

Medisch-ethische benadering van transseksualiteit en de geslachtsaanpassende behandeling

door G. De Cuyper, C. Jannes en R. Rubens

Gepubliceerd in 1995, no. 2

Samenvatting

Het aanvaarden en toepassen van Sex Reassignment Surgery als behandeling voor transseksuele mensen roept een aantal bedenkingen en vragen op rondom de medisch-ethische aspecten van het probleem transseksualiteit en haar therapie. In dit artikel worden de bedenkingen over een ethisch verantwoord handelen geconcentreerd rond zes discussiepunten: de culturele bepaaldheid van transseksualiteit, de noodzaak van een medisch-organische benadering van het probleem, de relatie van transseksualiteit tot de psychiatrie, de waarde van de diagnose, de inspraak van de patiënt en de implicaties voor het gezondheidszorgbudget.

Inleiding

Sex Reassignment Surgery aanvaarden en toepassen als behandeling voor transseksuele mensen houdt in: het formuleren van een aantal bedenkingen en vragen rondom de medisch-ethische aspecten van het probleem transseksualiteit en haar therapie. Deze reflectie moet voorafgaan aan het opstellen van het algemeen beleid van een 'gender-identity clinic'. Dit is ook gebeurd bij het starten van de specifieke consultatie voor personen met genderdysforie op de psychiatrische kliniek van het Universitair Ziekenhuis te Gent in 1986 (Rubens e.a. 1989). Een ethisch reglement van 'inwendige orde' voor de behandeling van transseksuelen werd opgesteld en is ook strikt gevolgd. Toch blijven er bij de ons omringende medici vragen bestaan over deze behandelingswijze. Medici, opgevoed in een traditie van Cartesiaans dualisme, zijn geïntrigeerd door de transseksuele problematiek, die twee tegenpolen nauwer tot elkaar brengt, namelijk: de tegenstelling man-vrouw en de tegenstelling lichaam-geest. Men kan hierbij nog een derde contrast voegen: die van arts-patiënt. Hierdoor stellen de grensoverschrijdende wensen van de transseksuele mens ons voor morele vragen.

Bedenkingen over een medisch-ethisch verantwoord handelen kunnen we concentreren rondom zes discussiepunten.

1. Wat is transseksualiteit? Is dit een cultureel bepaald of een universeel probleem? Of moet het als iatrogeen beschouwd worden?
2. Vergt transseksualiteit een medisch-organische benadering?
3. Is transseksualiteit een uiting van psychiatrisch ziek-zijn?

Zo ja, wat zijn hiervan de therapeutische implicaties?

4. Wat is de waarde van een 'overtuiging' en kunnen de artsen hierop steunen bij het stellen van een diagnose die een behandeling impliceert met verstrekkende gevolgen?

5. Hebben transseksuelen het recht zelf te beslissen en te eisen welke behandeling ze moeten krijgen?
6. Moet de gemeenschap deze behandeling financieel ondersteunen?

Wij beweren geenszins het antwoord te hebben op al deze vragen, doch wij zullen een poging doen om in dit artikel een aantal van onze bedenkingen weer te geven.

1. Wat is transseksualiteit? Een cultureel of een universeel probleem?

Transseksualiteit is de extreemste vorm van genderdysforie (Benjamin 1966). Transseksuelen ervaren niet alleen een onvrede met de eigen anatomie, maar hebben ook het anatomisch gevoel tot het andere geslacht te behoren; zij zijn voortdurend bezig met de wens de eigen primaire en secundaire geslachtskenmerken kwijt te raken en de geslachtskenmerken van de andere sekse te verwerven (DSM-III-R, APA 1987).

Nagaan of men in de geschiedenis het fenomeen 'transseksualiteit' kan terugvinden is geen gemakkelijke opdracht, aangezien de term 'transseksualiteit' pas in 1949 voor de eerste keer gebruikt werd door Cauldwell (1949). Sinds 1966 duikt de term in zijn definitieve vorm op bij Benjamin, die in zijn boek *The transsexual phenomenon* de geschiedenis weergeeft van honderden transseksuelen (Benjamin 1966).

Het begrip 'transseksualiteit' wordt echter in de psychiatrische literatuur onder andere benamingen beschreven vanaf het midden van de 19e eeuw, de periode waarin de psychiatrie de 'afwijkende' seksuele omgangsvormen tot haar territorium ging beschouwen. Zo publiceerde Westphal in 1869 *Die konträre Sexualempfindung* met verhalen van vrouwen die zich psychisch man voelden en mannen die zich psychisch vrouw voelden. Charcot en Magnan vertaalden dit in 'inversion génitale'. In zijn boek *Psychopathia sexualis* uit 1886 beschrijft Krafft-Ebing (1924) het ziektegeval van een arts, die we nu als transseksueel zouden bestempelen. Hij gebruikte de termen 'psychisch hermafroditisme' en 'metamorphosis sexualis paranoica'. Havelock Ellis (1913) spreekt van eonisme of sexo-esthetische inversie. Deze naam is geïnspireerd op het verhaal van de Chevalier d'Eon de Beaumont, een Frans diplomaat onder Lodewijk XV die - na 49 jaar als man geleefd te hebben - nog 34 jaar als vrouw in Londen leefde. Bij zijn overlijden was men totaal verrast toen men een mannelijk lichaam ontdekte.

Die intersexuelle Konstitution is een term van Hirschfeld (1930). Abraham is de eerste die in 1931 zijn patiënten liet opereren.

Als we verder op zoek gaan in de geschiedenis naar wat we nu 'transseksuelen' noemen, kunnen we volgens Bullough (1975) het best onze aandacht richten op personen van wie bekend was dat zij zich voortdurend omkleedden of op hen die zichzelf benoemden als leden van het tegengestelde geslacht. In zijn artikel *Transsexualism in History* verzamelt Bullough een vijftiental casussen (sinds het eind van de 18e eeuw) vanuit de literatuur en populairdere geschriften met verhalen van vrouwen die als mannen door het leven gaan en die dit geheim bewaren 'tot ter dood'. Eigenaardig genoeg zijn er heel wat minder casussen bekend van mannen die als vrouw willen leven. Deze verhalen komen pas vanaf de 19e eeuw voor. Als hypothese voor het grote aantal vrouwelijke transseksuelen in de geschiedenis stelt hij dat we ofwel het huidige aantal vrouwelijke transseksuelen onderschatten, ofwel dat vroeger emancipatorische factoren een rol speelden in de beslissing van vrouwelijke genderdysfore individuen. Hij besluit zijn artikel als volgt: '...there were numerous individuals with a strong desire to change their sex before the surgery made such changes possible.'

In Nederland werd in 1989 een boek uitgegeven met als titel *Vrouwen in mannenkleden*. De geschiedenis van een tegendraadse traditie. Europa 1500 - 1800 van de auteurs Dekker en Van de Pol (1989). Uit deze verhalen valt echter moeilijk te distilleren of het bij deze vrouwen gaat om sterke

genderdysfore gevoelens dan wel om het zich aanmeten van de mannelijke geslachtsrol.

De wens om van geslacht te veranderen is ook bekend uit de mythologie. Dit verschijnsel wordt reeds beschreven bij Ovidius in de 'Metamorphosen, o.a. in het verhaal van Caenus, die werd geboren als het meisje Cainis. Zij werd bemind door Poseidon, de God van de Zeeën, en zij vroeg hem of hij van haar een 'ongenaakbare' jongen wilde maken - wat ook geschiedde. Maar als jongen tarte Caenus de goden door zijn hovaardigheid. In de hel moest hij hiervoor boeten en opnieuw de vorm van een vrouw aannemen.

Bij cross-cultureel onderzoek valt op dat in vergelijking met onze westerse maatschappij, waar het idee heerst dat er slechts twee seksen bestaan, in andere culturen de wereld kan worden geconstrueerd op andere manieren dan in dit dualistisch denkkader (Kessler and McKenna 1978).

Wij sommen enkele van de bekendste voorbeelden op van het bestaan van een derde 'gendercategorie' in andere, onderling niet verwante culturen. Zowel bij de Noordamerikaanse Indianen als bij sommige Eskimostammen zijn er mannen en vrouwen die de genderrol op zich nemen van de tegenovergestelde sekse. Deze 'Berdaches' doen dus voortdurend aan crossdressing, gaan seksuele relaties aan met leden van het eigen geslacht en huwen zelfs. De term 'berdache' (een woordbegrip dat uit Perzië afkomstig is) werd in de Romaanse talen gebruikt voor mannen die in homoseksueel geslachtsverkeer de passieve rol speelden. Volgens Williams (1985) spelen de 'Berdaches' bij de Lakota-Indianen nog heden ten dage een maatschappelijke en ceremoniële rol.

Na een reis in Burma geven Coleman en Gooren (1992) het verslag van de 'acault' : mannen die vanaf hun kindertijd of hun adolescentie interesse vertonen voor cross-gendergedrag. Hun cross-gendergedrag wordt er geformaliseerd: zij vervullen een positief cultureel-religieuze taak als intermediair tussen het volk en de goden.

Een vergelijkbare speciale plaats bekleden de Hijras in Indië. Het gaat hier wel om castraten (Nanda 1985), die vaak in het prostitutiemilieu vertoeven. Deze hijras krijgen toch een eerbare positie in de maatschappij toebedeeld.

De literatuur van Tahiti en Hawaï verwijst reeds in het begin van de 19e eeuw naar een geïnstitutionaliseerde vorm van transseksualiteit. Gilmore beweert dat op Tahiti elk dorp traditioneel één of meer 'transseksuelen' bezit, de zogenoemde mahus: mannen die zich als vrouwen kleden en gedragen, en als zodanig (homo)seksuele diensten verlenen aan mannen en knapen (Scheirlinck 1993).

In Thailand, bekend om zijn patriarchale structuur, worden de homoseksuelen, transvestieten en transseksuelen ook niet als groep gestigmatiseerd en afgescheiden van de maatschappij. Integendeel: ze worden geïntegreerd, o.a. als 'marki', mannen die bezeten worden door vrouwelijke geesten. Reeds in 1968 concludeerden Money en Green - na een overzicht te hebben gegeven van aspecten van transseksualiteit én vanuit de mythologie én vanuit de geschiedenis én vanuit de culturele antropologie - dat er sprake is van een 'longstanding and widespread pervasiveness of the transsexual phenomenon' (Green en Money 1968).

Deze groepen 'transseksuele' mensen werden beschreven op het ogenblik dat ze de mogelijkheid van een geslachtsveranderende hormonale therapie of operatie nog niet kenden. Hieruit kunnen we afleiden dat het cross-gendergedrag niet gestimuleerd kon worden door de kennis of het vooruitzicht van een lichamelijke ingreep. Genderdysforie is dus geen iatrogene ziekte van onze tijd. Het meer populariseren en toegankelijk maken van de geslachtsaanpassende behandeling kan wel bij sommigen de sluimerende genderdysfore gevoelens bewuster maken, waardoor frequenter een beroep gedaan wordt op deze behandeling.

2. Vergt transseksualiteit een medisch-organische benadering?

De psychiater/psycholoog wordt geconfronteerd met het fenomeen 'transseksualiteit' vanuit een vraag, vanuit een eis. De transseksuele mens is immers een lijdende mens die wenst behandeld te worden, en dit vanuit een dubbele argumentatie. Het eerste argument is dat de transseksuele mens zich slachtoffer voelt van een discrepantie tussen innerlijk en uiterlijk, en een sterke onvrede heeft met de eigen anatomie. Zowel in fantasieën als af en toe in gedrag kunnen automutilatieve acts genoteerd worden, gericht op de primaire en secundaire geslachtskenmerken. Hij/zij wil tevens een eigen plaats veroveren in de maatschappij als lid van het andere geslacht. Dit betekent voor de transseksuele mens een sterke motivatie om Sex Reassignment Surgery te ondergaan. De transseksueel is enerzijds slachtoffer van onze gedichotomiseerde wereld (in tegenstelling tot, zoals we hierboven gezien hebben, lotgenoten in andere culturen) en anderzijds bevestigt hij/zij dit man-vrouw-dualisme door tot een specifieke gender (namelijk de biologisch tegenovergestelde gender) te willen behoren.

De discrepantie waaronder de transseksuele mens lijdt zou in principe zowel kunnen worden opgelost door de geest aan te passen aan het lichaam als omgekeerd - wat nu meestal gebeurt. Waarom wordt dan voor deze laatste oplossing gekozen? Waarom wordt gekozen voor een chirurgische interventie, die niet altijd risicoloos en immer onomkeerbaar is?

Voor alle duidelijkheid: de transseksuele mens laat de keuze van de behandeling niet over aan de arts, maar eist zelf een lichamelijke transformatie. Meteen kan een punt gezet worden achter elke psychotherapeutische behandeling (die de genderdysforie wenst om te buigen) aangezien de motivatie voor een gespreksbehandeling, een must voor deze vorm van therapie, totaal ontbreekt. Patiënt en behandelaar hebben duidelijk verschillende therapiedoelen voor ogen. Naargelang de visie op de etiologie van deze extreme vorm van genderdysforie (zie verder) en op de beïnvloedbaarheid van de kern-genderidentiteit zijn er verschillende visies op de behandeling. De angelsaksische analytici, met o.a. Stoller (1968 en 1975), zijn van oordeel dat - aangezien de kern-genderidentiteit zich fixeert tussen het tweede en het vierde levensjaar, dus ook de cross-genderidentiteit van de transseksueel - deze door psychotherapie derhalve niet beïnvloed kan worden. Ondanks het feit dat er een tiental succesvolle psychotherapieën is beschreven (er bestaat echter geen lange-termijn-follow-up-onderzoek hierover; Cohen-Kettenis en Kuiper 1984), wordt in de literatuur algemeen aanvaard dat Sex Reassignment Surgery (SRS) de behandeling bij uitstek is, althans voor primaire transseksuelen. De succesvolle follow-up-resultaten van SRS in de literatuur (Lundström 1984, Kuiper 1990) hebben van deze behandeling de eerste-keuze-therapie gemaakt. Volgens de genoemde auteurs zou slechts 10 à 15% van de patiënten een psychisch weinig bevredigend resultaat ervaren (psychose, hospitalisatie, suïcidepogingen) en drukt 0,8% tot 2,1% van de geopereerden spijt uit over de ondergane behandeling.

3. Is transseksualiteit een uiting van een psychiatrisch ziek-zijn? Wat zijn hiervan de therapeutische implicaties?

De vraag naar de plaats van transseksualiteit in de psychiatrie betekent de vraag stellen of transseksualiteit past binnen een nosologisch systeem. Kan men een sluitende beschrijving geven van afwijkingen, symptomen genoemd, die volgens een bepaalde constellatie en systematisch voorkomen? Zijn er aanwijzingen of bewijzen van een bepaalde etiologie? Hoe verloopt het klinisch beeld? Welke therapie wordt toegepast en met welk resultaat?

1. Etiologie - Op het vlak van de etiologie kan men alleen spreken over een aantal tentatieve verklaringen voor de cross-genderidentiteit. De verklaringen kunnen grosso modo gesplitst worden in drie categorieën.

a. De organisch-biologische verklaring

Volgens een aantal auteurs zouden stoornissen in de hormonale beïnvloeding enerzijds en hersendysfuncties anderzijds verantwoordelijk zijn voor deze belevingswijze. Op deze potentiële oorzaken zullen we in dit artikel niet ingaan.

b. De psychodynamische verklaringen

Stoller (1975) situeert, evenals een aantal anderen (Person en Ovesey 1974, Meyer 1982), de moeilijkheden in de pre-oedipale, separatie-individuatiefase. Volgens Stoller zouden de genderproblemen bij mannelijke transseksuelen een gevolg zijn van de symbiotische relatie tussen het jongetje en zijn moeder: door haar eigen genderidentiteitsprobleem zou haar zoontje voor haar een fallus betekenen en wordt ze boos op hem tijdens de separatiefase. De jongen, die door de symbiose en de identificatie een vrouwelijke identiteit had ontwikkeld, blijft deze behouden teneinde dicht bij de moeder te kunnen blijven. Bij de vrouwelijke transseksueel ziet Stoller (1972) het als volgt: de moeder zou tijdens de kinderjaren van de vrouwelijke transseksueel-in-wording psychologisch afwezig zijn door o.a. depressie. De vader, die niet in staat is zijn vrouw te ondersteunen, stuurt zijn dochter om in de bres te springen: zij wordt een surrogaat-echtgenoot; haar mannelijke gedrag wordt aangemoedigd.

Lothstein (1979), die ook verschillende scenario's beschrijft om de cross-genderidentiteitsontwikkeling te verklaren, onderstreept dat men enerzijds heel wat transseksuelen kan vinden in sterk van elkaar verschillende gezinnen en anderzijds dat gelijkaardige pathologische gezinnen niet allemaal transseksuelen opleveren. Een van zijn scenario's is bijvoorbeeld: voor sommige individuen is mannelijkheid synoniem met agressiviteit; de vrouwelijke identiteit aannemen kan de wijze zijn waarop agressie en destructieve tendensen worden onderdrukt en liefde kan worden geaccepteerd als vrouw en niet als man. In het geval van vrouw-man-transseksuelen kan de vrouwenrol op een negatieve wijze geassocieerd worden met passiviteit en hulpeloosheid.

Sommige psychoanalytici zien een verband tussen homoseksualiteit en transseksualiteit in die zin dat transseksualiteit een antwoord zou zijn op het verdringen van homoseksuele tendensen (Socarides 1969, Morgan 1978, Springer 1981, Eicher 1984). Zowel Lothstein (1979) als Ross (1986) benadrukt dat er ook sociale redenen zijn (intolerantie t.o.v. homoseksuelen) die een rol spelen in de ontwikkeling van genderdysforie bij mannelijke homoseksuelen. Door te veranderen van gender (en vrouw te worden) maken ze hun homofilie maatschappelijk beter aanvaardbaar.

De wens tot transseksualiteit werd in de jaren '60 meestal gezien als een uiting van een psychotisch beleven (Baasstrup 1966). Meer recent is Springer (1981) ook deze mening toegedaan. Millot (1983), als vertegenwoordigster van de Lacaniaanse visie, formuleert het als volgt: 'Dans leur exigence de vérité, les transsexuels sont victimes d'une erreur. Ils confondent l'organe et le signifiant. Leur passion, leur folie consistent à croire, en se débarrassant de l'organe, se débarrasser du signifiant qui les divise en les sexuants.'

De relatie tussen schizofrenie en transseksualiteit werd in de literatuur eveneens besproken (Commander en Dean 1990, De Cuypere 1993). De conclusie luidt dat de transseksuele beleving ook kan optreden als een symptoom bij patiënten met een schizofreen proces. Bij hen maakt de genderdysforie dan slechts een deel uit van een veel uitgebreider ziektebeeld. Schizofrenen vertonen ook veel vaker symptomen van onvrede met hun eigen geslacht t.o.v. patiënten met een andere psychiatrische pathologie (La Torre 1984).

c. Verklaring door interactie van verschillende factoren

Tal van auteurs zoeken de verklaring in de interactie van verschillende factoren. Prenataal gedetermineerde factoren (o.a. hormonale ontwikkeling) kunnen een goede voedingsbodem vormen voor psychosociale invloeden achteraf. Deze visie wordt verdedigd door Money en Ehrhardt (1972) en Benjamin (1966).

2. *Transseksualiteit en comorbiditeit* - Aangezien volgens de psychodynamische theorie de separatie-individuele fase bij de transseksueel problematisch verloopt, moet er heel wat kans zijn op een gestoorde persoonlijkheidsstoornis in de zin van borderline-pathologie. In de literatuur vinden we veel controversiële ideeën en bevindingen daaromtrent. Als de transseksuelen onderworpen worden aan projectief testmateriaal, vindt men inderdaad meestal argumenten voor een borderline-karakterstructuur (Murray 1985). Walker en Lothstein (1984) merkten bij de analyse van de MMPI-profielen van hun patiënten op dat bijna alle profielen gestoord waren (wijzend op karakter- en/of persoonlijkheidsstoornissen). Hoenig en Kenna (1974) vonden daarentegen dat bij 40,3% van hun transseksuelen geen persoonlijkheidsstoornissen genoteerd konden worden. Volgens Lothstein (1983) vertonen transseksuelen geen significante psychopathologie in klinische interviews, maar wel op projectieve tests - en dat hebben ze gemeen met borderline-persoonlijkheden. Evenals Dunbar in 1965 zijn ook Huyse (1986) en Kuiper (1990) van mening dat de transseksuelen weinig syndromale pathologie vertonen. Qua persoonlijkheidskenmerken of karakterologisch zijn de uitslagen sterk gevarieerd. Voornamelijk 'negativisme verwijzend naar hostiliteit' wordt vaak teruggevonden.

Deze verschillende visies betreffende al dan niet aanwezig zijn van persoonlijkheidsstoornissen bij transseksuelen zijn vermoedelijk de resultante van de specifieke problematiek rond persoonlijkheidsonderzoek: verschillen in methodiek, beoordelaar en cultuur (Hellinga 1994).

3. *Therapie* - De etiologische visie die men aanhangt heeft uiteraard zijn therapeutische implicaties, evenals de visie die men heeft op de mogelijkheid de kern-genderidentiteit te beïnvloeden.

Is men van oordeel dat het gaat om een psychotisch beleven of een afweerreactie op innerlijke conflicten, dan is men voorstander van psychotherapie (Springer 1981, Meyer 1982); in sommige gevallen worden psychofarmaca voorgesteld. Vanuit deze visie vindt men SRS onverantwoord. Ook de Lacaniaanse psychoanalytici, die geen rekening houden met de niet te beïnvloeden genderidentiteit (en dus ook cross-genderidentiteit), stellen de psychoanalyse als enige behandelingsmodel voor.

Aanvaardt men de stelling dat de genderdysforie klacht authentiek is en niet gebaseerd is op een pathologische stoornis, dan is men van oordeel dat de vraag tot geslachtsaanpassing logisch en gerechtvaardigd is (Cohen-Kettenis en Kuiper 1984). Meestal worden de DSM-III-R-criteria voor de diagnose gebruikt en worden de Standards of Care (Benjamin 1985) gevolgd in verband met de verschillende stappen in het detransseksualisatieproces. Deze Standards of Care beschrijven de minimumvereisten waaraan patiënt, behandelaar en procedure moeten voldoen, o.a.: intensieve diagnostisch-therapeutische relatie patiënt-behandelaar, evaluatie door endocrinoloog en uroloog, gemotiveerd geschreven verslag door psychiater/psycholoog ter aanbeveling van hormonale en chirurgische interventie, real-life test, voorlichting van de hormonale bijwerkingen en mogelijke complicaties van de ondergane procedure.

De visie dat geslachtsaanpassende behandeling dé behandeling is voor het transseksuele probleem, wint veld. Sommige auteurs (Lothstein 1982, Dolan 1987) vinden een opsplitsing in primaire en secundaire transseksuelen noodzakelijk om te beslissen of SRS de adequate behandeling is. Zij vragen zich af of secundaire transseksuelen (bij wie genderdysforie optreedt na de puberteit) niet beter behandeld kunnen worden met psychotherapie, omdat de genderdysforie bij hen gezien wordt als stress-gerelateerd.

SRS is geen tegenpool van psychotherapie, maar een aanvulling daarop, waarbij de psychotherapie ofwel explorerend is, ofwel beschouwd kan worden als een intensieve psychosociale begeleiding.

4. Wat is de waarde van een overtuiging? Kan hierop een diagnose gebaseerd worden?

Aangezien de graad van genderdysforie en de vasthoudendheid van de transseksuele patiënt meestal bepalend zijn voor welke behandeling men instelt, zou het voor de psycholoog-psychiater handig zijn wanneer er een meettoestel was dat de onvrede met het eigen lichaam meet. Helaas, zoals heel dikwijls in de psychiatrie, kan de diagnosticus zich slechts baseren op de anamnese en het subjectief beleven van de patiënt - in tegenstelling tot de somatische arts, die allerlei technisch onderzoek kan verrichten om de klacht te verifiëren en te objectiveren, en te zoeken naar morfologische biologische afwijkingen.

Bij de transseksueel schrikken de ingrijpendheid en de onomkeerbaarheid van de behandeling ons als behandelaar af. Wat de diagnosestelling nog moeilijker maakt is dat - ten einde gemakkelijk van de psychologen-psychiaters een positief advies voor SRS te krijgen voor SRS - de proband (meestal de heteroseksuele transseksueel) inderdaad een vertekening geeft van de gegevens omtrent ontstaansdata van genderdysforie, omkleeding, seksuele aantrekking etc., met de bedoeling de anamnese en kenmerken te benaderen van de 'klassieke' transseksueel (Blanchard 1985).

Over het 'verlost' willen worden van de primaire en secundaire geslachtskenmerken wordt niet gelogen. In zijn rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de Transseksuologie bij de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam, geeft Gooren (1990) zijn ervaring weer dat de meeste transseksuelen bij een eerste vraag om SRS reeds een heel langdurig gewetensconflict achter zich hebben. Zij hebben reeds het gevecht met zichzelf, met hun familie en vrienden uitgevochten en zijn tot de conclusie gekomen dat een geslachtsaanpassende behandeling de enige oplossing is voor hun genderdysforie. Dat transseksuelen zelf hun vraag zeer ernstig nemen, is ook onze ervaring. Ze hebben reeds naar verschillende andere oplossingen uitgekeken of deze uitgeprobeerd alvorens ze naar de artsen zijn toegestapt.

Niettemin wordt, om het continue karakter van de klacht te evalueren, bijna in alle 'gender-identity clinics' de 'two-year real-life test' gevraagd. De proband dient zich minstens gedurende twee jaar familiaal, sociaal en professioneel in de gewenste geslachtsrol te integreren. Hierdoor kunnen de transseksueel zelf en de psycholoog-psychiater de wens om tot het andere geslacht te behoren evalueren in zijn consistentie en zijn realiteitskarakter. Ondertussen krijgt patiënt een hormonale behandeling en kunnen de veranderingen in de geslachtskenmerken voor de patiënt een toetsing vormen.

De bevindingen van het genderteam van de VU Amsterdam geven aan dat 10% van de patiënten tijdens deze fase afvalt, deels op eigen initiatief, deels door beslissing van de behandelaar (Kuiper 1992). Deze cijfers zijn congruent met onze gegevens.

5. Hebben transseksuelen het recht zelf te beslissen en te eisen welke behandeling ze moeten krijgen?

Nadat de transseksueel zijn innerlijke strijd heeft gestreden, gaat hij naar de hulpverlening - niet met een vraag, maar met een eis. Hierin respecteert hij de arts-patiënt-relatie niet, aangezien hij zich geen patiënt voelt en hij aldus ook niet bejegend wenst te worden. 'Toevallig is de mogelijkheid tot interventie in handen van de medici' (Broekman 1986). De transseksueel ziet de ingreep als een medisch antwoord op een niet-medische vraag, want zijn probleem hangt samen met de waardenschalen van de samenleving.

Hierbij wordt de tussenkomst van de psychiater/psycholoog als uitermate storend beleefd, terwijl de technische hulp van de endocrinoloog en de chirurg in zijn ogen louter een middel is.

Een absoluut respect van het autonomieprincipe zou inhouden dat op de eenvoudige aanvraag van de persoon (in casu een transseksueel) de interventies zonder meer worden uitgevoerd. De stelling van de transseksueel is zuiver 'klant-georiënteerd' en beroept zich op: 1. niet ziek zijn, 2. recht op het gebruik van een technisch middel (hormonen en chirurgie). Een dergelijke zienswijze kan o.i. niet ethisch aanvaardbaar zijn voor de arts. Het is in tegenspraak met de klassieke arts-patiënt-relatie, waarin nog andere elementen ('weldoen, leed vermijden, waarachtigheid, solidariteit, beroepsgeheim, professioneel handelen') deel van het handelen uitmaken.

Medisch handelen kan nooit zuiver technisch en op aanvraag verricht worden. De medicus is geen ingenieur van het lichaam, maar een 'zorgverstrekker' die een technisch kunnen beheerst. Hierbij kan verwezen worden naar de stellingname door zowel de American Medical Association als de Engelse artsen in verband met het absolute verbod op de technische deelname van artsen aan gerechtelijke terechtstellingen. Er is een duidelijke consensus dat een arts, op het eind van de twintigste eeuw, niet kan deelnemen aan deze praktijken (Truog en Brennan 1993). Het 'weldoen' ligt bij een transseksueel voor de hand, aangezien hij na de ingreep een aangenamer leven tegemoetgaat. De 'non-nocere'-regel zal slechts aanvaardbaar overtreden worden wanneer de diagnose 'transseksualiteit' gesteld kan worden en de 'two-year real-life test' is uitgevoerd. Zekerheid hieromtrent is dan ook een must. Hieromtrent vragen stellen wordt door de transseksuele mens als storend ervaren. De somaticus (endocrinoloog, chirurg) kan hier alleen maar terugvallen op de expertise van de psychiater/psycholoog om de omschrijving accuraat te maken. Daarbij is de differentiaaldiagnose met psychiatrische stoornissen die zich uiten als genderdysforie, een duidelijk probleem. De eigen gerapporteerde ervaring (De Cuyper 1993) kan deze gedragslijn enkel onderstrepen.

Autonomie van de patiënt is gebaseerd op het vrijheidsideaal van elk mens. Deze vrijheid is echter beperkt door de begrenzing van de vrijheid van de andere mens. Gebaseerd op deze stelling moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen ongehuwde transseksuelen en transseksuelen die getrouwd zijn en kinderen hebben. Bij ongehuwde transseksuelen stelt SRS-therapie geen aanvullende vragen. Bij de gehuwden (met of zonder kinderen) zal SRS-therapie een duidelijke aantasting van het leven van de andere leden van het gezin kunnen veroorzaken. Sociale interventie ligt dan ook voor de hand. De omgeving moet betrokken worden bij de vraag tot en de behandeling van de transseksueel. Aangezien kinderen de kwetsbaarste partners in deze setting blijven, zal een juridische dekking de voorkeur genieten (scheiding, toezicht op de toewijzing van de kinderen). De psychologische ondersteuning van de omgeving zal moeten worden toevertrouwd aan de psychiater/psycholoog. De transseksueel moet echter de omgeving in contact met de hulpverlener brengen.

6. Moet de gemeenschap de behandeling van de transseksueel financieel ondersteunen?

Ook op maatschappelijk vlak heeft deze vraag gevolgen. Ofschoon de transseksueel zich, zoals hierboven vermeld, niet als patiënt wenst aan te bieden, wil hij wél een beroep doen op de solidariteit van de gemeenschap voor zijn behandeling. Dit is alleen mogelijk als hij voldoet aan het patiënten-criterium. Wanneer er een schaarste is aan middelen, vormt de keuze van het aanwenden hiervan ten voordele van de transseksueel een volgend discussiepunt.

In de gezondheidszorg is de opstelling van prioriteiten niet eenvoudig. De keuze voor de levenskwaliteit van de transseksuele mens zal zeker niet door iedereen gedeeld worden. Toch denken wij dat, ondanks de gezondheidseconomische afwegingen van de 'Quality' ('quality of life'), de vraag naar optimale gezondheid van elke mens belangrijk is (Williams 1992). Een maatschappij die zich beschaafd noemt, kan de nood van een weliswaar kleine minderheid niet negeren. Anders komt men

terecht in de rantsoeneringspiraal die verworpen wordt in onze Westeuropese cultuur (Hunt 1993) - dit in tegenstelling tot het USA-model (Callahan 1993). Hierbij is o.i. niet de vraag naar de keuze tussen wel of niet behandelen het voornaamste, maar het zo rationeel mogelijk behandelen. Het antwoord hierop is dat een keuze voor SRS-behandeling bij een transseksueel zal zorgen voor een reïntegratie in de maatschappij, met nadien zeker een toegenomen kwaliteit van leven.

Samenvattend zij wij van oordeel dat de transseksueel die transseksualisatie verlangt volgens ons een patiënt en geen klant is en dat deze mens net als anderen een beroep kan doen op de intermenselijke solidariteit om zijn algemeen welzijn (=gezondheid) te bevorderen.

Besluit

Behalve maligne dwangsyndromen is transseksualiteit de enige psychiatrische diagnose die een chirurgische 'ingreep' als mogelijke therapeutische consequentie heeft. Medisch-ethische bedenkingen over deze diagnose en haar behandeling zijn noodzakelijk, omdat de veranderingen ingrijpend zijn, zowel op lichamelijk, psychisch, familiaal als sociaal vlak.

Genderdysforie is een niet cultureel gebonden fenomeen, universeel aanwezig. Onze westerse maatschappij, die sterk uitgaat van de dichotomie tussen de twee seksen, heeft de geslachtsaanpassende hormonale en chirurgische therapie als antwoord op het transseksuele lijden.

De psychiatrie heeft de taak de genderdysfore klacht op haar authenticiteit te schatten. Vooral de psychotherapeutische onmogelijkheid de kerngenderidentiteit te beïnvloeden doet de medische wereld besluiten tot een aanpassing van het lichaam. Als de DSM-III-R-diagnose en de Standards of Care gerespecteerd worden, blijken de follow-up-onderzoeken in 90% van de gevallen een bevredigend tot zeer goed resultaat aan te tonen. Tijdens de 'real life test', waarin ook psychische begeleiding plaatsheeft, kan de constantheid van de genderdysforie getoetst worden. De test biedt ook de mogelijkheid de niet-genderspecifieke problemen die voor het slagen van de behandeling van grote betekenis kunnen zijn (o.a. niet verwerkte psychische traumata, sociale aanpassing, fysieke bijzonderheden) te evalueren en psychotherapeutisch bij te sturen.

Of er een causaliteitsrelatie is tussen genderdysforie en psychopathologie, en zo ja welke, blijft een boeiend onderzoeksveld.

Literatuur

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

(Third Edition Revised). Washington, DC, 1987.

Abraham, A.G. (1931), Genitalumwandlung an zwei männlichen Transvestiten. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik*, 223-226.

Baasstrup, P.C. (1966), Transvestism - a psychiatric symptom. *Excerpta Medica*, 117, 109-110.

Benjamin, H. (1966), The transsexual phenomenon. New York, *The Julian Press*, Inc. Publishers.

Benjamin, H. (1985), Standards of care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. Developed by the H. Benjamin International Gender Dysphoria Association. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 79-90.

- Blanchard, R. (1985), Typology of male to female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 247-258.
- Broekman, J.M. (1986), Transseksualiteit: het uiterlijk als norm en als waarde. In: *Transseksualiteit*, Gooren L.J.G. (Ed.). Alphen a/d Rijn, Samsom Stafleu.
- Bullough, V.L. (1975), Transsexualism in History. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 561-571.
- Callahan, D. (1987), *Setting Limits*. New York, Simon and Schuster.
- Cauldwell, D.O. (1949), Psychopathia Transsexualis. *Sexology*, 16, 274-80.
- Coleman, E., Colgan, P. en L. Gooren (1992), Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): a description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 313-21.
- Cohen-Kettenis, P. en B. Kuiper (1984), Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 3, 153.
- Commander, M. en C. Dean (1990), Symptomatic transsexualism. *British Journal of Psychiatry*, 156, 894-896.
- Cuypere, G. de (1993), Schizophrenia and symptomatic trans-sexualism: two case reports. *European Psychiatry*, 8, 163-67.
- Dekker, R., en L. van de Pol (1989), *Vrouwen in mannenkleren*. De geschiedenis van een tegendraadse traditie. Europa 1500-1800. Amsterdam, Wereldbibliotheek.
- Dolan, J.O. (1987), Transsexualism: syndrome or symptom? *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 666-73.
- Eicher, W. (1984), *Transsexualismus*. G. Fisher, Stuttgart/New York.
- Ellis, H. (1936), *Psychology of sex*. Random House. New York. 1936.
- Gooren L.J.G. (1990), *Hij ten Zij*. Inaugurale rede. Amsterdam.
- Graves, R. (1960), *The Greek Myths I*. Penguin Book Ltd, 260-62.
- Green, R. en J. Money (1968), *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore, Johns Hopkins Press.
- Hellinga, G. (1994), Over de culturele gebondenheid van AS II van DSM-III-R. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 20-31.
- Hoening, J. en J.C. Kenna (1974), The nosological position of transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 273-87.
- Hunt, R.W. (1993), A critique of using aging to ratio health care. *Journal of Medical Ethics*, 19, 19-23.
- Huyse, F.J. (1986), Psychiater en transsexueel. In: *Transseksualiteit*, Gooren L.J.G. (Ed.). Alphen a/d Rijn, Samsom Stafleu.

- Kessler, S.J. en W. McKenna (1978), *Gender. An ethnomethodological Approach*. New York.
- Krafft-Ebing, R. von (1924), *Psychopathia sexualis*. Ferdinand Enke, Stuttgart.
- Kuiper, A.J. (1990), *Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling*. Academisch Proefschrift, V.U. Amsterdam.
- Kuiper, A.J., H. Asscheman en L.J.G. Gooren, (1992), Transseksualiteit. III. De tweede diagnostische fase: de 'real-life test'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136, 1898-901.
- Lothstein, L.M. (1979), Psychodynamics and sociodynamics of gender dysphoric states. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 214-38.
- Lothstein, L.M. (1982), Sex Reassignment surgery: historical, bioethical, and theoretical issues. *American Journal of Psychiatry*, 139, 417-26.
- Lothstein, L.M. (1984), Psychological testing with transsexuals: a 30 year review. *Journal of Personality Assessment*, 48, 500-7.
- Lundström, B., I. Pauly en J. Wälinder (1984), Outcome of sex reassignment surgery (review article). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 289-99.
- Meyer, J.K. (1982), Theory of gender identity disorders. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 381-418.
- Millot, C. (1983), *Horsexe. Essai sur le transsexualism*. Paris, Point Hors Ligne.
- Money, J. en A.A. Ehrhardt (1972), *Man and woman, boy and girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Morgan, A.J. (1978), Psychotherapy for transsexual candidates screened out of surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 273-85.
- Murray, J. (1985), Borderline manifestations in the Rorschachs of male transsexuals. *Journal of Personality Assessment*, 49, 454-66.
- Nanda, S. (1985), The Hijras of India: Cultural and individual dimension of an institutionalized third gender role. *Journal of Homosexuality*, 11, 35-54.
- Person, E. en L. Ovesey (1974), The transsexual syndrome in males secondary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 174-93.
- Ross, M.W. (1986), *Causes of Gender Dysphoria in Transsexualism and Sex Reassignment*. (Ed.) W.A.W. Walters and M.W. Ross, Oxford University Press.
- Rubens, R., G. de Cuypere, J. Gerlo, G. Matton., S. Monstrey, M. Vervaeck, C. Jannes en A. Vermeulen (1989), Transseksualiteit: Probleemschets en benadering. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 45, 313-25.
- Scheirlinck, M. (1993), *'Mannelijk'/'Vrouwelijk': de maatschappelijke constructie van gender*. Een interkulturele verkenning. Licentieverhandeling. R.U.G.

Socarides, C. (1969), The desire for transsexual transformation: a psychiatric evaluation of transsexualism. *American Journal of Psychiatry*, 125, 1419-25.

Springer, A. (1981), *Pathologie der geschlechtlichen Identität. Transsexualismus und Homosexualität: Theorie, Klinik, Therapie*. Wenen, Springer Verlag.

Stoller, R.J. (1968), *Sex and gender*. New York, Science House.

Stoller, R.J. (1972), Etiological factors in female transsexualism: a first approximation. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 47-64.

Stoller, R.J. (1975), The transsexual experiment. In: *Sex and Gender*, vol 2. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Truog, R.D. en T.A. Brennan (1993), Participation of physicians in capital punishment. *New England Journal of Medicine*, 329, 1346-1350.

Westphal, C. (1869), Die conträre Sexualempfindung. *Archive für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 2, 73-108.

Williams, W.L. (1985), Persistence and change in the Berdache tradition among contemporary Lake Indians. *Journal of Homosexuality*, 11, 191-200.

Williams, A. (1992), Cost-effectiveness analysis: is it ethical? *Journal of Medical Ethics*, 18,7-11.

Summary: A medical-ethical approach to transsexualism and sex reassignment therapy

The acceptance and the implementation of Sex Reassignment Surgery as a treatment for transsexuals evokes a number of considerations and questions about the medical-ethical aspects of transsexualism and its therapy. In this paper considerations about an ethically justified therapeutic strategy are centred around six discussion topics: the cultural particularity of transsexualism, the necessity of an organic-medical approach to the problem, the relationship of transsexualism to psychiatry, the significance of the diagnosis, the patient's participation in the decision making process and the implications for health care funding.

G. De Cuypere is psychiater, chef de clinique Adolescenten-unit en Ontwenningsskliniek, psychiatrisch consulent Gender-team aan de Psychiatrische Kliniek, UZ, Gent; C. Jannes is psychiater, diensthoofd Psychiatrische Kliniek, vakgroepvoorzitter Psychiatrie en Neuropsychologie, Psychiatrische Kliniek, UZ, Gent; R. Rubens is specialist inwendige ziekten, docent Vakgroep inwendige ziekten (vakgebied endocrinologie) en endocrinoloog van het Gender-team.

Correspondentieadres: Dr. G. De Cuypere, Psychiatrische Kliniek, Universitair Ziekenhuis, De Pintelaan 185, 9000 Gent, België.