gebleken goede bruikbaarheid van tests die eerst incidenteel werden gebruikt voor deze groep, hebben geleid tot enige uitbreiding van dit basispakket. Het zal duidelijk zijn dat zo'n werkwijze geenszins nadelig is voor de kwaliteit van het psychologisch onderzoek. Een zelfde ontwikkeling heeft ook plaats gevonden ten aanzien van het kinderpsychiatrisch onderzoek. Aanvankelijk werd uitsluitend klinisch onderzoek gedaan, omdat dit voor de inschatting van het functioneren van de adolescent voldoet. Om dezelfde reden als hiervoor geschetst is later een (veelal ten behoeve van research gebruikt) gestandaardiseerd psychiatrisch interview aan de procedure toegevoegd. Een dergelijke werkwijze wijst eerder op grote zorgvuldigheid dan op ondeugdelijk klinisch werk. De conclusie dat er 'luchtig' zou worden gedaan over de associatie tussen transseksualiteit en psychopathologie wordt dus niet met steekhoudende argumenten onderbouwd en

laat een vooringenomen positie zien die langzamerhand de grenzen van smaad bereikt. Onze indruk van een vooringenomen positie komt mede voort uit andere negatieve uitspraken over ons werk die ons nooit direct maar vooral via de pers hebben bereikt.

(4) Wij begrijpen niet waarover collega's À Campo en Van Os spreken als zij verwijzen naar het grote aantal statistische toetsen dat wij zouden hebben uitgevoerd en op grond waarvan wij uitspraken over de afwezigheid van psychisch disfunctioneren zouden hebben gedaan. Wij hebben namelijk met dit doel *geen enkele* statistische toets uitgevoerd. Daar waar er normgegevens beschikbaar waren, zijn alleen de percentages adolescenten vermeld die hoog ten opzichte van deze normgroepen scoorden. De toetsen die wél door ons zijn uitgevoerd, betroffen uitsluitend vergelijkingen binnen de groep. Immers, er werd nagegaan of de relatief goed en relatief slecht functionerende subgroepen van elkaar verschilden in een aantal achtergrondgegevens (zoals bv. IQ, gezinssituatie) waarover wij beschikten.

(5) De stelligheid waarmee de auteurs besluiten dat de geslachtsveranderende behandeling 'niet anders gezien kan worden dan als een medisch experiment op minderjarigen', miskent de grote lijdensdruk van jongeren met genderdysforie. Het is zonder twijfel een delicaat onderwerp en een kritische beschouwing en een vakmatig debat over de behandeling van (jeugdige) transseksuelen is een goede zaak. Wij verwachten echter van critici dat zij niet alleen oog hebben voor consequenties van mogelijk ten onrechte behandelden, maar ook voor de schade die wordt aangericht bij jongeren die ten onrechte niet worden behandeld uit een onwil of angst om, voorzichtig en kritisch, nieuwe gebieden te exploreren. Dat laatste is een taak van de academische geneeskunde, die zoals bekend geen solo-activiteit is, maar gedragen wordt door afdelingen en onderworpen is aan ethische toetsing. Ons werk vindt plaats in een milieu dat 'medische experimenten op minderjarigen' niet tolereert.

LITERATUUR

- Campen, Y.E. van, Duyx, J.H.M., & Cohen-Kettenis, P.T. (2003). Transseksuele adolescenten vóór de behandeling: achtergrond en functioneren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 193-201.
- Cohen-Kettenis, P.T., & Gooren, L.J. (1999). Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 315-333.

Y.E. VAN CAMPEN

J.H.M. DUYX

P.T. COHEN-KETTENIS

Aanvulling op 'Acute porfyrie: een intrigerende imitator'

Wij willen hierbij reageren op de zeer gewaardeerde reactie van collega dr. Ledure op ons artikel over acute porfyrie (Vos e.a. 2003), waarin gevraagd wordt om verheldering rond het al dan niet voorschrijven van clonazepam bij patiënten met porfyrie. Dit betreft tegenstrijdige informatie in de literatuur over de veiligheid van geneesmiddelen bij porfyrie die wij hier nader zullen toelichten.

Voor een grote groep geneesmiddelen bestaat er geen consensus ten aanzien van de veiligheid bij patiënten met porfyrie. Dit komt door tegenstrijdige gegevens uit gevalbeschrijvingen en dierexperimenteel onderzoek. Bij gevalbeschrijvingen moet rekening gehouden worden met grote interindividuele verschillen in de responsen sensitiviteit ten aanzien van medicatie. In onderzoek met celkweken en dierexperimentele modellen wordt de porfyrinogeniteit van geneesmiddelen vaak overschat. Voor geneesmiddelen

waarover geen consensus bestaat ten aanzien van de veiligheid bij porfyrie dient een kosten-batenanalyse gemaakt te worden. Het is minder waarschijnlijk dat een porfyrieaanval veroorzaakt zal worden als de porfyrie latent aanwezig is, als iemand slechts eenmaal een aanval gehad heeft en als de porfobilinogeenconcentratie (met name ALA) in de urine normaal is tijdens het gebruik van het geneesmiddel (Thadani e.a. 2000).

In het algemeen worden benzodiazepinen als onveilig beschouwd bij porfyrie. Desondanks wordt diazepam aanbevolen om een status epilepticus te couperen en wordt clonazepam aanbevolen voor insultprofylaxe (Gorchein 1997). Overigens noemen Thadani e.a. (2000) gabapentine en vigabatrine de middelen van eerste keus bij de behandeling van insulten bij acute porfyrie.

De auteurs zijn gaarne bereid meer referenties te verstrekken. Voor praktische informatie verwijzen wij naar het Porphyria Research Centre van het Erasmus MC te Rotterdam.

LITERATUUR

- Gorchein, A. (1997). Drug treatment in acute porphyria. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 44, 427-434.
- Thadani, H., Deacon, A., & Peters, T. (2000). Diagnosis and management of porphyria. *British Medical Journal*, 320, 1647-1651.
- Vos, A.M., Holslag, I.M., Snelleman, W., e.a. (2003). Acute porfyrie: een intrigerende imitator. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 277-286.

A.M. VOS

I.M. HOLSLAG

W. SNELLEMAN

H.W. HOEK