

Diagnosestelling en hulpverlening bij transseksuele en transgender cliënten

© 2003 Drs. Arianne van der Ven

Inleiding	2
1- Leeswijzer	2
2- Voor wie is deze brochure geschreven?	2
3- Verschuivingen in het zorgveld die aanleiding vormen tot de hulpvraag.	3
I- Vóórafgaand aan de diagnostische gesprekken	4
1- De structuur van het hulpverleningsproces	4
2- Informatie die tijdens het eerste gesprek gegeven moet worden	5
3- Wat wordt u gevraagd te beoordelen?	6
4- Gereedheid voor de behandeling.	7
5- Het identiteitsvormingsproces	8
II- Het stellen van de diagnose	12
1- Specifieke aandachtspunten bij de diagnostische gesprekken	12
2- Diagnoses die uitgesloten moeten worden	13
3- Extra diagnostische stappen en behandeling bij transgenderisten	15
4- Bijkomende of 'co-morbide' stoornissen.	17
III- Na de diagnose	18
1- Het medisch traject	18
2- De begeleiding en behandeling gedurende de transitie.	18
Bijlagen	22
1- DSM-IV diagnostische criteria voor Genderidentiteitsstoornis en Genderidentiteitsstoornis Niet Anderszins Omschreven	22
2- Risico's bij geslachtsveranderende operaties.	23
Referenties	24

1- Leeswijzer

Deze brochure voorziet hulpverleners van richtlijnen bij de diagnose en behandeling van transseksuelen en transgenders. Bent u geïnterneerd in de verschillende toegestane behandeltrajecten, en mogelijke identiteitsvormingsprocessen en transitie-uitkomsten, lees dan hoofdstuk één. In hoofdstuk twee komt de differentiële diagnostiek aan bod, samen met vaak aangetroffen co-morbide problematiek, de gevraagde psychologische rapportage, en de extra diagnostische stappen die worden gebruikt voor de assessment van cliënten die een gedeeltelijke behandeling wensen. Het gebruik van vertrouwde therapeutische handelwijzen bij transitieproblemen wordt besproken en geïllustreerd in hoofdstuk drie.

2- Voor wie is deze brochure geschreven?

Deze brochure is geschreven voor psychiaters en psychologen die worden benaderd door volwassen cliënten die hun genderproblematiek willen onderzoeken. Sommigen van deze cliënten vragen hen de diagnose 'genderidentiteitsstoornis' te stellen, die hen toegang geeft tot een gehele of gedeeltelijke medische behandeling.

Genderidentiteitsstoornissen zijn zeldzaam en kunnen ingrijpende gevolgen hebben. Therapeuten kunnen daarom menen deze cliënten niet te kunnen helpen. De psychische processen waartoe transseksualiteit aanleiding geeft verschillen echter in veel opzichten niet zoveel van cliënten met andere problemen (zie hft III).

De auteur is psychologe en heeft in de VS een kleine vijftig volwassen transseksuelen begeleidt, waarvan de meerderheid Man naar Vrouw (M-V) transseksueel was. Zij zag de meeste in het kader van hun diagnose en transitie, anderen in hun leven met HIV en AIDS. Dit geeft een aantal beperkingen op deze brochure. Voor richtlijnen met betrekking tot minderjarigen (jongeren tot achttien jaar) wordt u naar de referenties verwezen (zie HBIGDA). Ook heeft deze auteur geen specifieke kennis van het identiteitsvormingsproces bij Vrouw naar Man transseksuelen (V-M). Wel worden de diagnostische criteria voor zowel V-M als M-V beschreven. Waar de Nederlandse behandel situatie afwijkt van de richtlijnen (bijvoorbeeld vanwege verzekeringskwesties), wijst de auteur hierop.

Transseksueel is een term uit de psychopathologie, en wordt hier afwisselend gebruikt met de meer inclusieve term *Transgender*. De laatste term duidt al diegenen aan die een genderconflict ervaren, of ervaren hebben, of zij hiervoor nu een gehele of gedeeltelijke medische oplossing voor wensen of niet.

Sinds 1994 wordt niet meer de diagnose 'transseksualiteit', maar de diagnose 'gender identiteitsstoornis' gesteld. Het woord 'genderidentiteit' geeft duidelijker weer waar het bij transseksuele cliënten om gaat: het herstel van het geheel van lichaam en lichaamsbeeld, en presentatie en identiteit, zodat de cliënte perspectief heeft op een leven dat bij haar past.

De diagnose genderidentiteitsstoornis dient om vast te stellen dat de vraag om een verrekende medische behandeling *niet* uit een psychologische stoornis voortkomt. Het is als zodanig misschien de enige psychiatrische diagnose die staat voor een absentie van psychopathologie. De HBIGDA

staat achter de handhaving van deze diagnostische categorie in het DSM IV, om de legitimiteit van de medische behandeling en haar vergoeding door ziektekostenverzekeraars te blijven verzekeren.

3- Verschuivingen in het zorgveld die aanleiding vormen tot de hulpvraag.

De vraag naar een diagnosestelling buiten de twee in Nederland bestaande genderteams komt vooral voort uit de lange wachttijden die hier zijn ontstaan. Nu het Europese Hof de ziektekostenverzekeraars verplicht om bij lange wachttijden een operatie binnen de EU te vergoeden, kunnen transseksuelen ook een traject buiten de genderteams om volgen.

Vanwege dezelfde wachtljsten zien cliënten van genderteams gedurende hun transitieperiode gemiddeld één maal per kwartaal een psychologe van het team. Cliënten van genderteams kunnen zich dus ook tot u wenden voor ondersteunende gesprekken bij het vormen van hun nieuwe identiteit.

Tot slot zijn er vele cliënten die een gedeeltelijke geslachtsveranderende behandeling wensen. De organisatie van hulpverleners die zich bezig houden met transgender zorg onderschrijft in bepaalde gevallen de noodzaak tot deze zorg. Nederlandse genderteams kunnen echter binnen het in 1984 door de Gezondheidsraad geschapen behandelingsprotocol nog niet overgaan tot behandeling van deze groep. Zolang deze nog niet zijn aangepast kunnen ook deze cliënten zich tot u wenden.

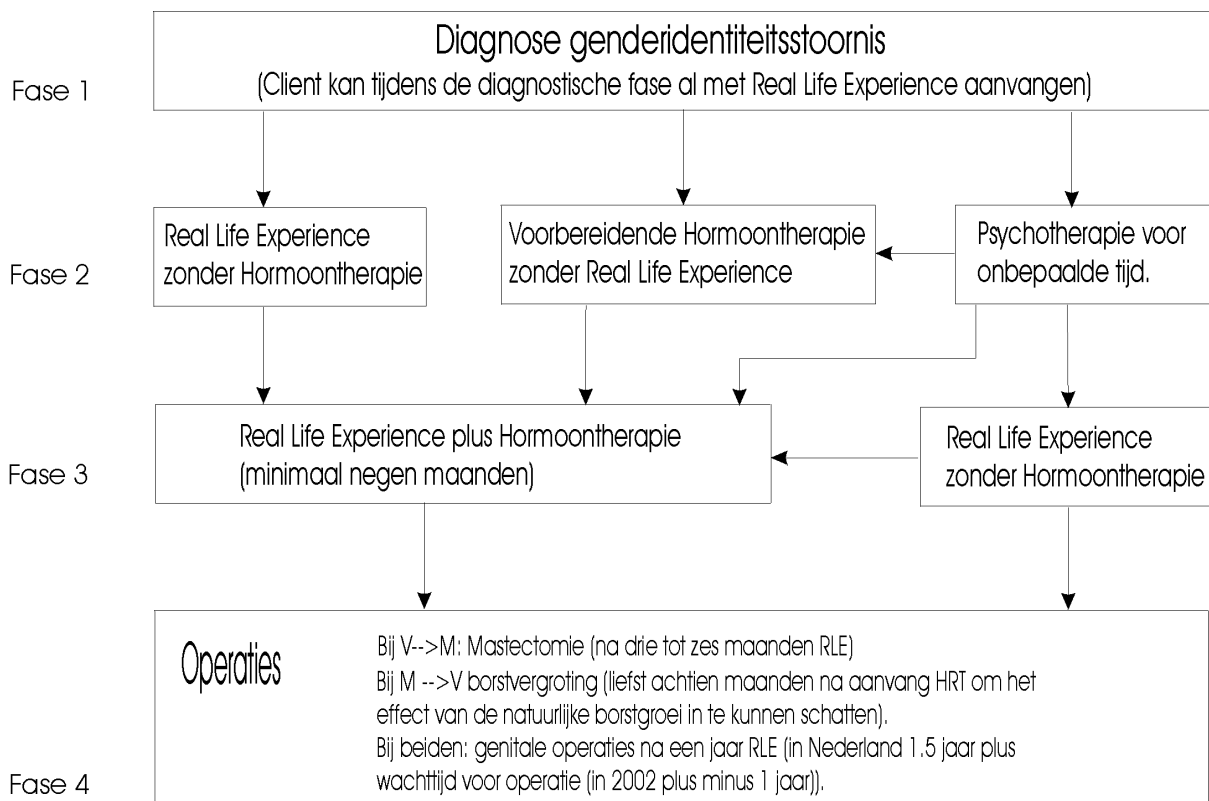
I- Vóórafgaand aan de diagnostische gesprekken

1- De structuur van het hulpverleningsproces

Als diagnosticus of psychotherapeut heeft u niet alleen een taak heeft tegenover uw cliënte, maar ook tegenover de medische hulpverleners waartoe u haar toegang geeft.

Mede daarom is de structuur van het behandelingsproces van transseksuele en transgender cliënten vastgelegd in de *Standards of Care* (SOC) van de Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). De HBIGDA is de internationale organisatie van hulpverleners aan transgenders. De structuur van de behandeling wordt bepaald door drie therapeutische componenten: de hormoontherapie, de Real Life Experience (RLE) en/of psychotherapie, en mogelijke chirurgische ingrepen. In figuur 1 ziet u de verschillende fasen van de behandelingstrajecten die in de zesde versie van de SOC onderscheiden worden.

Deze brochure houdt zich voornamelijk bezig met de diagnosestelling, gevolgd door een RLE. De RLE is de periode gedurende welke de transseksuele cliënte het leven in de andere genderrol kan ervaren, zonder dat nog onomkeerbare medische stappen genomen zijn. Het doel van de RLE is om te zien of de cliënte in de andere genderrol kan overleven. Sommige cliënten komen gedurende de RLE op hun voornemens terug.



Figuur 1: de verschillende behandeltrajecten. De behandeling kan op ieder moment in deze flow chart afdoende blijken.

Volgens de SOC kan een cliënte ook tot hormoontherapie en bepaalde chirurgische ingrepen komen (niet de genitale operatie) langs een psycho-therapeutisch proces zonder RLE. Dit heeft volgens de SOC niet de voorkeur. De grootste zorg is dat de cliënt zijn levensdilemmas en de sociale gevolgen van de transitie niet aankan, en meent deze te kunnen ontwijken, of uit te kunnen stellen tot ná een onomkeerbare medische behandeling. Minder omstrede is het starten van hormoontherapie een aantal maanden voorafgaand aan de RLE, als u zichzelf reëel kunt overtuigen dat deze dan ook voorbereid wordt (zie I-4a). De SOC-6 streeft binnen deze grenzen een individuele behandeling na voor iedere cliënt.

Bovenstaand schema veronderstelt een cliënte die niet reeds langere tijd als vrouw functioneert en nog geen hormonen gebruikt. Cliënten die aantoonbaar reeds langere tijd in de andere genderrol leven en werken, kunnen na de diagnose toe met een minder lange, of géén RLE periode voordat hormoontherapie of verwijzingen voor operaties gegeven kunnen worden. Bij bestaand opgesuperviseerd hormoongebruik is het wenselijk dit gebruik onder controle van een endocrinoloog of een ter zake kundig huisarts te krijgen (voor een huisartsenbrochure omtrent hormoonbehandeling zie <http://www.europeants.org>).

Voor cliënten die voorafgaand aan de diagnose niet in de andere genderrol geleefd hebben is de bovenstaande routekaart juist wel heel belangrijk. Het stelt deze cliënten in staat tot een gefaseerde en veilige transitie. Het geeft hen de tijd om in iedere fase weer enige reële vooruitgang te boeken in hun identiteitsvorming en functioneren, zodat zij op basis van concrete levenservaringen kunnen kiezen om al dan niet een overgang naar een volgende behandelingsfase te maken. Het is belangrijk dat de cliënt gedurende iedere fase de consequenties van haar beslissingen begrijpt, het sociale draagvlak voor haar transitie versterkt, en in haar eigen belang blijft optreden in niet gender gebonden conflicten. Naast deze *voorbereidende* criteria zijn er ook duidelijke *voorwaardelijke* criteria, zoals het minimaal een jaar in de andere genderrol geleefd heeft voordat de cliënte in aanmerking kan komen voor genitale operaties. Deze voorwaardelijke en voorbereidende criteria dienen vooraf aan het transitieproces aan de cliënte uitgelegd te worden.

2- Informatie die tijdens het eerste gesprek gegeven moet worden

2a- Verzekeringskwesties

Het is bijzonder triest als een cliënte na een intensief diagnosetraject merkt dat haar ziektekostenverzekeraar een verlangde medische procedure niet vergoedt. Sociale ziektekostenverzekeraars (de oude ziekenfondsen) zijn aan een minimaal pakket vergoedingen gehouden (waaronder baardverwijdering, psychotherapie, hormoonbehandeling en genitale operaties en hulpmiddelen als pruiken). Een sociale ziektekostenverzekeraar kan vergoedingen voor cosmetische operaties aan het gezicht weigeren. Een privé verzekeraar is niet gehouden aan hetzelfde minimumpakket, en kan vergoeding van bijvoorbeeld baardverwijdering weigeren.

Het is daarom goed dat een cliënte na het kennismakingsconsult een aantal vragen aan haar verzekeraar stelt. Daarnaast kan het goed zijn om de cliënte te waarschuwen dat – als zij bijvoorbeeld geen hormoontherapie wenst, maar wel een behandeling die gewoonlijk verderop het behandelingstraject ligt (een borstverwijdering) – zij problemen kan ervaren bij het verkrijgen van

een vergoeding. Bij M-V's worden borstvergrotingen soms alleen vergoed als zij tegelijk met een genitale operatie worden aangevraagd. Bij cliënten die twee verschillende diagnose stellende behandelaars inschakelen (bijvoorbeeld U en een genderteam), kan een verzekeraar wachten met toezegging van een vergoeding, totdat de laatst rapporterende instantie haar fiat geeft. Dit zijn de belangrijkste valkuilen.

2b- De diagnostische relatie.

Als duidelijk wordt dat de cliënte een diagnose wenst voor een medische behandeling, kunt u haar de mogelijke behandelingstrajecten voorleggen en de functie van de diagnostische gesprekken en uw rol poortwachters en begeleider uitleggen. Uw cliënte weet waarschijnlijk dat zij zonder diagnose geen perspectief heeft op een medische behandeling en een leven in haar doelgeslacht. Veel cliënten voelen zich ongemakkelijk in deze relatie. Zij kan u een aantal vragen stellen die het best in een open atmosfeer besproken kunnen worden. U kunt daarbij het aangeven:

- 1- Het doel van de diagnose is om te bekijken wat de cliënte wenst en nodig heeft om in haar toekomstige genderrol te leven.
- 2- U bent niet gekant tegen een medische behandeling. Transseksualiteit is echter heel serieuze problematiek omdat vaak moeilijke levenskeuzes en een belastend behandelingstraject met zich mee brengt. Dit is een gelegenheid waarbij de cliënt kan vertellen hoe zij dit ziet en haar ambivalenties of angsten kan bespreken.
- 3- Het doel van de assessment is *niet* om te bepalen of de cliënt een vrouw is, en of zij als vrouw ook gelukkig zal worden. Dat kan zij alleen zelf bepalen na verloop van de RLE. Als diagnosticus bent u erop gericht om te bepalen:
 - a- hoe het genderconflict het leven van de cliënt beïnvloed heeft,
 - b- of een medisch traject op zich voldoende is om de meeste problemen van de cliënt op te lossen.
 - c- welke problemen op zouden kunnen treden gedurende de transitie en een medische behandeltraject. Wat zijn de waarschijnlijke sociale gevolgen van een transitie (in de partner-, werkgever- en ouderrelatie) en hoe wil de cliënt hier mee om gaan?
- 4- Voor het stellen van de diagnose zijn gewoonlijk zes gesprekken nodig, en gedurende deze tijd kunt u niet vooruitlopen op uw diagnose.

Uw cliënt zal u wellicht toch al na de eerste sessie vragen of u meent dat zij in aanmerking komt voor een medisch traject. Zij kan zich vaak niet voorstellen hoe u haar anders kunt helpen. Indien u echter voortijdig de cliënt een hint geeft, houdt u haar een 'worst' voor die u haar vandaag nog niet geeft, maar morgen misschien wel. Dat kan het onderzoeken van andere oplossingen voor het identiteitsconflict onmogelijk maken.

3- Wat wordt u gevraagd te beoordelen?

De eerste stap in de behandeling bestaat gewoonlijk uit een serie van zes gesprekken over een periode van drie maanden. Gedurende deze periode zijn er twee belangrijke aandachtspunten:

- a- het al dan niet stellen van een diagnose 'genderidentiteitsstoornis'.** Hierbij maakt u gebruik van het DSM-4 systeem van de Amerikaanse Vereniging voor Psychologen (APA) en

de daarin gebruikte definitie van genderidentiteitsstoornissen (zie bijlage 1). Een uitgebreide differentiële diagnostiek vindt u in hoofdstuk II.

- b- het toetsen van de gereedheid tot een medisch traject.** Daarbij kunt u gebruik maken van de zogenoemde '*Standards of Care*' (afgekort SOC) van de internationale vereniging van hulpverleners aan transseksuelen, de Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) (zie referenties).

Gedurende de RLE komt hier een derde aandachtspunt bij: het beoordelen van de vooruitgang van de cliënt bij het maken van haar eigen keuze, en de mate waarin zij de problemen die zij gedurende deze tijd ontmoet voor haarzelf bevredigend kan oplossen.

4- Gereedheid voor de behandeling.

Als een genderidentiteitsstoornis is vastgesteld komt de vraag aan de orde of uw cliënt een transitietraject aan kan. Om dit te helpen bepalen schreef de vijfde versie van de SOC voor dat de cliënt tenminste drie maanden in de andere genderrol geleefd moest hebben voordat een indicatie voor hormoontherapie gegeven kon worden. In de zesde (en nieuwste) versie van de SOC is de mogelijkheid geschapen om de cliënt een hormoontherapie en baardepilatie voor te schrijven die haar in staat stelt om gedurende de sociale overgang wat beter voor de dag te komen. Hieraan zijn wel enkele voorwaarden verbonden (zie I-4a) . Voor genitale operaties (maar niet voor de borstvergroting of verkleining) schrijft de SOC een minimum RLE van een jaar voor. Genderteams of individuele behandelaars zijn vrij een langere RLE te hanteren (Nederlandse genderteams vragen bij genitale operaties een RLE van anderhalf jaar).

5- Problemen bij het aangaan van de RLE

Sommige cliënten leven bij aanmelding reeds in de andere genderrol, sommigen doen dat part time, en anderen in het geheel niet. Cliënten die geen ervaring hebben in de andere genderrol en er tegen opzien zichzelf in deze rol te tonen, kunt u wijzen op mogelijkheid dit eerst te oefenen in een beschermde omgeving (zie LKG T&T, Humanitas en Het Jongensuur onder referenties).

Om de genderroltransitie iets te vergemakkelijken kunnen cliënten ook vragen om een indicatie voor hormoonbehandeling en baardverwijdering voorafgaand aan de transitie. De SOC staan toe om drie tot zes maanden lang een indicatie voor een voorbereidende hormoontherapie en baardverwijdering te geven. Hierbij geldt wel dat er eerst een genderidentiteitsstoornis moet zijn gediagnosticeerd. Daarnaast dient u zich ervan te vergewissen dat de cliënt de genderroltransitie wel aankan. U kunt dit bijvoorbeeld nagaan door de cliënt te vragen haar ouders, partner of het hoofd personeelszaken van haar bedrijf in te lichten, en mee te nemen naar een gesprek ter voorbereiding van de komende genderrol transitie. De cliënt kan immers in conflict komen als zij wel een hormoontherapie gestart is maar een genderroltransitie niet aankan. Dit kan als een bijzonder pijnlijk dilemma worden ervaren. Enerzijds bevestigt de hormoontherapie haar in haar doelgeslacht, anderzijds blijft het onbereikbaar. Er mag dus niet zomaar tot een voorbereidende hormoonbehandeling besloten worden.

Indien de cliënt uitsluitend een medische behandeling wenst, en (nog) geen genderroltransitie, kan er geen diagnose genderidentiteitsstoornis gesteld worden. Er is dan sprake van een andere stoornis (zie II-2) of een nog niet tot oplossing gekomen genderconflict. Om dit conflict te verhelderen kunt u een M-V cliënte vragen stellen als: welke relaties als man zijn hem dierbaar? Welke aspecten van zijn manlijke persoonlijkheid is hij bang te verliezen? Zou hij wel als vrouw zou willen leven als hij een geheel vrouwelijk lichaam had? Zo niet, hoe zou hij dit lichaam willen verbergen? Hoe zou hij als man relaties willen aangaan in een vrouwenlichaam? Kan hij genderrol en lichaam echt scheiden? Wat zou hij met zijn baart en stem willen doen? Wenst hij/zij een androgyne presentatie die zowel bij mannen als vrouwen past?

Voor cliënten die een gedeeltelijke geslachtsveranderende operatie wensen wordt u verwezen naar hoofdstuk III-2.

Voorafgaand aan een RLE is het belangrijk dat de cliënte samen met u vastlegt wanneer de RLE voor haar een succes zal zijn. Ook kunt u met haar bespreken waar de grootste persoonlijke en sociale problemen zich zouden kunnen voordoen. U kunt dan voorafgaand aan de RLE helpen om deze problemen gestructureerd en in fasen aan te pakken en een zo groot mogelijk sociaal draagvlak voor de transitie te creëren. U kunt ook helpen met partnersgesprekken, om de gevolgen van een transitie voor de relatie te bespreken, en bij het opstellen van een brief waarin zij haar voornemen kenbaar maakt aan haar personeelschef, opleiding, collega's, vrienden en familie. Sommige transseksuelen zijn bang dat als zij na de RLE zouden besluiten om weer in hun oorspronkelijke genderrol te gaan leven, hun werk- en leefomgeving hen niet meer als een 'echte man' zou accepteren. Dit blijkt echter meestal niet zo te zijn en is veelal afhankelijk van de sociale vaardigheden en inzet van de cliënt.

Copingstijlen van de cliënt kunnen al dan niet zijn aangepast op haar transitietaken. Als de cliënt bijvoorbeeld sterk vermijdend of ontkenkend is, kan haar transitie met sterk isolement en crisissituaties gepaard gaan. Bij deze cliënten is het goed om uw instemming met een medisch traject te verbinden aan een intensiever begeleidingstraject.

6- Het identiteitsvormingsproces

Bij kinderen neemt rond een jaar of zes het vergelijk met de leeftijdgenoten van de eigen sekse sterk toe en de tolerantie voor gender-variant gedrag af. Bij sommige kinderen versterkt de druk van de leeftijdgenoten een al duidelijk gevoeld genderprobleem, en zij kunnen de wens een meisje of jongen te zijn sterk naar voren brengen. De meeste van hen geven hun transseksuele wensen op voor of tijdens het intreden van de puberteit. De auteur kan geen specifieke expertise aanbieden bij de hulpverlening aan deze groep.

De meerderheid van de transseksuele cliënten vraagt pas later om professionele hulp.

Over de fasering van het identiteitsvormingsproces bij deze transseksuelen bestaat geen literatuur, maar wel over dat bij andere groepen, zoals homoseksuelen. Cox en Gallois (1996) beschrijven een lineair proces van vage gewaarwording (fantasieën), experimentatie, zelf-tollerantie, voorlopige adoptie, actieve experimentatie, identiteitsvergelijking met anderen (*identity comparison*), selectieve en wijdere *coming out*, volledige adoptie (trots), integratie van de seksuele identiteit met andere delen van het zelf, zelfacceptatie en het weer opnemen van het gewone leven. Cox en Gallois

onderstrepen dat dit een duidend model is dat niet normatief gebruikt kan worden. Het dient ter oriëntatie op mogelijke toekomstige problematiek.

Een belangrijk verschil tussen homoseksuele en transseksuele identiteitsvorming is dat het bij de eerste gaat om de seksuele gerichtheid, en bij de tweede om belichaming, zelfpresentatie, genderrol en seksuele rol. Het identiteitsvormingsproces bij transseksuelen kan op één of al deze aspecten van gender aanvangen, bijvoorbeeld met 'klieken' met de meiden (genderrolgedrag), onlust met het eigen lichaam, travestie (zelfpresentatie), of seksuele fantasieën. Het kan lang duren voordat deze vroege gewaarwordingen samensmelten tot een duidelijke wens.

Een 'adoptie' van deze wens legt ook een bom onder alle aspecten van het bestaande functioneren als jongen of meisje. Actieve experimentatie wordt bijvoorbeeld bemoeilijkt door veel praktische zaken (het verkrijgen van kleding, make-up en een beschermde omgeving voor experimentatie). Daarnaast is de (M-V) transseksueel nog geen 'vrouw' als zij dit tegen haar omgeving zegt. Gender is een publieke zaak. De medepassagiers in de bus maken zelf uit of zij een transseksueel of een vrouw zien. De mate waarin uw cliënt voor haar doelgeslacht kan doorgaan (*'passabel'* is) bepaald mede in hoeverre zij fasen in haar identiteitsvormingsproces kan afronden. Als uw cliënt (nog) geen relaties kan aangaan waarin zij haar nieuwe zelf eigen kan maken, kunnen 'trots', integratie en zelfacceptatie bemoeilijkt worden.

Door al deze factoren kunnen de uitkomsten van het identiteitsvormingsproces bij gender dysfore cliënten heel verschillend zijn. De één compartimentaliseert de vrouwelijke identiteit lange tijd door het parttime te leven als vrouw of man zonder lichamelijke aanpassingen (als bij travestie), de ander laat allerlei operaties uitvoeren, met of zonder een uitgesproken manlijke of vrouwelijke presentatie.

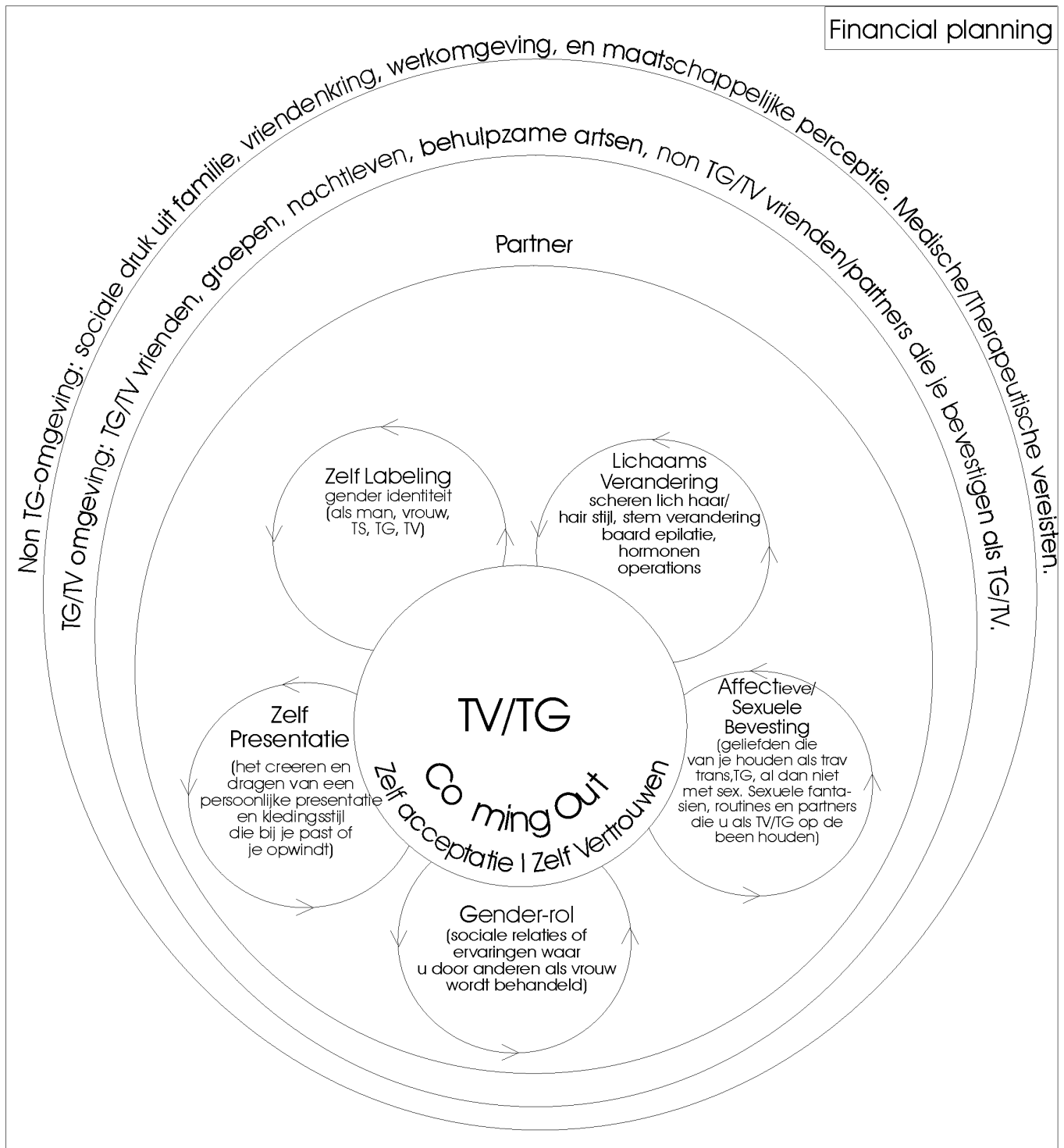
Omdat er zoveel elementen betrokken zijn bij het identiteitsvormingsproces, tonen we de betrokken elementen in een figuur (zie Figuur 2). In dit plaatje worden vijf aspecten van gender getoond (zelfpresentatie, genderrolgedrag, seksuele rol, lichaamsbeeld en zelflabeling). Deze hebben voor iedere cliënt een verschillend gewicht. Deze elementen beïnvloeden elkaar. Als de cliënt eindelijk een leuke zelfpresentatie vindt kan dat haar stimuleren tot meer aangepast rolgedrag, en soms een luikje openzetten voor sluimerende wensen tot lichaamsverandering. Bij een andere cliënt kan het zwaartepunt juist liggen bij het lichaamsbeeld en de zelflabeling (ik ben een 'vrouw' of ik ben een 'man') en stimuleert het aangaan van een medisch traject het zoeken naar een passende zelfpresentatie. Het identiteitsvormingsproces kan dus op allerlei manieren evolueren. Daarnaast wordt het gedrag van de cliënt als 'goed' of 'slecht' gekwalificeerd door haar omgeving, en geremd of geholpen. Het is belangrijk om drie omgevingen in ogenschouw te nemen: de partner, de transgender omgeving waarbinnen de cliënt ervaring opdoet en rolmodellen vindt, en de medewerking van familie, vrienden, de werkomgeving, en de hulpverleners (medici en psychologen).

Figure 1 Transgender Coming Out

De vijf binnenste cirkels geven aan welke persoonlijke aspecten kunnen spelen voor TV/TGs. Deze aspecten zijn anders voor iedere transgender.

De buitenste cirkels helpen om deze ervaringen te kwalificeren als goed of slecht. Zij bepalen de ruimte voor zelf-ontplooiing en zijn formatieve elementen in de ontwikkeling van een TV/TG identiteit.

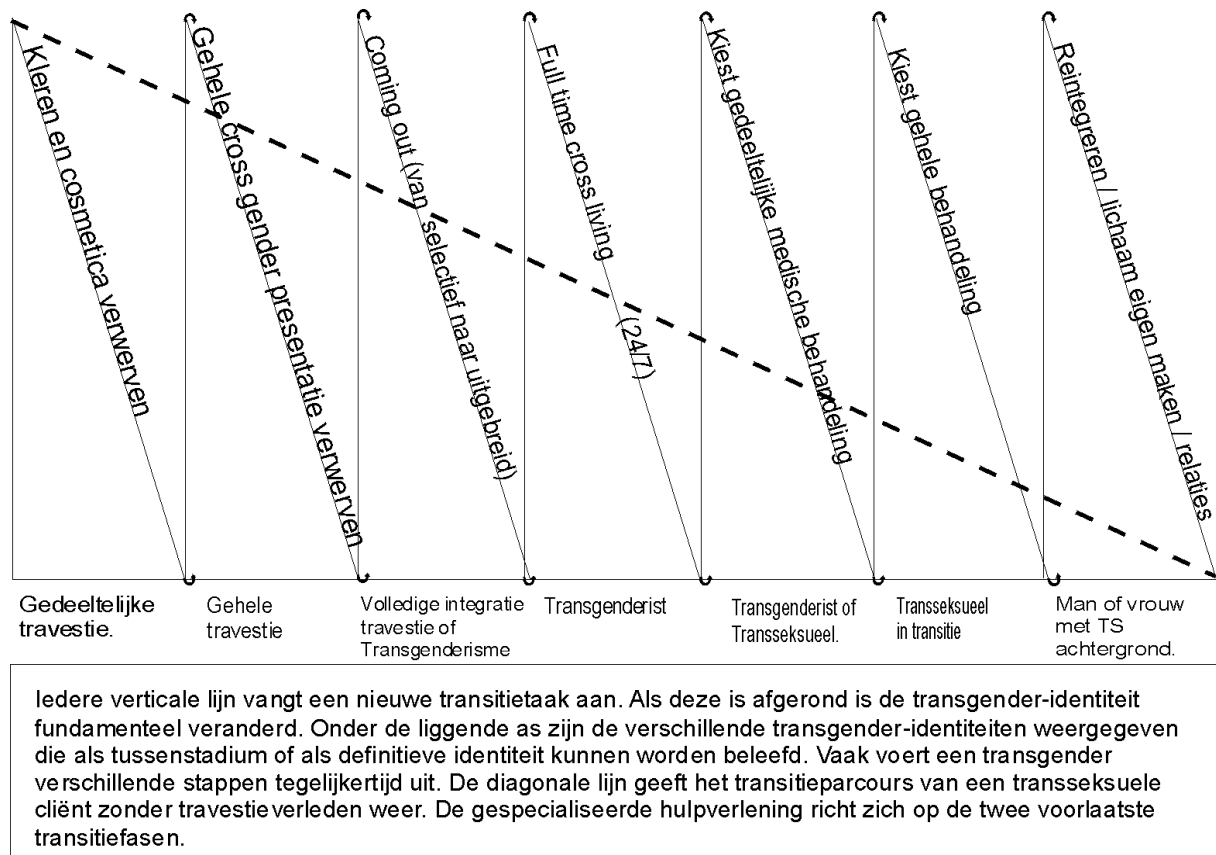
Een verandering op een van al deze aspecten vergroot of verkleint de mogelijkheden van verandering in alle anderen. Met andere woorden, ieder aspect kan als bottleneck of catalysator werken.



Figuur 2: elementen van het transitieproces

Een andere goede manier om het transitieproces van uw cliënt in kaart te brengen is om te kijken naar de verschillende transitietaken die haar genderidentiteit fundamenteel veranderen. Iedere transitietask, ook een schijnbaar alledaagse als het voor het eerst verwerven van gepaste kleding, heeft haar eigen proces van angst --- > doen ---> veranderde zelfbeleving. Een complete transitie bestaat dus uit een aantal kleinere transities.

Sommige cliënten voeren al deze transities na elkaar uit, anderen doen ze allemaal tegelijk, en veruit de meeste transgenders hebben niet alle transities nodig. In figuur 3 zijn verschillende transitietrajecten weergegeven.



Figuur drie: transitietaken op een tijdas

Het zien van transitie-taken als transities op zich, maakt het mogelijk om een aantal transgenderidentiteiten als een continuüm te zien, te inventariseren welke transitie(s) de cliënt reeds achter de rug heeft, en welke transitie(s) zij eigenlijk nodig heeft. Een travestie heeft al een transitie achter de rug. Hoe heeft uw cliënt die doorstaan? Wilt ze van travestiet naar 'transgenderist', of wilt zij naar 'vrouw'?

Tot op het moment dat uw cliënt zich aanmeldt heeft haar identiteit vaak een *emergent* (zich ontwikkelend) en *tentatief* (voorlopig) karakter gehad. Veel transgender cliënten melden zich altijd al man of vrouw te hebben gevoeld, maar het is belangrijk om te onderzoeken waarom het zo lang geduurd heeft voordat zij zich aanmeldden. Uw cliënt zou geen transitie nodig hebben als haar identiteitsvormingsproces reeds afgerond was, en de conflicten en onzekerheden die haar vorige transities begeleidden kunnen wederom optreden. Het is dus goed wat instrumenten te hebben om haar gehele proces in kaart te brengen.

II- Het stellen van de diagnose

1- Specifieke aandachtspunten bij de diagnostische gesprekken

U moet beoordelen of een transseksuele behandeling echt wel een antwoord geeft op de hulpvraag. Het psychologisch rapport voor deze diagnose ziet eruit als alle andere. Onderstaand wordt aangestipt wat u meer specifiek van een transseksuele cliënt zou willen weten.

1a- de aanmeldingsklacht

Wil de cliënt haar transseksuele verlangens onderzoeken, of komt zij specifiek voor een diagnose? Weet zij al of zij een gedeeltelijke of gehele medische behandeling wenst?

1b- Het algemeen niveau van functioneren

Bij transseksualiteit als aanmeldingsklacht heeft de cliënt haar zelfdiagnose al gesteld. In hoeverre is deze persoon echter in staat een goed oordeel te geven? Heeft zij een realistisch beeld van wat een medische behandeling kan bereiken? Zijn er waarnemings-, gedachten- of gevoels- stoornissen die een zelfdiagnose bemoeilijken en niet voortkomen uit het transseksuele dilemma? Heeft de cliënt toegang tot ambivalente gevoelens?

1c- De psychosociale geschiedenis

Geen opmerkingen.

1d- De geschiedenis van de transseksuele gevoelens

Het is voor u belangrijk om vast te stellen hoe duidelijk en intens de transseksuele wensen voor de cliënt gedurende de verschillende levensfasen zijn geweest. Hoe hebben zij zich geuit? Hoe voelde zij zich hierover, bijvoorbeeld na een omkleedpartij of fantasie, tegenover vrienden en ouders? Welke effecten hadden deze gevoelens in de verschillende periodes van haar leven? Kon zij toch nog plezier beleven in vriendschappen en in activiteiten die zij ondernam? Heeft zij er met iemand over gepraat? Hoe meende zij dat haar ouders zouden voelen over haar transseksuele of travestie verlangens? Wanneer besloot zij dat zij zich medisch wilde laten behandelen? Hoeveel praktische ervaring heeft de cliënt nu opgedaan in de andere genderrol? Kijkt ze erg op tegen een *coming-out* op het werk en in de familie? Welke problemen voorziet zij?

Om voor henzelf een gevoel van een coherent zelf te krijgen willen sommige transseksuelen hun geschiedenis achteraf nog wel eens anders beleven dan zij indertijd beleefd werd (*screen-memories*). Dat hoort bij het proces van identiteitsvorming, en het beoordelen van deze herinneringen is niet het doel van de diagnostische gesprekken. *Screen-memories* vallen vaak vanzelf weg met dat de transitie vordert en een realistische gevoel van authenticiteit en eigenwaarde bereikt wordt.

1e- de medische status

Er zijn geen lichamelijke stoornissen bekend die kunnen leiden tot transseksuele gevoelens. Wel is het belangrijk om de cliënt te vragen of er sprake is van interseksualiteit, aangezien in die situatie niet van een diagnose 'genderidentiteitsstoornis' gesproken kan worden, maar van de diagnose 'genderidentiteitsstoornis Niet Anderszins Omschreven'. Bij interseksualiteit heeft dit geen invloed op haar kansen op een medische behandeling.

If- al dan niet een hetero-anamnese?

Eenzijds mag een hetero-anamnese niet afgedwongen worden, anderzijds kan het zijn dat u geen goed oordeel kunt bereiken zónder. In de context van een gendertransitie is een hetero-anamnese niet geheel betrouwbaar als middel tot waarheidsvinding. Een moeder of partner hoeft een transitie van de cliënt niet in haar eigen voor- of nadeel te zien. Bovendien kan een cliënte het horen van derden ervaren als een controle van wat in vertrouwen gezegd is.

Het is daarom belangrijk om de cliënt te informeren waarom u een hetero-anamnese wenselijk acht. Een hetero-anamnese kan bijvoorbeeld gewenst zijn om het sociale steunvlak van de cliënt te toetsen. Neemt haar omgeving haar klacht wel serieus? Welke gevolgen verbinden zij aan een eventuele transitie (echtscheiding, baanverlies)? Een hetero-anamnese kan ook behulpzaam zijn om andere diagnoses uit te sluiten (zie II-2).

Soms blijkt gedurende een hetero-anamnese dat de cliënt alléén maar informatie gegeven heeft die een diagnose genderidentiteitsstoornis helpt bewerkstelligen. Indien dit is ingegeven door angst voor afwijzing, is het op zich geen contra-indicatie voor een medische behandeling.

1g- De diagnose zelf met de As 1 t/m 5 van het DSM-IV systeem.

Cliënten met een genderidentiteitsstoornis lijden vaak aan co-morbide problematiek die niet zomaar weg gaat met het vorderen van een transseksuele behandeling. Hieronder kan bijvoorbeeld op As 1 depressiviteit voorkomen, en op As 2 een ontwijkende persoonlijkheidstoornis. Op As 4 moet in verband met het vooruitzicht op een eventuele transitie het vermogen van de cliënt om een sociaal steunvlak te creëren in de familie-, werk- en vriendenkring in aanmerking worden genomen. Op As 5 is belangrijk of de cliënt op dit moment het belang van de voorgenomen transitie onder ogen kan zien en voeling heeft voor de toekomstige stressoren.

2- Diagnoses die uitgesloten moeten worden

Uit te sluiten diagnoses zijn als zodanig niet in DSM-4 opgenomen, en de onderstaande uit te sluiten komen voort uit de klinische literatuur (Brown en Israel).

Bij de onderstaande diagnoses gaat om heel duidelijke en specifieke beelden die de cliënt vaak zelf als ergste klacht aandraagt. Sommigen komen naast transseksualiteit voor.

2a- Homoseksualiteit en travestie.

Homoseksuelen en travestieten die zich schamen of schuldig voelen over hun verlangens kunnen sterk vereenzamen. Voor hen kan transseksualiteit een minder pijnlijke oplossing lijken. Veel transseksuelen hebben travestie of homoseksuele relaties uitgeprobeerd om hun verlangen langs seksuele weg te beheersen, of om te kijken of een minder verreikende vorm van genderexpressie voldoende is.

Indien een cliënt niet verlangt naar een permanente gendertransitie en een vrouwelijk lichaam, en wel moeite heeft met haar travestie, kunt u haar doorverwijzen naar een beschermde lotgenotenomgeving (zie referenties). Dit kan een goede omgeving zijn om te ondervinden hoe ver haar transseksuele verlangens reiken.

Bij iemand die niet verlangt naar een permanente gendertransitie, maar wel veel moeite heeft met zijn/haar homoseksuele gevoelens, kunt u verwijzen naar een COC afdeling of de Schorerstichting.

2b- transgenderisme

Transgenderisten wensen zowel manlijke als vrouwelijke seksuele kenmerken, bijvoorbeeld een borstverwijdering zonder phalloplastie (penisconstructie). Om bij hen de diagnose 'genderidentiteitsstoornis' te kunnen stellen is een goede prognose bij de gewenste behandeling nodig. Daartoe worden een aantal extra diagnostische stappen gebruikt. U vindt deze terug in hoofdstuk II-3.

2c- Genderidentiteitsstoornis Niet Anderszins Omschreven (Gidnos)

Dit is een DSM-4 diagnose voor een groep genderidentiteitsstoornissen die niet geheel in overeenstemming is met de diagnose 'genderidentiteitsstoornis'. Dit is het geval bij cliënten die wél lijden onder een genderconflict en die

- 1- dan weer man, dan weer vrouw wensen te zijn
- 2- die pas recentelijk transseksuele gevoelens ervaren (minder dan twee jaar geleden)
- 3- interseksueel zijn, waardoor een lichamelijke oorzaak van de genderidentiteitsstoornis niet uit te sluiten valt
- 4- die wel een verwijdering van de penis wensen, maar zeker geen vagina, of omgekeerd.

De laatste groep komt ook voor zónder genderconflict en valt dan onder de diagnose dysmorfische lichaamsstoornis.

De diagnose Gidnos mag niet gebruikt worden bij cliënten die wel een eenduidig manlijk of vrouwelijk lichaam verlangen, maar reële twijfels hebben of een geslachtsoperatie wel zou leiden tot een functioneel en sensitief resultaat. De beslissing tot het doen uitvoeren van een geslachtsoperatie is heel persoonlijk. Een aanleiding tot de diagnose Gidnos ligt ook niet in het af en toe nog kunnen genieten van de aangeboren geslachtsdelen.

2d- slachtoffers van seksueel misbruik en incest.

Cliënten die slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik kunnen een sterke onlust ontwikkelen naar de seksuele delen van hun lichaam zoals bij vrouwen de borsten of bij mannen de penis. Zij zijn niet geïnteresseerd in een genderroltransitie.

2e- dysmorfische lichaamsstoornis.

Hierbij komt een lichaamsdeel, zoals de neus, een cliënt steeds ergerlijker voor. De cliënt meent dat zijn neus niet functioneert, of heel lelijk is, zonder dat daar een aanleiding toe bestaat. Bij een dysmorfische lichaamsstoornis kan dit zo'n grote bron van zorg worden dat de cliënt niet meer de deur uitdurft.

Als een cliënt dit op de geslachtsdelen betreft zonder verlangen in de andere genderrol te leven, kan hij/zij lijden aan een dysmorfische lichaamsstoornis. Overigens gaan veel transseksuelen gedurende of voorafgaand aan hun transitie proces hun geslachtsdelen vaak als vreemd en oneigen ervaren. Dit is vaak een deel van hun psychologische voorbereiding op een transitie en een eventuele operatie.

2f- een dissociatieve stoornis.

Bij cliënten die zich in vrouwelijke kledij ineens compleet anders gedragen, en zich maar weinig herinneren van wat zij dezelfde dag als man gedaan hebben, moet een dissociatieve of ook wel een 'gespleten' of 'multipele' persoonlijkheidsstoornis overwogen worden. Bij deze stoornis voelt de

cliënt de wisselingen van de ene in de andere persoonlijkheid niet aankomen. Het komt 'out of the blue', zonder voorafgaande aandrang, en het wisselt vaker dan één maal per week. De wens tot een fysieke gendertransitie ontbreekt.

2g- de obsessief/compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

Bij cliënten die géén enkel zelfgevoel of seksueel plezier beleven in hun andere genderrol, maar die travestie inzetten om volledig ongerelateerde angsten, zoals de huurbetaling, de baas te kunnen moet een zogenaamde obsessief/compulsieve persoonlijkheidsstoornis mede overwogen worden. Gedurende rustiger perioden is ieder gevoel voor travestie of transseksualiteit volledig vreemd aan de persoon.

2h- de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Bij iemand die aan een borderline persoonlijkheidsstoornis lijdt, en niet aan transseksualiteit, gaat de vrouwelijke presentatie gepaard met een neiging tot zelfverminking, verlatingsangst, en korte episodes waarin men stemmen hoort.

Iemand kan naast borderline ook transseksueel zijn, maar dan moeten de transseksuele wensen ook optreden als de cliënt zich langere tijd rustig gevoeld heeft. Een medisch traject kan niet geïndiceerd worden zonder voorafgaande uitgebreide behandeling van de borderline stoornis, en zonder coördinatie met de primaire behandelaar van de cliënt. Operaties kunnen niet uitgevoerd worden als de stoornis bijzonder actief is. De behandeling kan het best plaats vinden vanuit een genderteam waarin alle benodigde behandelmodaliteiten zijn geïntegreerd, en crisisinterventie altijd op kortere termijn kan plaatsvinden.

2i- Actieve schizofrenie.

Een schizofreen persoon kan bijvoorbeeld menen dat zijn of haar lichaam op magische wijze al vanzelf aan het veranderen is van manlijk naar vrouwelijk. Ook iemand die aan schizofrenie lijdt kan transseksueel zijn. Het hangt er voornamelijk van af of zij ook sterke transseksuele gevoelens heeft gedurende haar stabiele periodes. Een medisch traject kan alleen plaatsvinden onder dezelfde condities als bij de borderline stoornis.

3- Extra diagnostische stappen en behandeling bij transgenderisten

De transgenderist wenst een deel van de medische behandeling niet. Een transgenderist is geen transseksueel die wel een gehele behandeling of genderroltransitie zou wensen maar een deel hiervan niet uitvoert uit onzekerheid over de resultaten, sociale gevolgen en andere omstandigheden. Zij heeft een ander lichaamsbeeld.

De SOC bepaald dat hormoontherapie, borstverwijdering en vergroting en genitale operaties onafhankelijk van elkaar kunnen worden uitgevoerd, vermits de cliënt de RLE die voor deze operaties staan, succesvol heeft doorlopen. De cliënt moet wel ingelicht worden dat er problemen kunnen plaatsvinden met de vergoeding door ziektekostenverzekeraars en met individuele behandelende chirurgen, als aan een geslachtsaanpassende operatie geen hormoontherapie vooraf gegaan is.

Eerst moet u echter bepalen of uw cliënt wel transgenderist is. U moet bepalen of de genderdysforie stabiel is en na een gedeeltelijke behandeling ook werkelijk zo veel mogelijk is verholpen. Dit gaat gedeeltelijk hetzelfde als bij transseksuelen. Er moet sprake zijn van een genderidentiteitsstoornis en

er moet voorafgaand aan medisch ingrijpen een RLE afgerond worden die een stabiele genderroltransitie oplevert. Er zijn daarbij een aantal zaken die om uw aandacht vragen, zoals:

- 1- de wens tot een gedeeltelijke behandeling is *niet* ingegeven zijn door realistische angst voor een geslachtsoperaties of een hormoontherapie die eigenlijk wel gewenst wordt. Als dat wel het geval is, heeft de cliënt transseksuele verlangens en kan de realisatie van een gedeeltelijke behandeling (zoals een borstverwijdering of vergroting) de cliënt tussen wal en schip doen vallen, en haar conflict verscherpen. U zult de cliënt dan kunnen vragen of zij zich wel voorbereid voelt op een leven met een lichaam dat maar gedeeltelijk aan haar wensen voldoet.
- 2- De wens tot een gedeeltelijke behandeling is *niet* ingegeven door angst voor de gevolgen van een genderroltransitie die eigenlijk wel gewenst wordt. Ook in dit geval kan het instemmen met een gedeeltelijke behandeling de cliënt tussen wal en schip doen vallen, en haar genderdysforie verscherpen in plaats van verhelpen. Indien een genderroltransitie wordt gewenst, dient zij voorafgaand aan een (gehele of gedeeltelijke) medische behandeling ook te worden uitgevoerd. Transgenderisten kunnen een androgyn genderpresentatie wensen, maar ook dan geldt de vereiste dat zij een *coming out* afronden tegenover belangrijke anderen. Indien een genderroltransitie in het geheel niet wordt gewenst, is de situatie vergelijkbaar met de transseksueel die geen genderroltransitie wenst (zie I-1).
- 3- De cliënt toont gedurende de RLE geen sterke wisselingen in presentatie die duiden op een onafgerond conflict.
- 4- De cliënt is in staat te leven met een tweeslachtig lichaam en is in staat hiermee seksuele relaties aan te gaan. Dit vraagt om goede *coping* vaardigheden om met frustraties om te gaan, en een leefomgeving waarin de cliënt perspectief heeft.

Twee voorbeelden, de eerste van een behandeling die niet geheel slaagde:

Een voorbeeld van een niet geheel geslaagde behandeling van een transgenderist is een M-V cliënte uit een dorp in Oost-Massachusetts. Na lang aandringen van haar kant kreeg zij een indicatie tot een borstvergroting zonder genderroltransitie, mede omdat haar partner meende nog wel een relatie te kunnen hebben met een 'man met borsten', maar niet met een vrouw. Dit bleek echter niet zo te zijn. De partner verliet de cliënt. Zonder de steun van haar partner kwam de cliënt voor nieuwe dilemma's te staan. Zij besloot daarna tot een *coming out* als vrouw, en onderging baardverwijdering en hormoontherapie. Het is voor haar nog steeds moeilijk om voor haarzelf te beslissen of zij een geslachtsoperatie wenst, omdat zij haar dilemma's over haar gender niet voor haar transitie heeft doorgewerkt.

Een zwarte V-M cliënt meld zichzelf aan als transgenderist en verklaart dat hij, omwille van zijn religieuze ouders en familie, wèl zou kunnen overgaan tot een mastectomie (hij bond zijn borsten reeds geruime tijd af), maar niet tot een manlijke presentatie en een hormoontherapie die zijn trekken zichtbaar zouden veranderen. Zouden er geen religieuze beperkingen zijn, dan zou hij geheel wensen over te gaan. In dit geval is geen sprake van transgenderisme, maar van een transseksuele cliënt met een groot transitieprobleem. Het eigenlijke dilemma wordt met een gedeeltelijke behandeling niet opgelost. De cliënt zal eerst zijn verhouding tot zijn ouders moeten herzien.

Een transgenderist moet, net zozeer als een transseksueel, duidelijk zélf achter haar beslissingen staan. Zorgen over ouders, partner of haar zorgen om haar maatschappelijke acceptatie horen bij het

coming out proces van de cliënte. Als de intensiteit van de genderdysforie onvoldoende lijdensdruk geeft om de nodige confrontaties aan te gaan, voorafgaand aan een medische behandeling, kan het goed zijn nog een tijd te wachten. De confrontatie die de cliënte niet uit de weg mag gaan is het vinden van één stabiele manlijke, vrouwelijke of androgynse zelfpresentatie, die volledig gewenst is, waarmee de cliënt in al zijn levenscontexten 'uit de kast' is, en waarmee de genderdysforie zoveel mogelijk is opgeheven.

Als de cliënt na haar *coming out* nog steeds de medische ingrepen wenst, kunt u hiervoor niet altijd dezelfde RLE-tijden als bij transseksuelen gebruiken. Bij transseksuelen wordt uitgegaan van drie maanden RLE voor het starten van de hormoontherapie omdat deze ingrepen gezien worden als deel van een veel langer medisch traject en identiteitsvormingsproces. Net als de transseksueel heeft de transgender cliënte meer dan drie maanden RLE nodig voor haar identiteitsvormingsproces. U zult zelf moeten beoordelen of uw cliënte een voldoende ervaringsbasis heeft in haar *transgender* rol om te kunnen besluiten dat deze belichaming voor haar het best is. Daarbij kunt u de RLE-tijden uit de SOC als minimum nemen.

4- Bijkomende of 'co-morbide' stoornissen.

Bijkomende stoornissen zijn problemen die ontstaan uit de manier waarop de cliënt tot nu is omgegaan met haar transseksuele gevoelens.

Voordat de cliënt zich bij u meldt, kan haar persoonlijkheid zich al lang gevormd hebben naar een patroon van geheimhouding en ontkenning. Het gevoel 'anders' te zijn dan andere jongens of meisjes kan al vroeg een bron van vervreemding en vereenzaming zijn. Travestie (of fantasieën daarover) en het eventueel seksueel afreageren daarvan, kunnen aanleiding zijn tot gevoelens van 'vies zijn'. Vaak splitsen pre-transitie transseksuelen hun bewustzijn in een alledaags manlijk en een verborgen vrouwelijk deel. Mildred Brown (*True Selves*, 1996) noemt dit het '*kameleontisch zelf*' van de transseksuele cliënt. Vaak ook heeft de cliënt een heel leven opgebouwd dat kan instorten met een verandering in genderrol, en wordt zij lange tijd geconfronteerd met een '*damned if you do (transition), and damned if you don't (transition)*' keuze.

De spanning van dit conflict kan leiden tot zaken als angst, obsessieve gedachten, splitsing tussen 'goede' en 'slechte' mensen, een instabiel gevoel van eigenwaarde, en problemen in de omgang met anderen. Dit kunnen geen persoonlijkheidsstoornissen genoemd worden omdat de aanleiding in een al te specifiek transseksueel conflict zit. De spanning gedurende de transitieperiode brengt deze persoonlijkheidsproblematiek vaak tot een hoogtepunt, maar maakt haar ook behandelbaar (zie III-2). Een transitie zonder persoonlijkheidsverandering is vaak een gemiste kans.

Sommige cliënten worden hun transseksuele gevoelens pas op latere leeftijd bewust, zonder deze eerder decennia lang geblokkeerd te hebben. Dit maakt op zichzelf niet uit voor hun prognose. Vaak is er een minder sprake van de bovengenoemde persoonlijkheidsproblematiek.

III- Nà de diagnose

1- Het medisch traject

In Nederland en de meeste landen in de EU komen transseksuelen op basis van één diagnose in aanmerking voor vergoeding van de hormoonbehandeling, logopedie, baardepilatie, en een haarstuk; en op basis van twee diagnoses in aanmerking voor een mastectomie of borstvergroting en een geslachtsaanpassende operatie. In het laatste geval moet één van deze verwijsbrieven komen van een dokter in de psychologie of een psychiater. Cosmetische operaties aan het gezicht, ook wel FFS (Feminizing Facial Surgery) genoemd wordt soms wel, en soms ook niet vergoed door de ziekenkostenverzekeraars, hoe noodzakelijk dit in sommige gevallen ook is voor de sociale presentatie van de cliënte.

Bij het opstellen van het behandelplan wordt ook gekeken naar mogelijke risicofactoren. Een cliënt die zich zeer depressief uit, kan bijvoorbeeld gebaat zijn bij het langzamer infaseren van de hormoontherapie (die bij M-V's in aanvang als depressivum kan werken) en een anti-depressieve medicatie.

2- De begeleiding en behandeling gedurende de transitie.

Gedurende de RLE is het noodzakelijk dat de psycholoog tenminste eens in de drie maanden navraagt hoe het gaat. Gedurende deze periode voelt de cliënt zich vaak frontsoldaat. Zij moet allerlei praktische transitietaken uitvoeren (met de nodige relationele en passabiliteits- problemen), en zal daar op haar eigen manier op reageren. Soms is de cliënt geneigd niet te veel ondersteuning te vragen, of niet al te open te zijn over haar twijfels, omdat zij het idee heeft dat dit zou kunnen leiden tot uw advies de behandeling stop te zetten, of het schrijven van een brief voor de geslachtsoperatie uit te stellen.

Als therapievorm is de cognitieve benadering bijzonder waardevol voor transseksuele cliënten omdat het hen helpt omgaan met de alledaagse stressoren die haar functioneren bedreigen. Soms stuit u hierbij op de grenzen van het kunnen van de cliënt. Het transitieproces kan zo belastend zijn dat oude conflicten zich opnieuw en verhevigd kunnen doen gelden. Het kan dan noodzakelijk zijn de conflicten van de cliënt terug te duiden. Daarmee vangt een meer psychodynamisch georiënteerd therapieproces aan.

In deze brochure wordt ervan uitgegaan dat beide benaderingen u bekend zijn. Hieronder wordt slechts aangegeven hoe zij in deze specifieke behandelcontext hun werk doen.

2a- De cognitieve benadering.

Naast een aantal specifieke technieken biedt deze benadering u enig inzicht in het proces van uw cliënt. Zo kan de pre-transitie periode gezien worden als een strijd tussen meer en minder bedreigende zelfcognities en een proces van *cognitieve dissonantie*. Passabiliteitskwesaties (waardoor de cliënt kan twijfelen of zij ooit als vrouw zal kunnen leven) kunnen begrepen worden als een kwestie van *locus of control*, die van *extern* naar *intern* verlegd moet worden (de cliënt moet

het gevoel hebben dat zij zelf bepaalt wie zij is of wordt). De medische behandeling dient de *self efficacy* van de cliënt te vergroten (haar vertrouwen dat zij haar identiteit waar kan maken). De psychotherapie is gericht op het aanbieden van *copingstijlen* en een RET (Rationeel Emotieve Therapie) benadering voor het ondersteunen van de cliënt. Een voorbeeld:

De cliënt gaat kleren kopen en de winkelbediende noemt haar 'meneer'. Dat doet de cliënt zeer. De therapeut vraagt wat zij voelde en wat zij daarbij dacht. De cliënt antwoordt dat zij het gevoel had dat haar hele poging als vrouw te leven een farce is, dat zij als clown over straat loopt. De therapeut verduidelijkt dat storende gedragingen van andere mensen een hele stroom van angstige gedachten bij de cliënt losmaakt en dat die gedachtestroom haar in paniek brengt. Kan zij leren om haar negatieve gedachten op dat moment te signaleren en te stoppen? De therapeut biedt de stop techniek aan. Daarna bespreken de therapeut en de cliënt diens gedachten en gevoelens over het verder verloop van de transitie.

Zoals een ieder ander mens gebruiken transseksuele cliënten onder meer de volgende copingstijlen:

- 1- het zoeken van afleiding (een solitair werkproject, ontspannende activiteiten of ook drank),
- 2- een tijdschema maken voor een medisch traject (bijvoorbeeld hormoontherapie of baardverwijdering voorafgaand aan de sociale transitie op de werkplaats e.d.),
- 3- cognitieve herstructurering (het opnieuw definiëren van het probleem: "ik ben geen verkleedde man, maar gewoon een manlijk ogende vrouw")
- 4- *wishful thinking* ("als ik eenmaal passabel ben ga ik vanzelf wel weer werken")
- 5- instrumentele en emotionele ondersteuning zoeken (lotgenotencontact voor advies, rolmodellen, het delen van ervaringen en het verwerven van eigenwaarde)
- 6- negeren en/of ontkennen

Zowel de probleemvermijdende als probleemhanterende copingstijlen hebben een belangrijke plaats. Copingstijlen worden ook wel onderscheiden in actieve (de trans die u opzoekt om de wachtlijsten te ontwijken), accommodatieve (de trans die leert glimlachen om de responsen van voorbijgangers), en passieve (slachtofferrol, of 'als de dokter het zegt moet het maar zo').

Soms past een copingstijl niet bij het voor handen liggende probleem. Ontkenning kan soms een goede respons zijn, maar te probleemvermijdend als de cliënt een week na haar *coming out* aan haar gezin, meldt dat zijn vrouw en kinderen haar transseksualiteit 'helemaal accepteren'. Het is ook niet behulpzaam als de cliënt de nacht voor de zitting dacht aan het opgeven van de transitie, en de ochtend erop aangeeft dat alles goed gaat. Bij de benadering van dit probleem is meer realiteitsbesef nodig.

Een cognitieve benadering is ook pro-actief. Als uw cliënt met alle transitietaken actief (of passief) omgaat is zij kwetsbaar voor problemen waarbij haar copingstijl geen echt antwoord op zou geven. Hoe gaat iemand met een heel actieve copingstijl om met een situatie waaraan zij langere tijd niets kan doen, zoals bij een niet functioneel resultaat van een geslachtsoperatie (bijvoorbeeld een vaginale diepte van zeven centimeter)? Als u de cliënt te weinig voorbereid vindt op deze mogelijke gebeurtenissen dan kunt u haar wijzen op haar actieve houding en haar voorlichten over mogelijke operatie uitkomsten (een techniek die *inoculation* of inenting genoemd wordt). Een bijzonder actieve cliënt doet dan vaak het nodige werk om een mogelijke teleurstelling in te calculeren en zich

te oriënteren op mogelijkheden voor vervolgbehandeling. Dat kan haar helpen als de initiële operatie niet het gewenste resultaat oplevert.

Het uiteindelijke doel van de therapie is het opheffen van de gender dysforie en zelfacceptatie. Bij transseksuele cliënten vertaalt zich dit in hoop. De hoop dat men ooit een vrouw in de spiegel zal zien, tegen de keer van eventuele publieke reacties in. Als deze hoop wegvloeit, zonder dat enige medische interventie uitzicht kan bieden, kan een puur cognitieve therapie niet zoveel meer bewerken.

2b- De psychodynamische benadering

Allerlei conflicten uit de persoonlijke geschiedenis van de cliënt kunnen zich door de spanningen van het transitieproces verhevigd doen voelen. Vaak kan een psychodynamische benadering helpen om deze conflicten terug te duiden, zodat hun effect op de tevredenheid met de uitkomst van de behandeling zo klein mogelijk is. Zonder in te gaan op alle technieken wordt volstaan met een voorbeeld:

Laura (M->V) had een instabiele moeder die zij als agressief en bedreigend ervoer. Vanaf haar vijfde gaat zij zich des te sterker hechten aan, en verpersoonlijken met haar vader. Vanaf haar zevende wil ze graag een meisje zijn en wordt zij jaloers op de aandacht die haar zussen als meisjes van haar vader krijgen. Als negenjarige vangt zij stiekem aan met travestie, die vanaf haar twaalfde 'vies' wordt als haar behoefte aan travestie probeert te beheersen door het seksueel af te reageren (masturbatie tijdens de travestie). Bij ontdekking, meent Laura, zou de vader haar kunnen verlaten.

Tijdens haar transitie, dertig jaar later, wordt Laura een goed passabele vrouw. Zij wordt echter nog steeds achtervolgd door haar angstige relatie met haar moeder. Haar identificatie met haar vader was een bescherming tegen de wispelturigheid van haar moeder. Door de stad wandelend als vrouw verwacht zij 'dat er uit ieder raam een schot kan vallen'. Zij kan ook niet tegen de 'prinsessen', de mooie studentes op de universiteit waar zij les gaf, en die aandacht krijgen van jongens en manlijke leerkrachten. Zij heeft die baan ingeruild voor een baan op een verzekeringskantoor waar zij alleen op een kamer werkt op een afdeling vol mannen. Dan komt zij in therapie.

Gedurende een aantal zittingen ging de therapeut in op Laura's vroege object relaties. Immers, als Laura een eenduidig jongetje was geweest dan had zij zich ongestoord kunnen identificeren met haar vader. Was zij een meisje geweest dan had zij zich kunnen identificeren met het zijn van de dochter van haar vader. In beide gevallen was een meer stabiele hechting aan een ouder mogelijk geweest, en was de instabiliteit van de moeder wellicht minder traumatiserend geweest. Als transseksueel stond geen van de twee uitwegen open voor Laura. Zij kon zich niet aan een ouder hechten en een stabiel zelf vormen, dat opgewassen is tegen plotselinge agressie. Door zich in te beelden hoe haar relatie met haar vader verlopen zou zijn als zij toen een meisje was geweest, krijgt Laura meer toegang tot haar eigen wensen tegenover mannen, en wordt zij meer assertief in het omgaan met mannen en andere vrouwen. Tegen het einde van de therapie (als de therapeute weer naar Nederland verhuisd) solliciteert de cliënte weer naar een academische positie.

2c- Contact met andere transseksuelen

Meer dan van welke behandelaar ook kan de transseksuele cliënt leren van haar lotgenoten. Vennix (1999) merkt dan ook op dat lotgenotencontact bij deze groep cliënten de meest effectieve vorm van emotionele ondersteuning is, en ook meest effectieve vorm voor hen is om informatie over behandelingsopties te vergaren. Een verwijzing naar een zelfhulpgroep (zie referenties) is vaak uitermate nuttig voor het vinden van rolmodellen, inspiratie en informatie.

2d- Cliënten die op de transitie terugkomen

Gedurende de RLE komen sommige cliënten terug op hun voornemen. Hun verlangen of identiteit verschillen meestal niet van de transseksueel die wel doorzet. Soms zijn de verliezen en de draaglast niet te bolwerken, stelt het succes van de transitie teleur (passabiliteit, verlies van relaties) of is de schade die zij voorafgaand aan de transitie hebben opgelopen te groot.

De opgave waar deze cliënten voor staan hangt af van hoever zij in hun transitie gevorderd zijn, en wat zij voor de toekomst wensen. Een medisch gegeven is dat tussen de drie tot negen maanden na het starten van de hormoontherapie haar effect op de vruchtbaarheid onomkeerbaar worden. Een effect van de *coming out* kan zijn dat familie en vrienden die zich hebben ingespannen om de cliënt te accepteren in de andere genderrol, soms boos reageren (*'speel geen spelletjes met me!'*).

Het belangrijkste wat u voor deze cliënt kunt doen is dat u haar helpt formuleren wat zij wenst. Als de cliënt wel een transitie wenst en voor mogelijk houdt, maar zich te zwaar belast voelt, is er sprake van een *time-out*, gedurende welke de cliënt haar gevoelens over een transitie voor zichzelf kan evalueren.

Als de cliënt wel een transitie wenst maar echt geen perspectief daarop ziet (ik wordt geen vrouw maar een *freakshow*) kan de cliënt kan niet terug naar een eenduidig leven als man. Z/hij wenst immers eigenlijk als vrouw te leven. Met deze cliënt kunt u doornemen hoe hij zijn leven als man prettiger kan maken dan voor de transitiepoging en hoe hij nu als man wenst om te gaan met haar verlangen vrouw te zijn. Zo kan een vrijere omgang met travestie behoeften, en een grotere vrijheid om daarover te praten met collegae en vrienden een wezenlijk winstpunt zijn. Het belangrijkste is dat de cliënt zijn leven niet ervaart als een opgelegde vloek, maar iets dat hij - binnen zelfopgelegde beperkingen - zelf kan vormgeven.

Bij degenen die er pas na een lange RLE of zelfs een gehele transitie achter komen dat zij eigenlijk een man zijn, kan een groot deel rehabilitatie in de oude genderrol noodzakelijk zijn. De auteur heeft hier geen ervaring mee.

1- DSM-IV diagnostische criteria voor Genderidentiteitsstoornis en Genderidentiteitsstoornis Niet Anderszins Omschreven

De volgende tekst is overgenomen uit Beknopte Handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (Swets en Zeitlinger, 2001).

Genderidentiteitsstoornis

A. Een sterke en aanhoudende genderidentificatie met het andere geslacht (niet slechts een 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 erop te staan tot de andere sekse te behoren
- 2- bij jongens: een voorkeur voor het dragen van vrouwenkleren of kleren die daarop lijken; bij meisjes: er op staan alleen stereotiepe mannenkleding te dragen
- 3- sterke en blijvende voorkeur voor het in de fantasie spelen van de rol van het andere geslacht of aanhoudende fantasieën tot de andere sekse te behoren
- 4- intens verlangen om deel te nemen aan de stereotiepe spelletjes en vormen van tijdverdrijf van de andere sekse

Bij adolescenten en volwassenen wordt de stoornis zichtbaar door symptomen zoals de 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 te hebben dat het niet juist is zich volgens deze sekse te gedragen. *Bij kinderen* wordt de stoornis zichtbaar door een van de volgende: bij jongens de bewering dat de 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 afkeuring van voorgeschreven vrouwenkledij. *Bij adolescenten en volwassenen* wordt de stoornis duidelijk 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 in 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.

Genderidentiteitsstoornis Niet Anderszins Omschreven

Deze categorie is opgenomen voor het coderen van stoornissen in de genderidentiteit die niet te classificeren zijn als een specifieke genderidentiteitsstoornis. Tot de voorbeelden behoren:

1. Interseks aandoeningen samengaand met genderdysforie
2. Passagère stressgebonden gedrag waarbij kleren van de andere sekse gedragen worden
3. Aanhoudende preoccupatie met castratie of penectomie zonder het verlangen de geslachtskenmerken van de andere sekse te verwerven.

2- Risico's bij geslachtsveranderende operaties.

Het is belangrijk dat uw cliënt zich realiseert dat, anders dan bij cosmetische chirurgie, het bij een geslachtsoperatie niet alleen gaat om het veranderen, maar ook om het verwijderen van lichaamsdelen. Krijgt men na een cosmetische neusoperatie een keurig neusje terug voor het oude, na hormoontherapie en geslachtsoperatie ervaren vooral Man naar Vrouw transseksuelen soms een verminderd vermogen tot seksuele bevrediging. De neergang in testosteron geeft een verandering in het type orgasme dat men kan bereiken. Anderzijds kunnen operatieve onvolkomenheden leiden tot problemen met betrekking tot de gevoeligheid van de clitoris, een onvoldoende vaginale diepte of wijde, of een cosmetisch niet gewenste uitkomst. Onvolkomenheden als deze kunnen de cliënte soms het gevoel geven dat de hele transitie 'mislukt' is. De nasleep hiervan in de identiteitsvorming hangt mede af van de behandelbaarheid van de onvolkomenheden en de specifieke motivaties en verlangens van de individuele cliënt voor de operatie. Een cliënte die bijvoorbeeld zoveel onbehagen voelden met hun oude geslachtsdelen dat zij nooit in staat is geweest tot lichamelijke intimiteit of masturbatie kunnen soms vooral tevreden zijn dat een stoorzender in de zelfervaring is weggenomen.

Ook bij een geheel geslaagde operatie kunnen er seksuele problemen optreden. Sommige M-V transseksuelen kunnen zonder de oude zwellichamen moeilijker registreren hoe opgewonden ze zijn. Velen kunnen wel lichamelijke opwinding voelen aan de clitoris, maar vinden het moeilijk om, zonder de fysieke terugkoppeling van de oude erecties en spasmen, hun seksuele opwinding te ervaren. Dat is vaak een kwestie van oefenen en herleren.

Vrouw naar Man transseksuelen kunnen door hun hormoonbehandeling vaak beter klaarkomen dan vroeger, maar onvrede ervaren met de grootte van hun penis (bij de creatie van een kleinere penis door een zgn. metodoioplastie), of als deze met behulp van weefsel uit de onderarm vergroot wordt (door een zgn. phalloplastie) met het gebrek aan erectiliteit of de gevoeligheid van de penis.

Het is wenselijk dat de cliënt zelf enig onderzoek doet naar de operatieve mogelijkheden en het werk van verschillende chirurgen vergelijkt. De resultaten kunnen per chirurg sterk verschillen in functionaliteit en in cosmetisch opzicht. Dit kan onder meer door postoperatieve transseksuelen te bevragen, en te vragen om hun resultaten te zien. Deze behoefte wordt tussen transseksuelen onderling vaak goed begrepen. Daarnaast kan de informatie die beschikbaar is op het internet behulpzaam zijn (zie referenties).

Referenties

- Bockting en Coleman. *Gender Dysphoria*. The Haworth Press, 1992
- Brown en Rounsley. *True Selves, understanding transsexualism*. Jossey Bass Publishers, 1996.
- Cox en Gallois. *Gay and Lesbian Identity Development: A social perspective*. Journal of Homosexuality, Vol. 30 (4) 1996. The Haworth Press.
- Israel en Tarver. *Transgender Care*, Temple University Press, 1997
- Paul Vennix. *Travestie in Vlaanderen en Nederland*. Uitgeverij Eburon, Delft, 1997.

Informatieve websites en info over zelfhulpgroepen:

Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). Zie:
<http://www.HBIGDA.org>

Info over middagen van het jongensuur, voor V-M transgenders en transseksuelen, bel 020-6221710. Kijk ook op:
<http://www.continuum.nl/>

Info over avonden voor M-V transseksuelen en travestieten van de Landelijke Contactgroep Travestie & Transseksualiteit:
<http://ww.lkgtent.nl>

Info over middagen voor V-M transseksuelen en M-V transseksuelen van de Werkgroep Transsexualiteit en Genderdysforie Humanitas:
<http://www.wgtrans.nl/humanitas>

Voor oriëntatie op M-V geslachtsoperaties:
<http://www.annelawrence.com>

Voor Europese chirurgen voor geslachts- en gezichtsoperaties:
<http://www.europeants.org/surgeons>

Voor oriëntatie op M-V gezichtsoperaties:
<http://www.tsroadmap.com/default.htm>

Voor hormoontherapie (ook om mee te nemen naar de huisarts):
<http://www.europeants.org/info/hrt>

Info voor Belgische transgenders en transseksuelen (V-M en M-V):
<http://www.genderstichting.be/>