

Transseksualiteit

Een bespreking vanuit medisch, ethisch, psychologisch en pastoraal opzicht
met het oog op hulpverlening en pastoraat

Rapport van het Profdr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 13
Ede, mei 1996

Dit rapport is geredigeerd door dr.ir. H. Jochemsen en bevat bijdragen van drs. T.W. van Bennekom, drs. Th.A. Boer, mw.drs. G. van Bruggen, dr.ir. H. Jochemsen, drs. M.A. van Leeuwen, drs. J. Rolies, prof.dr W.H. Velema en drs. P.M. Wagenaar.

BIBLIOGRAFISCHE GEGEVENS

H. Jochemsen (red.). *Transseksualiteit. Een bespreking vanuit medisch, ethisch, psychologisch en pastoraal opzicht met het oog op hulpverlening en pastoraat.* Ede : Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut. Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (ISSN 0922-6923) nr.13, 1996.

ISBN 90-72659-13-9

INHOUD

WOORD VOORAF	7
HOOFDSTUK 1: Ervaringen van transseksuelen	11
<i>T.W. van Bennekom et al.</i>	
1.1 Inleiding	11
1.2 Twee - ongelijksoortige - veranderingen	11
1.3 De kloof tussen lichaam en geest gedicht	13
1.4 Verandering... verbetering...?	14
HOOFDSTUK 2: Het verschijnsel transseksualiteit	17
<i>M.A. van Leeuwen</i>	
2.1 Inleiding	17
2.2 Enkele historische opmerkingen over transseksualiteit en travestie	17
2.3 Transseksualiteit in andere culturen	19
2.4 De geschiedenis van de geslachtstransformatie	19
2.5 Nadere begripsbepaling	20
2.6 Genderdysforie	21
2.7 Het vóórkomen van transseksualiteit	22
2.8 Vormen van transseksualiteit	22
2.9 De 'real-life' test	24
2.10 De juridische aspecten van transseksualiteit	24
2.11 Transseksualiteit, travestie en homofilie	25
HOOFDSTUK 3: Verklaringstheorieën	27
<i>M.A. van Leeuwen</i>	
3.1 Inleiding	27
3.2 Genderdifferentiatie	27
3.2.1 De lichamelijke ontwikkeling tot man of vrouw	27
3.2.2 De ontwikkeling van de genderidentiteit	29
3.3 Verklaringstheorieën	31
3.3.1 De psycho-analytische theorieën	31
3.3.2 De biologische theorieën	32
3.3.3 De psycho-biologische theorieën	33
HOOFDSTUK 4: Detransseksualisatie	35
<i>M.A. van Leeuwen</i>	
4.1 Inleiding	35
4.2 Stichting Nederlands Gender Centrum	35
4.3 Hulpverleningsattitude van de Stichting	36
4.4 De procedure	37
4.5 Resultaten van de operatie in Nederland	40
4.6 De buitenlandse literatuur	43
Gebruikte literatuur bij de hoofdstukken 2-4	44

HOOFDSTUK 5: Transseksualiteit, gevoel en identiteit - een aanvullend commentaar	47
<i>G. van Bruggen</i>	
5.1 Inleiding	47
5.2 Definities van transseksualiteit	47
5.3 Gender-issues en genderdysforie	58
5.4 Waan of werkelijkheid?	49
5.5 Chromosomale afwijkingen	49
5.6 Hormonale stoornis	50
5.7 De ontwikkeling van de genderidentiteit bij gestoorde lichamelijke ontwikkeling	50
5.8 De geschiedenis van de geslachtstransformatie	51
5.9 Onenigheid tussen lichamelijk bestaan en zelfbeleving	52
5.10 Man/vrouw zijn, een glijdende schaal?	53
5.11 Detransseksualisatie	54
5.12 De mens: man of vrouw	54
5.13 Oplossingen afhankelijk van ons mensbeeld	55
5.14 Breder betekenis	57
HOOFDSTUK 6: Psychotherapie bij genderidentiteitsstoornissen	59
<i>P.M. Wagenaar</i>	
6.1 Inleiding	59
6.2 Gender, genderrol, (kern-)genderidentiteit en genderidentiteitsstoornis	59
6.3 Ontwikkeling van de genderidentiteitsstoornis bij vrouwen	61
6.3.1 Visies op etiologie	61
6.3.2 Ontwikkeling van de genderidentiteit	62
6.3.3 Ontwikkeling van de genderidentiteitsstoornis in de kindertijd	63
6.3.3.1 Niet-conflictueuze hypothese	63
6.3.3.2 Conflictueuze hypothese	64
6.3.4 Ontwikkeling van de genderidentiteitsstoornis in de adolescentie	66
6.3.5 Implicaties voor psychotherapie	68
6.4 Relatie van de genderidentiteitsstoornis met andere problematiek	69
6.4.1 Verstoord ontwikkelingsproces	69
6.4.2 Differentiaal-diagnose	69
6.4.3 Borderline persoonlijkheidsstoornissen	70
6.4.4 Homoseksualiteit	71
6.5 Psychotherapie bij genderidentiteitsstoornissen	73
6.5.1 Geslachtsaanpassende behandeling en/of psychotherapie	73
6.5.2 Psychotherapie bij kinderen met een genderidentiteitsstoornis	75
6.5.3 Psychotherapie bij adolescenten met een genderidentiteitsstoornis	75
6.5.4 Psychotherapie bij volwassenen met een genderidentiteitsstoornis	79
6.5.4.1 Indicatie voor psychotherapie	79
6.5.4.2 Publicaties tot ca. 1980	79
6.5.4.3 Publicaties na ca. 1980	80
6.5.4.4 Casuïstiek	87
6.6 Conclusies	87
6.7 Samenvatting	88
Gebruikte literatuur	88

HOOFDSTUK 7: Zijn geslachtsaanpassende ingrepen ethisch aanvaardbaar? (1)	93
<i>M.A. van Leeuwen</i>	
7.1 Inleiding	93
7.2 De moeizame discussie vanuit de bijbel	93
7.3 De mens als beeld van God	95
7.4 Geslacht: gave van God of keuze van de mens?	99
7.5 De geslachtsoperatie en het argument van de liefde als richtsnoer voor ons handelen	101
7.6 Samenvatting en conclusie	104
Gebruikte literatuur	106
HOOFDSTUK 8: Zijn geslachtsaanpassende ingrepen ethisch aanvaardbaar? (2)	107
<i>Th.A. Boer</i>	
8.1 Inleiding	107
8.2 Wat heeft een mensvisie met de moraal te maken?	107
8.2.1 Het begrip 'mensvisie'	107
8.2.2 Een verkeerd lichaam of een verkeerde 'geest'?	108
8.2.3 Het wenselijke en het mogelijke	109
8.3 Een christelijke mensvisie	110
8.3.1 De mens als beeld van God	110
8.3.2 De mens is door God goed geschapen	111
8.3.3 De mens is gevallen - transseksualiteit als probleem	112
8.3.4 Oudtestamentische geboden	112
8.3.5 De mens door Christus vrijgemaakt: vergeving en hoop	113
8.4 Hoop	114
8.4.1 Hoop waarop?	114
8.4.2 Gegronde hoop of valse hoop?	115
8.5 Concluderende opmerkingen	116
HOOFDSTUK 9: Geslachtsaanpassende ingrepen en geneeskunst als professionele praktijk	119
<i>H. Jochemsen</i>	
9.1 Inleiding	119
9.2 Karakter moderne geneeskunde	120
9.3 Objectivering van het lichaam	121
9.4 Waardering wetenschap en techniek	122
9.5 Verwachting en verweer	124
9.6 Genormeerde praktijk	125
9.7 Geneeskunst en geslachtsaanpassende ingrepen	127
HOOFDSTUK 10: Pastorale hulp aan degenen die het probleem van transseksualiteit aan lijf en ziel ondervinden	133
<i>W.H. Ve/ema</i>	
10.1 Inleiding	133
10.2 Pastorale zorg aan een persoon met genderdysforie - een casus	133
10.3 Contouren van de problematiek bij de betrokkenen	136
10.4 De pastor en de ethische bespreking van het vraagstuk	137
10.5 Pastorale hulp aan de betrokkenen	140

10.6	De pastor en de omgeving van de betrokkene	142
10.7	De pastor zelf	144

BIJLAGE 1: Verslag Inventariserend kwalitatief onderzoek naar het voorkomen van genderdysforie en naar de ervaringen van transseksuelen binnen de (kleinere) protestantse kerken		149
1.	Inleiding	149
2.	Aantallen	149
3.	Leeftijd begin genderdysforie	150
4.	De relatie tot de familie	151
5.	De reactie van de sociale omgeving	151
6.	De rol van het geloof bij de beslissing omtrent geslachtsaanpassende behandelingen	152
7.	Psycho-therapeutische hulp/ de professionele hulpverlening	152
8.	Ervaringen rond de geslachtsaanpassende operatie	152
9.	De verhouding tot de kerk	153
	9.1 Relatie met kerkelijke gemeente	153
	9.2 Kwantitatief overzicht van verhouding tot de kerk	153
10.	Hulp en begeleiding	153
	10.1 Pastorale hulp/begeleiding	153
	10.2 Gewenste hulp/begeleiding	153
11.	Enkele algemene conclusies	154

BIJLAGE 2: Problemativering van transseksualiteit - een cultuurfilosofische reflectie 155

J. Rolies

1.	Inleiding	155
2.	Problemativering	155
3.	Verlichting en transseksualiteit	157
4.	De medicalisering en therapeutisering van de samenleving	158
5.	Kritische terugblik	160
6.	Ethische perspectieven	162
7.	Besluit	163
	Gebruikte literatuur	164

AUTEURS EN LEDEN WERKGROEP 165

PUBLICATIES PROF.DR. G.A. LINDEBOOM INSTITUUT 166

WOORD VOORAF

In de loop van 1992 werd het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut benaderd door een predikant die in zijn gemeente werd geconfronteerd met de problematiek van transseksualiteit. Een gemeentelid bleek transseksueel te zijn. De betreffende predikant had zich wat betreft de medische aspecten inmiddels wel op de hoogte gesteld. Maar hij bleef zitten met veel onduidelijkheden over de (antropologische) interpretatie van het verschijnsel en met vragen omtrent de ethische kanten van de geslachtsveranderende ingrepen. In zijn zoektocht naar hulp hierbij kwam hij terecht bij het Lindeboom Instituut.

Dit verzoek leidde na enige correspondentie tot het beleggen van enkele besprekingen met een aantal artsen, filosofen en theologen die bereid waren mee te denken over deze problematiek, vanuit de uitgangspunten van het Prof. Lindeboom Instituut.

Besloten werd een werkgroep in te stellen, die zich in eerste instantie heeft beziggehouden met een kwalitatief onderzoek naar de vraag hoe met deze problematiek wordt omgegaan in christelijke gemeenten, in het bijzonder van de gereformeerde gezindte. Van deze werkgroep maakten de volgende personen deel uit: Ds. T.W. van Bennekom, drs. Th.A. Boer, prof.dr. J. Douma, P.A. Heij, psychiater, dr.ir. H. Jochemsen, drs. M.A. van Leeuwen, drs. P.M. Wagenaar, en gedurende enige tijd H. van Sorge en J. Rozema, beide toentertijd student theologie. In enkele kerkelijke weekbladen en christelijke dagbladen is een oproep geplaatst voor mensen die met de problematiek van transseksualiteit te maken hebben gekregen, om zich te melden met het oog op een interview over hun ervaringen. Hierop zijn enkele tientallen reacties verkregen en zijn interviews afgenomen: Een verslag van deze inventarisatie vindt u in Bijlage 1 van dit rapport. Dit onderzoek gaf aan dat, zoals te verwachten was, transseksualiteit ook binnen de kerken voorkomt, maar daar niet altijd goed wordt onderkend en dat de mensen die ermee te maken krijgen vaak niet goed worden begeleid.

Op grond van deze resultaten achtte de werkgroep die dit onderzoek heeft uitgevoerd en begeleid, het een goede zaak dat over transseksualiteit een wetenschappelijk rapport zou worden geschreven. Het rapport diende zich vooral te richten op predikanten, artsen en andere hulpverleners die in hun werk in aanraking (kunnen) komen met transseksualiteit. De bedoeling hiervan zou zijn het verstrekken van informatie en van ethische overwegingen aangaande geslachtsaanpassende ingrepen, uitmondend in een handreiking voor het pastoraat aan mensen die hiermee persoonlijk of in de directe omgeving worden geconfronteerd. De werkgroep die zich had beziggehouden met het inventariserend onderzoek, is zich toen gaan richten op het opstellen van zo'n rapport. Auteurs van verschillende hoofdstukken voor dit rapport werden gevonden zowel binnen als buiten de kring van de werkgroep.

Daarnaast werd geconstateerd dat bij een klein aantal van de transseksuelen met wie inmiddels contact was gelegd en bij een groter aantal familieleden van transseksuele mensen, behoefte bestond aan de mogelijkheid om onder begeleiding ervaringen uit te wisselen. Door enkele leden van de werkgroep werd, met organisatorische ondersteuning vanuit het Prof. Lindeboom Instituut, een vorm van hulpverlening opgezet voor transseksuele mensen en voor familieleden van transseksuelen, namelijk het organiseren van bijeenkomsten voor uitwisseling van ervaringen, van bezinning en bemoediging.

Tijdens het opstellen van het rapport heeft de werkgroep een aantal malen vergaderd om over concepthoofdstukken te spreken. Daarbij stuitte men steeds opnieuw op de weerbarstigheid van deze problematiek, zowel in antropologisch als in ethisch opzicht. De twee verschillende benaderingen die zich reeds bij de eerste besprekingen aftekenden, bleven ook binnen de werkgroep bestaan. Intensieve discussies hebben ieders inzicht en kennis van problematiek verwoot maar brachten geen volledige eenstemmigheid. De meesten staan op zijn minst zeer terughoudend tegenover geslachtsaanpassende ingrepen en zien overwegende theologisch-ethische en medisch-ethische bezwaren tegen zulke ingrepen. Anderen zijn van mening dat er vanuit christelijk-ethisch standpunt uiteindelijk geen principiële bezwaren tegen bestaan, althans niet zolang het gaat om ongehuwde mensen. Beide standpunten worden in dit rapport verwoord.

We willen hierbij het volgende opmerken. Wanneer de problematiek van de transseksualiteit en in het bijzonder de hulpverlening aan mensen die hieronder lijden, in bredere zin wordt beschouwd, dan blijkt er naast dit verschil veel overeenstemming te zijn. Alle werkgroepleden en auteurs zijn overtuigd en diep onder de indruk van het leed dat transseksualiteit meebrengt, in de eerste plaats voor de transseksuele mensen, maar vaak ook voor familie en andere direct betrokkenen. Allen zijn het erover eens dat hulpverlening en ook pastorale begeleiding door de kerken beschikbaar dient te zijn voor betrokkenen. Allen zijn van mening dat die hulpverlening, in het bijzonder het pastoraat, er in eerste instantie op gericht moet zijn zodanige hulp en ondersteuning te bieden dat de persoon met genderdysforie kan afzien van geslachtsaanpassende ingrepen. Echter, wanneer de vraag naar de ethische beoordeling van geslachtsaanpassende ingrepen wordt gesteld, dan gaan de twee standpunten uiteindelijk uiteen. Wel vinden allen ook dat een transseksueel die toch besluit dergelijke ingrepen te laten verrichten, niettemin op pastorale begeleiding en opvang binnen de gemeente moet kunnen blijven rekenen. Dit wil overigens niet zeggen dat dat gemeentelid er vanuit kan gaan dat binnen de gemeente expliciete instemming met die stap betuigd zal worden.

Gezien het voorgaande is de consensus binnen de werkgroep groter dan de dissensus, temeer daar voor het Lindeboom Instituut de bedoeling van dit rapport toch vooral ligt in de betekenis die het kan hebben voor pastorale zorg en hulpverlening aan de betreffende mensen.

De opbouw van dit rapport is als volgt. In het eerste hoofdstuk worden ter introductie van het verschijnsel transseksualiteit ervaringen van enkele transseksuele mensen verwoord. Daarna volgen drie hoofdstukken waarin vanuit medisch gezichtspunt een beschrijving wordt gegeven van transseksualiteit, waaronder begripsvorming en afgrenzing van travestie en homoseksualiteit (hfdst. 2), van verklaringstheorieën (hfdst. 3) en van de in Nederland meest toegepaste medische behandeling, de zogenaamde geslachtsaanpassende ingrepen en van hun resultaten (hfdst. 4). In hoofdstuk 5 wordt vanuit een kritische opstelling tegenover de meest gangbare medische benadering van transseksualiteit aanvullende informatie en commentaar gegeven. Hoofdstuk 6 geeft een beschrijving van psychotherapeutische behandeling van transseksualiteit en van resultaten hiervan. De hoofdstukken 7 en 8 bevatten twee verschillende ethische besprekingen van geslachtsaanpassende ingrepen. In hoofdstuk 9 wordt vanuit een beschouwing over aard en taak van de geneeskunst een evaluatie gegeven van geslachtsaanpassende ingrepen. In hoofdstuk 10 wordt met gebruikmaking van het eerder gebodene gesproken over pastorale hulp aan mensen die persoonlijk of in hun directe omgeving worden geconfronteerd met transseksualiteit. Gezien het karakter van dit rapport en de plaats van dit hoofdstuk hierin geeft dit niet zozeer een pastoraal-theologische verhandeling als wel een handreiking voor het praktische pastoraat. In

twee bijlagen wordt aanvullende informatie gegeven. Bijlage 1 is hierboven reeds vermeld; in bijlage 2 wordt een beschouwing gegeven over de vraag hoe te verklaren valt dat onze cultuur transseksualiteit is gaan behandelen met geslachtsaanpassende ingrepen.

Van harte hoopt het bestuur dat dit rapport goede diensten zal kunnen bewijzen aan de hulpverlening en het pastoraat aan transseksuelen en hun naastbestaanden.

Het bestuur van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut is de werkgroep en de overige auteurs zeer erkentelijk voor de bijdrage die zij pro Deo hebben geleverd aan de inhoud van dit rapport en drs. L.J. Markus voor het klaarmaken van het manuscript.

Ede, mei 1996

Bestuur van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut



HOOFDSTUK 1

Ervaringen van transseksuelen

1.1 Inleiding

We willen dit rapport over transseksualiteit beginnen met de beschrijving van ervaringen van enkele transseksuele mensen. Iedere bezinning op het verschijnsel transseksualiteit en op mogelijke behandelingen van transseksuele mensen zal allereerst de ervaringen van deze mensen en de nood die daarin haast altijd naar voren komt, serieus moeten nemen. De transseksuele ervaring is voor de meeste mensen moeilijk of niet invoelbaar. Dit vormt vaak op zichzelf al een factor in de moeiten van een transseksueel. De primaire spits van dit rapport is de bevordering van pastorale en andere hulpverlening aan transseksuele mensen. Dit vooronderstelt niet alleen zakelijke kennis van dit verschijnsel, maar ook enig besef van de existentiële nood van betrokkenen. Daarom willen we in dit eerste hoofdstuk ervaringen van enkele transseksuelen beschrijven, waarbij het eigen oordeel wordt opgeschort.¹ Het eerste en het derde verhaal zijn geschreven door Th. van Bennekom, Nederlands Hervormd predikant, die beiden persoonlijk heeft ontmoet. De derde ervaring is overgenomen uit een artikel in de Volkskrant. Tezamen geven deze beschrijvingen enig idee van de diverse ervaringen van transseksuele mensen.

1.2 Twee - ongelijksoortige - veranderingen

Jannie was een meisje uit een gewoon gezin. Ze bezocht de christelijke basisschool. Ze was van huis uit een trouwe kerkbezoekster. Ze speelde thuis met haar zussen. Graag deed ze werk dat meer passend wordt geacht voor jongens dan voor meisjes en ze voelde zich hierbij veel gelukkiger. Er kwam een groeiende onvrede met haar eigen lichaam.

Geestelijke crisis

In haar gebed legde ze haar probleem aan de HEERE voor. In dit gebed gaf ze de wens te kennen graag een jongen te willen worden. Ze was er vast van overtuigd dat dit mogelijk moest zijn. Immers, bij de God zijn alle dingen mogelijk. Juist in haar puberteit was dat een dagelijks gebed. Ze vertrouwde erop dat dit op haar zestiende verjaardag zou gebeuren. Brommer rijden zou dan ook geen probleem meer zijn. Groot was de teleurstelling dat deze verandering zich niet voltrok. Dit betekende een crisis in haar leven. Hoe geloofwaardig was

¹ Enkele voorbeelden van beschrijvingen van ervaringen van transseksuelen zijn te vinden in: Lieshout J van. Er is hard maatschappelijke begeleiding nodig om transseksualiteit te boven te komen. *Welzijnsmaandblad* 39 (1985) nr.3, p.14/8; Kuipers J. De transseksuele spijtoptant. In: *HP!De Tijd*(6 november 1992) p.50/4; Veldhoen L. De ontwikkeling van een transseksueel. *Psychologie* (november 1993) p.40/4; Beckers N. Transseksualiteit: meer dan een operatie alleen. *Verpleegkunde nieuws* (17-2-1994) nr.4, p.36/8. Zie ook literatuuropgave bij hoofdstuk 4 van dit rapport.

het Woord van God? Wat had haar bidden voor zin? Ze voelde zich hoe langer hoe minder betrokken bij de dienst van God. Met haar predikant durfde ze niet over deze dingen te spreken. Ook haar ouders begrepen niets van haar crisis. Wel hadden die eens te kennen gegeven, dat ze in plaats van Jannie, liever een Jan hadden gehad. Met haar vele vragen groeide ze van het Woord van God af en behoorde zij tot de kerkverlaters. Haar werk als dokters-assistente deed ze met plezier.

Andere kringen

Het breken met de kerk had ook consequenties voor haar denken. Dit groeide af van God en van Zijn Woord. Jannie voelde zich thuis in kringen van lesbiennes. Ze dacht aanvankelijk dat ze lesbisch was. Maar deze omgang met, naar zij meende, lotgenoten bracht niet de oplossing van het conflict dat ze in haar leven waarnam tussen lichaam en geest. Het maakte haar nog eenzamer. Haar ziekteverzuim nam toe. Via het maatschappelijk werk kwam ze bij een medisch-specialist terecht. Deze heeft Jannie duidelijk gemaakt, wat haar probleem was. Ze was transseksueel.

In het medische circuit

Jannie kwam bij het Genderteam in Amsterdam terecht. Hier kwam ze in een heel andere, volkomen onbekende wereld terecht. Er werd op de mogelijkheid van een operatie gewezen. De weg waarlangs dit kon gebeuren werd uitgelegd. Jannie zag geen enkele bezwaar in een dergelijke behandeling. Ze besloot het te doen. Het begon met het slikken van hormonen, waardoor baardgroei en stemverandering optrad. Ze was met een onomkeerbaar proces begonnen. Operatie na operatie werd verricht. Jannie werd Jan. Echt gelukkig voelde hij zich nog niet. Na een operatie moest hij zichzelf weer redden.

Na dertien jaar

De laatste van de cyclus operaties vond na dertien jaar plaats. Nog één operatie zou moeten volgen. Maar Jan weet niet of hij dat nog kan opbrengen. Medisch is er gedaan wat er kon gebeuren, maar geestelijk heeft Jan zich in die tijd in de steek gelaten gevoeld. Er zijn perioden geweest dat hij de moed liet zakken en geen toekomstperspectief meer zag. Zijn werk verloor hij. Met zijn ouders kon hij niet over deze dingen spreken en zij hebben de operatieve ingrepen niet kunnen aanvaarden. Jan voelt zich aan de buitenkant een man, maar zijn gevoelens zijn niet veel veranderd. De tegenstrijdige gevoelens blijven in zijn leven hangen.

Bekering

Enkele jaren geleden is Jan tot geloof gekomen. Een zus had toentertijd een goede relatie met hem. Zij sprak over God, over de genade van de Heere Jezus Christus. Jan ging met haar naar de samenkomsten die zij bijwoonde. Het Woord van God greep diep in zijn leven. De Heere Jezus werd de Verlosser van zijn leven. Dit veranderde alles in zijn leven.

Terugkijkend

Het geloof in de Jezus Christus heeft het leven van Jan ingrijpend veranderd. Hij kijkt nu anders tegen de geslachtsveranderende ingrepen aan. Op het moment dat hij besliste zag hij

er niets verkeerd in. Sinds zijn bekering keurt hij een dergelijke ingreep af. Jan is eerlijk genoeg om erbij te zeggen, dat hij nu gemakkelijk kan praten.

Het leven wordt er door het geloof niet altijd gemakkelijk op, maar is er wel rijker door. God heeft hem vergeven en accepteert hem zoals hij nu is. Toch benadrukt hij de kracht van het geloof om tot zelfacceptatie te komen. Hij voelt zich geen doorsnee man. Hij is gevoeliger. Met vreugde werkt hij in een fabriek en voelt zich door God, zijn kerkelijke gemeente en kennissenkring geaccepteerd.

1.3 De kloof tussen lichaam en geest gedicht²

Zelf wist ze het eigenlijk al lang. Maar sinds kort is het ook wetenschappelijk aangetoond: een hersengebiedje dat te maken heeft met emoties en seksualiteit, heeft bij transseksuelen dezelfde vorm als bij vrouwen.³ Bea Jansen reageert opgelucht op de primeur van het Nederlandse Instituut voor Hersenonderzoek. "Ik heb altijd geweten dat ik niet in de goede verpakking zat".

Bea Jansen vergat iemand van rechts voorrang te geven. Uit de tijd dat ze nog Bertus heette, wist ze dat het schelden zou worden. Maar de bestuurder gebaarde beleefd: gaat u voor mevrouw. "Mannen, je hebt ze nodig, maar het is raar volk".

Vroeger ging ze naar de hoeren. "Alleen maar nette privéhuizen uit de krant, hoor. Ik was op zoek naar mezelf. En iets anders dan een hoop geld raakte ik er niet kwijt". Ze zocht bij een groenteboer speciaal naar gelijke appels en sinaasappels, om in haar beha te stoppen. Overdag droeg ze een jasje over haar damesblouse, thuis wist ze niet hoe snel ze het moest uittrekken. Moest ze ineens de deur uit omdat ze een pakje boter nodig had, en vergat ze haar mascara te verwijderen, dan loog ze tegen bekenden in het winkelcentrum dat ze zulke zwarte ogen had gekregen in de doka.

Als er iemand aanbelde keek ze door het matte glas van de voordeur of de schaduw te vertrouwen was. Op een avond stond de bloemenman voor de deur. "Dag mevrouw, kan ik dit hier afgeven?" Overgelukkig nam Bea het bloemstuk voor de burens in ontvangst. "Een wildvreemde. In mijn sinaasappeltijd. Die *mevrouw* tegen me zei!" Ze zat al overspannen in de WAO toen ze besloot te vragen of ze voor een hormonale behandeling en operatie voor transseksuelen in aanmerking zou kunnen komen. Haar beste vriend reageerde alleen maar met: "Jochie, dan heb je me twintig jaar belazerd."

Bea is nu vijf jaar 'officieel' vrouw en allerminst verbaasd over de wereldprimeur van het Nederlands Instituut voor Hersenonderzoek (NIH) in Amsterdam dat transseksuele mannen een 'vrouwelijke' hersenstructuur bezitten. Een hersengebiedje dat te maken heeft met emoties en seksuele activiteit, heeft bij hen dezelfde anatomische vorm als bij vrouwen. "Het is nou wetenschappelijk bewezen dat het in de wieg al goed met ons zat", zegt Bea. "Eindelijk erkenning. Maar als dat rapport niet was gekomen, was het voor mij ook prima

² Dit verhaal, geschreven door Steffie Kouters, is met toestemming overgenomen uit de Volkskrant van 10 november 1995.

³ Zie voor nadere informatie en bespreking hoofdstuk 3.2 van dit rapport.

geweest. Ik heb altijd geweten dat ik niet in de goede verpakking zat. Dat beschouw ik als een fout van moeder natuur." Of, zoals een van de onderzoekers, prof.dr. L. Gooren, bijzonder hoogleraar transseksuologie aan de Vrije Universiteit stelt: "Het is gewoon een risico van het menselijk ras. Als mens loop je het risico dat je ontwikkelingsproces tot man of vrouw van de normale koers afraakt."

De algemene opvatting is dat uiterlijke geslachtsorganen bepalen of iemand vrouw of man is. Als een baby is geboren, wordt er altijd meteen tussen zijn benen gekeken: is het een jongen of een meisje? Maar ook de hersens van vrouwen en mannen zijn verschillend. Volgens Gooren komt dit proces waarschijnlijk pas op gang na de geboorte en is het hersengeslacht vrijwel altijd in overeenstemming met het genitale geslacht. Daarom valt het niet op dat ook het hersengeslacht in ontwikkeling is. [...]

Nederland heeft ongeveer 1500 transseksuelen. Het VU-ziekenhuis behandelt en opereert er jaarlijks tussen de vijftig en zeventig. Gooren reageert voorzichtig op de vraag of hij een voorstander zou zijn van een operatie op zeer jeugdige leeftijd aan het hersengebiedje. 'Sociaal gezien is transseksualiteit een leven met handicaps. Het kiezen voor een geslachtsverandering gebeurt met de moed der wanhoop. Als je niet vaardig bent in het leven, verlies je je werk, je contacten, je familie. Van een redelijk geïntegreerde man verander je in een totaal vereenzaamde vrouw. Door een hormonale behandeling en geslachtsoperatie breng je iemand van een heel slechte situatie in een iets minder slechte situatie. Je bent totaal verlamd en nu kan je je met krukken en rolstoel voortbewegen. In die zin is er iets te zeggen voor preventie.

Bea is nu zó gelukkig, herhaalt ze drie keer. Eindelijk hoeft ze geen masker meer te dragen. Haar hele leven al plaste ze zittend. Van haar lange jongenshemd trok ze de schouderbandjes omlaag, zodat het een rokje werd. Als ze vrouwen zag lopen dat ze: ik hóór bij jullie, ik bèn ook bij jullie.

Haar beste vrienden zijn haar beste vrienden gebleven. Bijna iedereen in de flat waar ze woont accepteert haar zoals ze is. Op die ene jongen na dan. Ze zijn de ingang van de flat aan het verbouwen, waardoor het net een douchecel lijkt. Haar burens maakten een grap: "Dan moeten de vrouwen wel aan de ene kant douchen, en de mannen aan de andere kant." De jongen had gezegd: "Dan maken we voor Bea een apart hokje." Bea: "Ik laat het maar zo. Ik vind het zielig. En als het nou nog een knappe gozer was!" Een broek zal ze nooit meer kopen. Daar heeft ze veertig jaar in gelopen. Een minirok ook nooit: dat staat haar niet. "De supervrouw moet nog geboren worden, hoor. Ik koop ook geen bikini. Een badpak staat veel gekleider. En wat ook zo heerlijk is: ik kan eindelijk topless zonnen."

Nu verheugt ze zich op de winter. "De kaarsjestijd. Dan mag het regenen, hagelen en stormen. Ik trek lekker mijn ponnetje aan. Blijf lekker met mijn drie poezen thuis. Lekker een hele dag niks doen. Gewoon mezelf zijn. Helemaal mezelf zijn."

1.4 Veranderingverbetering ...?

Zo ging dat vroeger. Je was jongen en je werd man. Je mocht leren om de kost te verdienen.

Zo gebeurde het ook met Rinus. Leren kon hij wel. Automonteur, dat leek hem. Zo lukte het hem in een garage te komen. Hier leerde hij een aardig meisje kennen. Rinus verloofde zich met haar. Na een verloving volgt meestal een huwelijk. Zo ook nu: Rinus en Marja trouwden, ook in de kerk. Maar toch was er bij Rinus niet de vreugde, die hij voorwendde. Diep in zijn hart was er de twijfel of hij wel gelukkig was en of hij Marja gelukkig kon maken. Zou de God wel zijn Gids zijn op zijn hele levenspad? Rinus beleefde hevige innerlijke conflicten. Maar hij liet er niets van blijken. 'Vrolijk' ging hij naar zijn werk. Twee kinderen werden geboren. Maar die innerlijke strijd, de innerlijke conflicten namen toe. Op een dag kwam Rinus overspannen thuis van het werk.

Niemand kon hem blijkbaar helpen; zijn vrouw niet, vrienden niet, de pastor niet. Wat diep verborgen lag, verstopt was, kwam naar boven.

Hulp

Rinus uitte zijn gevoelens door middel van gesprekken. Hij verlangde Ria te heten en Ria te zijn. Zijn vrouw Marja begreep er niets van. Hoe kon een man die van haar had gehouden en vader was van twee dochters, vrouw worden? Hoe konden twee kinderen in plaats van een vader en moeder nu twee moeders hebben? Was er geen andere oplossing voorhanden dan geslachtsaanpassende ingrepen?

Rinus groeide naar een beslissing. Voor adviezen van vrouw, vrienden en pastor sloot hij zich af. Hij besloot zich te laten opereren. Echtscheiding was het gevolg.

Rinus werd Ria

Het slikken van hormoonpreparaten begon. Ria volgde spraakles. De ene operatie na de andere volgde. De sociale omgeving van Ria wist niet hoe ze met de verandering moesten omgaan. De vriendenkring werd hoe langer hoe kleiner. Het leven van Ria werd eenzaam. Met haar kerkelijke gemeente had ze in het verleden niet zoveel band gehad. Deze band werd nu van haar kant tot nul gereduceerd. Ria twijfelde aan de keuze die ze had gemaakt. Psychisch raakt ze wat in verwarring.

Verhuizing

Ria besluit om te verhuizen en een nieuw bestaan op te bouwen in een andere grote plaats. Na enkele maanden raakt ze in een depressie en wordt ze opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Hier leert ze een lotgenoot kennen. Het is Karel, die vroeger Carolien heette. De depressieve gevoelens verdwijnen wat. Ria en Karel besluiten samen te gaan wonen. Ria wordt omgeschoold. Ze heeft gekozen voor een typisch vrouwelijk beroep. Langzamerhand groeit het werk. Het wordt een zware baan. Maar ze houdt dat lichamelijk niet vol en moet werk afstoten. Ze voelt dat ze na de ingrepen lichamelijk nooit meer de oude is geworden.

Karel

Karel krijgt hoe langer hoe meer onvrede met zijn lichaam. Hij raakt in verwarring. Karel en Ria vragen zich af, of ze wel goed zitten. Ria kan Karel niet opvangen. Zijn problemen groeien Ria boven het hoofd. Wel hebben ze samen hun problemen besproken in het Genderteam. Karel heeft zijn spijt betuigd over zijn stap. Hij maakt hulpverleners van het Genderteam deelgenoot van zijn gigantische probleem. Hij zou dolgraag weer terug willen.

De oplossing van het probleem is aan het team voorgelegd. Er zijn gevoelens van woede en verbittering.

Gevolgen

De onzekerheid van Karel heeft bij Ria zijn sporen nagelaten. Ze is bang weer depressief te worden. Geweldig tegenstrijdige gevoelens komen bij haar boven. In haar eenzaamheid en in haar vragen zoekt ze contacten. Een poosje later weet ze niet wat ze met deze contacten moet. Ze stellen haar teleur en bieden niet de oplossing van haar probleem. Ria voelt zich als iemand die weer een weg zoekt door het leven. Ze denkt dat geen mens en ook God haar niet kan helpen. Ze is voorzichtig in het formuleren, als ze het Genderteam zacht verwijt, dat ze onvoldoende op de ingrijpende consequenties gewezen hebben en gedaan hebben alsof na de operatieve ingreep alle pijn, psychisch en lichamelijk geleden zou zijn. Ze denkt vaak aan Karel. Op een vraag of zij ook terug zou willen, zegt ze dat dit eigenlijk onmogelijk is. Haar borsten kan ze wel weg laten halen, maar ze blijft daardoor een verminkt mens en of het haar psychisch uit een dal haalt is maar de grote vraag".

HOOFDSTUK 2

Het verschijnsel transseksualiteit

2.1 Inleiding

Het onderwerp transseksualiteit heeft zich de laatste vijf jaar schoorvoetend een plaats verworven in de media. Men spreekt van een transseksueel wanneer iemand zich niet thuis voelt in zijn lichaam en een lichaam van het andere geslacht zou wensen. In 1991 kreeg het verschijnsel bredere bekendheid door de uitzending van de TROS-documentaire *Hij ten Zij*,¹ waarin één persoon centraal stond: de man-naar-vrouw-transseksueel Kees. In dit programma werd de transformatie van Kees tot Carola op de voet gevolgd. Het was bij mijn weten voor het eerst dat de geslachtstransformatie, van het begin tot het eind, op deze manier in beeld werd gebracht. In dit en de volgende twee hoofdstukken zullen de medische aspecten van transseksualiteit worden behandeld. Dit zal zoveel mogelijk in beschrijvende zin worden gedaan. In dit hoofdstuk komen de volgende onderwerpen aan bod: een beschrijving van het verschijnsel transseksualiteit, waaronder iets over de geschiedenis van het fenomeen, begripsvorming en afgrenzing van travestie en homofilie.

2.2 Enkele historische opmerkingen over transseksualiteit en travestie

Transseksualiteit dient zich aan als een betrekkelijk nieuw verschijnsel: mensen die voor hun ervaring 'in het verkeerde lichaam zitten' en zich daarom willen laten transformeren naar het andere geslacht door middel van een operatie. Sommigen zien het verschijnsel transseksualiteit als een typisch verschijnsel van de late 20ste eeuw. Het verval van normen in het 'fin de siècle' leidt ertoe dat mensen hun geslacht niet meer als een gegeven zien, maar als een keuzemogelijkheid: de 'permissive society' in optima forma.² Anderen zien in het streven naar een geslachtsveranderende operatie een ultiem voorbeeld van aanpassing van het lichaam aan de ik-beleving. Het lichaam is bezit geworden waarover het 'ik' moet heersen. Men ziet het in de gezondheidsrage van deze tijd en in meest uitgesproken zin bij transseksualiteit.³ Op grond van onderzoek is het echter zeer aannemelijk dat er ook in vroeger eeuwen mensen waren die met hetzelfde probleem liepen, ze konden zich alleen nog niet onderscheiden van hen die alleen maar verkleeding nastreefden, de travestieten. De geslachtsoperatie, die pas in het begin van de jaren

¹ *Hij ten Zij*. Een film van Yvonne Habets (1991), uitgezonden door de TROS, Hilversum. In 1989 al kwam de Humanistische Omroep Stichting met de film *Sex and Money*. In deze film legde de Amerikaanse psychiater en seksuoloog John Money uit wat genderdysforie inhoudt. Dezelfde omroep zond in 1992 nog de film *'De Verandering'* uit; hierin wordt de transformatie van een man-naar-vrouw-transseksueel en de invloed hiervan op haar omgeving openhartig getoond.

² Gooren gaat hiertegen in. Zie: Gooren LGJ, *Hij ten Zij*. Rede bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de Transseksuologie, VU Amsterdam 1990, p.28.

³ Zo Manenschijn G, in: Als je maar gezond bent. *Trouw*, 07-02-92, p.17.

'50 echt mogelijk werd, zorgde voor de late 'coming out' van het verschijnsel transseksualiteit.⁴

Travestie door mannen en vrouwen is in alle tijden en in alle culturen terug te vinden. Zo waren de Grieken al vanaf de 9e eeuw voor Christus met het verschijnsel bekend; het was een geaccepteerd verschijnsel. De Romeinen kenden alleen de travestie uit de hogere, aristokratische kringen. De keizers Nero en Caligula deden bijvoorbeeld aan travestie.⁵

Er zijn verschillende redenen aangevoerd voor de travestie. Religieuze (tijdens verering van de god Dionysos), anarchistische (in de 19e eeuw, het Victoriaanse tijdperk, om de scherpe tegenstellingen tussen de beide seksen te doorbreken), praktische⁶ (vooral in de 17e eeuw door vrouwen, die verkleed als man altijd werk vonden als soldaat of matroos, de Republiek was immers vaak in staat van oorlog), seksuele (omkleding vanwege de seksuele opwindings), humoristische (tijdens carnaval, het duo Snip en Snap) en emotionele (het omkleden zorgt voor een emotionele ontlading van innerlijke spanningen).⁷ Deskundigen nemen aan dat vooral in deze laatste groep - zij die zich om emotionele redenen verkleedden - transseksuelen hebben gezeten.^{8,9} Van al deze gevallen is echter niet met volledige zekerheid vast te stellen dat het om transseksuelen ging. Daarvoor ontbreken de persoonlijke verslagen die essentieel zijn voor de bepaling van het transseksuele syndroom.^{10,11}

De eerste maal dat de wetenschappelijke literatuur wees op het bestaan van het fenomeen transseksualiteit was in 1867.¹² Daarna beschreef een Amerikaanse arts in 1897 iets dat leek op het authentieke transseksuele gevoel. ¹³In het begin van deze eeuw vermeldde M. Hirschfeld (1923) en E. Mühsam (1921, 1926) soortgelijke gevallen.¹⁴

2.3 Transseksualiteit in andere culturen

Kultureel-antropologische studies tonen aan dat transseksualiteit en travestie ook in andere

⁴ Zie Kuiper AJ. *Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassendebehandeling*. Dissertatie. Amsterdam/Utrecht: Elinkwijk p.4.

⁵ Verschoor A, Poortinga J. *Een dubbel bestaan. Travestieten en hun omgeving*. Amsterdam/Lisse 1990, p.94.

⁶ Dekker R & L van de Pol, twee historici, kwamen in 1989 met het boek *Vrouwen in mannenkleden. De geschiedenis van een tegendraadse traditie. Europa 1500-1800*. Amsterdam: Wereldbibliotheek. In dit boek geven ze o.a. de genoemde reden voor de vrouwelijke travestie. Daarnaast noemen ze als reden de hoge huwelijksleeftijd van de jongeren in die dagen. Er moest eerst tien jaar gewerkt en gespaard worden, wilde men kunnen trouwen. Hiervoor moest je het ouderlijk huis uit en als jongen liep je dan minder gevaar. De toenemende bureaucratie, in de vorm van paspoorten en medische keuringen, maakte een einde aan de vrouwelijke travestie.

⁷ Kuiper a.w. noot 4, p.4/5.

⁸ Zie Kuiper a.w. noot 4, p.5.

⁹ De twee beroemdste voorbeelden van mogelijke transseksualiteit zijn: de Chevalier d'Eon de Beaumont (1728-1810) en James Barry (1799-1865).

¹⁰ Gooren a.w. noot 2, p.28.

¹¹ Verscheidene van hen zouden met de huidige medische kennis mogelijk zijn ingedeeld bij de groep: gestoorde geslachtelijke ontwikkeling door lichamelijke oorzaken, zoals het adrenogenitaal syndroom (een meisje uitwendig vermannelijkt) of de testiculaire feminisatie (het 'chromosomale jongetje' heeft nauwelijks mannelijke kenmerken, omdat zijn cellen niet reageren op manlijk hormoon en wordt i.h.a. als meisje behandeld).

¹² Gooren a.w. noot 2, p.28. Een zekere Westphal wijst op dit fenomeen onder de naam "die konträre Sexualempfindung".

¹³ Gooren a.w. noot 2, p.28. NI. de arts Howard WL in het artikel 'Physical hermaphroditism: a few notes on sexual perversion with two clinical cases of sexual inversion.'

¹⁴ Gooren a.w. noot 2, p.28.

plaatsen en kulturen voorkomt. Als voorbeeld van transseksualiteit worden de 'hijaras' in India genoemd. Dit zijn gekasteerde mannen of mannen met ambigue genitaliën. Ze kleden en ervaren zichzelf als vrouw. Ze vormen in India een derde sekse en worden gewaardeerd.¹⁵ Ook de 'acaault' in het boeddhistische Birma (het huidige Myanmar) wordt gezien als een voorbeeld van transseksualiteit in andere kulturen.¹⁶ Deze jongens zijn bezeten volgens de Birmezen. De vrouwelijke geest ('nat') Mangedon heeft bezit genomen van hun geest. De acaults worden volledig door de birmese samenleving opgenomen. Men benijdt de acaults niet, maar veracht hen evenmin. Ze kunnen hun lot immers niet ontlopen.

Zo zijn er meer voorbeelden te noemen van dit soort verschijnselen in andere delen van de wereld: in Oman bestaat de 'xanith', bij de indianen in Noord-Amerika de 'berdache'.¹⁷ Bovengenoemde studies laten in ieder geval zien dat transseksualiteit en travestie niet een typisch verschijnsel zijn voor de westerse cultuur van de late 20ste eeuw.

2.4 De geschiedenis van de geslachtstransformatie

De eerste geslachtstransformerende operaties¹⁸ werden uitgevoerd in Duitsland, in het begin van de jaren dertig. Deze ingrepen riepen zoveel weerstand op, dat ze pas in het begin van de jaren zestig als vorm van hulpverlening aan transseksuelen werden geaccepteerd. De geslachtsverandering van Christine Jorgensen (een voormalig amerikaans soldaat) in 1953 had hiertoe de eerste aanzet gegeven. Voor het eerst kwam transseksualiteit in de wetenschappelijke en vooral publieke belangstelling te staan.

In Nederland werd in 1959 de eerste geslachtsoperatie uitgevoerd op een 34-jarige vrouw. De in het buitenland reeds gedeeltelijk tot vrouw getransformeerde man vroeg om een aansluitende operatie. De reacties uit de medische wereld waren zeer negatief. De betrokken plastisch-chirurg werd een proces aangespannen op grond van de aanklacht dat hij de vrouw opzettelijk, zwaar lichamelijk letsel had toegebracht.¹⁹ De chirurg werd uiteindelijk vrijgesproken, omdat een passende deliktomschrijving in het Wetboek van Strafrecht ontbrak.

In 1960 vroeg de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid zijn hoogste medische adviesorgaan, de Gezondheidsraad, advies uit te brengen over het therapeutisch nut van deze operaties bij transseksuelen. Het doel hiervan was de minister van Justitie in staat te stellen de wet te wijzigen, zodat de geslachtsveranderende operatie wel strafbaar werd. De Gezondheidsraad stelde een commissie 'Transsexisme' in, die in 1965 met het eindoordeel kwam "dat in redelijkheid niet mag worden gesteld dat in sommige gevallen van een operatieve geslachtstransformatie enig therapeutisch effect te verwachten valt" (eerste interim-advies inzake

¹⁵ Kuiper *a.w.* noot 4, p.617.

¹⁶ Gooren *a.w.* noot 2, p.29/30.

¹⁷ Gooren *a.w.* noot 2, p.28.

¹⁸ Deze term, evenals de uitdrukking 'geslachtsveranderende operaties', suggereert dat de betreffende ingrepen de persoon volledig van lichamelijk geslacht doen veranderen. Maar hoewel het om zeer ingrijpende operaties gaat (zie verder) blijft het toch bij een aanpassing van een aantal uiterlijke kenmerken, die evenwel door de betrokkene als zeer belangrijk ervaren kunnen worden (zie ook hfdst. 5).

¹⁹ Kuiper AJ. *Transseksualiteiten hulpverlening; een 'expost facto' onderzoek naar het effect van de geslachtsaanpassende behandeling bij 143 transseksuelen*, Rijksuniversiteit Utrecht 1985.

transsexisme, 7 oktober 1965). De belangrijkste grond voor deze uitspraak was de overtuiging van de commissie dat het bij transseksualiteit om een waan gaat. De enige uitweg was volgens haar psychotherapie, eventueel met medicamenteuze behandeling. Een operatie werd dus geen goed therapeutisch middel genoemd, maar de commissie durfde de stelling niet aan dat een operatie nooit moet worden uitgevoerd. Hiermee werd operatief ingrijpen bij transseksuelen uiteindelijk niet strafbaar gesteld. Het zou echter nog ruim vijf jaar duren voordat transseksuelen behandeld werden met niet-psychiatrische methoden, zoals hormonen en operaties. De seksuele revolutie van eind jaren zestig en de ervaringen vanuit het buitenland kunnen hiertoe bijgedragen hebben.²⁰

De oprichting van de Stichting Nederlands Gender Centrum (SNGC, of kortweg: Gender Stichting) in 1972 in Amsterdam heeft vervolgens de acceptatie van het verschijnsel transseksualiteit in de maatschappij versneld. De Gender Stichting zou hèt gezicht worden van de hulpverlening aan de transseksueel.

In dezelfde periode had de Gezondheidsraad een tweede adviescommissie 'Transsexisme' ingesteld, die in 1977 op basis van literatuuronderzoek tot de konklusie kwam dat "bedoelde somatische aanpassing van daarvoor in aanmerking komende mensen met genderproblemen een therapeutisch verantwoorde, redelijke kans op succes belovende ingreep is en een essentieel onderdeel van een behandelingsplan, dat de grootste kans biedt op vermindering van hun existentiële nood" (tweede interim-advies inzake transsexisme, 21 oktober 1977). Deze uitspraak was dus tegenovergesteld aan die van 1965. Dezelfde commissie kwam met een derde en laatste advies in 1979. Behalve op het belang van een kritisch literatuuronderzoek wijst de commissie op de noodzaak van een onderzoek van de transseksuele patiënt tijdens en na de behandeling. Met deze follow-up studie werd begonnen in 1981; ze werd afgerond in 1985. Een tweede follow-up onderzoek (onder dezelfde groep als uit 1985) werd afgerond in 1991.

2.5 Nadere begripsbepaling

Transseksualiteit is als term pas goed bekend sinds de jaren zestig, maar daarvoor werd hij ook al gebruikt. Voor het eerst door M. Hirschfeld in 1923 en later, in 1951, door D.O. Cauldwell. De echte doorbraak van het begrip 'transseksualiteit' is echter te danken aan Harry Benjamin door zijn monografie *The Transsexual Phenomenon* (1966).^{21, 22}

In de huidige literatuur vindt men de volgende definities van transseksualiteit: "een inkongruentie tussen de biologische geslachtelijke differentiatie en de zelfbeleving hiervan, de gender-identiteit".²³ Een andere definitie is: "het verschijnsel waarbij iemand met de normale in- en uitwendige geslachtsorganen van de ene sekse in de onweerlegbare overtuiging leeft tot

²⁰ Zo wordt in de literatuur verondersteld.

²¹ Ook al vindt prof.dr. LIG Gooren, hoogleraar transseksuologie, internist en hormoondeskundige aan het Academisch Ziekenhuis van de VU, de term 'transseksisme' beter - de transseksueel kampt immers niet met een seksueel probleem - toch kiest hij voor het begrip 'transseksualiteit', omdat dit nu eenmaal internationale ingang heeft gevonden; Gooren. In: *Bijblijven* 5/1989, nr.4, p.60 en Gooren LIG (red). *Transseksualiteit*. Alphen aan den Rijn/Brussel:Samson/Stafleu 1986, p.10.

²² De nederlandse zenuwarts en seksuoloog Van de Emde Boas was de ontwerper van deze term.

²³ Gooren, in: Gooren LIG (red.). *Transseksualiteit*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson/Stafleu, 1986, p.9.

de andere sekse te behoren"²⁴.

De juiste definiëring van het begrip transseksualiteit is van groot belang, want de term zelf kan een verkeerde indruk wekken: het is namelijk in eerste instantie geen seksueel probleem. Het is een identiteitsprobleem, dat alles te maken heeft met je 'gender'. Dit is een engelse term, geïntroduceerd door de Amerikaanse psycholoog-seksuoloog John Money. Gender duidt niet alleen op het biologische geslacht, ze geeft ook aspecten aan van het psychisch en sociaal functioneren als man of vrouw. De term gender heeft dus een ruimere betekenis dan het begrip sekse, dat alleen verwijst naar het biologische geslacht.

De transseksueel heeft dus een *genderidentiteitsprobleem*. Genderidentiteit is de consistente en duurzame overtuiging man of vrouw te zijn. Iemand is niet alleen man of vrouw volgens de uiterlijke geslachtskenmerken, de waarneembare geslachtelijke differentiatie, maar ook in de eigen psyche. In veruit de meeste gevallen is men tevreden met de rol die bij dit man- of vrouw-zijn past. In dit verband past de term '*genderrol*'. Genderrol is de uitdrukking van iemands genderidentiteit in het openbaar: wat doet hij of zij in de relatie tot de omgeving om te laten zien dat hij of zij een man of een vrouw is? Genderidentiteit en genderrol horen dus normaliter bij elkaar; ze vormen de spreekwoordelijke twee kanten van de medaille.²⁵ Wat niet wegneemt dat in de praktijk soms een discrepantie wordt ervaren.

2.6 Genderdysforie

Het gros van de mensen is tevreden met zijn genderidentiteit en genderrol. Maar hier ligt nu juist het probleem van de transseksueel. De transseksueel kan niet optimaal functioneren als lid van het geslacht waartoe hij lichamelijk behoort. De transseksueel heeft namelijk in extreme vorm last van genderdysforie. Anders gezegd: hij is zeer ongelukkig met de sekse van zijn lichaam en de genderrol die daarbij hoort. Deze dysforie zit bij de transseksueel zo diep, dat hij van harte begeert verlost te worden van zijn primaire en secundaire geslachtskenmerken om volledig als iemand van het andere geslacht te kunnen leven.

Dat de transseksueel genderdysforie is, wil niet zeggen dat hij zijn uiterlijke geslachtskenmerken niet onderkent. Het probleem is juist dat hij dat wel doet, maar dat die in tegenspraak zijn met zijn genderidentiteit, zijn 'psychische geslacht'.²⁶ De transseksueel beweert iets wat voor een ander niet te zien is: zijn lichaam mankeert immers niets. Dat is ook gelijk zijn moeite. Voor de transseksueel lijken er twee oplossingen te zijn: aanpassing van zijn genderidentiteit aan het lichaam of aanpassing van het lichaam aan de genderidentiteit (zie verder hfdst. 6, resp. hfdst. 4). Vaak ziet hij alleen de tweede mogelijkheid als een reële optie. Hij vraagt een zo goed mogelijke lichamelijke aanpassing aan zijn 'psychische geslacht'. Hij vraagt om een ingreep in zijn lichaam dat geen gebreken vertoont, maar dat hem wel vreemd is.

²⁴ Kuiper *a.w.* noot 4, p. 2.

²⁵ Gooren *a.w.* noot 2, p.4.

²⁶ Gooren LJG. Medisch handelen op bestelling. In: Thijs LG e.a. *Veranderende ethiek in de geneeskunde? Voor- drachten ter gelegenheid van het afscheid van prof dr. C. van der Meer*. Amsterdam 1987, p.12.

2.7 Het vóórkomen van transseksualiteit

Het aantal transseksuelen in Nederland is volgens de laatste studies omstreeks 1 op de 10.000 mannen en 1 op de 30.000 vrouwen.²⁷ Dit komt overeen met de getallen in de rest van de wereld. De verhouding man-naar-vrouw-transseksuelen en vrouw-naar-man-transseksuelen is op dit moment wereldwijd 3:1.

2.8 Vormen van transseksualiteit

Hoe kan een hulpverlener met zekerheid vaststellen dat iemand transseksueel is? Gezegd moet worden: honderd procent zekerheid is er nooit. "Transseksualiteit is hoogstens een sterk vermoeden. Het moet blijken uit iemands levensloop, uit de wijze waarop men zich gedraagt. Als het goed is - oh paradox - is transseksualiteit een kracht die zich niet laat onderdrukken."²⁸ Ook al is transseksualiteit niet vast te stellen op grond van objectieve medische criteria, toch worden er pogingen gedaan om het verschijnsel enigszins te diagnostiseren. Er bestaan kort gezegd twee soorten diagnosevormen: de theoretische en de praktische.

De theoretische diagnosevorm is ontwikkeld door John Money (e.a.). Deze diagnosevorm bestaat uit een aantal criteria en maakt deel uit van het klassifikatiesysteem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, kortweg *DSM*. Tot 1994 werd de derde gereviseerde versie (*DSM-III-R*) gebruikt. In 1994 is het nieuwe klassifikatiesysteem gereed gekomen, de *DSM-IV*. De *DSM-III-R* noemt bij transseksualiteit de volgende vijf criteria:

1. Een gevoel van onbehagen en disharmonie met het eigen anatomische geslacht.
2. De wens om van de eigen genitaliën verlost te worden en te leven als lid van het andere geslacht.
3. De gevoelens genoemd onder 1 en 2 zijn continu aanwezig geweest gedurende tenminste twee jaar.
4. Er is geen sprake van lichamelijke intersekse (het lichaam vertoont kenmerken van beide geslachten, bijv. hermafroditisme) of genetische abnormaliteit.
5. Er is geen sprake van mentale stoornissen, zoals schizofrenie.²⁹

Overigens is in het herziene classificatiesysteem *DSM-IV* transseksualiteit anders benoemd. Het wordt nu gerekend tot de bredere groep van genderidentiteitsstoornissen (zie verder hfdst. 6.2). Uit deze klassificaties blijkt weer dat transseksualiteit geen seksueel probleem is, althans niet in eerste instantie. Het is een identiteitsprobleem. Met transseksualiteit hoeven dan ook niet per se perversies verbonden te zijn (sodomasochisme, pedofilie, exhibitionisme, fetisjisme enz.).³⁰ Ook is transseksualiteit niet gebonden aan een bepaalde seksuele voorkeur: er zijn heterofiele en

²⁷ Gooren in de bijdrage 'Biologica! aspects of transsexualism and their relevance to its legal aspects' voor het *XXIst Colloquy on European Law: Transsexualism, Medicine and Law*. Amsterdam, 14-16 april 1993.

²⁸ Gooren LJG. In: *NRC Handelsblad*. 11-01-92.

²⁹ Cohen-Kettenis P. Het verschijnsel transseksualiteit. In: Gooren a.w. noot 21, p.19.

³⁰ Cohen-Kettenis a.w. noot 29, p.19.

homofiele transseksuelen.³¹

Uit andere publicaties blijkt dat transseksualiteit geen eenduidig syndroom is. De groep transseksuelen is zeer divers. Harry Benjamin maakte reeds in 1966 een onderscheid in drie categorieën mannelijke transseksuelen, aan de hand van de zogenaamde 'Seks Orientation Scale':

1. De niet-operatieve transseksuelen. Ze hebben een wisselend identiteitsgevoel en leven vaak afwisselend als man of vrouw en streven niet altijd een geslachtsoperatie na. Soms wel een hormoonbehandeling.
2. De echte transseksuelen, vergaand. Ze leven als lid van het ervaren geslacht en voelen zich ook zo. Seksueel zijn ze soms gericht op mensen van hun lichamelijke geslacht en soms op mensen van het ervaren geslacht. Ze wensen meestal een operatie en een hormonale behandeling.
3. De echte transseksuelen, zeer vergaand. Ze leven zoveel mogelijk als vrouw, hebben een intense afkeer van hun eigen lichaam en streven naar een volkomen geslachtsaanpassing. Seksueel zijn bijvoorbeeld MY-transseksuelen gericht op heteroseksuele mannen (al wordt dit niet meer zo absoluut gesteld; zie laatste paragraaf van dit hoofdstuk).³²

Dit onderscheid is inmiddels wat verouderd. Momenteel worden de transseksuelen wel onderscheiden in primaire en secundaire transseksuelen.³³ Primaire transseksuelen hebben een volledig transseksuele ontwikkeling, wat onder andere inhoudt dat zij al voor hun 6e levensjaar gedrag vertonen van het andere geslacht (zogenaamd cross-gender-gedrag). Het zijn personen die altijd al last hadden van extreme genderdysforie. Secundaire transseksuelen zijn de homoseksuelen en de travestieten die in perioden van stress transseksueel worden. Zij ervaren de genderdysforie ervaren pas op latere leeftijd, vanaf of na de puberteit, en niet permanent.

Transseksualiteit kent dus verschillende 'lagen'. Anders gezegd: niet iedereen is even transseksueel. Er zijn verschillen in cross-gender-gedrag, levensgeschiedenis, seksuele voorkeur, genderrol-gedrag, wensen voor de behandeling enzovoort. Daarom is de behandeling ook niet uniform. Deze bredere term genderidentiteitsstoornissen doet meer recht aan de diversiteit van het verschijnsel transseksualiteit (zie verder hfdst. 6.2). Wel is het zo dat ook homofielen en travestieten hieronder vallen, voorzover zij ook genderdysforie ervaren. Conceptueel blijven er belangrijke verschillen tussen transseksuelen, homofielen en travestieten. In het vervolg zal hierop uitvoeriger worden teruggekomen.

2.9 De 'real-life'-test

Naast dit theoretische klassifikatiesysteem is er ook een praktische diagnosevorm: de zgn *'two-year, real-life diagnostic test'*.³⁴ De transseksueel die een geslachtsaanpassende operatie overweegt, moet in twee jaar - met name voor zichzelf - het bewijs leveren dat hij in de rol van

³¹ In de internationale literatuur worden die transseksuelen homofiel genoemd, die een seksuele voorkeur hebben voor mensen van het *eigen* biologische geslacht, ook al voelen ze zich heterofiel. Man-naar-vrouw transseksuelen voor mannen en vrouw-naar-man transseksuelen voor vrouwen. Kuiper *a.w.* noot 4, p.82.

³² Cohen-Kettenis P. In: Gooren *a.w.* noot 29, p.19 en 21.

³³ Personen Ovesey waren de eersten die met dit onderscheid kwamen. Zie: Cohen-Kettenis. In: Gooren *a.w.* noot 29, p.24.

³⁴ Opgesteld door J Money & R Ambinder in 1978. Genoemd door Kuiper *a.w.* noot 4, p.24.

de andere sekse kan leven. In de praktijk is die periode ook wel eens korter. Deze zelf-diagnose omvat alle terreinen van het leven. De transseksueel moet in het kader van geslachtsaanpassende ingrepen en voorafgaand aan de operatie op sociaal, rekreatief, economisch en beroepsmatig gebied en ook tegenover zijn familie, laten zien dat hij zich staande weet te houden in de nieuwe genderrol.

2.10 De juridische aspecten van transseksualiteit

Wie als transseksueel een geslachtsoperatie heeft ondergaan, kan sinds 1 augustus 1985 zijn 'kunne', dat is zijn naam en geslacht, laten wijzigen in de geboorte-akte.³⁵ Voorheen gaf de wet hiervoor geen mogelijkheid. Art. 29 Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek kende wel de mogelijkheid om via het beroep op een 'misslag' in de geboorte-akte het geslacht te wijzigen. Hiervan werd ook gebruik gemaakt door transseksuelen. De Hoge Raad achtte dit misslag-beroep (in een uitspraak van 3 januari 1975) echter niet van toepassing bij transseksualiteit. Het begrip 'misslag' werd hier misbruikt; zo zou het systeem van de registers van de Burgerlijke Stand en de daarop gegronde rechtszekerheid in gevaar komen.

In december 1974 had de Hoge Raad nog uitgesproken dat verandering van geslacht voor de wet niet mogelijk is. Achtergrond van deze uitspraak was het rapport van de Gezondheidsraad uit 1965, dat konkludeerde dat een geslachtstransformatie voor de transseksueel niet de oplossing is. In de praktijk kon het dus voorkomen dat een man-naar-vrouw transseksueel na de operatie uiterlijk een vrouw was, maar voor de wet nog man. In 1979 adviseerde de Hoge Raad positief ten aanzien van wetswijzigingen om veranderingen van de naam en het geslacht mogelijk te maken in de geboorte-akte.

Het duurde nog tot 1982 voordat er een wetsontwerp in de Tweede Kamer in behandeling kwam over dit onderwerp. In april 1985 keurden beide Kamers het wetsvoorstel goed, in augustus 1985 trad de wet in werking.³⁶

Wel nam de Hoge Raad de verplichting op zich te zorgen voor een wettelijke regeling die de transseksueel zoveel mogelijk zou helpen. Dit resulteerde uiteindelijk in een uitbreiding van art. 29 Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek. Art. 29 A Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek luidt nu: "Iedere Nederlander die de overtuiging heeft tot de andere kunne te behoren dan is vermeld in de akte van geboorte en lichamelijk aan het verlangde geslacht is aangepast voorzover dit uit medisch of psychologisch oogpunt mogelijk en verantwoord is, kan de rechtbank, binnen welker rechtsgebied zijn woonplaats is gelegen, verzoeken wijziging van de vermelding van de kunne in de akte van geboorte te gelasten(„)." De voorwaarden voor deze wijziging in de geboorte-akte zijn: a) de transseksueel moet ongehuwd zijn,³⁷ b) hij moet onomkeerbaar onvruchtbaar zijn; d.w.z. 'hij' moet als vrouw niet meer in staat zijn kinderen te baren en 'zij' moet als man niet meer in staat zijn kinderen te verwekken en c) hij moet zo 'volledig' mogelijk lichamelijk

³⁵Zie verder voor het systeem van onze bevolkingsregistratie: Reijt FA van der. Juridische aspecten van transseksualiteit. In: Gooren *a.w.* noot 21, p.133 e.v.

³⁶Opmerkelijk is ook de verandering van acceptatie voor de wet: in 1970 was het volgens de Algemene Politie Verordening nog verboden 'als man in vrouwenkleden te verkeren in openbare gebouwen'.

³⁷Men wil hiermee voorkomen dat er een huwelijksband zou blijven bestaan tussen twee gelijkgeslachtelijke individuen. Dit is in onze wetgeving onbestaanbaar.

aangepast zijn aan het gewenste geslacht als medisch of psychologisch mogelijk en verantwoord is. Achtergrond van deze eis is, de mogelijkheid open te laten het geslacht te wijzigen voor hen die niet 'volledig' getransformeerd zijn. Iemand die ervan overtuigd is in het verkeerde lichaam te zitten en daarvoor zelfs een geslachtstransformatie over heeft, laat voor de buitenwacht weinig ruimte voor twijfel. Maar iemand die om wat voor reden dan ook (medisch of psychologisch) niet zover gaat (kan gaan) als een geslachtstransformatie, maar die een net zo onverdringbare overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren als de eerstgenoemde, zou dan de dupe worden van zijn eigen lichamelijke of psychische onmacht.³⁸

Het verzoekschrift voor wijziging van de kunne in de geboorte-akte moet nu bevatten: de huidige akte van geboorte, een medische deskundigenverklaring waaruit blijkt dat de aanpassing aan het verlangde geslacht zover mogelijk doorgevoerd is én een verklaring dat de verzoeker onomkeerbaar onvruchtbaar is.³⁹ De twee laatste verklaringen worden momenteel afgegeven door de internist, niet door de plastisch chirurg of de gynaecoloog. Art.29 D van het Burgerlijk Wetboek regelt tenslotte dat de verandering van de kunne geen gevolgen heeft voor de familie-rechtelijke relaties van de betrokkene zoals die waren vóór de wijziging van naam en geslacht in de geboorte-akte. Konkreet: de kinderen van een gehuwde man-naar-vrouw-transseksueel blijven zijn kinderen. De alimentatieplichten blijven daarbij ook voor hem bestaan.

Hoe gaat het nu verder? Met het verzoekschrift gaat men vervolgen via de procureur naar de rechtbank van zijn woonplaats. Wanneer de rechtbank positief oordeelt, geeft de griffier dit door aan de plaatselijke ambtenaar van de Burgerlijke Stand. Deze maakt dan een aantekening van de wijziging van het geslacht en de voorna(a)m(en) op de geboorte-akte en geeft dit vervolgens door aan de plaatselijke ambtenaar van het bevolkingsregister. Dit is belangrijk voor de gegevens op de persoonskaart, die gebruikt wordt voor bij het verstrekken van officiële documenten. De persoonskaart wordt onder andere altijd opgemaakt aan de hand van de geboorte-akte (naast de huwelijksakte, de akte van echtscheiding of ontbinding van het huwelijk en de akte van overlijden). De geboorte-akte vormt iemands basis-identiteitsbewijs. Vandaar het belang van de wijziging in deze akte voor de transseksueel.

2.11 Transseksualiteit, travestie en homofilie

De begrippen transseksualiteit, travestie en homofilie worden in de discussie nogal eens op één hoop geveegd. Ten onrechte. De transseksueel is zeer ongelukkig met zijn waarneembare geslachtelijke identiteit. Hij ervaart een tegenstelling tussen dit zichtbare lichamelijke geslacht en zijn zelfervaring als man of vrouw. Deze tegenstelling tussen het lichaam en de genderidentiteit ervaart de travestiet niet. De travestiet is tevreden met zijn lichaam en voelt zich erin thuis. Dat is het belangrijkste verschil. Dat de travestiet door sommigen toch wordt verward met de transseksueel, komt natuurlijk doordat dat beiden zich kleden en gedragen als lid van het andere geslacht. Maar dan nog is er een behoorlijk verschil. Bij de travestiet is de omkleeding tijdelijk

³⁸ Zie Reijt FA van der. In: Gooren *a.w.* noot 21, p.138.

³⁹ Bij niet volledige aanpassing is tevens een verklaring van een psychiater of klinisch psycholoog vereist, waarin staat dat de verzoeker ervan overtuigd is tot de andere kunne te behoren (art.29b, Boek 1 BW).

(episodisch)⁴⁰ van aard en dient ze ook een ander doel: de seksuele opwinding. Bij de transseksueel is deze omkleeding permanent van aard en veroorzaakt veel minder vaak seksuele opwinding. De omkleeding is voor hem slechts een bevestiging van zijn identiteit en voor een aantal een begin van een totale omschakeling naar het andere geslacht.

Homofielen voelen evenmin een discrepantie tussen hun lichamelijke geslacht en hun genderidentiteit. Het lichaam is hun niet vreemd. De mannelijke homofiel voelt zich man en gedraagt zich als een man. Hij zal daarom ook nooit een geslachtsoperatie nastreven.

Transseksuelen worden vaak voor homofiel aangezien omdat ze seksueel gericht lijken te zijn op het eigen lichamelijke geslacht. De geslachtswisseling legitimeert dan als het ware hun afwijkende gedrag. In deze visie worden seksuele gerichtheid en genderidentiteit niet voldoende onderscheiden: de seksuele voorkeur staat namelijk los van iemands zelfervaring van man- of vrouw-zijn, iemands genderidentiteit.⁴¹ Transseksuelen kennen niet per definitie een homofiele gerichtheid op het eigen biologische geslacht. 30% van de man-naar-vrouw transseksuelen is gericht op (lesbische) vrouwen, het aantal vrouw-naar-man transseksuelen gericht op (homofiele) mannen, is lager dan 10%.⁴² Transseksuelen kunnen zich seksueel richten op beide seksen. Ook in de wetenschappelijke literatuur wordt vaak geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen genderidentiteit en seksuele voorkeur.⁴³

We zien dat in de definities een duidelijk onderscheid bestaat tussen transseksualiteit, travestie en homofilie. In de praktijk ligt het verschil echter niet altijd even duidelijk. Vooral de grens tussen travestiet en transseksueel kan dan vloeiend worden. Zo meldt Verschoor in 1986 dat ook man-naar-vrouw transseksuelen seksuele opwinding kunnen ervaren bij het omkleden, dat een aantal travestieten een transseksueel zelfbeeld heeft en een sterke aversie van het eigen lichaam.⁴⁴ Travestie ligt dan bij die persoon dicht tegen transseksualiteit aan.

De 'Sex Orientation Scale' van H. Benjamin (1966) bevestigt Verschoors bevindingen eigenlijk al. Benjamin onderscheidt daarin namelijk drie soorten mannelijke travestieten naast drie soorten mannelijke transseksuelen. Hij onderscheidt pseudo-travestieten, fetisjistische travestieten en echte travestieten. De laatste groep zit dicht tegen de niet-operatieve transseksueel aan. De echte travestiet heeft een minder overtuigende mannelijke identiteit en vindt de geslachtstransformatie een aantrekkelijk idee, ook al wijst hij de operatie zelf af. Hij verkleedt zich zo vaak mogelijk en kan ook leven als vrouw.

Het komt ook voor dat de travestiet zich ontwikkelt tot een echte transseksueel of zoals Benjamin dat noemt 'de zeer vergaande transseksueel. Dat wil zeggen: hij komt uiteindelijk tot een zo volledig mogelijke aanpassing aan het andere geslacht. Alleen dan namelijk is sprake van een transseksueel.⁴⁵

⁴⁰ Gooren LJG. In: *Bijblijven*5 (1989) 4 en in: Gooren *a.w.* noot 21, p.9.

⁴¹ Overigens wordt genderdysforie soms ook door transseksuelen zelf wel gezien als ten diepste een onderdrukte homoseksuele geaardheid. Zie Leach J. *A matter of survival. Reality*5. Lexington, KY: CrossOver Ministries, 1994.

⁴² Gooren LJG. *Biological aspects of transsexuality and their relevance to its legal aspects*. Artikel voor het *XXIst Colloquy on European Law: Transsexuality, Medicine and Law*, Amsterdam, 14-16 april 1993.

⁴³ Gooren LJG. *a.w.* noot 42, p.12.

⁴⁴ Verschoor AM. Een biografische beschrijving van transseksuele cliënten in Nederland. In: Gooren *a.w.* noot 21, p.33/5.

⁴⁵ Gooren *a.w.* noot 21, p.10.

HOOFDSTUK 3

Verklaringstheorieën

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we ingaan op één van de meest onzekere punten van het verschijnsel transseksualiteit, namelijk: hoe ontstaat het? Het is duidelijk dat transseksualiteit simpel gezegd te maken heeft met twee dingen, met het lichaam en met de geslachtsbeleving, een psychische functie. Een beschrijving van transseksualiteit is: de lichamelijke 'onderbouw' past niet bij psycho-sociale 'bovenbouw'.¹ Hoe dit precies komt, is nog steeds een raadsel. Een veelheid van factoren is hier waarschijnlijk in het spel, en wel biologische, psychologische en sociaal-culturele factoren. Geen van deze factoren is echter bewijsbaar dominant in de ontwikkeling van een zogenaamde cross-genderidentiteit (een genderidentiteit tegengesteld aan het lichamelijke geslacht). Verschillende verklaringstheorieën leggen op één van deze factoren de nadruk.

In dit hoofdstuk bespreken we eerst de genderdifferentiatie en de ontwikkeling van de genderidentiteit en vervolgens enkele theorieën die ter verklaring van transseksualiteit worden aangevoerd.

3.2 Genderdifferentiatie

De ontwikkeling van de genderidentiteit is de ontwikkeling tot het 'definitieve' gevoel van man- of vrouw-zijn in alle aspecten die daarbij horen. Deze ontwikkeling wordt in gang gezet bij de bevruchting van een eicel door een zaadcel. Belangrijk is hier op te merken dat dit proces dus al ver vóór de geboorte begint en niet pas erna. De vorming van de uiteindelijke genderidentiteit en genderrol kan niet een puur psycho-sociale aangelegenheid zijn, wat sommige sociologen beweren.² Iemands uiteindelijke genderidentiteit - de zelfervaring man of vrouw te zijn - ligt aan het eindpunt van een zeer ingewikkeld proces: de stapsgewijze genderdifferentiatie. Dit proces begint dus bij de versmelting van zaad- en eicel en vindt een (voorlopig) einde bij het bereiken van de jonge volwassenheid. Dit proces valt als volgt in twee delen te onderscheiden: de lichamelijke mannelijke of vrouwelijke seksuele ontwikkeling en de ontwikkeling van de genderidentiteit.

3.2.1 De lichamelijke ontwikkeling tot man of vrouw

De lichamelijke seksuele ontwikkeling van de mens begint met het verschil in chromosomenpatroon bij de conceptie: een XY-chromosomenpatroon leidt in de ontwikkeling tot een man, een

¹ Zie Gooren L.J.G. *Hij ten Zij*. Rede bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de Transseksuologie, VU Amsterdam 1990, p.4.

² Gooren a.w. noot 1, p.20.

:XX-chromosomenpatroon tot een vrouw (stap 1).³

De ontwikkeling als man of vrouw vervolgt met de geslachtelijke differentiatie van de indifferente gonaden (geslachtsklieren: testis of ovarium), gestuurd door de geslachtschromosomen (stap 2). De testes ontwikkelen zich al zes weken na de bevruchting, de eierstokken pas na 16 weken. Vanaf dit moment sturen de hormonen alle volgende stappen in de ontwikkeling. De testes zijn acht weken na de conceptie al hormonaal actief, terwijl de eierstokken tijdens deze fase nog geen hormonen produceren.

De volgende stap (stap 3) is de ontwikkeling van de inwendige geslachtsorganen. Is het mannelijk hormoon testosteron aanwezig, dan ontstaan de zaadleiters en een deel van de prostaat. Bij afwezigheid van testosteron ontwikkelen zich uit identieke structuren (de zogenaamde gangen van Wolff en Müller) de eileiders, de baarmoeder en het bovenste derde deel van de vagina.

Bij de vierde stap is de procedure dezelfde als bij de voorafgaande. De uitwendige geslachtsorganen worden vanuit gelijke structuren mannelijk bij aanwezigheid van testosteron en vrouwelijk bij afwezigheid van dit hormoon.⁴ Tijdens de pubertijd ontwikkelen zich onder invloed van geslachtshormonen dan de secundaire geslachtskenmerken (stap 4).

De geslachtsbepaling is bij zo'n 'normale' ontwikkeling makkelijk uit te voeren. Er worden echter ook kinderen geboren met allerlei lichamelijke afwijkingen aan de geslachtsorganen, de pseudo-hermafrodieten en de hermafrodieten. Hun lichaam vertoont geslachtelijke kenmerken van beide seksen.⁵ De 'echte' hermafrodieten zijn zij die zowel mannelijke als vrouwelijke geslachtsklieren (testis en eierstok) bezitten. De pseudo-hermafrodieten hebben geslachtsklieren van de ene sekse, die gepaard gaan met uitwendige, lichamelijke kenmerken van het andere geslacht.⁶ De bekendste voorbeelden hiervan zijn jongens met een androgeen insensitiviteitssyndroom en meisjes met een adrenogenitaal syndroom. Het eerste leidt tot (genetische) jongens met een vagina en het tweede tot (genetische) meisjes met een penis. Onderzoek heeft aangetoond dat het van levensbelang is na de geboorte van deze kinderen snel te komen tot een geslachtstoeiwijzing en dienovereenkomstige opvoeding.⁷ Laat je zulke kinderen 'zwemmen' tussen twee geslachten, dan is de beschadiging van hun genderidentiteit levenslang (zie ook hfdst. 5).

Parallel aan de vorming van de uitwendige geslachtsorganen kent de seksuele ontwikkeling tot man of vrouw ook de vorming van bepaalde structuren in de hersenen.⁸ In 1985 is namelijk een gebiedje ontdekt in de menselijke hersenen dat verschillend van grootte en structuur is bij man en vrouw: de sekse-dimorfe kern (SDN). De precieze functie van deze kern is nog niet duidelijk, maar ze ligt wel in het gebied van de hersenen dat bij zoogdieren essentieel is voor de regulatie van geslachtshormonen en het seksuele gedrag. In 1988 heeft men kunnen vaststellen dat deze sekse-dimorfe kern pas definitief verschillend is bij jongens en meisjes op

³ Zie voor deze medische schets: Cohen-Kettenis P. Het verschijnsel transseksualiteit. In: Gooren LJG (red.). *Transseksualiteit Alphen a/d Rijn/Brussel*: Samson/Stafleu 1986, p.16 e.v.; Gooren LJG. Biomedische aspecten van transseksualiteit. In: idem, p.50 e.v.; Gooren a.w. noot 1 en Kuiper AJ. *Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassendebehandeling*. Dissertatie. Amsterdam/Utrecht: Elinkwijk 1991, p.9 e.v.

⁴ Het feit dat de mens zich in principe ontwikkelt langs de vrouwelijke lijn tenzij het mannelijke hormoon testosteron aanwezig is, wordt door Money en Ehrhardt het 'Adam-principe' genoemd (zie Kuiper a.w. noot 3, p.11).

⁵ In dit verband wordt wel gesproken van 'interseks'.

⁶ Zie Money J. *Sex errors of the body*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1968.

⁷ Gooren a.w. noot 1, p.19. Hier vermeldt Gooren het onderzoek van Money.

⁸ Gooren a.w. noot 1, p.13.

de leeftijd van twee tot vier jaar. Dit is een belangrijke periode voor de genderidentiteit, zoals we nog zullen zien. Wat de functie van de sekse-dimorfe kern ook moge zijn, in ieder geval krijgt de mannelijke of vrouwelijke ontwikkeling ook gestalte in de hersenen en wel rond het derde levensjaar.⁹

De stappen van de lichamelijke seksuele differentiatie zijn alle gebonden aan kritieke fasen in de ontwikkeling van de foetus. Na elke stap is de ontwikkeling onomkeerbaar. Anders gezegd: na afsluiting van elke fase is voor zover nu bekend 'a point of no return' bereikt.¹⁰

3.2.2 De ontwikkeling van de genderidentiteit

Bij de geboorte is het kind man of vrouw, het is te zien aan het lichaam: aan de chromosomen, geslachtsklieren, geslachtsorganen. De ontwikkeling als man of vrouw gaat echter na de geboorte verder. Direct na de geboorte komt het kind onder invloed te staan van sociale, culturele en psychologische krachten, die leiden tot de vorming van iemands uiteindelijke genderidentiteit. Deze zelfherkenning van de mens als jongen of als meisje, als man of als vrouw is zeer essentieel voor de ontwikkeling van de persoonlijke identiteit. Dit geldt door alle samenlevingen heen.¹¹

Belangrijk voor de ontwikkeling van de genderidentiteit is de manier waarop ouders hun kind benaderen. Zo praten moeders meer tegen hun babydochters dan tegen babyzoons. Zelf zijn de baby's al vrij snel in staat de mensen om hen heen onder te verdelen in jongens en meisjes, in mannen en vrouwen. Vanaf de kleuterfase zijn kinderen in staat zichzelf te definiëren als jongen of als meisje: hun *kern-genderidentiteit* (in het engels 'core gender identity') is gevormd.¹²

Money vergelijkt het verwerven van de genderidentiteit en genderrol met het aanleren van de moedertaal. De moedertaal leerden we doordat wij naar anderen luisterden en doordat anderen naar ons luisterden en op ons reageerden. Deze geheel eigen taal nestelde zich in ons brein om er vervolgens nooit meer uit te verdwijnen. Zo verankerd als de moedertaal in onze hersenen ligt, zo verankerd ligt, volgens Money, ook onze genderidentiteit in ons brein.¹³

Deze kern-genderidentiteit ligt al vast rond het derde/vierde levensjaar, zo is gebleken uit onderzoeken bij kinderen met intersekse-problemen (hermafrodieten en pseudo-hermafrodieten). Treedt de lichamelijke stoornis na het derde/vierde jaar op, dan adviseert Money het lichaam aan te passen aan de reeds gevormde genderidentiteit.¹⁴ Deze genderidentiteit proberen te veranderen heeft schadelijke gevolgen voor de psychische ontwikkeling van het kind.

⁹ Zeer recent onderzoek van Swaab (Nederlands Instituut voor Hersenonderzoek) en Gooren heeft laten zien dat een bepaalde hersenstructuur (de zgn. bed nucleus van de stria terminalis) bij mannen en vrouwen verschillend is. De onderzochte man-naar-vrouw transseksuelen bleken de voor vrouwen kenmerkende structuur te hebben. De SDN van deze transseksuelen had evenwel niet eenduidig de 'vrouwelijke' grootte. Zie *Vrij Nederland*, 04-11-95, p. 8111 en het artikel in *Nature* 378 (02-11-95) p.68170. Op de vraag van mij of nu de biologische wortel van transseksualiteit gevonden is, antwoordt Gooren in een schriftelijke reactie (19-11-95): "Ik zou niet willen spreken over een biologische wortel: een wortel is het begin/de oorzaak van dingen. Wat er gevonden is, is een *correlaatin* de hersenen van een gevoel tot het andere geslacht te behoren."

¹⁰ Gooren *a.w.* noot 1, p.18.

¹¹ Gooren LJG. Biomedische aspecten van transseksualiteit. In: Gooren *a.w.* noot 3, p.52.

¹² Cohen-Kettenis P. Het verschijnsel transseksualiteit. In: Gooren *a.w.* noot 11, p.17.

¹³ Gooren *a.w.* noot 1,-p.21/2.

¹⁴ Gooren *a.w.* noot 1, p.19.

De opvoeding van een kind in een bepaald geslacht en de constante en consequente benadering van het kind in datzelfde geslacht zijn dus van essentieel belang voor de ontwikkeling van de kern-genderidentiteit. Money meent dat deze factoren zelfs belangrijker zijn dan de biologische.

Dat de kern-genderidentiteit reeds vastligt rond het derde/vierde jaar betekent neemt niet weg dat ook daarna het kind zijn genderidentiteit nog verder ontwikkelt.¹⁵ Mannelijk of vrouwelijk gedrag wordt ten eerste aangeleerd door middel van *identificatie*. De kinderen leren zich te vereenzelvigen met leden van hun eigen gender. De vader en moeder zijn de aangewezen identificatie-figuren. Via hen leren de kinderen niet alleen zich mannelijk of vrouwelijk te gedragen, maar ook hoe ze zich moeten opstellen tegenover het andere geslacht. Money noemt dit *complementatie*.¹⁶

In de tweede plaats laten ouders hun kinderen aan de hand van beloning en straf voelen wat ze als jongen of meisje behoren te doen. Tenslotte treden er in de puberteitsfase zulke ingrijpende lichamelijke veranderingen op, dat de druk van buiten om als 'echte' man of vrouw te leven, steeds sterker gevoeld wordt. De adolescent gaat vervolgens zelf experimenteren. Welke mogelijkheden zijn er voor mij als man of als vrouw in de maatschappij en wat past bij mij? Zo ontwikkelt zich de genderidentiteit in een aantal fasen.

Uit de beschrijving tot dusver komt een geringe invloed naar voren van biologische factoren op de ontwikkeling van de genderidentiteit. Vooral John Money heeft hier belangrijk pionierswerk verricht. In 1972 stelde hij zichzelf ten doel kinderen met ambigue geslachtsorganen, de (pseudo)hermafrodieten, te volgen voor een periode van 20-35 jaar.¹⁷ Welke factoren dragen na de geboorte bij aan vorming van de genderidentiteit/rol? Uit zijn onderzoek bleek dat de intersekse kinderen, die vóór en soms ook na de geboorte bloot hadden gestaan aan te weinig of teveel mannelijk hormoon, bijna zonder uitzondering een genderidentiteit ontwikkelden die overeenkwam met het toegewezen geslacht bij de geboorte; zelfs indien er een duidelijke tegenstelling was tussen deze genderidentiteit en het lichaam (chromosomen, gonaden, of de anatomie van de in- en uitwendige geslachtsorganen). Met andere woorden: er bestaat geen direct noodzakelijk causaal verband tussen iemands genetische code, geslachtsklieren en eventueel geslachtsorganen aan de ene kant en iemands genderidentiteit/rol aan de andere. Op grond hiervan pleit Money ervoor bij de geslachtsbepaling voorrang te verlenen aan de vorm van de uitwendige geslachtsorganen. Het kind moet dat geslacht krijgen waarin het later seksueel het best kan functioneren. De arts moet zich niet puur teleologisch opstellen in de zin dat wat de 'natuur' (d.w.z. chromosomen of geslachtsklieren) met dit kind bedoeld heeft, bepalend is voor de geslachtstoewijzing.¹⁸

De biologische component in de vorming van de genderidentiteit/rol is dus door Money aanzienlijk gerelativeerd. Hij beweerde hiermee echter niet dat de biologie, te weten het lichaam, geen enkele invloed heeft op de vorming van iemands genderidentiteit en -rol. Money ziet de vorming van de genderidentiteit en -rol als een interactie tussen de biologie van het lichaam (m.n. het brein) en de omgeving van het kind en niet als een zuiver psychologisch of psychoso-

¹⁵ Zie hiervoor: Cohen-Kettenis a.w. noot 12, p.17/8.

¹⁶ Money J. *Love and lovesickness*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.

¹⁷ Zie Gooren LJG, a.w. noot 1, p.10.

¹⁸ Zie Gooren LJG. a.w. noot 1, p.19.

ciaal proces.

Wat betekent dit nu voor mogelijke wortels van de transseksualiteit? Dat het allemaal zeer subtiel ligt. Men kan niet zeggen dat transseksualiteit een aangeboren afwijking is. In de eerste plaats is de biologische factor zo dominant niet en in de tweede plaats 'wordt' iemand (door een combinatie van invloeden, zie het vervolg) op zijn vroegst op zijn derde/vierde jaar transseksueel. Dan hebben de kern-genderidentiteit en de corresponderende hersenstructuur (SDN) zich gevormd.

3.3 Verklaringstheorieën

De vele theorieën die hierover bestaan, vallen in drie hoofdgroepen uiteen: 1) de psychoanalytische, 2) de biologische en 3) de psychobiologische theorieën.

3.3.1 De psycho-analytische theorieën¹⁹

Deze theorieën leggen een nauw verband tussen transseksualiteit en een afwijkende gezinssituatie. Bijvoorbeeld de moeder is vaak depressief en waardeert haar eigen vrouwelijkheid niet, (maar heeft tegelijkertijd diep in zich nog altijd een positief vrouw-beeld). Ze is zelf het kind van een moeder voor wie vrouwelijkheid geen waarde leek te hebben. Haar man is vaak afwezig en hun verhouding is koel en tamelijk asexueel. Wanneer zo'n vrouw een zoon baart, wenst ze hem toch onbewust vrouwelijk.²⁰

Een voor de hand liggend bezwaar tegen deze theorieën luidt: waarom wordt de een onder gelijke omstandigheden transseksueel en de ander niet? Een tegenwerping tegen dit bezwaar kan zijn dat de omstandigheden en verhoudingen van twee kinderen in een gezin nooit helemaal gelijk zijn.

Een zwaarderwegend bezwaar is dat de psycho-analytische theorieën vooralsnog geen steun vinden in empirisch onderzoek. Verschoor heeft onderzoek gedaan naar mogelijke verbanden tussen afwijkende gezinssituaties en transseksualiteit. Hiervoor onderzocht hij een groep van 407 patiënten die last had van een bepaalde mate van gender-dysforie: transseksuelen, travestieten en een groep 'onzeker' (tussen transseksuelen en travestieten in). Vooral de verhouding tot de ouders is onderzocht.²¹

Gaan we uit van de stelling dat de aanwezigheid van de ouder van hetzelfde lichamelijke geslacht als het kind, (mede)bepalend is voor de ontwikkeling van de juiste gender-identiteit, dan zou in hoofdzaak de (in psychisch opzicht gezonde) vader als identificatiefiguur relatief vaak afwezig moeten zijn bij de man-naar-vrouw transseksueel (voortaan: MV) en de moeder bij de vrouw-naar-man transseksueel (voortaan: VM).²²

Uit genoemd onderzoek bleek echter dat de vader net zo vaak afwezig is bij MV's als bij

¹⁹ In deze paragraaf wordt hierop slechts kort in gegaan; een uitvoeriger bespreking wordt gegeven door P.M. Wagenaar in hoofdstuk 6 van dit rapport.

²⁰ De theorie van Robert Stoller in zijn boek *Sex en Gender*, New York 1968

²¹ Een verslag hiervan is te vinden in: Verschoor AM. Een biografische beschrijving van transseksuele cliënten in Nederland. In: Gooren a.w. noot 3, p.29/30.

²² Verschoor AM. Een biografische beschrijving van transseksuele cliënten in Nederland. In: Gooren LJG (red.). a.w. noot 11, p.29/30.

VM's; hetzelfde geldt voor de moeder, ook al is de moeder bij beiden aanzienlijk minder vaak afwezig (wat echter ten dele te verklaren is door het blijven wonen van de kinderen bij de moeder na een scheiding). De aan- of afwezigheid van de ouder blijkt dus op zich geen bepalende rol te spelen in het ontstaan van gender-dysforie bij het kind.

Naast de aan- en afwezigheid van de ouders onderzocht Verschoor de kwaliteit van het contact met de ouders. De MV's bleken geen beter contact te hebben met de moeder en de VM's niet met de vader. Er lijkt dus geen sprake te zijn van een duidelijk identificatieprobleem. De relatie met de vader was bij MV's en VM's even slecht, zowel voor als na de behandeling. De vader blijkt het meest moeite te hebben met de geslachtsverandering van zoon of dochter. De VM's hebben met beide ouders beter contact.

Op grond van deze gegevens achtte Verschoor het niet zinvol overmatig onderzoek te doen naar de gezinssituatie bij transseksuelen.

Een vraag die bij zulk onderzoek kan worden gesteld, is of de gehanteerde methode wel gevoelig genoeg is om eventuele verschillen in gezinssituatie, vooral wat betreft de kwaliteit van de relatie met de ouders, te meten. Verder zou het gegeven dat de relatie met de vader bij transseksuelen in het algemeen slecht is, er op kunnen wijzen dat dit een factor is die via een verstoorde identificatie of complementatie er toe kan bijdragen dat de genderidentificatie problematisch verloopt. Maar dan zitten we eigenlijk al bij de derde theorie (zie § 3.3.3).

3.3.2 De biologische theorieën

De biologische verklaring van transseksualiteit zoekt de oorzaak van transseksualiteit voornamelijk in de hersenen.²³ De programmering van hersenstructuren is in een bepaalde fase van de prenatale ontwikkeling (tussen de derde en de zesde maand) verkeerd gegaan. De hormonen spelen hierin een cruciale rol. Een teveel aan mannelijke hormonen bij een genetische vrouw leidt tot een mannelijke hersenontwikkeling en een tekort aan mannelijk hormoon leidt bij mannen tot een vrouwelijke hersenontwikkeling.²⁴

Gooren vindt de bewijsvoering zwak: waarom zouden alleen de hersenen lijden onder een teveel of tekort aan mannelijke hormonen terwijl de (overige) lichamelijke ontwikkeling daarvan geen invloed ondervindt en normaal verloopt?²⁵ Gooren heeft in een eigen onderzoek de genoemde stelling van Dörner weerlegd.²⁶ Dörner paste zijn gegevens verkregen bij lagere zoogdieren, namelijk ratten, te simpel toe op de geslachtelijke ontwikkeling van de hersenen bij de mens.

Verder hebben Swaab e.a.²⁷ weliswaar een vrouwelijke sekse dimorfe kern gevonden bij twee MV's. Zij trekken hieruit echter geen conclusies voor het functioneren als man of vrouw. Het ligt niet zo simpel dat iedereen met een SDN van het andere geslacht transseksueel wordt en iedereen met een SDN van het eigen geslacht niet.²⁸

Op grond van de huidige kennis over de geslachtshormonen wordt gezegd dat deze mogelijk een effect hebben op het geslachtsdimorfisme van de hersenen, maar dat er geen aantoonbare

²³ Zie Kuiper *a.w.* noot 3, p.15.

²⁴ Aldus bijv. G Dörner, aangehaald door Gooren in: *a.w.* noot 1, p.13/14.

²⁵ Gooren in de Inleiding van de roman *Moniek* van Dommelen, *Ik, Moniek, een vrouw*, Amsterdam/Brussel, 1980.

²⁶ Gooren *a.w.* noot 1, p.14.

²⁷ Zie Kuiper *a.w.* noot 3, p.15.

²⁸ Gooren *a.w.* noot 1, p.15.

relatie bestaat met de genderidentiteit.^{29,30}

Ook in de klinische praktijk is het nog niet gelukt een bepaalde biologische component te traceren, die determinerend is voor de ontwikkeling van een cross-genderidentiteit. Zo heeft het Gender Centrum in zijn patiëntenbestand zes tweelingen van wie er één helft transseksueel is en een eenziige tweeling die beiden transseksueel zijn.³¹

3.3.3 De psychobiologische theorieën

Het sleutelwoord van deze theorieën is interactie.³² Dit is het samenspel tussen de aangeboren eigenschappen en het latere milieu, tussen het genetische en het verworvene. Een veelheid van factoren speelt een rol bij de ontwikkeling van een genderidentiteit die tegengesteld is aan de biologie van het lichaam. Hooguit kun je zeggen dat bepaalde prenatale ontwikkelingen in het lichaam iemand vatbaarder maken voor bepaalde psycho-sociale invloeden na de geboorte. Hij of zij staat als het ware al voorgesorteerd op het pad van de transseksualiteit.

De jongste theorie van dit type stelt dat de transseksueel in de eerste vier fasen van de geslachtelijke ontwikkeling - de chromosomen, geslachtsklieren, in- en uitwendige geslachtsorganen betreffend - het pad van het ene geslacht heeft gevolgd, maar in de laatste fase van de seksuele differentiatie - de hersenen betreffend - het pad van het andere geslacht is ingeslagen. Hoe dat komt, is nog steeds een raadsel. Allerlei factoren zijn hier in het spel: biologische, psychologische en sociaal-culturele.³³

²⁹ Kuiper *a.w.* noot 3, p.15.

³⁰ Zie eerder de opmerking over het recente onderzoek van Swaab en Gooren in noot 9.

³¹ Gooren *a.w.* noot 11, p.55.

³² Zie hiervoor Gooren *a.w.* noot 25, p.12/4 en Kuiper *a.w.* noot 3, p.17/8.

³³ Zie hiervoor o.a. Gooren L.J.G. In: *Trouw* (13-02-92).

HOOFDSTUK4

Detransseks ualisatie

4.1 Inleiding

Detransseksualisatie staat voor de omschakeling van de transseksueel naar het andere geslacht en wel op de meest volledige wijze als momenteel mogelijk is en dus inclusief de geslachtsveranderende operatie. De term detransseksualisatie is omstreven. Hij wekt namelijk de indruk dat na de detransseksualisatie de transseksueel van zijn probleem is verlost. En dat is niet het geval. "De geopereerde transseksueel kun je vergelijken met iemand die weer leert lopen na een zeer ernstig ongeluk", aldus Gooren.¹ "Op zijn best kun je spreken van rehabilitatie, je herstelt, maar wordt nooit meer 'de oude'. In termen van transseksualiteit: je wordt nooit een 'echte' man of een 'echte vrouw' met alle mogelijkheden die daarbij horen. Het is en blijft een gebrekkige aanpassing." Gooren laat ook duidelijk zien dat met name een man-naar-vrouw-transseksueel altijd met een achterstand begint. "In feite moet hij zijn puberteit overdoen. Hij moet zich leren bewegen als een vrouw, leren eten en praten als een vrouw. Kortom: hij moet vrouwelijk leren doen. Dat kost jaren en die achterstand haal je nooit helemaal meer in."

4.2 Stichting Nederlands Gender Centrum

Op 25 januari 1972 werd de Stichting Nederlands Gender Centrum opgericht door prof.dr. A. de Froe, dr. W.H.E. Posthuma en mevr. G. Wijsmuller-Meijer.²

Het doel van de Stichting is drieledig:

- 1) ze geeft voorlichting over gender-problematiek;
- 2) ze doet onderzoeken naar gender-identiteitsafwijkingen;
- 3) ze verleent hulp aan probanden³ met gender-identiteitsproblematiek.

Om dit te realiseren houdt ze informatieve voordrachten, publiceert ze overzichten van de bereikte resultaten, helpt ze bij het komen tot operatieve geslachtsaanpassing en bij het verkrijgen van sociale en legale aanpassing in de maatschappij. In de Stichting werken internisten, endocrinologen, gynaecologen, chirurgen, psychiaters, psychologen en juristen. Ze vormen één team, dat zorgt voor de opvang, begeleiding en de behandeling van de cliënten.

Het Gendercentrum in Amsterdam krijgt per jaar tussen de 125 en 150 aanmeldingen. In totaal staan vanaf 1975 bij de Gender Stichting 1500 personen geregistreerd. Het gaat om

¹ Gooren in een interview dat schrijver dezes met hem hield op 11-06-93. Geldt ook voor de rest van de citaten in deze paragraaf.

² In dit hoofdstuk maak ik gebruik van de brochure uitgegeven door de Stichting Nederlands Gender Centrum in Amsterdam: Verschoor AM. *De transseksue/emens en de hulpverlening in Nederland*. Amsterdam: SNGC 1993.

³ Een 'proband' is een transseksueel die in behandeling is bij het Gender Centrum. Dit gebruikt men ter vermijding van de woorden patiënt of cliënt. Verschoor zelf houdt zich er echter niet aan.

transseksuelen, travestieten en andere genderdysforici.⁴ Vanaf 1985 is er een toename te zien in het aantal aanmeldingen van mensen met genderdysforische problemen, waarschijnlijk als gevolg van een groeiende belangstelling vanuit de media, waardoor onder andere het fenomeen transseksualiteit minder duister is geworden.⁵ Van het aantal dat zich aanmeldt, ondergaat maar de helft de daadwerkelijke behandeling.

Sinds 1975 zijn ongeveer 800 transseksuelen door het team begeleid. Telt men hierbij de elders behandelde cliënten op (Groningen, Arnhem, Rotterdam, Utrecht), dan komt het aantal transseksuelen in Nederland die óf geopereerd zijn óf met de hormoonbehandeling zijn begonnen op 900 à 1000.⁶

4.3 Hulpverleningsattitude van de Stichting⁷

Wanneer iemand zich aanmeldt bij de Stichting met de mededeling 'ik ben transseksueel en wil me van geslacht laten veranderen', dan gaan de hulpverleners er a priori vanuit dat deze wens authentiek en legitiem kan zijn. Het gaat om een authentiek (=geïnternaliseerd) en niet te verdringen gevoel in het 'verkeerde lichaam' te zitten.

Voorop staat de wens van de hulpvrager zelf; hier geldt dus het principe van de *zelfdiagnose*. Er zijn tot op heden immers nog geen objectieve diagnostische criteria voor transseksualiteit. Deze wens tot geslachtsombouw wordt niet - bij voorbaat - beschouwd als uiting van een psychiatrisch ziektebeeld. Wel kan de hulpverlener iemand voor behandeling verwijzen naar een psychiater of psychotherapeut, wanneer de hulpvrager hierom vraagt of wanneer hiervoor duidelijke aanwijzingen zijn.

De taak van de hulpverlener is het begeleiden van het proces van de detransseksualisatie. Door voortdurend contact tussen de hulpvrager en de hulpverlener wordt de cliënt in staat gesteld de overgang naar de andere sekse te maken. De hulpverlener geeft de nodige informatie over transseksualiteit, over het verschil tussen transseksualiteit, travestie en feminiene homofilie en informatie over de hormoonbehandeling. Soms zorgt hij ook voor mentale ondersteuning. De benadering kan dan ook het best omschreven worden met een '*ja, tenzij...*'. 'Ja': de hulpvrager wordt geholpen; 'tenzij': de behandeling kan door de hulpverlener worden afgebroken, wanneer gerechtvaardigde twijfel bestaat over de motivatie, draagkracht of genderidentiteitsontwikkeling van de hulpvrager. De hulpverlener bezit immers informatie over andere cliënten met genderidentiteitsstoornissen. Wanneer de ontwikkeling van de genderidentiteit van de hulpvrager aanzienlijk afwijkt van deze statistische gegevens vanuit de praktijk, zal dit kunnen leiden tot stopzetten van de behandeling.

⁴ Mensen die op de een of andere manier problemen hebben met hun sekse of seksualiteit. Hieronder vallen bepaalde vormen van fetisjisme en homofilie (Verschoor *a.w.* noot 2, p.16). Gooren noemt nog de zgn. 'flippers': mensen die niet weten wat ze zijn, hun geslachtelijke identiteit wisselt per week (in: Gooren, *LIG. NRC/Handelsblad*, 11-01-92).

⁵ Verschoor *a.w.* noot 2, p.27.

⁶ Verschoor *a.w.* noot 2, p.28.

⁷ Zie hiervoor: Verschoor *a.w.* noot 2, p.11 e.v.

4.4 De procedure

In deze paragraaf wordt de behandeling beschreven zoals die door de Stichting Nederlands Gender Centrum in Amsterdam wordt gegeven.⁸

Twee dingen worden de transseksueel voorafgaand aan de behandeling goed duidelijk gemaakt:

* Hij/zij moet beseffen dat transseksualiteit meer is dan 'je-lichaam-lelijk-vinden' of 'een-hartgrondige-hekel-hebben-aan-menstruatie-of-zaadlozing'.

* Hij/zij zal nooit helemaal een 'echte' man of een 'echte' vrouw worden met alle mogelijkheden die daarbij horen (zoals kinderen krijgen, penis die stijf wordt, e.d.). Met andere woorden: de hulpvrager moet geen ongerechtvaardigde verwachtingen hebben van het resultaat van de operatie. Dit voorkomt teleurstellingen. Ook moet men zich van tevoren goed indenken wat het betekent om tot een minderheidsgroep te gaan behoren. Kun je dit niet aan, dan zal de operatie geen oplossing bieden. De spijtoptanten⁹ komen vaak uit deze hoek; sommigen van hen komen tot zelfmoord.¹⁰

De hulp wordt ingezet met een psychologisch vooronderzoek van vier maanden. In deze periode worden minimaal vier tot vijf gesprekken gevoerd en heeft tegelijk het lichamelijk onderzoek plaats. In het eerste gesprek worden als besliste voorwaarden voor de toelating tot de behandeling genoemd:

- a) bereid zijn te vertellen over de eigen gevoelens en de motieven die geleid hebben tot de beslissing een behandeling te ondergaan;
- b) bereid zijn om in de eerste drie maanden dat men hormonen krijgt, om te schakelen naar de kleding en de rol van de andere sekse;
- c) tenminste een periode van anderhalf jaar te leven in die rol, alvorens de afsluitende geslachtsoperatie (de-transseksualisatie) wordt uitgevoerd.

Ook wordt het uitgangspunt van de Stichting in dit eerste gesprek uiteengezet. Dit komt hierop neer dat de cliënt zelf moet beslissen of hij deze behandeling wil. De hulpverlener hoeft vooraf niet overtuigd te worden, de hulpvrager moet zichzelf overtuigen tijdens de behandeling straks. Hij kan achteraf nooit zeggen dat hij de behandeling niet gewild heeft. (Waarbij de vraag gesteld kan worden in hoeverre iedere wanhopige transseksueel werkelijk komt tot een realistische, doordachte afweging van voor- en nadelen van een operatie).

Tijdens het psychologisch vooronderzoek komen onder andere de levensloop van de cliënt en de ontwikkeling van zijn genderdysforie aan de orde. De vragen betreffen de situatie thuis, de vrienden en vriendinnen, de kledingvoorkeur, de partnerkeuze en de beleving van het eigen lichaam en daarmee verbonden de seksualiteit. De hulpverlener en de hulpvrager krijgen zo inzicht in de mate van genderdysforie van de cliënt. Daarnaast wordt duidelijk wat de intensiteit van de genderdysforie is. In andere woorden: wat heeft de cliënt ervoor over om als lid van het andere geslacht te gaan leven?

Aan het eind van dit psychologisch vooronderzoek is de hulpverlener in staat een soort

⁸ Zie Verschoor *a.w.* noot 2, p.15 e.v.

⁹ Spijtoptanten zijn transseksuelen die na de behandeling spijt krijgen van hun geslachtstransformatie vanwege teleurstellende resultaten.

¹⁰ Verschoor *a.w.* noot 2, p.15.

profielchets van de cliënt te maken. Iemand kan zich nl. ontpoppen als travestiet of homofiel.¹¹ Voortzetting van de behandeling zal dan zinloos zijn. Hierover worden hulpverlener en cliënt het meestal eens.¹²

Ook spreekt het niet vanzelf dat iemand die zich aanmeldt bij de Stichting de hele route aflegt, tot en met de geslachtstransformatie. Sommigen kiezen voor een tussenoplossing: wel als man of vrouw leven, maar verder geen medische behandeling. Soms alleen een beperkt hormoongebruik.¹³

Zijn de transseksuele gevoelens authentiek en onverdringbaar en blijft de sterke wens tot hormoontherapie en geslachtsoperatie aanwezig, dan wordt de behandeling voortgezet. Ook al behoort uitvoerige psychotherapie niet tot het takenpakket van de Stichting en het Genderteam van de VU, toch kan het voorkomen dat naast de hormonale en chirurgische behandeling tegelijkertijd de noodzaak bestaat van ondersteunende psychotherapie.

In het laatste gesprek van het vooronderzoek worden de effecten en risico's van de hormoonbehandeling besproken. MV's lopen een groot risico op trombose, longembolie en reversibele afwijkingen aan de lever. VM's lopen geen trombosegevaar. De mannelijke hormonen hebben bij hen op korte termijn weinig tot geen bijwerkingen. Op langere termijn kunnen beschadigingen aan de lever optreden en lopen ze mogelijk een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.¹⁴ Tot slot wordt gewezen op het gevaar van het innemen van meer hormonen dan de specialist heeft voorgeschreven. Dit kan leiden tot gezwelvorming in de hersenen.¹⁵

Het lichamelijk onderzoek en de begeleiding van de hormonale therapie, die ook in deze periode vallen, omvat twee dingen:

- a) zijn er eventueel lichamelijke sekse-afwijkingen (hormonaal-chromosomaal);¹⁶
- b) zijn er medische beperkingen ten aanzien van de hormoontherapie, zoals lever- of longaan- doeningen, bloed- of hartstoornissen.

Na het psychologische vooronderzoek volgt de fase van de hormoontherapie. Het eigenlijke begin van de 'real-life-test'.¹⁷ Deze periode beslaat in het algemeen ongeveer anderhalf jaar. In de eerste drie maanden moet de transseksueel zich gaan manifesteren als lid van het andere geslacht. Deze eerste drie maanden vormen voor de persoon die geslachtsaanpassing wenst een proefperiode. Hierna zijn sommige lichamelijke veranderingen onomkeerbaar. Dat wil zeggen: men kan niet meer terug zonder pijnlijke ingrepen. De cliënt moet weten wat hij doet, wanneer hij doorgaat. Tegelijk ervaart hij 'aan den lijve' wat het betekent om zich als lid van het andere geslacht publiek te vertonen.

De hormonen hebben de volgende uitwerkingen:

MV's: vermindering haar- en baardgroei, borstvorming en toename van hoofdhaar. VM's: toename haar- en baardgroei, daling van de stem (behoorlijk), stoppen van de menstruatie,

¹¹ Gooren. In: *a.w.* noot 4.

¹² Aldus Verschoor. In: *a.w.* noot 2, p.17.

¹³ Verschoor *a.w.* noot 2, p.17.

¹⁴ Maar dat valt mee in na-onderzoek van Gooren. "Binnenkort te publiceren", aldus Gooren in schriftelijke reactie (19-11-95) op dit hoofdstuk.

¹⁵ Uitgebreider over de bijwerkingen van de hormonen. Asscheman H. Hormonale behandeling. In: Gooren (red.). *Transseksualiteit. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson/Stafleu, p.93 e.v.*

¹⁶ Zo ja, dan is in de strikte zin van het woord geen sprake van een transseksueel.

¹⁷ Zie hoofdstuk 2.9.

toename spierontwikkeling en groei van de clitoris. Na zes maanden al kunnen VM's publiek doorgaan voor een man.

MV's beginnen in deze periode ook met elektrische epilatie. Deze behandeling is uiterst pijnlijk en kan twee tot vier jaar duren. Ook zijn MV's genoodzaakt stemlessen te nemen: de stem verandert niet door de hormonen. Na één jaar hormoontherapie wordt samen met de cliënt bekeken of extra chirurgische correcties gewenst of noodzakelijk zijn. Deze operaties worden gepland tussen één en anderhalf jaar hormoontherapie, zodat na de geslachtsoperatie de cliënt niet nog eens allerlei behandelingen moet doormaken.

De hele procedure neemt dus omsteeks twee jaar in beslag: de zgn. 'two-year-real-life-diagnostic-test'. De transseksueel moet binnen deze periode laten zien dat hij zich als lid van het andere geslacht kan handhaven en wel in de breedste zin van het woord: op sociaal, economisch en beroepsmatig gebied en ook ten aanzien van zijn familie. Aan het eind van deze twee jaar komt pas de *indicatie-stelling*, het paspoort voor de operatie. De Stichting beschouwt deze indicatie-stelling als een vorm van '*inverdienregeling*'.¹⁸ Wie in de praktijk laat zien de omschakeling van de sekse-rol en de sociale herinpassing te blijven willen, durven en doen krijgt een positieve indicatie.

Het aantal afvallers tijdens het psychologisch vooronderzoek bedraagt 25%; tijdens de 'real-life test' valt nog eens 20% af. In totaal valt dus bijna de helft af van het aantal mensen dat zich aanmeldt voor de geslachtsoperatie als gevolg van de 'real-life test'.¹⁹

De definitieve indicatie-stelling voor de operatie wordt pas enkele maanden tevoren gegeven. De benodigde brieven gaan naar de chirurg en het ziekenfonds.²⁰ De cliënt neemt contact op met zijn advocaat. Deze zal er voor zorgen dat de naam en het geslacht in de geboorte-akte worden gewijzigd. In twee gesprekken met de psycholoog wordt de cliënt voorbereid op de operatie.

De operatie wordt pas uitgevoerd wanneer het hele behandelingsteam het verantwoord acht.²¹ De criteria hiervoor zijn:

- 1) de transseksuele geaardheid en de daarbij passende levenswijze hebben zich onbeïnvloedbaar en onstuitbaar gemanifesteerd;
- 2) ervaren psychologen en/of psychiaters hebben de patiënt beoordeeld en hebben deze kunnen volgen gedurende de hele hormonale behandelingsperiode;
- 3) de hormonale therapie (door de endocrinoloog/androloog ingesteld en gecontroleerd) heeft minstens anderhalf jaar geduurd.

De operatie van de MV duurt twee-en-een-half tot drie uur. De penis wordt verwijderd, maar de penishuid wordt intact gelaten. Hiermee worden een vagina en grote schaamlippen geconstrueerd. De uitwendige geslachtsorganen doen zeer vrouwelijk aan.²² Wat hieraan ontbreekt, zijn de clitoris en de kleine schaamlippen. In de meeste gevallen is de neo-vagina functioneel. Wel zal regelmatige behandeling (oprekken) nodig zijn om verschrompeling tegen

¹⁸ Verschoor *a.w.* noot 2, p.26.

¹⁹ Verschoor *a.w.* noot 2, p.12.

²⁰ In Nederland vergoedt het Ziekenfonds de kosten van de operaties, medicijnen, stemlessen en de elektrische epilatie (tot aan 7500 gulden); een geslachtsoperatie kost tussen de 15.000 en 25.000 gulden.

²¹ Zie Bouman FG. Operatiefaangebrachte veranderingen bij transseksuelen. In: Gooren (red.). *a.w.* noot 15, p.74 e.v.

²² Bouman. In: Gooren *a.w.* noot 15, p.75.

te gaan.

De operatie van de VM is veel ingewikkelder en vraagt ook meerdere ingrepen. In de eerste plaats wordt de baarmoeder met eierstokken en eileiders verwijderd. Deze operatie wordt uitgevoerd door een gynaecoloog. Hierna wordt het borstklierweefsel onderhuids weggehaald. Het construeren van een penis is tot nu toe nog niet erg succesvol geweest. Er zijn verschillende methoden/technieken om de penis na te maken, maar wat men construeerde is niet erg functioneel. De beste donorplaats blijkt de onderarm te zijn, maar de patiënt houdt dan een groot litteken. Omdat de zwellichamen (nog) niet kunnen worden nagebootst kan de geconstrueerde penis niet stijf worden. Staand plassen is (vooralsnog) het maximum.

De Stichting acht het van groot belang dat de cliënt met zijn huisarts overlegt over de directe opvang na de ziekenhuisopname. Vooral de MV is hierbij gebaat in verband met huilbuien en depressiviteit. Zo nodig kan de huisarts de cliënt na de operatie verwijzen naar een psychiater voor opvang in het geval van depressies, die het gevolg zijn van het stoppen van de hormonen. Verder zijn ook de familie en de vrienden van de cliënt belangrijk. Deze kan ook een beroep doen op de psycholoog van het Genderteam. De stichting Humanitas is bezig deze nazorg professioneel vorm te geven: per regio (provincie) wordt een ex-transseksueel aangewezen voor dit soort opvang. Deze ontvangt hierbij steun van een full-time medewerkster en enkele professionele specialisten.

De behandeling zoals die wordt aangeboden door de Stichting Nederlands Gender Centrum kan nu als volgt worden samengevat:

- * Uiteindelijk draagt de cliënt de verantwoordelijkheid voor de beslissing.
- * Psychologische begeleiding omvat een voortdurende informatieverschaffing over alle aspecten, zoals medische, psychische, seksuele, sociale en juridische.
- * Deze begeleiding vindt plaats over de gehele periode van eerste oriëntatie tot en met (soms na) de operatie. Dit is minimaal gedurende twee jaar.
- * De frequentie van de contacten is niet voor ieder gelijk. Over het algemeen gaat het om één consult per maand, maar in moeilijke situaties kan het nodig zijn deze frequentie op te voeren.
- * De lichamelijke controle in verband met de hormoontherapie wordt ook voortgezet na de detransseksualisatie.

4.5 Resultaten van de operatie in Nederland

Per jaar worden in het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit momenteel 25 à 40 transseksuele mannen en evenveel vrouwen geopereerd.²³

Om het effect van deze operatie bij transseksuelen te meten, is door Kuiper in de periode maart 1982-januari 1984 follow-up onderzoek gedaan bij 143 transseksuelen.²⁴

²³ Bolt I. *Transseksualiteit; een ethische en theologische benadering*. Doctoraalscriptie Faculteit der godgeleerdheid, VU Amsterdam 1989, p.19.

²⁴ Zie Kuiper AJ. *Transseksualiteit en hulpverlening, een 'ex-postfacto' onderzoek naar het effect van de geslachtsaanpassende behandeling bij 143 transseksuelen*. Utrecht 1985. Deze studie is verricht op verzoek van de Stichting Nederlands Gender Centrum en op advies van de Commissie Transseksisme van de Gezondheidsraad, met financiële steun van de Nederlandse Organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek. Later is deze studie verschenen als: Sex reassignment Surgery: A Study of 141 Dutch Transsexuals. *Archives of Sexual Behaviour* 17

Kuipers studie van 1985 was een direct uitvloeisel van het derde en laatste interimadvies (28 december 1979) van de commissie Transsexisme van de Gezondheidsraad (zie hfdst 2.4). Om het therapeutisch nut van de geslachtstransformatie te kunnen meten, werd literatuuronderzoek alleen niet voldoende geacht, wat in 1977 nog wel het geval was (zie tweede interim-advies inzake transsexisme, 21 oktober 1977).

Kuiper schreef voor zijn onderzoek van 1985 transseksuelen aan die net waren begonnen met de hormoonbehandeling en personen die al jaren geleden getransformeerd waren.²⁵ Alle personen die tot op dat moment bij de Gender Stichting geregistreerd stonden als transseksueel - en die tenminste waren begonnen met de hormoontherapie - werd verzocht mee te werken. Uiteindelijk deden 36 VM's en 105 MV's mee aan het onderzoek; de ervaringen van 18 VM's (33,3% van het totale aantal) en 70 MV's (40 % van het totale aantal) zijn niet verwerkt in het onderzoek.²⁶ De centrale onderzoeksvraag was: 'Heeft de geslachtsaanpassende behandeling therapeutisch resultaat, in die zin dat de door de transseksuelen ervaren genderdysforie wordt verminderd of wordt opgeheven?'²⁷

In 1990 hield hij een aanvullend onderzoek onder dezelfde groep mensen. Van de 36 werden 33 VM's aangeschreven; van de MV's 86 van de 105.²⁸ De anderen waren overleden of onbereikbaar. Uiteindelijk reageerden 25 VM's (75,8 %) en 44 MV's (51,2%) op de brief met ingesloten vragenlijst. Dat de rest niet meewerkte, was bij de meeste VM's en MV's te wijten aan een verkeerd adres of kwam doordat men eenvoudig niet reageerde, waarbij de reden onduidelijk is gebleven. Eén VM en één MV waren weer in de rol van het eigen lichamelijke geslacht gaan leven.²⁹ Al met al heeft van de transseksuelen die aanvankelijk voor dit onderzoek waren benaderd 50% (0,67 maal 0,75) van de VM's en 31% (0,6 maal 0,51) van de MV's eraan meegedaan. Voornaamste doel van dit follow-up onderzoek was in hoeverre de conclusie uit de eerste studie houdbaar was "dat er geen reden is te twijfelen aan het therapeutisch resultaat van de geslachtsaanpassende behandeling".³⁰ Deze twee onderzoeken werden ten slotte samengevoegd tot een proefschrift.³¹

Leidt geslachtsaanpassing tot vermindering dan wel tot opheffing van de genderdysforie van transseksuelen? Niemand uit het onderzoek van 1985 gaf aan nog last te hebben van genderdysforische gevoelens.³² Is er sprake van ontevredenheid, van onbehagen met de nieuwe rol, dan wordt dit veroorzaakt door niet-genderproblemen: eenzaamheid, gevoelens van onbegrip vanuit de omgeving, verlies van werk, medische complicaties enz.

Bijna tweederde van de geïnterviewden (65,2%) geeft aan gelukkig tot zeer gelukkig te

(1988), p.439/457. Duister is de reden voor de getalsverandering: 143 in de uitgave van 1985 tegen 141 in die van 1988.

²⁵ Hierbij moet aangetekend worden, dat niet precies duidelijk is hoe de deelnemers zijn geselecteerd.

²⁶ Kuiper *a.w.* noot 24, p.50.

²⁷ Kuiper AJ. *Transseksualiteit.Evaluatie van de geslachtsaanpassendebehandeling*. Dissertatie geneeskunde VU Amsterdam/Utrecht: Elinkwijk 1991, p.48.

²⁸ Kuiper *a.w.* noot 27, p.169.

²⁹ Kuiper *a.w.* noot 27, p.167/9.

³⁰ Kuiper *a.w.* noot 27, p.187.

³¹ Kuiper *a.w.* noot 27, p.48.

³² Zie voor resultaten van dit onderzoek, naast het proefschrift van Kuiper uit 1991, ook een eerdere samenvatting van zijn hand. In: Gooren (red.). *a.w.* noot 15, p.118 e.v.

zijn.³³ Men heeft vertrouwen in de nieuwe genderrol, is tevreden over de maatschappelijke integratie van deze nieuwe rol, is tevreden met het eigen lichaam en velt een positief oordeel over het eigen leven. De hormonale en chirurgische behandeling speelden een grote rol in het bereiken van de nieuwe levenssituatie. De overigen, 34,7%, zegt matig gelukkig tot zeer ongelukkig te zijn.³⁴

Ook al kon niet worden gemeten in welke mate de geslachtstransformatie de genderdysforie vermindert, op grond van de onderzoeksgegevens werd geconcludeerd dat er geen reden is te twifelen aan het therapeutisch resultaat van de behandeling.³⁵ Wel werd meer aandacht gevraagd voor de psycho-sociale begeleiding, zowel in de periode vóór de geslachtstransformatie als erna. Het emotionele leven van de transseksueel komt namelijk zeer onder druk te staan; hij krijgt te maken met verliessituaties: verliezen van baan, van contact met familie, verlaten van eigen woonomgeving. Dit alles leidde echter noch bij de VM, noch bij de MY die aan het onderzoek meededen tot twijfel over de juistheid van de genomen beslissing: te leven als iemand van het andere geslacht.

Kuiper concludeert echter ook dat de geslachtsoperatie geen panacee is.³⁶ De behandeling leidt niet automatisch tot een gelukkig en zorgeloos bestaan. Nieuwe problemen dienen zich aan: problemen van sociale, maatschappelijke en vaak ook van lichamelijke aard (vooral bij MV's). Uit het onderzoek bleek verder dat de VM's zowel sociaal (familie, kennissen, vrienden) als maatschappelijk (werk en woonomgeving) minder problemen ondervinden van de geslachts-transformatie dan de MV's. Kuiper geeft hiervoor drie redenen. In de eerste plaats vallen VM's na de geslachtsoperatie minder op: geopereerde VM's zijn moeilijker te herkennen als iemand van het oorspronkelijke lichamelijke geslacht, dan MV's. Verder is de sociale druk om man te blijven groter en tenslotte zijn de MV's gemiddeld negen jaar ouder dan de VM's en zijn ze vaker gehuwd geweest. Kortom: ze hebben 'meer verleden' met zich mee te dragen dan iemand van het oorspronkelijke lichamelijke geslacht.³⁷

De resultaten van het vervolgonderzoek van 1990 (gemiddeld acht jaar na de operatie) weken eigenlijk niet af van die uit het eerste onderzoek.³⁸ Ook hier gaf de overgrote meerderheid van zowel VM's als MV's (die aan het onderzoek deelnamen) aan zich gelukkig te voelen, tevreden te zijn met de eigen manier van doen, tevreden te zijn met de maatschappelijke integratie in de nieuwe genderrol, niet te twifelen aan de eigen identiteit en geen spijt te hebben van de behandeling. Degenen die zich wel ongelukkig voelden, waren dat als gevolg van sociale problemen en niet als gevolg van het ondergaan van de behandeling. Opvallend was tenslotte dat de sociale en seksuele situatie van de MV's verbetert naarmate de tijd na de operatie verstrijkt.

De eindconclusie van dit vervolgonderzoek luidde: "De op grond van de evaluatiestudie [die van 1985) getrokken conclusie dat er geen reden is tot twifelen aan het therapeutisch resultaat van de geslachtsaanpassende behandeling, wordt door het follow-up onderzoek ondersteund".³⁹

³³ Kuiper *a.w.* noot 27, p.54.

³⁴ Kuiper *a.w.* noot 27, p.54.

³⁵ Kuiper *a.w.* noot 27, p.68.

³⁶ Kuiper *a.w.* noot 27, p.68.

³⁷ Kuiper *a.w.* noot 27, p.68.

³⁸ Zie Kuiper *a.w.* noot 27, p.187/9.

³⁹ Kuiper *a.w.* noot 27, p.187/19.

Wel roept de hoge non-response bij dit onderzoek, en vooral bij het vervolgonderzoek, de vraag op in hoeverre de conclusies op grond van de verkregen antwoorden representatief zijn voor de hele groep.

Zijn er dan helemaal geen spijtoptanten te melden? In zijn proefschrift vermeldt Kuiper dat niemand van de onderzochte personen van het onderzoek uit 1985 aangaf spijt te hebben van de behandeling. Hetzelfde komt naar voren uit het vervolgonderzoek van 1990. Er kunnen natuurlijk wel spijtoptanten gezeten hebben bij de groep die niet reageerde; in elk geval waren twee transseksuelen weer in de rol van het lichamelijke geslacht gaan leven, (zie boven).

Verschoor geeft de laatste cijfers van transseksuelen die (om verschillende redenen) spijt hebben van de geslachtstransformatie.⁴⁰ Ongeveer 1 tot 1,5% van de MV's behoort hiertoe; van de VM's staat nog niemand bij het Gender Centrum bekend als spijtoptant.^{41,42} De meesten van de spijtoptanten gaan privé en publiek weer leven in de oorspronkelijke geslachtsrol zonder een tegengestelde behandeling aan te vragen. In principe is dit wel mogelijk. Voor hem/haar geldt dan dezelfde omschakelingsprocedure als de eerste keer. In feite doet men de 'real-life-test' opnieuw. Dit is tot op heden, voorzover bekend, nog maar drie keer voorgekomen; één van hen koos zelfs weer voor de eerste sekse-omschakeling. Voor een kritische bespreking van de hier vermelde resultaten zij verwezen naar hoofdstuk 6 (i.h.b. 6.5.4.3).

4.6 De buitenlandse literatuur

In 1992 kwamen Friedemann Pfäfflin en Astrid Junge met een becommentarieerd literatuur-overzicht van 83 post-operatieve onderzoeken naar de gevolgen van de hormonale en chirurgische behandeling van transseksuelen. In de meer dan 80 zeer verschillende werken, uit twaalf landen, wordt vastgesteld dat de behandeling, die het hele proces van de geslachtstransformatie omvat, werkt.⁴³ In alle onderzoeken hebben de positieve resultaten de overhand.

Het meest opvallende resultaat van de behandeling was de verzachting van het lijden met gelijktijdige toename van subjectieve tevredenheid. Deze subjectieve tevredenheid ging gepaard met hoofdzakelijk positieve veranderingen in de 'objectieve' omstandigheden: relatie en seksuele beleving, psychische stabiliteit en sociaal-economisch functioneren. De VM's scoorden op dit punt nog iets hoger dan de MV's.

Een groot aantal onderzoeken vermeldt de complicaties en de ongewenste gevolgen van de operatie. De meeste problemen konden door corrigerende operaties weer worden opgelost. Het aantal suïcidepogingen vóór en aan het begin van de behandeling was hoog; de suïcidaliteit nam echter statistisch significant af tijdens het verloop van en na de behandeling. Daadwerkelijke suïcide was zeer zeldzaam. Zij die terug wilden keren naar hun oorspronkelijke lichamelijke

⁴⁰ Verschoor *a.w.* noot 2, p.37.

⁴¹ Op dit moment is een onderzoek aan de gang naar spijtoptanten, uitgevoerd door medewerkers van de Universiteit van Utrecht en het Academisch Ziekenhuis van de VU (Verschoor *a.w.* noot 2, p.37).

⁴² "Bij spijtoptanten is meestal de diagnose transseksualiteit juist geweest. Hun capaciteit en vaardigheid om succesvol als lid van het andere geslacht te leven schieten tekort. Idealiter had de real-life-test dit aan het licht moeten brengen", Gooren in een schriftelijke reactie (19-11-95) op een concept van dit hoofdstuk.

⁴³ Zie voor de resultaten van het onderzoek van Pfäfflin F & Junge A. *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität*. Stuttgart/New York: Schattauer 1992, p.445/6.

geslacht, waren zeldzame uitzonderingen (20 MV's en 5 VM's, MAVL);⁴⁴ bijna alle gevallen waren het gevolg van aanzienlijke tekortkomingen in de behandeling. Met andere woorden: ze hadden voorkomen kunnen worden.

Zeven factoren beïnvloedden de uitslag van de behandeling op beslissende wijze: 1) voortdurend contact met een onderzoekprogramma of een behandelingscentrum; 2) leven in de andere geslachtsrol; 3) hormoonbehandeling; 4) voorlichting, psychiatrische en/of ondersteunende psychotherapeutische behandeling; 5) operatieve geslachtsveranderende ingrepen als ook 6) hun kwaliteit en tenslotte 7) de juridische erkenning van de geslachtsverandering door naams- en persoonsverandering.

Prognostische factoren⁴⁵ die de behandelingsresultaten gunstig beïnvloedden, werden voornamelijk gezocht in de patiënt zelf: in zijn constitutionele en psychische eigenschappen. Eenvoudig gezegd: primair stabiele en/of psychopathologisch onopvallende personen hebben meer kans op succes dan primair instabiele en/of psychopathologisch opvallende personen.

Hetzelfde geldt ook voor de tweede factor, de sociale eigenschappen van de patiënt. Wel liepen de vormen van sociaal gedrag die als gunstig of ongunstig beoordeeld werden, bij de verschillende auteurs nogal uiteen.

Een derde factor kreeg volgens Pfäfflin en Junge (te) weinig aandacht in de onderzoeken: de 'behandelings specifieke' factor.⁴⁶ Het gaat hier om 1) structuurvragen ten aanzien van de behandeling zelf; 2) in het bijzonder om de houdingen, de oordelen en de instellingen van de behandelaars, die het contact met de patiënt stempelen en beslissend beïnvloeden en tenslotte 3) om de vraag wie behandeld wordt en op welke wijze.

Deze factor moet in de toekomst meer aandacht krijgen, vinden Pfäfflin en Junge. De auteurs hechten aan deze laatste factor minstens evenveel prognostische waarde als aan de eerste twee. De behandelings specifieke factor is het snijpunt van klinische en sociologische perspectieven. Hier worden de wissels gelegd voor de toekomst. Verschillende mogelijkheden zijn denkbaar om de geslachtsverwisseling gestalte te geven; in ieder geval niet alleen via verandering van het lichaam. Dit laatste zal volgens de auteurs wel onontbeerlijk blijven, want alleen via sociale veranderingen zullen de geslachtsoperaties niet overbodig worden.

Gebruikte literatuur bij de hoofdstukken 2 t/m 4

- Beckers N. Transseksualiteit: meer dan een operatie alleen. In: *Verpleegkunde Nieuws* (17 februari 1994) nr.4, p.36/8.
- Bolt 1. *Transseksualiteit, een ethische en theologische studie*. Doctoraalscriptie theologie VU, Amsterdam 1989.
- Douma J. *Seksualiteit en huwelijk*. Deel 6 van de serie Ethische Bezinning. Kampen: Van den Berg, 1993.

⁴⁴ Pfäfflin & Junge vermelden niet het totale aantal onderzochte personen vanwege de overlappings in de diverse studies. Voorzover ik zelf heb kunnen nagaan, moet het aantal in de duizenden lopen.

⁴⁵ Momenteel loopt er zo'n prospectief onderzoek in Nederland. Dit onderzoek is opgezet door de Ziekenfondsraad en wordt o.a. uitgevoerd door het Academisch Ziekenhuis van de VU en van Utrecht. Het onderzoek moet eind 1996, begin 1997 klaar zijn (Verschoor a.w. noot 2, p.3).

⁴⁶ Pfäfflin & Junge a.w. noot 43, p.446.

- Gooren LJG (red.). *Transseksualiteit*. Alphen aan den Rijn-Brussel: Samsom/Stafleu, 1986.
- Gooren LJG. Medisch handelen op bestelling. In: Thijs LG (red.). *Veranderende ethiek in de geneeskunde? Voordrachten ter gelegenheid van het afscheid van profdr . C. van der Meer, hoogleraar inwendige geneeskunde*. Amsterdam: VU Boekhandel, 1987.
- Gooren LJG. Transvestitisme en transseksisme. In: *Bijblijven* 5 (1989) nr.4, p.60/3.
- Gooren LJG. *Hij ten Zij*. Inaugurele rede hoogleraar transseksuologie aan de VU. Amsterdam: VU Boekhandel, 1990.
- Gooren LJG. Op de tweesprong van mannelijkheid en vrouwelijkheid. In: *Trouw* (13-02-1992).
- Gooren LJG. Transseksualiteit. 1. Omschrijving, etiologie en hulpverlening. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136 (1992) nr.39, p.1893/5.
- Gooren LJG. The physician's role in relation to transsexuals, artikel voor *hetXXIIIrd Colloquy on European Law: Transsexualism, Medicine and Law*. Amsterdam, 14-16 april 1993.
- Gooren LJG. Biological aspects of transsexualism and their relevance to its legal aspects, artikel voor *hetXXIIIrd Colloquy on European Law: Transsexualism, Medicine and Law*, Amsterdam, 14-16 april 1993.
- Gooren LJG & DF Swaab. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. In: *Nature* 378 (2 november 1995), p.68/70.
- Humanitas. *Na de transformatie. Maatschappelijke integratie van (ex-)transseksuelen*. Symposium-bundel 26 mei 1994, op te vragen bij de de Stichting Humanitas.
- Kamprad B & W Schiffels (red.). *Het verkeerde lichaam. Alles over transseksualiteit* (vertaling van: Im falschen Körper, Zürich 1991), Baarn: Ambo 1993.
- Krekel M. Een meisje loos. De traditie van de vrouwelijke travestie. In: *NRC/Handelsblad* (13-06-1989).
- Kromme A. de. Man of vrouw: dat bepaalt ons brein! In: *De Telegraaf*(20-02-1988).
- Kromme A. de. De ongewone jongensdroom van Tim: "Ik wil zo graag een meisje zijn." In: *De Telegraaf*(13-04-1991).
- Kromme A. de. "Zal ik u bewijzen dat ik een vrouw ben"?" In: *De Telegraaf*(20-04-1991).
- Kromme A. de. "Mijn papa is nu een vrouw." In: *De Telegraaf*(1?-02-93).
- Kuik D. De brandende kwestie. In: *Vrij Nederland* (30-11-1985), p.15/8.
- Kuiper AJ. *Transseksualiteit en hulpverlening; een 'expost facto' onderzoek naar het effect van de geslachtsaanpassende behandeling bij 143 transseksuelen*. Rijksuniversiteit Utrecht 1985.
- Kuiper AJ. *Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling*. Dissertatie geneeskunde VU Amsterdam, Elinkwijk/Utrecht 1991.
- Kuypers J. De transseksuele spijtoptant. In: *HP/De Tijd* (06-11-1992), p.50/4.
- Kunkeler J. M/V. In: *Trouw* (29-02-1992).
- Leeuwen R van, Dakman I. & Nijsten G. *Hij. anders zij. Over transseksualiteit. Gesprekken met transseksuelen; hun partners, ouders en kinderen, de visie van hulpverleners*. Rijswijk: Elmar 1992.
- Linden F. van der. Transseksuoloog Louis Gooren. In: *NRC/Handelsblad* (11-01-1992).
- Lloyd SA. *Stephanie - A girl in a mil/ion* (in vertaling: Stephanie. De autobiografie van een

- Pfäfflin F & A Junge. *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität*. Stuttgart/New York: Schattauer 1992.
- Reijt FA van der. Transsexualiteit in Nederland. Een ontwerp van een wet. In: *Medisch Contact* 37 (1982) nr.24, p.715/8.
- Reijt FA van der. Transsexualiteit. In: *Medisch Contact* (1982) nr.24, p.707.
- Rolies J. Alleenheerser over eigen leven en dood. In: *Trouw* (24-12-93).
- Smagt A van der. Het VU-ziekenhuis geeft mannen en vrouwen een passend lichaam. In: *Vrij Nederland* (24-08-1991) p.30/7.
- Toom N van der. Transsexualiteit: een niet gezochte keuze. In: *Trouw* (22-02-1992).
- Vaal OM de & PhJ Lamaker. Transsexualiteit in Nederland. Wat er aan het wetsontwerp voorafging. In: *Medisch Contact* 37 (1982) nr.23, p.691/3.
- Verbraak C. De hersenbank; breinonderzoek. In: *Vrij Nederland* (11-09-1993) p.34/9.
- Verschoor AM. *De transseksuele mens en de hulpverlening in Nederland*. Amsterdam: Stichting Nederlands Gender Centrum 1993.
- Verschoor AM & J Poortinga. *Een dubbel bestaan. Travestieten en hun omgeving*. Amsterdam-Lisse: Swets & Zeitlinger, 1990.
- *Voorlopig* 20 Januari 1988) nr.1.
- Wijnen JF van. Dick Swaab en de schoonheid van onze hersenen. In: *Vrij Nederland* (04-11-95) p.8/11.

Audio-visuele uitgaven

- *Sex & Money*. Een documentaire uitgezonden door de Humanistische Omroep Stichting. Hilversum 1989.
- *Hij ten Zij*. Een dokudrama van Yvonne Habets, uitgezonden door de TROS, Hilversum 1991.
- *De Verandering*. Een film van Ireen van Ditshuijzen, uitgezonden door de IKON. Hilversum 1992.

HOOFDSTUK 5

Transseksualiteit, gevoel en identiteit

Een aanvullend commentaar

5.1 Inleiding

Transseksualiteit is een verschijnsel dat verbazing opwekt. Een mens met een lichaam dat alle kenmerken van het mannelijk geslacht heeft, voelt zich (of 'weet zich', daarover gaat de discussie) vrouw, of vice versa. Een verschijnsel dat verbazing opwekt. En dat nog temeer, daar in veel gevallen die mens aanvankelijk ook jaren volgens zijn 'lichamelijk geslacht' geleefd heeft. De man is getrouwd en heeft kinderen verwekt, de vrouw is moeder in een gezin. En dan opeens manifesteert zich een diep gevoel bij de man dat hij 'eigenlijk' vrouw is en bij de vrouw dat zij 'eigenlijk' man is? Vragen die diep ingrijpen. Ze betreffen niet alleen zeer basale vragen over de geslachtelijkheid en over wat nu bepaalt of iemand man of vrouw is. Hier spelen ook dieper gaande vragen, namelijk die naar de geestelijke en lichamelijke kanten van het menszijn en naar de verhouding tussen beide.

In de vorige hoofdstukken is al tamelijk uitgebreid ingegaan op het verschijnsel transseksualiteit. In die weergave is veelal aangesloten bij die publikaties in de literatuur waarin geslachtsveranderende ingrepen als een geaccepteerde behandeling worden gezien. Deze ethische stellingname kleurt onvermijdelijk de bespreking van de problematiek. In dit hoofdstuk willen we vanuit een meer kritische benadering van geslachtsveranderende ingrepen een aanvullend commentaar geven op de in de hoofdstukken 2 t/m 4 gegeven beschrijving van transseksualiteit en geslachtsaanpassende ingrepen. Uiteraard is dit commentaar evenmin ethisch neutraal als de eerdere beschrijving. Deze aanvullende informatie zal mogelijk kunnen bijdragen aan een evenwichtige beoordeling. Om dit hoofdstuk ook op zichzelf leesbaar te maken heeft het een zekere overlap met de vorige hoofdstukken.

5.2 Definities van transseksualiteit

We willen dit commentaar beginnen met een nadere bespreking van de definitie. Transseksualiteit wordt gedefinieerd als "het verschijnsel waarbij iemand met de nonnale in- en uitwendige geslachtsorganen van de ene sekse in de onweerlegbare overtuiging leeft tot de andere sekse te behoren".^{1,2} We kijken eerst eens kritisch naar deze definitie.

Het lichaam geeft aan tot één van beide seksen te behoren, maar de 'geest' heeft de

¹ Gooren LIG. Transsexualiteit 1) Omschrijving, etiologie, hulpverlening. Cohen-Kettenis PT, et al. Transsexualiteit II) Diagnostiek: De eerste, tentatieve, fase. Kuiper AJ et al. Transsexualiteit III) De tweede diagnostische fase: de 'real-life test'. Hage JJ, Bloem JJAM. Transsexualiteit IV) Chirurgische mogelijkheden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136 (1992) nr.39, p.1901/6.

² Kuiper B. Transseksualiteit en hulpverlening. Follow-up studie bij 143 transseksuelen. *Tijdschrift voor Seksuologie* 9 (1985) 4, p.182-183.

overtuiging tot de andere sekse te behoren. Automatisch volgt dan de vraag: 'Wie heeft er gelijk?' Maar met het stellen van deze vraag heeft men meteen een dualistische mensvisie geaccepteerd waarin geest en lichaam inderdaad verschillende 'meningen' kunnen hebben en waarin men tussen die twee moet kiezen.³ De existentiële vraag: 'wie is die mens, man of vrouw', verdwijnt wat naar de achtergrond.

De definitie zou ook anders kunnen worden gesteld: 'Transseksualiteit is die situatie, waarbij de persoon moeite heeft met het accepteren van het geslacht van zijn lichaam'. Of nog sterker: de situatie waarin de persoon de werkelijkheid van zijn geslacht, aanwezig in zijn lichaam, niet ziet'. Vroeger werd meer op deze wijze gedacht, vooral in de definitie waarin men de transseksualiteit een *waan* noemde, een misvatting van de werkelijkheid. Voordat we hierop verder ingaan bespreken we eerst kort nog enkele andere definities in dit verband.

5.3 Gender-issues en genderdysforie

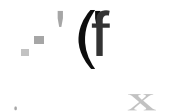
Algemeen wordt gesteld dat de transseksueel een *genderidentiteitsprobleem* heeft. Genderidentiteit is de consistente en duurzame overtuiging man of vrouw te zijn (zie hfdst. 2.5 en ook 6.2). Hiervan moet worden onderscheiden het begrip gender-rol. *Gender-rol* is de uitdrukking van de genderidentiteit in het openbaar: wat doet hij of zij in de relatie tot de omgeving waaruit blijkt dat hij of zij een man of een vrouw is? Genderidentiteit en genderrol horen dus onlosmakelijk bij elkaar.

De term gender-rol heeft in deze tijd een brede toepassing gevonden in de ontwikkelings-samenwerking. De verdeling van werk en taken, inkomen en scholing tussen de mannen en vrouwen in een maatschappij worden beschreven als '*gender-issues*'. In veel projecten wordt nu de nadruk gelegd op de verschillen in mogelijkheden tussen mannen en vrouwen. Er wordt voorrang gegeven aan de ontwikkeling en de scholing van de vrouw en men zegt dan dat zo'n project gender-gevoelig is. Zonder hier verder op in te gaan kunnen we wel al vast stellen dat de hele discussie over gender-issues dwarsverbindingen heeft met vele andere aandachtsgebieden. In de emancipatie-beweging zal men bijvoorbeeld bij de bespreking van de '*gender-issues*' een heel specifieke kijk hebben op de taak van de moeder en het gezin. Waar de een zich gelukkig voelt in een bepaalde genderrol, zal de ander zich hiertegen te vuur en te zwaard willen verzetten.

Gender-issues zijn ook sterk cultureel bepaald en tijdgebonden. Was het vroeger ongehoord dat een meisje vrachtwagenchauffeur werd, tegenwoordig wordt dat niet als gender-vreemd gezien. Ook gender-problemen zijn sterk cultuur-gebonden. Wat in de ene cultuur tot het typisch vrouwelijk gedrag of functioneren behoort kan in een andere cultuur volledig taboe of zeer problematisch zijn. Problemen met je (gender)identiteit kunnen versterkt of verzwakt worden door het gevraagde rolpatroon in een zekere maatschappij.

Ook bij individuen met een normale ontwikkeling zullen er vaak fasen te herkennen zijn, waarin een lichte dysforie over het geslacht/de gender bestaat. De meisjes, die zich jongen voelen of willen zijn en omgekeerd. Bepaalde ontwikkelingen en acceptatie of non-acceptatie

³ Zie bijvoorbeeld de titel van het uit de pers overgenomen verhaal in hoofdstuk 1.3 van dit rapport: "De kloof tussen lichaam en geest gedicht".



van bepaald gedrag zal deze gevoelens kunnen versterken. Toch zijn deze gevoelens niet zo consistent en 'authentiek' als bij de transseksueel.

De transseksueel heeft in extreme vorm last van *genderdysforie*, dat wil zeggen dat hij zich zeer ongelukkig voelt met zijn lichamelijk geslacht en de daarbij behorende genderrol. Daardoor kan hij niet optimaal functioneren als lid van het geslacht waartoe hij lichamelijk behoort. Dit kan bestaan van jongs af aan (primaire transseksuelen) of vanaf tijdens of na de puberteit (secundaire transseksuelen). Hoe moeten we deze dysforie interpreteren?

5.4 Waan of werkelijkheid?

Gooren begint zijn artikel over transseksualiteit met deze stelling: 'Ooit geduid als monosymptomatische waan, (met andere woorden: alleen op dit gebied heeft de patiënt een waan), wordt transseksualiteit nu anders gezien, omdat we constateren dat die mens (verder) psychisch normaal functioneert¹. Onzes inziens is er echter in de observatie sinds vroeger niet veel veranderd. De mens reageert psychisch niet afwijkend, heeft alleen problemen met zijn geslachtelijke identiteit. Dat was vroeger zo, dat is nog zo. Wel is de beoordeling van de feiten veranderd. (Overigens lijkt de betiteling 'waan', althans in psychiatrisch opzicht minder juist). Dat heeft te maken met onze mensvisie en onze mening over de relatie tussen lichaam en geest, of scherper gesteld, tussen lichaam en de geslachtelijke zelfbeleving, de genderidentiteit. Of dit wordt beoordeeld als een stoornis in de beleving van het geslacht of als verkeerde 'combinatie' van een mannelijke geest/persoon en een vrouwelijk lichaam, of vice versa, wordt bepaald door onze mensvisie. Bewijst de genderidentiteit dat de betreffende persoon 'eigenlijk' van het ervaren geslacht is en per ongeluk een verkeerd lichaam heeft dat dan maar zo goed mogelijk aangepast moet worden? Of is hier sprake van iemand met het geslacht dat zich in het lichaam manifesteert maar bij wie zich een stoornis in de ontwikkeling van de genderidentiteit heeft voorgedaan? Overigens blijft in deze laatste interpretatie de vraag bestaan wat aan deze pijnlijke situatie gedaan kan en mag worden, maar deze vraag komt dan wel in een ander perspectief te staan dan wanneer men van de eerstgenoemde visie uitgaat.

We willen de mogelijkheid van de ontwikkelingsstoornis nader bezien en noemen nu eerst aanvullende gegevens (zie hoofdstuk 3.2) over de geslachts- en genderontwikkeling.

5.5 Chromosomale afwijkingen (vgl. hfdst. 3.2.1)

In het algemeen geeft de geslachtsbepaling na de geboorte geen problemen. Dit kan anders zijn in het geval van een stoornis in de ontwikkeling. De stoornissen kunnen optreden op verschillende momenten.⁴ Het probleem kan al beginnen vóór de bevruchting, als er bij de vorming van de geslachtscellen onregelmatigheden ontstaan. Indien de geslachtschromosomen uit een cel zich niet goed opdelen tussen de twee geslachtscellen kan er de volgende situatie ontstaan. Een XX-cel deelt zich niet in twee cellen met een X, maar in een cel met XX en een cel zonder geslachtschromosoom. De eerste, versmolten met een X-cel vormt een XXX-individu,

⁴ Huffstadt AJC. et al. *Gestoorde geslachtsontwikkeling bij kinderen*. Stafleu, 1975.

en met een Y een XXY. De tweede (geen geslachtschromosoom) resulteert, na versmelting met een X-spermacel in een XO-individu en met een Y-spermacel tot een YO-cel. Sommige van deze vormen zullen zich niet verder kunnen ontwikkelen. Andere zullen leiden tot de ontwikkeling van een individu met een onduidelijk geslacht. Veel van deze ziektebeelden zijn inmiddels uitvoerig beschreven. Het XO-meisje lijdt aan het Turner syndroom. De daarbij voorkomende gestoorde lengtegroei kunnen we tegenwoordig enigszins beïnvloeden met groeihormoon. Het meisje blijft wel onvruchtbaar. Zo kennen we ook het superfemale (XXX) en het Klinefelter syndroom (XXY-jongetje).

Ook kan er een fout optreden *na* de eerste celdelingen van het individu. Sommige cellen zijn dan bijvoorbeeld normaal, anderen hebben een afwijkend chromosoompatroon. We noemen dat een mozaïek. Voorbeeld: een XY/XYY individu.

5.6 Hormonale stoornis

Ook op hormonaal niveau kunnen zich problemen voordoen. Bij meisjes met het adrenogenitaal syndroom is er een aanmaakstoornis in de produktie van bijnierschors hormonen. Het hormonale systeem raakt ontregeld en als eindresultaat worden veel afwijkende hormonen gemaakt, die een viriliserende (vermannelijkende) invloed hebben. Het (chromosomale) meisje kan zo erg op een jongetje gaan lijken met een zeer grote clitoris (pseudopenis) en verkleefde schaamlippen, die op een scrotum lijken. Het tegenbeeld is een chromosomaal jongetje, dat vrouwelijke kenmerken ontwikkelt omdat zijn cellen ongevoelig zijn voor het wel normaal aanwezige mannelijke hormoon (testiculaire feminisatie). Bij deze *ziektebeelden* is het soms moeilijk om uit te maken tot welk geslacht een individu gerekend moet worden. Zijn de chromosomen het belangrijkste of de uitwendige kenmerken?

Onder de kinderartsen is hierover ervaring verzameld. In het algemeen is komen vast te staan, dat het wijzigen van de gender na de eerste levensjaren zeer moeilijk is. Zelfs als het kind eigenlijk 'foutief' jongetje of meisje werd genoemd, is correctie van deze fout niet mogelijk zonder levenslange schade. Bij twijfelgevallen is dus spoeddiagnostiek aangewezen!

5.7 De ontwikkeling van de genderidentiteit bij gestoorde lichamelijke ontwikkeling (vgl. hfdst 3.2.2)

Voor de ontwikkeling van de genderidentiteit van een kind (het feit of hij/zij zichzelf ook jongen/meisje gaat ervaren) is de manier waarop ouders hun kind benaderen. Vanaf kleuterleeftijd zijn kinderen in staat zichzelf te definiëren als jongen of als meisje: hun *kern-genderidentiteit* ('core gender identity') is gevormd. Money vergelijkt het verwerven van de genderidentiteit en genderrol zelfs met het aanleren van de moedertaal. Zo vast als de moedertaal in onze hersenen ligt, zo vast ligt ook onze genderidentiteit in onze hersenen. Bij mensen die cross-genderproblemen hebben door een *aantoonbare ziekte/afwijking* (hermafrodieten en pseudo-hermafrodieten) is gebleken, dat de kern-genderidentiteit op de leeftijd van 4 jaar vastligt en dat deze nauwelijks wordt beïnvloed wordt door somatische factoren. Treedt de lichamelijke stoornis na het derde/vierde jaar op dan adviseert men algemeen om het lichaam aan te passen aan de reeds

gevormde genderidentiteit. Het is zeer moeizaam en het kan schadelijke gevolgen hebben om de gender-identiteit na de kleuterleeftijd te wijzigen. Bij aangetoonde lichamelijke afwijkingen zien we dus, dat het lichaam niet eens zo'n grote en allesoverheersende rol speelt bij de beleving van de genderidentiteit. Daarentegen zijn de *opvoeding* van een kind in een bepaald geslacht en de constante en consequente benadering van het kind in datzelfde geslacht wel van essentieel belang voor de ontwikkeling van de kern-genderidentiteit. Volgens Money zijn deze factoren zelfs belangrijker dan de biologische.

Hier wil ik nog een bijzondere observatie kort noemen. Het is genomen uit het boek: 'Geslacht, identiteit en rol' door Hans Hessellund.⁵ Bij een jongetje gebeurde een ernstig ongeluk op de leeftijd van 7 maanden. Hij werd toen, evenals zijn eeneiige tweelingbroertje besneden. Bij hem ontstond er een te hoog voltage in het elektrische mes. De gehele penis van het kind werd daardoor weggebrand. Na overleg werd besloten hem toen verder als meisje te laten opgroeien. Als 'gehandicapt meisje' zou hij waarschijnlijk beter kunnen leven dan als 'jongen zonder penis'. Het kind kreeg andere kleren en een andere haardracht. Rond twee jaar oud werd begonnen met chirurgische aanpassingen. Op de leeftijd van 5 jaar ontwikkelde de tweeling zich goed. Het broertje voelde zich een echte jongen, het andere kind hielp haar (!) moeder in het huishouden (zoals in dat gezin verwacht werd van een meisje) en droomde er van later te trouwen. De beschrijving eindigt met de conclusie: 'Dit voorbeeld toont aan dat de psychologische en sociale factoren beslissend zijn voor het verloop van de psychosexuele differentiatie.'

Deze gegevens zijn belangrijk in de beschouwingen over transseksualiteit. Psychische en sociale factoren kunnen kennelijk de lichamelijke factoren overheersen. Een in aanleg gezond jongetje wordt opgevoed als meisje, met aanvankelijk geen grote problemen. Dit maakt verder onderzoek naar de psychologische en sociale componenten bij transseksualiteit zeer plausibel. De huidige ontwikkeling is echter anders. De operatieve behandeling van het *lichaam* komt steeds meer op de voorgrond te staan.

5.8 De geschiedenis van de geslachtstransformatie (vgl. hfdst. 2.4)

De Gezondheidsraad stelde een commissie 'Transsexisme' in, die in 1965 met het eindoordeel kwam "dat in redelijkheid niet mag worden gesteld dat in sommige gevallen van een operatieve geslachtstransformatie enig therapeutisch effect te verwachten valt" (eerste interim-advies inzake transsexisme, 1965). De commissie had de overtuiging dat het bij transseksualiteit om een waan gaat. De enige uitweg was volgens haar psychotherapie, eventueel met medicamenteuze behandeling. Een operatie werd dus geen goed therapeutisch middel genoemd. Toch durfden de medici de stelling niet aan dat een operatie nooit moet worden uitgevoerd en operatief ingrijpen bij transseksuelen werd uiteindelijk niet strafbaar gesteld.

Enkele jaren later begon de behandeling van transseksuelen met niet-psychiatrische methoden, zoals hormonen en operaties. De seksuele revolutie van eind jaren zestig en de ervaringen vanuit het buitenland speelden hierbij mogelijk ook een rol.

⁵ Hessellund H. *Geslacht, identiteit en rol. Een onderzoek naar gedragspatronen en geslachtsverschillen*. Kooyker reeks 1977, i.h.b. pag. 107/9.

In 1977 volgde de uitspraak van de Gezondheidsraad (tweede adviescommissie 'Transsexisme') dat: "bedoelde somatische aanpassing van daarvoor in aanmerking komende mensen met genderproblemen een therapeutisch verantwoorde, redelijke kans op succes belovende ingreep is en een essentieel onderdeel van een behandelingsplan, dat de grootste kans biedt op vermindering van hun existentiële nood". Voor zover mij bekend is deze verandering van beoordeling niet het gevolg van een nieuwe biologische ontdekking. Neen, aan de basis van deze andere beoordeling ligt mijns inziens, dat wat vroeger een waan genoemd werd, nu anders wordt beoordeeld. Nauwkeuriger gezegd: Vroeger kende men aan de geslachtelijke zelfbeleving van de mens niet dezelfde realiteitswaarde toe als aan het evidente lichamelijke geslacht. Wanneer die beleving haaks stond op de realiteit van het lichaam, dan leefde deze persoon in een waan. Tegenwoordig wordt blijkbaar aan de subjektieve beleving veel meer waarde gehecht en is een instrumenteler visie op het lichaam gegroeid. Mogelijk is men ook door het voortgaande onderzoek meer onder de indruk gekomen van de diepte en de tragiek van de discrepantie tussen lichaam en ervaring. In elk geval is men de zaak anders gaan zien. In deze nieuwe visie mag het lichaam worden aangepast aan de beleving, ook al kan dat in feite slechts zeer ten dele. Bij deze omslag heeft wat O'Donovan het 'programma' van de moderne samenleving met betrekking tot seksualiteit noemt, ongetwijfeld een belangrijke rol gespeeld.⁶

In dit verband past ook de wet van 1985 die het mogelijk maakt om na geslachtsveranderende ingrepen geregistreerd te worden als iemand van het andere geslacht (zie hfdst. 2.10). De tekst van deze wet sluit geheel aan bij de huidige definitie van transseksualiteit. Bij het bepalen van 'de kunne', het geslacht, wordt niet meer gesproken over een objectief waarneembaar gegeven, maar over "de overtuiging" betreffende de "andere kunne", en het "verlangde geslacht" (N.B.: '*verlangde*') ... waaraan het lichaam "is aangepast".

5.9 Onenigheid tussen lichamelijk bestaan en zelfbeleving

De vraagstelling komt ook op andere gebieden voor. Hoewel op heel ander gebied zijn er hier parallellen te trekken met de anorexie. De anorectische patiënt haat zijn lichaam, accepteert het niet.⁷ In dat geval pogen we het zelfbeeld weer te veranderen zodat de persoon het eigen lichaam weer accepteert. Dat lukt niet altijd en is een bijzonder moeilijk proces. Toch is de richting in de probleemoplossing duidelijk. Getracht wordt het zelfbeeld aan te passen aan de lichamelijke realiteit.

Het probleem van de transseksualiteit ligt psychisch gezien anders als van anorexia. De transseksueel heeft geen verstoord lichaamsbeeld; hij onderkent de geslachtelijke realiteit ervan maar al te goed. Maar hij beleeft zichzelf niet als iemand van het geslacht dat het lichaam aangeeft en kan zich in de hierbij behorende genderrol niet vinden. Het lichaam past niet bij de geslachtelijke zelfbeleving. De diagnose transseksualiteit gaat daarbij uiteindelijk terug op een strikt individuele beoordeling. De patient *voelt* het probleem van de genderdysforie. Dat is het enige en overtuigende meetpunt. In studies wordt dan ook vermeld dat we de diagnose nooit met

⁶ O'Donovan O. *Begolten or made?* Oxford University Press 1984, p.18.

⁷ Sijbers APE. Anorexia Nervosa: de strijd om (en met) het lichaam. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* 4 (1994) p.82/4.

100 % zekerheid kunnen stellen. Er zijn geen objectieve meetpunten. Wat de transseksueel ons vertelt, accepteren we als zijn beleving. Deze beleving accepteren we als criterium voor het geslacht dat deze persoon 'eigenlijk' heeft, of niet. Ook hier constateren we een spanning tussen lichamelijke realiteit en het beeld of de beleving die iemand van het eigen lichaam heeft.

Zo'n spanningsveld tussen lichaam, beleving en identiteit kan zich ook voordoen op andere gebieden. Ondanks veel verschillen in de problematiek zijn bijvoorbeeld parallellen te trekken met de discussies rond de vrijwillige euthanasie. Ook daar is er een spanningsveld tussen de lichamelijke situatie en het zelfbeeld; een spanning die kan leiden tot een sterke vervreemding van het subject, het 'ik', van het eigen lichaam. Dit kan mede leiden tot een verzoek om euthanasie. 'Ik ben dat niet meer, dat ontluisterde lichaam'. 'Zo voel ik me niet meer mezelf, in deze afhankelijke staat' en ook 'Ik wil zo, in dit of in zo'n lichaam, niet leven'. Er kan dan een 'authentieke' doodswens zijn. Het lichaam moet verdwijnen, het past niet meer bij het zelfbeeld en de ervaring van de eigen identiteit.

Op een geheel eigen manier doet iets dergelijks zich voor bij transseksualiteit. Maar hoe reëel de ervaring van discrepantie van een transseksueel ook kan zijn, het is mijns inziens niet het bepalende criterium om vast te stellen van welk geslacht iemand nu in feite is. (De vraag is zelfs of dit laatste wel een zinnige formulering is). Een aanwijzing dat het bij transseksualiteit niet gaat om een tegenstelling op ontisch vlak, in de zin van een vrouwelijke ziel of geest in een mannelijk lichaam, of andersom, ligt ook in de waarneming dat transseksualiteit niet een 'alles-of-niets kwestie' is (vgl. hfdst. 2.8). Ook de observatie dat van een één-eiige tweeling één van de twee transseksueel werd, pleit hiertegen.⁸

5.10 Man/vrouw zijn, een glijdende schaal?

Hoewel er theoretisch een duidelijk onderscheid is tussen transseksualiteit, travestie en homofilie, is het verschil in de praktijk niet altijd even duidelijk. Travestieten kunnen ook in meer of mindere mate genderdysforie ervaren. En hoewel het dan conceptueel om twee verschijnselen naast elkaar gaat kan men zich afvragen of in de psychische ontwikkeling van zo iemand die twee zaken sterk met elkaar zijn verweven. Met andere woorden, is er in de praktijk altijd wel een duidelijk onderscheid tussen travestie en transseksualiteit? Zo wordt beschreven dat een travestiet zich kan ontwikkelen tot een 'echte transseksueel'. In de literatuur wordt ook gesproken over transseksualiteit in verschillende 'lagen'. Anders gezegd: niet iedereen is 'even transseksueel'. Er zijn verschillen in cross-gender-gedrag, levensgeschiedenis, seksuele voorkeur, genderrol-gedrag, wensen voor de behandeling enzovoort. Daarom is de behandeling ook niet uniform.

Deze diversiteit in ervaringen, en meer nog de zogenaamde 'spijtoptanten', zijn moeilijk te begrijpen als transseksualiteit een zijnsprobleem is. Dan zouden namelijk de gradaties in transseksueel-zijn wijzen op een 'glijdende schaal' tussen man en vrouw. Maar iemand is man of vrouw (eventueel 'in een verkeerd lichaam') en niet iets op een glijdende schaal ertussen.⁹

⁸ Garden GMF & Rothery DJ. A female monozygotic twin pair discordant for transsexualism. *British Journal of Psychiatry* 161 (1992) p.852/4.

⁹ Feenstra G. Man, vrouw of iets ertussenin. In: *de Volkskrant*(3 september 1994).

De term genderdysforie geeft ook duidelijker aan dan transseksualiteit dat het hier gaat over gevoelens van een ongenoegen (van de psyche) over de geobserveerde materiële werkelijkheid (het lichaam).

5.11 Detransseksualisatie (vgl. hfdst. 4)

De laatste decennia is er steeds meer aandacht voor en acceptatie van de operatieve behandeling van de mens met een genderdysforie gekomen. Voelt hij zich een man in een vrouwenlichaam, dan wordt het lichaam aangepast aan het gevoel en voorzover mogelijk is uitwendig veranderd, zodat het een vrouwelijk lichaam lijkt en in het sociale contact en ook de geslachtsdaad de vrouwelijke rol kan vervullen. Ditzelfde geldt vice versa voor degene die zich vrouw voelt in een mannenlichaam. Deze behandeling wordt wel detransseksualisatie genoemd.

De term wekt de indruk als zou de transseksueel van zijn probleem verlost zijn. Hij zou nu weer een ongeschonden seksuele identiteit hebben. Dat is echter niet het geval. De transseksueel wordt op deze wijze nooit een 'echte' man of een 'echte' vrouw met alle mogelijkheden die daarbij horen. Het is en blijft een gebrekkige aanpassing.

Daarbij komt ook het volgende. Het verschil tussen een man en een vrouw wordt niet alleen bepaald door de uitwendige geslachtsorganen. Hoewel minder specifiek, ook aan de vorm van de schouders, bekken, handen en voeten, huid en beharing kan men al snel zien of men met een man of een vrouw te maken heeft. Daar komt nog bij dat stemhoogte, manier van spreken, manier van bewegen en vele andere zaken verschillen bij mannen en vrouwen. De geslachtsaanpassende ingrepen beïnvloeden slechts een aantal van deze zaken en dan ook vaak nog niet blijvend (bijvoorbeeld haargroei). Intensieve benadering van de andere problemen door middel van spraakles, bewegingsoefeningen, ontharingsmiddelen, medicamenten en vele andere zaken blijft vaak langdurig noodzakelijk.

De operatie kan dan dan ook niet werkelijk geslachtsveranderend of geslachtscorrigerend worden genoemd. Eerder als *geslachts-verhullend*, in die zin dat de oorspronkelijke geslachtskenmerken worden verhuld en dat uiterlijke kenmerken, in het bijzonder de genitaliën, van het gewenste geslacht worden geconstrueerd. Echter een zeer onvolkomen reconstructie (hoe knap men die vanuit strikt medisch-technisch oogpunt ook zou kunnen noemen, en hoe belangrijk dit in de beleving van de betreffende persoon ook kan zijn).

Het bovenstaande brengt ons tot basisvragen omtrent het menszijn en de plaats van geslachtelijkheid hierin.

5.12 De mens: man of vrouw

God schiep de mens als man en vrouw, belijden de christenen. Ze zeggen hiermee impliciet dat de mens twee verschijningsvormen heeft: man Of vrouw.¹⁰ En ook zij, die deze bijbelse geschiedenis niet geloven, zijn er altijd vanuit gegaan dat elk mens in deze wereld in te delen

¹⁰ Bruggen G van. Hoe geschapen als man of vrouw? In: *Nederlands Dagblad* (11-2-1988). Zie ook de hoofdstukken 7 en 8 van dit rapport.



zou (moeten) zijn in de categorie man of vrouw, of dat dit op zijn minst zo zou horen. Theoretisch zou je je kunnen indenken dat er ook andere categorieën mensen zijn. Mensen zonder een geslacht ('het-mensen'), mensen met een dubbel geslacht (hermafrodieten) of mensen met iets wat we ons nu niet kunnen voorstellen, maar die een totaal andere vorm van geslacht (de 'andermens') bezitten. (De gebruikte termen 'het-mens' en 'andermens' zijn hier verzonnen). Misschien moeten we deze vormen alleen nog maar ontdekken met behulp van de wetenschap. Mogelijk zouden we hun ontstaan zelfs kunnen bevorderen.¹¹ De christen belijdt echter dat het zoeken naar deze vormen nutteloos is en ontkent hun bestaan of benoemt ze als afwijking of ziekte. De niet-christen-realist zal tot dezelfde conclusies komen. De mens *is* man Of vrouw.

In tegenstelling tot andere discussies is het punt in geding hier niet *hoe* we geschapen zijn als Gods beeld. Hier speelt de kwestie: Hoe zijn wij, geschapen naar het beeld Gods, man of vrouw? En kunnen we ook iets daar tussenin zijn?

We zagen dat het in de praktijk niet altijd direct duidelijk is tot welk geslacht een mens behoort. Afwijkingen in het chromosomenpatroon, in de uitwendige geslachtsorganen, in de uitwerking van de geslachtshormonen en ook andere oorzaken kunnen ertoe leiden, dat het onduidelijk is tot welk geslacht iemand behoort of zou hebben moeten behoren. Toch zijn deze moeilijke problemen nooit als gelijkwaardige 'variant' of verschijningsvorm van de mens geduid. Ze zijn altijd geduid als een afwijking, gebrek of stoornis in een normale ontwikkeling, die in alle gevallen had moeten leiden tot de ontwikkeling van een man of een vrouw. Vergelijken we dit probleem met afwijkingen op ander gebied, dan vinden we hetzelfde. Er worden soms kinderen geboren met meer of minder dan twee armen of tien vingers. Toch blijven we vasthouden dat een mens twee armen en tien vingers heeft. Ons mensbeeld verandert niet door het zien van een kind met één arm of elf vingers.

5.13 Oplossingen afhankelijk van ons mensbeeld

Iemand met genderdysforie ervaart een schrijnende tegenspraak tussen het lichamelijke geslacht en de subjectieve geslachtsbeleving, zijn genderidentiteit, zijn 'psychische geslacht'.

Voor de transseksueel lijken er twee oplossingen te zijn: aanpassing van de genderidentiteit aan het lichaam of aanpassing van het lichaam aan de genderidentiteit. In de Nederlandse gezondheidszorg krijgt de tweede benadering veruit de meeste aandacht. Dit kan er op duiden dat zij die hierin werkzaam zijn de beleving zien als uiting van het eigenlijke geslacht van die mens als persoon, dat hoe dan ook helaas niet correspondeert met het lichamelijke geslacht. De ideologische achtergrond van die geslachtsveranderende ingrepen kan echter ook veel pragmatischer zijn. Namelijk de opvatting (men zal zelf wellicht willen spreken van constatering) dat deze ingrepen de beste mogelijkheden bieden die voorhanden zijn om de ervaring van discrepantie tussen lichamelijk geslacht en geslachtelijke zelfbeleving, de dysforie, te verminderen. Beide opvattingen hebben tenminste impliciet een in zekere zin instrumentalistische opvatting van het lichaam. Immers, de integriteit van het gave lichaam zoals zich dat presenteert acht men van minder morele waarde dan de mogelijkheid door middel van zeer invasieve ingrepen de - inderdaad vaak schrijnende - dysforie te verminderen. Het is duidelijk dat in deze

¹¹ Rhodes Set al. Bisexuality. In: *Newsweek*(11 July) 1995.

benadering zeer veel waarde wordt gehecht aan de resultaten van de behandeling in de zin van vennidering van het lijden dat gepaard gaat met de genderdysforie. Dit vonnt immers de enige morele rechtvaardiging van zeer belastende en invasieve ingrepen. Nu is in het algemeen de beoogde en gerealiseerde verlichting van lijden een belangrijk ethische argument in de beoordeling van medische ingrepen, maar niet het enige argument.

Het antwoord op de vraag naar het resultaat van de operatieve behandeling is haast voorspelbaar positief. Als de patiënt zelf besloten heeft dat al deze operaties nodig zijn, zal hij zelf niet gauw tot een andere mening komen of het zelfs durven toe te geven na al de inspanningen die hij zich heeft getroost.¹² Hoewel het onderzoek objectiviteit suggereert, is daarvan geen sprake. Hier is niet een onafhankelijk waarnemer die objectieve maatstaven aanlegt. Het gaat hier om een patiënt die zijn eigen diagnose heeft gesteld, voor zichzelf een wijze van leven heeft gekozen en die deze nu zelf evalueert. *Het uiteindelijke meetpunt is en blijft bij deze onderzoeken het persoonlijk geluk van de patiënt.* Niet dat het antwoord niet waar zou kunnen zijn. Toch is het meetinstrument hier totaal gebaseerd op het gevoel van de patiënt. Andere aspecten uit de realiteit (hoe is dit gevoel opgekomen en in hoeverre is het een uiting van een meer omvattende identiteitscrisis) verdwijnen hier achter de horizon. Ook het feit dat sommige mensen zich lieten transfonneren en weer 'terug'-transfonneren lijkt uit te gaan van de gedachte dat gender meer iets is waarvoor men kiest, gevoelens volgend, dan dat het een gegeven realiteit is.

Ook zijn de medische complicaties mogelijk onderbelicht. Iemand zal niet gauw klagen over iets wat hij zelf heeft gewild. Toch verschijnen er toenemend publicaties over de gevolgen op langere termijn van diep-ingrijpende chirurgie in het gebied van de urinewegen en over de gevolgen van langdurig honnoongebruik.^{13, 14, 15, 16, 17, 18}

Ook is bij het meten van de gevolgen voor het maatschappelijk functioneren alleen gekeken naar de wereld van de patiënt en naar zijn beleving. De gevolgen voor de omgeving en hoe de patiënt hienee omgaat, komen nauwelijks ter sprake. Als een gehuwde man 'vrouw' blijkt te zijn verliest zijn vrouw haar man en zijn kinderen verliezen hun vader. Vrienden verliezen een vriend. Tegelijkertijd komt er een andere persoon in hun leven. Een 'huwelijksvriendin', een 'tweede moeder' of een 'nieuwe vriendin'.

¹² Zwart H. Nogmaals het begrip 'natuurlijkheid': transseksualiteit als casus. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* 5 (1995) p.50/2.

¹³ Gottlieb LJ, Levine LA. A new design for the radial forearm free-flap phallic construction. *Plast-reconstrSurg* 92 (1993) nr.2, p.276-283. ("This article describes a new design" the original design has the propensity to develop meatal stenosis").

¹⁴ Burgess HE, Shousa S. An immunohistochemical study of the long term effects of androgen administration on female-to-male transsexual breast. *J Pathol* 170 (1993) nr.1, p.37-43.

¹⁵ Bjemo Tet al. Injection of high viscosity liquids. Acute or delayed excision? *UgeskrLaeger* 155 (1993) nr.24, p.1876/8. ("The correlation between silicone breast implants and connective tissue disease and breast cancer are discussed").

¹⁶ Hage IJ et al. Obtaining rigidity in the neophallus of female-to-male transsexuals: a review of the literature. *Ann Plast Surg* 30 (1993) nr.4, p.327-333. ("In phalloplasty, the use of transplants or implants" often has resulted in complications and failure").

¹⁷ Hage IJ et al. Review of the literature on construction of a neourethra in female-to-male transsexuals. *Ann Plast Surg* 30 (1993) nr.3, p.278/86. ("Because constructing a neourethra has frequently led to fistulas and strictures").

¹⁸ Toolenaar TA et al. The occurrence of diversion colitis in patients with a sigmoid neovagina. *Hum Pathol.* 24 (1993) nr.8, p.846-849.

Hoe moet je dit anthropologisch en ethisch duiden? Had de man zich vergist door zich als man en als vader aan zijn kinderen te presenteren? Misschien, want hij 'blijkt' een vrouw te zijn. Maar die 'vrouw' heeft toch wel die kinderen verwekt? Wat gebeurt hier in een van de meest fundamentele relaties van het menszijn, namelijk van vader en moeder, zowel biotisch als sociaal, tot het kind? De kinderen zullen moeten verwerken dat een nu vrouwelijk-ouder ('moeder') hun verwekker was en een nu mannelijk ouder ('vader') hen in de baarmoeder heeft gedragen en hen heeft gebaard. En is de man ontrouw aan zijn vrouw als hij geslachtsaanpassende ingrepen ondergaat? Of moet hij erkennen dat hij zichzelf nog niet 'werkkelijk' kende, toen hij haar trouwde als man, want nu blijkt de 'werkelijkheid': hij is een vrouw? (Dezelfde vragen kunnen uiteraard worden gesteld ten aanzien van een gehuwde vrouw met kinderen die zich laat 'ombouwen').

De andere mogelijkheid om de dysforie te verminderen is te trachten de genderidentiteit te behandelen en om te buigen naar die passend bij het lichamelijke geslacht.^{19,20} De praktijk wijst uit dat psychotherapie die erop is gericht het genderdysforische gevoel op te heffen of op zijn minst te verminderen, zeer moeizaam is. Toch zijn ook wel resultaten beschreven, met name op de kinderleeftijd.^{21,22,23,24} Naar onze overtuiging is te weinig aandacht besteed aan onderzoek op het gebied van de psychotherapie in de Nederlandse hulpverlening aan transseksuelen.

Hoe dan ook, het probleem van de transseksualiteit en de implicaties van de twee benaderingen van behandeling zijn zozeer verbonden met het menszijn en menselijke relaties dat de gekozen oplossingen of therapieën nauw verbonden zullen zijn met de mensvisie en ethische overtuigingen van de patiënt en de behandelaars.

5.14 Bredere betekenis

Het bovenstaande maakt duidelijk dat het belang van deze discussie verder reikt dan de zorg voor de grote nood van de transseksueel. Het gaat om de visie op de mens en in het bijzonder op de betekenis van de lichamelijkeheid in het menselijk bestaan. In hoeverre mag het lichaam gezien worden als een instrument van het subject, het 'ik', dat door middel van de geneeskunde het lichaam behandelt, eventueel reconstrueert of zelfs doodt als het subject zich niet meer van dat instrument wenst te bedienen? Daarnaast speelt ook de visie op de geneeskunst een belangrijke rol (zie hfdst. 9).

Voor de volledigheid zij hier vermeld dat er in deze bijdrage vanuit wordt gegaan dat er bij een transseksueel geen lichamelijke stoornissen zijn, behalve dan dat het geslacht anders is dan

¹⁹ Barth A. Transsexualiteit. Gevangen in het verkèerde lichaam? In: *Nieuwsbrief van Stichting Onze Weg* 5 (1992) nr.4, p.1-4.

²⁰ Leach J. A matter of survival. In: *CrossOver, insights for those combatting gender confusion*. no.4. (1993). Een uitgave van CrossOver, a ministry to the sexually broken.

²¹ Wrate RM & Gulens V. A systems approach to child effeminacy and the prevention of adolescent transsexualism. *Journal of Adolescence* 9 (1986) p.215/29.

²² Desmit P & Corveleyn J. Psychodynamische hypothesen omtrent transsexualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie* 14 (1990) p.239/55.

²³ Uddenberg Net al. Parental contact in male and female transsexuals. *Acta Psychiat Scand* 60 (1979) p.113/20.

²⁴ Loeb L & Morton Shane. The resolution of a transsexual wish in a five-year-old boy. *Presented at the Annual Meeting of the American Psychoanalytic Association*. Atlanta, Georgia, 1978.

verlangd en gevoeld. Zo wordt het ook steeds gedefinieerd. De studies die verschenen over de verschillen in aanleg in de hersenen tussen man en vrouw in het algemeen²⁵ en de enkele studies van de verschillen die een biologische basis, of beter correlaat (zie hfdst. 3.2.1), zouden vormen voor de transseksualiteit zijn nog te vaag en te weinig overtuigend om daar conclusies aan te verbinden. Het is niet onmogelijk dat in de toekomst wel een somatische afwijking wordt gevonden die leidt tot een vorm van genderdysforie. In dat geval zal de discussie in die gevallen opnieuw moeten worden gevoerd met inachtneming van de nieuwe gegevens.

²⁵ Begley S. Gray Matters. New technologies that catch the mind in the very act of thinking show how men and women use their brain differently. *Newsweek*(*March* 27, 1995), p.42-47.

HOOFDSTUK 6

Psychotherapie bij genderidentiteitsstoornissen

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van een literatuuronderzoek naar de mogelijkheden van psychotherapie bij personen met een genderidentiteitsstoornis. Dit wordt beperkt tot psychotherapie bij volwassenen. De hulpverlening aan kinderen met deze problematiek wordt nagenoeg geheel buiten beschouwing gelaten.

Ten aanzien van de behandeling van genderidentiteitsstoornissen bestaat het beeld dat een geslachtsaanpassende behandeling vrijwel de enige mogelijkheid van hulpverlening is. Psychotherapie zou weinig of geen resultaat hebben. Zeker in Nederland heeft de somatische behandeling veel bekendheid gekregen. Ons land is ook sinds 1990 het enige land ter wereld dat een leerstoel 'Transseksuologie' heeft.¹ In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke mogelijkheden in de literatuur worden beschreven om genderidentiteitsstoornissen langs psychologische weg te behandelen.

Voorafgaand aan de bespreking van de behandelmogelijkheden wordt besproken hoe stoornissen in de genderidentiteit ontstaan. Bij de theorievorming hierover wordt, evenals bij homoseksualiteit, vaak de mannelijke vorm als uitgangspunt genomen. In dit hoofdstuk zal echter voornamelijk worden ingegaan op de etiologie van de vrouwelijke vorm van deze stoornis, omdat schrijver dezes vooral ervaring heeft met hulpverlening aan vrouwen met genderidentiteitsstoornissen. Verder wordt aandacht besteed aan differentiaal-diagnostische overwegingen, met name ten aanzien van de 'borderline' persoonlijkheidsstoornis en homoseksualiteit. Tevens is weergegeven wat er is gepubliceerd over de invloed van een religieuze overtuiging bij mensen met een genderidentiteitsstoornis. Deze factor blijkt echter nauwelijks bij onderzoeken betrokken te worden.

6.2 Gender, genderrol, (kern-)genderidentiteit en genderidentiteitsstoornis

'Gender' verwijst zowel naar de biologische aspecten van het geslacht, zoals bepaald door fysieke karakteristieken, als naar de psychologische of culturele connotaties van het geslacht. Met andere woorden, het gaat zowel om iemands lichamelijke status (primaire en secundaire geslachtskenmerken) als om de psychosociale aspecten van deze status (het man of vrouw zijn). De term 'gender' omvat dus meer dan de term 'geslacht'.^{2,3}

'Genderrol' is het gedrag dat men naar buiten toe laat zien en dat bij de eigen sekse behoort.

¹ Gooren LJG. Hij ten Zij. *Tijdschrift voor Seksuologie* 14 (1990) p.256/66.

² Cohen-Kettenis PT, Kuiper AI, Zwaan WA & Huyse FJ. Transseksualiteit. 11) Diagnostiek: de eerste, tentatieve, fase. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 136 (1992) 39, p.1895/7.

³ Desmit P & Corveleyn J. Psychodynamische hypothesen omtrent transseksualiteit. *Tijdschrift voor seksuologie* 14 (1990) p.239/55.

In een recente publicatie schetst Cohen-Kettenis⁴ de ontwikkeling van de genderrol bij kinderen in de basisschoolleeftijd, de verschillen tussen jongens en meisjes, en de mogelijke ontsporingen in het ontwikkelingsproces van meisje tot vrouw.

'Genderidentiteit' verwijst naar het gevoel man of vrouw te zijn. Het omvat tevredenheid met en acceptatie van de toegewezen sekse, genoeg kunnen beleven aan het lichamelijke functioneren, het kunnen vertonen van leeftijdsadequate seksuele interesses, behoeften en gedragingen, en het kunnen omgaan met agressie. Tijdens het ontwikkelingsproces neemt de 'genderkennis' toe en bereikt de peuter op gemiddeld vierjarige leeftijd 'genderconstantie'.⁵

In 1968 introduceerde Stoller het begrip 'kemgenderidentiteit'.⁶ De vorming van de kemgenderidentiteit vindt plaats in de pre-oedipale fase, waarin zich tevens het separatie-individuatie conflict afspeelt. Door velen wordt ervan uitgegaan dat na het derde jaar de kemgenderidentiteit niet meer kan veranderen, ook niet onder invloed van de meest intensieve psychotherapie. In een aantal publicaties wordt echter gesteld dat de kemgenderidentiteit niet onveranderlijk vast ligt.⁷

De term 'transseksualiteit' werd in 1953 door Benjamin geïntroduceerd⁸ en heeft sindsdien algemene bekendheid gekregen. Vrouwen die zich man voelen worden in de literatuur wel aangeduid als 'VM-transseksuelen', terwijl 'MY-transseksuelen' staat voor mannen die zich vrouw voelen. Een bezwaar tegen de term 'transseksualiteit' is, dat genderproblemen niet primair problemen zijn met de seksualiteit maar met de sekse. De prevalentie van transseksualiteit in Nederland bedraagt bij mannen 1 : 12000 en bij vrouwen 1 : 30400.⁹

In de psychiatrie wordt een internationaal classificatiesysteem voor psychiatrische ziekten gehanteerd, de zogenaamde 'DSM-classificatie'. In de DSM-III-R, die gebruikt werd in de periode 1987-1994, kwam de categorie 'Transseksualiteit' voor (zie hfdst. 2.8). In de DSM-IV, die sinds 1994 in gebruik is, wordt de categorie 'Genderidentiteitsstoornis' gehanteerd. Deze wordt als volgt omschreven:

"A. Een sterke en aanhoudende genderidentificatie met het andere geslacht (niet slechts een

⁴ Cohen-Kettenis PT. Genderrolontwikkeling in de basisschoolleeftijd: Implicaties voor de hulpverlening. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 22 (1995) nr.2, p.78/88.

⁵ Slijper FME. Genderidentiteitsstoornissen. In: Verhulst FC & Verhey F. *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum 1992, p.332/49.

⁶ Lothstein LM. *Female-to-male transsexualism: Historical, clinical and theoretical issues*. Boston: Routledge & Kegan Paul 1983.

⁷ O.a. Barlow DH, Abel GG & Blanchard EB. Gender identity change in a transsexual: An exorcism. *Archives of Sexual Behavior* 6 (1977) 5, p.387/95; Barlow DH, Abel GG & Blanchard EB. Gender identity change in transsexuals: Follow-up and replications. *Archives of General Psychiatry* 36 (1979) p.1001/17; Barlow DH, Reynolds EJ, Agras WS & Jackson. Gender identity change in a transsexual. *Archives of General Psychiatry* 28 (1973) p.569/176; Bradley SJ, Steiner B, Zucker K, Doering RW, Sullivan J, Finegan JK & Richardson M. Gender identity problems of children and adolescents: The establishment of a special clinic. *Canadian Psychiatric Association Journal* 23 (1978) p.175/83; Lothstein LM. *Female-to-male transsexualism: Historical, clinical and theoretical issues*. Boston: Routledge & Kegan Paul 1983; Lothstein LM. Female sexuality and feminine development: Freud and his legacy. *Adv Psychosom Med* 12 (1985) p.57/70; Rees K. "I want to be a daddy!": Meanings of masculine identifications in girls. *Psychoanalytic Quarterly* 56 (1987) p.497/522.

⁸ Benjamin H. Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somato-psychic syndromes. *American Journal of Psychotherapy* 8 (1954) p.219/30.

⁹ Cohen-Kettenis PT. Psychoseksuele ontwikkelingsstoornissen bij adolescenten. In: Sanders-Woudstra JAR, Verhulst FC & de Witte HFJ (red.). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Psychopathologie en behandeling*. Assen: Van Gorcum 1995, p.151/63.

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:

- (1) herhaaldelijk geuite wens om, of er op staan, tot de andere sekse te behoren
- (2) bij jongens: een voorkeur voor het dragen van vrouwenkleden of kleden die daarop lijken; bij meisjes: er op staan alleen stereotiepe mannenkleding te dragen
- (3) sterke en blijvende voorkeur voor het in fantasie spelen van de rol van het andere geslacht of aanhoudende fantasieën over het tot de andere sekse horen
- (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 adolescenten en volwassenen wordt de stoornis zichtbaar door symptomen zoals de geuite wens om tot de andere sekse te horen, frequent door te gaan voor iemand van de andere sekse, verlangen te leven of behandeld te worden als iemand van de andere sekse of de overtuiging te hebben dat hij of zij de typische gevoelens en reacties van de andere sekse heeft.

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: 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 adolescenten of volwassenen wordt de stoornis zichtbaar door symptomen als preoccupatie met het kwijt willen raken van de primaire en secundaire geslachtskenmerken (bijvoorbeeld vraag om hormoonbehandeling, chirurgie of andere methoden om de geslachtskenmerken fysiek te veranderen om de andere sekse voor te kunnen wenden) of de overtuiging dat hij of zij met de verkeerde sekse geboren is.

C. De stoornis komt niet gelijktijdig met een lichamelijke interseks aandoening voor.

D. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen".¹⁰

Daarnaast kent de DSM-IV nog een restcategorie. Er kan bijvoorbeeld 'genderdysforie' (dat wil zeggen: onvrede met het biologisch geslacht) bestaan, en in omstandigheden van stress kleding van het andere geslacht worden gedragen, zonder dat sprake is van een specifieke genderidentiteitsstoornis.

6.3 Ontwikkeling van de genderidentiteitsstoornis bij vrouwen

6.3.1 Visies op etiologie

Er zijn drie soorten hypothesen over de etiologie van genderidentiteitsstoornissen opgesteld:¹¹ (zie ook hfdst 3.3).

1) *biologische predispositie*: Deze hypothese stelt, dat aan de genderidentiteitsstoornis een aangeboren stoornis van het endocriene systeem ten grondslag ligt. Onder invloed van de concentratie

¹⁰ DSM-IV. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria*. Lisse: Swets & Zeitlinger 1994, p.300/2.

¹¹ Dulcan MK & Lee PA. Transsexualism in the adolescent girl. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23 (1984) 3, p.354/61; Kronberg J, Tyano S, Apter A & Wijsenbeek H. Treatment of transsexualism in adolescence. *Journal of Adolescence* 4 (1981) 177/85; Meyer JK & Dupkin C. Gender disturbance in children: An interim report. *Bulletin of the Menninger Clinic* 49 (1985) 3, p.236/69.



van foetale hormonen zou er een zodanige invloed op de ontwikkeling van de hersenen worden uitgeoefend, dat daardoor de genderoriëntatie, het sekserol gedrag en de seksuele objectkeuze wordt bepaald. Voor dergelijke hypothesen is echter geen ondersteuning gevonden.¹²

2) *psychodynamische hypothesen*: Er zijn meerdere theorieën geformuleerd die betrekking hebben op de ontwikkeling van genderidentiteitsstoornissen in de context van afwijkende gezinspatronen. Deze worden in de volgende paragrafen behandeld.

3) *sociale benadering*: Hierbij gaat het om de manier waarop omgevingsvariabelen van invloed zijn op het individu met een genderidentiteitsstoornis, en hoe het individu zijn omgeving tracht te beïnvloeden. Afkeuring en afwijzing zijn gebruikelijke reacties vanuit de omgeving. De persoon zelf streeft naar het verkrijgen van sociale acceptatie. Deze benadering heeft weinig ingang gevonden. Bij de bespreking van de vormen van psychotherapie komt niettemin naar voren dat sommige methoden van hulpverlening deze benadering als uitgangspunt hanteren.

6.3.2 Ontwikkeling van de genderidentiteit

Hoewel de psychodynamische theorieën over de ontwikkeling van genderidentiteitsstoornissen bij vrouwen gebaseerd zijn op de opvattingen van Freud over de psychoseksuele ontwikkeling van de vrouw, wijken zij fundamenteel af van de koers die Freud is ingeslagen. Lothstein geeft weer hoe Freud die ontwikkeling opvatte.¹³ Freud ging uit van het primaat van de mannelijke ontwikkeling. Volgens hem maken meisjes tot het eind van de fallische fase, dus tot in hun derde levensjaar, een ontwikkeling mee die nagenoeg identiek is aan die van jongens. Pas door het ontdekken van het verschil tussen de geslachten worden zij uit hun vermeende masculiniteit opgeschrikt. Voor een meisje is het moeilijker een besef van haar geslachtelijkheid te ontwikkelen dan voor een jongen. Zij moet de overgang maken van een masculiene naar een feminiene fase, waarbij zij allerlei minderwaardigheidsgevoelens moet overwinnen. Het masculiniteitscomplex zal een belangrijk deel van haar leven overheersen. Zij kan de beangstigende gedachte dat zij gecasteerd is, tegengaan door de gedachte te ontwikkelen dat zij een penis heeft. Lothstein merkt daarbij op dat het, in het licht van de opvattingen van Freud over de 'penisnijd' bij de vrouw, de vraag is waarom slechts sommige en niet alle vrouwen transseksueel worden.

Hij stelt voorts dat het inmiddels duidelijk is geworden dat een meisje haar vrouwelijkheid niet ontwikkelt door een serie defensieve aanpassingen tegen de achtergrond van minderwaardigheidsgevoelens ten opzichte van mannen gedurende de fallische fase, maar door een serie positieve en soms ook conflictueuze ervaringen met haar ouders gedurende de pre-oedipale periode. Er worden tegenwoordig twee fasen onderscheiden: die van de primaire femininiteit (rond de leeftijd van achttien maanden), en die van de secundaire femininiteit (in de periode van drie tot vijf jaar, als resultante van het fallisch-oedipale ontwikkelingsstadium). De primaire femininiteit wordt gevormd door inprenting en conditionering. Typisch vrouwelijk gedrag is soms al bij een meisje zichtbaar voor de eerste verjaardag. De kerngenderidentiteit, die zich rond

¹²Zie hfdst 3.3.2 en 5.9 van dit rapport; tegen deze theorie pleit ook de waarneming dat bij een monozygotische tweeling bij het ene meisje een genderidentiteitsstoornis voorkwam, terwijl die bij het andere meisje volledig afwezig was, zie Garden GMF & Rothery DJ. A female monozygotic twin pair discordant for transsexualism: Some theoretical implications. *British Journal of Psychiatry* 161 (1992) p.852/4.

¹³Lothstein LM. *Female-to-male transsexualism: Historical, clinical and theoretical issues*. Boston: Routledge & Kegan Paul 1983; Lothstein LM. Female sexuality and feminine development: Freud and his legacy. *Adv Psychosom Med* 12 (1985) p.57/70.

de achttiende maand gaat vormen, is niet meer dan een kernbesef dat in de loop der jaren nog aanzienlijke differentiatie verkrijgt. Dit hangt voornamelijk samen met de cognitieve ontwikkeling en het separatie-individuatie proces. In de puberteitsfase neemt de genderidentiteit vastere vormen aan. Pas als het meisje de stadia van de formeel-logische operaties (rond het elfde jaar) en van het abstract redeneren (in de adolescentie) heeft doorlopen, wordt haar vrouwelijke genderidentiteit geconsolideerd in een stabiel vrouwelijk zelf. Lothstein baseert zich hierbij op de zelf-psychologie van Kohut.

6.3.3 Ontwikkeling van de genderidentiteitsstoornis in de kindertijd

6.3.3.1 Niet-conflictueuze hypothese

Aanvankelijk werd ervan uitgegaan dat stoornissen in de genderidentiteit zich ontwikkelen zonder dat er conflicten aan ten grondslag liggen. Het was met name Stoller die in het begin van de jaren '70 de 'niet-conflictueuze identiteitshypothese' formuleerde.¹⁴ Volgens Stoller ontwikkelt een meisje zich als feminien en heteroseksueel door identificatie met de moeder en stimulering door beide ouders. Zij neemt bij haar moeder haar vrouwelijkheid waar (het zich comfortabel voelen met de seksuele anatomie), haar femininiteit, haar moederschap, haar heteroseksualiteit, en haar rol als echtgenote. De vader bevordert de femininiteit van zijn dochter door haar als vrouwelijk te bejegenen en haar feminien gedrag aan te moedigen. Op deze manier wordt het jonge meisje gesterkt in het bewonderen van deze attributen in zichzelf.

Dit wordt echter ondermijnd wanneer de ouders hun dochter aanmoedigen jongensachtig te zijn. In het gezin van oorsprong van vrouwelijke transseksuelen is vaak sprake van een pathologische gezinssituatie. Wanneer de moeder ernstige emotionele problemen heeft, zoals een depressie, fantaseert het kind over de manier hoe het de moeder gelukkiger kan maken, zodat zij op haar beurt op een plezieriger manier door de moeder zal worden behandeld. Bij het meisje ontstaan reddersfantasieën. De vader is vaak psychologisch afwezig en steunt zijn vrouw niet in haar depressie. De dochter wordt als een substituut-man/echtgenoot vooruit geschoven in de breuk die haar vader achterlaat. Zij ontwikkelt een nauwe relatie met haar vader, en er ontstaat een proces waarin de dochter meer en meer een mannelijke positie inneemt en een mannelijke kerngenderidentiteit ontwikkelt. Het gedrag van het meisje gaat haar eigen depressie tegen, die zou kunnen ontstaan als ze zich realiseert dat zij een moeder heeft die geen moeder voor haar kan zijn. Ook om andere redenen kan het kind in een positie terecht komen waarin zij de taak op zich neemt een vacuüm op te vullen, schuldgevoelens te verzachten, of de sociale positie te verbeteren.

Overigens is het dubieus deze gezinssituaties als niet-conflictueus te kenschetsen. Later heeft Stoller zijn visie enigszins aangepast. Hij ging er toen van uit dat transseksualiteit een defensie is om een traumatische situatie te overwinnen. Daarbij verwees hij naar de moeder die niet in staat is haar kind te verzorgen en lief te hebben. In feite kwam hij hiermee uit bij een wél-conflictueuze identiteitshypothese. Later liet hij deze hypothese weer vallen, zodat er de facto geen duidelijke beschrijving van een niet-conflictueuze ontwikkeling van vrouwelijke transseksualiteit overblijft.

¹⁴ Stoller RJ. Etiological factors in female transsexualism: a first approximation. *Archives of Sexual Behavior* 2 (1972) 1, p.47/64; Desmit P & Corveleyn J. Psychodynamische hypothesen omtrent transseksualiteit. *Tijdschrift voor seksuologie* 14 (1990) p.239/55.

Ook anderen wijzen op de belangrijke rol die de vader inneemt in de ontwikkeling van de genderidentiteit. ¹⁵ Vaders bevestigen het genderspecifieke gedrag van hun kinderen meer dan moeders. Bij meisjes kan de genderidentificatie verstoord raken als de moeder de band met haar dochter te vroeg loslaat, en de vader bij zijn dochter de identificatie met zijn mannelijke kenmerken stimuleert.

6.3.3.2 Conflictueuze hypothese

Volgens Desmit & Corveleyn ¹⁶ hebben velen zich tegen de niet-conflictueuze identiteitshypothese van Stoller gekeerd. De 'conflict-defensie hypothese' beschrijft transseksualiteit als een product van een abnormale ontwikkeling, van conflicten en defensiemechanismen uit de symbiotische en de separatie-individuele fase. Primitieve defensiemechanismen zoals splitting, introjectie en projectieve identificatie zijn, evenals ego-verzwakking, constitutieve elementen van het transseksuele beeld. Bij deze hypothesevorming wordt naar inzicht gezocht via vergelijking met psychose, perversie en borderline (voor dit laatste ziektebeeld zie § 6.4.3).

Perversies

Kronberg et al. ¹⁷ vatten transseksualiteit op als een perversie, die kan dienen als verdediging tegen de zich ontwikkelende (of bestaande) psychose. Dit hangt af van het moment van de premature fixatie, gebeurtenissen in de kinderjaren, en het verleidingstrauma dat de abnormale objectselectie heeft opgeroepen. Vrouwelijke transseksuelen zouden vaak in de kinderjaren door de moeder zijn verwaarloosd. De vader heeft de zorg voor het kind op zich genomen, en er is een symbiotische relatie tussen vader en dochter gegroeid. De biseksuele vader moedigt de masculiene tendensen van zijn dochter aan, zodat zij zichzelf een andere naam gaat geven, zich gaat omkleden, en een voorkeur ontwikkelt voor het spelen met kinderen van het andere geslacht. De adolescent kiest een homoseksuele partner, of, bij een ernstiger vorm, ontwikkelt travestie. Er is volgens deze auteurs een overgang van verdediging tegen de neurose (bij homoseksualiteit) tot de verdediging tegen de psychose (bij transseksualiteit).

Ook Socarides (in Desmit & Corveleyn ¹⁸) neemt de theorievorming rond de perversies als referentiekader. Evenals bij perversies is de transseksueel niet succesvol de symbiotische en de separatie-individuele fase doorgelopen. Bij stress treedt regressie op naar de pre-oedipale positie, waar fusie is tussen moeder en kind. De perversie draagt bij tot verdringing van de regressie-eigenschap. Soms kan dat zelfs psychotische proporties aannemen. Volgens Gilpin et al. ¹⁹ stelt Socarides dat er bij transseksuele homoseksuelen sprake is van psychotische ontkenning, en soms is er bij transseksualiteit een paranoïde kern.

¹⁵ Lothstein LM. *Female-to-male transsexualism: Historical, clinical and theoretical issues*. Boston: Routledge & Kegan Paul 1983; Slijper FME. Genderidentiteitsstoornissen. In: Verhulst FC & Verhey F. *Kinder-enjeugdpsychiatrie: Onderzoeken diagnostiek*. Assen: Van Gorcum 1992, p.332/49.

¹⁶ Desmit P & Corveleyn J. Psychodynamische hypothesen omtrent transseksualiteit. *Tijdschrift voor seksuologie* 14 (1990) p.239/55.

¹⁷ Kronberg J, S Tyano, A Apter & H Wijsenbeek. Treatment of transsexualism in adolescence. *Journal of Adolescence* 4 (1981) p.177/85.

¹⁸ Desmit P & Corveleyn J. Psychodynamische hypothesen omtrent transseksualiteit. *Tijdschrift voor seksuologie* 14 (1990) p.239/55.

¹⁹ Gilpin DC, S Raza & D Gilpin. Transsexual symptoms in a male child treated by a female therapist. *American Journal of Psychotherapy* 33 (1979) 3, p.453/63.



Identificatie als omvattend proces

Rees²⁰ heeft een meer dynamische visie op genderidentiteitsstoornissen bij vrouwen gepresenteerd. Masculiene identificatie kan plaatsvinden in alle stadia van de ontwikkeling van het meisje. Het is volgens haar een oversimplificatie wanneer de feminiene ontwikkeling wordt gebaseerd op concepten als de castratieschok, primaire femininiteit, primaire identificatie met de moeder, of de kemgenderidentiteit. Feminiene en masculiene identificaties zijn primair noch secundair, maar het product van een voortgaande ontwikkeling, van voortdurende conflictoplossing, en van defensieve transformaties. Zij onderstreept het belang van de cognitieve ontwikkeling van het kind. Er is sprake van een jarenlange ontwikkeling van het logisch denken, het tijdsbesef, en het idee van continuïteit en differentiatie. De manier waarop genderrollen en identificaties zich ontwikkelen omvat een veel langzamer en meer gecompliceerd proces dan Freud heeft beschreven. Meisjes (evenals jongens) starten met een ongedifferentieerd genderbesef. Meisjes willen niet zozeer jongetje of man worden, maar hebben veel narcistische wensen ten aanzien van de ongelimiteerde mogelijkheden van zowel het man- als vrouw-zijn. Hierdoor is verklaarbaar waardoor er op jonge leeftijd een snelle wisseling kan optreden van feminiene en masculiene identificaties, hoewel het kind zich realiseert dat het tot de groep van meisjes behoort. De masculiene identificaties van het meisje zijn defensief van aard, soms tijdelijk, maar soms diep geworteld in pre-genitale en genitale angsten. Het kan een tijdelijke identificatie zijn als onderdeel van haar pogingen een verdere differentiatie aan te brengen tussen mannen en vrouwen; het kan wijzen op veel verschillende problemen in de identificatie met haar moeder; het kan een verdediging zijn tegen angsten voor heteroseksualiteit; en het zal onderdeel zijn van het oscilleren tussen feminiene en masculiene identificaties. Er zijn veel mogelijke redenen en onderliggende conflicten, pre-oedipaal en oedipaal, die het kind tracht op te lossen door een mannelijke identificatie. Rees wijst op de verstrekkende gevolgen van het onvermogen tot identificatie met de moeder. Dit heeft consequenties voor alle aspecten van de vorming van de pre-oedipale en oedipale psychische structuur. Wanneer de vroege egofuncties niet goed tot ontwikkeling komen, kan er ook geen oedipale genderidentificatie met de moeder tot stand komen. Slechts wanneer die er is, is het meisje vrij zich te identificeren met bepaalde aspecten van de persoonlijkheid van de vader zonder dat dit interfereert met haar seksuele identiteit, aldus Rees.

Traumatische ervaringen

Bij de beschrijving van de psychodynamiek van de vrouwelijke transseksueel wordt in de literatuur ook aandacht geschonken aan trauma's in de vorm van misbruikervaringen in het leven van kinderen die een genderidentiteitsstoornis ontwikkelen. Bradley²¹ behoort tot de eersten die deze variabele bij haar onderzoeken betrokken heeft. In bijna alle onderzochte gevallen speelt geweld of dreiging een belangrijke rol. De gezinnen worden gekenmerkt door conflicten tussen de ouders, de vader wordt gezien als gewelddadig of bedreigend, soms vindt er lichamelijk geweld plaats tussen de ouders, de moeder is subassertief of depressief, heeft bewondering voor haar man, ziet hem als misbruiker van vrouwen, en onderneemt weinig actie om het masculiene

²⁰ Rees K. "I want to be a daddy!": Meanings of masculine identifications in girls. *Psychoanalytic Quarterly* 56 (1987) p.497/522.

²¹ Bradley SJ. Female transsexualism - A child and adolescent perspective. *Child Psychiatry and Human Development* 11 (1980) 1, p.12/8.

gedrag van de dochter te ontmoedigen. Bij het meisje kan intense angst ontstaan voor letsel van zichzelf of van haar moeder wanneer de ouders vechten. Zij weigert zich te identificeren met de zwakke, misbruikte en inadequate moeder, en zoekt veiligheid door zich te identificeren met de agressieve, machtige vader. In haar fantasie verkrijgt zij op deze manier macht ter verdediging van zichzelf en ter bescherming van haar moeder.²²

Ook Meyer & Dupkin²³ concluderen uit hun onderzoek naar kinderen met een genderstoornis dat deze afkomstig zijn uit een verstoorde gezinssituatie. Tot de vroege ervaringen behoren: meerdere scheidingen tussen de ouders; afwezigheid of zich terugtrekken van de vader; vroege verstoting door beide ouders; en herhaaldelijk getuige zijn van coïtus van de ouders. Zij wijzen de niet-conflicteuze identiteitshypothese van Stoller ten stelligste af.

In een recente studie brengt Devor²⁴ genderidentiteitsstoornissen in verband met dissociatieve verschijnselen tegen de achtergrond van kindermishandeling. Vrouwelijke transseksuelen rapporteren vaak kindermishandeling in hun voorgeschiedenis. Devor vermeldt een literatuuronderzoek naar 80 studies in de periode 1922-1970. Daarin bleek dat 79% van de onderzochte kinderen hun vader als misbruikend zag. In zijn eigen onderzoek bleek 60% fysieke en/of seksuele en/of emotionele mishandeling te hebben meegemaakt. Hij concludeert dat kindermishandeling een etiologische factor kan vormen. Transseksualiteit kan in sommige gevallen een extreme adaptieve dissociatieve respons zijn op ernstige kindermishandeling, het resultaat van een soort persoonlijkheidsplitsing of -dissociatie. De agressieve persoonlijkheidstrekken worden aan de mannelijke segmenten toebedeeld, die gebruikt kunnen worden als verdediging tegen vrouwelijke kwetsbaarheid. Er bestaat overeenkomst met mensen met een multiple persoonlijkheidsstoornis, die in meer dan 80% van de gevallen beschermende alters hebben, die bijna altijd mannelijk zijn. Dissociatie is een vorm van leven mét in plaats van in het lichaam, aldus Devor.

Zucker & Kuksis²⁵ beschrijven een casus van een 11-jarig kind (in dit geval een jongen) die de laatste 2 à 3 jaar misbruikt is door zijn oudste broer van 16. Hij spreekt pas op 11-jarige leeftijd voor het eerst over genderdysforie. Zij merken op dat dit ongebruikelijk is. Wellicht heeft dit kind een kwetsbare genderidentiteit, die door het seksueel misbruik verder onder druk is komen te staan, zodat het zich meer bewust wordt van zijn genderdysforie.

6.3.4 Ontwikkeling van de genderidentiteitsstoornis in de adolescentie

Genderidentiteit is een belangrijk organiserend principe dat richting geeft aan het menselijk handelen. Vaak is het genderbesef op de achtergrond aanwezig. Wanneer de genderidentiteit gestoord is, staat deze voor de betrokkene prominent op de voorgrond. Incongruentie tussen iemands lichamelijke sekse en de subjectief beleefde gender heeft een verstrekkende invloed op de relatie tot zichzelf en de omgeving. Dit geldt in het bijzonder voor adolescenten, voor wie

²² Bradley SI, Steiner B, Zucker K, Doering RW, Sullivan J, Finegan IK & Richardson M. Gender identity problems of children and adolescents: The establishment of a special clinic. *Canadian Psychiatric Association Journal* 23 (1987) p.175/83.

²³ Meyer IK & Dupkin C. Gender disturbance in children: An interim report. *Bulletin of the Menninger Clinic* 49 (1985) 3, p.236/69.

²⁴ Devor H. Transsexualism, dissociation, and child abuse: An initial discussion based on nonclinical data. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 6 (1994) 3, p.49/72.

²⁵ Zucker KJ & Kuksis M. Gender dysphoria and sexual abuse: A case report. *Child Abuse & Neglect* 14 (1990) p.281/83.

deze relaties juist zo in het geding zijn. Kinderen met een genderidentiteitsstoornis praten vaak niet over hun gevoelens, uit angst voor afwijzing door hun ouders, of omdat ze hen geen verdriet willen aandoen, of uit schaamte. In de adolescentie treden problemen rond genderidentiteit en genderrol gedrag echter onontkoombaar op de voorgrond. De adolescentie vormt de tweede periode van separatie en individuatie. In die periode kunnen conflicten, wensen en fantasieën uit de pre-oedipale en oedipale fase herleven. De ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken confronteert een adolescent sterker dan voorheen met het man- of vrouw-zijn. Door de toenemende vermannelijking of vervrouwelijking van het lichaam groeit het gevoel van vreemding ten opzichte van het lichaam, en neemt de genderdysforie toe.²⁶ De adolescent heeft interne conflicten vanwege ongewenste lichamelijke veranderingen, en is tevens in conflict met de ouders.²⁷ Voor adolescenten met genderidentiteitsproblemen is de vorming van een stabiel zelfconcept, groepsconformiteit en vriendschapsrelaties bijna onmogelijk. Vaak zijn zij angstig, labiel en impulsief, en hebben zij een afkeer van het lichaam.²⁸ De adolescent staat voor de opgave, de innerlijke beleving van zichzelf in overeenstemming te brengen met de manier waarop anderen hem waarnemen. Voor de transseksueel is de adolescentie een tijd van crisis. Soms is het mogelijk, bijvoorbeeld in homoseksuele kringen, uitdrukking te geven aan de gewenste genderrol, omdat dit daar meer geaccepteerd is. Om volledig te gaan leven in de rol van het andere geslacht moet veel weerstand in gezinsverband worden overwonnen.²⁹ Op school tracht de adolescent de masculiene tendensen te verbergen, en hij voelt zich geïsoleerd en depressief. In de adolescentiefase treden hormonale en fysiologische lichaamsveranderingen op waaraan niet te ontkomen valt. Daarop wordt vaak gereageerd met depressie, en zelfs met suïcidale neigingen.³⁰ Er treedt een samenspel op tussen onbewuste pre-genitale fantasieën, die door de lichamelijke veranderingen opnieuw worden geactiveerd, en conflicten over veranderende relaties met gezinsleden en leeftijdgenoten.³¹ In de adolescentie gebruikt het meisje splitting als het overheersend verdedigingsmechanisme. Ze kan geen bevredigende relaties met leeftijdgenoten vormen. Ze voelt zich anders dan haar leeftijdgenoten, en kan zich niet met hen identificeren. De identiteit die zich in deze cruciale fase van haar leven uitkristalliseert, is gebaseerd op mythen en fantasieën uit haar kinderjaren. Zij ontwikkelt de identiteit van een jongen, en zoekt in de loop van de adolescentie een seksuele partner overeenkomstig deze uitgekristalliseerde identiteit. Door een relatie met een vrouw aan te gaan, kan zij haar geloof overeind houden dat zij een man is.³²

²⁶ Cohen-Kettenis PT. Psychoseksuele ontwikkelingsstoornissen bij adolescenten. In: Sanders-Woudstra JAR, Verhuist FC & de Witte HFJ (red.). *Kinder-enjeugdpsychiatrie: Psychopathologieën behandeling*. Assen: Van Gorcum 1995, p.151/63.

²⁷ Davenport CW & Harrison SI. Gender identity change in a female adolescent transsexual. *Archives of Sexual Behavior* 6 (1977) 4, p.327/40.

²⁸ Dulcan MK & Lee PA. Transsexualism in the adolescent girl. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23 (1984) 3, p.354/61.

²⁹ Newman LE. Transsexualism in adolescence. Problems in evaluation and treatment. *Archives of General Psychiatry* 23 (1970) p.112/21.

³⁰ Kronberg J, Tyano S, Apter A & Wijzenbeek H. Treatment of transsexualism in adolescence. *Journal of Adolescence* 4 (1981) p.177/85.

³¹ Rees K. "I want to be a daddy!": Meanings of masculine identifications in girls. *Psychoanalytic Quarterly* 56 (1987) p.497/522.

³² Volkan VD & Masri A. The development of female transsexualism. *American Journal of Psychotherapy* 43 (1989) 1, p.92/107.

Het is opmerkelijk dat bij de beschrijving van genderidentiteitsstoornissen in de adolescentie de theorie van Erikson tot nu toe volledig buiten beschouwing is gebleven. Erikson heeft zijn psychosociale ontwikkelingstheorie opgesteld als uitbreiding van de ego-psychoanalytische theorie, die weer geworteld was in de klassieke psychoanalytische theorie. Hij schetst een ontwikkelingsoverzicht van fasen van egogroei in de vorm van leeftijdsspecifieke 'crises'.³³ In het epigenetisch ontwikkelingsmodel van Erikson is de identiteitsvorming de vijfde van in totaal acht fasen. In deze fase, die gedeeltelijk samenvalt met de adolescentie, staat de jongere voor de taak alle identificaties uit de kinderjaren te synthetiseren, en in overeenstemming te brengen met de rollen die hij in de maatschappij gaat innemen. Friedman³⁴ geeft, in aansluiting op de opvattingen van Erikson, aan dat in de adolescentie een homoseksuele identiteit kan ontstaan als gevolg van een verstoord proces van ego-ontwikkeling. Dit kan leiden tot het in het bewustzijn doordringen van voorheen onbewuste oedipale en pre-oedipale fantasieën, en geeft angst en verdere verawakking van de ego-mechanismen.

6.3.5 Implicaties voor psychotherapie

In voorgaande paragrafen is naar voren gekomen dat er verschillend wordt gedacht over de etiologie van de kerngenderidentiteit. Dit heeft consequenties voor de mogelijkheden van psychotherapie. Als de kerngenderidentiteit definitief verankerd is in de persoonlijkheid van het kind vóór het derde levensjaar, is beïnvloeding door psychotherapie bij kinderen ouder dan deze leeftijd niet meer mogelijk. Een zekere vorm van bijsturing is echter wel denkbaar als uitgegaan wordt van de opvatting dat de kerngenderidentiteit weliswaar op jonge leeftijd in grote lijnen wordt gevormd, maar pas zijn definitieve vorm krijgt door een meer omvattend proces van adaptaties in de kinderjaren en de adolescentie. In de hiervoor beschreven visies van onder andere Lothstein en Rees is meer ruimte voor ingrijpen in het proces van identificatie. Dit biedt perspectief voor psychotherapie met in ieder geval kinderen en adolescenten. Zoals later uiteengezet zal worden, is er een aanzienlijke hoeveelheid literatuur waarin psychotherapie bij kinderen en adolescenten als een effectieve vorm van behandeling wordt beschreven.

Uitgaande van de visie dat bij adolescenten de genderidentiteit zich nog verder differentieert, zou bij de hulpverlening aan adolescenten met een genderidentiteitsstoomis gebruik gemaakt kunnen worden van de inzichten die gebaseerd zijn op de theorie van Erikson. Zo heeft bijvoorbeeld Josselson³⁵ mogelijkheden aangegeven voor interveniëren in het proces van identiteitsvorming. Er zou kunnen worden onderzocht in hoeverre dit toepasbaar is op de vorming van de genderidentiteit.

Naarmate iemand ouder wordt, neemt de genderidentiteit een meer solide vorm aan. Algemeen wordt aangenomen dat de mogelijkheden voor psychotherapie daardoor steeds beperkter worden. Psychotherapie die verandering van de genderidentiteit bij volwassenen beoogt, is in de ogen van velen vruchteloos. Niettemin zijn er studies waarin het effect wordt beschreven van psychotherapie bij volwassenen.

³³ Marcia JE. Identity and psychotherapy. In: Archer SL (ed.). *Interventions for adolescent identity development*. London: Sage Publications 1994, p.29/46.

³⁴ Friedman RC. *Male homosexuality: A contemporary psychoanalytic perspective*. New Haven/London: Yale University Press 1988.

³⁵ Josselson R. The theory of identity development and the question of intervention: An introduction. In: Archer SL (ed.). *Interventions for adolescent identity development*. London: Sage Publications 1994, p.12/25.

6.4 Relatie van de genderidentiteitsstoornis met andere problematiek

6.4.1 Verstoord ontwikkelingsproces

Om verschillende redenen is het aannemelijk dat genderidentiteitsstoornissen samengaan met andere soorten problematiek. De psychodynamische theorieën met betrekking tot de etiologie gaan ervan uit dat het mislukken van de identificatie met de ouder van hetzelfde geslacht wijst op een verstoord ontwikkelingsproces bij het jonge kind, vaak onder invloed van een pathologische gezinssituatie. Het is te verwachten dat ontwikkelingsstoornissen in de vroege levensfase ook in andere aspecten dan alleen de kerngenderidentiteit doorwerken. Bovendien ervaart een kind met een genderidentiteitsstoornis al vroeg dat het anders is dan andere kinderen. De sociale gevolgen hiervan, zoals afwijzing en isolatie, belemmeren een gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling. Desmit & Corveleyn³⁶ en Lothstein³⁷ concluderen, op grond van psychodiagnostisch onderzoek bij transseksuelen, dat er bij velen van hen sprake is van ernstige psychopathologie.

In deze paragraaf wordt allereerst nagegaan van welke andersoortige problemen genderidentiteitsstoornissen moeten worden onderscheiden. Bij twee probleemgebieden, nl. de borderline persoonlijkheidsstoornissen en homoseksualiteit, wordt uitvoeriger stilgestaan, omdat er sprake is van een vrij sterke verwantschap met genderidentiteitsstoornissen.

6.4.2 Differentiaal-diagnose

Bij het stellen van de diagnose 'genderidentiteitsstoornis' wordt in veel publicaties erop gewezen dat symptomen als genderdysforie kunnen voorkomen bij andere ziektebeelden.³⁸ In differentiaal-diagnostisch opzicht moet worden gelet op onder meer de volgende beelden:

- transvestitisch fetisjisme
- angst voor seksualiteit in het algemeen
- homoseksualiteit

³⁶ Desmit P & Corveleyn J. Psychodynamische hypothesen omtrent transseksualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie* 14 (1990) p.239/55.

³⁷ Lothstein LM. Psychological testing with transsexuals: A 30-year review. *Journal of Personality Assessment* 48 (1984) 5, p.500/7.

³⁸ O.a. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA 1994⁴; Cohen-Kettenis PT. Psychoseksuele ontwikkelingsstoornissen bij adolescenten. In: Sanders-Woudstra JAR, Verhuist FC & de Witte HFJ (red.). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Psychopathologie en behandeling*. Assen: Van Gorcum 1995b, p.151/63; Coleman E & Cesnik J. Skoptic syndrome: The treatment of an obsessional gender dysphoria with lithium carbonate and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 44 (1990) 2, p.204/17; Dulcan MK & Lee PA. Transsexualism in the adolescent girl. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23 (1984) 3, p.354/61; Ladee-Levy JV. Stoornissen in de ontwikkeling van de sexuele functies. In: Sanders-Woudstra JAR & HFJ de Witte (red.) *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum 1986, p.109/40; Lothstein LM. Psychotherapy with patients with gender dysphoria syndromes. *Bulletin of the Menninger Clinic* 41 (1977b) 6, p.563/82; Meyer JK & Dupkin C. Gender disturbance in children: An interim report. *Bulletin of the Menninger Clinic* 49 (1985) 3, p.236/69; Poland D. Transseksualiteit - belangrijkste symptomen, differentieële diagnose en behandelingsplannen. In: Kamprad B & Schiffels W (red.). *Het verkeerde lichaam: Alles over transseksualiteit*. Baarn: Ambo 1991, p.58/68; Roback HB, McKee E, Webb W, Abramowitz CV & Abramowitz SI. Psychopathology in female sex-change applicants and two help-seeking controls. *Journal of Abnormal Psychology* 85 (1976) 4, p.430/2; Steiner BW. Intake assessment of gender-dysphoric patients. In: Blanchard R & Steiner BW. *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Washington: American Psychiatric Press 1990, p.95/106; Thimm D & Kreuzer E-M. Transsexualität im Jugendalter: Literaturübersicht. *Praxis der Kinderpsychologie* 33 (1984) p.70/5.

homofobie
 reactie op seksueel misbruik
 polymorfe perversiteit
 sadomasochisme
 nonconformiteit aan stereotiep sekserol gedrag
 organische stoornissen (tempora) lobe syndrome, organic brain syndrome)
 pseudohermafroditisme
 skoptisch syndroom
 schizofrenie met seksuele wanen
 genderverwarring in verband met een acute psychotische toestand
 genderidentiteitsverwarring
 persoonlijkheidsstoornissen: borderline, narcistische, passief-agressieve, impulsieve, schizoïde, histrionische, antisociale persoonlijkheid
 depressie
 neurotische problematiek
 normaal fasegedrag van kinderen
 adolescentiecrisis
 huwelijksproblematiek.

6.4.3 Borderline persoonlijkheidsstoornissen

In de literatuur worden genderidentiteitsstoornissen veelvuldig in verband gebracht met borderline persoonlijkheidsstoornissen. Volgens sommigen is er vaak, of zelfs altijd, sprake van borderline persoonlijkheidsproblematiek bij transseksuelen.³⁹ Cohen-Kettenis e.a.⁴⁰ trachten de samenhang te verklaren door te stellen dat het op jonge leeftijd ontdekken en geheim houden van het anders-zijn predisponeren tot een stoornis in de persoonlijkheidsontwikkeling. De persoonlijkheid kan zich gefragmenteerd gaan ontwikkelen, en uitgroeien tot een borderline persoonlijkheidsorganisatie. Lothstein⁴¹ (1984) inventariseert 41 studies waarin psychologisch onderzoek van transseksuelen in een periode van 30 jaar wordt beschreven. Hij concludeert dat er een groeiend inzicht bestaat dat transseksualiteit kan worden opgevat als een variant of subtype van het spectrum van borderline stoornissen. De etiologie hiervan is te herleiden tot een ontwikkelingsstoornis die optreedt gedurende de zgn. 'rapprochement fase' van de separatie-individuatie periode. Tot de fundamentele psychologische problematiek van transseksuelen behoort volgens Lothstein onder meer: defecten in symboolformatie, onvermogen tot identiteitsintegratie, verminderde ego-functies, gebruik van primitieve verdedigingsmechanismen, organisatie van objectrelaties langs sadomasochistische lijn, verminderde kerngenderidentiteit, en inadequate zelf-object differentiatie. Volkan & Masri⁴² gaan in op het onderscheid tussen de innerlijke

³⁹ Cuypere G de, Jannes C & Rubens R. Medisch-ethische benadering van transseksualiteit en de geslachtsaanpassende behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 37 (1995) 2, p.125/39.

⁴⁰ Cohen-Kettenis PT, Kuiper AJ, Zwaan WA & Huysse FJ. Transseksualiteit. II) Diagnostiek: de eerste, tentatieve, fase. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136 (1992) 39, p.1895/97.

⁴¹ Lothstein LM. Psychological testing with transsexuals: A 30-year review. *Journal of Personality Assessment* 48 (1984) 5, p.500/7.

⁴² Volkan VD & Masri A. The development of female transsexualism. *American Journal of Psychotherapy* 43 (1989) 1, p.92/107.



psychologische structuur van de transseksueel en personen met een borderline persoonlijkheidsorganisatie. In tegenstelling tot transseksuelen zijn mensen met een typische borderline persoonlijkheidsorganisatie in staat te differentiëren tussen de zelf- en de objectrepresentaties. De vraag kan worden gesteld, waarom veel vrouwen met een borderline persoonlijkheid geen transseksualiteit ontwikkelen, en sommige wel. Een cruciale factor hierin lijkt te zijn de aanwezigheid van een trauma in het leven van een kind.

6.4.4 Homoseksualiteit

Transseksualiteit verschilt in een aantal opzichten van homoseksualiteit. Een belangrijk onderscheid is, dat bij homoseksualiteit de genderidentiteit conform het biologisch geslacht is. Een lesbische vrouw is in seksueel opzicht georiënteerd op andere vrouwen, terwijl zij zichzelf voluit vrouw kan voelen. Dit is niet bij alle lesbische vrouwen het geval; er zijn ook lesbische vrouwen die zich in meer of mindere mate masculien voelen. Gaat dit echter zover dat zij de overtuiging hebben dat zij in feite man zijn, en hun biologisch geslacht willen laten veranderen, dan is er sprake van transseksualiteit. Het onderscheid komt ook tot uiting in het feit dat in de DSM-IV genderidentiteitsstoornissen wel en homoseksualiteit niet tot de psychiatrische stoornissen worden gerekend.

Een aantal auteurs gaat echter vooral uit van de samenhang tussen genderidentiteitsstoornissen en homoseksualiteit. Thimm & Kreuzer⁴³ concluderen op grond van literatuuronderzoek dat in publicaties uit de jaren '40 transseksualiteit meer op één lijn wordt gesteld met seksuele deviaties als feminiene homoseksualiteit en travestie; daarna komt er meer oog voor het onderscheid. Bij de bespreking van de psychodynamische theorieën met betrekking tot het ontstaan van genderidentiteitsstoornissen kwam naar voren, dat dit onderscheid te maken kan hebben met de ontwikkelingsfase waarin identificatieproblemen optreden. Na de vorming van de kerngenderidentiteit in de pre-oedipale fase komt in de oedipale fase de seksuele identiteit verder tot ontwikkeling. Stoornissen in de pre-oedipale fase kunnen leiden tot transseksualiteit, stoornissen in de oedipale fase tot een homoseksuele ontwikkeling.⁴⁴ Friedman⁴⁵ stelt dat er grote overeenkomst bestaat tussen de gezinspatronen van mensen met exclusieve (in dit geval mannelijke) homoseksualiteit en kinderen met een genderidentiteitsstoornis. Zijn hypothese luidt, dat er in de ontwikkeling van het kind met een gestoorde genderidentiteit een korte, kritische periode bestaat voor het ontwikkelen van een genderidentiteitsstoornis. Als die periode goed doorlopen wordt, volgt een homoseksuele ontwikkeling. Stoller⁴⁶ is van mening dat homoseksualiteit vaak een eindproduct is van processen van verdediging tegen trauma (namelijk gevaarvolle, pijnlijke interpersoonlijke relaties). Met name de vrouwelijke vorm van transseksualiteit is in dit opzicht verwant aan homoseksualiteit, omdat bij het ontstaan van transseksualiteit eveneens sprake is van defensie tegen het trauma (het ervaren van het onvermogen van een

⁴³ Thimm D & Kreuzer E-M. Transsexualität im Jugendalter: Literaturübersicht. *Praxis der Kinderpsychologie* 33 (1984) p.70/5.

⁴⁴ Desmit P & Corveleyn J. Psychodynamische hypothesen omtrent transseksualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie* 14 (1990) p.239/55.

⁴⁵ Friedman RC. *Male homosexuality: A contemporary psychoanalytic perspective*. New Haven/London: Yale University Press 1988.

⁴⁶ Stoller RJ. Etiological factors in female transsexualism: A first approximation. *Archives of Sexual Behavior* 2 (1972) 1, p.47/64.

moeder die depressief is en onvoldoende zorg aan het meisje kan bieden), en van het vormen van identiteitsstructuren die voorkomen dat de identiteit door herhaling van het trauma opnieuw wordt ondermijnd.

Volgens Hellman et al. vat een aantal psychoanalytici transseksualiteit op als een uiting van het verdringen van homoseksuele tendensen.⁴⁷ De verantwoordelijkheid voor homoseksualiteit kan hierdoor worden ontlopen. Het accent wordt verlegd van een onacceptabele objectkeuze naar de meer acceptabele problematiek van de kerngenderidentiteit. Heteroseksualiteit blijft overeind staan door zich te identificeren met iemand van het andere geslacht. Ook Lothstein & Levine⁴⁸ en De Cuypere e.a. bespreken de opvatting dat personen die eigenlijk homoseksueel zijn hun homoseksuele tendensen afweren en zich in transseksuele richting ontwikkelen.⁴⁹ Er zijn onder meer sociale redenen (intolerantie ten opzichte van homoseksuelen) die een rol spelen in de ontwikkeling van genderdysforie. Door te veranderen van gender maken ze hun homoseksualiteit maatschappelijk beter aanvaardbaar. Shtasel wijst er dan ook op dat er patiënten zijn die zichzelf diagnostiseren als transseksueel, en zich tot de hulpverlening wenden met het doel dat de therapeut de uiteindelijke validatie verschafft van hun diagnose, zodat zij worden bevestigd in hun wens een geslachtsaanpassende behandeling te ondergaan. De therapeut staat dan voor de uitdaging deze zelfdiagnose kritisch te beoordelen. Er zijn homoseksuelen die zo bang zijn uit te komen voor hun homoseksuele belangstelling, dat zij gaan geloven dat ze transseksueel zijn en liever hun gender opgeven dan een homoseksuele leefstijl beginnen. De therapeut moet dus differentiëren tussen de homofobische en de werkelijke transseksueel. Voordat tot een operatieve behandeling wordt overgegaan, moeten fobische reacties op homoseksualiteit worden onderzocht en behandeld.⁵⁰

Bij het maken van onderscheid kan iemands biografie belangrijke aanwijzingen opleveren. Ehrhardt et al. vergelijken de ontwikkeling in de kindertijd en de adolescentie van transseksuele vrouwen met die van homoseksuele vrouwen.⁵¹ De belangrijkste verschillen zijn, dat bij 80% van de transseksuelen omkleden voorkomt, en bij de lesbische vrouwen in het geheel niet. Ook de mate van genderidentiteitsverwarring in de adolescentie en de negatieve reacties op de ontwikkeling van borsten en de menarche zijn verschillend.

Ook Küchenhoff² vindt een strenge eenduidige afscherming tussen homoseksualiteit en transseksualiteit niet te handhaven. Homoseksuele neigingen of problemen kunnen door de wens van geslachtsverandering worden afgeweerd. Pas in het licht van een intensieve behandeling kan uitsluitel worden gegeven over deze samenhang. Zowel bij de door hem gepresenteerde casus

⁴⁷ Hellman RE, Green R, Gray JL & Williams K. Childhood sexual identity, childhood religiosity, and 'homophobia' as influences in the development of transsexualism, homosexuality, and heterosexuality. *Archives of General Psychiatry* 38 (1981) p.910/15.

⁴⁸ Lothstein LM & Levine SB. Expressive psychotherapy with gender dysphoric patients. *Archives of General Psychiatry* 38 (1981) p.924/29.

⁴⁹ Cuypere G de, Jannes C & Rubens R. Medisch-ethische benadering van transseksualiteit en de geslachtsaanpassende behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 37 (1995) 2, p.125/39.

⁵⁰ Shtasel TF. Behavioral treatment of transsexualism: A case report. *Journal of Sex & Marital Therapy* 5 (1979) 4, p.362/67.

⁵¹ Ehrhardt AA, Grisanti G & McCauley EA. Female-to-male transsexuals compared to lesbians: Behavioral patterns of childhood and adolescent development. *Archives of Sexual Behavior* 8 (1979) 6, p.481/90.

⁵² Küchenhoff B. Transsexualismus als Symptom einer Persönlichkeitsstörung und seine Behandlung. *Nervenarzt* 59 (1988) p.734/38.

als in andere studies gaan patiënten die transseksueel leken te zijn na de behandeling als homoseksueel door het leven, en hebben de wens van geslachtsverandering opgegeven.

Hellman et al.⁵³ onderzoeken in hoeverre het vermijden van homoseksualiteit door zich te ontwikkelen als transseksueel vaker voorkomt bij mensen met een religieuze overtuiging. Zij hadden de indruk dat Katholieken oververtegenwoordigd waren bij transseksuelen en ondervertegenwoordigd bij homoseksuelen. Volgens hun onderzoek is homofobie de factor die het meest bijdraagt aan een transseksuele uitkomst. Hun hypothese dat transseksuelen een strengere religieuze achtergrond hebben wordt hierdoor niet bevestigd. Transseksualiteit wordt volgens hen niet enkel gemotiveerd vanuit het conflict tussen een homoseksuele oriëntatie en het christelijk geloof. Dat homofobie een motiverende factor voor transseksuelen vormt, komt vooral voort uit hun wens zich aan te sluiten bij de sociale conventies ten aanzien van heteroseksualiteit. Zij concluderen dat de meest belangrijke invloed op de ontwikkeling van transseksualiteit niet wordt gevormd door een conflict tussen religieuze waarden en homofobie, maar door femininiteit in de kinderjaren en een verlangen te behoren tot het andere geslacht.

De seksuele oriëntatie van transseksuelen kan aanleiding geven tot verwarring. Vanuit het perspectief van de ander lijken zij homoseksueel georiënteerd te zijn. Vanuit de beleving man te zijn ervaart een VM-transseksueel zichzelf echter als heteroseksueel georiënteerd wanneer zij zich aangetrokken voelt tot vrouwen. Volgens Stoller⁴ voelen transseksuele vrouwen zich aangetrokken tot feminiene vrouwen die een heteroseksuele oriëntatie hebben, die verlangen naar zwangerschap en de moederrol, en die houden van een mannelijk lichaam. Transseksuele vrouwen vermijden homoseksuele vrouwen. Verschoor & Poortinga⁵⁵ vonden in hun onderzoek bevestiging voor het feit dat transseksuele vrouwen bijna zonder uitzondering zichzelf als heteroseksuele mannen beleven. Daarin verschillen zij van de onderzochte transseksuele mannen, van wie een belangrijk gedeelte zichzelf als lesbische vrouw beleeft. Ook Blanchard⁵⁶ rapporteert dat bijna alle vrouwen met genderdysforie van het homoseksuele type zijn.

6.5 Psychotherapie bij genderidentiteitsstoornissen

6.5.1 Geslachtsaanpassende behandeling en/of psychotherapie

Er bestaan verschillende vormen van behandeling voor patiënten die hulp vragen vanwege genderidentiteitsproblematiek. Welke hulpverlening geboden wordt, hangt onder meer af van de ernst van de genderproblematiek en van de leeftijd. Patiënten met genderdysforie die niet voldoen aan de criteria voor een genderidentiteitsstoornis worden in principe behandeld met psychotherapie. Indien er echter sprake is van de overtuiging tot het andere geslacht te behoren, leeft vaak de wens het lichaam met deze overtuiging in overeenstemming te brengen door middel

⁵³ Hellman RE, Green R, Gray JL & Williams K. Childhood sexual identity, childhood religiosity, and 'homophobia' as influences in the development of transsexualism, homosexuality, and heterosexuality. *Archives of General Psychiatry* 38 (1981) p.910/15.

⁵⁴ Stoller R. The treatment of transvestism and transsexualism. *Current Psychiatric Therapies* 6 (1966) p.92/104.

⁵⁵ Verschoor AM & Poortinga J. Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior* 17 (1988) 2, p.173/178.

⁵⁶ Blanchard R. Gender identity disorders in adult women. In: Blanchard R & Steiner. *BW. C/inica/ management of gender identity disorders in children and adults*. Washington: American Psychiatric Press 1990, p.79/91.

van een geslachtsaanpassende behandeling (hierna aangeduid als SRS, de - ook in het Nederlandse taalgebied regelmatig gebruikte - afkorting van 'Sex Reassignment Surgery'). SRS wordt door personen met een genderidentiteitsstoornis vaak als enige oplossing voor de als onhoudbaar beleefde genderdysforie gezien. In de literatuur wordt vaak gesteld dat zij gewoonlijk niet open staan voor psychotherapie.

Bij SRS kunnen zowel de primaire als de secundaire geslachtskenmerken worden gewijzigd. SRS kan bestaan uit een hormonale en een chirurgische behandeling, epilatie en logopedie. De laatste tijd wordt benadrukt dat het resultaat van deze behandeling wordt vergroot door tevens zowel pre- als post-operatief een vorm van psychosociale begeleiding of psychotherapie toe te passen. Hierdoor kan de psychologische aanpassing aan de lichamelijke verandering worden bevorderd,⁵⁷ en kunnen de niet-genderspecifieke problemen, die voor het slagen van de SRS van belang zijn (niet verwerkte traumata, sociale aanpassing, fysieke bijzonderheden), worden bijgestuurd.⁵⁸ Voordat tot opereren wordt overgegaan, moet de kandidaat aan de voorwaarde voldoen een zekere periode (bijv. 1 jaar) in de rol van het andere geslacht te hebben geleefd (de zgn. 'real-life test'). De minimum-leeftijd voor het ondergaan van SRS is in een aantal landen gesteld op 21 jaar. In Nederland bedraagt deze 18 jaar, terwijl in sommige gevallen op nog jongere leeftijd met hormoonbehandeling wordt begonnen.⁵⁹

In de literatuur vormt het een onderwerp van discussie in hoeverre het wenselijk is SRS uit te voeren. Als argumenten tegen het toepassen van SRS worden onder andere genoemd:

financiële aspecten; beperkte beschikbaarheid; irreversibiliteit⁶⁰

fundamentele psychologische problemen worden niet behandeld; resultaten zijn soms teleurstellend⁶¹

het gevaar dat de operatie slechts de masochistische impulsen bevredigt en de schuldgevoelens wegneemt, terwijl de diepere stoornis blijft bestaan⁶²

de meeste genderdysforie-patiënten zijn secundaire transseksuelen, die baat kunnen hebben bij verschillende vormen van psychotherapie⁶³

de aantasting van het welzijn van andere gezinsleden van gehuwde transseksuelen.⁶⁴

Zoals uit effectonderzoek blijkt,⁶⁵ rapporteert een vrij hoog percentage geopereerden tevreden

⁵⁷ Davenport CW & Harrison SI. Gender identity change in a female adolescent transsexual. *Archives of Sexual Behavior* 6 (1977) 4, p.327/40.

⁵⁸ Cuypere G de, Jannes C & Rubens R. Medisch-ethische benadering van transseksualiteit en de geslachtsaanpassende behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 37 (1995) 2, p.125/39.

⁵⁹ Cohen-Kettenis PT & Wälinder J. Sex reassignment surgery in Europe: A survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75 (1987) p.176/182.

⁶⁰ Barlow DH, Abel GG & Blanchard EB. Gender identity change in a transsexual: An exorcism. *Archives of Sexual Behavior* 6 (1977) 5, p.387/95.

⁶¹ Barlow DH, Abel GG & Blanchard EB. Gender identity change in transsexuals: Follow-up and replications. *Archives of General Psychiatry* 36 (1979) p.1001/7.

⁶² Kronberg J, Tyano S, Apter A & Wijzenbeek H. Treatment of transsexualism in adolescence. *Journal of Adolescence* 4 (1981) p.177/85.

⁶³ Lothstein LM. Sex reassignment surgery: Historical, bioethical, and theoretical issues. *American Journal of Psychiatry* 139 (1982) 4, p.417/26.

⁶⁴ Cuypere G de, Jannes C & Rubens R. Medisch-ethische benadering van transseksualiteit en de geslachtsaanpassende behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 37 (1995) 2, p.125/39.

⁶⁵ Lothstein LM. Sex reassignment surgery: Historical, bioethical, and theoretical issues. *American Journal of Psychiatry* 139 (1982) 4, p.417/26; Kuiper AJ. *Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling*. Utrecht: Elinkwijk, 1991.

te zijn met SRS. Dit neemt niet weg dat een kleiner percentage enigszins tot zeer ontevreden is over de behandelresultaten. Enkelen zijn zelfs spijtoptant, in die zin dat zij zouden willen terugkeren naar het oorspronkelijke biologische geslacht. Dit pleit voor de wenselijkheid dat er zicht komt op de mogelijkheden van psychotherapie.

6.5.2 Psychotherapie bij kinderen met een genderidentiteitsstoornis

Kinderen met een genderidentiteitsstoornis komen vanwege hun ontwikkelingsstadium niet in aanmerking voor SRS. Zij kunnen met een vrij grote mate van succes worden behandeld met gedragspsychotherapie of psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie, in combinatie met ouderbegeleiding, gezinstherapie en/of milieutherapie.⁶⁶ Over de mogelijkheden en resultaten van een psychotherapeutische behandeling bij kinderen met een genderidentiteitsstoornis is vrij veel bekend.⁶⁷ In dit hoofdstuk wordt hierop niet verder ingegaan.

6.5.3 Psychotherapie bij adolescenten met een genderidentiteitsstoornis

Er zijn therapeuten die vinden dat het te laat is als psychotherapie pas in de adolescentie begint. Kronberg et al.⁶⁸ zijn echter van mening dat de vroege adolescentie de meest geschikte fase is voor het starten van de behandeling. Er is dan nog voldoende tijd om de conflicten die eraan ten grondslag liggen te behandelen, en het verstoorde zelfbeeld te corrigeren.

In de meer recente publicaties komt het beeld naar voren dat psychotherapie bij adolescenten adequate mogelijkheden biedt om tegemoet te komen aan hun problematiek. In wat oudere studies ligt het accent op begeleiding van de adolescent en zijn gezin in de richting van SRS. Zo stelt Higham⁶⁹ zich op het standpunt dat, ook bij jeugdigen, hulpverlening niet moet streven naar symptoombestrijding door persoonlijkheidsverandering. Binnen de psychotherapie is rehabilitatie in plaats van curatie een legitieme behandelvorm bij dit soort problemen. De gedragingen van de patiënt worden met gezin en patiënt besproken als variaties en opties. Het gezin en de school worden aangemoedigd de afwijkende gedragingen van de jongere te accepteren. Er wordt jarenlang begeleiding geboden aan gezin en patiënt. Het eindpunt van rehabilitatie is bereikt als het geslacht hormonaal, chirurgisch, sociaal en wettelijk is aangepast.

Newman⁷⁰ zegt dat, wanneer een transseksueel in de rol van het tegenovergestelde geslacht gaat leven, dit vaak betekent dat hij wordt uitgestoten uit het gezin. In het kader van een therapie kan echter vaak worden bereikt dat de jongere kan experimenteren met het leven in de rol van het andere geslacht. Bij de besluitvorming en de planning moet het gezin worden betrokken in de vorm van een aantal gezinstherapie-sessies. Nadat de patiënt een aantal maanden in de nieuwe genderrol geleefd heeft, kan worden begonnen met hormoontherapie.

⁶⁶ Zucker KJ. Cross-gender-identified children. In: Steiner BW (ed.). *Genderdysphoria: Development, research, management*. London: Plenum Press 1985, p.75/174.

⁶⁷ Zucker KJ & Bradley SJ. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Publications 1995.

⁶⁸ Kronberg J, Tyano S, Apter A & Wijzenbeek H. Treatment of transsexualism in adolescence. *Journal of Adolescence* 4 (1981) p.177/85.

⁶⁹ Higham E. Case management of the gender incongruity syndrome in childhood and adolescence. *Journal of Homosexuality* 2 (1976) 1, p.49/57.

⁷⁰ Newman LE: Transsexualism in adolescence. Problems in evaluation and treatment. *Archives of General Psychiatry* 23 (1970) p.112/21.

Ook Steiner⁷¹ is van mening dat het gezin erbij betrokken moet worden. De gezinsleden hebben veel steun nodig, en moeten de gelegenheid krijgen hun gevoelens van boosheid en vijandigheid te ventileren. Tegelijkertijd kunnen ze hun schuldgevoelens aanpakken. Van beide kanten is er sprake van sterke schuldgevoelens: de ouders voelen zich falen, en de adolescent is zich bewust van de moeiten die de familie ervaart. Het doel van de therapie is niet het veranderen van de wens van SRS van de patiënt, maar veeleer de adolescent te helpen beter de redenen te begrijpen door de onderliggende psychodynamiek te exploreren. Zo heeft de adolescent tijd om andere gebieden te onderzoeken die op de problematiek van invloed zijn, en emotionele stabiliteit te krijgen.

Braun⁷² stelt in een overzichtartikel dat veel meer jongeren door psychotherapie beïnvloedbaar blijken te zijn dan aanvankelijk werd gedacht. Adolescenten komen vaak in therapie naar aanleiding van het mislukken van relaties, of omdat zij een suïcidepoging hebben ondernomen. Bij jongeren is er nog een grotere flexibiliteit en bereidheid tot omschakelen dan bij volwassenen. Zij hebben een vrij grote mate van onzekerheid en ambivalentie over hun geslachtsrol. Zij waarschuwt ervoor (evenals bij homoseksuele problematiek bij adolescenten) een trans seksuele oriëntatie te snel te ondersteunen en op die manier iatrogen te fixeren. Ook Thimm & Kreuzer⁷³ merken op dat iedere andere behandeling dan SRS gewoonlijk veel weerstand ontmoet. Bij jeugdigen moet men echter terughoudend zijn, en zich in de behandeling niet vroegtijdig vastleggen. Er moet grondig worden onderzocht met hoeveel overtuiging SRS gevraagd wordt, en of dit slechts als een vluchtweg in een als hopeloos beleefde situatie verlangd wordt.

Als doel van de behandeling van adolescenten in hun genderidentiteitskliniek noemen Bradley et al.⁷⁴ stabilisatie; verheldering van de genderverwarring, leren omgaan met gevoelens van boosheid, werken aan afhankelijkheidsproblematiek, het ontmoedigen van inadequaat gedrag, en het leren omgaan met de pathologische gezinsinteractie. De motivatie voor behandeling is gering. De meeste adolescenten stemmen in met psychotherapie als een middel om in aanmerking te komen voor SRS wanneer zij de vereiste leeftijd hebben bereikt, en gebruiken de therapie niet om grondig naar zichzelf en hun genderproblematiek te kijken.

Cohen-Kettenis⁷⁵ gaat in op de diagnostiek en de behandeling van adolescenten. Zowel hun gevoelens van man/vrouw zijn als hun mannelijk/vrouwelijk rolgedrag worden geëxploreerd. Er wordt gevraagd naar de betekenis van het omkleden, naar hun lichaamsbeleving, en naar hun seksuele oriëntatie. Sommigen menen aanvankelijk homoseksueel te zijn, maar komen hierop terug nadat zij met homoseksuele relaties hebben geëxperimenteerd. Deze onderwerpen, die for-

⁷¹ Steiner BW. The management of patients with gender disorders. In: Steiner BW (ed.). *Gender dysphoria: Development, research, management*. London: Plenum Press 1985, p.325/50.

⁷² Braun H. Das transsexuelle Syndrom bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 13 (1985) p.138/54.

⁷³ Thimm D & Kreuzer E-M. Transsexualität im Jugendalter: Literaturübersicht. *Praxis der Kinderpsychologie* 33 (1984) p.70/5.

⁷⁴ Bradley SJ, Steiner B, Zucker K, Doering RW, Sullivan J, Finegan JK & Richardson M. Gender identity problems of children and adolescents: The establishment of a special clinic. *Canadian Psychiatric Association Journal* 23 (1978) p.175/83.

⁷⁵ Cohen-Kettenis PT. Psychoseksuele ontwikkelingsstoornissen bij adolescenten. In: Sanders-Woudstra JAR, Verhuist FC & de Witte HFJ(red.). *Kinder-enjeugdpsychiatrie: Psychopathologie en behandeling*. Assen: Van Gorcum 1995b, p.151/163.

meel binnen een diagnostische procedure aan bod komen, vormen ook een goede basis voor een langer lopende explorerende therapie bij met name die patiënten die niet voor geslachtsaanpassing in aanmerking komen. In het begin van het contact is de mogelijkheid van geslachtsaanpassing niet meteen uitgesloten. Hierdoor groeit snel de bereidheid de geslachtsaanpassing op de lange baan te schuiven of zelfs ervan af te zien.

Lothstein⁷⁶ geeft niet alleen een beschrijving van onderzoek en behandeling van adolescenten, maar vermeldt ook enkele behandelresultaten. Het gaat om 27 adolescenten (10 meisjes, 17 jongens, in de leeftijd van 12-19jaar) die SRS wensten. Deze adolescenten bevonden zich in een crisis, vertoonden angst, impulsiviteit, depressie, en gevoelens van vervreemding van de maatschappij en hun gezin. 8 van hen moesten worden opgenomen vanwege suïcidaliteit. De meisjes waren beter in staat dan de jongens de rol van het tegenovergestelde geslacht op zich te nemen, en de gezinnen waartoe zij behoorden waren zich minder bewust van de genderproblematiek. De meisjes waren ook stabiel en minder impulsief, meer in staat te reflecteren over hun genderconflicten, en meer bereid in therapie te gaan. 7 meisjes en 6 jongens voltooiden onderzoek en behandeling, te weten langdurige expressieve individuele en groepspsychotherapie. Na gemiddeld 5 jaar onderzoek en therapie hadden slechts 2 meisjes en 1 jongen SRS gehad; 2 meisjes waren op weg naar SRS.

Inzicht in aard en resultaat van de behandeling wordt eveneens geboden in een tiental casusbeschrijvingen. Omdat die niet elders in de literatuur zijn samengevat, geef ik een overzicht ervan in tabel 1. Het gaat om publicaties waarin één of meerdere vormen van psychotherapie worden beschreven bij adolescenten met genderidentiteitsproblematiek. Bijna al de adolescenten uit deze studies hebben zich tot de hulpverlening gewend met het verzoek een geslachtsaanpassende behandeling te krijgen. Om diverse redenen is gestart met een ambulante psychotherapie, terwijl in een aantal gevallen een klinische psychiatrische behandeling geboden is. In de meeste gevallen betreft het een intensieve en langdurige behandeling vanuit verschillende referentiekaders. Bij één van de tien patiënten⁷⁷ is alleen psychotherapie niet voldoende, en wordt na een jarenlange behandeling een medicamenteuze therapie gestart (antidepressivum, anticonceptivum, masculiniserende hormonen), op 18-jarige leeftijd gevolgd door chirurgische behandeling (mastectomie, hysterectomie, oöforectomie; falloplastie wordt overwogen). Het betreft een meisje met ernstige problematiek, dat diverse tentamina suïcidii achter de rug heeft, en van wie verwacht wordt dat zij nog langdurige individuele en gezinstherapie nodig heeft na de chirurgische behandeling vanwege problemen op school en in contacten.

⁷⁶ Lothstein LM. The adolescent gender dysphoric patient: An approach to treatment and management. *Journal of Pediatric Psychology* 5 (1980a) p.93/109.

⁷⁷ Dulcan MK & Lee PA. Transsexualism in the adolescent girl. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23 (1984) 3, p.354/361.

Tabel 1. Psychotherapie bij adolescenten met een genderidentiteitsstoornis

Onderzoek	Leeftijd	<i>(SIC)</i>	Korte karakteristiek	Behandeling	Resultaat
Apter et al. (1990)	15/ 16	<i>ℓS</i>	secundaire transseksuelen; beiden verzochten SRS	kortdurend; eclecticisch: gedragsmatig, psychoanalytisch, educatief	wens SRS verdwenen
Barlow et al. (1973); Barlow et al. (1979)	17	<i>ℓS</i>	wens SRS; feminien ge- drag, homoseksuele fanta- sieën	gedragstherapie	masculien gedrag; heteroseksuele fantasieën
Barlow et al. (1977)	20	<i>ℓS</i>	bijna gereed voor SRS	exorcisme	masculien gedrag; heterosek- suele fantasieën
Braun (1985)	16/ 17	<i>(SI</i> <i>m_</i>	wenst <i>C_</i> te zijn/ meervoudig gestoorde persoonlijkheid	ambulante behandeling/ klinische behandeling	meer gedifferentieerde instel- ling/ onbekend
Davenport & Harri- son (1977)	14	<i>m_</i>	sterke wens SRS	klinische behandeling; individueel en milieutherapie	identificatie met moeder, dis- identificatie met vader
Dulcan & Lee (1984)	13	<i>m_</i>	wens SRS	ambulante psychotherapie, medicamen- teuze therapie, SRS; ouderbegeleiding	tevreden met mannelijke rol; sociale aanpassing en oplei- ding nog problematisch
Kirkpatrick & Fried- ann (1976)	18 19	<i>(.f.)</i> a	lesbisch, wenst SRS, om minder zondig te worden/ wenst SRS, homoseksueel	ambulante psychotherapie/ kortdurend, ambulant, psychoanalytisch	wens SRS verdwenen; goede integratie/ idem
Kronberg et al. (1981)	15	<i>(.f.)</i>	had van moeder eigenlijk zoon moeten zijn; wens SRS	klinische behandeling; gedragstherapie en psychodynamische psychotherapie; ouderbegeleiding	volledig feminiene en hetero- seksuele ontwikkeling
Küchenhoff (1988)	18	a	wens SRS; geen motivatie voor psychotherapie	klinische behandeling: groeps- en indi- viduele therapie	homoseksuele ontwikkeling; wens SRS verdwenen

In de overige gevallen is - voor zover vermeld - een bevredigend resultaat bereikt met behulp van psychotherapie. De jongeman die door Barlow et al.⁷⁸ is behandeld, was bijna zo ver dat SRS zou worden toegepast. In dat kader kwam hij echter met een arts in aanraking die exorcisme toepaste. Hierdoor bereikte hij een nagenoeg volledig herstel. De auteurs vragen aandacht voor de rol die religie kan spelen in het proces van verandering van de genderidentiteit. Zij hebben deze en een andere casus⁷⁹ beschreven om daarmee aan te tonen dat de genderidentiteit niet onveranderlijk vast ligt na het derde levensjaar. In ieder geval het genderrol gedrag, en wellicht ook de genderidentiteit, is volgens hen meer vatbaar voor beïnvloeding dan veelal wordt aangenomen.

6.5.4 Psychotherapie bij volwassenen met een genderidentiteitsstoornis

6.5.4.1 Indicatie voor psychotherapie

Volwassenen met een genderidentiteitsstoornis zijn vaak heel duidelijk over de gewenste behandeling: zij willen, of liever gezegd eisen, SRS, en liefst zo snel mogelijk. Psychotherapie wordt slechts als een ongewenste barrière tot SRS gezien. Veel hulpverleners sluiten bij hun wens aan, en verwijzen hen naar een gendercentrum waar SRS kan worden uitgevoerd. Zij beschouwen verandering van de genderidentiteit als onmogelijk. Hun uitgangspunt is dat de kerngenderidentiteit rond het derde jaar onveranderlijk vast ligt. Er zijn ook therapeuten die SRS geïndiceerd achten voor een selecte groep patiënten. Tenslotte is er een klein aantal therapeuten dat bij genderidentiteitsstoornissen uitsluitend psychotherapie als indicatie stelt. Dit zijn therapeuten die van mening zijn dat het bij genderidentiteitsstoornissen om een psychotisch beleven gaat, of die een genderidentiteitsstoornis als afweer van innerlijke conflicten opvatten, of die geen rekening houden met de kerngenderidentiteit, zoals de Lacaniaanse psychoanalytici.⁸⁰

6.5.4.2 Publicaties tot ca. 1980

Enkele decennia geleden was er nog weinig bekend over de mogelijkheden van psychotherapie bij genderidentiteitsstoornissen. In de jaren '60 en '70 was SRS in opkomst. Deze behandelvorm leek een gepast antwoord te bieden op de dringende vraag van mensen met deze problematiek. De kans van slagen van psychotherapie werd laag ingeschat. Benjamin⁸¹ was een van de eerste deskundigen die stelde dat psychotherapie die herstel beoogt zinloos is. Zelfs intensieve en langdurige psychoanalyse kan volgens hem geen verandering tot stand brengen. Wel achtte hij psychiatrische hulp wenselijk, om de spanning te verminderen, realistisch denken te ontwikkelen, en adviezen te geven.

⁷⁸ Barlow DH, Abel GG & Blanchard EB. Gender identity change in a transsexual: An exorcism. *Archives of Sexual Behavior* 6 (1977) 5, p.387/95.

⁷⁹ Barlow DH, Abel GG & Blanchard EB. Gender identity change in transsexuals: Follow-up and replications. *Archives of General Psychiatry* 36 (1979) p.1001/7; Barlow DH, Reynolds EJ, Agras WS & Jackson. Gender identity change in a transsexual. *Archives of General Psychiatry* 28 (1973) p.569/76.

¹ Cuypere G de, Jannes C & Rubens R. Medisch-ethische benadering van transseksualiteit en de geslachtsaanpassende behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31 (1995) 2, p.125/39; Kuiper AJ. *Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling*. Utrecht: Elinkwijk 1991.

⁸¹ Benjamin H. Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somato-psychic syndromes. *American Journal of Psychotherapy* 8, (1954) p.219/30.

Stoller⁸² en Baker⁸³ berichten dat hen geen psychotherapieën van transseksuelen bekend zijn die succesvol waren gebleken in het veranderen van de genderidentiteit. Psychotherapie is volgens Baker wel van groot belang wanneer het doel is: leren omgaan met gevoelens van vervreemding, afwijzing en andere emotionele stoornissen. Ook Pomeroy⁸⁴ ziet voor psychotherapie geen grote taak weggelegd; hooguit het bieden van steun en het verschaffen van informatie aan de patiënt en de personen uit diens directe omgeving.

In die tijd werden vanuit de gedragstherapie onderzoeken opgezet om na te gaan of hiermee seksuele stoornissen konden worden behandeld. Gelder & Marks⁸⁵ onderzochten het effect van aversietherapie bij transseksualiteit. Zij concluderen dat deze vorm van gedragstherapie nauwelijks effect heeft.

Oles⁸⁶ maakt melding van klassieke psychoanalyse, gedragstherapie en hypnotherapie die bij transseksualiteit uitprobeerde zijn, echter zonder veel resultaat wat betreft het aanpassen van de identiteit aan het lichaam. Niettemin acht zij psychosociale behandeling essentieel, gezien het stressvolle en verwarrende karakter van genderdysforie en het moeizame proces van SRS. Ook anderen zijn van mening dat psychotherapie bij genderidentiteitsstoornissen op verschillende manieren kan helpen, hoewel het niet de minste verandering teweeg brengt in de genderidentiteit.⁸⁷

6.5.4.3 Publicaties na ca. 1980

Rond 1980 komt er meer aandacht voor de mogelijkheid patiënten met genderidentiteitsstoornissen te helpen met behulp van psychotherapie. Allereerst komen de publicaties in Nederland aan bod, waar vooral Cohen-Kettenis een belangrijke woordvoerder op dit gebied is. Vervolgens worden buitenlandse publicaties geïnventariseerd, vooral die van Lothstein die belangrijk werk op dit terrein verrichtte.

Cohen-Kettenis e.a.

Enkele bekende Nederlandse seksuologen uit de jaren 1980 stelden zich op het standpunt dat psychotherapie bij transseksualiteit nauwelijks of in het geheel niet mogelijk is.

Van Emde Boas⁸⁸ maakt het tegenwoordig niet meer gehanteerde onderscheid tussen een

⁸² Stoller R. The treatment of transvestism and transsexualism. *Current Psychiatric Therapies* 6 (1966) p.92/104; Stoller RJ. *The transsexual experiment*. London: Institute of Psycho-analysis 1975.

⁸³ Baker HJ. Transsexualism - Problems in treatment. *American Journal of Psychiatry* 125 (1969) 10, p.1412/18.

⁸⁴ Pomeroy W. The diagnosis and treatment of transvestites and transsexuals. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1 (1975) 3, p.215/24.

⁸⁵ Gelder MG & Marks IM. Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In: Green R & Money J (eds.). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1969, p.383/413.

⁸⁶ Oles MN. The transsexual client: A discussion of transsexualism and issues in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 47 (1977) 1, p.66/74.

⁸⁷ Dulcan MK & Lee PA. Transsexualism in the adolescent girl. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23 (1984) 3, p.354/61; Gilpin DC, Raza S & Gilpin D. Transsexual symptoms in a male child treated by a female therapist. *American Journal of Psychotherapy* 33 (1979) 3, p.453/63; Newman LE. Transsexualism in adolescence. Problems in evaluation and treatment. *Archives of General Psychiatry* 23 (1970) p.112/21; Poland D. Transseksualiteit - belangrijkste symptomen, differentiële diagnose en behandelingsplannen. In: Kamprad B & Schiffels W (red.). *Het verkeerde lichaam: Alles over transseksualiteit*. Baarn: Ambo 1991, p.58/8.

⁸⁸ Emde Boas C van. Transseksisme (transseksualisme). In: Hart de Ruyter Th & van der Zijl LBM (red.). *De seksuele ontwikkeling van kind tot volwassene. Fysiologie en pathologie*. Brussel: Samson 1979, p.471/8.

aantal vormen van 'transseksisme'. De transseksistische neurose komt volgens hem nog het meest in aanmerking voor een intensieve psychotherapie, die in sommige gevallen met succes wordt bekroond. Bij primair of secundair transseksisme is de prognose van psychotherapie dubieus. Dit geldt in nog sterkere mate voor het constitutioneel transseksisme.

Musaph⁸⁹ is van mening dat psychotherapie, als zijnde een veranderingsproces waarbij sprake is van een wezenlijke groei, niet geïndiceerd is bij genderidentiteitsstoornissen. Counseling acht hij altijd geïndiceerd, ook voor de gezinsleden. Hij omschrijft counseling als een begeleidend bijsturen door een deskundige, om intra- en interpsychische catastrofes te voorkomen.

Cohen-Kettenis was aanvankelijk ook somber gestemd ten aanzien van de resultaten van psychotherapie bij genderidentiteitsstoornissen. Later zag zij hiervoor meer mogelijkheden. Cohen-Kettenis & Kuiper⁹⁰ geven een literatuuroverzicht van de psychotherapeutische mogelijkheden bij transseksualiteit. Er waren in die tijd tien studies verschenen waarin een succesvolle psychotherapie wordt beschreven. Zij concluderen dat psychotherapie er soms toe leidt dat transseksuelen afzien van hun wens tot SRS. Maar gezien de schaarse gegevens over de effecten op lange termijn is het volgens hen niet mogelijk met enige zekerheid te zeggen of de resultaten een uiting zijn van een fundamentele verandering in de genderidentiteit, of dat er sprake is van een tijdelijke verschuiving naar de achtergrond van de genderdysforie. Zij sluiten zich aan bij de gangbare conclusie dat psychotherapie bij transseksualiteit nauwelijks effectief is.

Enkele jaren later stelt Cohen-Kettenis⁹¹ echter dat psychotherapie een nuttige bijdrage kan leveren in alle fasen van de behandeling en voor alle vormen van genderdysforie. Psychotherapie kan tot doel hebben helderheid te krijgen over zichzelf. Dit kan ertoe leiden dat sommige mensen hun wens tot geslachtsaanpassing laten varen. Anderen zullen juist zeer gemotiveerd aan zo'n behandeling beginnen. Een bepaalde vorm van therapie is ook nuttig tijdens het proces van geslachtsaanpassing, als ondersteuning in een voor velen moeilijke periode. En in een recente publicatie zegt zij dat psychotherapie de voorkeur verdient als het gaat om bijvoorbeeld diffuse angsten rond mannelijkheid/vrouwelijkheid en/of seksualiteit, of als er verwarring op dit gebied bestaat.⁹²

Cohen-Kettenis & Wälinder⁹³ vermelden dat er een groeiend aantal studies is waarin een succesvolle behandeling van adolescenten of volwassen transseksuelen door middel van psychotherapie wordt geclaimd. Zij wijzen op een aantal complicaties bij het beoordelen van de gerapporteerde resultaten, zoals de diversiteit van definities van genderidentiteitsproblematiek en van succes van de behandeling. Bovendien kan het voorkomen dat van SRS wordt afgezien zonder psychotherapie. Ook blijft de vraag onbeantwoord of psychotherapie een blijvende en

⁸⁹ Musaph H. Reactie op: Cohen-Kettenis PT & Kuiper AJ. Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 10 (1984) p.5.

⁹⁰ Cohen-Kettenis PT & Kuiper AJ. Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 10 (1984) 3, p.153/66.

⁹¹ Cohen-Kettenis P. De ontwikkeling van genderidentiteit en genderrol. *Handboek seksuele hulpverlening* 12 (1986) p.1/12.

⁹² Cohen-Kettenis PT. Psychoseksuele ontwikkelingsstoornissen bij adolescenten. In: Sanders-Woudstra JAR, Verhuist FC & de Witte HFJ (red.). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Psychopathologie en behandeling*. Assen: Van Gorcum 1995b, p.151/63.

⁹³ Cohen-Kettenis PT & Wälinder J. Sex reassignment surgery in Europe: A survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75 (1987) p.176/182.

fundamentele verandering teweeg brengt. Zij geven aan dat in een aantal Europese landen het ondergaan van psychotherapie verplicht wordt gesteld als men toegelaten wil worden tot SRS. Wanneer resultaat van de psychotherapie uitblijft, is de weg open tot SRS. Andere gendercentra hebben psychotherapie in hun programma opgenomen als vorm van ondersteuning in het totale SRS-programma, om te leren omgaan met de verlieservaringen die het gevolg zijn van SRS. Bijna alle centra rapporteren dat er transseksuelen behandeld zijn met psychotherapie die afgezien hebben van SRS (waarbij de vraag onbeantwoord is of dit komt omdat het geen 'echte' transseksuelen waren, of vanwege de psychotherapie). Tenslotte geven zij aan dat er ook mensen zijn die zich bij een gendercentrum vervoegen voor uitsluitend psychologische hulp. Dit is het geval bij mensen die permanent leven in de rol van het tegenovergestelde geslacht, zonder behoefte te hebben aan een hormonale of chirurgische behandeling.

Over de actuele situatie in Nederland zeggen Cohen-Kettenis e.a.⁹⁴ het volgende. Ongeveer tweederde van de patiënten die zich bij de genderteams van het AZVU en het AZU voor SRS aanmelden, komt hiervoor in aanmerking. Bij degenen die worden afgewezen berust de wens van geslacht te veranderen op andere problemen dan transseksualiteit, zoals travestie, fetisjisme, homoseksualiteit, algemene identiteitsproblemen, en neurotische en psychiatrische stoornissen. Ook kan er sprake zijn van secundaire transseksualiteit, waarbij het genderconflict samenhangt met bepaalde vormen van stress. Ook kan de genderidentiteitsstoornis symptoom zijn van een psychotische stoornis of een borderline persoonlijkheidsstoornis. In die gevallen is een andere behandeling dan SRS geïndiceerd, en wordt de patiënt verwezen naar de RIAGG of een psychiatrische polikliniek.

Tenslotte luidt de visie van Gooren⁹⁵ dat de psychiatrie of de psychologie weliswaar een onmisbare plaats heeft in de behandeling van transseksuelen; het is volgens hem echter nagenoeg onmogelijk gebleken een gevestigde geslachtelijke identiteit in het tegendeel te veranderen.

Lothstein c.s.

Lothstein is werkzaam in een Gender Dysphoric Clinic waar psychotherapie steeds meer als voorkeursbehandeling is gaan gelden. Hij spreekt aanvankelijk slechts over de wenselijkheid van pre- en postoperatieve counseling.⁹⁶ Naarmate zijn ervaring in het werken met patiënten met genderdysforie groeit, richt hij zich op de psychotherapeutische mogelijkheden, en dan met name op groepspsychotherapie. Hij beschrijft een langdurige expressieve dynamische groepspsychotherapie met een ego-analytische focus, die deels op steun en deels op inzicht gericht is.⁹⁷ Na twee jaar hebben twee patiënten uit deze homogene groep SRS ondergaan, vijf zijn daar bijna aan toe, en vier hebben van SRS afgezien.

⁹⁴ Cohen-Kettenis PT, Kuiper AJ, Zwaan WA & HuyseFJ. Transseksualiteit. II. Diagnostiek: de eerste, tentatieve, fase. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136 (1992) 39, p.1895/7.

⁹⁵ Gooren LJG. Transseksualiteit. 1. Omschrijving, etiologie, hulpverlening. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136 (1992) 39, p.1893/5.

⁹⁶ Lothstein LM. The psychological management and treatment of hospitalized transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease* 166 (1978) 4, p.255/62.

⁹⁷ Lothstein LM. Group therapy with gender-dysphoric patients. *American Journal of Psychotherapy* 33 (1979) 1, p.67/81.

Q

Over psychotherapie bij transseksualiteit had hij al eerder⁹⁸ het volgende opgemerkt. Hij legt sterke nadruk op het herkennen en direct hanteren van verschijnselen van tegenoverdracht. Dit is noodzakelijk om een therapeutische alliantie tot stand te brengen. De noodzaak van het benadrukken van het belang van tegenoverdracht is waarschijnlijk gerelateerd aan de unieke interactie van de borderline persoonlijkheidsstructuur van de patiënt en de genderdysforieconflicten. Dit maakt het noodzakelijk dat in de psychotherapie bij genderdysforie speciale tactieken worden gebruikt. Door het verhelderen van de tegenoverdrachtsreacties wordt de therapeut geholpen om de patiënt in behandeling te houden, en heeft hij een manier in handen om de onbewuste conflicten van de patiënt te onderzoeken. Volgens Lothstein wordt het nut van psychotherapie zo laag ingeschat omdat deze behandelaspecten vaak over het hoofd worden gezien. Hij beschrijft een vijftal fasen in het therapieproces, zowel bij de patiënt als bij de therapeut. Als de therapeut zich hiervan niet bewust is, kan de therapeutische relatie niet goed van de grond komen, en zal de therapeut niet in staat zijn de patiënt via psychotherapie te helpen.

Lothstein⁹⁹ brengt transseksualiteit in verband met borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornissen. Om die reden betwijfelt hij of SRS de juiste behandelmethode is. Volgens hem zouden hulpverleners een afkeer hebben om psychotherapeutisch aan het werk te gaan met transseksuelen. Die afkeer is gebaseerd op gevoelens van tegenoverdracht. Hij bepleit het ontwikkelen van technieken om deze patiënten in psychotherapie te betrekken, en het aanstellen van gekwalificeerde psychodynamisch georiënteerde en ervaren psychotherapeuten bij gendercentra.

In een latere publicatie¹⁰⁰ zet hij nog eens zijn bezwaren uiteen tegen de hoge successcores die worden opgegeven wat betreft de resultaten van SRS. Zijn voornaamste bezwaar is het ontbreken van deugdelijk onderzoek naar de effecten op langere termijn. Hij is voorstander van een veel strengere selectie. Volgens hem is SRS de aangewezen behandelvorm voor slechts een klein percentage transseksuelen. Omdat veel genderdysforiepatiënten naar zijn zeggen secundaire transseksuelen zijn, zouden zij baat kunnen hebben bij verschillende vormen van psychotherapie. Bij veel patiënten wordt de verkeerde diagnose gesteld. Zij hebben psychotherapie nodig in plaats van SRS. SRS zou de laatste optie moeten zijn voor een streng geselecteerde groep van patiënten bij wie de diagnose genderdysforie gesteld is. Ziektekostenverzekeraars zouden zich moeten realiseren dat in de meeste gevallen alternatieven voor SRS mogelijk zijn.

Lothstein heeft zijn visie op genderidentiteitsstoornissen en de behandeling ervan uitgewerkt in een belangwekkend boek.¹⁰¹ Hij noemt de opvatting dat transseksualiteit resistent is tegen psychiatrische behandeling een mythe, omdat intensieve psychotherapie bij transseksuele patiënten nauwelijks door ervaren hulpverleners uitgetoet is. Op grond van zijn eigen ervaringen concludeert hij, dat psychotherapie de voorkeursbehandeling is bij transseksuelen.

⁹⁸ Lothstein LM. Countertransference reactions to gender dysphoric patients: Implications for psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 14 (1977a) 1, p.21131; Lothstein LM. Psychotherapy with patients with gender dysphoria syndromes. *Bulletin of the Menninger Clinic* 41 (1977b) 6, p.563/82.

⁹⁹ Lothstein LM. The adolescent gender dysphoric patient: An approach to treatment and management. *Journal of Pediatric Psychology* 5 (1980a) p.93/109; Lothstein LM. The postsurgical transsexual: Empirical and theoretical considerations. *Archives of Sexual Behavior* 9 (1980b) p.547/64.

¹⁰⁰ Lothstein LM. Sex reassignment surgery: Historical, bioethical, and theoretical issues. *American Journal of Psychiatry* 139 (1982) 4, p.417/26.

¹⁰¹ Lothstein LM. The adolescent gender dysphoric patient: An approach to treatment and management. *Journal of Pediatric Psychology* 5 (1980a) p.93/109.

Zijn behandeling bestaat hoofdzakelijk uit verschillende vormen van ego-analytisch georiënteerde individuele en groepspsychotherapie. Psychotherapie wordt gezien als een middel om stabiliteit in het leven van de patiënt aan te brengen. Als resultaat van de individuele- en groepspsychotherapie die 50 transseksuelen in zijn kliniek kregen aangeboden, koos 70% voor een niet-chirurgische oplossing voor hun stoornis.

Lothstein & Levine¹⁰² noemen als succesvolle psychotherapiemethoden: intensieve psychoanalytische psychotherapie, psychoanalyse, ego-versterkende psychotherapie, gedragstherapie, en groepstherapie. De auteurs achten het van cruciaal belang voor de therapie of de therapeut erin slaagt een therapeutische band met de patiënt tot stand te brengen, en of er realistische doelstellingen worden gehanteerd. Deze kunnen zijn:

- versterken van de heteroseksualiteit, of aanpassing aan een homoseksuele rol
- verminderen van de frequentie van omkleden
- versterken van de mentale stabiliteit bij die patiënten die SRS hebben ondergaan
- interveniëren in de pathologische gezins- of huwelijksrelaties die de transseksuele wensen in stand houden.

Daarnaast moet ook aandacht worden besteed aan de behandeling van andere aanwezige psychiatrische en medische problematiek. Op dit vlak kunnen o.a. de volgende doelen worden gesteld:

- verbeteren van de realiteitstoetsing
- verminderen van de dwangmatigheid
- vergroten van de zelfwaardering

Overigen

Ook andere auteurs hebben de afgelopen 10 à 15 jaar het belang van psychotherapie bij genderidentiteitsstoornissen onder de aandacht gebracht. Hier volgt een summier overzicht.

Enkele auteurs beschrijven vormen van groepspsychotherapie. Doelstellingen variëren van meer zichzelf worden tot heroriëntatie op de anatomisch congruente genderrol en -identiteit. Althof & Keller¹⁰³ beschrijven een ego-analytische groepspsychotherapie met een heterogene groep van zowel pre- als postchirurgische patiënten, als aanvulling op een psychiatrisch-medisch programma. In een vervolgstudie geven Keiler et al.¹⁰⁴ enkele resultaten weer met betrekking tot de behandeling van 28 genderdysforie-patiënten (21 mannen, 7 vrouwen, 18-56 jaar, in alle fasen van genderverandering, en de meesten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen). Elf van hen kozen voor een niet-chirurgische oplossing. Zij kwamen verder in hun ambivalentie, bleven niet in hun regressieve wens tot SRS steken, en bereikten een transvestitische :homoseksuele, aoseksuele of heteroseksuele aanpassing. De auteurs concluderen dat dit geen 'echte' transseksue-

¹⁰² Lothstein LM & Levine SB. Expressive psychotherapy with gender dysphoric patients. *Archives of General Psychiatry* 38 (1981) p.924/29.

¹⁰³ Althof SE & Keiler AC. Group therapy with gender identity patients. *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980) p.481/89.

¹⁰⁴ Keiler AC, Althof SE & Lothstein LM. Group therapy with gender-identity patients - A four year study. *American Journal of Psychotherapy* 36 (1982) 2, p.223/28.

len waren.

Springertos vat de literatuur over de mogelijkheden voor psychotherapie samen. Vervolgens geeft hij zijn eigen ervaringen weer met een viertal patiënten met wie hij een individuele psychotherapie had. Volgens hem is op zijn minst een beïnvloeding en het opgeven van de wens tot SRS haalbaar, mits de patiënt voldoende gemotiveerd is.

Langevin¹⁰⁶ stelt eveneens dat het niet uitgesloten moet worden geacht dat psychotherapie en gedragstherapie meer effect kunnen sorteren dan gewoonlijk wordt aangenomen. Misschien moeten hulpverleners sceptischer zijn ten aanzien van de overtuiging van de patiënt. Mogelijk kan de overtuiging van de kant van behandelaars, dat transseksualiteit langs deze weg behandeld kan worden, de percepties van de patiënten veranderen. Patiënten met exhibitionisme of pedofilie zijn ook vaak afwerend ten aanzien van behandeling, terwijl voor hen toch uitgebreide programma's zijn ontwikkeld. Wellicht kunnen sommige technieken om deze patiënten te motiveren ook bij transseksuelen worden toegepast, aldus Langevin.

Robertoto⁷ noemt als complicaties bij het beoordelen van de effectiviteit van psychotherapie, dat follow-up studies nagenoeg ontbreken, en dat over mislukkingen bijna niet wordt gepubliceerd. Verder bestaat er bij hulpverleners vaak extreme weerstand tegen psychologische interventie, zodat effectieve psychotherapie gericht op verandering van de genderidentiteit niet waarschijnlijk wordt geacht. Patiënten worden dan als onbehandelbaar gezien, in plaats van als personen met omvangrijke weerstand die in psychotherapie bewerkt kan worden. De vaak geringe of afwezige motivatie voor psychotherapie kan volgens hem het best worden tegengegaan door een empathische benadering, waarin psychotherapie wordt gepresenteerd als een gelegenheid tot exploratie voorafgaand aan het besluiten tot irreversibele chirurgie.

Hij beschrijft enkele vormen van psychotherapie:

* intensieve psychoanalytische psychotherapie, met als doel: stabilisatie in een niet-geopereerde situatie. Het uitgangspunt is, dat transseksuele ideatie een rigide verdediging is tegen angstproducerende incompetentie in de genderrol, in plaats van een ontwikkelingsstoornis van de kerngenderidentiteit. Door middel van interpretatie wordt de functie verhelderd van de identificatie met het andere geslacht, als een verdediging tegen onacceptabele impulsen en zelf-percepties.

* ondersteunende psychotherapie, met als doel: leren omgaan met vervreemding, sociale afwijzing, en andere gevoelens en ervaringen die gepaard gaan met genderidentiteitsproblematiek; vergroting van de sociale vaardigheden; en beter leren omgaan met emotionele stress.

* groepspsychotherapie, met als doel: aanpassing van de genderidentiteit, zonder SRS. Het uitgangspunt is dat, als een gevolg van sociale isolatie, heterosociale vaardigheden niet aangeleerd zijn, met als gevolg een inadequate persoonlijkheid met een objectkeuze gericht op hetzelfde geslacht.

* gedragsgeoriënteerde psychotherapie, met als doel: wijziging van genderrol gedrag. Ook hierbij is het uitgangspunt dat er een gebrekkig leerproces van genderrol gedrag aan ten grondslag ligt, dat leidt tot sociale isolatie.

ios Springer A. *Pathologie der geschlechtlichen/dentität. Transsexuafismusund Homosexualität : Theorie, Klinik, Therapie*. Wenen: Springer Verlag 1981.

¹⁰⁶ Langevin R. *Sexua/ strands. Understanding and treating sexua/ anomalies in men*. London: Erlbaum 1983.

¹⁰⁷ Roberto LG. Issues in diagnosis and treatment of transsexualism. *Archives of Sexual Behavior* 12 (1983) S, p.445/73.

Dolan¹⁰⁸ pleit voor een goede differentiatie tussen primaire en secundaire transseksuelen. De eerste categorie omschrijft hij als mensen met een transseksueel syndroom, de tweede als mensen met een genderdysforie-syndroom. Voor deze laatste groep wordt psychotherapie (steunende, inzichtgevende, of een combinatie van beide) aanbevolen. Als resultaat noemt hij dat sommigen minder dringend om SRS vragen, en anderen zelfs geheel afstand daarvan nemen. Hij noemt het erg misleidend wanneer wordt beweerd dat transseksualiteit ongeschikt is voor psychotherapie. De ontkenning van de voordelen van psychotherapie door sommige hulpverleners vormt een samenspel met de massieve ontkenning die genderdysforie-patiënten gebruiken tegen de realiteit van hun situatie.

Volgens Brown¹⁰⁹ is psychotherapie, hetzij als primaire behandeling of als aanvullende behandeling naast SRS, succesvol gebleken in het bieden van verlichting aan genderdysforie patiënten. Daarbij is het nodig realistische doelen te stellen die afgestemd zijn op het individu. Hij noemt als mogelijke doelstellingen:

- aanpassing aan een homoseksuele of biseksuele rol
- afzien van de wens tot SRS
- vergroting van het psychosociale en beroepsmatige evenwicht
- oplossen van gezins- en huwelijksconflicten die de wens tot SRS bevorderen.

Volgens Brown hebben veel patiënten baat bij een combinatie van een hormonale behandeling en psychotherapie. Anderen hebben een gecombineerde aanpak nodig van langdurige psychotherapie, hormoonbehandeling en SRS.

Stermac¹¹⁰ gaat in op de behandeling van niet-transseksuele genderdysforie patiënten. Deze zijn grofweg in te delen in twee categorieën, namelijk ego-dystone homoseksuelen en travestieten met genderdysforie. Naast hormonale behandeling en huwelijks therapie is een vorm van ondersteunende counseling (individueel en in groepsverband) mogelijk. Het kan de patiënten helpen in het omgaan met hun stress en verwarring. In psychotherapie kunnen opties in ogenschouw worden genomen en beslissingen gemaakt. In een latere publicatie gaan Stermac et al.¹¹¹ uitgebreider in op groepstherapie met deze groep patiënten. Het betreft vooral heteroseksuele mannen die gehuwd zijn en kinderen hebben, en onvrede hebben met hun levenswijze. Zij willen door middel van psychotherapie verlichting van hun nood bereiken, en verder komen in hun conflicten. Voor deze categorie hebben zij een groepstherapie-programma opgezet. Belangrijke thema's daarin zijn: wel of niet SRS; een dubbele leefstijl; het in stand houden van relaties; en sociale isolatie. Het voordeel van de groepssetting is, dat de deelnemers elkaar niet alleen steun maar vooral ook feedback geven.

Pfäfflin¹¹² bespreekt een aantal specifieke kenmerken in het psychotherapeutisch werken met patiënten met transseksuele symptomen. Hij pleit ervoor deze symptomatologie te bezien

¹⁰⁸ Dolan JD. Transsexualism: Syndrome or symptom? *Canadian Journal of Psychiatry* 32 (1987) p.666/173.

¹⁰⁹ Brown GR. A review of clinical approaches to gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychiatry* 51 (1990) 2, p.57/64.

¹¹⁰ Stermac L. Clinical management of nontranssexual patients. In: Blanchard R & Steiner BW. *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Washington: American Psychiatric Press 1990, p.109/117.

¹¹¹ Stermac L, Blanchard R, Clemmensen LH & Dickey R. Group therapy for gender-dysphoric heterosexual men. *Journal of Sex & Marital Therapy* 17 (1991) 4, p.252/58.

¹¹² Pfäfflin F. Problemen van de psychotherapeutische behandeling van transseksuele patiënten. In: Kamprad B & Schiffels W (red.). *Het verkeerde lichaam. Alles over transseksualiteit*. Baarn: Ambo 1991, p.158/66.

als een 'creatieve afweerprestatie', en die te bewonderen als de enig mogelijke kans tot overleving voor de patiënt. De therapeut moet zijn eigen tegenafweer kunnen loslaten, wil hij succesvol met dergelijke patiënten kunnen werken.

6.5.4.4 Casuïstiek

Tenslotte wordt in tabel 2 een overzicht gegeven van casusbeschrijvingen met betrekking tot psychotherapie bij volwassenen met een genderidentiteitsstoornis.

Tabel 2. Psychotherapie bij volwassenen met een genderidentiteitsstoornis

Onderzoek	Leef-tijd	!!!;	Korte karakteristiek	Behandeling	Resultaat
Edelmann (1986)	22	a	wens SRS; feminien gedrag; biseksueel	kortdurende gedragstherapie	wens SRS verdwenen; masculien gedrag; heteroseksueel
Forester & Swiller (1972)	21	a	sterke wens SRS	klinische individuele en groepstherapie	wens SRS verdwenen; heteroseksueel
Khanna et al. (1987)	28	a	homoseksueel; vrouwelijke kleding en gedrag	klinische gedragstherapie en steunende psychotherapie	heteroseksueel; mannelijke rol en identiteit
Meyenburg (1992)	40	a	wens SRS; leeft 9 jaar als !;(; ernstig depressief	langdurige psychoanalytische psychotherapie	wens SRS verdwenen; integratie masculiene en feminiene aspecten

6.6 Conclusies

Geruime tijd is het de overheersende visie geweest dat psychotherapie bij mensen met een genderidentiteitsstoornis slechts een beperkte waarde heeft, en zeker niet als doelstelling moet hebben dat de genderidentiteit hierdoor veranderd wordt. Het uitgangspunt vormde de visie van Stoller,¹¹³ dat de kerngenderidentiteit voor het derde levensjaar wordt gevormd, en daarna onveranderlijk vast ligt. Auteurs als Lothstein,¹¹⁴ Rees¹¹⁵ en Volkan & Masri¹¹⁶ vatten de genderidentiteit op als een meer dynamisch concept. Zij wijzen op het continue proces van de vorming van identificaties bij kinderen en adolescenten. Anderen, met name sommige psychoanalytici, zien een genderidentiteitsstoornis niet als een stoornis in de ontwikkeling van de kerngenderidentiteit, maar als een afweerreactie tegen actuele angsten. Bij veel hulpverleners leeft echter nog de opvatting dat genderidentiteitsstoornissen niet met psychotherapie behandeld kunnen worden. Zoals uit het hier gepresenteerde literatuuronderzoek blijkt, zijn er meer

¹¹³ Stoller RJ. Etiological factors in female transsexualism: A first approximation. *Archives of Sexual Behavior* 2 (1972) 1, p.47/64.

¹¹⁴ Lothstein LM. *Female-to-male transsexualism: Historical, clinical and theoretical issues*. Boston: Routledge & Kegan Paul 1983.

¹¹⁵ Rees K. "I want to be a daddy!": Meanings of masculine identifications in girls. *Psychoanalytic Quarterly*, 56 (1987) p.497/522.

¹¹⁶ Volkan VD & Masri A. The development of female transsexualism. *American Journal of Psychotherapy* 43 (1989) 1, p.92/107.

mogelijkheden voor psychotherapie dan doorgaans wordt aangenomen.

Om diverse redenen kan een geslachtsaanpassende behandeling niet geïndiceerd zijn. Kinderen en adolescenten zijn te jong voor SRS. Er is een categorie mensen met genderdysforie die vooral voortkomt uit andere oorzaken dan een genderidentiteitsstoornis. Ook kan de genderdysforie niet ernstig genoeg zijn om een SRS te ondergaan. Er kunnen ook sociale redenen zijn waarom een SRS ernstige bezwaren oplevert, zoals bij gehuwden (al dan niet met kinderen). Daarnaast is er een groep mensen die op grond van hun godsdienstige overtuiging afziet van een SRS. Voor al deze mensen is het gewenst dat er hulp geboden kan worden in de vorm van psychotherapie, psychosociale begeleiding en/of pastorale hulpverlening. Zowel uit de literatuur als op grond van de praktijk blijkt dat deze benadering effectief kan zijn, en mensen kan helpen bij het leren omgaan met het vaak ernstige lijden dat een genderidentiteitsstoornis met zich mee brengt.

6.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk staat psychotherapie bij adolescenten en volwassenen met een genderidentiteitsstoornis centraal. Wat de etiologie bij vrouwen betreft, wordt beschreven dat de stoornis vooral gebaseerd lijkt te zijn op een gebrekkige genderidentificatie van het meisje met haar moeder in de pre-oedipale fase. Bij een meer gezonde ontwikkeling ontstaat in die fase volgens veel auteurs een stabiele kerngenderidentiteit. Vervolgens wordt stilgestaan bij de redenen waarom het thema van de genderidentiteit van essentieel belang wordt in de fase van de adolescentie. De overeenkomsten en verschillen met in diagnostisch opzicht verwante problematiek wordt besproken. Etiologisch gezien is er samenhang met de borderline persoonlijkheidsstoornissen. Ook wordt de relatie met homoseksualiteit nagegaan. Tegen de achtergrond van homofobie kan zich een genderidentiteitsstoornis in plaats van een homoseksuele oriëntatie ontwikkelen. Vervolgens wordt nagegaan hoe de geslachtsaanpassende en de psychologische behandeling zich tot elkaar verhouden. Terwijl velen de combinatie aanbevelen, zijn er therapeuten die zich primair richten op de psychotherapeutische mogelijkheden. In een aanzienlijk aantal publicaties blijkt dat psychotherapie een zinvolle en effectieve behandelmethode kan vormen.

Gebruikte literatuur

- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA 1994⁴.
- Althof SE & AC Keller. Group therapy with gender identity patients. *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980) p.481/9.
- Apter A, A Oadi & S Tyano. Secondary transsexualism in adolescence. *Harefuah* 118 (1990) 5, p.250/2.
- Baker HJ. Transsexualism - Problems in treatment. *American Journal of Psychiatry* 125 (1969) 10, p.1412/18.
- Barlow OH, GG Abel & EB Blanchard. Gender identity change in a transsexual: An exorcism. *Archives of Sexual Behavior* 6 (1977) 5, p.387/95.
- Barlow OH, GG Abel & EB Blanchard. Gender identity change in transsexuals: Follow-up and

- replications. *Archives of General Psychiatry* 36 (1979) p.1001/17.
- Barlow DH, EJ Reynolds, WS Agras & Jackson. Gender identity change in a transsexual. *Archives of General Psychiatry* 28 (1973) p.569/76.
 - Benjamin H. Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somato-psychic syndromes. *American Journal of Psychotherapy* 8 (1954) p.219/30.
 - Blanchard R. Gender identity disorders in adult women. In: Blanchard R & BW Steiner. *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Washington: American Psychiatric Press 1990, p.79/91.
 - Bradley SJ. Female transsexualism - A child and adolescent perspective. *Child Psychiatry and Human Development* 11 (1980) 1, p.12/18.
 - Bradley SJ, B Steiner, K Zucker, RW Doering, J Sullivan, JK Finegan & M Richardson. Gender identity problems of children and adolescents: The establishment of a special clinic. *Canadian Psychiatric Association Journal* 23 (1978) p.175/83.
 - Braun H. Das transsexuelle Syndrom bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 13 (1985) p.138/54.
 - Brown GR. A review of clinical approaches to gender dysphoria. *Journal of Clinical*
 - Cohen-Kettenis P. De ontwikkeling van genderidentiteit en genderrol. *Handboek seksuele hulpverlening* 12 (1986) 1112.
 - Cohen-Kettenis PT. Genderrolontwikkeling in de basisschoolleeftijd: Implicaties voor de hulpverlening. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 22 (1995) 2, p.78/88.
 - Cohen-Kettenis PT. Psychoseksuele ontwikkelingsstoornissen bij adolescenten. In: Sanders-Woudstra JAR, FC Verhuist & HFJ de Witte (red.). *Kinder- en jeugdpsychiatrie I: Psychopathologie en behandeling*. Assen: Van Gorcum 1995, p.151/63.
 - Cohen-Kettenis PT & AJ Kuiper. Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 10 (1984) 3, p.153/66.
 - Cohen-Kettenis PT, AJ Kuiper, WA Zwaan & FJ Huyse. Transseksualiteit. II. Diagnostiek: de eerste, tentatieve, fase. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136 (1992) 39, p.1895/97.
 - Cohen-Kettenis PT & J Wälinder. Sex reassignment surgery in Europe: A survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75 (1987) p.176/182.
 - Coleman E & J Cesnik. Skoptic syndrome: The treatment of an obsessional gender dysphoria with lithium carbonate and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 44 (1990) 2, p.204/17.
 - Cuypere G de, C Jannes & R Rubens. Medisch-ethische benadering van transseksualiteit en de geslachtsaanpassende behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 37 (1995) 2, p.125/39.
 - Davenport CW & SI Harrison. Gender identity change in a female adolescent transsexual. *Archives of Sexual Behavior* 6 (1977) 4, p.327/40.
 - Desmit P & J Corveleyn. Psychodynamische hypothesen omtrent transseksualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie* 14 (1990) p.239/55.
 - Devor H. Transsexualism, dissociation, and child abuse: An initial discussion based on nonclinical data. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 6 (1994) 3, p.49/72.
 - Dolan JD. Transsexualism: Syndrome or symptom? *Canadian Journal of Psychiatry* 32 (1987) p.666/173.
 - DSM-IV. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria*. Lisse: Swets & Zeitlinger 1994.
 - Dulcan MK & PA Lee. Transsexualism in the adolescent girl. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23 (1984) 3, p.354/61.

- Edelmann RJ. Adaptive training for existing male transsexual gender role: A case history. *Journal of Sex Research* 22 (1986) p.514/19.
- Ehrhardt AA, G Grisanti & EA McCauley. Female-to-male transsexuals compared to lesbians: Behavioral patterns of childhood and adolescent development. *Archives of Sexual Behavior* 8 (1979) 6, p.481/90.
- Emde Boas C van. Transseksisme (transseksualisme). In: Hart de Ruyter Th & LBM van der Zijl (red.). *De seksuele ontwikkeling van kind tot volwassene. Fysiologie en pathologie*. Brussel: Samson 1979, p.471/78.
- Forester BM & H Swiller. Transsexualism: Review of syndrome and presentation of possible successful therapeutic approach. *International Journal of Group Psychotherapy* 22 (1972) p.343/51.
- Friedman RC. *Male homosexuality: A contemporary psychoanalytic perspective*. New Haven/London, Yale University Press 1988.
- Garden GMF & DJ Rothery. A female monozygotic twin pair discordant for transsexualism: Some theoretical implications. *British Journal of Psychiatry* 161 (1992) p.852/4.
- Gelder MG & IM Marks. Aversion treatment in transvestism and trans-sexualism. In: Green R & J Money (eds.). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1969, p.383/413.
- Gilpin DC, S Raza & D Gilpin. Transsexual symptoms in a male child treated by a female therapist. *American Journal of Psychotherapy* 33 (1979) 3, p.453/63.
- Gooren LJG. Transseksualiteit. 1. Omschrijving, etiologie, hulpverlening. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136 (1992) 39, p.1893/5.
- Gooren LJG. Hij ten Zij. *Tijdschrift v. Seksuologie* 14 (1990) p.256/66.
- Hellman RE, R Green, JL Gray & K Williams. Childhood sexual identity, childhood religiosity, and 'homophobia' as influences in the development of transsexualism, homosexuality, and heterosexuality. *Archives of General Psychiatry* 38 (1981) p.910/5.
- Higham E. Case management of the gender incongruity syndrome in childhood and adolescence. *Journal of Homosexuality* 2 (1976) 1, p.49/57.
- Josselson R. The theory of identity development and the question of intervention: An introduction. In: Archer SL (ed.). *Interventions /or adolescent identity development*. London: Sage Publications 1994, p.12/25.
- Keiler AC, SE Althof & LM Lothstein. Group therapy with gender-identity patients- A four year study. *American Journal of Psychotherapy* 36 (1982) 2, p.223/28.
- Khanna S, NG Desai & SM Channabasavanna. A treatment package for transsexualism. *Behavior Therapy* 2 (1987) p.193/9.
- Kirkpatrick M & CTH Friedmann. Treatment of requests for sex-change surgery with psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 133 (1976) 10, p.1194/6.
- Kronberg J, S Tyano, A Apter & H Wijsenbeek. Treatment of transsexualism in adolescence. *Journal of Adolescence* 4 (1981) p.177/85.
- Küchenhoff B. Transsexualismus als Symptom einer Persönlichkeitsstörung und seine Behandlung. *Nervenarzt* 59 (1988) p.734/38.
- Kuiper AJ. *Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling*. Utrecht: Elinkwijk 1991.
- Ladee-Levy JV. Stoornissen in de ontwikkeling van de seksuele functies. In: Sanders-Woudstra JAR (ed.). *Stoornissen in de ontwikkeling van de seksuele functies*. Utrecht: Elinkwijk 1986, p.100/110.

Erlbaum 1983.

- Lothstein LM. Countertransference reactions to gender dysphoric patients: Implications for psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 14 (1977) 1, p.21/31.
- Lothstein LM. Psychotherapy with patients with gender dysphoria syndromes. *Bulletin of the Menninger Clinic* 41 (1977) 6, p.563/82.
- Lothstein LM. The psychological management and treatment of hospitalized transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease* 166 (1978) 4, p.255/62.
- Lothstein LM. Group therapy with gender-dysphoric patients. *American Journal of Psychotherapy* 33 (1979) 1, p.67/81.
- Lothstein LM. The adolescent gender dysphoric patient: An approach to treatment and management. *Journal of Pediatric Psychology* 5 (1980a) p.93/109.
- Lothstein LM. The postsurgical transsexual: Empirical and theoretical considerations. *Archives of Sexual Behavior* 9 (1980b) p.547/64.
- Lothstein LM. Sex reassignment surgery: Historical, bioethical, and theoretical issues. *American Journal of Psychiatry* 139 (1982) 4, p.417/26.
- Lothstein LM. *Female-to-male transsexualism: Historical, clinical and theoretical issues*. Boston: Routledge & Kegan Paul 1983.
- Lothstein LM. Psychological testing with transsexuals: A 30-year review. *Journal of Personality Assessment* 48 (1984) 5, p.500/7.
- Lothstein LM. Female sexuality and feminine development: Freud and his legacy. *Adv. Psychosom. Med.* 12 (1985) p.57/70.
- Lothstein LM & SB Levine. Expressive psychotherapy with gender dysphoric patients. *Archives of General Psychiatry* 38 (1981) p.924/29.
- Marcia JE. Identity and psychotherapy. In: Archer SL (ed.). *Interventions for adolescent identity development*. London: Sage Publications 1994, p.29/46.
- Meyenburg B. Aus der Psychotherapie eines transsexuellen Patienten. *Zeitschrift für Sexualforschung* 5 (1992) 2, p.95/110.
- Meyer JK & C Dupkin. Gender disturbance in children: An interim report. *Bulletin of the Menninger Clinic* 49 (1985) 3, p.236/69.
- Musaph H. Reactie op: Cohen-Kettenis PT & AJ Kuiper. Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 10 (1984) 5.
- Newman LE. Transsexualism in adolescence. Problems in evaluation and treatment. *Archives of General Psychiatry* 23 (1970) p.112/21.
- Oles MN. The transsexual client: A discussion of transsexualism and issues in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 47 (1977) 1, p.66/74.
- Pfäfflin F. Problemen van de psychotherapeutische behandeling van transseksuele patiënten. In: Kamprad B & W Schiffels (red.). *Het verkeerde lichaam. Alles over transseksualiteit*. Baarn: Ambo 1991, p.158/66.
- Poland D. Transseksualiteit- belangrijkste symptomen, differentiële diagnose en behandelingsplan-
nen. In: Kamprad B & W Schiffels (red.). *Het verkeerde lichaam: Alles over transseksualiteit*. Baarn: Ambo 1991, p.58/68.
- Pomeroy W. The diagnosis and treatment of transvestites and transsexuals. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1 (1975) 3, p.215/24.
- Rees K. "I want to be a daddy!": Meanings of masculine identifications in girls. *Psychoanalytic*

- Roback HB, E McKee, W Webb, CV Abramowitz & SI Abramowitz. Psychopathology in female sex-change applicants and two help-seeking controls. *Journal of Abnormal Psychology* 85 (1976) 4, p.430/2.
- Roberto LG. Issues in diagnosis and treatment of transsexualism. *Archives of Sexual Behavior* 12 (1983) 5, p.445/73.
- Shtasel TF. Behavioral treatment of transsexualism: A case report. *Journal of Sex & Marital Therapy* 5 (1979) 4, p.362/7.
- Slijper FME. Genderidentiteitsstoornissen. In: Verhuist FC & F Verhey. *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum 1992, p.332/49.
- Springer A. *Pathologie der geschlechtlichen Identität. Transsexualismus und Homosexualität: Theorie, Klinik, Therapie*. Wenen: Springer Verlag 1981.
- Steiner BW. The management of patients with gender disorders. In: Steiner BW (ed.). *Gender dysphoria: Development, research, management*. London: Plenum Press 1985, p.325/50.
- Steiner BW. Intake assessment of gender-dysphoric patients. In: Blanchard R & BW Steiner. *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Washington: American Psychiatric Press 1990, p.95/106.
- Stermac L. Clinical management of nontranssexual patients. In: Blanchard R & BW Steiner. *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Washington: American Psychiatric Press 1990, p.109/17.
- Stermac L, R Blanchard, LH Clemmensen & R Dickey. Group therapy for gender-dysphoric heterosexual men. *Journal of Sex & Marital Therapy* 17 (1991) 4, p.252/8.
- Stoller R. The treatment of transvestism and transsexualism. *Current Psychiatric Therapies* 6 (1966) p.921/104.
- Stoller RJ. Etiological factors in female transsexualism: A first approximation. *Archives of Sexual Behavior* 2 (1972) 1, p.47/64.
- Stoller RJ. *The transsexual experiment*. London: Institute of Psycho-analysis 1975.
- Thimm D & E-M Kreuzer. Transsexualität im Jugendalter: Literaturübersicht. *Praxis der Kinderpsychologie* 33 (1984) p.70/5.
- Verschoor AM & J Poortinga. Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior* 17 (1988) 2, p.173/78.
- Volkan VD & A Masri. The development of female transsexualism. *American Journal of Psychotherapy* 43 (1989) 1, p.92/107.
- Zucker KJ. Cross-gender-identified children. In: Steiner BW (ed.). *Gender dysphoria: Development, research, management*. London: Plenum Press 1985, p.75/174.
- Zucker KJ & SJ Bradley. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Publications 1995.
- Zucker KJ & M Kuksis. Gender dysphoria and sexual abuse: A case report. *Child Abuse & Neglect*

HOOFDSTUK 7

Zijn geslachtsaanpassende ingrepen ethisch aanvaardbaar? (1)

7.1 Inleiding

De ethische beoordeling van het verschijnsel transseksualiteit (met name de geslachtsoperatie) vanuit de Bijbel is het meest braakliggende terrein van dit onderwerp. Slechts een enkeling schreef iets systematisch over transseksualiteit in christelijk-ethisch perspectief. Dit hoofdstuk bedoelt hiertoe een verdere aanzet te geven.

De hier gehanteerde werkwijze is als volgt. Eerst wordt nagegaan waarom de discussie over transseksualiteit vanuit de bijbel zo moeizaam verloopt. Vervolgens zal worden onderzocht wat het beeld-van-God-zijn van de mens betekent voor de geslachtsoperatie. De visies van een aantal theologen zal hierbij de revue passeren.¹ Daarna zal aan de hand van de engelse ethicus Oliver O'Donovan, die als een van de weinige christelijke ethici over dit onderwerp heeft geschreven, worden ingegaan op het argument dat het geslacht een gave van God is, waaraan niet gesleuteld mag worden. Vervolgens zal de visie van M. Valenkamp aan bod komen. Hij is (onder andere) filosoof uit de kring van de reformatorische wijsbegeerte. Het geheel wordt afgesloten met een weergave van de eigen visie op het onderhavige onderwerp.

7.2 De moeizame discussie vanuit de bijbel

De discussie over transseksualiteit vanuit de bijbel heeft tot op heden nog weinig 'body' gekregen. Dat is ook niet vreemd, want het is in de eerste plaats nog steeds een betrekkelijk nieuw onderwerp. In de tweede plaats komen maar weinig mensen met transseksualiteit in aanraking, zodat een overwogen meningsvorming hierover slechts sporadisch voorkomt. Een derde factor, die de zaak mijns inziens nog moeilijker maakt, is het ontbreken van duidelijke Schriftgegevens, die ons direct Of indirect kunnen leiden in de richting van een antwoord op transseksualiteit en de geslachtsaanpassende operatie.

Wie de bijbel openslaat bij Genesis 1 en doorleest tot en met Openbaring 22, zal geen teksten vinden over transseksualiteit. Dit is overigens niet uniek voor dit probleem, het geldt voor bijna alle nieuwe ontwikkelingen op biomedisch terrein. Te denken valt dan vooral aan: in-vitro-fertilisatie en genetische manipulatie met behulp van recombinant-DNA-techniek.

Voor de ethische beoordeling van deze zaken laten wij ons dan niet zozeer leiden door bijbelteksten, als wel door bijbelse *thema's*. Voorbeelden hiervan zijn: respect voor het leven, de mens

¹ Naast Douma J. *Seksualiteit en huwelijk*. Deel 6 uit de serie *Ethische Bezinning*. Kampen 1993, p.12/9; Valenkamp M. *De problematiek van transseksualiteit en operationele veranderingen aan het menselijk lichaam vanuit wijsgerige-antropologische ethischperspectief* Faculteit der wijsbegeerte VU. Amsterdam 1990; en Seldenrijk R. Medisch verstellwerk: transseksualiteit en medisch handelen. In: *Het Richtsnoer* 1992, p.144/54.

als beeld van God, de mens als rentmeester over de schepping. Meestal zijn we dan wel in staat met name op grond van deze Schrifthema's een (globaal) oordeel te vellen over een medisch onderwerp. Ontzag voor de Schepper van het leven houdt onze handen tegen, wanneer voortgang in de medische wetenschap noodzakelijk gepaard gaat met het sneuvelen van menselijk leven. We denken dan aan bepaalde experimenten met embryo's in het kader van de genetische manipulatie. Gehoorzaamheid aan de geboden van de Schepper is voor ons onverenigbaar met het toestaan van reageerbuisbevruchting waarbij naast het echtpaar een derde in het spel is. God is in zijn Woord duidelijk genoeg over de exclusiviteit van het huwelijk.

Transseksualiteit is ook zo'n biomedisch onderwerp waarvoor de bijbel mijns inziens niet één-twee-drie teksten heeft. Er zijn overigens wel mensen die in een aantal teksten toch een direct verbod van de geslachtsoperatie zien. De volgende teksten worden dan genoemd: Gen.1 :-27; Deut.22:5; Matt.19:4; 1 Kor.3: 16,17 en 1 Kor.6:19. De punten die in deze teksten naar voren komen, zijn: de mens is geschapen als man en vrouw (Gen.1:27 en Matt.19:4), de mens is geschapen naar het beeld van God (Gen 1:27), het lichaam is een tempel van de Heilige Geest (1 Kor.3: 16,17 en 6:19) en een man mag zich niet verkleden als vrouw en andersom (Deut.22:5).

Tegen het gebruik van laatstgenoemde tekst uit Deuteronomium als grond voor afwijzing van de geslachtsoperatie is het gemakkelijkst bezwaar in te brengen. Volgens sommigen wordt in Deut.22:5² een verbod uitgesproken tegen de achtergrond van een kanaänietische godsdienstige praktijk, waarbij mannen en vrouwen van kleren wisselden om ontucht met elkaar te bedrijven.³ Anderen houden het wat algemener en zien in dit verbod de eerbied uitgedrukt voor de door God gegeven scheppingsorde: het onderscheid tussen de geslachten. Een letterlijke opvolging van deze tekst in de situatie van vandaag, staan zij echter niet voor.⁴

Hoe het ook zij, deze tekst geeft geen kledingvoorschriften voor vandaag en zegt ons ook niet hoe we moeten handelen met mensen die zich niet thuis voelen in hun lichaam. De tekst gaat wel uit van een onderscheid tussen man en vrouw. Maar dat onderscheid wordt ook niet ontkend door hen die een geslachtsoperatie goedkeuren (d.w.z. niet veroordelen). Het probleem van de transseksueel is juist dit geslachtelijke onderscheid: ben ik wel man of vrouw? Deut.22:5 verbiedt impliciet wel het uitwissen van de geslachtelijke grenzen, de rolverwisseling (bijvoorbeeld door middel van kleding), maar laat ons in de steek wanneer we een antwoord willen op de vraag of iemand van geslacht mag veranderen.

Maar de andere teksten dan? Spreekt de Schrift daar niet duidelijk tegen een geslachtstransformatie? Houdt aanvaarding van de geslachtsoperatie niet automatisch een ontkenning in van het feit dat God de mens als man en vrouw schiep? Wat betekent het feit dat de mens is geschapen naar het beeld van God voor de beoordeling van de geslachtstransformatie? De volgende paragrafen gaan in op deze vragen.

² René en Margriet Millenaar wijzen de geslachtsoperatie af op onder meer deze tekst. Zie Millenaar R&M. *Transseksualiteit.Eindschriftie* B.I.B. Heverlee 1993².

³ Zie o.a. Douma J. *Verantwoord handelen*. Kampen: Van den Berg 19844, p.55.

⁴ Zie bijvoorbeeld Ridderbos J. Deuteronomium II, in de serie *Korte Verklaringvan de Heilige Schrift*. Kampen: Kok, derde druk, p.39/40.

7.3 De mens als beeld van God

In de discussie over transseksualiteit wordt soms als argument tegen de geslachtsoperatie genoemd, dat de mens geschapen is naar Gods beeld, als man en vrouw. Deze overtuiging, die uitspreekt dat *ieder* mens, als man of als vrouw, zo is geschapen, zou zich niet verdragen met de geslachtsoperatie.

Dit bezwaar roept allereerst de vraag op naar de betekenis van de uitdrukking 'geschapen naar Gods beeld'. Dit biedt tevens gelegenheid enkele opmerkingen te maken over een bijbelse antropologie. Vervolgens zal worden nagegaan wat hiervan de consequentie is voor een beoordeling van detransseksualisatie.

Velen hebben over de mens als beeld van God geschreven en er zijn vele meningen. Een aantal hiervan zullen we langslopen.

Berkouwer

Vooral de Amsterdamse (VU) theoloog G.C. Berkouwer heeft uitvoerig geschreven over de mens als beeld van *God*.⁵ In 'De mens het beeld Gods' besteedt hij zo'n 400 pagina's aan dit onderwerp. Berkouwer poneert in het eerste hoofdstuk⁶ dat de bijbel geen complete antropologie bedoelt te geven, zodat wij aan de hand van Schriftgegevens precies weten hoe de mens in elkaar steekt. De Schrift vraagt wel aandacht voor de volledige, werkelijke mens, maar dan de mens zoals hij voor God staat. Dat is het belangrijkste, wanneer de bijbel spreekt over de mens. Die relatie is beslissend voor zijn hele mens-zijn. Dit geheimenis, de mens in zijn verhouding tot God, wordt in de dogmatische bezinning over de mens aangeduid met het beeld van God.⁷

Berkouwer vermeldt dat in de bijbel op zeer onderscheiden wijze over de mens wordt gesproken.⁸ De volgende begrippen worden gebruikt: ziel, vlees, hart, geest, in- en uitwendige mens, oude en nieuwe mens. Nooit is het echter de bedoeling van de Schrift om in een bepaald deel van de mens het wezen van het mens-zijn vast te leggen. Gods openbaring richt zich op de mens in zijn totaliteit, in zijn verhouding tot God. Berkouwer geeft dit hoofdstuk niet voor niets de titel mee 'De ganse mens'.

In het verlengde hiervan ligt Berkouwers waarschuwing de bijbelse termen en begrippen over de mens niet op te vatten als wetenschappelijk fixaties van *delen* van de mens.⁹ Het oudtestamentische 'nèfèsj' en het nieuwtestamentische 'psyche' (beide te vertalen met 'ziel') betekenen vaak heel algemeen: 'leven' en dan niet als deel van de mens, maar als synoniem voor de hele persoon.

Hoe zit het dan met de woorden 'sarx' en 'pneuma', die toch lijken te wijzen op een dualisme? Kan men hier spreken van een antropologische dichotomie van hoger en lager, waarbij de zonde gelokaliseerd is in het lichaam, als het lagere? Hebben we met de dichotomie van 'lichaam' en 'ziel' niet met een bijbels-normatieve onderscheiding te maken?

Berkouwer begint met te zeggen dat het probleem moeilijker is dan wel wordt voorge-

⁵Berkouwer GC. De mens het beeld Gods. In: *Dogmatische Studiën*. Kampen: Kok 1957.

⁶Berkouwer GC. Het geheimenis van de mens. In: *Dogmatische Studiën*. Kampen: Kok 1957, p.5/33.

⁷Berkouwer a.w. noot 6, p.32/3.

⁸Berkouwer a.w. noot 5, p.216.

⁹Berkouwer a.w. noot 5, p.218.

steld.¹⁰ De onderscheiding 'lichaam en ziel' is van late oorsprong en komt in het O.T. niet voor. In de bespreking van deze 'dichotomie' gaat het echter niet om de vraag of het bezwaarlijk is van lichaam en ziel te spreken als aanduiding voor de hele mens, maar om de vraag of de bijbel ons leert dat de mens uit twee substanties, lichaam en ziel, bestaat.

Berkouwer behandelt vervolgens de vraag of deze dichotomie per definitie negatief benaderd moet worden. Dat hangt ervan af of de dichotomie noodzakelijk dualistisch van aard is, of er in de dichotomie van ziel en lichaam een spanningselement zit, dat de eenheid van de mens verbreekt¹¹ (zoals bij de substantie-dichotomie van René Descartes).

Gezien het voorafgaande is het duidelijk dat Berkouwer dit laatste ontkent. Ook de gereformeerde belijdenisgeschriften spreken over lichaam en ziel als twee aspecten van het mens-zijn, niet als twee substanties die tegenover elkaar staan.^{12,13}

Steeds komt in de Schrift duidelijk naar voren dat het gaat om de hele mens, naar ziel en lichaam. Nooit wordt de 'eigenlijke mens' losgemaakt van zijn lichamelijk bestaan. Hoe men de verhouding tussen ziel en lichaam antropologisch ook wil duiden, de Schrift geeft hierover geen wetenschappelijke solutie. Het gaat in de Schrift om de hele mens, zoals hij voor God staat. Daarbij is het lichaam niet van minder belang dan de ziel, de hele mens heeft verlossing nodig.¹⁴ De mens is de mens coram Deo en wordt zo onderscheiden mogelijk omschreven.

Schilder en Kamphuis

Ook de Kamper hoogleraren K. Schilder¹⁵ en J. Kamphuis¹⁶ hebben geschreven over de mens als beeld van God.

Schilder ziet de essentie van het 'beeld van God' in het *officium*. Het beeld-van-God-zijn is een ambtelijke opdracht dat bij het mens-zijn komt. De mens wordt uit alle schepselen gekozen om God zichtbaar te vertegenwoordigen op aarde als zijn onderkoning, zijn afgezant. Dat geldt voor de hele mens naar lichaam en ziel.¹⁷ Dit beeld van God heeft de mens echter verloren door de zondeval.

Kamphuis volgt Schilder waar hij spreekt over het verlies van het beeld van God door de zondeval. Kamphuis gaat echter verder, waar Schilder stopt. Kamphuis vraagt bij de aanduiding 'beeld van God' ook aandacht voor het kind-zijn van de mens in het verbond; met dit kind van Hem gaat God verder ná de zondeval. Hij zoekt de mens weer op in zijn genade en brengt de mens weer tot gelovig aanvaarden van zijn Woord. In het verbond bloeit het leven weer op en krijgt de mens uitzicht op het beeld van God: Christus. Voor man en vrouw geldt: het beeld van God wordt in beginsel weer hersteld, wanneer hij of zij zich in geloof richt op die Christus.

¹⁰ Berkouwer *a.w.* noot 5, p.227.

¹¹ Berkouwer *a.w.* noot 5, p.232.

¹² Berkouwer *a.w.* noot 5, p.234/5.

¹³ Ook Gen.2:7 kan niet gelden als bewijstekst voor de substantiedichotomie. Hier wordt gesproken over een scheppende daad van de levende God en niet over het compositie-probleem van de dichotomie. Berkouwer *a.w.* noot 5, p.237 e.v.

¹⁴ Berkouwer *a.w.* noot 5, p.255 e.v.

¹⁵ Schilder K. *Heidelbergse Catechismusl.* Goes: Oosterbaan Le Cointre 1947/48², p.186/312.

¹⁶ Kamphuis J. *Uit verlieswinst. Het beeld van God en het komende koninkrijk.* Kamper Bijdragen XXVI. Barneveld: De Vuurbaak 1985.

¹⁷ Schilder *a.w.* noot 15, p.267.

Velema

Velema geeft in de *Beknopte Gereformeerde Dogmatiek*¹⁸ een heldere uiteenzetting over de mens als beeld van God. Uit de conclusies van zijn verhaal blijkt dat hij meerdere aspecten onderscheidt aan het beeld-van-God-zijn: 1) de vertegenwoordiging van God; 2) de relatie tot God, als van Vader tot kind (in navolging van Kamphuis); 3) het heersen over de schepping; 4) het geslachtelijke onderscheid, essentieel voor de voortplanting; 5) de mens als Gods schepsel, met lichamelijke en geestelijke gaven.¹⁹

Kortom, hij onderscheidt een ontisch aspect, de mens is schepsel, en een relationeel aspect, de mens staat in verhoudingen. Deze beide aspecten moeten worden gehonoreerd. Een tegenstelling tussen deze twee wordt door hem afgewezen; die twee zijden veronderstellen elkaar. Uit zijn betoog blijkt dat het ook bij hem gaat om de *hele* mens. De mens, die een eenheid is van lichaam en geest.²⁰

Douma

J. Douma schrijft over het beeld van God in zijn serie *Ethische Bezinning*²¹ en recenter in zijn inaugurele rede 'Plaats en taak van de medische ethiek in christelijk perspectief als bijzonder hoogleraar medische ethiek aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.'²²

Met de kwalificatie 'beeld van God' geeft de bijbel in de eerste plaats heel algemeen de hoge waarde en de grote verantwoordelijkheid van de mens aan. Vervolgens betekent het beeld-van-God-zijn onder meer dat de mens in relaties leeft. In de eerste plaats in relatie tot God, maar ook in relatie tot andere mensen, in de relaties binnen allerlei verbanden en tenslotte in relatie tot de aarde.²³ De mens heeft nl. als rentmeester de opdracht die aarde in cultuur te brengen. Volgens Douma houdt dit onder meer in dat we 'helend' bezig mogen zijn.²⁴ Dit is mijns inziens van belang voor de ethische beoordeling.

Ook al functioneren niet alle mensen in deze relaties (vooral niet in die tot God), toch zijn alle mensen geschapen naar het beeld van God, ook de ongelovige. Ook zijn mens-zijn naar lichaam en geest hoort bij het beeld van God (vgl. Gen. 9:5,6). Dit ontische aspect moeten we niet tegen het relationele aspect uitspelen.²⁵

Concluderend: wat is bepalend voor het 'beeld van God' zijn? Dat is bij alle auteurs in de *eerste* plaats de relatie tot God. Ook al zijn niet alle auteurs het erover eens of de ongelovige na de

¹⁸ Genderen J van & Velema WH. *Beknopte Gereformeerde Dogmatiek*. Kampen: Kok 1992, p.292 e.v.

¹⁹ Van Genderen & Velema a.w. noot 18, p.307/8.

²⁰ Van Genderen & Velema a.w. noot 18, p.327.

²¹ Douma J. *De Tien Geboden I*. Kampen: Van den Berg 1985, p.70/6; *Vrede in de maatschappij*. Kampen: Van den Berg 1985, p.13/37 (een uitgave van het Gereformeerd Maatschappelijk Verbond).

²² Douma J. *Plaats en taak van de medische ethiek in christelijkperspectief* Rede uitgesproken ter gelegenheid van het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar op de Lindeboomleerstoel voor medische ethiek aan de faculteit der geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam, op vrijdag 4 februari 1994. Kampen: Van den Berg 1994.

²³ Douma a.w. noot 22, p. 1417.

²⁴ Douma a.w. noot 22, p.1617. Douma noemt dan het voorbeeld van de somatische genterapie.

²⁵ Douma a.w. noot 22., p.28/9, noot 37. Ongeveer in dezelfde bewoordingen ook ia Douma J. *De Tien Geboden I*. Kampen: Van den Berg 1985.

zondeval nog beeld van God is,²⁶ toch komt bij iedereen dit punt als het belangrijkste naar voren: de mens, ook de ongelovige, kan zijn afkomst en bestemming niet verliezen en blijft in deze zin 'geschapen naar het beeld van God' (vgl. Kol.1:15, 3:10,11; 2 Kor.3:18).²⁷ Daarbij gaat het om de héle mens, man of vrouw, naar lichaam en geest; beide zijden van het mens-zijn moeten ten volle bij het 'naar-Gods-beeld-geschapen-zijn' betrokken worden.

Betekenis voor geslachtsaanpassende ingrepen

Wat betekenen deze uiteenzettingen over de diverse betekenissen van het geschapen zijn naar Gods beeld nu voor ons onderwerp transseksualiteit en geslachtsaanpassende ingrepen? Twee dingen wil ik hierover zeggen.

In de eerste plaats: voor alle mensen geldt dat ze geschapen zijn naar het beeld van God, wat primair iets zegt over de verhouding tot God.²⁸ Dit verandert niet door medische, zelfs niet door geslachtsaanpassende ingrepen. Het 'naar-Gods-beeld-geschapen-zijn', zoals hierboven verwoord, is dus geen argument tegen zulke ingrepen. Dit wil niet zeggen dat alle bezwaren tegen de geslachtsoperatie van tafel zijn, wanneer eenmaal aangetoond is, dat ook de geopereerde transseksueel geschapen is naar Gods beeld. Ook iemand die in zonde leeft, blijft beeld van God in bovengenoemde zin, maar dat is natuurlijk nog geen rechtvaardiging van de zonde. Wat ik duidelijk heb willen maken, is dat het argument dat de operatie het 'beeld-van-God-zijn' aantast, tenminste wat betreft de verhouding tot God, geen steek houdt.

In de tweede plaats ligt in deze invulling van het beeld van God een bepaalde antropologie ingevouwen. We zagen dat de bijbel een scala van mogelijkheden kent om de mens te omschrijven. We kwamen de volgende omschrijvingen tegen: ziel, vlees, hart, geest, in- en uitwendige mens, oude en nieuwe mens. Deze begrippen moeten in eerste instantie niet worden opgevat als aanduidingen van onderdelen van de mens, maar als aspecten en dimensies van het mens-zijn. Kort gezegd komt het hierop neer: de mens vertoont een dualiteit van een materiële en een niet-materiële zijde, van lichaam en ziel of lichaam en geest.²⁹

Nu is het belangrijk dat de aanvaarding van een dualiteit niet uitgroeit tot een dualisme, waarin het lichaam en de geest/psyche als zelfstandige grootheden tegenover elkaar komen te staan. Het gaat God altijd om de héle mens, ook al wordt die mens in de Schrift zo onderscheiden mogelijk omschreven. Het geschapen zijn naar Gods beeld heeft dan ook betrekking op de hele mens. Dat betekent: geen dualisme, wel een dualiteit van lichaam en geest.

Hier raken we gelijk aan één van de moeilijkste aspecten van het onderwerp transseksualiteit: de verhouding lichaam en geest/psyche. Men spreekt wel over 'een mannelijke geest of ziel in een vrouwenlichaam' en andersom. Hulpverleners 'passen het lichaam aan bij de geest' of 'de geest bij het lichaam'. Al deze uitspraken hebben met elkaar gemeen, dat zij het één (de geest)

²⁶ Schilder, Berkouwer en Kamphuis zeggen van niet; Van Genderen, Velema en Douma zeggen van wel. De ongelovige is immers ook schepsel. Wel vertoont deze mens het beeld van God "in een negatieve modus" (Van Genderen & Velema *a.w.* noot 18, p.308).

²⁷ Vgl. Van Genderen & Velema *a.w.* noot 18, p.304/5.

²⁸ Daarbij gaat het wel om een *normatieve* verhouding. Beeld-van-God-zijn is nl. meer dan schepsel-zijn. Ieder mens is in zekere zin beeld van God, maar niet allemaal op dezelfde wijze. Hij die niet leeft naar Gods geboden, vertoont het beeld van God "in een negatieve modus" (zie Velema in noot 18). Anders gezegd: je moet ook leven naar de wet van God, wil je het beeld van God vertonen.-'in een positieve modus'.

²⁹ Zie ook Van Genderen & Velema *a.w.* noot 18, p.325/8.

lijken uit te spelen tegen het ander (het lichaam). Lichaam en geest worden immers uit elkaar getrokken en in plaats van de eenheid benadrukt men de 'tweeslachtigheid' van beide. Verdraagt dit spraakgebruik zich met de bijbelse visie op de mens als een eenheid van lichaam en geest? Mijn inziens moeten we iemand niet teveel vastpinnen op deze tenninologie. Ze wordt gebezigd door mensen die willen buigen voor het gezag van Gods Woord en door mensen die dat niet doen. Wanneer iemand zulke taal gebruikt, moet eerst gekeken worden welke mens- en wereldbeschouwing hierachter zitten. Pas dan wordt duidelijk wat men werkelijk bedoelt met deze tenninologie. Dit spreken over lichaam en geest moeten we mijns inziens in eerste instantie meer zien als een weergave van de dagelijks *ervaren* moeite van de transseksueel (en de oplossing daarvan), dan als een uiting van substantieel dualisme.³⁰ Korter gezegd: het is meer ervaringstaal dan uitgebalanceerde wetenschapstaal.

We staan hier bij de verhouding lichaam en geest aan de grenzen van ons voorstellingsvennogen. Wie zal hierover het laatste woord hebben gesproken? Wanneer iemand een discrepantie ervaart tussen lichaam en lichaamsbeleving, dan raakt dat zijn héle bestaan. Als persoon is hij meer dan zijn geslachtelijke beleving, maar deze beleving stempelt wel alles wat tot de geestelijke zijde van zijn mens-zijn behoort: zijn emotionele leven, zijn 'ik'-besef en in religieuze zin: zijn verhouding tot God.

Geen dualisme dus, wel een dualiteit van lichaam en geest. Beide behoren tot het volle mens-zijn. Dit geldt ook voor de transseksueel. Vervolgens komt de vraag op hoe het probleem van de transseksueel opgelost moet worden: een behandeling van het lichaam of van de *lichaamsbeleving*? Vanuit de gelijkwaardigheid van de lichamelijke en geestelijke zijde geredeneerd, zouden beide opties open moeten staan. Voordat ik hierop zelf een antwoord geef, behandel ik de twee genoemde mogelijkheden afzonderlijk. Eerst een tegenstander van de geslachtsoperatie, vervolgens een voorstander.

7.4 Geslacht: gave van God of keuze van de mens?

De Engelse ethicus Oliver O'Donovan schrijft in zijn medisch-ethische boekje 'Begotten or made?' ook een hoofdstuk over transseksualiteit, met de titel 'Sex by artifice'.³¹

In dit hoofdstuk verzet O'Donovan zich onomwonden tegen de geslachtstransfonatie, ook al erkent hij de nood waarin de transseksueel verkeert. Zijn argumentatie verloopt, allereerst in het kader van bespreking van kunstmatige voortplantingstechnieken, als volgt.³²

God gaf de structuur van het huwelijk. In het huwelijk zijn twee elementen van belang: het relationele en het procreatieve. Een man en een vrouw krijgen kinderen vanuit hun liefde tot elkaar. Het procreatieve volgt als het ware als vanzelf (op natuurlijke wijze) uit het relationele. Elk sleutelen aan deze structuur leidt tot een geplande, kunstmatige, niet-natuurlijke humaniteit.

³⁰ We moeten goed bedenken dat de beschuldiging 'substantieel dualisme' ook de tegenstanders van de geslachtsoperatie kan treffen. Wie voor de behandeling van de *beleving* van de transseksueel kiest, kan het verwijt krijgen dat hij de 'geest' wil laten buigen voor het lichaam, hoe zijn visie op de geest en diens verhouding tot het lichaam ook is. Zo komt deze behandeling van transseksualiteit nu eenmaal op anderen over in de praktijk.

³¹ O'Donovan O. *Begotten or made?* Oxford: University Press 1984. Naast hoofdstukken over kunstmatige inseminatie met behulp van een donor, experimenten met menselijke embryo's en in vitro fertilisatie.

³² Zie O'Donovan *a.w.* noot 31, p.15/30.

Valenkamp komt na deze antropologische opmerkingen tot het laatste punt van zijn betoog. Hij behandelt de vraag wat nu precies de aard van het medisch handelen is - als opstapje naar de chirurgische ingreep bij transseksuelen - aan de hand van de visie van G.A. Lindeboom. De zieke is een mens in nood, de zieke vraagt een arts om hulp en de zieke is een mens in vertrouwen.⁴³ De transseksueel lijkt alleen niet ziek te zijn in klassieke zin, zo vervolgt Valenkamp. Lichamelijk, noch psychiatrisch lijkt er iets met hem aan de hand. Hij ervaart de discrepantie tussen uiterlijk en innerlijk op een pijnlijke manier en daar wil hij van af. De kritiek van Valenkamp is nu, dat de 'gender-normale' mens niet wil inzien dat iedereen sinds de zondeval in een *gestoorde* wereld leeft.⁴⁴ Dat de wereld gebroken is door de zondeval, wordt beleden door de christenen. Maar hiermee spreekt men een *religieus* oordeel uit over die wereld. Met datzelfde oordeel verzet Valenkamp zich tegen alle christenen die zeggen, dat het leven zonder enig lichamelijk gebrek zo door God gegeven is en daarom onaangeroerd moet blijven.⁴⁵ De termen 'eerbied voor het leven' en/of 'kwaliteit van leven' zouden betrokken moeten worden in de discussie over detransseksualiserende ingrepen.⁴⁶ In christelijke kring lijkt het principe van de eerbied voor het leven dat door God gegeven is, de kern te zijn van haar ethiek. Oorspronkelijk komt dit principe echter uit heidense, vitalistische filosofieën.⁴⁷ Dankzij Albert Schweitzer kwam het in de christelijke ethiek.⁴⁸ Het principe eerbied voor het leven lijkt in deze ethiek bijna altijd in *biologische* zin te worden opgevat. Dan is het onvermijdelijke gevolg dat het leven in zijn uiterlijkheid (lichamelijkheid, MAVL), onaangetast moet blijven. Hoezeer men ook de nood erkent waarin mensen met zo'n gezonde lichaam zich kunnen bevinden.

Valenkamp wil een andere kant op. Hij denkt dat in het geval van detransseksualisatie niet de principes 'eerbied voor het leven' of 'heiligheid van het leven' moeten gelden, maar die van 'de kwaliteit van het menselijk leven'. Met nadruk op *menselijk*. Ook de transseksuele mens kan beeldrager Gods zijn en Hem dienen door bepaalde waarden in dit leven te realiseren.⁴⁹

Als beperkende voorwaarden voor de geslachtstransformatie noemt Valenkamp: a) na zorgvuldige afweging, b) na diepgaande toetsing van het lijden van de transseksueel en c) wanneer we naar vermogen proberen te voorkomen dat bij mensen die alleen lijden aan de zogenaamde 'Geschlechtsverwandlungswahn' toch geslachtsaanpassende operaties worden

⁴³ Valenkamp (a.w. noot 36, p.12) geeft hier een samenvatting van Lindebooms denken door, die door Strijbos S. is opgesteld in zijn *Het technische wereldbeeld. Een wijsgerig onderzoek van het systeemdenken*. Amsterdam 1988.

⁴⁴ Valenkamp citeert hier Popma KJ. *Gestoorde wereld*. Hilversum: Benedictus 1977, p.9/10.

⁴⁵ Valenkamp a.w. noot 36, p.12. Valenkamp vergelijkt de discussie over de detransseksualisatie met de debatten over abortus, sterilisatie en genetische manipulatie. Ook daar wordt ingegrepen in het niet-zieke lichaam.

⁴⁶ Valenkamp a.w. noot 36, p.12.

⁴⁷ Valenkamp a.w. noot 36, p.13. Valenkamp haalt hiervoor als bron aan het boek *Kwaliteit van leven, criterium voor medisch handelen?* van A.W. Musschenga uit 1987, p.72. Hier valt nog wel het een en ander te nuanceren. De idee van eerbied/respect voor het leven of heiligheid van het leven heeft zich op een bepaalde manier ontwikkeld in de historie. In het Westen heeft het respect voor menselijk leven zich geleidelijk ontwikkeld in de morele en juridische systemen. Zie het toenemend gebruik van de hippokratische eed in de geneeskunde. Door opkomend jodendom en meer nog door het christendom is de idee van heiligheid van het menselijke leven sterk gegroeid, misschien wel geboren. De uitbreiding naar respect voor al het leven stamt meer uit het romanticisme, het evolutionisme en de indische filosofie. Zie Frankena WK. *The Ethics of Respect for Life*. In: Temkin O, Frankena WK & Kadish SF. *Respect/or Life in Medicine, Philosophy and the Law*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1977.

⁴⁸ Dit ligt dus genuanceerder, zie vorige noot. De eerbied voor het menselijk leven bestond al vóór Schweitzer als principe in de christelijke ethiek. Het nieuwe van Schweitzer was, dat hij het respect uitbreidde tot *al* het leven.

⁴⁹ Valenkamp a.w. noot 36, p.13. Welke waarden dit zijn, zegt Valenkamp niet.

verricht.⁵⁰

In veel van wat Valenkamp schrijft, kan ik me vinden. De transseksuele mens is ook geschapen naar Gods beeld. Een geslachtstransformatie doet hieraan niets af. Valenkamp mag dan inhoudelijk niet diep ingaan op de mens als beeld van God, de essentie ervan wordt - tussen de regels door - wel duidelijk: het duidt op de religieuze bestemming van de mens. Ik zou dat nog sterker willen zeggen: de mens als beeld van God geeft aan dat - heel algemeen - de mens in verhouding stáát tot God. Hij heeft die positie in de schepping gekregen, maar daarmee houdt het niet op. Hij moet ook léven als beeld van God. Anders gezegd: hij moet ook meer en meer beeld van God wórden.

Wat Valenkamp in navolging van Dooyeweerd schrijft over het religieuze centrum van de mens, zijn 'ik', als de diepere eenheid van de mens, zet tot denken aan. Dit sluit kritiek niet uit: vervalt Valenkamp bijvoorbeeld niet in een ander soort dualisme, doordat hij dit 'ik-besef meer gewicht lijkt te geven dan het lichaam? En belangrijker nog: haalt hij geen 'tour de force' uit door dit 'ik-besef gelijk te schakelen met de genderidentiteit? Vraagtekens genoeg wat mij betreft.

Hoe dit ook zij, het verhaal van Valenkamp in de lijn van de filosofie van Dooyeweerd ondersteunt de opvatting, dat er geen reden is in het kader van hulpverlening aan een transseksueel bij voorbaat uit te gaan van het gezonde lichaam waaraan de beleving zich zou moeten aanpassen. Het gaat om hulp aan een mens in nood en als aanpassing van het lichaam aan de beleving die nood aanzienlijk kan verlichten, dan hoeft het enkele feit dat het lichaam gezond is, geen reden te zijn hiervan af te zien.

Moeite heb ik met het slot van Valenkamps artikel. In de eerste plaats met de onbeschermd manier waarop hij het principe 'kwaliteit van leven' invoert. Natuurlijk moet de christen-medicus/ethicus oog hebben voor de kwaliteit van het menselijk leven, dus ook voor de kwaliteit van het leven van de geopereerde transseksueel.⁵¹ Dit kan alleen nooit de allesoverheersende norm zijn voor medisch handelen en de ethische beoordeling daarvan. Ik geloof ook niet dat dat de principes 'eerbied (in de zin van respect) voor het leven' en 'kwaliteit van leven' per definitie elkaars tegenpolen zijn, zoals Valenkamp suggereert. Beslissend is de plaats die het Woord van God in het leven inneemt. Daaraan ontlenen christen-arts en ethicus hun normen. Daarmee zijn niet alle problemen voor de christen-arts/ethicus van tafel, maar het geeft wel het vertrekpunt van hun handelen en denken aan.

De meeste moeite heb ik met de uiteindelijke grond waarop Valenkamp de geslachtstransformatie goedkeurt: het argument van de liefde. Het mag dan een gekwalificeerd liefdesbegrip zijn, nl. liefde als onbaatzuchtige gerichtheid op de persoon van de ander, als norm voor medisch handelen en de ethische beoordeling hiervan, vind ik het te algemeen en te gemakkelijk. Hier blijkt mijns inziens dat Valenkamp te weinig met de Schrift doet.⁵² De liefde is een belangrijk element in de Bijbel, maar deze spreekt dan wel over een bepaald soort liefde: de liefde die zich houdt aan Gods geboden. Het probleem met de ethische beoordeling van de geslachtstransformatie is nu juist, dat niet evident is wat God op dit punt gebiedt of verbiedt. Daarom moeten

⁵⁰ Valenkamp *a.w.* noot 36, p.13.

⁵¹ Valenkamp moet op p.13 van zijn artikel wel de geopereerde transseksueel bedoelen.

⁵² Ik zeg dus *niet* dat Valenkamp niets met de bijbel doet. En ook niet dat hij er een normloos liefdesbegrip op nahoudt.

we niet alleen het argument van de liefde, maar - zoals altijd - de hele Schrift in onze ethische bezinning betrekken.

Met de uiteindelijke conclusie van Valenkamp ben ik het dus wel eens- geslachtstransformatie is geoorloofd, ook de geopereerde transseksueel blijft beeld van God - maar niet met de gronden voor die conclusie.

7.6 Samenvatting en conclusie

In deze paragraaf wil ik een korte opsomming geven van de belangrijkste punten en komen tot de formulering van een eigen standpunt.

Een fundamenteel onderdeel van de christelijke mensopvatting, is dat *de* mens (heel algemeen) is geschapen naar het beeld van God. Dit houdt in de eerste plaats in dat ieder mens in verhouding tot God staat; de mens is wat zijn oorsprong en bestemming betreft, betrokken op God. Dit geldt voor een transseksuele mens als voor ieder ander, ook voor een geopereerde transseksueel. Deze bijbelse visie op de mens verzet zich, wat haar kern betreft, dus niet tegen geslachtsaanpassende ingrepen. Dit betekent echter nog niet dat ze geslachtsoperaties legitimeert.

Het geslacht waarin we worden geboren, is een gave van God. Hierin onderschrijf ik O'Donovan volledig. God is de Schepper van ons leven. Toen God de mens schiep, schiep Hij hem mannelijk en vrouwelijk. Zo was het goed, de mens bestond op tweeërlei manier, als man en als vrouw. Maar de goede schepping van Gen.1 is wel verscheurd door de zondeval. Wat een stoornissen en ontwichtingen zien we niet vanaf Gen.3 in de schepping? Zo is bij de transseksueel een verstoring opgetreden in de eenheid van geslacht en geslachtsbeleving. Als we het geslacht van hermafrodieten mogen aanpassen door middel van een operatie - wat ook O'Donovan goedkeurt - waarom dan niet van transseksuelen? Alleen omdat de hermafrodiet *lichamelijke* afwijkingen heeft en de transseksueel niet, tenminste niet zichtbaar? Is bij de transseksueel niet net zo goed sprake van een *scheppingsstoornis*?

Zoals in paragraaf drie al is aangegeven, zouden voor de behandeling van de transseksuele nood beide opties open moeten staan: aanpassing van de beleving aan het lichaam en aanpassing van het lichaam aan de beleving. De geestelijke zijde (waarvan de geslachtsbeleving wezenlijk deel uitmaakt) en lichamelijke zijde zijn immers van gelijke waarde. Hiermee zeg ik niet dat de genoemde 'oplossingen' geen problemen opleveren. De transseksuele problematiek is zeer complex. De aanpassing, in welke vorm dan ook, blijft altijd een *gebrekkige* aanpassing.

Wat de lichamelijke aanpassing betreft: ik sluit me aan bij een belangrijk element in het betoog van Valenkamp. Het bezwaar dat in een gezond lichaam wordt ingegrepen, is voor mij geen reden om geslachtsaanpassende ingrepen principieel af te wijzen. De mens mag zijn kunde tot helen gebruiken als deze niet in strijd komt met Gods geboden in de Schrift.⁵³ En dat is mijns inziens niet het geval met geslachtsaanpassende ingrepen bij transseksualiteit. Het leven van iemand met een handicap komt uit Gods hand, wat voor handicap dit ook is. God verbiedt ons echter niet de *handicap* van die persoon te bestrijden, mijns inziens ook niet wanneer aan

⁵³Zo ben ik wel tegen ingrijpen op de schepping, wanneer dit betekent dat menselijke embryo's moeten sneuvelen, zoals bij genterapie in de kiembaan gebeurt.



het lichaam niets te zien is.⁵⁴ De handicap van de transseksueel is niet zichtbaar. Tenminste, niet zo zichtbaar dat geconcludeerd kan worden: dit verklaart de genderdysforie.⁵⁵ Dat is ook de tragiek van de transseksueel: hij kan niet *bewijzen*, dat hij zo is. Maar, wat niet bewezen kan worden, kan nog wel *aannemelijk* worden gemaakt.

Dat deze mensen in grote nood verkeren, is onmiskenbaar. Tot op heden lijkt psychotherapie een gering tot zeer gering succes te boeken.⁵⁶ Dit zegt ook iets over de onwrikbaarheid van het transseksuele gevoel. Bovendien geven bijna alle *geopereerde* transseksuelen (in binnen- en buitenland) aan geen tegenstelling meer te ervaren tussen lichaam en geslachtelijke beleving, en zegt meer dan de helft gelukkig tot zeer gelukkig te zijn (zie hfdst. 4). Deze uitkomsten kunnen niet afgedaan worden met de bewering dat transseksuelen na de zeer belastende ingrepen moeilijk kunnen toegeven dat ze er niet gelukkiger door geworden zijn. Het lijkt mij nogal onwaarschijnlijk dat transseksuelen de geslachtstransfonnatie zouden prijzen, terwijl ze innerlijk nog steeds verscheurd zijn.

De geslachtstransfonnatie is gericht op herstel van de innerlijke verscheurdheid van de persoon. Gelet op het resultaat dat deze ingreep bewerkstelligt, is de geslachtsoperatie mijns inziens onder strikte voorwaarden (zie hfdst. 4) gerechtvaardigd, ook al gaat het hier om ingrepen op een gezond lichaam.

Ik besef dat er nogal wat vastzit aan mijn standpunt. Om één van de moeilijkste punten te noemen: het heeft gevolgen voor het huwelijk. Hoe zien we het huwelijk van iemand die zich wil laten opereren? Welke gevolgen heeft de geslachtsaanpassing voor de kinderen, als die er zijn? Deze feiten kun je niet wegpoetsen: het huwelijk is er, de kinderen hebben een vader en een moeder.⁵⁷ Dat hier geen simpele uitspraken passen, spreekt voor zich. Hierover zal verder nagedacht en gesproken moeten worden, genuanceerd en met veel gevoel voor de dagelijks beleefde nood van de transseksueel en zijn familie. Wat mij zelf betreft: hier ben ik nog niet uit. In dit hoofdstuk heb ik me beperkt tot de kern van het probleem: verdragen geslachtsaanpassende ingrepen op een gezond lichaam zich met een christelijke, bijbels gefundeerde visie op de mens? Mijn conclusie luidt dat dit kan. Wel acht ik het raadzaam dat eerst wordt nagegaan of de transseksueel met behulp van psychotherapie en ook pastoraat (indien de persoon kerkelijk is), zo geholpen en begeleid kan worden dat de vraag om geslachtsverandering verdwijnt. De

⁵⁴ Homofilie bijvoorbeeld is in zekere zin ook een handicap. Een handicap, die heel veel leed met zich meebrengt, vooral als men Gods geboden serieus wil nemen. Dit leed 'opheffen' (kan eigenlijk niet, want je blijft homofiel) of verzachten door middel van een homofiele seksuele relatie, staat op gespannen voet met Gods geboden. Dat staat duidelijk in de Schrift, dat weet de homofiel ook. Daar ligt voor hem juist de pijn en moeite.

⁵⁵ Er is kort geleden (zie hoofdstuk 3) wel een bepaalde afwijking gevonden in de hersenen van overleden man-naar-vrouw transseksuelen, maar deze ontdekking rechtvaardigt nog steeds niet de conclusie: dit is de *oorzaak* of één van de oorzaken van transseksualiteit. De afwijking kan net zo goed een *gevolg* zijn van de transseksualiteit. Anders gezegd: een biologische wortel is nog steeds niet gevonden.

⁵⁶ Hiermee beweer ik *niet* dat psychotherapeutische hulp verspilde moeite is. In het medische gedeelte van dit rapport komt al naar voren dat dit soort hulp van groot belang is, vóór, tijdens en na de geslachtsoperatie. Verder moet het onderzoek naar het effect van psychotherapeutische hulp aan transseksuelen doorgaan. De operatie mag tot nu toe de meest noodverlichtende oplossing zijn, er moet ruimte blijven voor gezonde twijfel. Deze relativerende opmerking maakte Gooren al in 1987, in zijn artikel voor de feestbundel van prof.dr. C. van der Meer (*a.w.* noot 39). Voor meer recente informatie over psychotherapie bij transseksualiteit: zie hfdst 6 van dit rapport.

⁵⁷ Een leerzaam boekje over deze kant van transseksualiteit is: Leeuwen R van, Dakman I & Nijsten G. *Hij anders zij. Over transseksualiteit. Gesprekken met transseksuelen; hun partners, ouders en kinderen, de visie van hulpverleners.* Rijswijk: Elmar 1992.

geslachtsaanpassing van het lichaam is namelijk nog altijd geen wondermiddel. Met name sociale problemen kunnen na de operatie toenemen: contact met de familie, problemen in woon- en werkomgeving; kortom: de eenzaamheid kan groter worden. Dit moet de transseksueel allemaal eerlijk worden verteld. Wanneer deze uiteindelijk dan toch kiest voor de geslachtsoperatie, dan is dit mijns inziens ethisch niet te veroordelen.

Gebruikte literatuur

- Berkouwer GC. De mens het beeld Gods. In: Dogmatische Studiën. Kampen: Kok 1957.
- Bolt I. *Transseksualiteit, een ethische en theologische studie*. Doctoraalscriptie theologie VU. Amsterdam 1989.
- O'Donovan O. *Begotten or made?* Oxford: Clarendon Press 1984.
- Douma J. *De Tien Geboden!*. Deel 2 in de serie Ethische Bezinning. Kampen: Van den Berg 1985.
- Douma J. *Vrede in de maatschappij. Een handreiking voor maatschappelijke vraagstukken*. Een uitgave van het GMV (deel 12 in de serie Ethische Bezinning). Kampen: Van den Berg 1985.
- Douma J. Van lichaam veranderen. In: *Nederlands Dagblad* (Variant) 30-01-1988.
- Douma J. *Seksualiteit en huwelijk*. Ethische Bezinning deel 6. Kampen: Van den Berg 1993.
- Douma J. *Plaats en taak van de medische ethiek in christelijk perspectief*. Inaugurale rede hoogleraar christelijke medische ethiek VU Amsterdam. Kampen: Van den Berg 1994.
- Genderen J van & Velema WH. *Beknopte Gereformeerde Dogmatiek*. Kampen: Kok 1992.
- Kamphuis J. *Uit verlies winst. Het beeld van God en het komende koninkrijk*. Deel XXVI Kamper Bijdragen. Barneveld: De Vuurbaak 1985.
- Millenaar R&M. *Transseksualiteit*. Eindschrijft B.I.B. Heverlee 1993².
- Schilder K. *Heidelbergse Catechismus!*. Goes: Oosterbaan Le Cointre 1947².
- Valenkamp M. *De problematiek van transseksualiteit en operatieve veranderingen aan het menselijk*

HOOFDSTUK 8

Zijn geslachtsaanpassende ingrepen ethisch aanvaardbaar? (2)

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan wij in op de rol en het belang van een mensvisie in ethische problemen rond transseksualiteit. We beginnen met enkele inleidende opmerkingen over een mensvisie, waaruit zij bestaat, en hoe zij samenhangt met de moraal (§ 2). Daarna schetsen we enkele hoofdlijnen uit een Christelijke mensvisie die relevant zijn voor het denken over genderdysforie en transseksualiteit (§ 3). We gaan daarbij met name in op de aspecten van de mens als schepsel van God, de mens als eenheid van lichaam en geest, het aspect van de voortplanting, op de manier waarop we met geboden omgaan, en op het element van hoop door de verlossing in Christus. In § 4 bekijken we wat 'hoop' in het geval van de transseksueel zou betekenen en zetten vraagtekens bij zowel valse hoop als wanhoop. In § 5 volgen enkele conclusies.

8.2 Wat heeft een mensvisie met de moraal te maken?

8.2.1 *Het begrip 'mensvisie'*

Spreek over mensvisies is op dit moment in het Nederlandse gezondheidszorgdebat niet gebruikelijk. Daarvoor zijn twee redenen. Allereerst zijn mensvisies niet een-twee-drie op concrete situaties toepasbaar, terwijl in de praktijk juist behoefte bestaat aan concrete handelingsregels. De vertaalslag van mensvisie naar een concreet moreel probleem is soms problematisch en legt beslag op onze schaarse tijd. Een tweede reden is dat mensvisies onderling sterk verschillen. Een humanistische mensvisie legt de nadruk op de mens als zelf beschikkend wezen, terwijl een godsdienstige mensvisie meer nadruk legt op de afhankelijkheid van de mens. Sommige visies beschrijven de mens in biologische termen, terwijl andere hem juist primair zien als een geestelijk wezen. Vragen we door, dan wordt duidelijk hoe onoverbrugbaar sommige verschillen zijn. In de moderne ethiek spreekt men dan ook liever over het niveau van handelen. Daarbij gaat het niet om wat wij 'ten diepste' vinden, maar om onze kijk op een concreet moreel probleem.

Deze twee redenen zijn maar ten dele plausibel. Concrete morele posities zijn nu eenmaal afhankelijk van dieper liggende overtuigingen. Wordt die samenhang ontkend, dan gaat de moraal een eigen leven leiden met het gevaar dat zij gaat lijken op een kip zonder kop. Het lijntje tussen moraal en mensvisie mag dan lang zijn, het is er wel en dat moet zo blijven.

Wat is een mensvisie? Een mensvisie is onderdeel van een levensbeschouwing. Een *levensbeschouwing* bestaat uit overtuigingen over wat wij het belangrijkste in het bestaan vinden: theoretische overtuigingen (d.w.z. overtuigingen over wat 'het geval is') en normatieve

ve overtuigingen (d.w.z. over wat 'het geval zou moeten zijn'). Wanneer een levensbeschouwing uitgaat van het bestaan van God, spreken we van een *religie*. Op zijn beurt omvat een *mensvisie* die overtuigingen binnen onze levensbeschouwing die over de mens gaan. Zij is dus niet los verkrijgbaar, maar staat in een groter geheel.

8.2.2 Een verkeerd lichaam of een verkeerde 'geest'?

Ook bij het denken over transseksualiteit spelen mensvisies een rol. 'Zeg me hoe u over transseksualiteit denkt, en ik zal u zeggen wat uw mensvisie is'. Dat maakt het probleem van transseksualiteit belangrijker dan men op grond van de aantallen mensen die het betreft, zou verwachten. Definiëren wij het verschijnsel 'transseksualiteit' als '*een duurzame en diepgaande discrepantie tussen iemands biologische geslacht en het geslacht waartoe iemand zich voelt behoren,*' dan wordt duidelijk dat het probleem in andere, meestal minder vergaande vormen voor velen herkenbaar is, bij wie het feitelijke zelfbeeld verschilt van het ervaren, of gewenste zelfbeeld. In sommige gevallen wordt zo'n verschil geweten aan psychische stoornissen. Magere mensen die zichzelf te dik vinden, kunnen lijden aan anorexia nervosa; niet hun lichaam (daar mankeert niets aan), maar hun zelfbeeld is het probleem. Maar een verschil tussen 'feit' en 'ideaal' is niet per definitie een stoornis. Een voorbeeld is dat mensen van nature de neiging hebben om alleen aan zichzelf te denken, terwijl de moraal nu juist stelt dat die 'natuurlijke' neigingen moeten worden ingedamd. Iedereen kent op eigen wijze en met een verschillende intensiteit de kloof tussen feit en beleving, tussen neiging en moraal, tussen werkelijkheid en ideaal. Daar is niets nieuws aan.

Vragen we aan een transseksueel wat zijn belangrijkste probleem is, dan zal hij zeggen: 'Ik zit in het verkeerde lichaam.' In biologisch, genetisch of medisch opzicht zijn er echter geen problemen. Sommigen concluderen dat dus sprake is van een psychisch probleem. Veelvuldig horen we dat geest¹ en lichaam niet bij elkaar passen. Anderen ontkennen dit en wijzen er op dat transseksuele mensen voor het overige, afgezien van hun genderdysforie, geestelijk gezond of nagenoeg gezond kunnen zijn.²

Als wij nu zouden vaststellen dat bij genderdysforie noch iets mis is met het lichaam, noch met de geest, dan zit de kern van het probleem dus in de *combinatie* van die twee. Net zoals je bij een relatieprobleem kunt zeggen: meneer Jansen is een prima vent en mevrouw Smit een voortreffelijke vrouw, maar samen? Dat botert gewoon niet. Om die reden zouden wij een eventueel huwelijk tussen meneer Jansen en mevrouw Smit sterk afraden. Maar een transseksueel heeft die keuze niet. Als voorkomen niet kan, zal een andere oplossing moeten worden gezocht, zoals vreedzame coëxistentie tussen lichaam en geest, of aanpassing van lichaam of geest.

Of we het probleem nu zoeken in het lichaam, in de geest, of in de combinatie van beide, dan is nog niet gezegd wat de oplossing is. Velen zien de *oorzaak* van het probleem bijvoorbeeld in de geest, maar concluderen niettemin dat de *oplossing* ligt in een aanpassing van het lichaam. Kijken we nog maar eens naar het voorbeeld van meneer Jansen en me-

¹ Wordt in dit verband gesproken over 'geest', dan kunnen we dat waarschijnlijk vrij vertalen met termen als 'psyche'; in het kader van de transseksualiteit gaat het eigenlijk om een bepaalde psychische functie, de 'genderidentiteit'. In deze paragraaf sluiten we aan bij het taalgebruik dat hier spreekt over 'geest'.

² Zie hierover ook hfdst 6 van dit rapport.

vrouw Smit. Stel dat het probleem niet ligt bij meneer Jansen (daar is niks mis mee), maar bij mevrouw Smit, die erg bemoeizuchtig is. Natuurlijk is de eerste gedachte dat *zij* dus moet veranderen. Maar als dat onmogelijk blijkt, kan meneer Jansen ook eieren voor zijn geld kiezen en zeggen: 'Ik pas me wel aan. Ik zal haar gedrag maar voor lief nemen.' Zelfs al zouden we concluderen dat transseksualiteit teruggaat op een ontwikkelingsstoornis op het psychische vlak, dan nog kan men van mening zijn dat het lichaam aangepast dient te worden.

8.2.3 Het wenselijke en het mogelijke

Eén van de redenen om 'eieren voor je geld te kiezen' is dat de oplossingen voor genderdysforie allemaal wel mooi kunnen klinken, maar ook nog haalbaar moeten zijn. In de ethiek wordt wel gezegd: 'Moeten veronderstelt kunnen.' Je kunt geen ijzer met handen breken. Te veronderstellen dat de mens zich zomaar kan onttrekken aan biologische, fysiologische of psychische processen legt mensen zware lasten op en kan leiden tot emotionele schade. Overspannen idealen kunnen vanuit Bijbels gezichtspunt bovendien een vorm van *hybris* (overmoed) zijn. De mens die denkt voor God te kunnen spelen, de mens die de grenzen van de werkelijkheid niet accepteert maar ze verlegt, de mens die uitgaat van de volstrekt vrije wil, is als de torenbouwers van Babel: hij wil zich onttrekken aan zijn schepselmatigheid en tracht zich tot het niveau van God te verheffen. Als de genderbeleving van een transseksueel onveranderbaar zou zijn, hebben we dat maar te accepteren. Het ligt natuurlijk anders wanneer er aanwijzingen zijn dat dit wèl kan.

De overtuiging over de mate waarin iemands zelfbeeld veranderbaar is, behoort tot het theoretische deel van onze mensvisie. Maar of deze veranderingen niet alleen mogelijk, maar ook wenselijk zijn, behoort tot het normatieve gedeelte van onze mensvisie. Deze samenhang tussen de theoretische en de normatieve aspecten is wederzijds. Want hoewel het feitelijk mogelijke de grenzen vormt voor het wenselijke, verruimt het wenselijke soms ook de mogelijkheden, en kunnen bepaalde normen en idealen onze blik verruimen op wat wij mogelijk achten. Karl Barth heeft dit, toespelend op het *ought implies can*, verwoord als 'Du kannst, denn Du sollst,' je kunt het, want het moet. Kenmerkend voor de mens, in onderscheid tot dieren, is zijn vermogen tot zelf-transcendentie. Sommige feiten, mechanismen en processen waaraan hij lijkt onderworpen, verliezen in het licht van Gods geboden hun onontkoombaarheid. Iedereen kent voorbeelden waarin hij zichzelf heeft overwonnen, en waarin iets wat aanvankelijk bijna onmogelijk scheen, achteraf een nieuwe waarde aan het leven heeft toegevoegd. Mensvisies kunnen de mens handelings- en ontwikkelingsmogelijkheden ontnemen, maar zij kunnen ook ons perspectief verruimen en zicht geven op onvermoede uitwegen uit moeilijke situaties. Een mensvisie kan dan bevrijdend zijn.

In de ene mensvisie zijn bepaalde handelings- of ontwikkelingsmogelijkheden geheel afwezig, terwijl zij bij de andere een hoofdrol spelen. Moderne Westerse mensvisies hebben toenemend de neiging om de vraag naar het wenselijke uitsluitend te beantwoorden met een verwijzing naar genetische, psychologische of sociale gegevens of geaardheden. Een Christelijke mensvisie staat kritischer tegenover die gegevens en houdt nadrukkelijk rekening met de mogelijkheid van verandering. Een vergelijking is op zijn plaats met het zelfbeeld dat we via onze opvoeding mee krijgen. Ouders brengen kinderen opvattingen bij over hun mogelijkheden en grenzen, over wat zij wel en niet kunnen verduren, over hun

pijngrens, hun rechten en plichten, over hun trots en hun schaamte. De persoon wiens moeder vertrouwd is met bergwandelen voelt zich in de bergen veel zekerder dan degene voor wiens moeder een keukentrap al een bezoeking is. Voor wie al opgroeit met angst voor een keukentrap, valt een bergwandeling al bij voorbaat buiten het spectrum van het mogelijke. Dikwijls zijn het zulke diepgewortelde, maar onuitgesproken overtuigingen die bepalen of wij iets haalbaar, nastrevenswaardig en dragelijk vinden, of juist irreëel en wreed.

Uit ervaringen van mensen die op verschillende wijzen met hun transseksualiteit zijn omgegaan, concluderen wij dat ook hier onze visie op wat 'mogelijk' en 'doenlijk' is, een belangrijke rol speelt. De discussie over de vraag: 'Hoe om te gaan met genderdysforie?' dreigt oeverloos te worden zolang nog niet is gesproken over de achterliggende verschillen in perspectief. Deze verschillen zijn er de oorzaak van dat antwoorden die voor de één zinvol zijn, voor de ander geen hout snijden. Willen de partijen elkaar in zo'n discussie echt begrijpen, dan zal ook gesproken moeten worden over vragen als: Wat is genderdysforie? Bestaat er zoiets als 'een verkeerd lichaam?' Valt er met genderdysforie te leven? Hoe veranderbaar is ons zelfbeeld? Waar lopen onze grenzen, en tot waar lopen de mogelijkheden van menselijk handelen en menselijke ontwikkeling? Wat zijn de taak en de grenzen van de geneeskunde? De antwoorden die wij daarop geven, staan niet los van onze godsdienstige positie, onze ervaringen als mens en als gelovige, en onze relatie tot God.³ Een opvatting inzake transseksualiteit wordt een stuk begrijpelijker wanneer die wordt gezien in de context van zijn mensvisie. Worden in zo'n gesprek ook die onderliggende overtuigingen ter discussie gesteld, dan hebben we geen gesprek meer over de moraal, maar over levensbeschouwing.⁴

8.3 Een Christelijke mensvisie

8.3.1 De mens als beeld van God

Centraal in zowel de joodse als de Christelijke traditie staat de overtuiging dat de mens is geschapen 'naar het beeld Gods' (Gen. 1:26). Nu is een veelgehoord argument dat godsdienst een menselijke projectie is, en dat onze godsvoorstellingen een afspiegeling zijn van ons zelfbeeld. In de Bijbel wordt die mogelijkheid onderkend doch afgewezen. In Genesis wordt nadrukkelijk gesteld dat God het voorbeeld, het ideaal is, en de mens het tegenbeeld, de afbeelding. Als twee beelden uiteenlopen, is het altijd de kopie waar het aan schort, en niet het origineel. Het Christelijk geloof stelt dat de mens is gevallen en dat daarmee ook het 'beeld Gods' is gehavend. Zijn we op zoek naar het ideale mensbeeld, dan vinden we dat niet in wat we over mensen weten, maar in wat we - via de Bijbel en via de uitleggingsgeschiedenis daarvan - over God weten. Al is de mens schepsel en niet God, toch spreekt het scheppingsverhaal over de mens als beeld Gods. Bij de problematiek van transseksualiteit willen we proberen om zo dicht mogelijk bij dat beeld te blijven. Daarbij is het onder meer de vraag of

³ Zie hfdst 10 over pastoraat.

⁴ Vergelijkbaar is de discussie rond andere morele kwesties, zoals abortus of euthanasie. Ook daar gaat het gesprek ten diepste, niet over toepassingskwesties, maar over onze visie op de mens...eIL op de bronnen van de moraal.

een geslachtsaanpassende operatie dat beeld herstelt of juist beschadigt. Het beeld van God vinden we ook genormeerd buiten het scheppingsverhaal. Zo zijn de geboden in de wet van Mozes er mede op gericht om het beeld van God te herstellen. Het meest volmaakt vinden we een Christelijke mensvisie belichaamd in Jezus Christus, Gods Zoon die mens is geworden.

8.3.2 De mens is door God goed geschapen

Zowel het materiële als het geestelijke is door God goed geschapen. We vinden in de Bijbel geen waardenhiërarchie, alsof het ene belangrijker is dan het andere-evenmin als we bij water, H_2O , kunnen zeggen dat de H_2 belangrijker zou zijn dan de O . Iemands gender heeft geen betrekking op alleen lichaam of geest, maar op beide. Om deze reden is het problematisch om te spreken over 'een vrouw in een mannelijk lichaam,' omdat daarmee de uiterlijke geslachtskenmerken worden geïsoleerd van een veronderstelde inwendige geslachtelijke 'essentie.' Dit veronderstelt dat de mens uit een lichamelijk en een geestelijk deel bestaat.

Een belangrijke vraag die de transseksualiteitsproblematiek oproept, is dan ook of er zoiets kan bestaan als een vrouwelijke geest in een mannelijk lichaam, of omgekeerd. Nu kan men zeggen: 'Blijkbaar is dat mogelijk: kijk maar naar de transseksueel.' Maar dit heeft zeer verstrekkende gevolgen voor ons mensbeeld. Kijken we nog eens naar het voorbeeld van water, H_2O . Als een onderzoeker beweert dat hij water heeft gevonden bestaande uit twee waterstofatomen en een stikstofatoom, dan kan hij in vakkringen rekenen op twee reacties: 'Uw spectroscop is niet in orde,' of 'U hebt iets anders gezien dan water.' Uitzonderingen zijn hier niet. Als ze er wel zijn, wordt de regel zelf gewijzigd. Water is dan ' H_2O of H_2N .' De vaststelling dat er 'een vrouwelijke geest in een mannelijk lichaam kan zitten' (al zal een transseksueel zich misschien anders uitdrukken) heeft dan ook grote gevolgen voor onze visie op de eenheid van lichaam en geest. Deze eenheid zou contingent, niet noodzakelijk, zijn geworden. In dat geval moeten we spreken in dualistische termen en zouden we kunnen uitkomen bij een Hindoeïstische mensvisie waarbij lichaam en geest in feite losse bouwstenen van de mens zijn. In het Christelijk denken wordt echter de eenheid van lichaam en geest sterk benadrukt. Er mag dan een begripsmatig en functioneel onderscheid zijn, er is zeker geen scheiding.

Het Oude Testament zegt dat de mens 'stof is en tot stof zal wederkeren' (Gen. 3:18). Wat die stof tot mens maakt, zijn de levensadem (n.sjam.) die God in zijn neus blaast, en de geest van God (ru.ch), die hem verbindt met God en op God doet lijken. Ook in het Nieuwe Testament vinden we aanwijzingen voor een onderscheid tussen lichaam en geest, maar in gevallen van een scheiding (zoals bij geestvervoering, of bij de dood) is deze altijd slechts tijdelijk. Al zouden we dit 'dualisme' kunnen noemen, toch dienen we te bedenken dat de tegenstelling 'lichaam'-'geest' geenszins parallel loopt met ons onderscheid 'lichamelijke sekse'-'ervaren sekse.' Iemands sekse behoort in het Bijbelse denken in zijn geheel tot het 'lichaam.' 'Genderdysforie' is op deze basis dan ook geen tegenstelling tussen lichaam en geest, maar één *binnen* het bezielde lichaam.

Op deze basis kunnen we concluderen dat een mens niet alleen een lichaam *heeft*, maar ook dat hij zijn lichaam *is*. In het lichaam komt de persoon zelf naar voren. Een mannelijk lichaam duidt er op dat je man bent, en heb je een vrouwelijk lichaam, dan geeft dat aan dat

je vrouw bent. Iemand die zijn essentiële lichamelijke geslachtskenmerken niet aanvaardt doet zichzelf als mens tekort. Wanneer iemand zijn lichaam door medische ingrepen laat veranderen, is dan ook niet alleen een probleem in de eigen ervaring (gedeeltelijk) opgelost, maar is ook een nieuw probleem gecreëerd: men heeft zich van het eigen lichaam vervreemd.

Een andere moeilijkheid bij geslachtsaanpassende ingrepen is het opgeven van de relatie tussen seksualiteit en voortplanting: zo'n ingreep impliceert immers sterilisatie. Vanuit scheppingstheologische overwegingen spreekt men wel van de twee doelen van de seksuele gemeenschap: een uiting van intimiteit en eenheid, en de mogelijkheid van voortplanting. Door een geslachtsaanpassende operatie worden deze twee elementen uiteen gehaald, waarbij het ene element wordt opgeofferd aan het andere. Al blijkt in veel gevallen deze koppeling toch al onmogelijk (denk aan onvrijwillige kinderloosheid), het is de vraag of deze door een geslachtsaanpassende operatie *moedwillig* en blijvend mag worden verbroken.

8.3.3 De mens is gevallen-transseksualiteit als probleem

De Joodse en Christelijke traditie stellen dat de mens door de zonde dusdanig is beschadigd dat hij er zonder Gods hulp niet uit komt. In de Reformatorische traditie wordt nog eens benadrukt dat aan die beschadiging in principe niets is onttrokken: niet alleen onze menselijke natuur, maar ook onze 'natuurlijke' religiositeit, onze normen, onze waarnemingen en onze verklaringen voor die waarnemingen. Hoe meer wetenschappelijke theorieën zich uitspreken over het wezen en de bestemming van de mens (en niet meer zuiver beschrijvend bezig zijn), des te meer moeten we ermee rekenen dat ook zij feilbaar zijn. Hoe verder verwijderd van de waarnemingen die ze verklaren, des te sterker kunnen zij dan ook uiteen lopen.

Ook inzake transseksualiteit gaan de opvattingen uiteen, al moeten we de verschillen ook weer niet overdrijven. Immers, dat het een probleem is (en geen normale of zelfs wenselijke variatie in de schepping), daar lijkt iedereen het over eens. Evenzo lijkt er een consensus te bestaan dat de oplossingen voor dit probleem geen van alle echt bevredigend zijn. Zowel aan het blijven leven met genderdysforie, als aan het laten verrichten van een geslachtsaanpassende operatie kleven bezwaren. Het is dus belangrijk om te bedenken dat alle meningen over transseksualiteit het karakter hebben van een zoektocht naar een probleemoplossing.

8.3.4 Oudtestamentische geboden

Christenen willen zich in hun zoektocht naar een oplossing laten leiden door de Schriften. Maar hoeveel vinden we daar over transseksualiteit? Er wordt wel gesteld dat het verschijnsel in Bijbelse tijden onbekend was. Weliswaar kunnen we uit Deut. 22:5 opmaken dat sommigen zich kledden als leden van het andere geslacht: "Een vrouw zal geen mansklederen dragen en een man geen vrouwenkleed aantrekken, want ieder die deze dingen doet, is den Here, uw God, een gruwel." Een andere tekst in dit verband is Deut. 23: 1: 'Hij, die door kneuzing ontmand is of wien het mannelijk lid is afgesneden, zal niet in de gemeente des Heren komen.' Regelmatig wordt gesteld dat deze geboden, net als vele andere, in onze tijd niet meer van toepassing zijn. In de Christelijke traditie worden zulke 'buiten werking stellingen' echter zeer behoedzaam gemotiveerd. Een eerste motief is dat geboden uit de Joodse cultus niet meer van toepassing zijn omdat Christus het nieuwe, volmaakte offer is. Voorts bestaan er geboden die door Christus niet opgeheven, maar verdiept zijn; daardoor is

een groot aantal geboden over bijvoorbeeld oorlogvoeren naar de letter weliswaar opgeheven, maar in hun diepste bedoeling-in dit geval de bescherming van menselijk leven-juist versterkt. Een derde kanttekening is dat in een aantal gevallen niet de verboden zijn opgeheven, maar de strafmaat. In alle gevallen waarin de Christelijke traditie Oudtestamentische geboden niet langer letterlijk toepast, zijn daar dus goede redenen voor, en in alle gevallen is de intentie achter de geboden nog steeds actueel.

Hoe zit dat met geboden in verband met transseksualiteit? Sommigen stellen dat zij op een cultische context zouden slaan en dus niet langer van kracht zijn. Maar al zouden zij in de cultus zijn *ontstaan* (wat gezien de context niet waarschijnlijk is), dan nog zijn zij in elk geval ook buiten de cultus *toegepast*, dwz. op mensen die we tegenwoordig 'travestieten' en 'transseksuelen' zouden noemen. Hoewel er culturele verschillen zijn tussen Bijbelse tijden en het heden, er is waarschijnlijk nooit een tijd geweest waarin deze geboden vanzelfsprekend en voor allen onomstreden waren. Niet alleen iemand in de huidige tijd, maar ook een transseksueel uit de Bijbelse periode, zal gezegd kunnen hebben: 'Wat zijn dat voor geboden? Begrijpen ze niet dat dit voor mij een diepe noodzaak is?' In zekere zin geeft *ieder* gebod reden tot aanstoot, nu èn toen. Het verbod op doodslag werd niet alleen gegeven aan lustmoordenaars maar ook aan mensen die dachten alle reden tot doden te hebben. Het verbod op overspel gold niet alleen voor mensen die lak hadden aan elke vorm van trouw, maar vooral voor goede, wellicht ook eervolle mensen die dachten dat overspel de enige uitweg uit hun misère zou zijn. Diefstal werd niet alleen verboden aan beroepsdieven, maar ook aan mensen die oprecht meenden dat diefstal de enige uitweg was. In al die gevallen hebben de geboden mensen opgeroepen om *niet* te doen wat hun hart hen ingaf. Het gebod tot het dragen van kleren van de tegenovergestelde sekse is daarop geen uitzondering. Het gebod was niet alleen van toepassing op mensen die zich uit pure wellust, of alleen maar voor hun plezier, kleedden als de andere sekse, maar voor mensen die daar juist een zeer sterke behoefte toe voelden.

Nu zijn we terecht blij dat geboden tegenwoordig minder rigoureuus worden toegepast. Zowel in de rechtspraak, de publieke moraal of de pastorale context, overall wordt bij overtredingen gezocht of er verzachtende omstandigheden zijn die een uitzondering rechtvaardigen of aanleiding geven tot strafvermindering. Maar de mogelijkheid van uitzonderingen en het veranderen van strafmaat is iets anders dan het schrappen van de regel zelf. Het aanbod aan iemand om te leven als iemand van de tegenovergestelde sekse (waaronder een geslachtsaanpassende operatie) is meer dan het scheppen van een uitzondering. Het is het opheffen van een regel, inclusief een afstandname van de gedachten die die regel motiveren. Voor wie zich wil laten leiden door Bijbelse richtlijnen is een afwijzing van de hier genoemde Oudtestamentische geboden alleen 'omdat wij tegenwoordig meer weten' dan ook te kort door de bocht. En al kun je met enig recht beweren dat de Oudtestamentische geboden geen *conclusief argument* tegen geslachtsaanpassende operaties zijn, een *relevante overweging* zijn zij wel.

8.3.5 De mens door Christus vrijgemaakt: vergeving en hoop

Een visie op de val en de zondigheid van de mens is niet 'af' zonder een visie op de verlossing van de mens. Elementair in een Christelijke mensvisie is de overtuiging dat God zonden vergeeft en condities schept voor een nieuw begin. Het eerste element, de *vergeving*,

is het minst problematisch. Het wil zeggen: als de genderdysforie is veroorzaakt door verwijtbaar gedrag, of als mensen met een bestaande genderdysforie verkeerd zijn omgegaan, is er Gods aanbod van een volledige en voorbehoudsloze vergeving.⁵ Spreken wij echter over de *hoop op herstel van gebrokenheid*, dan zijn de vragen moeilijker te beantwoorden en gaan de meningen binnen de Christelijke gemeenschap uiteen. De meesten zullen erkennen dat de situatie van de transseksueel tragisch is: er zijn immers geen wondermiddelen tegen genderdysforie gevonden en de oplossingen die er wel zijn (verandering of acceptatie) zijn onvolledig of omstreden. Van sommige mensen die een operatie hebben ondergaan, horen we goede berichten, van anderen minder goede. Evenzo horen we getuigenissen van mensen die langs psychotherapeutische en/of pastorale weg met hun genderdysforie hebben leren leven, en in een enkel geval van mensen bij wie het probleem in het geheel lijkt te zijn opgelost.

De vraag waar het ook de transseksueel om gaat, is: is er hoop voor mij? Als iemand zegt hoop te hebben, impliceert dat vier dingen. Ten eerste de erkenning van het probleem. Als een situatie niet als problematisch wordt ervaren, spreken we niet van hoop op een oplossing, maar eerder van vrees voor verandering. Ten tweede impliceert hoop de subjectieve overtuiging dat er een uitweg bestaat, al is de kans om die te vinden nog zo klein. Anders zouden we immers niet spreken van hoop, maar van wanhoop. Een derde kenmerk van hoop is de bereidheid om alles in het werk te stellen om tot een oplossing te komen, net zoals een drenkeling alles doet om zich zichtbaar of hoorbaar te maken. Een vierde kenmerk tenslotte is dat hoop een objectieve referentie moet hebben, dwz. de hoop moet gegrond zijn. Van de terminale patiënt die beweert dat hij volgende week weer hoopt te kunnen tennissen, spreken we niet van hoop, maar van valse hoop of van illusie.

8.4 Hoop

8.4.1 Hoop waarop?

Het Christelijk geloof spreekt niet alleen van schepping, gevallenheid, het gebod, en vergeving, maar ook van hoop. Hoop waarop? Wanneer deze vraag aan een transseksueel wordt gesteld, zal de één zeggen: 'Ik hoop dat ik mijn genderdysforie leer te accepteren.' Een ander zal zeggen: 'Ik hoop dat mijn lichaam aangepast kan worden aan mijn geslachtelijke beleving.' En weer een ander zal zeggen: 'Ik hoop dat mijn geslachtelijke beleving zich aanpast aan mijn lichaam.' Op een of andere wijze is elk van deze wensen samen te vatten als de 'hoop op een gelukkig en evenwichtig leven.' Dit mag vanzelfsprekend lijken: een gelukkig leven wil toch iedereen? Maar iemand kan zich zo op één oplossing voor het probleem vastleggen, dat andere oplossingen geen enkele kans meer maken. Stel dat iemand aan boord van een zinkend schip ervan is overtuigd dat reddingsboten ondeugdelijk zijn, en daarom alleen gered wil worden door een helikopter. Wij zouden in dat geval proberen hem van de veiligheid van de sloepen te overtuigen, en als hij ondanks onze aandrang nog niet wil instappen, zullen we zo iemand beklagenswaardig of stijfkoppig noemen. Door zich van te voren vast te leggen op één wijze van gered worden, wordt zijn hoop *de facto* verkleind.

Voor veel mensen met genderdysforie is een geslachtsveranderende operatie hun enige

^s Zie hiervoor hfdst 10 over pastoraat.

hoop: 67% van de transseksuelen die erom vragen komt voor een operatie in aanmerking. Voor velen van hen is hoop op een gelukkig leven identiek met de aanpassing van hun lichaam. Zij kunnen zich niet indenken ooit gelukkig te kunnen zijn in een niet-veranderd lichaam.⁶ Daarmee worden bij voorbaat wegen afgesloten die wellicht hoopvol zouden kunnen zijn.

8.4.2 Gegronde hoop of valse hoop?

Wie valse hoop wekt, doet de waarheid van het Evangelie evenzeer geweld aan als wie verkondigt dat er geen hoop is. Wanneer wij op basis van een Bijbelse mensvisie van de eenheid van lichaam en geest, op basis van de normatieve samenhang tussen seksualiteit en voortplanting, en op basis van Oudtestamentische teksten sceptisch staan tegenover een geslachtsaanpassende operatie, dan dringt zich de vraag op of vanuit het Christelijk geloof iets beters kan worden aangeboden dan de geslachtsaanpassende operatie die de medische techniek reeds aanbiedt.

Voorzichtigheid is dus geboden wanneer wij spreken over 'hoop voor transseksuelen' en daarbij voorbijgaan aan een op het oog redelijk effectieve oplossing als geslachtsaanpassende ingrepen. Anderzijds moet de eerlijke vraag gesteld worden wat een 'geslachtsaanpassende operatie' nu eigenlijk is, en wat het probleemoplossend effect ervan is. 'Geslachtsverandering' in biologische zin zou betekenen: verandering van het menselijk genoom, verandering van de hormoonproductie en verandering van de uiterlijke geslachtskenmerken. Van deze drie is het eerste uitgesloten: een M/V-transseksueel is na een operatie genetisch nog steeds volledig man. Hormonaal gesproken eveneens, reden waarom iemand voor de rest van zijn leven extra hormonen dient te gebruiken. Alleen in de meest opvallende uiterlijke geslachtskenmerken worden er wijzigingen doorgevoerd. Medisch gesproken zijn dit evenwel niet-geïndiceerde ingrepen in een gezond lichaam met aanzienlijke kansen op complicaties. In feite is er medisch gesproken dus een contra-indicatie. Het gewenste bevrijdende effect van de operatie is derhalve, paradoxaal genoeg, voor de volle honderd procent psychisch en sociaal van aard. De betrokkene is door een aantal ingrepen beter in staat om zijn eigen lichaam te accepteren, hoewel het geslacht van dat lichaam onveranderd is gebleven.

Niet dat dit een voldoende argument tegen een geslachtsaanpassende operatie is en daarmee samenhangende sociale en hormonale veranderingen. Want hoewel iemands geslacht niet is veranderd, de *suggestie* dat het gebeurt, leidt bij velen blijkbaar tot een grotere acceptatie van het eigen lichaam. Wat wij wèl betogen, is dat de voornaamste bevrijding ook in het geval van een 'geslachtsaanpassende operatie' in iemands zelfbeeld en zelfacceptatie optreedt. Deze verandering is door de chirurgische ingreep weliswaar geïnduceerd, maar heeft met de operatie zelf niets te maken: iemands zelfbeeld kun je immers niet opereren. Blijkbaar kan iemands psyche wel degelijk veranderen in de richting van een grotere acceptatie van het eigen lichaam. Daarmee is tegelijkertijd gezegd dat de stelling dat er 'hoop' is buiten een operatieve ingreep om, in het geheel niet implausibel is. Nogmaals: als de eigenlijke

⁶ Een parallel van deze denkwijze vinden wij in het boek *Zelf beschikt* (Amsterdam: Balans, 1994), waarin psychiater B.E. Chabot verhaalt hoe hij een depressieve vrouw hulp bij suïcide verleende. Toen hij haar een therapie met anti-depressiva voorstelde, wees zij die van de hand met de woorden: "Dat helpt misschien wel, maar dan ben ik het niet meer."

verandering niet bestaat uit de ingreep zelf, maar uit het veranderde zelfbeeld als gevolg van die ingreep, dan zijn er misschien kansen voor een vergrote zelfacceptatie *zonder* zo'n ingreep. Dat vraagt als het ware om een massieve inzet om door middel van psychotherapie resultaten te bereiken die tot dusverre alleen bereikt leken te kunnen worden door operatieve ingrepen.

8.5 Concluderende opmerkingen

Centraal in het streven van de transseksueel naar een gelukkiger leven is de overeenstemming van zijn geslachtelijke beleving met zijn lichaam. Waar een operatie op doelt, is dat iemand leert te zeggen: 'Dit is mijn lichaam. Zo is het goed. Het past bij mij. Het is mij.' En dat is niet alleen de bedoeling van een genderteam: het is de bedoeling van allen die hulp verlenen aan mensen met genderdysforie.

De conclusies van de argumenten tot dusverre zijn er twee. Ten eerste is er, op basis van een Christelijke mensvisie, reden tot scepsis over het doorvoeren van geslachtsaanpassende operaties; en ten tweede blijkt dat een geslachtsaanpassende operatie, al wordt er een grotere zelfacceptatie door bewerkt, in feite niet is wat zij pretendeert te zijn, omdat er aan het geslacht niets veranderd wordt. Dit is een belangrijk vraagteken bij geslachtsaanpassende operaties. Want waar we in de huidige tijd toenemend bewust zijn geworden van de noodzaak van volledige en waarheidsgetrouwe patiënteninformatie, wordt door velen nog steeds van een 'geslachtsveranderende' operatie gesproken terwijl in feite alles behalve het geslacht wordt veranderd.⁷ Het doorvoeren van zo'n operatie vertoont daarmee een opmerkelijke parallel met het voorschrijven van placebo's.

Ook degenen die niet kiezen voor een operatie, zullen hun lichaam moeten accepteren zoals het is, en leren het te zien als een uitingsvorm van hun schepselmatigheid als man of als vrouw. De biologische natuur is voor vele transseksuelen een onaangename en pijnlijke realiteit. Voor degenen die tot een verandering van hun zelfbeeld bereid zijn, is hun biologische natuur echter een steun in de rug, een oproep om het zelfbeeld te toetsen en te corrigeren aan maatstaven die boven het subjectieve beleven uitwijzen. En zij zijn niet de enigen: in principe ieder mens is geroepen om in wezenlijke aspecten van zijn menselijke natuur boven zichzelf uit te stijgen.

Maar ook degenen die tot een dergelijke verandering in het normatieve zelfbeeld niet in staat of bereid zijn, zijn geroepen tot zelfacceptatie: wellicht niet tot acceptatie van het biologische geslacht, maar dan zeker tot acceptatie en relativering van de genderdysforie zelf, zodat deze draaglijk wordt, minder belemmerend wordt voor het individuele welzijn en de sociale omgang en eventueel zelfs tot zegen wordt voor de betrokkene en zijn omgeving.

Genderdysforie is niet te behandelen als een geïsoleerd moreel probleem, alsof het de vraag betreft naar de aanvaardbaarheid van een bepaalde chirurgische ingreep alleen.

⁷ Noot redacteur: Aanvankelijk werd in de bijdragen aan dit rapport, evenals in een deel van de literatuur, gesproken over 'geslachtsveranderende ingrepen'. Later is dit veranderd in 'geslachtsaanpassende ingrepen' omdat dit beter aansluit bij de werkelijkheid en omdat deze uitdrukking in veel literatuur ook wordt gebezigd. De strekking van het hier gevoerde betoog wordt door deze andere terminologie niet wezenlijk aangetast.

Evenmin is het alleen een psychisch of medisch probleem, alsof met een eenvoudige diagnose gelijk de handelingsalternatieven waren gegeven. Ook is het niet alleen een e probleem, alsof het de vraag betreft hoe de transseksueel het beste vertrouwd kan worden gemaakt met de liefde van God. En, tenslotte is het ook niet alleen een zaak van onze mensvisie, alsof we door te zeggen wat een mens is, ook gelijk de instrumenten in handen hebben om de transseksueel in zijn problemen bij te staan. Het is van alles wat. Deze integrale aanpak draagt risico's met zich mee. Aan de andere kant zijn we ervan overtuigd dat een enkelvoudige oplossing meer kwaad dan goed zal doen.

HOOFDSTUK 9

Geslachtsaanpassende ingrepen en geneeskunst als professionele praktijk

9.1 Inleiding

Dit rapport behandelt de problematiek van de transseksualiteit in het licht van de vraag naar adequate en ethisch verantwoorde hulpverlening aan transseksuele mensen. Een belangrijk onderdeel van die vraag is de ethische waardering van geslachtsaanpassende ingrepen. De hoofdstukken 7 en 8 gaan op verschillende wijzen hierop in. Uitgangspunt daarbij is de situatie van de persoon met genderdysforie en de betekenis van geslachtsaanpassende ingrepen voor hem of haar. Het medisch handelen is daarbij opgevat als een vorm van handelen dat als het ware 'van buitenaf' ethisch wordt beoordeeld.

Een andere, aanvullende invalshoek voor een ethische evaluatie van geslachtsaanpassende ingrepen is een bespreking vanuit een visie op aard en taak van de geneeskunst. De medische beroepsgroep heeft een medisch-professionele standaard die vastlegt wat tot het goede medische handelen behoort.¹ Dit 'goede' handelen wordt daarbij niet alleen in medisch-technische zin bedoeld maar ook in ethische zin. De medische professie heeft dan ook altijd een (impliciete of expliciete) professionele ethiek gehad. Geslachtsaanpassende ingrepen worden momenteel geacht binnen de medisch-professionele standaard te vallen, ook al zal een deel van de professie het hiermee niet eens zijn en aan die ingrepen niet willen meewerken.

Een opvatting over het goede medische handelen impliceert echter onvermijdelijk een opvatting over het 'gezonde' menselijke leven, een interpretatie van verstoringen hiervan en van de taak van de geneeskunst - en haar grenzen - ten opzichte van die verstoringen.² In dit verband kan de vraag worden gesteld welke visie op mens-zijn en op geneeskunst achtergrond vormt van geslachtsaanpassende ingrepen. We zagen in vorige hoofdstukken reeds dat nog maar gedurende relatief korte tijd een interpretatie van transseksualiteit en een opvatting van geneeskunst opgeld doet die een ethische rechtvaardiging van geslachtsaanpassende ingrepen toestaat. In dit hoofdstuk willen we dan ook nagaan vanuit welke opvatting van geneeskunst deze verandering begrijpelijk wordt.³ Vervolgens zal deze opvatting gekritiseerd worden en zal een andere visie op de medische praktijk worden gegeven.

¹ Leenen HJJ. *Handboek gezondheidsrecht, dl.2 Gezondheid en recht*. Alphen aan de Rijn: Samson 19912, p.13, 14 en 44.

² Vgl. Schipperges H. Motivation und Legitimation des Ärztlichen Handelns. In: Schipperges H, Zeitler E, Unschuld PU (ed.). *Krankheit, Heil/kunst, Heilung*. München: Alber 1978, p.479/86. Rager G. Medizin als praktische Wissenschaft. Zur Grundlegung des ärztlichen Handelns. *Arzt und Christ* 37 (1991), nr. 2, p.81.

³ Vanuit een andere invalshoek wordt deze vraag eveneens besproken in de achtergrondstudie in bijlage 2 van dit rapport.

9.2 Karakter moderne geneeskunde

De moderne geneeskunde is in belangrijke mate op natuurwetenschappelijke leest geschoeid. De geneeskunst heeft vanaf de opkomst van deze natuurwetenschappelijke geneeskunde hoe langer hoe meer het karakter gekregen van een technologie, terwijl het voordien primair als een kunst werd verstaan.⁴ Deze ontwikkeling heeft ingrijpende consequenties gehad voor opvattingen over de medische praktijk. De moderne wetenschap streeft naar het verklaren van verschijnselen vanuit empirisch waarneembare functionele samenhangen. Daartoe wordt het te onderzoeken verschijnsel in hoge mate geobjectiveerd; anders gezegd, de onderzoeker treedt tot het onderzoeksobject in een subject-object relatie. Deze relatie houdt in dat het denkend en handelend subject niet alleen abstraheert van de concrete en complexe verbanden waarin dat object zich in de gegeven werkelijkheid bevindt, maar ook van oorsprong en bestemming en van waarde-oordelen. Met andere woorden gezegd, de moderne (natuur)wetenschap ziet *methodisch* af van niet-wetenschappelijk normativiteit en van levensbeschouwelijke overtuigingen.⁵

In de biomedische wetenschappen manifesteert de wetenschappelijke objectivering zich in een verklaringsstrategie die kan worden samengevat met de begrippen reductionisme, determinisme en dualisme.⁶ Het reductionisme manifesteert zich in de geneeskunde in het feit dat de machine (ook al is dat een genetisch-neurologisch-hormonaal informatie-verwerkend systeem) de belangrijkste metafoor werd voor het menselijk lichaam, en in de opvatting van ziekte als 'ontspoorde fysiologie'. Het determinisme komt tot uitdrukking in de moderne 'medische blik' (niet te verwarren met de zgn. klinische blik) waarin de mens als het ware herleid wordt tot genetische, fysiologische en psychische processen die ziekte en stoornissen in principe causaal zouden kunnen verklaren op het empirisch waarneembare vlak.⁷ Het dualisme uit zich in verschillende vormen, nl. het lichaam-geest dualisme en het dualisme tussen de mens en zijn natuurlijke omgeving en tussen de mens en zijn sociale omgeving.^{8,9, 10}

⁴ Delkeskamp-Hayes C. Is medicine special, and if so, what follows? An attempt at rational reconstruction. In: Delkeskamp-Hayes C, Gardell Cutter MA (eds.). *Science, technology, and the art of medicine. European-American dialogues* (PM 44). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 1993, p.271/319. Reeds het gegeven dat de woorden geneeskunde en geneeskunst vaak door elkaar worden gebruikt, geeft aan hoezeer de geneeskunst (het adequate praktische medische handelen) wordt overheerst door de geneeskunde (de per definitie abstracte medische wetenschap).

⁵ Börsig-Hover L. Deutung der moderne für die Naturwissenschaften. *Jahrbuch für Philosophie, Kultur und Gesellschaft. Fridlingen* A.D.: Brösig Verlag; ook gepubliceerd in: *Medizin und Ideologie* 17 (1995) nr.1, p.26/33.

⁶ Foss L. The challenge to biomedicine: A foundations perspective. *Journal of Medicine and Philosophy* 14 (1989) p.165/91.

⁷ Zie Karskens M. Biopolitiek en de gezonde mens. Michel Foucaults analyses van de moderne geneeskunde. In: Rolies J. (red.) *De gezonde burger*. Nijmegen: SUN 1988, p.71188.

⁸ Levin DM & Solomon GF. The discursive formation of the body in the history of medicine. *Journal of Medicine and Philosophy* 15 (1990) p.515/18.

⁹ Have H ten. Medicine and the Cartesian image of man. *Theoretica/Medicine* 8 (1987) p.235/46.

¹⁰ Tegelijkertijd kunnen we constateren dat naast het overheersende wetenschappelijke medische model andere benaderingen naar voren zijn gebracht. In dezelfde 19e eeuw waarin de natuurwetenschappelijke geneeskunde opkwam deed vooral in het Duitse taalgebied een door de Romantiek beïnvloed natuur-filosofisch denken opgeld, waarin een integralere benadering van de mens werd voorgestaan en waarbij ook beschouwingen gewijd werden aan de mogelijkheid tot zingeving van ziekte en lijden in een biografische benadering (zie Seidler E. *Abendländi-*

Deze natuurwetenschappelijke opvatting van geneeskunde is mede achtergrond van de geweldige medisch-technische vorderingen.¹¹ De technologisch gekleurde moderne geneeskunde is zeer succesvol geweest in het ophelderen van lichaamsfuncties en het ontdekken van de materiële oorzaken van veel ziekten. Zij heeft vele mogelijkheden ontwikkeld van therapeutische en palliatieve ingrepen, die voor zeer velen tot groot voordeel zijn. De geschetste ontwikkeling heeft echter ook enkele problematische kanten die van grote invloed zijn voor de interpretatie van gezondheidsstoornissen in het menselijk bestaan en van de betekenis van de geneeskunst hiervoor. De volgende paragrafen gaan hierop nader in. Voor de duidelijkheid zij erop gewezen dat het daarin gaat om het signaleren van motieven en tendensen die zich in meer of mindere mate in de praktijk van de gezondheidszorg manifesteren en dan vooral in de curatief-gerichte specialistische medische zorg. Deze bespreking bedoelt niet een volledige karakteristiek te geven van de hedendaagse medische zorg, noch het goede hierin te ontkennen.

9.3 Objectivering van het lichaam

Opgemerkt is reeds dat de wetenschappelijke objectivering ook inhoudt dat de wetenschap *methodisch* afziet van al de vormen van normativiteit die niet direct voortvloeien uit de wetenschapsbeoefening zelf. Zo wordt van ethische waarden en normen afgezien. Wetenschappelijke kennis wordt geacht waarde-vrije kennis te zijn. Ethische normen komen in dit denken pas weer in beeld wanneer het gaat om de toepassing van de waarde-vrije kennis, nl. bij de keuze van de doelen. Ook een ethische beoordeling van het handelen vindt plaats vanuit een ethisch oordeel over de beoogde doelen. Het handelen op zichzelf, losgedacht van de doelen acht men waarde-vrij. Immers, dit handelen dient (zo veel mogelijk) gebaseerd te zijn op de waarde-vrije geachte wetenschappelijke kennis om (zo) doelmatig (mogelijk) de gestelde doelen te bereiken. Vertaald naar het medische houdt dit in dat de geneeskunde als wetenschap waarde-vrije kennis biedt, op grond waarvan de geneeskunst als technologie op waarde-vrije wijze zo doelmatig mogelijk de gestelde doelen moet trachten te bereiken, in casu herstel van ziekte, voorkomen dan wel verlichten van lijden e.d. Met andere woorden, de geneeskunst behandelt iemands lichaam als een waarde-vrij object, waarbij een *ethisch* oordeel over dat handelen wordt afgeleid van een ethisch oordeel over het *doel* van dat

schen Neuzeit. In: Schipperges H, Seidler E, Unschuld PU (ed.). *Krankheit, Hei/kunst, Heilung*. München: Alber 1978, p.303/41; i.c. met name p.324). In de loop van de twintigste eeuw heeft de psycho-somatische geneeskunde het machinemodel in de medische hoofdstroom gematigd en aangevuld, vooral in huisartsengeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde. Recenter zijn andere, meer holistische concepten van geneeskunde voorgesteld (zie: Foss, 1989 en Levin & Solomon, 1990; zie ook Balner H. *A new medical model: a challenge for biomedicine?* Publication of the Helen Dowling Institute for Biopsychosocial medicine. Amsterdam/Rockland MA: Swets & Zeitlinger, 1990). Tot nu toe hebben deze alternatieven het overheersende model in de medische opleidingen, noch in de medische praktijk in algemene ziekenhuizen kunnen vervangen. Een betrekkelijk recente ontwikkeling betreft een systeem-theoretische benadering van ziekte, geneeskunde en gezondheidszorgbeleid. (Voor een overzicht zie Belau H. Oekologie - Gesundheit - Medizin - oekologische Gesundheitstrategie. *Gesundh.-Wesen* 54 (1992) p.284/96; zie ook Strijbos S. *Het technische wereldbeeld*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1988).

¹¹ Have H ten, Wackers G. In de greep van de medische technologie. *WijserigPerspektie*28 (1987/8) nr.3, p.890/5.

handelen. (Daarnaast gelden voor dat handelen wel medisch-technische en juridische normen).

We zien hier het geest-lichaam dualisme als een subject-lichaam dualisme naar voren komen. Extreem uitgedrukt: het subject stelt zich doelen met betrekking tot het lichaam die door de geneeskunst (zoveel mogelijk) gerealiseerd moeten worden.¹² Zo extreem zullen patiënten en ook dokters het niet beleven. Per slot van rekening denken en leven weinig mensen strikt vanuit een geneeskundig model, vooral niet in hun privé-leven. Tegelijkertijd is het wel zo dat dit model steeds sterker de mensvisie en het levensgevoel van velen is gaan beïnvloeden.

9.4 Waardering wetenschap en techniek

Het succes van de moderne wetenschap en techniek, en niet in de laatste plaats van de moderne geneeskunde, heeft niet alleen bijgedragen aan een steeds breder aanvaarding ervan, maar ook aan een zeer hoge waardering ervan. Als gevolg hiervan zijn de wetenschappelijke presentatie van de wereld en het technische beheersingsstreven steeds meer het wereldbeeld en het levensgevoel in de westerse cultuur gaan beïnvloeden of zelfs bepalen.^{13 14}

Het groeiende beslag van wetenschap en techniek op het denken en het leven is samengegaan met een teruglopende betekenis van de 'traditionele' religies en hun moraal in de Europese cultuur. Maar vooral bij ingrijpende en bedreigende gebeurtenissen als lijden, ziekte en dood heeft de mens in het algemeen behoefte aan een dergelijk zinzperspectief.¹⁵ In onze moderne samenleving en cultuur is de wetenschappelijk-technische benadering van de werkelijkheid de traditionele godsdiensten al meer gaan vervangen. Wetenschap en techniek zijn, althans voor het publieke leven *het* overheersende interpretatie- en zingevingskader geworden, waarmee de mensen hun leven en ervaringen trachten te plaatsen in een zinvol kader. Daarmee heeft dat verstaan en beheersen van het leven een religieus karakter gekregen.¹⁶

¹² Het lichaam-geest, wellicht beter als lichaam-subject dualisme te formuleren, blijkt tegenwoordig ook uit het onderscheid dat wel wordt gemaakt tussen biografisch leven en biologisch leven. Bij het biologische leven gaat het om het lichaam als biologisch organisme en bij het biografische leven om het denkend en handelend subject dat zich in het lichaam belichaamt, dan wel zich daarvan bedient. Uit het spreken over de mogelijkheid dat het biografische leven is beëindigd terwijl het lichaam nog leeft, bijvoorbeeld bij langdurig comateuze patienten, blijkt het dualistische in deze zienswijze. Voor een bespreking en weerlegging van deze visie, zie Pöltner G, Achtung der Würde und Schutz von Interessen. In: Bonelli J, *Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin*. Wien: Springer, 1992, p.3/32.

¹³ Ten Have H. *a.w.* noot 9.

¹⁴ Strijbos S. *a.w.* noot 10.

¹⁵ Vgl. Borg M ter. Betekenis en beleving van de dood. *MedischContact* 48 (1993) nr.51/52, p.1637/8. In een lezing voor de Katholieke Vereniging voor Zorginstellingen citeerde de Twentse filosoof H.J. Achterhuis de Deense auteur Isak Dinesen die zegt dat elk lijden te dragen is als het in een groter zingevend verband geplaatst kan worden; 'Geneeskunde heeft weer een Groot Verhaal nodig'. *Nederlands Dagblad* (9 november 1995).

¹⁶ 'Religieus' hier niet opgevat als aanduiding van een bepaalde godsdienst maar overeenkomstig Webster's third new international Dictionary als "relating to that which is acknowledged as ultimate reality: manifesting devotion to and reflecting the nature of the divine or that which one holds to be of ultimate importance".

Ook andere geleerden hebben gewezen op het religieuze karakter van de moderne houding ten opzichte van de wetenschap en de techniek en in het bijzonder van de medische wetenschap en techniek. Ter Borg (zie noot 15, p.

In samenhang hiermee is het verstaan van zichzelf van mensen in onze cultuur in het algemeen sterk beïnvloed door het wetenschappelijke en in het bijzonder door het biomedische mensbeeld.¹⁷ Dit wil niet zeggen dat religies en levensbeschouwingen niet meer voorkomen, maar hun betekenis beperkt zich vooral tot de privésfeer. Bovendien is ook de inhoud en beleving daarvan weer beïnvloed door het wetenschappelijk denken.

Het biomedisch mensbeeld en een hiermee samenhangend levensgevoel brengt een sterke concentratie mee op het aardse bestaan op zichzelf. Gezondheid en welstand behoren tot de hoogste waarden.¹⁸ Daarbij is het gezondheidsbegrip de laatste decennia verbreed en omvat meer en meer ook noties van schoonheid (denk alleen al aan de orthodontie) en welbevinden (denk bijvoorbeeld aan het hoge gebruik van psychofarmaca als prozac). Met andere woorden, het door de moderne wetenschap en techniek gestempelde levensgevoel manifesteert zich ook in het streven naar beheersing van het leven en van gezondheid en welbevinden.^{19,20,21}

Het zal duidelijk zijn dat de boven-geschetste visie op geneeskunst en een op het dualistische 'medische model' geënt mensbeeld uitdrukkelijk ruimte bieden voor geslachtsaanpassende ingrepen. Het autonome subject wenst het; het lichaam is een waardevrij object dat door medische ingrepen meer passend gemaakt kan worden bij de beleving van het subject. Ethisch kunnen deze ingrepen worden gerechtvaardigd door geneeskunst te zien als technologie die haar morele waarde ontleent aan het na te streven doel: vermindering van lijden. Dit lijkt, althans in veel gevallen, het gevolg te zijn van geslachtsaanpassende ingrepen (zie hfdst. 4.5). Weliswaar heeft de stelling dat het subject-lichaam dualisme achtergrond vormt van geslachtsaanpassende ingrepen, iets paradoxaals. Die ingrepen zijn er immers op gericht om weer een eenheid tussen lichaam en beleving (psyche) te bewerkstelligen. In een volledig ontologisch dualisme zou zulk streven overbodig zijn. Toch betekenen de geslachtsaanpassende ingrepen een tot op zekere hoogte instrumentalistische lichaamsopvatting, die op zijn

1638) stelt: "Zo heeft de wetenschap, in casu de medische wetenschap bijvoorbeeld voor een deel de taak gekregen die vroeger de religie had"; zie verder: Marty ME. Religion and healing. The four expectations. *Second Opinion* 7 (1988) p.66. Marty bespreekt in dit artikel vier typen religieuze beschouwingen omtrent gezondheid en geneeskunde. Eén van deze 'religieuze' benaderingen is de modeme geneeskundige, eventueel aangevuld met een algemeen religieus besef; zie ook: Gronemeyer R, *Ohne Seele, ohne Liebe, ohne Haft*. Düsseldorf: Econ 1992, i.h.b. p. 222/7.

¹⁷ Berg JH van den. *Het menselijk lichaam*. Nijkerk: Callenbach, dl.1, 1959, dl.2, 1961. In dit werk laat de auteur met vele voorbeelden zien hoe de opkomst van de moderne anatomie in de Europese cultuur gepaard is gegaan met een ander verstaan van het lichamelijke bestaan.

¹⁸ Jaspers K. The physician in the technologica! age. *Theoretica/Medicine* 10 (1989) p.251/67; zie ook Rolies J. Gezondheid: een nieuwe religie? In: Rolies J (red.). *De gezonde burger*. Nijmegen: SUN 1988, p.24,25,27, resp.; zie ook in dezelfde bundel: Karskens M. Biopolitiek en de gezonde mens, p.79, en Have H. ten. Gezondheid tussen beschrijving en waardering, p.122.

¹⁹ Hiermee wil niet gezegd zijn dat de moderne gezondheidsbeleving uitsluitend teruggaat op de invloed van wetenschap en techniek op het overheersende ethos. Ook historische emancipatiebewegingen (van de burger, van de arbeider, van de vrouw) hebben een grotere aandacht voor het individu meegebracht en voor diens persoonlijke welbevinden. Dit heeft ook zijn positieve kanten. Verder bestaan tussen de geschetste ontwikkelingen geen simpele oorzakelijke relaties, maar vormen ze samenhangende aspecten van een breder cultuurhistorisch proces, dat in de aangehaalde literatuur vanuit verschillende invalshoeken nader wordt uitgewerkt.

²⁰ Jaspers K. a.w. noot 17, p.261: "All difficulties should be eliminated through technica! measures, on the basis of science". Zie ook: Schuurman E. *Tussen technische overmacht en menselijke onmacht*. Kampen: Kok, 1985.

²¹ Eibach U. *Medizin und Menschenwürde*. Wuppertal: Brockhaus Verlag, 1988³, p.9/27.

minst heel goed aansluit bij het subject-lichaam dualisme van de geneeskundige methode.

9.5 Verwachting en verweer

Het eerdergenoemde streven naar beheersing van de gezondheid manifesteert zich onder andere in de zgn. 'technologische imperatief, dat wil zeggen: wat gedaan kan worden, moet gedaan worden. Van deze technologische imperatief lijkt onder gebruikers van medische mogelijkheden de zgn. 'geanticipeerde beslissingsspijt' een belangrijke psychologische achtergrond te vormen. Geanticipeerde beslissingsspijt is de vrees er later veel spijt van te hebben als men niet alle potentiële medische mogelijkheden heeft benut.²² Het ligt voor de hand dat dit ook een rol speelt bij de transseksueel, die verlangt naar een verbetering van zijn situatie.

Tegelijkertijd is het zo dat dit door veel patiënten als dwingend ervaren karakter van de medische behandelingsmogelijkheden, ook wordt ervaren als een bedreiging van de eigen integriteit en keuzevrijheid. De grote(re) nadruk op patiëntenrechten gedurende de laatste decennia is waarschijnlijk voor een belangrijk deel terug te voeren op deze spanning tussen een sterk streven naar medische beheersing en zekerheid - die overigens niet alleen leeft onder artsen maar ook onder patiënten - en het streven van mensen toch zoveel mogelijk zelf over het eigen leven te beslissen.²³ Patiënten zijn hun rechten gaan benadrukken als tegenwicht tegen de medische macht waarvan men de goede mogelijkheden wenst, maar waardoor men zich tegelijkertijd bedreigd voelt. Het is echter zeer twijfelachtig of het benadrukken van de autonomie van de patiënt de dreiging van de medisch-technische overheersing wel kan keren. Het zou deze ook zeer wel kunnen versterken. Veel patiënten hebben zich immers in belangrijke mate het medische beheersingsideaal eigen gemaakt. Juist het autonomie-denken bevordert het concept van de arts als medisch-ingenieur die medisch handelt op verzoek van de patiënt, die op deze wijze zijn somatisch en psychisch bestaan zo goed mogelijk wil (laten) beheersen.²⁴ Het zal duidelijk zijn dat geslachtsaanpassende ingrepen vanuit dit model te rechtvaardigen zijn.

We zien in de huidige medische praktijk dus twee spanningen die nauw met elkaar samenhangen. Dit is de eerder gesignaleerde spanning tussen medische macht en autonomie van de patiënt. De patiënt wil zelf zeggenschap over zijn lichaam en over behandeling ervan. Maar omdat zijn eigen verstaan van het lichaam vaak al is beïnvloed door het 'medische model' en omdat hij voor inzicht in zijn medische situatie en in de medische mogelijkheden sterk afhankelijk is van de medicus, staat in de praktijk die autonomie vaak sterk onder druk. In de tweede plaats een spanning tussen medische macht en medische ethiek. Deze hangt met de eerstgenoemde spanning samen, omdat het autonomieprincipe in het overheersende medisch-ethische discours een zeer belangrijke plaats inneemt. De ethiek komt, zoals we

²² Tijmstra TJ. Het imperatieve karakter van medische technologie en de betekenis van 'geanticipeerde beslissingsspijt'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 131 (1987) nr.26, p.1128/31.

²³ Kassirer J. Our stubborn quest for diagnostic certainty. *New Eng/and Journal of Medicine* 320 (1989) p.1489/91; Cassell EJ. The sorcerer's broom - Medicine's rampant technology. *Hastings Center report* 23 (1993) nr.6, p.32/9.

²⁴ Vgl. Strijbos S. Vijf stellingen tegen een op autonomie gerichte medische ethiek. *Beweging* 54 (1990) nr.2, p.2317.

zagen, van 'buiten' de medische praktijk. Voorzover die ethiek is verbonden met een door het wetenschappelijk denken geïnspireerde levensbeschouwing (zie § 9.4) zal men nieuwe medische mogelijkheden wel zorgvuldig en onder bepaalde voorwaarden willen toepassen, maar niet principieel kritiseren. Voorzover die ethiek is ontleend aan bijvoorbeeld een christelijke levensbeschouwing, kunnen bepaalde medische ontwikkelingen wel fundamenteel worden gekritiseerd. Maar in onze pluralistische samenleving zal men die kritiek niet in het publieke beleid willen verdisconteren.

Beide spanningen bevatten een hoge graad van ambivalentie. Deze spanningen wijzen erop dat de geschetste opvatting van geneeskunst niet voldoet.

9.6 Genormeerde praktijk

Geneeskunst is niet het toepassen van medisch-wetenschappelijke kennis, maar een veel ingewikkelder en breder menselijk handelingscomplex dat niet voor niets van oudsher met het woord 'kunst' (vooral ook in de oudere betekenis van ambacht) is aangeduid. Geneeskunst kan beter gezien worden als een 'professionele praktijk'.²⁵ Onder praktijk wordt hierbij verstaan een complexe menselijke handelingsamenhang die wordt gedefinieerd en begrensd door een geheel van regels (normen). Bij 'regels' moet niet in de eerste plaats worden gedacht aan geëxpliciteerde voorschriften ('weten dat..'), maar aan impliciete regels 'hoe je iets doet' ('weten hoe...'; in het Engels 'tacit knowledge'). Deze regels worden ontleend aan de diverse aspecten die aan een praktijk onderscheiden kunnen worden en waarin die praktijk functioneert. Belangrijk in dit verband zijn een medisch-wetenschappelijk en een medisch-technisch aspect, een sociaal, een economisch, een juridisch en een ethisch aspect. Deze aspecten betreffen evenzovele wijzen van beoordeling van het handelen, i.c. van de medische praktijk, elk met een daarmee samenhangende beoordelingsnorm. Deze verschillende aspecten en bijbehorende regels verhouden zich niet allemaal op dezelfde wijze tot de medische praktijk. Voor iedere praktijk geldt dat één aspect is verbonden met wat als de bestemming van die praktijk kan worden gezien. Dit noemen we het kwalificerende aspect. De medische praktijk is onzes inziens ethisch gekwalificeerd, omdat de bestemming van die praktijk is het verlenen van adequate medische hulp aan een mens in nood wegens aantasting of bedreiging van de gezondheid. De centrale norm van dit ethische aspect, die tegelijk de kwalificerende norm is voor de medische praktijk, wordt uitgedrukt in het principe van 'zorg', dit wil zeggen een gerichtheid op het bevorderen van het welzijn van de ander. Daarbij wordt de vraag welke hulp voor een bepaalde praktijk adequaat is in belangrijke mate bepaald door de normen die samenhangen met de andere aspecten/beoordelingswijzen.

Zeer belangrijk voor het medische handelen zijn de medisch-wetenschappelijke en medisch-technische beoordelingswijzen. Bij de wetenschap gaat het om de vermeerdering van

²⁵ De inhoud van deze paragraaf is in belangrijke mate ontleend aan: Hoogland J, Polder JJ, Strijbos S, Jochemsen H. *Professioneel beheerst - Professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg*. Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr.12. Ede, 1995, hoofdstuk 4; zie ook Rager G. a.w. noot 2, p.75/85.

algemeen geldende kennis, met logische geldigheid als kwalificerend principe. Bij techniek gaat het om het ontwerpen en construeren van werktuigen en instrumenten (ook in niet-materiële zin), gericht op het beheersen van functionele samenhangen. Uit deze formuleringen is reeds duidelijk dat in onze benadering de medische praktijk, de geneeskunst, noch als wetenschap noch als techniek in algemene zin gezien moet worden, hoezeer die beide ook mede het medische handelen funderen.²⁶ Bij wetenschap gaat het om het vermogen uit een aantal individuele gevallen algemene regels te abstraheren. Medisch handelen daarentegen, legt zich erop toe om in individuele situaties te komen tot het juiste handelen. Het vereiste oordeelsvermogen kan, omdat het geen algemene kennis betreft, niet onderwezen, maar moet geoefend worden. Medisch-wetenschappelijke kennis en technische vaardigheden, die wel kunnen worden onderwezen, vormen voor het juiste medische handelen in individuele gevallen wel een noodzakelijke voorwaarde. Aan de normen die hiervoor gelden moet ook worden voldaan. Medisch-professioneel handelen is competent handelen, wat zeggen wil handelen in overeenstemming met de regels die voor de medische praktijk gelden (zie hierboven). Medisch handelen opgevat als wetenschappelijk-technisch handelen richt zich op de behandeling van de klacht die tot een ziektebeeld wordt herleid, met gevaar van voorbijgaan aan de patiënt als persoon met een probleem. Medisch handelen als genormeerde professionele praktijk daarentegen richt zich op behandeling van de patiënt als persoon die een klacht heeft.²⁷ De arts zal trachten de klacht zoveel mogelijk te verstaan in de context van het leven van de patiënt als persoon.²⁸

Deze opvatting van geneeskunst als professionele praktijk sluit nauw aan bij de betekenis van het woord *professie* zoals dat wordt gebruikt o.a. voor de medische beroepsgroep. Daarbij gaat het immers om een groep mensen, die zich bepaalde kennis (o.a. wetenschappelijke) en vaardigheden (o.a. technische) heeft eigen gemaakt, en die zich erop toelegt om die kennis en vaardigheden te gebruiken ter bevordering van een publiek belang dat een belangrijke ethische waarde behelst. Bij de medische professie betreft dit de waarde van gezondheid. Fundamenteel voor een professie is daarbij de eed of belofte die de kandidaat-beroepsbeoefenaar aflegt, en waarin wordt verklaard dat de specialistische kennis en vaardigheden alleen gebruikt zullen worden met het oog op het te dienen belang. Hierin blijkt dat de medische praktijk ethisch is gekwalificeerd. Door de eed of belofte verplicht de beroepsbeoefenaar zich ertoe, zich te houden aan de regels en de normen die gelden voor de professionele praktijk.²⁹ Belangrijk hierbij is dat de *wijze waarop* de professionele beroepsbeoefenaar het met de professie samenhangende belang zal dienen - met andere woorden, de wijze waarop hij de nood van de hulpvrager zal trachten te lenigen - wordt bepaald door de met de professie samenhangende kennis en vaardigheden. Bijvoorbeeld een maatschappelijk werker tracht op een andere wijze het welzijn van de hulpvrager te bevorderen als een arts. Algemeen gesteld, de diverse hierboven genoemde beoordelingswijzen met de daarmee samenhangende normen, brengen ook een *begrenzing* mee van de professionele praktijk. In

²⁶ Vgl. Gremmen B & Kroes P. Kennis en handelen in de techniek. *Wijdsgerig Perspectief* 35 (1994/95) nr.S, p.150/5.

²⁷ Rager a.w. noot 2, p.83/4.

²⁸ Zie Hoogland et al, a.w. noot 25.

²⁹ Schipperges H, p.465, Unschuld PU, p. 535/40. Beide in: Schipperges et al. (red.) a.w. noot 2.

het rapport van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 'Indicatiestelling en zorg op maat', wordt indicatiestelling dan ook terecht gedefinieerd als "het resultaat van een geformaliseerd proces van het op *objectiveerbare wijze* vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang" (p.9).

Uit het bovenstaande kunnen we concluderen dat een arts wel handelt naar aanleiding van een klacht van de patiënt, maar niet op grond van de klacht. Uitgaande van de klacht stelt de arts een diagnose die leidt tot het voorstellen van een therapie. Dit doet hij op grond van de medisch-professionele deskundigheid. De behandeling wordt dus ingesteld op grond van een medische indicatie. Als geen medische indicatie kan worden gesteld voor een behandeling van de klacht, dan zal de arts als arts terugtreden en eventueel de patiënt doorverwijzen naar andere zorg- of hulpverleners. (Een en ander uiteraard in overleg met de patiënt). Medisch handelen zal zich moeten beperken tot nood die betrekking heeft op een probleem aangaande het lichamelijk en/of psychisch functioneren, omdat dit het handelingsgebied is van de medische professie. Medisch handelen dient dus gericht te zijn op voorkomen of herstel van stoornissen, aandoeningen, handicaps, ziekte welke verstaan moeten worden als desintegratie, als een aantasting van de integriteit.³⁰ Het gaat bij medisch handelen om het behandelen van het pathologische, niet om het transformeren van het fysiologische; het gaat om herstel van integriteit, van het 'normale', niet om het tot stand brengen van een herordening, een reconstructie.

Deze opstelling houdt een erkenning in van de beperkte taak en verantwoordelijkheid van de arts. Gezondheid in de zin van een situatie van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn moge een regulatief idee bieden voor het gezondheidszorg- en welzijnsbeleid van de overheid, het kan nooit het concrete behandeldoel van de medische praktijk zijn. Dit zou namelijk te zeer een vereenzelviging betekenen van gezondheid met heil in de zin van geluk en levensvervulling en zou het medische handelen een religieuze lading geven en de eerdergenoemde tendens in deze richting versterken (vgl. § 4 van dit hoofdstuk). Dit leidt nu juist tot de gesignaleerde overschatting van de medische mogelijkheden en dientengevolge tot een bedreiging van de keuzevrijheid en de integriteit van de patiënt. Een geneeskunst die niet een eigen professionele ethiek heeft, wordt gemakkelijk een instrument van de overheersende ideologie.³¹ De geschiedenis geeft meerdere voorbeelden die tonen hoe gevaarlijk en kwalijk dat kan worden.

9.7 Geneeskunst en geslachtsaanpassende ingrepen

Wat betekent dit alles nu voor de vraag in hoeverre geslachtsaanpassende ingrepen als een goede medische praktijk gezien kunnen worden?

Dat deze ingrepen worden uitgevoerd met het oog op wat als het belang van de patiënt wordt gezien, behoeft niet te worden betwijfeld. Vanuit dit gezichtspunt kunnen deze

³⁰ Zie Cusveller BS (red.). *Quasi Dominus, naar een christelijke visie op zorg*. Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 11, Ede 1994, p.29/30; Popma KJ, *Gestoorde wereld*. Hilversum: W. Benedictus 1977.

³¹ Vgl. Schipperges a.w. noot 2, p.479.

ingrepen dan ook worden beleefd als een bepaalde invulling van het begrip 'zorg' en in deze zin passend bij de bestemming van de medische praktijk. Bij deze invulling van 'zorg' zijn vanuit het bovenstaande evenwel kritische vragen te stellen.

a) In hoeverre is deze invulling van het begrip zorg beïnvloed door de visie op geneeskunst en de mensvisie die in de paragrafen 9.2 - 9.4 zijn verwoord? Deze visie is in het bovenstaande, en voor wat betreft het mensbeeld ook in de voorgaande hoofdstukken in dit rapport, afgewezen.

b) Hoe verhouden deze ingrepen zich tot de bovenbeschreven normatieve visie op de medische praktijk, volgens welke de *wijze waarop* de zorgbestemming van die praktijk wordt gerealiseerd, ook genormeerd dient te worden door regels verbonden met de andere aspecten die aan een praktijk kunnen worden onderscheiden, naast het ethische aspect.

In onderstaande paragrafen gaan we op deze vragen in. Wegens sterke inhoudelijke samenhang lopen de antwoorden enigszins door elkaar; de eerste vraag komt vooral aan de orde in de paragrafen 1) en 3) en de tweede vraag in 1) en 2).

1) Medische indicatie

De diagnose 'genderdysforie' berust uiteindelijk op de ervaringen die de patiënt verwoordt. Er zijn geen objectieve medische criteria. In hoofdstuk 4.4 wordt dan ook gesteld "dat de cliënt zelf moet beslissen dat hij de behandeling wil" en "uiteindelijk draagt de cliënt de verantwoordelijkheid voor de beslissing". Dit is in strijd met de boven uiteengezette opvatting van geneeskunst. Maar ook met de opvatting zoals die tot op vandaag toe overheerst, nl. dat medisch handelen plaatsvindt op grond van de medisch-professionele indicatie. De toestemming van de patiënt is wel een noodzakelijke voorwaarde voor de medische ingreep, maar niet de grond daarvan.³² Naast deze juridische rechtvaardiging behoeft de medische ingreep ook een medisch-professionele en een ethische rechtvaardiging.³³ Medische ingrepen schenden de integriteit van het lichaam en mogen dus niet plaatsvinden zonder tenminste deze drievoudige rechtvaardiging. (Ik laat de normen verbonden aan o.a. het economische en het esthetische aspect nu buiten beschouwing). Een norm waaraan ook voldaan moet worden en die hier niet buiten beschouwing kan blijven, is de sociale norm. De mens is wezenlijk een relationeel wezen. Een medische behandeling grijpt niet alleen in op het lichaam maar op de mens als persoon, die in allerlei relaties leeft. De medische ingreep heeft daarom ook altijd betrekking op die relaties en daarmee op andere mensen. Dit geldt voor geslachtsaanpassende ingrepen wel heel sterk, omdat er een radicale verandering optreedt in die relaties. Veelal betekent dit een verbreken van relaties. Dit geldt nog weer extra sterk voor een gehuwde transseksueel die kinderen heeft. De sociale norm van communicatie ofwel interactie staat hiermee op zijn minst op gespannen voet.

Men kan tegenwerpen dat het inmiddels in de praktijk vaker gebeurt dat een arts een

³² De ethische rechtvaardiging van een handeling met een beroep op de wil, de keuzevrijheid van een mens hangt samen met de in § 9.2 uiteengezette splitsing in de werkelijkheid tussen wetenschappelijke feitelijkheid en ethische waarden. Kort gezegd: wanneer het 'Sein' wordt teruggebracht tot blote feitelijkheid, wordt 'sollen' een kwestie van 'wollen'; zie Pöltner *a.w.* noot 12, p.24.

³³ Schipperges *a.w.* noot 2, p.482.

bepaalde behandeling instelt, bijvoorbeeld met medicijnen, naar aanleiding van een klacht van een patiënt, zonder dat al een duidelijke diagnose is gesteld. Soms bevestigt een positief effect van een behandeling na enige tijd één van de aanvankelijk mogelijk geachte diagnoses. Het zal evenwel duidelijk zijn dat zulk handelen alleen aanvaardbaar is bij behandelingen die niet alleen een reële kans hebben op een positief effect, maar waarbij bovendien de belasting en de kans op ongewenste bijeffecten gering zijn. Naarmate een behandeling invasiever en minder omkeerbaar is, dient de diagnose medisch-professioneel gezien duidelijker en overtuigender vastgesteld te kunnen worden.³⁴ Geslachtsaanpassende operaties bij transseksuele mensen voldoen niet aan deze eis en zijn vanuit een verstaan van medische zorg als professionele zorg aanvechtbaar.³⁵

2) *Proportionaliteit en subsidiariteit*

De medisch-professionele norm kan nog nader worden uitgewerkt. Het medisch-professionele handelen dient te voldoen aan de regels van proportionaliteit en subsidiariteit. Dit wil zeggen dat de behandeling en de belasting en risico's ervan in verhouding moeten staan tot het te bereiken positieve resultaat ervan (proportionaliteit). Bovendien dient die behandeling gekozen te worden die de minste belasting en risico's meebrengt, en toch in principe tot een adequaat resultaat kan leiden (subsidiariteitsregel).³⁶ Vanouds heeft voor het medisch handelen dan ook een hiërarchie van soorten van ingrepen gegolden. Als eerste komt 'het woord', het consult, advisering aangaande bijvoorbeeld levensstijl en eetgewoonten, ondersteuning met het woord of ook vormen van therapie als psychotherapie. Ten tweede het

³⁴ Er zijn andere voorbeelden te geven van handelen door een arts, dat in de praktijk plaatsvindt op basis van het verzoek van de patiënt, bijvoorbeeld bij sterilisatie die plaatsvindt zonder een medische reden (gezondheid van moeder en/of kind). Toch zijn er tussen die ingreep en geslachtsveranderende operaties belangrijke verschillen aan te wijzen. In de eerste plaats gaat het bij sterilisatie om een ingreep die in bepaalde gevallen om duidelijk medische redenen kan worden uitgevoerd. Dat betekent dat op zichzelf de ingreep niet in strijd is met medisch-professioneel handelen, maar dat inmiddels door de grotere nadruk op de autonomie van de patiënt het 'indicatiegebied' zo ver is opgerekt dat feitelijk de ingreep plaatsvindt op verzoek van de persoon. Overigens roept dit weer de nodige problemen op gezien het aantal mensen dat vraagt om refertilisatie en echtparen die zelfs een reageerbuisbevruchting-behandeling ondergaan als zij na sterilisatie van de vrouw toch weer een kind willen. Verder is de sterilisatie om niet-medische redenen binnen de beroepsgroep lange tijd afgewezen omdat er voor de ingreep dan geen medische indicatie is en die derhalve geen zaak voor de medicus is (zie bijv. Lindeboom GA. *Opstellen over medische ethiek*. Kampen: Kok 1960, p.7112; vgl. ook Graaf J de. *Sterilisatie, ethische aspecten*. In: Melsen AGM van, et al. *Recent medisch ethisch denken II*. Leiden: Stafleu 1970, p.276/88). Bovendien is sterilisatie een betrekkelijk eenvoudige, niet erg invasieve, noch erg riskante ingreep die in een aantal gevallen ook reversibel blijkt te zijn. Tot slot is het feit dat bepaalde niet erg invasieve ingrepen als sterilisatie, nu plaatsvinden op verzoek van de patiënt op zichzelf nog geen morele rechtvaardiging van veel verdergaande ingrepen.

³⁵ In het boekje *Als de dood voor het leven*, dat zich verzet tegen hulp bij zelfdoding door een arts aan iemand die psychisch lijdt, wordt dit door drie van de auteurs, te weten H. Achterhuis, filosoof, F. Koerselman, psychiater en T. Schalken, jurist, afgewezen mede op grond van de constatering dat er vrijwel geen eenduidige professionele indicatie en prognose is te geven (en de handeling maximaal ingrijpend en definitief is). Sommige auteurs wijzen verder de tendens af tot medicalisering van alle vormen van lijden en van het sterven. Naar mijn mening zijn hier parallellen te trekken met de problematiek van geslachtsveranderende ingrepen bij transseksuele mensen.

³⁶ Leenen HJJ. *Handboek Gezondheidsrecht dl. I*. Alphen aan de Rijn: Samson 1988², p.186 en id. dl. 2, 1991², p.166. Hoewel deze principes door Leenen worden genoemd in specifieke contexten, nl. van verplichte behandeling en van keuring resp., wordt in elk geval het proportionaliteitsprincipe, maar veelal impliciet ook het subsidiariteitsprincipe, veel breder gehanteerd in de geneeskunst (en het gezondheidsrecht).

voorschrijven van medicijnen. Ten derde de directe ingreep in het lichaam van de patiënt, de operaties. In de hedendaagse medische praktijk gaan deze drie vormen vaak samen op en zijn niet altijd scherp te onderscheiden. Dit neemt niet weg dat deze hiërarchie een goede vuistregel blijft voor de medische praktijk. Invasieve medische operaties en zeker het verwijderen van bepaalde lichaamsdelen is in de geneeskunde altijd gerechtvaardigd met een beroep op het belang voor het geheel, nl. het gezondheids- en levensbelang van de patiënt. Gezien de kritische kanttekeningen die zijn te maken bij het satisfactie-onderzoek bij geopereerde transseksuelen, en gezien het zeer invasieve en onomkeerbare karakter van die ingrepen moet worden betwijfeld of een beroep op verbetering voor de patiënt als geheel die ingrepen wel kan rechtvaardigen (zie hfdst. 6.5.4.3).

Nu is het onmiskenbaar zo dat bij transseksuelen sprake is van een diep ingrijpend lijden en daarom van een zeer indringende klacht. Toch is, zoals hierboven is betoogd, het bestaan van ernstig lijden op zichzelf geen grond voor ieder medisch ingrijpen dat verlichting van het lijden beoogt. De aard van het lijden dient betrekking te hebben op het medische vlak. En de medische behandeling dient zoveel mogelijk aan te knopen bij een medische interpretatie van de klacht en aan medisch-professionele criteria te voldoen. Vanuit medisch gezichtspunt heeft de klacht van een transseksueel betrekking op zijn beleving, dat wil zeggen op het psychische vlak. Op het lichamelijke vlak is immers geen indicatie voor ingrijpen in het lichaam (althans, zolang geen behandelbare afwijking is gevonden). Verder blijkt uit de literatuur dat met psychotherapie toch wel resultaten worden geboekt. Er dient dan ook in elk geval meer aandacht te komen voor psycho-therapeutische behandeling en de psycho-therapeutische behandeling zou als regel de eerste keuze van behandeling moeten zijn. Voor mensen (al dan niet kerkleden) die dit wensen dient die te worden ondersteund met pastorale begeleiding.

Deze benadering betekent niet dat het psychische en het lichamelijke uit elkaar worden gehaald. Integendeel, juist gezien het feit dat geen lichamelijke afwijkingen geconstateerd kunnen worden en ervan wordt uitgegaan dat het lichamelijke en psychische normaal gesproken nauw zijn verweven, wordt transseksualiteit gezien als een stoornis op het psychische vlak en dient op dat vlak, althans in eerste instantie de therapie te worden ingesteld.

3) Instrumentalisering en institutionalisering

Medische technologieën zijn niet alleen een toepassing van medisch-wetenschappelijke kennis op diagnostisch en therapeutisch gebied en medische ingrepen zijn niet maar logische uitvloeisels van een medische diagnose en prognose. Ook een omgekeerde beïnvloeding geldt. Het bestaan van bepaalde technieken beïnvloedt de medische waarneming, diagnosestelling en formulering van therapie.³⁷ Zo zal ook bij transseksualiteit het beschikbaar komen van bepaalde technieken om geslachtsaanpassende ingrepen uit te voeren, ertoe hebben bijgedragen dat deze ingrepen steeds meer als adequate therapie beschouwd zijn gaan worden. Tevens zal deze therapie de (zelf)diagnose 'het lichaam past niet bij de geest', hebben bevorderd. Deze visie roept dan op haar beurt weer de aanpassingsoperaties op. De behandeling met geslachtsaanpassende ingrepen stelt de facto lichaam en psyche als relatief

³⁷ Geest S van der. Medische technologie in -cultureel perspectief. In: Geest S van der, et al (red.). *De-macht der dingen*. Amsterdam: Het Spinhuis 1994, p.6/7; Cassell a.w. noot 23, p.33.

zelfstandige entiteiten tegenover elkaar en neemt haar uitgangspunt in de psychische beleving van de patiënt. Die behandeling geeft dan ook uitdrukking aan een instrumentalistische lichaamsopvatting en versterkt die ook. Het lichaam wordt als het ware in regie genomen en gereconstrueerd. Ontkenning dat dit tot geneeskunst als professionele praktijk behoort, betekent geen ontkenning van de ernst van het lijden van de betreffende personen, maar geeft uitdrukking aan de opvatting dat medisch-professioneel handelen aan grenzen is gebonden.

Nu zal het voorkomen dat artsen in hun beroepsuitoefening in incidentele noodsituaties geldende regels overtreden. Zo zal in het verleden in extreme situaties wel eens euthanasie zijn toegepast voordat het was geaccepteerd. Daarbij ging het echter niet om een bepaalde geïnstitutionaliseerde voorziening waarvan de toepassing reeds bij voorbaat was gerechtvaardigd. Dit is nu juist wel het geval bij geslachtsaanpassende operaties. Deze behelzen immers een hele serie radicale en op elkaar aansluitende ingrepen, die alleen uitgevoerd kunnen worden door een team van specialisten dat zich daarop toelegt. Het zijn voor een belangrijk deel ingrepen die buiten de context van geslachtsaanpassende operaties zó niet plaatsvinden, zoals bijvoorbeeld bij sterilisatie op verzoek wel het geval is. Anders gezegd, geslachtsaanpassende ingrepen kunnen alleen plaatsvinden op een duidelijk geïnstitutionaliseerde wijze die kennelijk bij voorbaat medisch-professioneel gelegitimeerd wordt geacht, en niet als een noodmaatregel in individuele gevallen. Reeds het bestaan van deze geïnstitutionaliseerde handelingsoptie suggereert dat het hierbij gaat om een moreel onproblematische behandeling en betekent voor transseksuele mensen een druk tot het ondergaan van die behandeling (zie § 9.5 over geanticipeerde beslissingsspijt). Zoals vaker bij nieuwe medische technologieën het geval is, roept het aanbod ervan voor een deel het probleem op dat tot het gebruik ervan leidt.

Conclusie

Het bovenstaande leidt tot de conclusie dat ernstig betwijfeld moet worden of het geïnstitutionaliseerde aanbod van geslachtsaanpassende ingrepen valt binnen de normatieve grenzen van geneeskunst als professionele praktijk.³⁸ Waar men die grenzen niet in acht neemt, wordt de geneeskunde tot een instrument van beheersing van het leven en het wegnemen van alle lijden. Het wegnemen of verlichten van lijden is een belangrijke taak van de geneeskunst. Maar waar bepaalde professionele normatieve grenzen niet in acht worden genomen wordt de geneeskunst gewelddadig.³⁹ Meer en meer wordt de dokter dan iemand die ervoor moet zorgen dat mensen niet meer hoeven te lijden, waarbij dit lijden steeds breder wordt geïnterpreteerd. Geslachtsaanpassende ingrepen vormen naar mijn overtuiging een stap op deze weg. Dit is een weg van overschatting van de geneeskunst die het medisch handelen en

³⁸ Om misverstanden te voorkomen voeg ik hieraan toe dat hiermee de motivatie en intenties van de hulpverleners die in de gender-teams werken niet in het geding zijn. Ook is hiermee geen moreel oordeel gegeven over het besluit van hen die, gegeven het bestaande aanbod van geslachtsaanpassende ingrepen, in de nood van hun leven die behandeling ondergaan. Hierover is in de hoofdstukken 7, 8 en 10 meer gezegd. Vanuit de hier gekozen medisch-ethische invalshoek zou vervolgens, in een tijd van snoeien in het voorzieningspakket, de vraag aan de orde kunnen komen van de financiering van geslachtsaanpassende ingrepen. Een discussie over het eventueel schrappen van deze voorziening uit het basispakket louter op grond van hun kosten en zonder een medisch-ethische bezinning, zou ik onbevredigend achten.

³⁹ Vgl. ook Zwart H. *De natuur als argument in de ethiek*. Pre-advies uitgebracht ten behoeve van de Nederlandse Vereniging voor Bioethiek. Utrecht 1995, hfdst. 4, i.h.b. p.88.

1

de medici in een soort religieuze sfeer trekt, tot een overmatige medicalisering van het leven en van de dood leidt en daarmee tot een dehumanisering van de medische praktijk.

HOOFDSTUK 10

Pastorale hulp

aan degenen die het probleem van transseksualiteit
aan lijf en ziel ondervinden

10.1 Inleiding

We beginnen dit hoofdstuk met een ervaring van pastorale zorg voor iemand met genderdysforie. Deze casus is opgesteld door T.W. van Bennekom. De beschrijving is gebaseerd op een werkelijke ervaring. Ter wille van de anonimiteit is een aantal gegevens gewijzigd.

Het theologisch-pastorale deel van dit hoofdstuk is van de hand van W.H. Velema.

10.2 Pastorale zorg aan een persoon met genderdysforie - een casus

Irene

Als predikant van een Hervormde gemeente kwam ik met de problematiek van transseksualiteit in aanraking. Een meisje, net door de puberteit heen, confronteerde mij ermee. In mijn beschrijving noem ik deze jonge vrouw Irene.

Irene was een spontane meid, de derde dochter uit een kerkelijk meelevend gezin. Op de catechisatie was ze belangstellend. Ze was bewogen over het lot van haar medemens. Straatevangelisatie had haar belangstelling.

Zo maar op een middag uit school belde ze aan. Onrustig, gejaagd was ze. Nare dromen maakten de nachten voor haar moeilijk. Met haar eigen lichaam wist ze geen raad. Ze voelde zich opgejaagd en vond noch bij God, noch in de wereld rust. Enkele weken later kwam ze weer eens aan. Haar verhaal werd duidelijker. Ze had moeite om zich te concentreren op haar werk en haar schoolprestaties lieten veel te wensen over. Had Irene 'alleen' moeite om de weg naar de volwassenheid en de weg naar God te vinden? Ik wist niet wat ik ervan moest denken. Enkele weken later kwam een opgewonden Irene mijn studeerkamer in. Het leren ging op geen manier. Ze vertelde van haar dromen.... Opeens was het hoge woord eruit: "Ik denk dat ik lesbisch ben. Mannen trekken me niet aan. Vrouwen, daar val ik op!". Wat zullen mijn ouders wel zeggen!"

Gezin

Haar ouders waren geschokt bij het horen van die boodschap. Die avond zal ik niet meer vergeten. Irene zat boven. Ik had haar beloofd 'haar geheim' thuis te vertellen. Zij zou na mijn boodschap naar beneden komen. Ze gebeurde het. Irene kwam naar beneden en moeder sloot haar in haar armen.

Echter de onrust en het gebrek aan concentratie namen toe. Irene dacht eraan haar ouderlijk huis, school en kerk vaarwel te zeggen. Professionele hulp werd ingeschakeld, maar ook de hulpverleners wisten niet wat ze met Irene moesten beginnen. Zowel voor haar ouders als voor Irene waren de spanningen thuis ondragelijk. Meelevende gemeenteleden uit een

vorige gemeente namen Irene in huis. Ook hier ging het niet goed. Het leven werd een zware, heel zware opgave voor Irene. Aan studeren werd niet meer gedacht. Het leven scheen op sommige momenten de moeite van leven niet waard te zijn. Een opname op de PAAZ afdeling van het plaatselijke ziekenhuis bracht slechts tijdelijk verlichting.

Herkenning van het probleem

Irene bleek een ander probleem te hebben. Ze was niet lesbisch. Ze zat anders in elkaar. Op een avond had ze TV gekeken. Hier hoorde ze voor het eerst van transseksualiteit, en genderdysforie als 'bijbehorende' ervaring. In duidelijk Hollands vertaald: alsof een mannelijke ziel leefde in een vrouwenlichaam. Uiterlijk en innerlijk sporen niet met elkaar. Er heeft een ontsporing plaatsgehad. Irene realiseerde zich toen dat het over haar ging. Deze gedachte heeft haar gevoelsleven ondersteboven gekeerd. Ze weet geen raad met zichzelf, met de wereld, met God. Haar leven is als een schreeuw in de nacht. Met de informatie die ze heeft ontvangen weet ze geen raad. Over haar ontdekking zwijgt ze tegen iedereen in alle talen. Er blijkt maar een oplossing voor haar te zijn: opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Daar komt Irene op de gesloten afdeling. Bemoedigende woorden, met gevoel uitgezochte teksten helpen niet. De put is diep en voor Irene die er in zit, is het aardedonker. Toch komt dan op een bepaald moment het hoge woord er uit. "Ik ben, denk ik, transseksueel".

De ouders worden ingelicht. Maar wat moeten zij met dat onbekende woord? Wat weten zij van de wereld, die achter deze woorden schuilgaat?

Medische wereld

Aan enkele Nederlandse universiteiten zijn specialisten op dit terrein, de zogenaamde Genderteams. Met één ervan komt Irene in contact. In orthodox-christelijk Nederland heeft nauwelijks iemand zich hierin verdiept. Wie kan Irene helpen, wie kan haar ouders op een adequate wijze pastorale hulp verlenen? De genderteams bieden wel een behandeling aan. Transseksuelen kunnen worden geopereerd. Hun lichaam kan aangepast worden aan hun beleving. Een vrouw kan na ingrijpende operaties als man door het leven gaan. Mannen worden getransformeerd tot vrouwen. Wat een mogelijkheden voor Irene. Regelmatig bezoekt ze de betreffende specialist. Ze voelt zich beter, stabiel. Ze wordt uit het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen. Het lijkt goed te gaan.

Eerste Kerstdag van 1990 valt Irene opnieuw in een diepe depressie. Ze wordt op een gesloten afdeling van een ziekenhuis opgenomen. In een onbewaakt moment vlucht ze. Het leven schijnt voor haar gevoel geen zin meer te hebben. Wat ze wil lukt. Gode zij dank niet. Irene wordt na een week verpleegd in een ander psychiatrisch ziekenhuis. Hoe moet ze verder leven? Ook anorexia problemen worden voor haar levensbedreigend. Toch is daar in die nood de hand van de levende God. Er vindt een stille strijd plaats tussen de vorst van de duisternis en de Koning, de Vader der lichten. Soms is die strijd voelbaar. Ouders bidden, gemeenteleden bidden, een pastor bidt. Ik ervaar een innerlijke strijd. Vechten wij niet voor een verloren zaak? Hoe zal dit aflopen? Maar wij geloven toch dat Jezus leeft? Hem is toch gegeven alle macht. Dat vertrouwen moest elke keer gevoed worden in deze strijd.

Verwarring

Tijdens deze langdurige opnamen wisselden vreugde en verdriet, voorspoed en tegenspoed,

geloof en ongeloof elkaar af Irene zocht hulp. Ze werkte met een verborgen agenda. Ze kwam er niet openlijk voor uit. Ze vestigde haar hoop op een operatief ingrijpen. Door de bezoeken aan het genderteam werd ze steeds meer overtuigd van het goed recht van een operatie. Irene werd toegelaten tot een groepje jongeren die pas geopereerd waren. Met een zekere jaloezie keek ze naar hen. Duidelijk werd haar verteld welke moeilijke weg er afgelegd moest worden, maar het was de moeite waard. Als pastor ben ik een keer meegereisd met Irene en had ik een gesprek met de specialist. Na dit gesprek en na het horen van een radioprogramma over deze materie kwam ik als pastor in grote gewetensnood. Irene vroeg mij advies. Zorgzame ouders voelden ook wel welke kant hun gedoopte kind wilde opgaan. Wat moesten zij hun kind adviseren dat al een jaar werd verpleegd? Hun kind werd als het ware naar twee kanten getrokken. Enerzijds was er het verlangen met God en naar Zijn wil te leven. Anderzijds is haar geloofsleven vaak koud en ongevoelig en wil ze haar eigen weg gaan. In een brief schrijft ze: "Verstand en gevoel liggen mijlen uit elkaar. Ik heb heimwee naar toen ik 13-14 jaar was. Toen was God mijn Vader. Waar is het geloofsvertrouwen gebleven, was het wel echt?" Irene is uiterlijk een meisje, maar vraag niet hoeveel moeite en psychische pijn het kost om haar lichaam te accepteren. Lopen in een rok vindt ze afschuwelijk. Bieden geslachtsveranderende ingrepen voor haar de oplossing?

Wie kon hier raad verschaffen? Op verschillende deuren heb ik geklopt en om advies gevraagd. De Bijbel heb ik op dit punt gelezen, maar het verschaft mij geen duidelijkheid. Zou een geslachtsveranderende operatie uitkomst bieden? Is een dergelijke ingreep wel bijbels verantwoord? God heeft toch de mens en dit geldt toch iedere mens, mannelijk en vrouwelijk geschapen? De ene vraag reeg zich aan de andere. Hoe zouden we Irene kunnen brengen tot acceptatie van haar eigen lichaam? Zou dat ooit wel kunnen?

Crisis

Op een avond werd ik in het ziekenhuis bij haar geroepen. In een brief gaf ze onomwonden te kennen dat ze de weg van de geslachtsveranderende ingrepen op wilde. Er was geen houden aan en geen praten tegen. Ik zie haar nog zitten, één en al onverschilligheid. Ze draaide een sjekkie. Tijd om op een bijbels antwoord te wachten had ze niet. De kogel was door de kerk. De brief was getekend met een jongensnaam, laten we zeggen Irjan. Bidden hoefde niet meer. De brief hield een afscheid in. Met deze brief ben ik naar haar ouders gegaan. Het bijbellezen en het gebed hadden het karakter van een rouwdienst. We hebben haar verloren, gonsde het door mijn hoofd. Geslagen zaten haar vader en moeder rond de tafel. Irene..". Irene..". onze dochter! Er was het gebed tot de levende God

Een diepe inzinking volgde. Irene twijfelde aan de juistheid van haar beslissing. Het bleek dat ze in haar beslissing sterk was beïnvloed. Na een periode van gebed, van twijfel en strijd besloot Irene definitief te breken met de contacten met het genderteam. Zienderogen knapte ze op. Af en toe mocht zij naar huis. Ze kwam weer in de kerk. Een psychiater nam haar ondanks zijn volle agenda in behandeling. Opnieuw kwam ze in huis bij de mensen die haar al eerder hadden geholpen. Irene werd uit de put opgetrokken. Jezus Christus doet Zijn licht weer schijnen in de duisternis van haar leven. Er breekt een meer stabiele levensperiode aan.

Gods weg

De studie wordt hervat. In een aantal vakken doet Irene eindexamen. Het leven heeft weer perspectief. Met mensen omgaan kan ze wel. Zorg voor de mens is haar op het lijf geschreven. Hier heeft de Heilige Geest bijzondere krachten voor gegeven. Die mag en wil ze ontwikkelen. Elke maand spreekt ze met haar psychiater. Dat jaar maakt ze de reis van haar leven naar Israël. Jongeren uit de gemeente hebben geld bij elkaar gebracht en Irene geniet. Wat een vrede geeft God. Niet dat er geen moeilijke periodes zijn en dat dat schrijnende onbehagen over haar lichaam er niet meer is. Die zijn er wel. Maar ze kan ermee leven.

Dat jaar deed Irene belijdenis van het geloof. Haar wordt de tekst meegegeven: "Mijn genade is U genoeg, Mijn kracht wordt in zwakheid volbracht!"

Momenteel studeert Irene maatschappelijk werk en ze ervaart in haar studie die kracht in haar zwakheid.

10.3 Contouren van de problematiek bij de betrokkenen

Bespreking van het onderwerp met de betrokkenen zelf en met pastores brengt een mens ervan onder de indruk hoe groot de nood, ja het lijden is van hen die ermee worstelen. Tegelijk komt men onder de indruk van de verlegenheid en het onvermogen van de christelijke gemeente in het algemeen en van pastores in het bijzonder om hier adequate pastorale hulp te bieden. In het verhaal over Irene komt dat duidelijk naar voren.

Alvorens verder te schrijven heb ik er behoefte aan ook mijn verlegenheid en mijn diepe indruk van geestelijke, psychische en lichamelijke nood onder woorden te brengen. Een ieder die iets moet zeggen of schrijven in verband met dit thema dient de nood voor ogen te hebben. Hij zal tevens onder de indruk moeten zijn van het feit dat deze nood in tal van gemeenten niet alleen onopgemerkt, maar ook onbespreekbaar blijkt te zijn.

In deze bijdrage zal aan deze aspecten aandacht worden gegeven. Het gaat om drie probleemgebieden waarin pastorale hulp nodig is. Dat is allereerst het ethische vraagstuk. Aan de nood van de persoon met genderdysforie zit ook een ethische kant; hij of zij ziet zich voor grote ethische vragen geplaatst. Ook bij de overdenking en verwerking hiervan kan behoefte bestaan aan pastorale hulp. Hierbij komen vragen aan de orde als: is een operatie geoorloofd, gewenst of noodzakelijk? Hoe ziet deze mens zichzelf, voor en eventueel na de geslachtsveranderende ingrepen. Wat zouden deze ingrepen mogelijk voor consequenties hebben voor de relaties met familie, kennissen, de christelijke gemeente?

Dit deel van het probleem raakt pastoraal(-ethische) hulp aan de mens die te maken heeft met en lijdt aan transseksualiteit. In het vervolg gebruik ik voor deze mensen de term de betrokkene(n). Op zichzelf kan dit woord een veel bredere betekenis hebben, maar in deze bijdrage beperk ik deze term tot de transseksuelen. De woorden 'betrekken' en 'betrokken zijn' worden wel in hun gewone, bredere betekenis gebruikt.

Het tweede probleem is dat van de familie en de gemeente. Hoewel beide niet samenvallen, noem ik ze toch in één, omdat ik ermee aanduid de omgeving, in de directe nabijheid of enigszins verder verwijderd, maar niettemin wezenlijk betrokken. Degene die ermee worstelt, is immers lid van de gemeente. Ook al zou hij of zij vanwege gebrek aan meeleven en pastorale hulp, zichzelf als een randfiguur of zelfs een halve buitenstaander van de gemeente

beschouwen, dan nog heeft de gemeente verantwoordelijkheid voor dit lid. Ook dit lid behoort ook tot het lichaam van Christus. Het hoort erbij en mag niet verwaarloosd worden. Overigens is het denkbaar dat ook iemand die buiten de kerk is komen te staan met de nood van transseksualiteit een beroep doet op hulp bij een pastor. Ook aan zo'n appel mag de pastor zich niet onttrekken al liggen de verhoudingen wel anders dan bij een gemeentelid.

De derde kring is die van de pastor en zijn directe medewerkers, te weten, ambtsdragers en anderen die pastoraal werk verrichten in de gemeente. De pastor c.s. (om het zo maar even aan te duiden) heeft op zijn minst een dubbele taak. Zijn verantwoordelijkheid voor pastorale hulp geldt allereerst de betrokkene. Zij geldt echter evenzeer de gemeente in haar verantwoordelijkheid en zorg jegens de betrokkene. Zoals hierboven reeds gezegd, behoort de familie tot de binnenste kring van hen die rond de betrokkene staan. Daarom raakt de pastorale verantwoordelijkheid allereerst de familie, maar vervolgens - en niet minder intensief - de gemeente in haar houding tegenover en haar opvang van de betrokkene.

Met het voorgaande is niet gezegd, dat we alle relaties en alle situaties hebben benoemd. We hebben echter wel een patroon getekend, waarbinnen ook andere relaties en situaties van betrokkenheid een plaats kunnen krijgen.

10.4 De pastor en de ethische bespreking van het vraagstuk

De pastor dient met de betrokkene over het probleem te spreken. Hij moet oog, oor en hart hebben voor de nood van de ander. Deze moet zich kunnen uitspreken en zijn hart bij de pastor kunnen uitstorten, voorzover de betrokkene daaraan behoefte heeft en daartoe bereid is. Het zou overigens nauwelijks denkbaar moeten zijn dat een kerklid in deze situatie zich niet tot zijn pastor zou wenden. In de praktijk blijkt dit echter wel voor te komen. De eerste verantwoordelijkheid van de pastor is dan te trachten op zo'n manier met de betrokkenen in gesprek te komen dat deze problematiek in de pastorale relatie ook bespreekbaar wordt. Bij Irene was er gelukkig een vertrouwensrelatie met de pastor zodat ze met haar problemen bij hem kwam.

De allereerste taak van de pastor in zo'n gesprek is, de ander de gelegenheid te geven zich uit te spreken en zelf te luisteren. Hij kan eventueel vragen stellen die hij ter verheldering van zijn inzicht in de problematiek en in de nood van deze medemens noodzakelijk vindt. Uit het voorbeeld van Irene blijkt wel hoe moeilijk het voor de betrokkene, maar ook voor de pastor kan zijn om de gevoelens en problemen van betrokkene als transseksualiteit te duiden.

Vervolgens komen we bij de vraag of en in hoeverre de pastor een ethisch oordeel moet uitspreken over een geslachtsveranderende operatie. Er zijn opvattingen in de zielzorgelijke literatuur, volgens welke de pastor in het pastorale gesprek nimmer een ethisch oordeel mag uitspreken. Deze schrijvers maken pastoraat totaal los van ethiek. Naar mijn oordeel is dat onjuist en onmogelijk. Een medemens vraagt niet zelden pastorale hulp juist met het oog op ethische problemen. Dat wil zeggen, dat de pastor het ethische aspect of de ethische component van het probleem niet onbesproken kan laten. De vraag is wel hoe ver de pastor moet gaan met zijn hulp, respectievelijk zijn advisering inzake het ethisch probleem. In geen geval kan hij de ander de beslissing uit handen nemen. Ook mag hij de ander zijn standpunt

niet opdringen.

Als het om zonden gaat - ik spreek nu even los van het thema transseksualiteit - zal de pastor dat wat naar zijn oordeel volgens de Heilige Schrift zonde is, ook zonde moeten noemen. Zijn pastorale hulp zal vervolgens vooral bestaan in het klaarkomen met deze zonde(n) door schuldbelijdenis, gebed om vergeving en strijd tegen de zonde.

Het kan ook zijn dat het probleem niet zo gemakkelijk ethisch te duiden is met: geoorloofd of ongeoorloofd, zonde of toegestaan. In deze situatie zal de pastor het voor en tegen van de beslissing ter sprake moeten brengen. Het is goed denkbaar, dat de pastor alleen niet een opsomming kan geven van alle voors en tegens. In het gesprek met de ander kunnen beide rijtjes of één van beide, eventueel zelfs aanzienlijk worden uitgebreid.

De pastor kan voor zichzelf tot een bepaalde beslissing komen, zonder dat de ander aan deze beslissing gebonden is. Wel mag van het gemeentelid, als dat tot een andere conclusie en daaruit voortvloeiende handelingen komt, worden verwacht dat hij ingaat op de overwegingen van de pastor. Hij zal er in zekere zin een antwoord op moeten vinden (of gevonden hebben). Hoe dan ook, de pastor kan zich niet onttrekken aan een ethisch oordeel over het probleem. De kwaliteit van de pastorale relatie bepaalt in hoge mate, hoe hij met dit oordeel omgaat, hoe hij het ter sprake brengt en in overweging geeft. Andersom kan de wijze waarop dit gebeurt de kwaliteit van de relatie sterk beïnvloeden.

Hiermee is niet heel de pastorale hulp beschreven, zoals uit het vervolg zal blijken. Wel is duidelijk dat men pastoraat en ethiek niet mag ontkoppelen.

Nu kan het niet de bedoeling zijn van dit hoofdstuk, na alles wat in de voorgaande hoofdstukken is gezegd, opnieuw de ethische vragen aangaande transseksualiteit en geslachtsveranderende ingrepen te bespreken. Ik volsta hier dan ook met het naar voren halen van een aantal overwegingen die voor deze pastorale bijdrage nodig zijn. Daarbij zou ik mijn visie op het vraagstuk van de transseksualiteit in alle voorzichtigheid en bescheidenheid willen formuleren. Wie zijn wij dat wij in deze problematiek oordelen?

Transseksualiteit zou cru gezegd gezien kunnen worden als een misvorming, een stoornis *in* de schepping ten aanzien van de verhouding tussen ziel en lichaam. Zoals er sprake kan zijn van een somatische misvorming, kan dat ook ten aanzien van psychische misvorming of stoornis. Bij transseksualiteit zit de stoornis in de onderlinge verhouding van ziel en lichaam. Hoewel deze beide als regel een geïntegreerde eenheid vormen, blijken zij bij transseksualiteit als een geweldige tegenstelling te worden ervaren. De zielsbeleving past niet bij het (mannelijke of vrouwelijke) lichaam. Het aanvoelen, de beleving en de expressie van de ziel vragen om het andere lichaam, dan de persoon *in* kwestie heeft. In de antropologie wordt mijn inziens terecht wel gesteld dat een mens niet alleen een lichaam *heeft*, maar ook zijn lichaam *is*. Dit laatste wijst op de doorleefde eenheid van lichaam en ziel die het menselijk bestaan meestal kenmerkt. Sprekend in deze termen zou men kunnen zeggen de transseksuele mens dit laatste, namelijk de eenheid van lichaam en ziel, zo niet beleeft. Dat iemand ook zijn lichaam *is*, lijkt voor de transeksuele mens niet van toepassing te zijn. Het is voor de betrokkene zelfs een contradictie.

Zit in deze 'scheppingsstoornis', nl. deze discrepantie tussen ziel en lichaam, op zichzelf een ethisch moment? In het bestaan van deze discrepantie niet. Bij de operatie wordt het lichaam voor zover mogelijk 'aangepast' aan de ervaring van de ziel. Daarbij wordt gehandeld en is de ethiek in het geding.

In de ethische overwegingen vervult de notie dat de mens is geschapen naar het beeld van God een belangrijke rol. Tot het 'beeld Gods' zijn behoort ook het lichaam, door God geschapen als mannelijk of vrouwelijk in eenheid met de ziel. Dit leidt tot de volgende overwegingen.

- a) Als operatief wordt ingegrepen, wordt de samenhang tussen seksualiteit en voortplanting definitief doorbroken en wordt voortplanting onmogelijk gemaakt.
- b) De verandering is een uitwendige, nooit een totale, radicale. Het inwendige lichaam kan niet worden 'omgebouwd'.
- c) Tenslotte: de operatie is onomkeerbaar. Degene die haar ondergaat, zal verder (moeten) leven met een lichaam dat definitief een dubbelheid vertoont. Uitwendig, via plastische chirurgie e.d. is het lichaam zo goed mogelijk aangepast bij de gewenste mannelijke of vrouwelijke verschijningsvorm, inwendig blijft, het andere, als het verkeerde ervaren, geslacht gehandhaafd. Boer spreekt in dit verband terecht over 'geslachtsverhullend' in plaats van 'geslachtsveranderend' (zie hfdst. 8).

Wij zullen in het vervolg dan ook spreken van geslachtsaanpassende ingrepen in plaats van geslachtsveranderende ingrepen, (of ook wel kortweg 'ingrepen' of 'operatie') zonder overigens de medisch-technische kundigheid en de goede intenties van de gender-teams ter discussie te willen stellen.

Zijn geslachtsaanpassende ingrepen ethisch geoorloofd? Naar mijn oordeel zal een operatie voor de betrokkene hem/haar definitief blijven herinneren aan de oorspronkelijk ervaren tegenstelling. De discrepantie tussen lichaam en ziel wordt voor een deel opgeheven, maar blijft voor een deel bestaan, zonder dat ik hier over percentages zou kunnen spreken. Wel ben ik van mening, dat een operatie slechts een gedeeltelijke hulp biedt. Het eigenlijke probleem van de discrepantie tussen geslachtsbeleving en lichamelijk geslacht wordt niet in zijn totaliteit opgelost. Van een nieuwe totaliteit en eenheid kan geen sprake zijn, al blijkt in elk geval een deel van de geopereerden de discrepantie (veel) minder te beleven. Het is dan ook begrijpelijk dat een deel van hen die een operatie heeft ondergaan, met de resultaten niet gelukkig is. Zij worden soms 'spijtoptanten' genoemd. Een weinig sympathiek woord, maar wel karakteristiek voor de situatie.

Een sprekend voorbeeld hiervan beluisterde ik in een uitzending van de NCRV, Rondom Tien (10 januari 1995, 22-23 uur). Een man die zich voor wat betreft zijn uiterlijke lichamelijke kenmerken tot vrouw had laten veranderen, vertelde dat hij/zij als vrouw zich evenzeer tot vrouwen aangetrokken voelde als dat vóór de operatie het geval was. De innerlijke houding tegenover het 'andere' geslacht was door de ingrepen niet veranderd. Deze transseksuele persoon noemde zichzelf nu lesbisch. Uit wat ik van de uitzending heb gezien kreeg ik niet de indruk, dat de transseksueel zich vóór de operatie ook als lesbisch zou hebben getypeerd. Dit voorbeeld versterkte mij in de gedachte, dat er geen innerlijke verandering, geen 'innerlijke ombouw' plaatsvindt. Er blijft een gespletenheid.

Een pastor doet er goed aan om de bezwaren mede op grond van te boek gestelde ervaringen, duidelijk aan de ander voor te leggen. Hieraan moet toegevoegd worden de (wellicht beperkte, maar niettemin niet te onderschatten) voorbeeldfunctie die van een operatie uitgaat. Zorgverleners die met een gender-team zijn verbonden zullen erop wijzen dat, evenals bij andere transseksuelen, 'geslachtsaanpassing' een mogelijkheid is, die ook voor betrokkene binnen handbereik ligt. Ook in het geval van Irene bleek het contact met geopereerde

transseksuelen de gedachte te versterken dat ook voor haar dat de oplossing zou zijn.

Mede op grond van hetgeen in de voorgaande hoofdstukken naar voren is gebracht lijkt mij in het pastoraat een ethisch 'zacht nee' ten aanzien van geslachtsveranderende ingrepen op zijn plaats. Wel voeg ik er aan toe dat men iemand die geslachtsaanpassende ingrepen heeft ondergaan (zich heeft laten 'ombouwen', zoals het soms wordt genoemd) in het pastoraat niet mag loslaten. Ook al heeft hij of zij een andere beslissing genomen dan waartoe geadviseerd was, dan nog mag de ander niet losgelaten, respectievelijk in de steek gelaten worden. In volgende paragrafen wordt dit nader uitgewerkt.

Het probleem is bijzonder gecompliceerd als de transseksueel gehuwd is, en tevens kinderen heeft. Dan is de verantwoordelijkheid voor deze beslissing des te groter. Het zal voor de partner niet gemakkelijk zijn, om het huwelijk voort te zetten, als de echtgenoot uiterlijk van hetzelfde geslacht lijkt te zijn geworden. Juridisch is het ook onmogelijk omdat de wet geen huwelijk tussen twee mensen van hetzelfde geslacht toestaat (vgl. hfdst. 2.10). Wat geslachtskenmerken betreft maakt de relatie dan de indruk van de homoseksuele relatie (hier niet psychisch, maar letterlijk-fysiek genomen).

In zo'n verhouding zal met des te meer klem een geslachtsaanpassende operatie ontraden (moeten) worden. Dat geldt *a fortiori* als er kinderen zijn. Het is nauwelijks denkbaar dat er bij een operatie geen ingrijpende, zelfs de relatie ontbindende problemen rijzen. Is dat verantwoord? Kan een transseksueel tot zo'n daad gestimuleerd of in die beslissing inhoudelijk gesteund worden?

Op dit probleem valt nog weer een ander licht, als de transseksueel ongehuwd was, maar na zijn/haar operatie verkering zoekt en een huwelijk wil sluiten. Kan van de pastor verwacht worden dat hij dan positief aan de uitvoering van het verlangen meewerkend, blijft begeleiden? Hij mag nooit vanuit zichzelf de relatie afbreken. Wel zal en moet hij wijzen op de eigenlijk onvoorstelbare problemen die de transseksueel zich op de hals haalt en ook voor de toekomstige partner zal teweegbrengen. Mocht het transseksuele gemeentelid dit als een onoverkomenlijke moeilijkheid in de begeleiding ervaren, dan is het aan hem of haar om daaruit consequenties te trekken. De pastor zal de volharding willen opbrengen om met de transseksuele medemens verder te gaan, zonder zich overigens met diens visie te zullen identificeren.

10.5 Pastorale hulp aan de betrokknen

In de voorgaande paragraaf is het ethische aspect van de problematiek in de relatie pastor-betrokkene aan de orde geweest. Het is niet aan mij hier verder te bespreken hoe de pastor deze ethische inzichten ter sprake brengt en met de betrokkene doorpraat. Drie typeringen zou ik ter omschrijving van zijn optreden willen gebruiken. Ze zijn kenmerken én vereisten. *Allereerst*: Invoelend, aanvoelend, meevoelend. *Vervolgens*: voorzichtig, behoedzaam. *Tenslotte*: niet dwingend, wel indringend in de juiste fase van het gesprek.

In voorgaande hoofdstukken is reeds duidelijk geworden dat er ook onder christenen en derhalve ongetwijfeld tussen pastores verschillen zijn over de vraag van de wenselijkheid, respectievelijk het geoorloofd zijn van een geslachtsaanpassende operatie. Mijn mening heb ik voorzichtig, maar toch vrij duidelijk als neen omschreven. De betekenis hiervan is dat naar

mijn besef het pastoraat bij transseksuele mensen ernaar zal streven hen zo te begeleiden en te ondersteunen dat ze afzien van geslachtsveranderende ingrepen en toch, hoe moeilijk ook, een draaglijk leven hebben. Wel wil ik hier de woorden 'indringend, maar niet dwingend' herhalen, die ik gebruikte ter typering van het optreden van de pastor. Een dergelijke pastorale begeleiding en een psychotherapeutische behandeling kunnen elkaar wederzijds ondersteunen. Bij Irene is de pastorale begeleiding blijkbaar vanuit de genoemde benadering gegeven en werd deze in een latere fase ook ondersteund door psychiatrische behandeling. Mede door deze hulp, zo mag men aannemen, is het leven voor Irene draaglijk geworden zonder geslachtsaanpassende behandeling.

Ik wil erop wijzen dat, ondanks verschillen tussen pastores (en ook andere medewerkers en medewerkers) in de ethische beoordeling, hun houding ten opzichte van de betrokkene geen verschil zal vertonen. Allen zijn bereid om de ander te aanvaarden en te begeleiden. Ik acht het de taak van een pastor die mijn standpunt deelt, de betrokkene vóór, maar ook na een eventuele operatie vast te houden. De pastor mag zich niet distantiëren van de betrokkene. Het *zachte* nee houdt ook in dat zo iemand niet onder kerkelijke tucht geplaatst wordt waar dit anders bij een leven in openlijke zonde wel zou gebeuren. Anderzijds, wanneer de betrokkene na verloop van tijd zelf de beslissing de ingrepen te ondergaan als verkeerd is gaan zien, dan dient in het pastoraat ruimte te zijn voor schuldbelijdenis en vergeving. (De lezer merkt dat dit standpunt niet zonder spanningen is; dit komt door een zekere blijvende verlegenheid met dit moeilijke onderwerp).

Daarnaast, wellicht zelfs eraan voorafgaand of er doorheen, heeft de pastor te herinneren aan de zorg, de bewogenheid, het meeleven van de Goede Herder, Jezus Christus. Zijn zorg staat voor kracht. Zijn bewogenheid voor aandacht en leiding. Zijn meeleven voor hulp om de weg, met zoveel moeite omringd, toch te gaan in vertrouwen op Hem. Dat is een weg van gebed en kruisdragen. Iedere christen krijgt hiermee te maken, al wil ik hiermee niet alle vormen van lijden en moeite op een lijn stellen.

Ook nu is het niet aan mij om de pastor recepten voor te schrijven omtrent hoe hij moet optreden. Er zou trouwens een nauwelijks te kennen veelheid van recepten zijn. We kunnen niet verwachten dat de pastor alle leed kan wegnemen, en het lijden voor het vervolg kan voorkomen. Pastoraat is reeds een weldaad, als de betrokkene (het geldt voor elke situatie van pastorale hulpverlening) zich gesteund voelt in het dragen en verwerken van moeiten. Die steun zal vooral hierin bestaan, dat de betrokkene voelt, hoe de Grote Herder meedraagt. Dat meedragen is een verlichting. Soms zal het overgaan in het gevoel, zelf gedragen te worden. Dat is in zekere zin de grootste maat van pastorale hulp met raad en daad. De ander weet zich door Jezus Christus gekend, aanvaard en tot verdergaan met Hem en in Zijn kracht bekwaamd. Iets hiervan komt in de geschiedenis van Irene naar voren en bleek van wezenlijk belang.

Dit pastoraat is niet afgelopen als de betrokkene eenmaal een ervaring als hierboven beschreven, heeft opgedaan. Er is meer nodig, vooral wel herhaling, voortgang in de hulp en bevestiging van het verkregen vertrouwen. Vandaar dat de pastor met de ander steeds contact moet onderhouden, of op zijn minst de ander moet laten weten, dat deze steeds bij hem terecht kan.

De pastor zal het bovengeschetste patroon ook met zijn medewerkers in het pastoraat moeten bespreken. Dat is een vorm van het 'beproeven van dit model'. Het is tevens een

vonn van toerusting. De kring van medewerkers zal niet te groot (mogen) zijn. Voor deze speciale nood is niet iedereen als helper geschikt. Wie zullen helpen, moeten in goed overleg en met zorg worden gekozen.

De pastor moet ook met zijn medewerkers - als hij zover is dat dezen erbij betrokken kunnen worden - regelmatig overleg plegen. Zitten we samen op het goede spoor? Het beslissende antwoord op deze vraag komt van de betrokkene. Hij moet eventueel ongenoegen of teleurstelling kenbaar (kunnen) maken. Die signalen moeten allereerst door de pastor, dan ook door deze met anderen besproken worden. De pastor blijft de tussenpersoon tussen de betrokkene en andere helpers. Alleen op wens van de betrokkene zal er een gesprek in groter kring plaatsvinden.

Het verdient mijns inziens de overweging of in bepaalde situaties ook niet het geslacht van de hulpverlener van belang kan zijn. Als het om een man gaat die zich vrouw voelt en er zo wil gaan uitzien, kan deze man (vrouw) wellicht ook, en in bepaald opzicht zelfs beter geholpen worden door een vrouw. Met opzet stellen we het zo. We hebben het niet over de vrouw die door een vrouw geholpen wordt, om tot verandering te komen. Neen, het gaat om een man die er als vrouw wil gaan uitzien. Het beoogde en te verwachten resultaat van de operatie kan met de betrokkene misschien beter besproken worden door een vrouw. Hij wil uiterlijk worden wat zij is. Daarom kan zij mogelijk beter met de zich als vrouw ervarende persoon spreken over de eventueel te verwachten gelijkheid, maar ook blijvende ongelijkheid. In zo'n geval hoeft de pastor niet helemaal terug te treden. Hij zal een belangrijk deel van het contact wel aan het vrouwelijk gemeentelid overlaten. Hij blijft echter als verantwoorde-lijk pastor erbij betrokken.

10.6 De pastor en de omgeving van de betrokkene

Familie

Wij richten eerst onze aandacht op de familie. Waarschijnlijk zal de betrokkene zelf met de familie over zijn of haar probleem spreken. De familie is er derhalve eerder of ongeveer tegelijkertijd met de pastor van op de hoogte. Dat dit echter niet altijd zo hoeft te zijn bleek bij Irene.

In overleg met de betrokkene zal de pastor met de familie contact opnemen. Hij hoeft dat contact niet afhankelijk te stellen van de toestemming van de betrokkene - tenzij deze de familie nog niet heeft ingelicht. Wel moet de betrokkene weten dat de pastor het zijn taak acht, ook met de familie te spreken.

Het gesprek met de familie, allereerst met een eventuele echtgenoot/echtgenote maar ook met de ouders, zal uitdrukking moeten geven aan hartelijk meeleven - vergelijkbaar met het gesprek met de betrokkene. Het behoeft geen betoog dat ook de nood en de verwarring van de familie zeer groot kan, en haast altijd zal zijn. In de gemeente mogen zulke mensen niet alleen blijven staan. Ook dit is een reden waarom deze problematiek in de christelijke gemeenten aan de orde moet kunnen komen, overigens zonder er ophef over te maken.

De pastor zal de familie moeten helpen zich een ethisch oordeel te vormen over het probleem. Vervolgens zal de pastor in de familiekring werken aan een houding van liefde, betrokkenheid, hulpvaardigheid en de bereidheid om de moeiten te delen.

Verschillende elementen uit de vorige paragraaf kunnen hier een plaats krijgen. Wel moet de pastor ervoor oppassen dat zijn gesprek(ken) met de familie geen herhaling vormt(en) en geen duplicaat is(zijn) van de gesprekken met de betrokkene. Hun nood is een andere dan van de betrokkene zelf. Wat de zaak betreft gaat het over hetzelfde, maar in een andere context, vanwege de andere relatie. Ook op dit punt biedt de begeleiding van Irene een goede illustratie, waarbij natuurlijk niet uit het oog verloren moet worden dat iedere situatie weer uniek is.

Gemeente

Tot de omgeving behoort ook de gemeente. Hoe moet men dit probleem in de gemeente ter sprake brengen?

Mijn advies is uitermate behoedzaam te werk te gaan. Wie weten er in de gemeente van af? Wie zijn er wezenlijk bij betrokken? Wie hebben hulp nodig in verband met hun omgang met de betrokkene?

Het is denkbaar dat het allereerst gaat om een kleine kring, overigens breder dan de familie. Dan kan men deze kring voor een gesprek uitnodigen. Men kan er dan niet omheen ook de betrokkene daarvan in kennis te stellen en, als hij/zij daar prijs op stelt, uit te nodigen. Dat gesprek zal inhoudelijk in belangrijke mate lijken op dat met de familie. Wat de vorm betreft, zal het geheel aangepast zijn aan de kring waarbinnen het wordt gevoerd. Men moet aandringen, niet op geheimhouding (tenzij de betrokkene dat wenst), maar wel op terughoudendheid in het spreken hierover buiten de kring van de aanwezigen.

Mocht de gemeente in brede lagen en in grote verscheidenheid van het probleem in verband met de betrokkene kennis krijgen, dan is te overwegen er in de gemeente zelf, op een speciaal hiervoor belegde bijeenkomst, over te spreken. De uitnodiging mag niet verzonden worden zonder overleg met en instemming van de betrokkene. Mocht deze die instemming weigeren (hetgeen niet voor de hand ligt), dan kan de pastor, afhankelijk van de situatie in de gemeente erop aandringen, er toch in breder besloten kring over te spreken. Of de betrokkene aanwezig wil zijn, is aan hem of haar. De uitnodiging moet sober, maar duidelijk gesteld zijn. De inhoud van het gesprek zal door het hierboven beschrevene bepaald worden. Het geheel zal ingesteld worden op de bredere kring die daar aanwezig is.

Zowel bij familie als gemeente moet aangedrongen worden op aanvaarding van dit lid. Over leed en lijden moet worden gesproken. Meeleven en meelijden moeten worden betoond, zonder veroordeling. Zelfs als de betrokkene de geslachtsaanpassende operaties heeft ondergaan en gemeenteleden daar onoverkomenlijke moeite mee hebben, zal men de betrokkene niet mogen loslaten. Als er zijn die dan moeilijk contact kunnen onderhouden, dienen anderen hun plaats in te nemen!

De bespreking in de kring van de gemeente opent ook de weg naar de openlijke *voorbede*. Zolang er in de gemeente geen bekendheid met het probleem van de betrokkene is, zou ik voorstellen niet met naam en toenaam er voorbede voor te doen. De pastor zal woorden vinden om zonder persoon en zaak direct te noemen, de nood van de mens en vooral de mens in nood bij God te brengen.

De aanvaarding door de gemeente moet uitkomen in bezoek (brengen of ontvangen), gesprek en daadwerkelijke hulp. Uit het verhaal van Irene valt op te maken dat de opvang door sommige gemeenteleden en het meeleven van haar leeftijdgenoten in de gemeente voor

Irene zelf, maar ook voor haar ouders van grote betekenis zijn geweest. Men kan zich voorstellen dat bepaalde gemeenteleden om toerusting, een soort training vragen, met het oog op hulpverlening en dienstbetoon. Laat de pastor zich daartoe zetten. (Dit hoeft zich overigens niet te beperken tot de problematiek van de transseksualiteit).

Uit bovenstaande benadering trek ik de conclusie, dat er enerzijds voorzichtigheid, terughoudendheid en zorgvuldigheid moet worden betracht. Anderzijds is nodig een openheid, die het tegendeel is van gefluisterde geheimzinnigheid. Alle dingen hoeven in een gemeente niet direct aan iedereen bekend gemaakt worden. Wel moeten zaken die algemeen bekend en besproken gaan worden, uit het circuit van verborgenheid en geklets gehaald worden. Het is dan beter er in de gemeente eerlijk en open, zorgvuldig en bewogen over te spreken.

In het voorgaande heb ik niet naar speciale teksten verwezen. Nu noem ik enkele schriftplaatsen: 1 Petrus 2:21-25; Romeinen 14:1-12 en 13-23; 1 Corinthiërs 13, Galaten 6:1-3 en Efeziërs 5:1 en 2.

10.7 De pastor zelf

In het voorgaande hebben we vrij uitvoerig over de pastorale hulp gesproken. Naar verschillende kanten is de taak van de pastor belicht geworden. Dat we hem nu toch nog weer aan de orde stellen, is om de pastor zelf ook van dienst te zijn. Ik zou op het pastorale traject dat hij moet volgen de volgende onderdelen willen onderscheiden.

Allereerst de *probleemstelling*. Hij moet het probleem niet van zich of voor zich uitschuiwen. Hij moet het eerlijk, rustig en vooral biddend onder ogen zien. Laat hij zich in bestaande literatuur oriënteren. Hij moet zich het probleem inleven. De pastor van Irene ging een keer mee naar het gender-team om hetgeen zij daar hoorde en ontmoette beter te leren kennen.

Daarna vraag hij zich af, langs welke weg hij hulp moet gaan bieden. Hoe hij de ander zal benaderen en op diens schreeuw om hulp ingaan. Hierboven zijn overwegingen aangedragen waarmee hij op zijn eigen wijze zijn winst kan doen.

Ten derde noem ik dat hij niet te snel, maar ook niet te laat, een medeambtsdrager moet inschakelen. Twee weten meer dan één, is een oud gezegde. Het lijkt mij goed een collega van buiten de woonplaats in te schakelen. Zo kan hij eigen ervaringen en moeiten bespreken. Een christenarts of een deskundige op dit vakgebied zou ook geconsulteerd kunnen worden; voorlopig uiteraard zonder de naam van de betrokkene te noemen. (Al heb ik de indruk dat deskundigheid op dit terrein, vooral in kerkelijke kring helaas erg schaars is). De pastor vraag zich steeds af of hij nog echt contact heeft met de betrokkene en of hij die ook nog echt van dienst is.

Vervolgens dient hij contact op te nemen met de familie, en eventueel de vrienden en kennissenkring. Dit laatste bij voorkeur niet zonder medeweten van een lid van de kerkeraad, hetzij de wijkouderling, hetzij de tweede voorzitter. De pastor bespreke met deze broeder, en later in de bredere kring van de ambtsdragers, de strategie van het beleid. Zo zal het een beleid zijn dat voor gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de kerkeraad komt.

Op twee punten wil ik nog wijzen;-Allereerst- de noodzaak van gebed. Alle stadia van

pastorale dienstverlening moeten doorlopen worden onder voortdurende begeleiding van gebed, van de pastor zelf en van eventueel andere betrokken helpers.

De pastor leze, in de tweede plaats, juist in deze weken zijn Bijbel onder het gezichtspunt van de vraag: in hoeverre heeft juist dit Bijbelgedeelte mij iets te zeggen ten aanzien van mijn hulpverlening, in relatie tot de betrokkene, zijn familie en de gemeente? De pastor kan de nood niet wegnemen. Deze dragelijk maken en helpen meedragen is geen geringe bijdrage van de zijde van de pastor. Hij kan dat alleen, als hij zich in dienst weet van de Goede Herder, Die het eigenlijke pastorale werk moet doen.

Bijlagen

BIJLAGE 1

Verslag inventariserend kwalitatief onderzoek

naar het voorkomen van genderdysforie en naar ervaringen van transseksuelen binnen de (kleinere) protestantse kerken

1. Inleiding

Zoals reeds vermeld in het Woord Vooraf werd het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut benaderd door een predikant die in zijn gemeente werd geconfronteerd met de problematiek van transseksualiteit. Een gemeentelid bleek transseksueel te zijn. Dit verzoek leidde tot het instellen van een werkgroep die zich in eerste instantie heeft beziggehouden met een kwalitatief onderzoek naar de vraag hoe in christelijke gemeenten, en in het bijzonder in de gereformeerde gezindte, met deze problematiek wordt omgegaan. In mei/juni 1993 werden in ten minste twee landelijke dagbladen, twee kerkelijke weekbladen, in de nieuwsbrief van Stichting 'Onze Weg' en in het programmablade van de Evangelische Omroep een kort artikel of interview geplaatst met een oproep aan mensen die met de problematiek van transseksualiteit te maken hebben gekregen, om zich te melden met het oog op een interview over hun ervaringen. In oktober 1993 is in het Reformatorisch Dagblad en in het Nederlands Dagblad een kort artikel geplaatst waarin globaal iets werd gemeld over de eerste bevindingen uit de gehouden interviews, en aan betrokkenen opnieuw een uitnodiging werd gedaan te reageren voor een gesprek.

In de tweede helft van 1993 zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen door Mark van Leeuwen, Jan Rozema en Henk van Sorge, alledrie student theologie. Van Leeuwen en Van Sorge hebben een doctoraalscriptie aan deze problematiek gewijd. De vragenlijst voor de interviews is opgesteld door Van Leeuwen in samenwerking met Van Sorge en met ondersteuning van drs. P.A. Heij en drs. P.M. Wagenaar. Elk van de drie interviewers heeft de eigen interviews in een verslag verwerkt; de drie deelverslagen zijn door Van Leeuwen in een concept-verslag samengevoegd. Met behulp van commentaar van andere werkgroepleden is dat door de redacteur van dit rapport bewerkt tot het onderstaand sterk ingekorte verslag.

2. Aantallen

In totaal zijn 26 interviews afgenomen. Echtparen die zijn geïnterviewd tellen hierbij voor één. Deze interviews hadden betrekking op 16 transseksuelen en 2 travestieten van wie met 10 resp. 1 persoonlijk is gesproken en voor wat betreft de anderen is gesproken met familie. Dit is schematisch weergegeven in tabel 1.

Over het aantal transseksuelen kan nog het volgende worden opgemerkt. De incidentie van transseksualiteit wordt wel gesteld op 1:12.900 mannen en 1:30.400 vrouwen.¹ Op een

¹ Gooren LJG. Transseksualiteit. 1. Omschrijving, etiologie, hulpverlening. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136 (1992) nr.39, p.1895.

bevolkingsgroep van 800.000 personen (het Gereformeerd Psychiatrisch Ziekenhuis gaat uit van een achterban van omstreeks 800.000 personen) zouden dan gemiddeld ongeveer 31 transseksuele mannen en 13 transseksuele vrouwen verwacht kunnen worden.

Tabel 1. Aantallen transseksuelen en travestieten

	Aantal	Geopereerd	Niet-geopereerd	Persoonlijk interview
MY-transseksuelen	7	6	1	3 (waarvan 2 geopereerd)
VM-transseksuelen	9	6	3	7 (waarvan 4 geopereerd)
Travestieten	2	nvt	nvt	1
Totaal	18	12	4	11

Er moet van worden uitgegaan dat de bij dit onderzoek betrokkenen slechts een deel van de transseksuelen vormen in de betreffende bevolkingsgroep. Gezien de methode van werving van mensen voor dit onderzoek is de onderzoeksgroep vermoedelijk niet representatief voor al de transseksuelen in de betreffende bevolkingsgroep. Het gaat hierbij dus inderdaad om een kwalitatief onderzoek. In dit verslag zijn aantallen mensen dan ook niet omgerekend naar percentages omdat dit toch een zekere representativiteit zou suggereren.

3. Leeftijd begin genderdysforie

Tabel 2. Leeftijd waarop genderdysforie voor het eerst werd ervaren

< 6e jaar	4
6-12	4
12-20	5
> 20	2
onbekend	1

Sommige transseksuelen voelden dus al heel jong dat er 'iets niet klopte', anderen kregen dat gevoel later.

In de literatuur wordt gesproken over primaire en secundaire transseksuelen.² De eerste groep zou al vóór haar zesde jaar gedrag vertoond hebben dat typisch is voor het andere geslacht. De tweede groep zou in perioden van stress (pas na het twaalfde jaar) transseksueel

² Person E & Oversey L. *American Journal of Psychotherapy* 28 (1974) p.4/20 en 174/93.

worden en bestaan uit homoseksuelen en travestieten.

Praktijkonderzoek heeft echter aangetoond dat de transseksuelen niet zo schematisch kunnen worden ingedeeld. Er is meer variatie en minder typisch transseksueel gedrag. Het onderscheid 'primaire en secundaire transseksuelen' wordt momenteel in de praktijk als volgt gehanteerd: primaire transseksuelen zijn transseksuelen die de incongruentie tussen genderidentiteit (het gevoel man of vrouw te zijn) en het lichaam altijd al gevoeld hebben (soms al vanaf derde/vierde levensjaar); secundaire transseksuelen ervaren deze discrepantie pas op latere leeftijd (puberteit).³

Ten aanzien van de seksuele gerichtheid kan worden opgemerkt dat de geopereerde VM-transseksueel na de operatie relatief vaker is gericht op iemand van de andere sekse dan de geopereerde MY-transseksueel.

4. De relatie tot de familie

a) In het algemeen heeft de geopereerde transseksueel na de operatie (redelijk) goed contact met tenminste één van beide ouders.

b) Met de moeder is relatief vaker en beter contact dan met de vader. Dit geldt zowel voor MV's als voor VM's.

c) Het contact met broers en zussen is wisselend: het varieert van goed contact tot berusting in de situatie, waarbij het contact minimaal is.

d) De bredere familiekring is afwijzender in de reactie: sommigen wijzen de persoon af, anderen weten niet wat ze ermee aan moeten en mijden daarom elk contact.

5. De reactie van de sociale omgeving

a) Er zijn geen problemen in woonomgeving zolang men geen weet heeft van het vorige bestaan van de transseksueel of zolang hij/zij niet opvalt.

b) Voor wat betreft de vrienden- en kennissenkring is het algemene beeld bij de geopereerde transseksuelen dat men ofwel dezelfde vrienden/kennissen houdt (bij vier personen het geval) Of men had al weinig vrienden en kennissen en na de operatie blijft dat zo (bij vijf personen het geval). Slechts bij één transseksueel haken bij geslachtsaanpassende ingrepen de kennissen af, maar deze krijgt er weer nieuwe vrienden bij. Enkele transseksuelen maken na hun operatie nieuwe vrienden, vóór de operatie hadden zij geen vrienden/kennissen. Ze vertellen hun vrienden niet dat ze geopereerd zijn.

Van de niet-geopereerde transseksuelen hebben twee weinig tot geen vrienden/kennissen, de andere twee verkeren in behoorlijk grote sociale kring.

c) Werk/collega's: Zeer wisselend. Sommige transseksuelen worden geaccepteerd door hun collega's, van andere transseksuelen weten de collega's het niet. Een enkele collega reageert

³ Cohen-Kettenis P. Het verschijnsel transseksualiteit; Verschoor AM. Een biografische beschrijving van transseksuele cliënten in Nederland. Beide in: Gooren LJG (red.). *Transseksualiteit. Alphen* aan den Rijn/Brussel 1986.

fel (afwijzend).

Van de 16 transseksuelen hebben er momenteel 4 werk (2 van hen zijn geopereerd). Ten minste 5 hebben geen baan om redenen die niet samenhangen met de transseksualiteit/travestie (VUT, studie e.d.).

6. Rol van het geloof bij de beslissing omtrent geslachtsaanpassende behandelingen

- a)* De transseksuelen uit deze studie hebben allen een godsdienstige achtergrond.
- b)* Voor sommigen speelde het christelijke geloof ten tijde van de beslissing geen rol, want dit had voor hen al afgedaan.
- c)* Voor sommigen speelde het geloof een principiële rol in de afwijzing van de operatie (zoals: geslachtsoperatie gaat in tegen de scheppingsorde, de bijbel keurt de operatie af).
- d)* Sommigen zien geen principiële bezwaren tegen de keuze vóór geslachtsaanpassende behandelingen.
- e)* Sommigen zien geen principiële bezwaren, maar laten zich niet 'ombouwen' omdat het Of niets oplost Ge houdt hetzelfde lichaam met dezelfde gevoelens) Of teveel complicaties met zich meebrengt.

7. Psycho-therapeutische hulp/ de professionele hulpverlening

Sommige transseksuelen hebben ernstige kritiek op de hulpverleners (mensen het van begeleidingsteam rond de operatie): ze vonden de hulpverleners kil in hun optreden. De hulpverleners vroegen niet genoeg door naar de achterliggende problemen van de cliënt en vingden deze niet op ná de operatie.

8. Ervaringen rond de geslachtsaanpassende ingrepen

- a)* Vijf transseksuelen zijn tevreden over de operatie: de gender-dysforie is opgeheven, men is gelukkig in zijn/haar huidige sekse. Van vier transseksuelen is hierover niets bekend. Enkele transseksuelen vinden dat ze te snel zijn geopereerd (één van hen heeft zich weer zoveel mogelijk 'terug' laten 'ombouwen'), en één zegt zich niet te hebben laten opereren, wanneer hij vóór de operatie tot geloof was gekomen. Zijn gender-dysforie is wel opgeheven (na de operatie).
- b)* Een aantal (vier) is negatief over de begeleiding/behandeling door het betreffende Gender-team. Dit betreft voornamelijk de psychologische begeleiding vóór en na de operatie: te mager en te vlot. Twee van de critici geven aan niet tot een operatie te zijn overgegaan, indien de psycholoog hun negatieve zelfbeeld had onderkend en behandeld. Van de rest van de geopereerden is hierover niets bekend: Of de informatie van familieleden schiet hier te kort Of men spreekt er zelf niet over.
- c)* Drie transseksuelen zeggen met zoveel woorden dat de operatie zeer pijnlijk was. Eén van

hen moest vanwege medische complicaties langer in het ziekenhuis blijven dan oorspronkelijk de bedoeling was.

d) Enkele geopereerde transseksuelen zeggen na de operatie psychisch een zeer moeilijke periode te hebben doorgemaakt.

9. De verhouding tot de kerk

9.1 Relatie met kerkelijke gemeente

a) Bij een aantal transseksuelen was de gemeente niet op de hoogte van de transseksualiteit of travestie; vrees voor afwijzing of niet begrepen worden was hiervan soms de achtergrond.

b) Soms verliet de transseksueel de kerkelijke gemeente voordat de gemeente de kans kreeg te helpen; soms sloot men zich aan bij een andere kerk of gemeente.

c) In een aantal gevallen voelde de transseksueel (of travestiet) zich in de gemeente niet geaccepteerd en/of men vermoedde of wist dat de gemeente geslachtsaanpassende operatie zou afwijzen; sommigen verlieten de kerk helemaal of veranderden van kerk (gemeente). Bij degenen die de kerk verlieten is de lijn vaak: geloofscrisis (verbonden met transseksualiteit) breuk met de kerk geslachtsoperatie.

d) In enkele gevallen werd de transseksueel door de predikant en soms ook door de gemeente wel opgevangen en begeleid; soms heeft geen operatie plaatsgevonden, soms wel en is dit geaccepteerd.

9.2 Kwantitatief overzicht van verhouding tot de kerk

Van de bij dit onderzoek betrokken transseksuelen waren ten tijde van de interviews:

6 lid van een kerk uit de gereformeerde gezindte,

4 (allen geopereerden) onkerkelijk geworden (vroeger geref. gezindte),

2 overgegaan naar een evangelische gemeente (vroeger geref. gezindte).

10. Hulp en begeleiding

10.1 Pastorale hulp/begeleiding

Ten aanzien van de pastorale hulp en begeleiding vanuit de kerkelijke gemeente kunnen globaal de volgende conclusies worden vermeld.

a) Er is in de meeste - maar niet in alle - gevallen nauwelijks echte pastorale begeleiding geweest. De predikant weet er geen raad mee, ook al luistert hij wel. Hij weet te weinig van transseksualiteit af om een goede pastorale begeleiding te geven.

b) De transseksuelen geven aan dat het hebben van een vertrouwenspersoon voor hen zeer belangrijk is.

c) Ouders van transseksuelen en ex-partners (betreft twee personen uit de onderzoeksgroep) voelen zich zeer eenzaam binnen de gemeente; de pastorale zorg en begrip voor hun situatie is in het algemeen zeer mager.

10.2 Gewenste hulp/begeleiding

De geïnterviewden geven op de vraag welke hulp en begeleiding zij graag zouden wensen (of gewenst hebben), de volgende antwoorden.

- a)* Betere pastorale begeleiding van het transseksuele gemeentelid.
- b)* Betere psychologische hulp voor het transseksuele gemeentelid vóór de operatie.
- c)* Betere (professionele) begeleiding van de familie, in het bijzonder van de echtgeno(o)t(e) van de transseksueel wanneer deze besluit tot operatie en scheiding, en van de ouders.
- d)* Warme belangstelling en pastorale ondersteuning vanuit de kerk (luisterend oor), zowel voor de transseksueel als voor de directe familie.
- e)* Psychologische hulp voor hen die van operatie afzien.
- f)* Praatgroepen ten behoeve van onderlinge ondersteuning en uitwisseling van ervaringen voor transseksuelen, eventueel afzonderlijk voor geopereerden, voor mensen die van operatie hebben afgezien, spijtoptanten en familieleden (ouders, broers, zussen).
- g)* Bijbels-verantwoorde visie op transseksualiteit gevraagd door de twee echtparen, terwijl

11. Enkele algemene conclusies

- a)* De leden van de werkgroep zijn allen diep onder de indruk van het leed dat is verbonden met de ervaring van genderdysforie.
- b)* De openheid in het gezin blijkt erg belangrijk te zijn: gelegenheid tot luisteren naar en praten over psychische/emotionele problemen.
- c)* Een zekere bekendheid met het probleem van de transseksualiteit en een open houding jegens de persoon zijn van groot belang voor de omgang met het transseksuele familielid/gemeentelid/vriend.
- d)* De hulpverlener en de predikant/pastor moet, wanneer hij iets vermoedt, zonodig de transseksuele persoon aanmoedigen zijn verhaal te vertellen.
- e)* De ouders van transseksuelen hebben behoefte aan een klankbord binnen de gemeente; ze kunnen in de praktijk vaak hun verhaal binnen de gemeente niet kwijt.

BIJLAGE 2

Problematisering van transseksualiteit -

Een cultuurfilosofische reflectie

1. Inleiding

In onze tijd is het technisch mogelijk door middel van hormonale en chirurgische behandeling een lichaam zo te veranderen dat het althans uiterlijk samenvalt met de subjectief beleefde seksuele identiteit van de betreffende persoon. Een mens hoeft niet langer levenslang te leven in de 'kerker' van een als vreemd ervaren geseksueerd lichaam. In deze studie wil ik begrijpelijk maken hoe deze ingrepen met verregaande antropologische, sociale en juridische gevolgen in de samenleving als geheel acceptabel zijn geworden. De vraagstelling in dit stuk betreft dus niet zozeer de individuele transseksuele mens, maar de wijze waarop onze cultuur omgaat met transseksualiteit. Dit is niet bedoeld als een ontkenning of bagatellisering van het lijden van een transseksueel, maar de vraagstelling beweegt zich op een ander vlak.

Na een inleidende paragraaf over de problematisering van transseksualiteit (§ 2), plaats ik vervolgens de huidige medische benadering van transseksualiteit in het kader van de Verlichtingsideologie (§ 3). Daarna situeer ik de transseksuele praxis in de opbouw van een therapeutische en gemedicaliseerde samenleving (§ 4) en in een daarop volgende paragraaf stel ik enkele kritische vragen bij deze praxis (§ 5). Ik besluit met een ethische kanttekening en een samenvattende conclusie (§ 6 en 7).¹

2. Problematisering

Ingrepen op het vlak van het geseksueerde lichaam zijn geen evidente handelingen, hoe eenvoudig ze ook vanuit een technisch standpunt moge zijn. Semantisch wijst 'trans' steeds op het overschrijden van een grens, een taboe, een wet, een gegeven, zoals in de woorden: transgressie, transcendentie, transformatie, e.a.

Transseksualiteit in zijn breedste betekenis (mannen en vrouwen nemen de rol van het andere geslacht over) is in de geschiedenis in alle culturen op verschillende wijzen geproblematiseerd geweest. In deze studie beperk ik mij tot enkele algemene kanttekeningen zonder uitputtend en nog minder strikt historisch te willen zijn.

Gelovigen in een God-Schepper staan huiverig tegenover het ingrijpen in wat als Gods eigendom wordt ervaren. Voorzover het lichaam als de tempel van de Geest wordt gezien, wordt het taboe om hierin op invasieve wijze in te grijpen nog versterkt. De mens is niet de

¹ (Noot redacteur). Deze bijdrage is tot stand gekomen buiten het werk van de werkgroep en de overige auteurs van dit rapport om. Deze studie is hier opgenomen omdat het een interessante bijdrage vormt aan de bezinning op de wijze waarop onze samenleving omgaat met transseksualiteit. Om deze tekst zelfstandig leesbaar te houden zijn bepaalde herhalingen van eerder in dit rapport genoemde zaken gehandhaafd.

bezitter van zijn leven en lijf, maar als afhankelijk wezen van een scheppende God slechts de rentmeester of de vruchtgebruiker. Vanuit deze heteronome situatie rust op transseksualiteit, of in elk geval op geslachtsaanpassende ingrepen, een groot taboe.

De psychologie beluistert de vraag om geslachtsverandering met wantrouwen. Wat verbergt de transseksuele problematiek? Gaat het werkelijk om onvrede met het gegeven lichaam? Is transseksualiteit het probleem of slechts het symptoom? "Zocht de patiënt die zichzelf als transseksueel diagnostiseert, louter een wijziging van de primaire en secundaire geslachtskenmerken of is de vraag een uiting van een zoektocht naar iets anders?"² Hoe is de verhouding van lichaam en psyche, van sekse en gender? Hoe kan iemand een genderidentiteit ontwikkelen die in tegenspraak is met zijn lichaam? Is dit een gevolg van een leerproces? van een genetische mutatie? van een complexe psychodynamische identiteitsontwikkeling? Wijst de vraag om geslachtsverandering niet naar een psychotische toestand? Indien vaststaat dat de proband 'normaal' is, is dan een operatie de oplossing voor zijn lijden? Heft de operatie alle psychische ellende op met sereniteit en tevredenheid als uiteindelijk gevolg?

Maar het recht stond (en staat?) ook niet te springen om transseksuele operaties te erkennen en te laten uitlopen in de wijziging van iemands geboorte-akte. Wordt door de mogelijkheid van transseksuele veranderingen de basis en de stabiliteit van de samenleving, dit is het feit dat mensen een seksuele identiteit hebben op basis van een lichamelijke verschijning, niet ondermijnd? Een samenleving is gebaseerd op het stabiele verschil tussen mannen en vrouwen. Wat als een vader later vrouw wordt en met een andere man gaat samenleven? Of moet de identiteit van rechtssubjecten anders dan in de lichamelijke verschijningsvorm gegrond worden? Bij de geboorte wordt nog voordat van enige psychoseksuele identiteit sprake is, op basis van de lichamelijke verschijning van iemand gezegd: dit is een jongen, dit is een meisje. De materialiteit van het geseksueerde lichaam geeft de ouder(s) en de samenleving de richting waarop het kind aangesproken en benaderd zal worden. Er is geen sprake van een keuzemoment, relatief sporadisch voorkomende twijfelgevallen van pseudo-hermafroditisme daargelaten, want het gegeven lichaam is niet neutraal.

Bovendien ziet het recht het als zijn taak de lichamelijke integriteit van de rechtssubjecten te garanderen. Met veel regels heeft het recht de medische praxis, vooral de chirurgie, omringd. Detransseksualisatie gaat verder dan welke andere chirurgische operatie dan ook.

Fundamenteel is de vraag of de mens over zijn lichaam en dus ook over zijn geseksueerd lichaam kan beschikken. Is het geseksueerde lichaam geen gegevenheid · dat een mens moet respecteren of is het - in zekere zin - afhankelijk van een keuze? In onze dagen wordt ook de vraag gesteld of een individu zijn lichaam als een bezit kan beschouwen waarover hij beschikt. Lichamelijke zelfbeschikking zou dan zijn legitimiteit vinden in de bezitsrelatie van de mens tot zijn lichaam. Of behoort het lichaam de overheid, de collectiviteit, de natuur of de groep? Indien het lichaam een bezit is, zoals men een huis of wagen bezit, zou de mens zijn organen kunnen commercialiseren. Als het lichaam collectief bezit is kunnen de organen na overlijden door de gemeenschap worden opgeëist. In deze context van het lichaam als

² Desmit J & Corveleyn J. Psychodynamische hypothesen omtrent transseksualiteit. *Tijdschrift voor Sehuologie* 14 (1990) p.240.

bezit van de mens hoeft het hulpverlenersteam alleen de kwaliteit van de vraag te evalueren en zal ze zich onthouden van morele uitspraken.

Tot zover enkele elementen van problematisering van geslachtsaanpassende ingrepen.

3. Verlichting en transseksualiteit

De Verlichting is ongetwijfeld een dateerbare periode in de westerse cultuur waarin een radicaal nieuwe benadering van de mens, de geschiedenis, de natuur en God zijn eerste synthetische expressie vond. De verre wortels van deze benadering liggen evenwel zowel in de Griekse, Joodse en Christelijke cultuur als in de sociale en economische veranderingen die plaatsvonden bij de constituering van democratische handelssteden in de dertiende eeuw. Welke zijn de basiscomponenten van de culturele mutatie die wij onder Verlichting of ook moderniteit samenvatten?

In de eerste plaats is de mens zich gaan zien als de bezitter en de beheerser van de natuur, waartoe ook zijn lichaam behoort. De natuur, *res extensa*, is een object waarvan de natuurwetenschap de geheimen bloot legt en de techniek de toepassingsmogelijkheden voor het geluk van de mens uitwerkt. Koning Philips II van Spanje (1527-1598) vroeg aan de theologen van Salamanca of hij de bedding van een rivier mocht verleggen. In deze vraagstelling toonde de koning zich als een middeleeuwer die in een metafysisch-hiërarchisch wereldbeeld geloofde waarin God de natuur van mensen en dingen had bepaald en alles zijn plaats in het geheel had toegewezen. Een rivierbedding wijzigen, laat staan het geslacht van een lichaam, zou een onaanvaardbare transgressie zijn van de goddelijke orde. Descartes verwoordde de breuk met deze wereldvisie door de mens als beheerser en bezitter van de natuur uit te roepen. Van beheerder-rentmeester naar beheerser!

Beheersing en maakbaarheid zijn de basisdoelstellingen van de moderniteit. De Franse wetenschapsfilosoof François Dagognet karakteriseert terecht de evolutie van de biologie aldus: "De biologie wordt minder de wetenschap van de natuur, als de techniek van haar transformatie." Door de onthulling van de natuurlijke wetmatigheden, door de beheersing van het toeval door statistisch onderzoek en door het ontwerpen van rampenplannen en toekomst-scenario's, en tenslotte door de maakbaarheid van de samenleving via het ontwerpen van maatschappelijke blauwdrukken na analyse van maatschappelijke fenomenen en processen volgens sociologische en economische modellen, zou de mensheid een nieuwe toekomst van permanente vooruitgang tegemoet gaan. In het zojuist geschetste beheersingsproces, uitgevoerd door de wetenschappen volgens rationele methodes, kunnen drie momenten onderscheiden worden: deconstructie, analyse en reconstructie van de werkelijkheid volgens behoefte en wens.

Om deze ideologie met betrekking tot de lichamelijke conditie van de mens, met andere woorden om het proces van defatalisering van het lichaam te illustreren, geef ik nog enkele voorbeelden. Om een 'volmaakt' kind te 'maken' kunnen ouders de bevruchting in vitro laten plaatsvinden om vervolgens het beste van de bevruchte eicellen in te laten planten. Het lichaam is geen lot meer, zoals S. Freud schreef ('Leib ist Schicksal'). Plastische chirurgie - kan het lichaam aan de esthetische wensen van hun dragers aanpassen. Genetische manipulaties (ook bio-engineering genoemd) zullen in de toekomst mogelijk maken dat ziekten en

afwijkingen voorkomen en hersteld worden.

Descartes introduceerde een specifiek dualisme tussen lichaam (res extensa) en ziel (res cogitans). Het lichaam als object kan volgens de 'more geometrico'-methode bestudeerd worden. De mechanica en de mathematica deden de rest. Als het lichaam een object is, dat valt onder de autoriteit van de natuurwetenschappen, kan het ook gewijzigd worden voor het welzijn van de mens. Heel vruchtbaar voor het onderzoek is de metafoor van de machine geweest. De lichaamsmachine kan als een auto in de garage worden hersteld of uit elkaar gelegd en opnieuw samengesteld worden. De actuele uitdrukking 'sleutelen aan de genen' impliceert ook de machine-metafoor. Het lichaam is een werkplaats voor modellering, transformatie, aanpassing en correctie. Met andere woorden, de mechanisering van het lichaam, aangevat met de anatomische analyses van Vesalius, is het begin geweest van een desacraliseringsproces. Het lichaam is niet langer heilig en onaantastbaar maar een object, een machine, een quantum materie.

De Verlichting luidde tenslotte de emancipatie in van het individu. In wat genoemd wordt primitieve culturen, maar ook in de Islam tot op heden, kan moeilijk gesproken worden van een autonoom individu. De mens is er in de eerste plaats een lid van een groep, volk, clan, gemeenschap." Buiten deze sociale banden bestaat hij niet. In het Westen werd de mens een burger die grenzen wist te stellen aan koninklijke willekeur en socio-politieke rechten wist af te dwingen, maar die ook de mogelijkheid opeiste tot het scheppen van een eigen leefruimte en -stijl. De burger leeft in twee werelden: de openbare publieke ruimte en de intieme leefruimte van het eigen huis. De nieuwe verhouding van burgers onderling en van burgers en overheid heeft een theoretische constructie gekregen in de contract-theorie.

Al de voorafgaande geschetste elementen vormden de noodzakelijke ideologische achtergrond waarbinnen transseksualiteit als transformatie van een gegeven geseksueerd lichaam acceptabel werd.

4. De medicalisering en therapeutisering van de samenleving

Vanaf de zestiende eeuw hebben de geleerden steeds meer aan belang gewonnen in het Westen. Aanvankelijk verenigd in academies, zijn zij met de reorganisatie van de universiteiten in de negentiende eeuw uitgegroeid tot een machtige professionele groep die als deskundigen door de overheid ter hulp worden geroepen bij het uitwerken van beleidslijnen op de meest diverse terreinen. Omdat zij vertegenwoordigers zijn van de wetenschap, en dit wordt opgevat als ware kennis verworven door rationele methodes, verwerft hun betoog in de loop van de geschiedenis steeds meer aan gezag. Zij verwerven een 'definieringsmacht' ofwel de macht om menselijke en sociale problemen met eigen conceptuele kaders te formuleren. Aanvankelijk hadden vooral de artsen, die door velen meer en meer werden ervaren als de opvolgers van priesters en dominees, een grote sociale invloed. Het proces waarbij de geneeskunde niet alleen somatische, maar ook existentiële, morele en sociale problemen volgens eigen categorieën gaat formuleren en zelf aangepaste oplossingen aandraagt, wordt medicalisering genoemd. Medicalisering heeft tot gevolg dat steeds meer aspecten van het leven onder medische deskundigheid vallen: seksualiteit, voortplanting, gezin, werkomstandigheden en personeel, sterven"" In principe staat er geen grens op de medicalisering, aldus



M. Foucault.

Lange tijd hebben de artsen terughoudend gestaan tegenover geslachtsaanpassende operaties bij transseksuelen. Nieuw is dat niet want oorspronkelijk beoefenden de middeleeuwse academisch gevormde artsen de chirurgie niet. Voor dat handwerk werd een beroep gedaan op de gilde van de chirurgijnen. Anatomisch onderzoek was verboden. Bij de verandering van het wereld- en mensbeeld (Copernicus, Vesalius, Galileï, Newton) veranderde geleidelijk ook de houding ten opzicht van het lichaam. Het werd een object waarvan de geheimen ontsluitend moesten worden. Slechts toen artsen 'de wens om lichamelijk in een vrouw of een man veranderd te worden' als een medisch probleem wisten te formuleren, transseksualiteit genoemd, veranderde ook de benadering. Het was een beheersbaar probleem geworden waarvoor medische oplossingen werden gezocht. Voorzover mij bekend, zijn er geen historische studies over de medische constructie van transseksualiteit.

Zelfs terwijl de geneeskunde geen sluitend antwoord heeft op de vraag waarom een bepaald iemand zich in een vreemd lichaam voelt, meent zij een voldoende antwoord te hebben op de hulpvraag. De medische techniek, een onderdeel van de technocratie, legitimeert zichzelf. Wat kan, mag en moet. Concreet houdt dit in dat morele en filosofische vragen overbodig worden en gereduceerd worden tot de evaluatie van de hulpvraag. In feite een procedurele kwestie voor de medicus. Het is aan de hulpvrager zelf om een besluit te nemen en argumenten aan te dragen.

Dit voor wat betreft de kwestie van de medicalisering.

In Nederland heeft vooral de filosoof Hans Achterhuis gewezen op de toenemende therapeutisering van de samenleving door de uitbouw van een 'markt van welzijn en geluk' (1981). Het aanbod van een therapeutische, professionele hulpverlening voor een breed scala van menselijke problemen heeft vanaf de zestiger jaren een grote vlucht genomen, maar beantwoordt ondanks alle financiële en personele inzet nog niet voldoende aan de vraag. Ook in deze sector bestaan er wachtlijsten.

Onder therapeutisering versta ik een complex fenomeen. Enerzijds dat menselijke problemen en gedragingen niet langer in morele categorieën gedefinieerd worden, maar in psychologische; anderzijds dat hiervoor een professionele deskundige oplossing bestaat. In de uitdrukking 'problem-solving' gaan de twee aspecten samen: in de wijze waarop het probleem wordt geformuleerd ligt reeds de professionele oplossing. Enkele voorbeelden. Masturbatie is geen zonde, maar een ontwikkelingspsychologisch fenomeen. Alcoholisme, drugsgebruik, werkloosheid, homoseksualiteit ... zijn geen gevolg van zondigheid of menselijke zwakheid, maar hebben sociale, psychologische, ja hormonale en zelfs genetische wortels.

In de demoralisering van gedrag heeft ook een evolutie plaatsgevonden. In de negentiende eeuw werd probleemgedrag eerst geherdefinieerd tot een ziekte, een uiting van decadentie, een deviatie, een pathologie. Over masturbatie werd in de vorige eeuw eerst een medisch-moraliserend betoog gehouden, later een ontwikkelingspsychologisch. Homoseksualiteit is in de recentere studies geen ziekte, geen pathologie, geen abnormaal en onnatuurlijk fenomeen meer, maar een variant, een mogelijkheid, een vondst van de schepper (J. van Kilsdonk). Echtelijke en relationele problemen komen niet langer voort uit een gebrek aan liefde, maar zijn het gevolg van communicatieproblemen, van kinderlijke traumata, enz.. In verband met transseksualiteit ligt het meer voor de hand te spreken van een deviatie dan van een variant,

want het verwijst naar een tragische gespletenheid in de relatie van een ik tot zijn geseksueerd lichaam.

Mensen hebben geleerd hun existentiële, relationele en lijfelijke problematiek in hulpverlenerstaal te definiëren en verwoorden. Dit proces wordt ook protoprofessionalisering genoemd. Zij hebben geleerd 'medisch' en 'psychologisch' te denken als gevolg van de contacten met de medische en psychotherapeutische professies en de alomtegenwoordige lichamelijke en geestelijke gezondheidsvoorlichting. Het is daarom moeilijk te zeggen wat eerst was: de vraag of het aanbod. Hebben hulpverleners een welzijnsmarkt geschapen of nam de vraag om hulpverlening om allerlei moeilijk na te trekken oorzaken geweldig toe? Of hebben beiden elkaar versterkt? In verband met transseksualiteit wordt de vraag gesteld of het aanbod van transseksuele operaties de wens daartoe van transseksuelen niet heeft versterkt. De transseksuele therapie en chirurgie zou haar patiënten 'maken'.

De wil tot de therapeutisering is in onze maatschappij groot. Mensenlevens moeten gered worden. Dit blijkt dagelijks uit de soms heroïsche inspanningen die worden gedaan om individuele levens te redden (bijv. inzet van helikopters, snelvervoer naar het buitenland enz...). Harry Benjamin - die de ziekte 'uitvond' en daarom als de 'vader' van de transseksualiteit wordt beschouwd - legitimeerde transseksuele operaties als therapie omdat daardoor levens werden gered.³ Het aantal suicide-pogingen ligt namelijk erg hoog onder mensen met een transseksuele problematiek. Als mensen ongelukkig zijn, moeten zij geholpen worden. De burger heeft niet alleen recht op politieke vrijheid, maar ook op welzijn en geluk. Dat is de kern van de verzorgingsstaat. De overheid moet actief werken aan de toename van geluk en gezondheid in de samenleving. De wortels van deze politieke doelstelling liggen in de achttiende eeuw bij de Verlichte vorsten (bijv. Jozef II) en filosofen die geluk als een politieke doelstelling (bijv. Saint Just) formuleerden. Dit uit zich in een preventie- en opsporingspolitiek van ziekten, lijden, handicaps... Zo werd in een Belgisch vonnis geslachtscorrectie benaderd als een mogelijke bijdrage tot het 'levensgeluk van de betrokkenen'.⁴

In de geschetste visie is lijden van individuen altijd een reden om therapeutisch in te grijpen. Wanneer iemand een klacht heeft over zijn geseksueerd lichaam, dan heeft hij het recht, als de technieken voorhanden zijn, om hieraan iets te (laten) doen, zodat het verholpen wordt. Niemand hoeft slachtoffer te zijn en vooral niet te blijven.

5. Kritische terugblik

In het voorafgaande heb ik gepoogd de markante verschuivingen in het Westers zelfverstaan bloot te leggen die acceptatie van transseksuele ingrepen inzichtelijk maken. Op hun beurt moet dit proces kritisch worden bekeken aangezien transseksuele ingrepen radicale veranderingen in het persoon-zijn realiseren. Het is een praktijk die steeds vragen zal oproepen en nooit gekanaliseerd kan worden. Ook de pleitbezorgers van transseksuele ingrepen weten dat.

³ Szasz Th. *Sex op recept. De verbluffende waarheid over de hedendaagse sextherapie*. Meppel: Infopers 1982, p.84. ---

⁴ Broekman JM. *Recht en antropologie*. Brussel: E. Story-Scientia 1991³, p.109.

Levend in een cultuur van het wantrouwen (vgl. P. Ricoeur: 'l'ère du soupçon') kunnen wij niet anders dan ons denken en handelen kritisch benaderen.

In alle culturen hebben mensen aan hun lichaam gewerkt. Tatoeages, lichaamsvervormingen (lippen, hals, voeten, schedel,...) en zelfs make-up (bijv. de bruine teint) zijn wegen om het lichaam sociaal te coderen. In onze dagen zijn 'body-building' en 'lijnen' erg populair. Transseksualiteit ligt tot op zekere hoogte in dezelfde lijn omdat ook in dit geval ingegrepen wordt in het lichaam, maar toch gaat het om een ander fenomeen. De transseksuele wens gaat uit van een fundamenteel innerlijk verdeeld individu en het gaat helemaal niet om het willen beantwoorden aan momentaan heersende esthetische code's. Er is een fundamenteel verschil tussen de wens van geslacht te veranderen en de wens vormen te wijzigen van neus, oren of billen.

In de strikte zin van het woord verandert de transseksuele operatie het lichaam van de betrokken man of vrouw niet radiaal. Slechts het uiterlijk sociale lichaam wordt aangepast. Fundamenteel blijft de man een man en de vrouw een vrouw. Vandaar dat de seksuoloog Haveloc Ellis in 1936 voor deze behandeling de term 'sexo-esthetiek' voorstelde. Transseksuele mannen en vrouwen blijven vreemden in hun gewenst geslacht. Nooit zal een transseksuele man moeder worden en de vrouw een verwekker. Dit om de grenzen van de operatie duidelijk te stellen.

In de herdefiniëring van menselijke gedragingen door de mens- en natuurwetenschappen (psychologie, geneeskunde, sociologie, genetica, ethologie,...) kan ongetwijfeld een bevrijding liggen van de mens uit een sterk morele wereldvisie welke gedragingen beoordeelt in termen van goed en kwaad, en waarin de mens primair of zelfs alleen als een zondaar wordt benaderd. De menselijke werkelijkheid is echter complexer dan moralisten ons willen doen geloven. Menselijk gedrag kan niet tot één verklaringsmodel en causaliteit (bijv. de zondigheid) worden gereduceerd. Maar hetzelfde geldt voor de menswetenschappen. Vandaar de reeds jarenlang gevoerde discussies over de verhouding psychotherapie - mens- en levensbeschouwing. De mens is meer dan zijn zgn. probleemgedrag dat op zijn beurt zich ook niet helemaal laat opsluiten in één psychologisch verklaringsmodel. Menselijk gedrag laat zich op velerlei wijze interpreteren en vanuit verschillende invalshoeken benaderen en behandelen. Voor ons onderwerp betekent dit dat de transseksuele wens niet hoeft te verwijzen naar een demon in de mens, naar decadentie, perversiteit of ziekelijkheid, maar naar een moeilijk te ontwarren en te reconstrueren geschiedenis van leerprocessen en identificaties. Transseksualiteit is een exclusief menselijk probleem. Een dier valt samen met zijn lichaam (het is een 'en-soi', aldus J-P. Sartre). Waarom en hoe mensen, meer in het bijzonder hoe een concreet persoon zijn lichaam als een verkeerd lichaam kan ervaren, blijft vooralsnog een raadsel.

De mens is en heeft een lichaam. In de gebondenheid van de mens aan een lichaam (hij is lichamelijkheid, ofwel een geleefd lijf) en het transcenderen ervan ligt ook de mogelijkheid van een gespletenheid, van een niet volledig samenvallen. (Om opnieuw Sartre te citeren: de mens is een 'pour-soi'). De materialiteit van een geseksueerd lichaam biedt geen garantie dat de mens automatisch of noodzakelijkerwijs een seksuele identiteit conform zijn geseksueerd lichaam zal uitbouwen. Bij zijn geboorte is de mens nog voor lange tijd voor zijn levensbehoeften afhankelijk van anderen en onaf. Zijn leven is niet geprogrammeerd, maar zal zich ontplooiën door een lange en complexe geschiedenis heen. Aangezien zeer weinig vastligt en

elke groei een risicovol gebeuren is, kan onderweg veel misgaan.

Het is nog de vraag of de mogelijkheid van een transseksuele ingreep de bevrijdende oplossing voor het transseksuele lijden heeft gebracht. Door het feit dat de mogelijkheid bestaat om zich te laten transformeren kan het lijden ondragelijker worden en de wens een obsessie. Een vergelijking: heeft de mogelijkheid tot IVF-ET (in vitro-fertilisatie en embryo-transplantatie) oude wonden niet opengereten en de kinderwens versterkt? Afscheid nemen van een eigen kind, een specifiek rouwproces, wordt quasi onmogelijk als de wetenschappen zelfs beperkte mogelijkheden aanbiedt. Denken wij in dit verband even terug aan de discussie over de Italiaanse 'oma-moeders'.

De geneeskunde defataliseert het leven maar maakt soms het 'lot', voorzover dit onontkoombaar is, nog ondragelijker. Kunstmatige voortplantingstechnieken maken enkele vrouwen tot gelukkige moeders maar velen niet. Over deze groep en over de mislukkingspercentages van de medische wetenschap wordt weinig gesproken in de media.

Het is met deze kanttekening niet mijn bedoeling de wetenschap een halt toe te roepen, maar erop te wijzen dat de vooruitgang ook zijn neveneffecten heeft. Ik laat hier nog buiten beschouwing de spijtoptanten en het reeds voorgekomen medisch heen en weer gaan van 'mannelijk naar vrouwelijk naar mannelijk' en het fenomeen van de post-transseksuele homoseksualiteit.

Neemt transseksualiteit toe? Onderzoek zal moeten uitwijzen in hoever het aanbod de vraag versterkt of opgeroepen heeft.

Men stelt het soms ook voor alsof de geneeskunde de enige oplossing is voor dit lijden. "Ces pathologies du sexe opposé", schrijft M-M. Lafargue, "ont cette particularité rare d'avoir pour seul traitement la réalisation de son syndrome". Moet elke transseksuele wens ingewilligd worden? Is voor iedere proband een chirurgische ingreep de beste oplossing? Moeilijke problemen voor de hulpverlener.

De medische professie heeft lang gearzeld om transseksuele ingrepen te 'normaliseren'. Zij was van oordeel dat transseksuelen niet ziek waren en er dus ook geen reden was om lichamen te veranderen. Van het ogenblik dat zij transseksualiteit als een 'ziekte' kon definiëren, werd de behandeling aannemelijker. Eenzelfde aarzelingen zagen wij in verband met abortus en euthanasie. Kunnen abortus en euthanasie als medische behandelingen worden beschouwd of zijn het handelingen waarbij op mensen met een bepaalde deskundigheid over het lichaam een beroep wordt gedaan? Aanvankelijk meende de geneeskunde dat bovengenoemde handelingen niet strookten met haar taak en ethos. Voor veel artsen blijven dit brandende kwesties.

6. Ethische perspectieven

In een laatste paragraaf wil ik heel in het kort ingaan op de verschuivingen in het ethische denken in verband met transseksualiteit. Van een radicale afwijzing op religieuze en morele gronden, zijn velen in de samenleving geëvolueerd naar meer begrip of van een absoluut neen, naar een 'neen, maar' tot zelfs een 'ja, mits'. De voorafgaande uiteenzetting heeft gepoogd de ideologische wortels van deze verschuiving bloot te leggen.

Is een transseksuele ingreep geen gebrek aan eerbied ten opzichte van wat God gescha-

pen heeft; meer nog is de transseksuele wens geen teken dat 'vreemde machten' Gods werk weerstaan, vragen sommige gelovige ethici zich af. Zo ja, dan is elke ingreep verwerpelijk. Zij zijn van oordeel dat therapie en ondersteuning de meest aangewezen wegen zijn om het transseksuele lijden weg te nemen of minstens te verlichten. Zij betwijfelen of een operatie, het chirurgisch mes, een 'geestelijk' probleem werkelijk kan oplossen.

Gezien de recente wetenschappelijke en antropologische inzichten in de complexiteit van de menselijke natuur, zijn transseksuele operaties voor anderen een mogelijke oplossing voor een complexe menselijk probleem. De vraag of we wel het recht hebben zo een drastische ingreep uit te voeren, blijft evenwel.

Een vooraanstaand Rooms-katholiek moraaltheoloog, X. Thévenot, die veel heeft geschreven over seksualiteit en ethiek, heeft, gezien de diepte van de ingreep, bezwaren tegen de transseksuele operaties en koestert wantrouwen tegenover de hulpvraag, maar besluit niettemin gezien het lijden van de betrokkenen tot een voorzichtig 'neen, tenzij'. Transseksuele ingrepen zijn als ingrepen op het menselijk lijf een objectief kwaad, maar zijn volgens hem het minste kwaad ten opzichte van het diep menselijk lijden van transseksuelen.

Voor anderen is er geen moreel probleem voorzover de autonome en zelfbeschikkende mens deugdelijke argumenten aandraagt voor zijn transseksuele wens. Wat zou er tegen zijn als een lijdend iemand met aandrang hierom vraagt? Ik ben evenwel geen auteurs tegengekomen die transseksualiteit als een uitbreiding van de keuzemogelijkheden van de mens voorstellen waarmee we blij zouden moeten zijn. Het gaat steeds om grensgevallen en het pogen een langdurig diep menselijk leed op te heffen.

7. Besluit

Intuïtief voelen mensen aan dat transseksuele operaties, evenals abortussen, nooit 'clean and simpte' ingrepen zijn. Beginnend leven doden of een gegeven lichaam grondig wijzigen zijn geen routine ingrepen zonder tragiek en dramatiek. Er moest heel wat gebeuren in onze cultuur om deze ingrepen aan aanvaardbaarheid te laten winnen. Ik zet enkele verschuivingen nog eens op een rij: van beheerder naar beheerser, van gave naar bezit, van heteronoom subject naar autonoom subject, van moralisering maar medicalisering en psychologisering, van (soms opgelegde) consensus naar pluralisme en tolerantie, van morfologische seksualiteit naar gender-denken. In één woord: de aandacht voor het andere, voor het subjectieve en het verschil is groter geworden. De toegenomen tolerantie betekent niet dat deze ingrepen gebanaliseerd zullen worden. Ik denk dat ze gezien de aard van de ingreep uitzonderlijke behandelingen zullen blijven.

Transseksualiteit als menselijk fenomeen zal, ondanks de medische oplossingen, steeds te denken geven. Is transseksualiteit geen uiting van het verlangen van de mens naar het andere en de ontevredenheid met zijn lot? Is niet de mens in deze wereld een gespleten wezen waarvan transseksualiteit een metafoor is?

Gebruikte literatuur

- Desmit J & Corveleyn J. Psychodynamische hypothesen omtrent transseksualiteit. In: *Tijdschrift voor Seksuologie* 14 (1990) p.239/55.
- Gooren LJG (red.). *Transseksualiteit*. Alphen aan de Rijn/Brussel: Samson/Stafleu 1986; Gooren LJG. Hij en zij. In: *Tijdschrift voor Seksuologie* 14 (1990) p.256/66.
- Czemak M & Frignet H. Quel sexe voulez-vous? In: *Libération* (17-11-1993).
- Lemennicier B. Le corps humain: propriété de l'état ou propriété de soi? In: *Droits* (Revue française de théorie juridique) (1991) nr.13, p.111/23.
- Le Breton D. *La chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humain*. Paris: Métailié 1993.
- Thevenot X. *Répères éthiques pour un monde nouveau*. Paris: Salvator 1982 (Transsexualisme et morale chrétienne, p.96/101).
- Erlich M. *Les mutilations sexuelles. (Que sais-je? 2581)* Paris: PUF 1991.
- Szasz Th. *Sex op recept. De verbluffende waarheid over de hedendaagse sextherapie*. Meppel: Infopers 1982.
- Broekman Jan M. *Recht en antropologie*. Brussel: E.Story-Scientia 1991³.
- Hoppenbrouwers L. Transseksualiteit. In: *Kultuurleven* (1992) p.52/9.
- Kilsdonk J van. Een vondst van de Schepper. Priesterlijke mijmeringen over een erotische variant. In: *NRC/Handelsblad* (18-2-1987) p.9.
- Baud J-P. *L'affaire de la main volée. Une histoire juridique du corps*. Parijs: Seuil 1993, 188p.
- Foucault M. Historia de la medicalización. In: *Educación Médica y Salud* 11 (1977) p.25.
- Achterhuis H. *De markt van welzijn en geluk*. Baarn: Ambo 1981.

AUTEURS EN LEDEN WERKGROEP

Drs. T.W. van Bennekom

Drs. T.W. van Bennekom is Nederlands Hervormd predikant te Hilversum.

Drs. Th.A. Boer

Drs. Th.A. Boer, theoloog-ethicus, is wetenschappelijk medewerker van het Centrum voor Bioethiek en Gezondheidsrecht van de Universiteit Utrecht en studiesecretaris van de Christelijke Vereniging voor Zorginstellingen.

Mw.drs. G. van Bruggen

Mw.drs. G. van Bruggen is kinderarts, momenteel werkzaam in het Streekziekenhuis in Hardenberg. Via persoonlijke comespondentie raakte ze betrokken bij het onderwerp transseksualiteit

Prof.dr. J. Douma

Prof.dr. J. Douma is hoogleraar ethiek aan de Theologische Universiteit van de Gereformeerde Kerken vrijgemaakt te Kampen en houder van de bijzondere leerstoel 'Lindeboomleerstoel voor medische ethiek' aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Dr.ir. H. Jochemsen

Dr.ir. H. Jochemsen is directeur van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, centrum voor medische ethiek te Ede.

Drs. M.A. van Leeuwen

Drs. M.A. van Leeuwen, theoloog, met ethiek als afstudeervak. In het kader van zijn doctoraal schreef hij een scriptie over transseksualiteit. Momenteel bereidt onder leiding van prof.dr. J. Douma een proefschrift voor over 'de norm kwaliteit van leven' in de medische ethiek'.

Drs. J. Rolies

Drs. J. Rolies, ethicus en seksuoloog, is momenteel werkzaam in het bedrijfsleven en actief als docent en publicist op het gebied van de medische ethiek.

Prof.dr. W.H. Velema

Prof.dr. W.H. Velema, per 1 februari 1996 met emeritaat gegaan, was hoogleraar ethiek en ambtelijke vakken aan de Theologische Universiteit van de Christelijke Gereformeerde Kerken te Apeldoorn.

Drs. P.M. Wagenaar

Drs. P.M. Wagenaar is als psycholoog verbonden aan de Gereformeerde Landelijke Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (GLIAGG) te Dordrecht en volgt de opleiding tot psychotherapeut.

PUBLICATIES PROF. LINDEBOOM INSTITUUT

Wetenschappelijke rapporten

1. H. Jochemsen, W.G.M. Witkam, P. Blokhuis, G. Glas, E. Schuunna, *De status van het menselijk embryo*, 1988.
4. J.A. Spaan en H. Jochemsen, *Prenatale diagnostiek Ontwikkeling van het indicatiebeleid en opname in het ziekenfondspakket*, 1989.
5. H. Jochemsen en N. Wolswinkel, *HIV-test versus genetische test*, 1989.
6. M. Daverschot en E.P. van Dijk, *De HIV-test: verplicht stellen of niet?*, 1989.
7. H. Jochemsen, *Geregeld levensbeëindigend handelen?*, 1992.
8. H. Jochemsen, B.S. Cusveller, D.J. Bakker, *Proeven en regelen. Over de Wet medische experimenten*, 1993.
9. H. Jochemsen (red.), *Transplantatie van foetaal weefsel. Een medische en een ethische beschouwing*, 1993.
10. Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *Levensbeëindiging bij ernstig demente en psychiatrische patiënten*, 1994.
11. B.S. Cusveller (red.), *Quasi Dominus. Naar een christelijke visie op zorg*, 1994.
12. J. Hoogland, J.J. Polder, S. Strijbos, H. Jochemsen. *Professioneel beheerst. Professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg*, 1995.
13. H. Jochemsen (red.), *Transseksualiteit*, 1996.

Lindeboomreeks (i.s.m. uitgeverij Buijten & Schipperheijn)

1. S. Strijbos (red.), *De medische ethiek in de branding. Een keuze uit het werk van Gerrit Arie Lindeboom*, 1992.
2. W.G.M. Witkam, W.H. Velema, A.P. van der Linden, *Reageerbuisbevruchting - verantwoord?*, 1990.
3. Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De grenzen bereikt? Over ethische vragen bij financiële begrenzing van de gezondheidszorg*, 1991.
4. Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De mens en zijn erfgoed. Ethische en maatschappelijke aspecten van de moderne gentechologie*, 1992.
5. H. Jochemsen (red.), *Zorg voor wilsonbekwame patiënten*, 1994.
6. Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De grenzen gewaardeerd. Keuzen in de gezondheidszorg na 'Dunning'*, 1994.
7. E.J. Westennan, T. van Laar, H. Jochemsen, *De foetus als donor?*, 1995.
8. B.S. Cusveller (red.), *Zorg dragen. Naar een christelijke visie op zorg*, 1996.
9. J. Hoogland, J.J. Polder, H. Jochemsen, *Professie of profijt?*, 1996.

Overige uitgaven

J. Douma, *Plaats en taak van de medische ethiek in christelijk perspectief* Rede bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar op de Lindeboomleerstoel voor medische ethiek (Kampen: Van den Berg), 1994.

Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, *Vaccinatie: een handreiking tot het gesprek*, 1994.

E. van Balen, H. Jochensen, J. Koppelaar, R. Matzken en C. Steijn, *Mag ik alternatief behandeld worden?* (Leiden: J.J. Groen), 1993.

Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut en Management Adviesbureau Antenor bv, *Kwaliteit van terminale zorgverlening* (Veenendaal: Nederlandse Patiënten Vereniging), 1993.

Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *Christelijke oriëntatie in medisch-ethische onderwerpen* (Amsterdam: Buijten & Schipperheijn), 1992.

G. van Bruggen, *Zorgen vóór de geboorte. Over aangeboren en erfelijke afwijkingen* (Buijten & Schipperheijn), 1989.