

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-uvo.nl](http://www.stichting-uvo.nl)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@bua.nl](mailto:info@bua.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Stysteemtherapeutische reflecties op de individualisering van gender

Een benadering van enkele existentiële thema's in gender-affirmerende zorg

---

Pieter Lucas Heye

---

## Samenvatting

In dit artikel reflecteer ik over hoe we in een medisch-psychologische context als systeemtherapeuten kunnen omgaan met de individualisering van gender. Ik plaats de overwegingen betreffende gender-affirmerende zorg in een historisch-maatschappelijke context en poog ruimte te creëren voor het bespreken van existentiële thema's die in het werken met genderdiverse en transgender minderjarigen naar voren (kunnen) komen. Hierbij licht ik de potentiële meerwaarde van een systemische benadering van identiteit toe. Een aantal geanonimiseerde praktijkvoorbeelden dient hierbij ter illustratie.

'Zijn wie je bent' is een frequent gehoord adagium binnen de hulpverlening aan genderdiverse en transgender personen. Zorg aan transgender personen is geen onbetwiste zaak, nationaal noch internationaal. Vele individuele, interpersoonlijke en maatschappelijke belangen spelen mee.

*The Dutch approach*, met name het verstrekken van puberteitsremmers (gonadotropine-releasing hormoonanalogen) aan minderjarigen om de ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken te remmen en daarmee genderdysfoor lijden te beperken, lijkt steeds meer aan kritiek onderhevig (Bouma & De Visser, 2023; Gerritse, 2022). Twijfels worden onder meer geuit over de mate waarin trans- en genderdiverse jongeren de consequenties van een dergelijke behandeling kunnen overzien. Dit leidde ertoe dat in een aantal Europese landen (zoals Zweden en Finland) het verstrekken van puberteitsremmers ontmoedigd wordt. In een aantal staten van de Verenigde Staten wordt gender-affirmerende zorg aan minderjarigen zelfs strafbaar gesteld (Sharrow & Sederbaum, 2022). Derge-

lijke visies kennen ook hun tegenhangers. Zo is er de opvatting dat het langdurig ontkennen van de genderidentiteitsbeleving van een kind als een vorm van huiselijk geweld beschouwd kan worden, en wordt gewezen op het zelfbeschikkingsrecht van mensen. In Nederland, bijvoorbeeld, geldt medische zelfbeschikking vanaf zestien jaar. Dit betekent dat, eenmaal zestien, jongeren zelf beslissingen kunnen nemen over hun medische behandeling – en daarmee ook het medisch interveniëren op hun lichaam. De positie van de psycholoog in het zorgtraject wordt in dit licht meteen betwist – tenminste, wanneer de perceptie leeft dat deze als keurend psycholoog, als poortwachter tot medische gender-affirmerende zorg handelt en optreedt.

### *Normatieve geschiedenis*

Op dit moment ben ik werkzaam als systemisch opgeleid psycholoog/seksuoloog in het kinder- en jongerenteam van het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie te Amsterdam. Als hulpverlener in deze medische setting vind ik het belangrijk te erkennen dat psychiatrie, psychologie en seksuologie een normatieve geschiedenis kennen (Bouman et al., 2017; Camminga, 2019): wat niet aan de maatschappelijke norm beantwoordde, werd als afwijkend en/of deviant beschouwd. Historisch gezien droegen deze professionele disciplines dus bij aan de onderdrukking en stigmatisering van onder andere seksuele en genderminderheden en beïnvloeden ze tot op heden de toegang tot gender-affirmerende zorg (bijvoorbeeld Gruenewald, 2020; Occhino & Skewes, 2020). Zo kan het spreken met een psycholoog en het stellen van een psychiatrische diagnose (DSM-5: 302.06: genderdysforie bij kinderen; 302.85: genderdysforie bij adolescenten en volwassenen; APA, 2013) als pathologiserend worden ervaren. Tegelijkertijd wijzen verschillende andere auteurs (bijvoorbeeld Soto-Lafontaine, 2020; T'Sjoen et al., 2020) op de evolutie naar een meer collaboratief model, met erkenning voor de diversiteit aan genderexpressie(s) en -beleving(en).

De zorgstandaarden van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH, 2012) formuleren klinische richtlijnen voor hulpverleners die werken met trans- en genderdiverse personen. Overigens vermelden deze sinds versie zeven (de achtste versie verscheen in september 2022) niet dat trans- en genderdiverse personen die een medische behandeling wensen te ondergaan, per definitie een diagnose genderdysforie nodig hebben (Coleman et al. 2022). Toch wordt de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (APA, 2013) nog steeds veel gebruikt, onder andere om zorgverzekeringstechnische redenen. De huidige, vijfde

versie van het handboek gebruikt de term genderdysforie om het lijden door een verschil tussen iemands ervaren en diens toegewezen gender bij de geboorte, te benoemen. De wijziging in de beschrijving van de diagnose van *geslacht* naar *gender toegewezen* bij geboorte, maakte het ook mogelijk dat mensen met een interseksevariatie (dat wil zeggen: het hebben van ambigue, al dan niet uiterlijk zichtbare geslachtskenmerken), de diagnose genderdysforie konden krijgen (Cohen-Kettenis, 2013), terwijl dat voorheen een uitsluitingscriterium was.

We kunnen ons echter de vraag stellen of een psychiatrische classificatie wel het meest geschikt is, aangezien medisch-somatische (in tegenstelling tot psychiatrische of psychologische) interventies het meest aangewezen zijn om genderdysfore lijdensdruk te verlichten. Bovendien hoeft niet elke trans- en genderdiverse persoon aan genderdysforie te lijden. Omwille van deze redenen stelde de ICD-11 (WHO, 2019) de term *genderincongruentie* voor in een verdere poging genderdiversiteit te normaliseren (T'Sjoen et al., 2020).

Tijdens het psychologisch traject wordt onder meer geëxploreerd wat de behandelwensen zijn en of medische interventies gedragen worden binnen de gezinscontext van de minderjarige. Een systeemtherapeutisch perspectief tracht dit draagvlak te situeren binnen de ruimere contexten waar de zorgvrager en diens gezin toe behoren (Roeffen et al., 2022).

### *Belangen en betrokkenheden*

Uit onderzoek blijkt dat het belang van ouderlijke en sociale steun voor het welbevinden van trans- en genderdiverse jongeren groot is (bijvoorbeeld Bariola et al., 2015; Olezeski & Bamatter, 2020; Simons et al., 2013). Daarom wordt een systemisch gedragen *informed consent* voor het starten van een medische gender-affirmerende behandeling in de praktijk aangemoedigd en nagestreefd. In sommige gevallen lukt dit niet en dient een cliënt als individu een afweging te maken hoe die het behandeltraject verder ziet. Tegelijkertijd zijn er wettelijke kaders die de grenzen van ieders invloed bepalen (Roeffen et al., 2022). Ouders die moeite hebben met en/of hun kind niet erkennen in diens genderdiverse identiteit, zouden in hun zorgen en noden gehoord en begeleid dienen te worden (Ashley, 2019a, 2019b).

April kreeg bij zijn geboorte het vrouwelijke gender toegewezen, maar identificeert zich als jongen. Zijn ouders zijn uit elkaar en zijn vader verblijft een gedeelte van het jaar in het buitenland. Beide ouders uiten hun bezorgdheid over zijn welbevinden en onderschrijven het

belang van hulpverlening voor hun kind. Echter, wat hen betreft hebben ze een dochter; geen zoon. De ouders zijn bezorgd dat hun kind later spijt zal hebben van medische behandelingen. Het hebben van een genderdiverse identiteit en expressie is al niet eenvoudig, maar een medische transitie zou een nog grotere schaamte binnen de eigen culturele gemeenschap kunnen betekenen. De betrokken hulpverlening in eigen regio dringt er bij de ouders op aan om April in zijn genderidentiteit als jongen te erkennen. Ook trachten ze de ouders te motiveren om een zorgtraject op de genderpoli te starten: de wachttijd is nu eindelijk doorlopen en hun kind getuigt al sinds jaren van de wens om als jongen te leven. Bij gebrek aan ouderlijke steun gaat April echter nog steeds als meisje door het leven, zowel qua expressie als qua aanspreekvormen. Schoorvoetend kunnen de ouders achter gesprekken staan, maar niet wanneer dit zou uitmonden in medische stappen voor hij meerderjarig is. Hoewel April wettelijk gezien reeds over medisch zelfbeschikkingsrecht beschikt, beslist hij om (vooralnog) niet een gender-affirmerend zorgtraject op te starten. Enerzijds uit respect voor zijn ouders, anderzijds omdat hij meent dat gesprekken alleen hem niet verder zullen helpen. Wat hij stelt nodig te hebben, is een behandeling met testosteron.

Een paar maanden later meldt hij zich opnieuw aan. De spanningen tussen April en zijn moeder liepen thuis zodanig hoog op dat er naar een andere gezinsvorm moest worden gezocht. Moeder en kind hopen dat enige afstand hun relatie zal verbeteren. Vader is niet akkoord dat zijn kind elders gaat wonen, maar verkeert zelf opnieuw in het buitenland. Nu hij niet meer bij moeder woont, beroept April zich op zijn medische zelfbeschikkingsrecht om het psychologisch zorgtraject toch te starten.

Een basisaxioma in de systeemtherapie is dat er niet niet-beïnvloeding is. In dit licht merken Roeffen en collega's (2022) op dat, ongeacht de fysieke aanwezigheid in de gesprekskamer, naasten altijd invloed hebben op het proces van de transgender persoon. Kunnen zij niet in het traject betrokken worden, dan bestaat het risico dat de kloof tussen de genderdiverse persoon en diens naasten enkel maar wijder wordt. Circulair bevragen, samen interviewvragen opstellen en het afnemen van een systemische vragenlijst zoals de bezorgdhedenvragenlijst (Rober & Van Tricht, 2017), kunnen hulpmiddelen zijn om onrechtstreeks de verbinding met primaire zorgfiguren en andere belangrijke anderen niet geheel te verliezen.

---

*De niet-besepte en normerende druk jezelf te zijn*

Bij het beschouwen van de eigen en/of iemands genderidentiteit, kan het zinvol zijn om stil te staan bij hoe de notie van 'het zelf' cultureel begrepen wordt (De Graaf et al., 2019). Westerse culturen neigen ertoe het individu centraal te stellen. Dit vertaalt zich dan in patiëntgerichte zorg, waarbij een geïndividualiseerd zorgtraject wordt aangeboden. Zoals uit bovenstaand praktijkvoorbeeld blijkt, kan het een uitdaging zijn wanneer iemands recht op autonomie indruist tegen (familiale) verbondenheid. Relaties komen op scherp te staan en hulpverleners kunnen worstelen met wat in deze situaties als ethisch correct handelen beschouwd kan worden.

Als systeemtheoretisch psychotherapeut meen ik dat er een druk uitgaat van een geïndividualiseerde visie op identiteit. In het werken met genderdiverse personen is de uitspraak 'zijn wie je bent' een vaak gehoorde leuze. In deze formulering lijkt de idee van een kernidentiteit vervat: iemand die je diep vanbinnen bent, maar die omwille van tal van redenen nog niet ten volle tot wasdom kon komen. Echter, als je systeemtheoretisch geschoold bent, klinkt de idee van een kernidentiteit problematisch. Niet alleen wordt identiteit hiermee intrapersoonlijk toegedicht, het lijkt bovendien te veronderstellen dat je in het dagelijks leven iemand anders bent dan wie je werkelijk bent en/of wilt zijn. Dit roept vragen op: Betekent dit dan dat je in de tussentijd een 'vals' leven leidt? Dat je niet waarachtig bent tegenover jezelf en anderen? Kun je wel altijd jezelf zijn en/of ben je sowieso niet altijd jezelf? Zijn er angsten die je parten spelen en die beperkingen opwerpen om je vrij te bewegen en te uiten? Hoe houdt dit verband met opvattingen over gender en een maatschappelijk, wettelijk en juridisch draagvlak daarvoor (of gebrek daaraan)? En welke rol spelen andere intersecties van iemands identiteit (zoals etnische afkomst, leeftijd en handicap of beperking) in het kunnen en mogen zijn wie je bent? Intersectionaliteit, ook wel kruispuntdenken genoemd, werd als term geïntroduceerd door Crenshaw in 1989 (Crenshaw, 1991, 2021). Hiermee duidde ze hoe klasse, ras en gender op elkaar inhaken en iemands maatschappelijke (machts)positie beïnvloeden. Intersectionaliteit erkent de gelaagdheid van onze identiteit en heeft als uitgangspunt dat het simultaan voorkomen van identiteitskenmerken iemand meer of minder kwetsbaar maakt voor discriminatie en uitsluiting. Voor een (systeem)therapeut kan deze benadering aanknopingspunten bieden om iemands persoonlijke ervaringen te verbinden met bredere, collectieve processen. Het laat bijvoorbeeld toe te onderzoeken hoe iemand omgaat met discriminatie. De persoon kan (terug) zicht krijgen op een rijke geschiedenis aan verworven vaardigheden en kennis.

Verbindingen kunnen gelegd worden met belangrijke naasten en andere (maatschappelijke) voorbeeldfiguren. Aspecten van iemands identiteit die eenzijdig tot een bron van benadeling werden herleid, kunnen mogelijk herwaardeerd worden.

Hierbij gaat het niet om het ter discussie te stellen van de validiteit van hoe iemand zich voelt. Waar het wel om te doen is, is de druk die een dergelijke lezing van identiteit met zich mee kan brengen. Het kan mensen het gevoel geven te falen. Men dreigt vast te draaien in een (eindeloze, onbevredigende?) zoektocht naar het ware zelf. Waar ik dus alert op tracht te zijn, is dat leuzen als 'wees jezelf' of 'zijn wie je bent' loze spreuken worden, ontdaan van tussenmenselijke relaties en een veelheid aan contexten. Een hypothese die ik hierbij indachtig houd is dat het juk die 'het ware zelf' oplegt, draagbaarder wordt wanneer iemand (opnieuw) ruimer naar zichzelf kan kijken. Voor sommige mensen kan een intersectionele en interpersoonlijke lens identiteitsverbredend werken. Een meer gelaagd perspectief op de vraag: 'Wie ben ik?' wordt mogelijk. De genderidentiteit is niet het enige die je maakt tot wie je bent. Methodieken als een netwerkkaart, circulaire vragen en de opbouwende vragenreeks: 'Wie ben ik – wie ben ik nog meer – wie ben ik in het bijzonder'; en het verkennen van maatschappelijke vertogen, kunnen handvatten bieden.

Febe gaat al sinds haar vroege kindertijd als meisje door het leven. Intussen is ze een quasi-jongvolwassen vrouw. Haar medisch begeleide transitie met puberteitsremming en daaropvolgend crossexhormonen, voelt voor zowel haar als haar gezin als een heel natuurlijk proces. Waar ze dacht meteen op haar achttiende genitale chirurgie te kunnen ondergaan, blijkt de realiteit anders. De confrontatie met een wachtlijst brengt haar aan het wankelen. Ze geeft aan dat ze het niet langer volhoudt. Hoewel ze zich als jonge vrouw ontwikkelde, voelt ze zich geen echte vrouw. Sterker nog, zonder genitale chirurgie is en blijft ze niemand en kan ze niet zijn wie ze werkelijk is.

Als systeemtherapeut ondersteun ik de opvatting dat we zijn wie we zijn in relatie tot anderen. De systeemtheorie nodigt me uit vanuit een breedhoekens naar de persoon te kijken, met oog voor de verschillende contexten en tussenmenselijke relaties waarin die zich begeeft en beweegt. Naargelang de relatie en de context, kunnen we op andere manieren verschijnen. Aan de hand van een netwerkkaart, bijvoorbeeld, kunnen deze visueel worden gemaakt. Ook kan worden verkend wie wat denkt over gender, en hoe bepalend de genderidentiteit voor iemand is in diens identiteitsbeleving. Ook tracht ik de maatschappelijke denkbeelden en opvattingen over gender waaraan mensen zich spiegelen, te bevragen. Al

deze contexten beïnvloeden hoe binnen gezinnen een relationele transitie verloopt (Roeffen et al., 2022).

De berichtgeving in de media over transvrouwen en de heisa rond het wetsvoorstel dat het trans- en genderdiverse personen zou toelaten zonder deskundigenverklaring de geslachtsregistratie op de identiteitskaart te wijzigen, beïnvloeden hoe Febe naar zichzelf kijkt. Ze voelt zich vervreemden van haar vriendinnen. Hoewel ze complimenten krijgt over haar outfits en uiterlijk, legt ze deze naast zich neer. Het gevoel bekruipt haar dat ze er nooit echt bij zal horen. Als transmeisje/vrouw moet je veel harder je best doen om als vrouw erkend te worden, meent ze. Aldus verkennen we samen de vele moetens waar jonge vrouwen allemaal aan moeten voldoen. Een paar bekende transvrouwen komen Febe voor de geest. Deze vrouwen inspireren haar. Ze put moed uit hun levenservaringen en is trots op de vrouw die ze is. De confrontatie met de wachtlijst bezorgt haar herwonnen invloedsbesef ten aanzien van de druk om erbij te horen een zware klap. Van kleins af staat haar leven op pauze. Ze kan niet meer doen alsof ze gelukkig is, en voelt zich nergens echt bij horen. Bovendien bekruipt haar het gevoel dat het nooit genoeg zal zijn: zelfs na genitale chirurgie zullen er stemmen blijven bestaan die haar als bedriegster beschouwen. Het leven heeft opens weer alle kleur verloren.

Ik werk vanuit de hypothese dat de idee van een kernidentiteit verwarrende en soms lastige effecten in de gesprekskamer kan teweegbrengen – zowel aan de kant van de hulpverlener als aan de kant van de cliënt. Waar de eerste het (zeker) moet weten, kan de tweede zich onder druk voelen staan om aan de psycholoog duidelijk te maken dat men weldege-lijk ‘trans (genoeg) is’. Soms hopen ouders ook dat het voor hen duidelijk en bevestigd wordt dat hun kind een gendervariante identiteit heeft. Dit kan waarheidsstrijd veroorzaken – niet alleen in families, maar ook tussen cliëntsysteem en de betrokken hulpverleners. Wie heeft het bij het rechte eind? Is temporiseren aangewezen en zo ja, hoe lang is dat houdbaar? Welke waarden wegen het sterkst? Dit riskeert te leiden tot polarisatie. Hulpverlener en cliënt komen tegenover elkaar te staan. Vragen klinken als een verhoor. In plaats van belangenbehartiger van diens behandelwens, ervaart de cliënt de psycholoog als poortwachter tot medische gender-affirmerende zorg. Transparantie over de werkwijze en ethische afwegingen (Gerritse et al., 2022) en eventueel het eigen intersectionele gesitueerd-zijn, kunnen bijdragen aan het opbouwen van een werkrelatie en het maken van een gezamenlijke geïnformeerde beslissing. Het lijkt me evenwel ook belangrijk te beseffen dat een (cisgender)



hulpverlener steeds als een bedreiging kan worden ervaren voor het realiseren van de behandelwens(en) en, in het verlengde daarvan, haaks kan voelen te staan op iemands zelfbeschikkingsrecht.

Hoe kan op een open manier gesproken worden over onzekerheden, daar waar er net zoveel absoluut aanvoelende vormen van weten om het luidst schreeuwen? Hoe kunnen daarenboven ook existentiële thema's aan bod gebracht worden in de gesprekken waarbij recht gedaan wordt aan iemands genderidentiteitsbeleving?

### *Ruimte maken voor existentiële thema's*

In de casusbespreking van zowel April als Febe klinkt een aantal existentiële thema's in de gesprekken door. Zo beklemtoont April zijn recht op medisch zelfbeschikkingsrecht (dat wil zeggen: autonomie). Dit dreigt te onttaarden in een splijtzwam tussen hem en zijn ouders. Waar en hoe is toch nog verbondenheid met hen mogelijk? En hoe zien hij, zijn ouders en de betrokken hulpverleners elk hun verantwoordelijkheid in dit traject? Febe lijkt dan weer te worstelen met zingevingsvragen en gevoelens van eenzaamheid. Tevens ervaart ze beperkingen aan haar lichaam, waar hormonale noch chirurgische interventies een afdoend antwoord op kunnen formuleren.

Existentiële thema's zijn evenwel niet eigen aan gender-affirmerende zorg alleen. Integendeel. Yalom (1980) en met hem vele andere auteurs (zoals Cooper, 2015) menen dat existentiële thema's deel uitmaken van elk psychotherapeutisch traject en dat deze in elke sessie (kunnen) opduiken. Yalom heeft het in essentie over vier gegevenheden die het menselijke bestaan kenmerken: zingeving, beperkingen, eenzaamheid en verantwoordelijkheid.

Psychotherapie gaat volgens Yalom (1980) over de essentie van het leven; over wie we willen, kunnen, trachten en/of hopen te zijn in onze eigen ogen en die van anderen. Als systeemtherapeut vind ik het hierbij zinvol iemands opvatting over 'identiteit' relationeel te beschouwen. Hoewel de klemtoon van de functie van een psycholoog in een genderkliniek niet ligt op psychotherapie, kunnen we er mijns inziens niet onderuit om de cliënt en diens belangrijke anderen uit te nodigen op een aantal existentiële thema's en vraagstukken te reflecteren. Mijn uitgangspunt hierbij is dat een gendertransitie niet geïsoleerd gebeurt en dat een gendertransitie een existentieel proces is. Dit betekent niet dat de cliënt dit ook als dusdanig ervaart, maar wel dat men er als hulpverlener attent op dient te zijn en ruimte moet creëren om dialoog hierover mogelijk te maken. Bovendien is het belangrijk te beseffen dat existentiële thema's

terugkerend zijn. Ze kunnen bijvoorbeeld opnieuw op de voorgrond treden wanneer zich nieuwe of verdere behandelwensen, -stappen en -mogelijkheden aandienen. Op hun beurt zal dit de relationele transitie (Roeffen et al., 2022) mee kleuren en vormen, en het cliëntsysteem in meer of mindere mate uitdagen tot een nieuw evenwicht te komen.

Viktor groeit op in een intact kerngezin met een jongere broer. Een tweetal jaar geleden maakte hij een sociale transitie door als jongen. Naast de genderdysfore lijdensdruk is er sprake van psychiatrische comorbiditeit, waaronder angst- en stemmingsproblemen en autisme. Ook draagt hij ervaringen met zich mee van seksuele grensoverschrijding buiten de familie. Een en ander maakt dat hij uitviel op school en nog amper het huis uit durft. Viktor ervaart niet de minste twijfel dat hij een jongen is. Deze zekerheid biedt hem houvast. Toch meent hij dat hij pas echt zichzelf kan zijn na medische interventies.

Viktors verwachtingen van de behandeling met crossseksehormonen zijn hooggespannen. Doorheen onze gesprekken ontstaat ruimte om deze van naderbij te onderzoeken. Dit doe ik onder andere aan de hand van het tekenen van 'de lijn van geluk'. Voor veel jongeren is een fysieke transitie de enige weg naar geluk. Het is als het ware een rechte pijl naar medische gender-affirmerende interventies. Dit geldt ook voor Viktor. Ik verken de hypothese dat slechts één rechte lijn of pijl naar geluk heel wat druk creëert. Het blikveld van de jongere vernauwt tot aan het opheffen van de genderdysforie. Bij het samen tekenen van 'de lijn van geluk' vraag ik welke andere lijnen er nog bestaan. Ik houd er immers de hypothese op na dat er simultaan meerdere wegen (kunnen) bestaan die bijdragen tot iemands geluk, en daarmee tot iemands coping en veerkracht. Viktor vindt dit moeilijk te begrijpen en voelt zich in eerste instantie miskend. Dit opent een gesprek naar gevoelens als schaamte en faalervaringen. Hij wil gewoon 'normaal' zijn. Wanneer we dit gevoel verkennen, ontstaan verbindingen met leeftijdsgenoten. Dagelijkse zaken zoals naar buiten gaan, winkelen, uitgaan, met energie en zin de dag doorkomen, lukken hem nu niet. Op al deze vlakken voelt hij zich momenteel uitvallen, falen. Hij is er ook van overtuigd dat een fysieke transitie al bovenstaande zaken mogelijk zal maken. De enige veilige haven die hij lijkt te ervaren, is zijn genderidentiteitsbeleving als jongen. Tegelijkertijd klinkt het alsof schaamte gelinkt is aan zijn crossgender-identiteitsbeleving. Deze hypothese toets ik aan de hand van een netwerktekening, waarbij ik hem vraag hoeveel ruimte zijn genderidentiteit inneemt.

Er treedt ogenblikkelijk versmalling op. Viktor geeft aan dat hij zich geen transjongen voelt en gewoon als jongen/man door het leven wil.

De incongruentie tussen zijn toegewezen en zijn ervaren gender creëert last. Hij had als cisgender jongen geboren willen zijn. Het transaspect van zijn (gender)identiteit neemt veel ruimte in. Het is een van de olifanten in de kamer die niet benoemd mag worden. Het bezorgt heel wat lijdensdruk en besmet tal van sociale contacten en activiteiten. Zijn hoop is dat de behandeling met testosteron 'het transzijn' kan camoufleren en dat hij meer eenduidig als jongen verschijnt. Enkel dan heeft zijn leven zin.

Doorheen de sessies ontstaat (h)erkenning dat hij neigt tot denken in termen van alles of niets. We staan stil bij de druk die dit dichotome creëert en of er terreinen zijn waarop hij dit niet doet. Dat blijkt zo te zijn: zijn genderexpressie blijft gevrijwaard. Op dat vlak doet hij gewoon wat hij wil. Hij situeert zichzelf niet in hokjes over hoe een jongen/man of een meisje/vrouw moet zijn. Dit roept soms verwarring op in de buitenwereld, die daarover wel klassieke invullingen heeft. Viktor zelf biedt erkenning voor non-binaire genderidentiteiten bij anderen, maar beklemtoont dat dit niet op hem van toepassing is.

Met hem en zijn ouders bespreken we de mogelijkheden die een medische behandeling kan bieden. Dit vergt aandacht voor de verschillende tempo's en bezorgdheden die in het systeem leven. Stilaan ontstaat de ruimte om te kunnen toelaten dat een behandeling met testosteron niet alles zal oplossen maar wel kan bijdragen aan een verhoogd welbevinden. Er zullen nog altijd delen van zijn lichaam zijn die erop wijzen dat hij niet met een jongenslichaam is geboren. Ook gender-affirmerende chirurgie botst wat dat betreft op limieten van het lichaam. Daarnaast hebben we het over de vraag naar de kans op veranderde behandelwensen in de toekomst en hoe we daar dan mee omgaan. We raken hier aan het thema van het afwegen van voor- en nadelen van de onvoorspelbare effecten van een behandeling.

Gerritse en collega's (2022) nodigen hulpverleners uit te expliciteren wat ze onder veranderde behandelwensen verstaan. Een veranderde behandelwens kan met vele ervaringen, relaties en contexten samenhangen. Het kan bijvoorbeeld te maken hebben met niet-ingeloste hoop en verwachtingen, maar ook met het verlies van belangrijke personen die het contact verbreken omdat ze de fysieke transitie niet kunnen schragen. Ik tracht tevens steeds duidelijk te maken dat het bespreken van de kans op een veranderde behandelwens in het latere leven geen afbreuk doet aan iemands genderidentiteitsbeleving in het hier-en-nu of in de toekomst. Desondanks kan dit *ongetwijfeld* nog steeds opgevat worden als een typisch cisseksistisch/transfobisch uitgangspunt. Ik tracht dan ook attent te zijn op hoe ik mijn vraag formuleer en hoe dit bij de ander(en) overkomt.

Mijn uitgangspunt is dat iemand goede redenen heeft om een medisch behandeltraject te wensen. Veel van ons handelen hangt samen met hoe we naar de toekomst kijken. In het verlengde hiervan besteed ik ook aandacht aan het bespreken van de timing van de medische interventies. Vaak kan het voor mensen niet snel genoeg gaan. Wat is er voor die persoon in het hier-en-nu belangrijk? Waar het voor mij om gaat, is dat we gezamenlijk kunnen stilstaan bij de complexiteit van het bestaan, zichzelf, en belangrijke anderen. Kunnen we op grond van dit besef zinvolle beslissingen maken waarvoor we verantwoordelijkheid nemen? Wat zouden antwoorden kunnen zijn op het besef van de uitdagingen en complexiteit van het leven?

Zo komt een nieuw thema op tafel te liggen. Viktor koos zijn naam zelf, maar deze valt niet bij alle gezinsleden in de smaak. Waar hij aanvankelijk elk spreken over zijn genderidentiteitsbeleving als een aanval ervaarde, ontstond doorheen het begeleidingstraject meer ruimte voor dialoog – niet enkel bij mij in de spreekkamer, maar vooral in het eigen gezin. Alvorens de identiteitskaart te laten aanpassen, gaat men een gezamenlijke experimenteerfase in met een naam die zijn ouders hem hadden gegeven, had hij meteen het mannelijke gender bij geboorte toegewezen gekregen.

Bovenstaande uiteenzetting maakt, zonder dit te expliciteren, inzichtelijk hoe een aantal existentiële gegevens op een heel natuurlijke manier door de gesprekken heen gewoven worden. Zo komt het thema zingeving aan bod wanneer Viktor het heeft over hoe zijn leven enkel zin kan hebben als man. We hebben het over de beperkingen van het bestaan wanneer we stuiten op de limieten van wat medische interventies kunnen bieden, en hoe hij zich in zijn alledaagse leven beperkt voelt door zijn genderdysfore lijdensdruk. Het spanningsveld tussen autonomie en verbondenheid komt onder meer tot uiting in het navigeren doorheen de verschillende tempo's in het gezin, in de steun die hij ervaart, maar ook in de diepgegronde ervaring van zich onbegrepen te voelen en alleen te staan in zijn beleving. Waar Viktor zijn eigen pad uitstippelt en voor zichzelf beslissingen neemt op medisch vlak, geeft hij ook aan zijn ouders hierin nodig te hebben. Men zou kunnen zeggen dat hij in verbondenheid met zijn ouders autonomie kan opnemen op het vlak van de medische gender-affirmerende behandeling. Dit maakt ook mogelijk dat de naamkeuze heroverwogen wordt. De gegevenheid van verantwoordelijkheid, ten slotte, komt onder meer terug in het bespreken van de timing van de interventies en het bespreken van de geïnformeerde toestemming. Naast een verantwoordelijkheid naar de cliënt en diens con-

text, is er in de medische psychologie ook een verantwoordelijkheid naar de artsen uit het team. Zij zijn het die de medische interventies opstarten en zich ervan willen vergewissen dat ze geen schade berokkenen met de behandeling. Men wil op het psychologisch begeleidingstraject kunnen vertrouwen.

### *Afsluitende overdenkingen*

Binnen de medische psychologie neemt het menselijk lichaam een prominente plaats in. De cliënt wordt uitgenodigd een zoektocht aan te gaan naar een meer leefbare verhouding tot de klachten, ongemakken en beperkingen die het lichaam met zich meedraagt. Belichaming impliceert ook meteen begrenzing. Alle mogelijke fysieke en/of sportieve inspanningen, cosmetische en/of medische ingrepen ten spijt, vroeg of laat botsen we op limieten en de eindigheid van ons lichaam.

Naargelang de populatie waarmee gewerkt wordt, heersen andere discoursen over het lichaam en worden andere medische en/of psychologische interventies voorgesteld als oplossing voor het lijden. Dit kan hoge verwachtingen scheppen. In de hulpverlening aan transgender en genderdiverse personen vind ik het belangrijk kennis te hebben van en te luisteren naar welke discoursen cliënten in de spreekkamer brengen. Een dominant narratief is dit van het zich oncomfortabel voelen in het lichaam; niet in het juiste lichaam geboren te zijn. Onderzoek toont aan dat medisch interveniëren om het lichaam in overeenstemming te brengen met de ervaren genderidentiteit de best helpende wijze van hulpverlening is (Coleman et al., 2022). Gelukkig kende de zorg aan trans- en genderdiverse personen een evolutie waarbij het binaire denken werd verlaten, en daarmee ook de behandeltrajecten diversifieerden.

Naast vele andere ingangen om iemands beleving te verkennen, kan het de moeite lonen om de leuze ‘wees jezelf’ met het cliëntensysteem te verkennen. Opvattingen daarover situeer ik in de bredere verbanden waarin mensen leven. Hier gaat beïnvloeding van uit. In het midden van last en benadeling, kunnen we het zicht op deze bredere verbanden en beïnvloedingen verliezen. Het verkennen van welke opvattingen dominant zijn, hoe deze mensen beïnvloeden, en hoe vele tussenmenselijke relaties meespelen, neemt geenszins de last weg. Toch kan het voor de cliënt sporen openen naar een bredere kijk op diens identiteit. Een hypothese is dat identiteitsverbredend werken mensen kan ondersteunen om zich op een andere, meer leefbare manier te verhouden tot de levensvraag: ‘Hoe kan ik zijn wie ik ben?’ Dit geldt, uiteraard, voor eender wie en voor om het even welk identiteitskenmerk iemand een dominant

belang toedicht. In mijn werkveld lijkt dit weleens vaker de genderidentiteit te zijn.

Wat levert het op wanneer we iemand die vast lijkt te zitten in een vernauwde identiteitsbeleving, uitnodigen om zichzelf terug in een breder perspectief te beschouwen? Misschien gaat een systemische interpretatie van bovenstaande leuze vooral om je vrij te voelen in de tussenmenselijke relaties en contexten waarin je je begeeft. Dat je geen strijd hoeft te leveren om erbij te horen.

**Pieter Lucas Heye** is werkzaam als systemisch opgeleid psycholoog/seksuoloog in het kinder- en jongerenteam van het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie te Amsterdam. E-mail: p.l.hey@amsterdamumc.nl.

### Literatuur

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Ashley, F. (2019a). Thinking an ethics of gender exploration – against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 223-236.
- Ashley, F. (2019b). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness – caring for transgender youth by supporting unsupportive parents. *The American Journal of Bioethics*, 19(2), 87-89.
- Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108-2116.
- Bouma, K., & Visser, E. de (2023, 24 februari). 'The Dutch Approach' voor transgender jongeren onder vuur. *de Volkskrant*. [www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2023/the-dutch-approach-transgender-jongeren-onder-vuur~v656797](http://www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2023/the-dutch-approach-transgender-jongeren-onder-vuur~v656797)
- Bouman, W.P., Schwend, A.S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J.D., Deutsch, M.B., Adams, N.J., & Winter, S. (2017). Language and trans health. *The International Journal of Transgenderism*, 18(1), 1-6.
- Camminga, B. (2019). *Transgender refugees and the imagined South Africa – bodies over borders and borders over bodies* (Ser. Global queer politics). Palgrave Macmillan.
- Cohen-Kettenis, P. (2013). Genderidentiteitsdiagnoses in de DSM-5. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 37(4), 160-166.
- Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P., Brown, G.R., Vries, A.L.C. de, Deutsch, M.B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A.B., Johnson, T.W., Karasic, D.H., Knudson, G.A., Leibowitz, S.F., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Monstrey, S.J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(S1), S1-S260.
- Cooper, M. (2015). *Existential psychotherapy and counselling – Contributions to a pluralistic practice*. SAGE Publications Ltd.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins – intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Crenshaw, K.W. (2021). Demarginalizing the intersection of race and sex – a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Droit Et Société*, 108(2), 465-487.
- Graaf, N.M. de, Manjra, I.I., Hames, A., & Zitz, C. (2019). Thinking about ethnicity and

- gender diversity in children and young people. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 291-303.
- Gerritse, K. (2022, 2 juni). Transgender jongeren in staat om een weloverwogen keuze te maken over puberteitsremmers. *De Jonge Psychiater*. <https://dejongepsychiater.nl/onderzoek/klinisch/1627-wilsbekwaamheid-transgender-jongeren>
- Gerritse, K., Martens, C., Bremmer, M.A., Kreukels, B.P.C., Boer, F. de, & Molewijk, B.C. (2022). Sharing decisions amid uncertainties – a qualitative interview study of healthcare professionals' ethical challenges and norms regarding decision-making in gender-affirming medical care. *Bmc Medical Ethics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00880-y>
- Gruenewald, A.F. (2020). Re-assessing the triadic model of care for trans patients using a harm-reduction approach. *Health Care Analysis*, 28(4), 415-423.
- Occhino, M., & Skewes, L. (2020). Gatekeepers for gendersex norms – Trans (un)intelligibility and (il)legitimacy within the Danish Healthcare System. *NORA: Nordic Journal of Women's Studies*, 28(4), 314-328.
- Olezeski, C., & Bamatter, W.P. (2020). Minority stress and the impact of acceptance. In M. Forcier, G. Van Schalkwyk, & J.L. Turban (red.), *Pediatric gender identity – Gender-affirming care for transgender & gender diverse youth* (pp. 63-79). Springer Nature Switzerland AG.
- Rober, P. & Van Tricht, K. (2017). De bezorgdhedenvragenlijst voor adolescenten en volwassenen. In P. Rober, *Samen in gezinstherapie – Over afstemming en dialoog in de gezinstherapeutische praktijk* (pp. 202-203). Pelckmans Pro.
- Roeffen, J., Berg, E. van den, Laarhoven, I. van, & Voncken, A. (2022). Wat betekent hij is een zij voor mij? Een verkenning van de relationele transitie in gezinssystemen met kinderen of volwassenen met genderincongruentie (M/V/X). *Systeemtherapie*, 34(4), 231-245.
- Sharrow, E., & Sederbaum, I. (2022, 10 maart). Texas isn't the only state denying essential medical care to trans youths – Here's what's going on. *The Washington Post*. [www.washingtonpost.com/politics/2022/03/10/texas-trans-kids-abortion-lgbtq-gender-ideology](http://www.washingtonpost.com/politics/2022/03/10/texas-trans-kids-abortion-lgbtq-gender-ideology)
- Simons, L., Schrager, S.M., Clark, L.F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791-793.
- Soto-Lafontaine, M.A. (2020). From medical to human-rights norms – Examining the evolution of trans norms in The Netherlands. *Politics and Governance*, 8(3), 290-300.
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., Vries, A.L.C de, Fisher, A.D., Nieder, T.O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement 'Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction'. *Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570-584.
- World Health Organization (WHO). (2019). *International classification of diseases 11<sup>th</sup> revision*. <https://icd.who.int>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2012). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people* (7th Version). [www.wpath.org/publications/soc](http://www.wpath.org/publications/soc)
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.