

## Genderstichting

# Infomap Genderthematiek

Versie: januari 2006

# Inhoud

<b>INLEIDING</b> .....	<b>3</b>
<b>1. ONTSTAAN VAN GENDER</b> .....	<b>4</b>
1.1. BIOLOGIE.....	4
Fasen in de seksuele differentiatie .....	5
Geboorte.....	5
1.2. PSYCHOLOGIE.....	5
Genitaal dimorfisme hersendimorfisme.....	6
1.3 MAATSCHAPPIJ.....	7
<b>2. UITINGEN VAN GENDERIDENTITEIT</b> .....	<b>9</b>
2.1. EEN ARTIFICIËLE INDELING .....	9
2.2. EEN PRAKTIJKINDELING .....	10
2.2.1. <i>Travestie</i> .....	10
2.2.2. <i>Transgenderisme</i> .....	11
2.2.3. <i>Transseksualiteit</i> .....	13
2.2.4. <i>Interseks condities</i> .....	14
2.2.5. <i>Gendervariatie</i> .....	14
2.2.6 <i>Transgender</i> .....	15
<b>3. MODEVERSCHIJNSEL OF UNIVERSEEL GEGEVEN?</b> .....	<b>16</b>
<b>4. OORZAKEN</b> .....	<b>19</b>
<b>5. BEHANDELING</b> .....	<b>21</b>
5.1 DIAGNOSESTELLING .....	21
5.2. HORMONALE BEHANDELING EN REAL-LIFE EXPERIENCE .....	22
5.3 STEM EN GELAATSBEHARING .....	24
5.3.1. <i>Stem</i> .....	24
5.3.2. <i>Gelaatsbehandling</i> .....	27
5.4. OPERATIEVE BEHANDELING .....	29
5.5 JURIDISCHE ASPECTEN.....	33
5.6. BEVINDINGEN NA DE GESLACHTSAANPASSENDE OPERATIE.....	35
5.6.1 <i>Onderzoeksvragen</i> .....	35
5.6.2. <i>Meerwaarde en beperkingen van het opzet</i> .....	45
5.6.3. <i>Implicaties voor de procedure van SRS</i> .....	46
<b>6. DE GENDERSTICHTING</b> .....	<b>47</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIE</b> .....	<b>48</b>
<b>8. GETUIGENISSEN</b> .....	<b>49</b>
<i>Een vrouw</i> .....	53
<i>Een man</i> .....	55
<b>BIBLIO-EN VIDEOTHEEKBESTAND</b> .....	<b>57</b>
<b>BROCHURES</b> .....	<b>57</b>
<b>OPENINGSUREN</b> .....	<b>57</b>

## INLEIDING

Van de geboorte tot de dood, lopen wij mensen rond als leden van deze of gene sekse. We zijn jongen of meisje, worden man of vrouw. Het is een biologische tweedeling. Zo zit de natuur nu eenmaal in elkaar. Met je geslacht leef je en daar sta je eigenlijk niet bij stil. Tenminste toch niet als je jezelf beleeft als iemand van het geslacht waarvan je drager bent. Je bent man of vrouw en je voelt je ook zo! Maar wat als wat je voelt en je fysisch geslacht niet (meer) met elkaar overeenstemmen...?

De beleving van de eigen sekse is heel individueel, persoongebonden en afhankelijk van, of onderhevig aan veel invloeden. Het woord '**gender**', uit de engelse taal, betekende eertijds zoveel als geslacht. Het had echter een ruimere betekenis dan het puur biologische. Het verwees ook naar iemands psychologische, sociale en juridische status. In de hedendaagse betekenis van het woord verwijst gender meer naar het psychologische geslacht. **Sekse** betekent dan zoveel als het fysiek geslacht. Het gevoel man of vrouw te zijn in al deze aspecten heet dan **genderidentiteit**, of met andere woorden; genderidentiteit is de psychische beleving man of vrouw te zijn.

Deze genderidentiteit wordt waarneembaar door de handelingen die een persoon stelt in relatie tot de omgeving, en dit om uit te drukken dat hij of zij tot het mannelijk of vrouwelijk geslacht wenst gerekend te worden. De uitdrukking van iemands genderidentiteit in het openbaar heet dan **genderexpressie**. De **genderrol** is dan het gedrag dat men stelt om te beantwoorden aan de gedragspatronen die, binnen een bepaalde maatschappij, gebruikelijk worden geacht voor man of vrouw.

Aan het ontstaan van deze genderidentiteit gaat heel wat vooraf, het is een langdurig en complex proces dat van start gaat bij de geboorte (men maakt uit of een pasgeborene een jongen of een meisje is, de kleur van de suikerbonen varieert al naargelang).

Men kan stellen dat een aantal factoren een onderling afhankelijke invloed uitoefenen op dit ganse gebeuren, gaande van biologische, opvoedkundige en sociale factoren.

We zullen elk van deze factoren afzonderlijk ontleden en bespreken. Dit betekent natuurlijk een kunstmatige ingreep in een web van onderling nauw met elkaar verweven elementen

De vorming van geslachtskenmerken begint met factoren van biologische aard en dit reeds vóór de geboorte. Een proces dat wordt aangeduid als **seksedifferentiatie**.

# 1. ONTSTAAN VAN GENDER

## 1.1. Biologie

Wanneer we het over seksdifferentiatie hebben, gaat het om het volgende principe. Bij de conceptie verbindt zich elk van de 23 chromosomen van de zaadcel met één van de 23 chromosomen van de eicel. Het resultaat van dit proces is een nieuwe cel met 46 chromosomen of 23 paar. Slechts één chromosomenpaar met de configuratie XX of XY, bepaalt het genetisch geslacht. Betreft het een **XX-chromosomenpaar**, dan zal zich uit deze versmelting van cellen een **vrouw** ontwikkelen. Gaat het om een **XY-chromosomenpaar**, dan ontwikkelt zich een **man**.

De geslachtsklieren ontwikkelen zich gedurende de eerste 6-7 weken bij beide geslachten op dezelfde wijze. Nadien differentiëren de geslachtsklieren zich – afhankelijk van een aan- of afwezigheid van een Y-chromosoom – tot teelballen, dan wel tot eierstokken. De bij beide geslachten aanwezige buizen van Müller en Wolff ondergaan eveneens een differentiatie. Onder invloed van **androgenen** die door de foetale testes worden afgescheiden, ontwikkelt de buis van Wolff zich tot prostaatkluis, zaadleider en zaadblaasjes. De buis van Müller verdwijnt grotendeels.



Bij genetische vrouwen ontwikkelt zich de buis van Müller tot baarmoeder, eileiders en het bovenste deel van de vagina. In het laatste geval zijn geen speciale hormonen – afkomstig uit de ovaria – nodig. Het feit dat de mens zich in principe langs de vrouwelijke lijn ontwikkelt, tenzij er een extra ‘mannelijk element’ aanwezig is (zoals bvb. testosteron) noemt men het Adam-principe. De vorming van de uitwendige vrouwelijke geslachtsorganen staat, geheel volgens het Adam-principe, evenmin onder invloed van hormonen. Er ontstaat uit de aanwezige, gedifferentieerde structuren een clitoris, kleine en grote schaamlippen en een vagina. Wanneer sprake is van een bepaalde hoeveelheid mannelijke hormonen, ontstaan een penis en een scrotum. Naast het effect dat de hormonen hebben op de ontwikkeling van de genitalia wordt door sommigen eveneens een invloed op het centrale zenuwstelsel mogelijk geacht.

Direct na de geboorte wordt een seksetoewijzing gedaan. Op basis van uiterlijk waarneembare kenmerken bepaalt men of iemand een jongen of een meisje is.

Soms worden ook kinderen geboren bij wie deze seksdifferentiatie wat scheef gelopen is en bij wie men niet duidelijk kan uitmaken of het om een jongen of een meisje gaat. Zo kan een hormonale ontsporing bij meisjes een vermannelijkt geslachtorgaan veroorzaken, en zijn jongens door een vergroeide plasbuis en penis soms niet direct als zodanig herkenbaar. Wanneer de geslachtsklieren zich door een chromosomale afwijking niet eenduidig tot eierstokken of teelballen ontwikkelen, kunnen alle mogelijke variaties van

geslachtskenmerken optreden. Behandelaars van diverse medische disciplines zullen dan op basis van andere genitale overwegingen en in overleg met de ouders van de pasgeborene, via operatieve ingrepen de moeilijke beslissing nemen om een geslacht aan het kind toe te wijzen (later vaak zeer tegen de zin van betrokkenen zelf). Dit betekent echter nog geen garantie voor een verdere probleemloze ontwikkeling van een eenduidige genderidentiteit.

De verdere invloed van biologische factoren loopt door tot na de puberteit, waar onder invloed van geslachtshormonen, zich de secundaire kenmerken van het geslacht zullen ontwikkelen. Hieronder wordt dit seksedifferentiatieproces nog eens schematisch weergegeven.

<b>Fasen in de seksuele differentiatie</b>		
1. chromosomen	XX	XY
2. gonaden	Ovaria	Testes
3. hormonen	Oestrogenen	Androgenen
4. genitalia inwendig	Baarmoeder, eileiders	Prostaatklief, zaadleider, zaadblaasjes
5. genitalia uitwendig	Vagina, clitoris, schaamlippen	Penis, scrotum
<b>Geboorte</b>		
6. voorlopige genderidentiteit/ genderrol	Vrouwelijk	Mannelijk
7. puberteitshormonen	Oestrogenen	Androgenen
8. uiteindelijke genderidentiteit/ genderrol	Vrouwelijk	Mannelijk

Biologische processen kunnen aldus gezien worden als een eerste fase in de ontwikkeling van genderidentiteit. Ze kunnen echter pas begrepen worden wanneer we ook andere factoren - eigen aan het leven zelf - nader bekijken, namelijk opvoedings- en maatschappelijke factoren. Ook deze zijn moeilijk los van elkaar te zien.

## **1.2. Psychologie**

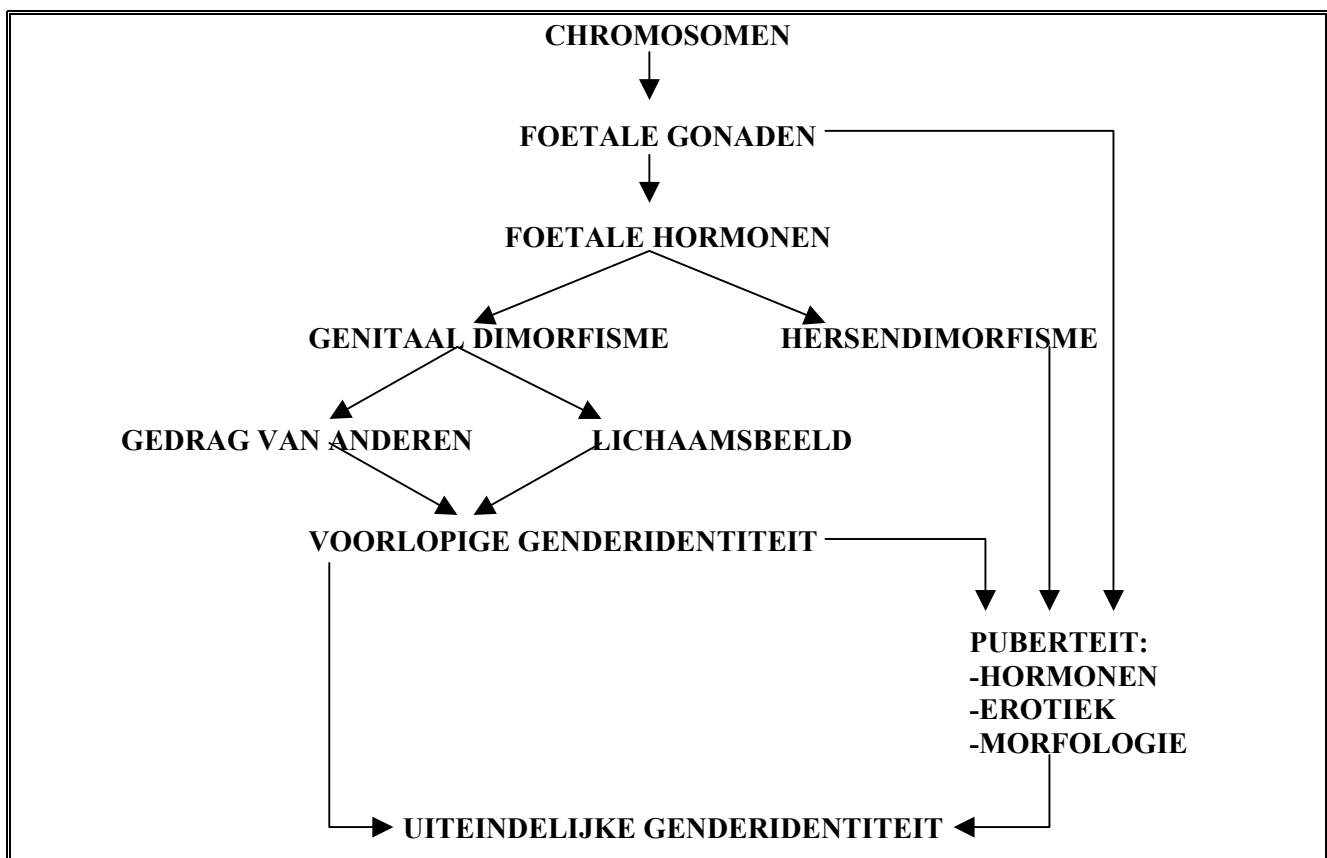
Vele stromingen binnen de psychologie hebben zich reeds beziggehouden met de studie van de ontwikkeling van genderidentiteit en genderrolgedrag. Elk komt naar voor met een eigen verklaringmethode en aan de theorie eigen specifieke accenten. Binnen de **psychoanalytische stromingen** wordt veel belang gehecht aan de moeder-kind relatie, de hechte binding tussen de twee en de noodzakelijke ontgroeiing van deze relatie, wil de ontwikkeling van een eigen genderidentiteit bij het kind 'probleemloos' verlopen.

**Sociale leertheorieën** benadrukken het belang van *modelling*, of het leren van gewenst gedrag (zie ook verder). Dit zou niet enkel via het leren van gewenst gedrag van ouders gebeuren, maar ook via de voor het kind belangrijke *anderen*, zoals leerkrachten, leeftijdsgenootjes enz. Ook **cognitieve leertheorieën** sluiten zich hierbij aan, maar wijzen daarnaast ook op het belang van zelfclassificatie, of het zichzelf leren benoemen als zijnde jongen of meisje. Het **interactionele model** tenslotte poogt alle elementen van voorgaande theorieën te integreren.

Om de kloof tussen de verschillende theorieën omtrent het ontstaan van genderidentiteit te overbruggen is het noodzakelijk genderrol (als sociaal fenomeen) niet te scheiden van genderidentiteit (als biologisch fenomeen). Iemands uiteindelijke genderidentiteit zou ontstaan via een langdurig proces van stapsgewijze **genderdifferentiatie**. Een proces dat aanvangt bij de verwekking en eindigt in de volwassenheid.

Het differentiatieproces kan worden uitgezet in een schema met opeenvolgende interagerende componenten, zoals in onderstaand schema te zien is.

### Stapsgewijs differentiatieproces



Aanvullend hierbij kan worden opgemerkt dat welke de oorsprong van genderverschillen ook moge zijn - hormonale programmering, voor of bij de geboorte, sociale programmering na de geboorte, puberale hormonale programmering... – de beleving van genderidentiteit uiteindelijk toch steeds in de hersenen terug te vinden is.

### **1.3 Maatschappij**

Onze huidige wereld is doordrenkt van genderbetekenissen. Aan relevante, maar vooral irrelevante attributen, handelingen en eigenschappen wordt een **gendercode** toegekend als typisch mannelijk of vrouwelijk.

Zo is bijvoorbeeld een krachtige stellingname *mannentaal*, of wordt onnozel gekwek als *vrouwentaal* bestempeld. En dat dit soort typering niet beperkt blijft tot levende wezens, blijkt uit gendercodes van alledaagse voorwerpen, zoals het verschil tussen dames- en herenfietsen, het dragen van oorbellen, hoofddeksels... Het herkennen van genderverschillen behoort tot het dagelijks leven, we staan er als het ware mee op en gaan er mee slapen. Om het als mens te redden in een wereld waar zo veel zaken door gendercodes zijn gekleurd, moet een kind al op jonge leeftijd aanzienlijke hoeveelheden informatie over die gender opdoen. Het moet weten tot welke groep het zelf behoort en tot welke groep anderen behoren. Het moet weten wat de kenmerken van de eigen groep zijn en hoe deze in zijn of haar omgeving worden gewaardeerd, maar ook welke afwijkingen van de norm worden getolereerd of afgekeurd.



Gelukkig zijn kinderen informatieverwerkers. Bloot gesteld aan nieuwe informatie over de seksen, moeten zij deze informatie in zich snel uitbreidende netwerken van kennis inpassen. Deze kennisnetwerken worden schema's genoemd, ofwel **genderschema's**. Dit zijn georganiseerde kennisstructuren over mannen en vrouwen. Zij bepalen op welke informatie een kind de aandacht richt, welke het belangrijk vindt en onthoudt, vervormt of verwerpt. Deze kennis gebruiken kinderen om het eigen gedrag aan te toetsen en te sturen.

Zo zal een jongetje in wiens schema voor mannelijkheid het *stoer zijn* centraal staat vooral aandacht hebben voor, en signalen oppikken over de stoerheid van andere jongens. Deze tekens van stoerheid zullen beter onthouden worden dan andere, en bovendien zal hij regelmatig nagaan of zijn eigen gedrag wel stoer genoeg is. Doorstaat hij bij herhaling *de toets der stoerheid* niet, dan komt hij onder druk te staan. Ziet hij echter een meisje stoer doen, dan is de kans groot dat hij haar gedrag als niet-stoer gaat beschouwen, of zich later meent te herinneren dat het eigenlijk om een jongetje ging. Het zijn vooral deze vervormingen in de interpretatie en de opslag van informatie, die duidelijk maken hoezeer gevoelsmatige drijfveren de informatieverwerking kunnen beïnvloeden.

Genderrolgedrag wordt natuurlijk niet alleen via deze processen beïnvloedt. Ouders kunnen door middel van belonen of bestraffen het kind duidelijk maken welk gedrag gewenst is en welk niet. En al doen de ouders het niet, dan zijn er nog wel oma's en opa's of ooms en tantes, buurvrouwen en andere naasten, die jongens om hun mannelijkheid of meisjes om hun vrouwelijkheid prijzen.

Kinderen leren dus informatie over gender in hun naaste omgeving en vaak krijgt men hier ook tegenstrijdige signalen te verwerken. Het zal dan ook niemand verbazen dat in dit langdurige en complexe proces van genderontwikkeling, gemakkelijk één en ander kan afwijken van de norm, waaruit voor de betrokkene ernstige problemen kunnen voortvloeien. Hierboven zagen we reeds dat zich tijdens de seksdifferentiatie reeds problemen kunnen voordoen. Dit is niet minder het geval tijdens de ontwikkeling van genderidentiteit en genderrolgedrag. Problemen kunnen in mindere of meerdere mate optreden.

Dergelijke problemen met de genderidentiteit worden vanuit wetenschappelijk oogpunt aangeduid als *atypische genderontwikkeling*, of *genderidentiteitstoornissen* (engels: gender identity disorder – GID) Vroeger sprak men ook wel over *genderdysforie*. De woorden ‘dysforie’ en ‘stoornis’ problematiseren echter een van de norm afwijkende genderexpressie. Daarom ijveren betrokkenen voor een taalgebruik waarbij niet wordt verwezen naar een probleem of stoornis, om stigmatisatie of medicalisering van de conditie te vermijden. Vanuit wetenschappelijke hoek kwam men met de term atypische genderontwikkeling.

Belangengroepen en zelforganisaties verkiezen het woord *genderdiversiteit* of *gendervariatie*. Hiermee wil men ook verwijzen naar het feit dat men zelf niet meteen problemen ondervindt bij de beleving van de genderidentiteit, maar dat het eerder de buitenwereld is die daar een probleem mee heeft. Ongeacht de terminologie die men hanteert om deze genderthematiek mee aan te duiden, een van de norm afwijkende gender heeft een uitingsvorm en is voor vele betrokkenen vaak problematisch. Hoe zich dit in realiteit kan uiten wordt beschreven in het volgende punt.



In de praktijk worden de termen zoals door Benjamin geïntroduceerd echter niet meer gebruikt. Men heeft het wetenschappelijk gezien enkel nog over de ernst van de atypische genderontwikkeling. Toch zijn er in de praktijk een aantal veel gebruikte classificaties om de ernst van een genderidentiteitsprobleem mee aan te duiden. Ook deze indeling is echter kunstmatig. De scheidingslijn tussen de categorieën is meestal vaag, mensen kunnen in de loop der tijd ook van de ene classificatie naar een andere overgaan. Een psychisch onbehagen (licht of ernstig) kan niet weggecijferd worden. Hoe en in welke mate uiting zal gegeven worden aan dit gevoel, zal afhankelijk zijn van heel wat factoren. Maar vast staat dat het doel ervan steeds hetzelfde is: psychisch welbehagen, of een gevoel van evenwichtige genderidentiteit bereiken.

## **2.2. Een praktijkindeling**

### **2.2.1. Travestie**

Travestie (of cross-dressing) zou kunnen omschreven worden als een niet te onderdrukken wens zich te kleden, of te verpersoonlijken met het andere geslacht. De in de cultuur gangbare uitmonsteringen van de andere sekse worden dan aangenomen (spraak, houding, make-up, kleding, etc.). De frequentie en de duur van de omkleding kunnen individueel erg verschillen. De omkleding is bij travestie meestal van *tijdelijke* aard. De redenen om aan travestie te doen kunnen zowel van seksuele als niet-seksuele aard zijn. Wanneer de nadruk ligt op de erotische en seksuele aspecten van het omkleden, spreekt men over fetisjistische travestie. Door het dragen van een kledingstuk van de andere sekse wordt opwinding verkregen. Hierbij gaat het niet zozeer om een problematische beleving van de genderidentiteit, maar om seksualiteit.



Wanneer omkleding samen hangt met het gevoel van genderidentiteit, het gevoel man of vrouw te zijn, wordt travestie wel beschouwd als een genderidentiteitstoornis. De omkleding heeft dan de functie van uiting geven aan het stuk (voor wat betreft mannen) vrouwelijke identiteit dat men in zich heeft, maar kan ook een gevoel van tot rust komen verschaffen, zich meer op zijn gemak voelen in vrouwenkledij. Echter, de wens om door middel van operatieve ingrepen van geslacht te veranderen is niet aanwezig. De hoofdentiteit (voor wat betreft mannen) is mannelijk, maar met een vrouwelijke subidentiteit. Een mannelijke travestiet voelt zich meestal man en heeft dus geen behoefte om vrouw 'te worden'. Onder travestie verstaat men dus meestal een man die zich als vrouw kleedt, voordoet en gedraagt.

Vrouwen die zich mannelijk kleden of gedragen, worden meestal niet als vrouwelijke travestiet aanzien. Veel hangt dus blijkbaar af van de culturele connotatie. Mannelijke travestieten worden dan ook maatschappelijk gezien veel minder getolereerd. Dit is meteen ook de reden waarom veel travestie enkel

thuis, in besloten kring of in het geheim gebeurt. Als men al als vrouw naar buitenkomt, is dat vaak 's avonds in het donker.

Nochtans is travestie een zaak van heel wat mannen. Het aantal mannelijke travestieten vanaf 20 jaar wordt in Nederland op 1 tot 5% van de bevolking geraamd (Vennix. P.)! De meeste travestieten zijn heteroseksueel gericht, velen hebben een relatie en/of kinderen. Vaak begint het dragen van meisjeskledij reeds van jongsaf aan, in andere gevallen pas op latere leeftijd. Men probeert de drang meestal te verdringen, vanuit het idee dat eraan toegeven niet getolereerd zal worden, dat dit niet kan binnen een relatie, etc.. Het verlangen naar omkleeding blijft echter meestal latent aanwezig, tot op het moment waarop men zich weer geconfronteerd ziet met dit deel van zichzelf.

Wat men ook beslist rond het zich al of niet 'outen', vaak zijn volgende zaken wel degelijk problemen waar men mee worstelt (Vennix. P.):

- gebrek aan zelfaanvaarding, vaak gepaard gaande met angst voor ontdekking
- eenzaamheid en isolement omdat men geen relaties durft aan te gaan
- depressieve gevoelens

Niemand kan garanties bieden dat de drang naar travestie ooit zal over gaan. Travestie kan ook evolueren naar meer: transgenderisme, transseksualiteit.

### **2.2.2. Transgenderisme**

De term transgenderisme "wordt in de praktijk gebruikt voor mannen die permanent als vrouw leven en voor vrouwen die permanent als man leven, zonder dat zij een geslachtsaanpassende behandeling hebben ondergaan" (Vennix P.). Echter, de wens tot gedeeltelijke geslachtsaanpassing bestaat dus wel. "Men wil in de eerste plaats - uitgaande van mannen - borsten, baarddepilatie, een vrouwenstem enz. om zo overtuigend mogelijk als vrouw over te kunnen komen. Genderdysforische gevoelens komen op de tweede plaats. Men wil een vrouwenlichaam omdat men een vrouwelijk voorkomen wenst. Een sterk verlangen tot penisverwijdering ontbreekt, ook omdat er geen sprake is van een sterke aversie tegen het man-zijn. Omdat ook het mannelijke subsysteem nog van kracht is zijn de veranderingswensen meestal partieel, ambivalent en niet permanent aanwezig. De veranderingswensen zijn in de meest letterlijke zin tweeslachtig: het mannelijk subsysteem wil geen verandering; het vrouwelijk subsysteem wel." (Vennix P.)

Over hoe vaak transgenderisme voorkomt is weinig geweten. Sommigen menen dat het aantal nu bekende transgenderisten slechts het topje van de ijsberg is. Dat sinds de introductie van de term, velen die vroeger als of travestie, of transseksueel werden beschouwd, zich nu beter thuis voelen in deze categorie. Iemand die

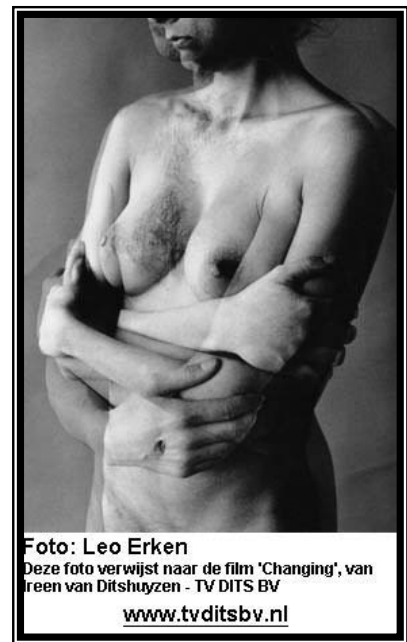
vroeger als travestie werd aanzien, maar het verlangen had naar een gedeeltelijke geslachtsaanpassing kwam vroeger niet in aanmerking voor medische behandeling. Wie de knoop dan toch maar in de richting van medische behandeling doorhakte en zich meer transseksueel dan travestie voelde, diende dan ook 'all the way' te gaan. Hierdoor zou een aantal transgenderisten ten onrechte als transseksueel bestempeld geweest zijn...

Anderen menen dan weer dat transgenderisme slechts een tussenstadium is naar het uiteindelijke einddoel: volledige geslachtstransformatie. Dit tussenstadium als een leven tussen man en vrouw in, zou voor hen slechts een langer gerekte periode zijn waarin men zichzelf en zijn omgeving grondiger voorbereidt op een uiteindelijk leven als nieuwe man of vrouw...

Vast staat in ieder geval dat transgenderisme uiteindelijk kan overgaan tot transseksualiteit en dus een volledige rolomschakeling. Het kan, het hoeft echter niet. Zolang men maar het gevoel geeft dat alles klopt, men zich lekker in zijn vel voelt en zich ook gewaardeerd weet door de ander. M.a.w. het cruciale gegeven is dat het genderdysfore gevoel verdwijnt.

Specifieke problemen die bij transgenderisme kunnen spelen zijn (Vennix P.):

- Omdat men ook zelf uitsluitend denkt in de tweedeling man-vrouw vindt men het vaak moeilijker deze twee identiteiten te integreren tot één geheel. Men switch daarom steeds tussen een mannenrol en een vrouwenrol uit angst voor verwerping en sociaal isolement door een leven tussen de 2 in.
- Het ontbreekt transgenderisten vaak aan rolmodellen, voorbeelden waarmee zij zich kunnen identificeren. Hierdoor is het moeilijk om in zichzelf te blijven geloven en vast te houden aan een keuze tussen man en vrouw in.
- Te weinig mogelijkheden om de vrouwelijke identiteit ruimte te geven, kan een obsessie rond het vrouw zijn en het dragen van vrouwelijke kledij doen ontstaan.
- Hieruit voortvloeiend kan een aversie tegen mannelijke geslachtskenmerken ontstaan, omdat ze een vrouwelijke presentatie hinderen. De gevoelens hieromtrent kunnen dan letterlijk tweeslachtig worden. Het verlangen naar een (gedeeltelijke) geslachtsaanpassing, maar ook de vrees voor sociale verwerping mocht men dit doen.



### 2.2.3. Transseksualiteit

Een transseksueel is iemand die zich psychisch, sociaal en seksueel beleeft als behorende tot de andere sekse en er in feite van overtuigd is in een - wat het geslacht betreft - verkeerd lichaam te huizen. Deze innerlijke tegenstrijdigheid heeft een levensgroot identiteitsprobleem tot gevolg, wat een enorme weerslag heeft op het individueel en sociaal functioneren van de persoon in kwestie. Er bestaat een dringend verlangen naar hormonale, operatieve en zo mogelijk ook een legale geslachtsaanpassing en er is een grote afkeer van de bij het eigen biologische geslacht behorende geslachtsorganen en secundaire geslachtskenmerken' (*Winkler Prins encyclopedie*).



Transseksualiteit is eigenlijk nogal een misleidend woord omdat het doet vermoeden dat het een probleem is dat in de seksuele sfeer zit. Dit terwijl transseksualiteit op zich erg weinig met seksualiteit te maken heeft.. Het is van belang om hier het onderscheid te maken tussen seks en sekse. De transseksuele mens is iemand die zichzelf belééft als een wezen van het andere geslacht. Hierover is geen discussie mogelijk. Het fundamentele verschil met de travestiet en de

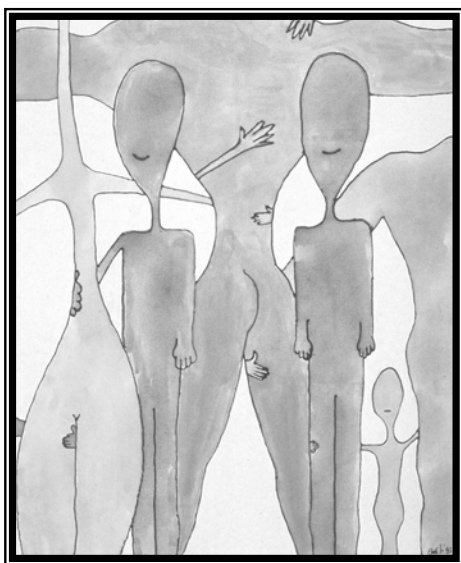
transgenderist is dat een transseksueel persoon zijn/haar identiteit beleeft als volledig in tegenstelling met het lichamelijke geslacht. Hij/Zij is ervan overtuigd dat het lichaam niet met de geest overeenstemt en wenst via chirurgisch ingrijpen een volledige aanpassing van het lichaam. Transseksuele personen kunnen homoseksueel gericht zijn, maar kunnen evenzeer heteroseksueel gericht zijn (dit in functie van de psychologische geslachtsovertuiging). Met seksuele afwijkingen (perversiteiten) heeft het evenmin iets te maken, transseksualiteit is een kwestie van identiteit.

Het verschil tussen transseksualiteit en *interseksualiteit* is eveneens duidelijk. Bij interseksualiteit (zie 2.2.4) is er sprake van aangeboren lichamelijke tweeslachtigheid of onduidelijk lichamelijke geslacht. Bij interseksualiteit zijn er duidelijke aantoonbare chromosomale of hormonale oorzaken. Bij transseksualiteit niet. Bij interseksualiteit kan er sprake zijn van verwarring rond de genderidentiteit, meestal echter niet.

Opdat de duidelijkheid niet in het gedrang zou komen handhaven wij, in het verdere verloop van deze infomap, de term 'transseksualiteit'

#### 2.2.4. Interseks condities

Men spreekt over interseks condities of interseksualiteit wanneer een pasgeborene geslachtskenmerken van beide geslachten vertoont. Hierdoor is het onmogelijk om op basis van de genitaliën een uitspraak te doen over het geslacht van het kind. Interseks condities kunnen veroorzaakt worden door een abnormaliteit in de chromosomen, of door een ongevoeligheid voor de werking van seksehormonen tijdens de prenatale ontwikkeling. Er bestaan vele vormen van interseksualiteit. Men deelt ze nogal vaak in als “echte hermafrodieten” en “pseudo-hermafrodieten”. Bij echt hermafrodisme is er sprake van de aanwezigheid van zowel ovaria en testes en uiterlijke genitaliën van beide seksen. Deze conditie is eerder zeldzaam. Bij pseudo-hermafrodisme is deze conditie minder uitgesproken, maar wel veel meer voorkomend (bijv. kleine penis en een semi-vagina). Volgens de Intersex Society of North America (ISNA), komen interseks condities bij 1 op 1.500 geborenen voor. Wetenschappelijke termen voor de diverse condities van interseksualiteit zijn o.m.: 46 XYY, Klinefelter syndroom, Turner syndroom, AIS (Androgeen insensitief syndroom), CAH (congenitale adrenale hyperplasie), etc.



Wanneer een interseks conditie wordt vastgesteld bij de geboorte, wordt meestal tot behandeling over gegaan. Via chirurgie probeert men om van het ambigue geslacht van het kind een eenduidig geslacht te maken. Deze ingreep is omstreden. Sommige interseks volwassenen die als kind werden geopereerd zijn voorstanders van het uitstellen van deze behandeling tot de persoon in kwestie zelf in staat is om een keuze te maken om al of niet chirurgie te ondergaan. De redenen hiertoe kunnen zowel van psychoseksuele, als emotionele en sociale aard zijn. Interseksualiteit staat in principe los van genderidentiteitstoornissen. Toch kunnen beide samen voorkomen.

#### 2.2.5. Gendervariatie

In het psychiatrische classificatiesysteem DSM (diagnostic and statistic manual of mental diseases) wordt transseksualiteit als aparte diagnose voor het eerst opgenomen in 1980 (versie III). In de DSM IV van 1994 wordt transseksualiteit niet meer vermeld, maar spreekt men voortaan van *genderidentiteitstoornissen* als omvattende categorie om verschillende niveaus van problematische beleving van genderidentiteit mee aan te duiden. Tussen de publicaties van de DSM III en de DSM IV maakte de term *transgenderisme* en *transgenderist* opgang. De term werd voorgesteld om diegenen aan te duiden die een genderidentiteit, een genderrol en/of seksuele oriëntatie aannemen tussen de seksetypische heteroseksuele man of vrouw in.

Verwijzend naar de geschiedenis (bijv. de Zuni-Indianen – zie foto) en/of andere culturen (bijv. de Fa'afine op Samoa of de Hijra in India), waar een minder strikte opdeling wordt gemaakt tussen man en vrouw, of waar men spreekt over een derde sekse, pleiten sommigen ervoor om de term genderidentiteitstoornis te vervangen door een term als *gendervariatie*. Hiermee wil men aangeven dat de indeling van de seksen, maar vooral ook de gender in 2 categorieën te beperkt is. Het is een pleidooi voor de verruiming van ons denken, weg van stereotyperingen als man of vrouw een streven naar diversiteit binnen het menselijke zijn, met respect voor ieders eigenheid. De grenzen van sekse en gender vervagen daardoor, wat van de norm afwijkt hoeft dan niet meer als stoornis bestempeld te worden. De norm wordt immers verbreed. Spreken over gendervariatie zou dan correcter zijn.



In het licht hiervan gaan dan ook stemmen op om meteen ook de wettelijke seksregistratie als man of vrouw af te schaffen. Die zou immers nog weinig zin hebben. De seksregistratie kwam er vooral onder impuls van Napoleon, die had jonge rekruten nodig om te dienen in zijn leger. Ze moesten van de mannelijke kunne zijn. Volgens Rechter van der Reyt (in Tim De Jong, 1999) heeft de registratie van de sekse zijn laatste juridische waarde verloren. Hoewel hij echter vreest dat de wereld hier nu nog niet aan toe is - het denken in termen van man en vrouw zit er nog teveel ingebakken - verwacht hij dat dit onderscheid op den duur minder belangrijk wordt.

## 2.2.6 Transgender

De term *transgender* komt overgewaaid uit Angelsaksische landen en wordt gebruikt als overkoepelende term voor alle variaties van genderidentiteitstoornissen (travestie, transgenderisme, transseksualiteit). In deze term wordt niet verwezen naar een probleem of stoornis, om stigmatisatie of medicalisering van de conditie te vermijden.

### 3. MODEVERSCHIJSSEL OF UNIVERSEEL GEGEVEN?

Vaak wordt geopperd dat transseksualiteit en de medische behandeling ervan alleen maar een modeverschijnsel is, of enkel iets is wat in de rijke westerse wereld voorkomt. Er bestaan echter voldoende rapporteringen over cross-gendergedrag uit vorige eeuwen en andere culturen die ons doen vermoeden dat dit niet zo is, gezien het toen en daar ontbreken van mogelijkheden tot behandeling.

Het ligt niet in onze bedoeling met het nu volgend historisch overzicht het onwrikbare bewijs te leveren dat genderidentiteitstoornissen zo oud zijn als de mensheid zelve. Vooreerst, en dit geldt voor geschiedschrijving in het algemeen, zijn deze gegevens moeilijk of zelfs niet falsifieerbaar. Verder kan men, zelfs indien al de gegevens correct zijn, moeilijk uitmaken of het hier transseksualiteit, travestie of gewoon een ‘maatschappelijke gegevenheid’ betreft. Wel kan men stellen dat volgende gegevens aantonen dat de mensheid door de eeuwen heen met een (zwakke) vorm van genderidentiteitstoornissen is geconfronteerd, m.a.w., dat transseksualiteit geen 20<sup>ste</sup>-eeuwse nieuwe (westerse) seksuele perversie is, doch een ernstig identiteitsprobleem waarmee de mensheid, naar alle waarschijnlijkheid van in het begin geconfronteerd geweest is.

“Het eerste voorbeeld van gendermutatie komt voor in Egypte in de 15e eeuw voor Christus. De farao Hatshepsut (18e dynastie) was lichamelijk een vrouw maar werd afgebeeld in mannenkleding, inclusief de valse baard die bij de koninklijke garderobe hoorde. Merkwardiger is dat zij ook met mannelijke geslachtsdelen werd afgebeeld, hoewel de begeleidende tekst vrouwelijke voornaamwoorden gebruikt” (Henshaw, P.). Ook in de Romeinse geschiedschrijving komen een klein aantal voorbeelden van geslachtsmutatie ideeën voor. “Beroemdste androgyne figuur van Rome was misschien de keizer Heliogabalus, die een tijd zelfs geheel als vrouw leefde. En ook is het ons bekend dat keizer Nero ooit een lievelingsslaaf liet 'transformeren” (Henshaw, P.).



“In het Griekenland van de laatste eeuwen voor en de eerste na Christus zijn in de mythologie en literatuur relevante beschrijvingen te vinden. Zo beschrijft Herodotus de Enareërs, een bepaald soort mensen onder de Scytianen, die geboren als jongetje, als vrouw leefden” (Henshaw, P.). Daarnaast bevatte de Griekse mythologie veel androgynie en geslachtsverandering. Een voorbeeld hiervan is het verhaal van Caenea.

“Caenea, een schone maagd, werd verkracht door Neptunus, die haar vervolgens beloofde dat zij een wens mocht doen die vervuld kon worden. Zij wenste een man te mogen worden. Neptunus liet dit niet alleen gebeuren, maar maakte haar ook ondoordringbaar voor staal. Caenea werd Caeneus, een onoverwinnelijk krijgsman, die grote daden verrichtte.” (Hustinx, M.).

Ook zijn er verhalen bekend van Venus Costina, de godin die 'vrouwen in een mannenlichaam' bevrijdde en van Tiresia die in een vrouw veranderde na het zien van parende slangen. (Henshaw, P.).

“Een soortgelijk verhaal is het Hinduverhaal van Bhangasrama, die ook van godswege een keer mocht veranderen van man naar vrouw. ‘Hij’ kreeg ook de optie om terug te keren, maar weigerde dit omdat het plezier in vrijen naar zijn/haar zeggen veel groter was. Inherent aan het Hinduïsme is de eenheid van vrouwelijk en mannelijk in elk individu. De Hinducode, de Maharabharata, laat geslachtsverschuiving per individu toe.

Ook in India komt vrijwillig eunuchisme onder (voormalige) mannen vrij veel voor. Zulke 'eunuchen' gedragen zich veelal als vrouw, zodat een vergelijking te trekken is met de moderne transseksueel. Deze individuen leven overwegend gelukkig en geïntegreerd in hun samenleving. Een incident staat genoteerd waar de Britse overheersers ontdekten dat een aantal zulke vrouwen in een vrouwenlokaal kwamen stemmen. De Britten stuurden ze naar het mannenlokaal, tekenend voor hoe de overheid in de toekomst op transseksuelen zou reageren, administratief en juridisch" (Henshaw, P.).

Ook in het China van 700 na Christus tot de 19e eeuw was vrijwillige castratie van mannen en jongens vrij gewoon en ook in Byzantium, tot de 19e eeuw was er een invloedrijke groep vrijwillige eunuchen (Henshaw, P.).

"In de geschiedenis van Noord-Europa treft men een lijst aan van (oorspronkelijke) mannen van stand die zich als vrouw kleedden en gedroegen, waaronder koning Hendrik III van Frankrijk, die in 1577 'omgekleed' verscheen, de Abbé de Choisy, waarschijnlijk een transseksueel, en de beroemde Chevalier d'Eon, die zijn naam leent aan de Psychologische beschrijving 'Eonisch transseksualisme' of 'Eonistische travestie'. De Chevalier mag zeker als transseksueel worden beschouwd. Zij leefde 34 jaar als vrouw onontdekt, en ondanks dat zij waarschijnlijk oorspronkelijk mannelijk was, zijn er historici die het mogelijk achten dat zij als meisje geboren is, en zich in haar jeugd voordeed als man. In 1858, bij haar dood, werd het ontdekt dat Mlle. Jenny Savalette biologisch nog mannelijk was ofschoon geen mannelijke identiteit van haar ooit bekend geweest is" (Henshaw, P.).



Prent van Pif, Le Charivari 7-8-1887, uit Grand-Carteret 1899 in Mannelijke vrouwen, p. 275 van Geertje Mak

Ondanks het feit dat bovenvermelde mythen en oorspronkelijk mondeling overgeleverde 'geschiedkundige verhaaltjes' naar alle waarschijnlijkheid ver boven alle waarheid verheven zijn hebben zij, wat genderdysforie betreft, toch enige geschiedkundige waarde. Zij zijn een duiding dat genderidentiteitstoornissen of de betrachting een gendermutatie te bekomen in het verleden en bij verschillende culturen ook reeds speelden. Dit om de eenvoudige reden dat indien dit niet het geval was, de mens nooit de behoefte zou gehad hebben om rond dit onderwerp een mythe te gaan creëren. "In de Europese literatuur werd voor het eerst in 1930 melding gemaakt van een geslachtsveranderende operatie. De Deense schilder Einar Wegener liet zich toen opereren en stierf een jaar later ten gevolge van die operatie als vrouw, Lili Elbe genaamd" (Hustinx, M.).

“In de Amerikaanse literatuur wordt in 1931 door F.Z. Abraham de eerste operatie van een transseksueel beschreven. In 1933 schrijft Niels Hoyer het eerste populaire wetenschappelijke boek over transseksualiteit, getiteld "Man and Woman". In 1950 schrijft D.O. Caldwell een psychiatrisch rapport over het verschijnsel transseksualiteit, getiteld "Psychopatia Transsexualis". In 1952 laat de dienstplichtige George Jorgenson (foto) zich opereren. Pas in 1967 maakt zij (Christine) melding van haar transformatie, waarna de belangstelling voor dit soort ingrepen pas echt begint toe te nemen. In Amerika is het vooral de endocrinoloog **Dr. Harry Benjamin** geweest die in de 50-er jaren grote bekendheid gaf aan het transseksuele fenomeen. In 1967 vindt te Baltimore de opening plaats van de John Hopkins Gender Identity Clinic. Dit is de eerste kliniek ten behoeve van geslachtsidentiteitonderzoek, waar allerlei specialisten aanwezig zijn om de transseksuelen zo goed mogelijk te kunnen begeleiden en opereren” (Hustinx, M.).



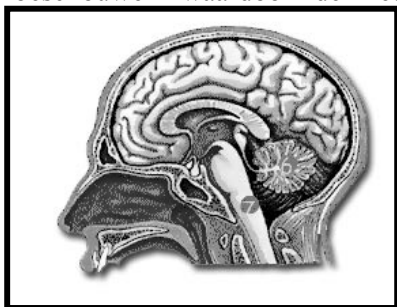
Aanpassing van het lichaam aan de geest is de behandeling bij uitstek geworden voor vele transgenders. Heden ten dage wordt de effectiviteit van deze behandeling reeds door vele studies bewezen, ondersteund en verantwoord. Stellen dat het aanbod van behandeling die een aanpassing van het lichaam aan de geest betracht, een vraag creëert is dus niet correct. “Wel kan het zo zijn dat het verder populariseren en toegankelijk maken van een geslachtsaanpassende behandeling bij sommigen tot een sterkere bewustwording van reeds sluimerende genderdysfore gevoelens leidt, waardoor frequenter een beroep wordt gedaan op deze behandeling” (De Cuypere, 2001).

## 4. OORZAKEN

"Haar vorige leven begon ook op het platteland van Indo- China, had ze Peter verteld. In haar geboortedorp waren de bewoners het er roerend eens over geweest, dat er in de hele streek geen mooier meisje bestond dan zij, maar haar veelbesproken en geprezen schoonheid bracht haar bitter weinig vreugde. Zoals dat al sinds mensenheugenis in gebruik was, werd ze door haar familie uitgehuwelijkt, uitgerekend aan een man voor wie ze niets dan afkeer voelde, een gevoelloze tiran die zijn bruid als zijn lijfeigene beschouwde. De eerste huwelijksnacht nam hij haar met geweld vijf keer achtereen. De volgende drie nachten sliep hij bij een hoer. Toen ze het waagde zich over zijn gedrag te beklagen, sloeg hij haar tegen de grond, waarna ze voor de rest van haar leven aan het rechteroor doof bleef. Terwijl haar echtgenoot zich onledig hield met wapensmokkel, afpersing, gokken, drank en hoeren baarde ze hem elf kinderen, die ze op eigen kracht moest zien te voeden en te kleden, want geld zag ze zelden. Haar schoonheid, die nergens meer toe diende, taande zienderogen. Tegen de tijd dat haar jongste oud genoeg was om op eigen benen te staan, was ze een tot de draad versleten vrouw, het leven beu. Ze wenste haar kwelgeest nooit meer te zien en verwelkomde de eerste dodelijke ziekte die maar vat op haar wilde krijgen. Cholera verteerde haar laatste restje energie en groot was opluchting toen ze na een lange, maar kortstondige reis in een andere wereld belandde. Licht als een pluimpje dwarrelde ze omhoog, aangetrokken door een haast verblindend schijnsel. Ze zweefde steeds hoger, tot ze oog in oog stond met een stralende Boeddha, mannelijke kracht en vrouwelijke wijsheid in één gestalte samengesmolten. Het wezen sprak: "Keer terug, ongelukkig schepsel! Keer terug tot je de liefde hebt leren kennen, want liefde is het enige waarvoor we op aarde zijn." "Liefde?" vroeg ze verbitterd. Zij had maar één soort liefde leren kennen: moederliefde; en die had ze naar haar beste vermogen in praktijk gebracht. Ze voelde hoe er aan haar getrokken werd. Hoe ze als een drenkeling in een snelstromende rivier werd meegesleurd. Toen ze echter beseftte wat er met haar ging gebeurde veranderde haar gemoedstoestand. Haar doodsverlangen sloeg om in levenslust. De liefde, dat onbekende goed, lokte haar meer dan de eeuwigheid. Ze kreeg grote haast om terug te keren, zo blij was ze met de onverwacht geboden herkansing. Ze liet zich niet langer willoos meezuigen in de maalstroom van de tijd. Met inspanning van al haar krachten versnelde ze haar gang, onbekend met de gevaren van zo'n onbesuisde terugkeer. In een roekeloze jubelstemming nam ze bezit van de eerste ongeborene die ze aan het eind van de afgelegde weg aantrof, om tot haar onbeschrijfelijke ontsteltenis te bemerken dat die nieuwe huls voor een jongen bestemd was. Zodra de vergissing tot haar doorgedrongen was, trachtte ze zich aan het plotseling afstotelijk geworden lichaam te ontworstelen. Maar ze kon vechten wat ze wilde, er was geen ontsnappen meer aan..." (Roosendaal, H.)

Deze hypothese heeft, wat oorzaken van transseksualiteit betreft, evenveel bestaansredenen als de meer wetenschappelijke hypothesen. Momenteel zijn er een 3-tal, met name het **biologisch model**, het **psychologische model** en het **combinatiemodel**. Doch geen van deze wetenschappelijke theorieën heeft totnogtoe sluitende bewijzen kunnen leveren.

- "Het '**biologisch model**' gaat ervan uit dat aan het ontstaan van de genderidentiteit een biologisch mechanisme ten grondslag ligt. Net zoals het genetische geslacht bepaald wordt door een XX- of XY configuratie, gaat men er van uit dat ook de hersenen een differentiatie in mannelijke of vrouwelijke richting ondergaan. Men vraagt zich tevens af of deze differentiatie van de hersenen ook niet verder doorgaat na geboorte. Genderidentiteitstoornissen zou men als een ontsporing van dit mechanisme kunnen beschouwen waardoor de neuro-endocrinologische structuren welke zich programmeren voor de



geslachtsidentiteit, zich ontwikkelen in een richting die tegengesteld is aan de uitwendig waarneembare geslachtskenmerken. De oorzaak van deze ontsporing is onzeker, maar er wordt gedacht aan hormonale invloeden tijdens de zwangerschap. In 1995 werd door het *Dutch Brain Research Institute* een seksedimorfe kern gevonden in de hypothalamus. Of sekseverschillen in genderidentiteit en seksuele

oriëntatie moeten toegeschreven worden aan de sekseverschillen in de hypothalamus is echter nog zeer de vraag (De Cuypere, 2001).

- "Het '**psychologisch model**' is diverser. Zo werden in de loop de jaren door diverse onderzoekers van diverse psychologische strekkingen, verschillende hypothesen geformuleerd. Zo zou een stimulerende houding van de ouders tegenover het door het kind gestelde cross-gendergedrag van invloed kunnen zijn (Zucker en Bradley). Diverse andere auteurs vonden aanwijzingen voor het feit dat een symbiotische relatie tussen moeder en kind en een gebrekkige desidentificatie van haar ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van genderidentiteitstoornissen. Anderen wijzen op de invloed van seksueel misbruik, of andere traumatische gebeurtenissen die kunnen leiden tot het ontstaan van een cross-genderidentificatie. Ook vanuit het psychologisch model werden helaas nog geen sluitende bewijzen gevonden.
- "Bij het '**combinatiemodel**' gaat men ervan uit dat in de etiologie van transseksualiteit sprake is van een combinatie van psychologische, biologische en sociale factoren" (Gaarden, S. van der). "Het probleem van de specificiteit blijft echter onopgelost. Men kan zich moeilijk voorstellen dat omgevingsfactoren alleen verantwoordelijk zouden zijn voor de ontwikkeling van genderidentiteitstoornissen. Ze zijn in de meeste gevallen een noodzakelijke, maar niet de enige voorwaarde" (De Cuypere, 2001).

Meer en meer gaat men er dus van uit dat er wellicht sprake is van een combinatie van factoren en heeft het idee van een **multicausale oorzaak** meer en meer ingang gevonden.



De visie die men hanteer(de)t om de problematiek van vooral transseksualiteit te benaderen heeft echter wel de oplossing die men voorzag, mede beïnvloed. Vanuit ethische overwegingen waren medici in de eerste plaats niet happig om in te gaan op de vraag van transseksuele personen om hun lichaam aan te passen aan hun geest. Men vond dit te verregaand en medisch onverantwoord. Er is namelijk geen weg meer terug eenmaal men geopereerd is. Vandaar dat men in het begin meer geneigd was om de geest aan te passen aan het lichaam. Gezien deze pogingen echter weinig succesvol

bleken en het zelfmoordcijfer onder transseksuelen hoog lag, heeft men zijn ethische principes wat aan de kant geschoven en beslist om de behandelingsmethodiek te veranderen naar aanpassing van het lichaam aan de geest. Tot vandaag de dag is deze behandelingsmethode nog steeds de geprefereerde, namelijk via hormonale behandeling en geslachtsoperatie. Dit terwijl men nog steeds niet weet wat de oorzaak van transseksualiteit is. Motivatie voor deze manier van werken is dat de kwaliteit van het leven van transseksuelen er toch op verbetert. Operatie biedt dus een oplossing voor het extreme gevoel van onbehagen met het eigen lichamelijke geslacht. Dat men niet zomaar tot behandeling overgaat, spreekt voor zich. Er is immers geen weg meer terug. Het is dan ook een behandeling die gebeurt onder strikte begeleiding van gespecialiseerde medici. Het proces van geslachtsaanpassende behandeling (ook wel geslachtsbevestigende behandeling genoemd) bestaat dan ook uit verschillende fases en neemt verschillende jaren in beslag.

## 5. BEHANDELING

### 5.1 Diagnosestelling

Het begrip ‘**diagnosestelling**’ dekt in feite twee ladingen, met name de **zelfdiagnose** en de **professionele diagnose**. Voor men aan professionele hulpverlening en de daaruit volgende diagnosestelling toe is, hebben de meeste transseksuele personen een **lange zoektocht** achter de rug, welke een voorlopig einde kent bij de ontdekking van een term als travestie, transgenderisme of transseksualiteit.

Reeds vanaf de vroegste kinderjaren kunnen gevoelens van genderonbehagen aanwezig zijn. Bij anderen komt dit gevoel pas boven in de puberteit. Dit gevoel kan zich bijvoorbeeld uiten in de keuze van het speelgoed en vriendjes respectievelijk vriendinnetjes, het verzet tegen het dragen van kledij typisch voor de eigen biologische sekse, het stiekem in moeders kleerkast zitten enz. Tijdens de puberteitsfase kan men een **intense afkeer** tegenover het eigen lichaam en de in deze fase ontwikkelde primaire en secundaire geslachtskenmerken krijgen (vooral bij transseksualiteit). Er kan gestadig verzet groeien tegen de geslachtsrolpatronen welke door de omgeving worden opgedrongen. Hierdoor wordt het reeds aanwezige 'weten' slechts versterkt. Een heuse speurtocht naar het eigen “ik” gaat dan ook definitief van start. In uitzonderlijke gevallen ontdekt men onmiddellijk het 'verschijnsel' transseksualiteit. Doch meestal leidt deze queeste naar het eigen “ik” eerst tot het zichzelf ervaren als homoseksueel of lesbisch, wanneer dit geen voldoening schenkt, als travestiet, om tot een uiteindelijk zelfdiagnose van transgenderisme of transseksualiteit te komen.

Eens men tot zelfdiagnose gekomen is kan men al dan niet besluiten zich tot de professionele hulpverlening te wenden. Of men zich al dan niet tot een hulpverlener wendt hangt vaak af van de mate van genderklachten.

Wie zich als travestiet identificeert zoekt vaak pas een hulpverlener op wanneer hij/zij dit nog niet voor zichzelf heeft kunnen aanvaarden, of wanneer er relatieproblemen ontstaan omwille van de omkleeding. De begeleiding hierbij is dan meestal van louter psychosociale aard. Er worden immers meestal geen lichamelijke veranderingen nagestreefd. Anders ligt het voor transgenderisten of transseksuele personen. Wanneer zij voor het eerst met een psycholoog of een andere hulpverlener in contact komen is hun wens meestal om zeer directe hulp te krijgen, zijnde hormonale behandeling en/of operatieve ingrepen. Hoewel deze wens zeer begrijpelijk is moet hierbij toch een grote voorzichtigheid aan de dag gelegd worden. Hiermee bedoelen we dat aan de hand van een reeks gesprekken het voor de persoon in kwestie zeer klaar en duidelijk moet worden wat een geheel (of gedeeltelijk) **transitieproces** precies behelst, en vooral dat men binnen de gesprekstherapie tot een duidelijke en zekere diagnose van de genderidentiteitstoornis moet kunnen komen om zodoende vast te stellen of het niet om een andere problematiek gaat. Deze

diagnosestelling is een **uiterst belangrijke stap bij de aanvang van het transitieproces**. Diagnosestelling gebeurt meestal door een psychiater en een psycholoog. Een complete transitie zoals dat in België verloopt, is gebaseerd op de procedure zoals die werd vastgelegd in de zogenaamde ‘**Standards of Care**’ door de Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). De fase van diagnostiek duurt hierbij minimum 6 maanden of meer.

Aan de hand van intensieve gesprekken en psychologische tests wordt een diagnose gesteld. Vrijwel altijd vinden in dit stadium van de behandeling ook een aantal medische onderzoeken plaats waarbij het de bedoeling is na te gaan of er geen genetische of hormonale afwijkingen bestaan bij de cliënt. Eenmaal de diagnose uitwijst dat het inderdaad om een ernstige vorm van atypisch genderontwikkeling gaat, en dat verdere behandeling aangewezen is, kan men over gaan tot de volgende fase in het transitieproces.

## **5.2. Hormonale behandeling en real-life experience**

Eenvoudig gesteld is een hormoon een “in het lichaam gevormde chemische stof die via de bloedsomloop bepaalde organen tot werkzaamheid aanzet” (Coelho M.).

In het kader van de behandeling van transgenderisme of transseksualiteit zijn enkel deze hormonen belangrijk, die instaan voor de ontwikkeling van de primaire en secundaire geslachtskenmerken. Bij een mannelijke foetus is testosteron, een mannelijk hormoon dat in de testes geproduceerd wordt, verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de zaadleiters, de prostaat, penis en scrotum. Bij een vrouwelijke foetus, waar dit mannelijk hormoon niet werkzaam is, worden uit identieke anatomische structuren de eileiders, de vagina, clitoris en kleine en grote schaamlippen gevormd (Cohen-Kettenis, P).

"Gezien de hormonen de bepalers zijn van het uitwendig geslacht is het vanzelfsprekend dat de transseksuele mens verandering wil brengen in zijn hormonale huishouding. Dit kan echter maar door:

- Verlost te worden van de endogene secretie van het geslachtshormoon, androgenen bij de man en oestrogenen bij de vrouw
- Ontvangen van andere hormonen” (Rubens, R.)

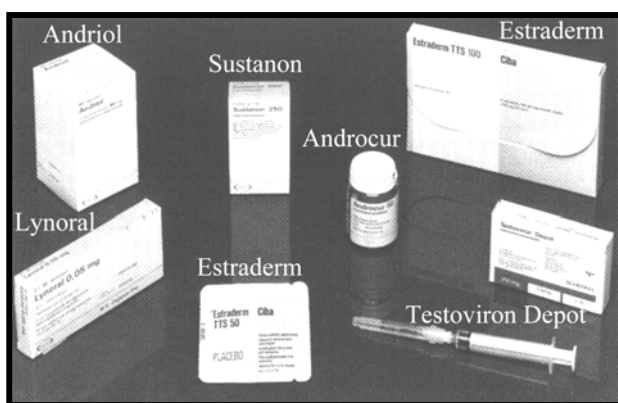


Foto: genderteam VU Amsterdam

**Oestrogenen en anti-androgenen** worden gebruikt bij de behandeling van transseksuele vrouwen (man naar vrouw transseksuelen). In een eerste fase wordt gestart met het toedienen van dit anti-androgeen. Het zorgt ervoor dat het libido daalt, erectiemogelijkheden wegvallen en in mindere mate de lichaamsbehaarung en spierstructuur verminderen. In een tweede fase wordt ook het oestrogeen voorgeschreven. De effecten hiervan zijn vooral een andere vetverdeling,

borstontwikkeling, een verandering van het beharingpatroon en verhoogde emotionaliteit. Transgenderisten

willen deze onderdrukking van de potentiemogelijkheden vaak niet, gezien zij dit deel van hun mannelijkheid niet wensen te verliezen. Afspraken over een aangepaste behandeling met de begeleidende endocrinoloog zijn daarom aangewezen. Om de lichaamsbehaving, in het bijzonder de baardgroei, effectief te bestrijden is **intensieve epilatie** (zie verder) nodig. Ook op de stem heeft hormonale behandeling geen effect; door **logopedische oefeningen of een stembandoperatie** (zie verder) kan een hogere spreekstem verkregen worden.

Bij de behandeling van transseksuele mannen (vrouw naar man transseksuelen) wordt in een eerste fase gebruik gemaakt van een **progestageen**, waardoor de vrouwelijke seksualiteit en menstruatie zo goed als stilvallen. In een tweede fase worden androgenen toegediend. De belangrijkste effecten hiervan zijn stemverzwaring, toename van de lichaamsbehaving, toename van de spiermassa, het optreden van baardgroei en een verhoging van het libido. Ook transgenderisten (geboren als vrouw), kunnen een voorkeur hebben voor deze hormonale behandeling die zorgt voor een vermannelijking van hun lichaam. Afspraken rond mogelijkheden en verlangens dienen gemaakt te worden met de begeleidende endocrinoloog. Het innemen van androgenen bij transseksuele mannen en oestrogenen bij transseksuele vrouwen dient na een geslachtsoperatie levenslang te gebeuren. Hoewel de indicatie voor hormoonbehandeling niet omstreden is, kunnen de dosering en het type voorgeschreven hormoon variëren van persoon tot persoon. Hormonale behandeling gebeurt daarom steeds onder begeleiding van een endocrinoloog, en wordt stap voor stap opgebouwd.

Pogingen om op eigen houtje deze dosering op te drijven in de hoop sneller effecten te zullen zien, zijn begrijpelijk maar volkomen zinloos en zeker **niet zonder risico's**. Zo is er een vergrote kans op een verhoogde bloeddruk, een verhoogd risico op trombose doordat de stollingsneiging van het bloed toeneemt, een mogelijke storing van de leverfunctie en een kans op een verandering in de vetstofwisseling, waardoor het risico van aderverkalking toeneemt. Typerend voor oestrogenen is ook de verhoogde aanmaak van het hormoon **prolactine** in de hypofyse (aanhangsel van de hersenen) wat aanleiding kan geven tot het ontstaan van een gezwel. “Niet alleen wordt hormonale behandeling na een tijd irreversibel (onomkeerbaar), bij plots stopzetten van de behandeling kan het botweefsel ontkalken met het vergroot risico van moeilijk genezende breuken op latere leeftijd” (Asscheman, H.). Vanwege de bijwerkingen is het noodzakelijk om, aanvankelijk om de 3 maand, later om de 6 maand of jaarlijks zich door een gespecialiseerd arts te laten controleren.

***Een uitgebreide brochure rond hormonen en hun werking is te verkrijgen bij de Genderstichting.***

Aan deze hormonale behandeling wordt de zogenaamde **real-life experience** gekoppeld. Dit betekent letterlijk een test in het echte leven en is een voorbereidende fase op een leven in de gewenste geslachtsrol. In de eerste plaats houdt dit in dat men zijn naaste omgeving (partner, kinderen, familie, vrienden, werk of school) gaat inlichten over het omschakelingsproces. In een tweede stap gaat men op sociaal, familiaal en professioneel vlak ook de gewenste geslachtsrol gaan aannemen. Afhankelijk van wat de reacties van de

omgeving op deze rolomschakeling zijn, kan men zelf uittesten of men zich beter voelt in zijn nieuwe geslachtsrol en of men zal kunnen omgaan met tegenkantingen of onbegrip die kunnen volgen op deze geslachtsrolomschakeling.

Het verloop van deze real-life experience is bepalend voor de verdere stappen in het transitieproces (substitutiehormoontherapie en geslachtsoperatie(s)) en duurt minstens **anderhalf jaar**. Sommigen hebben op sociaal vlak nog absoluut niks ondernomen vooraleer ze de vraag naar hulpverlening stelden. Vaak is de hulpverlener de eerste persoon met wie ze het over hun gendergevoelens hebben. Hen wacht uiteraard een grote uitdaging wanneer ze met deze sociale omschakeling van start gaan. Veel mensen in hun omgeving hadden immers absoluut geen vermoedens over deze genderproblemen. Het vraagt dan ook vaak veel tijd vooraleer naasten kunnen bevatten wat er aan de hand is en er leren mee om te gaan. Van de transgenderpersoon zelf wordt dan ook veel geduld, doorzettings- en incasseringsvermogen en begrip verwacht voor de moeilijkheden die de omgeving ondervindt in het omgaan met zijn/haar situatie.

Voor anderen is de start van de real-life fase slechts een formaliteit waarin zij zich officieel outen. Vaak is hun genderprobleem in hun omgeving reeds langer bekend en soms werd men ook reeds aanzien als iemand van de andere gender. Hun omgeving is dus met andere woorden reeds voorbereid op wat komen zal. Men kan rekenen op steun en begrip van de omgeving, waardoor de real-life experience meestal vlot verloopt. Zich aanvaard en gesteund weten in z'n nieuwe genderrol is **van cruciaal belang** voor een geslaagde transitie. Het belang van het eigen aandeel in deze genderrolomschakeling mag absoluut niet verwaarloosd worden.

### **5.3 Stem en gelaatsbehandling**

De hormonale behandeling bij transgenderisten en transseksuele vrouwen heeft twee belangrijke beperkingen: **de stem** en de **snor- en baardgroei** ondervinden weinig of geen invloed hiervan. Door gebruik van vrouwelijke hormonen is het niet mogelijk om de stem hoger te laten klinken. Hier kunnen alleen **stemoefeningen of een stembandoperatie** uitkomst bieden.

#### **5.3.1. Stem**

**Stemoefeningen** betekenen dat men met behulp van een logopedist(e) op een andere manier leert spreken (andere intonatie, op een ander niveau leren spreken, leren op woordkeuze en uitspraken...). Deze methode is de meest intensieve van de twee, vergt veel oefening en geduld, maar biedt de beste garanties op een goed en permanent resultaat. Wat is belangrijk bij logopedielessen? Ten eerste is de keuze van de logopedist belangrijk, zo is het best om een logopedist te zoeken die ervaring heeft met een transgenderstem. Ook het geslacht van de logopedist kan belangrijk zijn, voor transseksuele vrouwen is een vrouwelijke logopediste

aangewezen. Dit omdat een vrouwelijke logopediste een vrouwelijke intonatie en spreekmanier heeft, die gemakkelijker overgenomen kan worden. Dit kan het proces van logopedie versnellen. Ten tweede moet er gewerkt worden aan het aanleren van aangepast stemgedrag. Er moet een manier van spreken ontwikkeld worden die vrouwelijk klinkt maar de stem niet zal belasten. Ten slotte zal men onaangepast stemgedrag afleren om letstel aan de stem of stembanden te voorkomen.

Een stem kan gemakkelijk beschadigd worden door verkeerd stemgebruik. Een stem trilt immers gemiddeld 220 keer per seconde, 13.200 keer in 1 minuut, 792.000 keer per uur en 19.000.000 op 1 dag! Het is dus niet verwonderlijk dat bij mis stemgebruik er poliepen en eelt kunnen optreden.

De identificatie van een stem hangt niet alleen af van de toonhoogte, maar ook van het timbre, prosodie/intonatie, taalgebruik, mimiek, non-verbale communicatie en algemeen voorkomen.



Strottenhoofd, bovenste deel van de luchtpijp waar de stem wordt gevormd.

De toonhoogte wordt in de eerste plaats bepaald door de lengte en spanning van de stembandspieren. Ook de massa (spiermassa en mogelijke zwelling van de stembanden tengevolge van allergieën of infecties) speelt een rol, net als de ademdruk. Een andere factor die bijdraagt tot de identificatie van een stem is het timbre. Het timbre is niet, zoals iedereen denkt de toonhoogte of de basisfrequentie maar bestaat uit boventonen, die door de resonantieruimtes anders gaan klinken.

Buiten deze factoren die rechtsreeks verbonden zijn aan de stem zelf, zijn er nog elementen die bijdragen tot de identificatie. Zo is de prosodie of het spreektempo verschillend tussen man en vrouw. Ook de intonatie en het taalgebruik zijn beduidend anders bij een vrouw dan bij een man. Zo zal een vrouw eerder iets vragen in de trant van “Mag ik aub...”, terwijl een man eerder de gebiedende wijs gebruikt “Geef me...”. De mimiek die hierbij gepaard gaat zal ook variëren bij mannen en vrouwen: vrouwen zijn eerder geneigd om sierlijke handgestes te gebruiken, waar mannen meer hoekige armgebaren maken. Last but not least blijft het algemeen voorkomen toch één van de belangrijkste identificatiepunten, en zal dit vaak overwegen op de stem. Indien de stem als een bevestiging werkt van het uiterlijk, zal de identificatie vlot verlopen. Het is pas als er een discrepantie is tussen stem en uiterlijk dat logopedie overwogen moet worden.

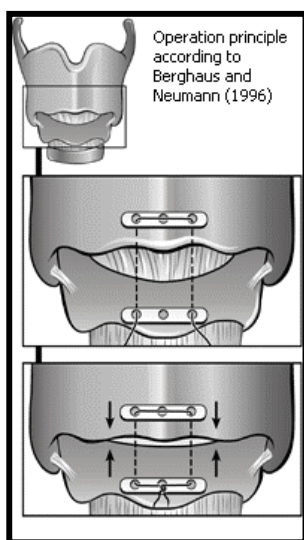
Hoe zitten deze lessen nu in elkaar? Technisch gezien bestaat er geen vast recept. Iedere stem is uniek en heeft een eigen aanpak nodig. Maar er zijn wel een paar voorschriften die vaak voorkomen: zo moet er minstens tweemaal per week naar de logopedist(e) gegaan worden. Tussen deze sessies in moet er nog dagelijks thuis geoefend worden, om de continuïteit te verzekeren. Ook moet er overdracht gebeuren van het dagelijks leven naar de oefensituatie bij de logopedist. Na verloop van tijd kan de intensiteit van de lessen afgebouwd worden tot een onderhoudsbehandeling, maar dit is afhankelijk van de ernst van de situatie. De

muzikaliteit en het lichaamsbewustzijn spelen ook een rol, spreken doe je namelijk met het hele lichaam en niet alleen met de stem. Natuurlijk moeten de gestelde verwachtingen wel realistisch blijven, het is immers niet mogelijk om van een contrabas naar een viool te gaan. Maar het allerbelangrijkste blijft toch de motivatie, logopedie is en blijft een werk van lange duur en het is belangrijk om de moed niet op te geven.

Logopedielessen kunnen worden terugbetaald mits voldaan aan bepaalde voorwaarden: zo moeten de lessen gebeuren op medisch voorschrift van een neus-, keel- en oorarts en moet de behandelende logopedist een behandelingsplan opstellen. In dit behandelingsplan moet de frequentie opgegeven worden en het mag maximum twee jaar in beslag nemen voor eenzelfde aandoening.

**Stembandoperatie** betekent dat men via een operatieve ingreep de stembanden zal aanpassen, zodanig dat de stem vrouwelijker gaat klinken. Deze techniek is echter nog in evolutie en wordt in veel gevallen slechts overwogen nadat logopedie niet de gewenste resultaten oplevert. Wanneer logopedie niet de verhoopte stemverandering oplevert kan een stembandoperatie eventueel soelaas bieden. Helaas zijn niet alle ingrepen

even succesvol. Er bestaan verschillende technieken om de stem operatief te wijzigen. De meest toegepaste is de zogenaamde C.T.A. (crico thyroid approximation). Via operatieve weg wordt het schildkraakbeen (adamsappel) tegen het cricoid kraakbeen dat eronder ligt, geduwd. De 2 kraakbeenderen worden dan aan elkaar vastgehecht met behulp van draadjes. De stembanden worden hierdoor opgespannen waardoor de stem hoger gaat klinken. Dit gebeurt via een kleine insnijding in de hals en kan onder volledige of lokale verdoving. De ingreep is omkeerbaar, maar is echter niet zonder gevaar.



Wat kunnen de resultaten van dergelijke ingreep zijn? De normale spreekfrequentie wordt meestal verhoogd, wat echter niet betekent dat de hoogste frequentie die men voordien men de stem kon bereiken wordt verhoogd. Het is daarentegen wel zo dat de laagste tonen die men voordien kon halen, nu niet meer bereikt kunnen worden. Met andere woorden, het gehele

stembandbereik wordt niet omhoog getrokken, maar wel verminderd in bereik. De stem kan hierdoor best wel wat vrouwelijker (want hoger) klinken, stemhoogte is echter niet de enige component die ervoor zorgt dat een stem vrouwelijk klinkt (zie supra). De resonantie bijvoorbeeld waarmee een stem trilt verandert niet door deze ingreep. Vaak resulteert deze ingreep in het tot stand komen van een stem waarin weinig stemklank zit, de stem klinkt eentonig zonder veel variatie. Het resultaat kan ook geleidelijk aan terug verdwijnen, waardoor de stem als voorheen gaat klinken, of kan in de slechtste gevallen nog minder goed klinken dan preoperatief.

Veel is afhankelijk van de dikte van de stembanden. De meest acceptabele resultaten worden bereikt bij dunnere stembanden. Dikkere mag je nog zoveel opspannen als je wilt, veel hoger zal een stem hierdoor niet klinken (te vergelijken met de dikste snaar van een gitaar, je kunt die wel opspannen, doch je zult er nooit eenzelfde toonhoogte mee kunnen behalen als die van de fijnste snaar). Meer info bij de phoniater.

### 5.3.2. Gelaatsbehandling

Al bijna even problematisch is het gesteld met de (ongewenste) snor- en baardgroei. Toch kan dit probleem wel helemaal worden opgelost. Maar er gaat een wel epilatieproces aan vooraf, dat van persoon tot persoon (bvb. straffe of lichtere baard) sterk kan verschillen in tijdsduur, kostprijs of ervaren pijn. Definitieve ontharing kan op verschillende manieren gebeuren, is werk voor specialisten en wordt of uitgevoerd door een dermatolo(o)g(e), of binnen schoonheidsinstituten. Heel wat transgenderisten en transseksuele vrouwen trachten met eigen middelen (pincet, was,...) de haargroei te overwinnen, maar helaas moeten we zeggen dat deze methoden op langere termijn weinig uitkomst bieden.

Hoe groeit haar?

De haargroei gebeurt vanuit een structuur in de huid die de haarfollikel of haarwortel wordt genoemd. Het gedeelte van het haar dat uiterlijk waarneembaar is, is dus slechts een klein deeltje van het totale haar. Haartjes bevatten melanine, een kleurstof die de kleur van het haar bepaalt. Hoe meer melanine hoe donkerder het haar (bruin, zwart), hoe minder melanine, hoe bleker het haar (blond, rood, grijs).

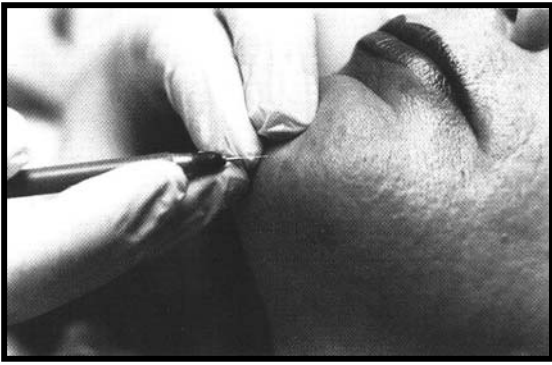
Haargroei is bij iedereen verschillend en is o.m. afhankelijk van de leeftijd, etnische afkomst, hormonen etc. Toch is haargroei bij iedereen onder te verdelen in drie fasen: een actieve, een regressieve en een rustfase. tijdens de **actieve** fase groeit een haar het hardst, tijdens deze fase is er het meeste pigment aanwezig in het haar.

de **regressieve** fase die ongeveer 2 weken duurt. Het haar is nu gestopt met groeien, maar wordt nog niet afgestoten.

de **rustfase** duurt ongeveer 5 à 6 weken. Op het einde van deze periode wordt het haar afgestoten en valt het uit. Er ontstaat opnieuw een nieuw haartje op deze plaats (actieve fase).

Hoe werkt epilatie?

Epilatie valt grosso modo onder te verdelen in twee methodes: elektrische epilatie en laserepilatie. (Subcutane epilatie waarbij men (een deel van) de baardharen operatief verwijderd is eveneens een alternatief, maar wordt amper toegepast).



Het principe van *elektrische epilatie* werkt eenvoudig gesteld als volgt: via een naald wordt een elektrische stroom naar de haarwortel gevoerd. Deze elektrische stroom wordt door het haar in warmte omgezet, waardoor de haarwortel wordt vernietigd. Elektrische epilatie is in principe toepasbaar op elk type haar en huid. Gezien haartje per haartje moet worden behandeld kan men in één sessie vaak

slechts een gedeelte van de gelaatsbehaaring onder handen nemen. Voor de uitvoerder is het een intensief en vermoeiend werkje. Voor de geëpileerde een pijnlijke zaak. Men maakt dan ook vaak gebruik van een verdovende crème. Het aantal behandelingssessies (bijv. wekelijks) kan snel oplopen vooraleer men van permanente ontharing kan spreken. Het spreekt voor zich dat ook de financiële consequenties navenant zijn (kan oplopen tot 5000 euro!!!). Ander nadeel van elektrische epilatie is dat de haartjes enkele millimeters lang moeten zijn en men zich dus niet mag geschoren hebben kort vóór de behandeling. Dit om de locatie van de haartjes makkelijker te kunnen bepalen. In sociaal opzicht is dit dus verre van ideaal! Toch is deze vorm van epileren voor mensen met blekere haren vaak het enige alternatief.

*Laserepilatie* werkt volgens het principe van een geconcentreerde lichtstraal met een bepaalde golflengte. Deze lichtenergie wordt opgenomen door de in de haartjes aanwezige melanine en wordt omgezet in warmte, waardoor de haarwortel wordt vernietigd. Hoe donkerder de haartjes (meer melanine), hoe effectiever deze behandeling. Voor lichtere haarkleuren is deze behandeling dus minder effectief. Ook de kleur van de huid speelt hierbij een rol. Wanneer deze veel pigment bevat en dus donkerder van kleur is (van nature uit, of door blootstelling aan zonlicht), zal een deel van de energie door de huid worden opgenomen. Dit kan verbranding van de huid veroorzaken en bleke vlekken op de huid nalaten die blijvend kunnen zijn. Vóór, als zowel tijdens de behandeling met laser mijdt men dus best de zon of zonnebank. Laser werkt dus best bij bleke huid en donkere haren.



Laserepilatie is het meest effectief in de actieve groeifase van de haartjes. Omdat niet alle haartjes zich op hetzelfde moment in deze fase bevinden is het dus noodzakelijk meerdere behandelingen te ondergaan. Wanneer een haarwortel is vernietigd zal op deze plaats geen nieuw haartje meer groeien. De haartjes die tijdens behandeling in de rustfase zaten zullen uitvallen en nieuwe haartjes komen dan in de plaats. Deze haartjes zullen in een volgende behandeling worden bewerkt. Tussen twee sessies in dient daarom een periode van 6 tot 8 weken te zitten. Bij de huidige stand van zaken spreekt men over permanente ontharing na een 5-tal behandelingen (meer of minder afhankelijk van persoon tot persoon).

Voordelen van laserbehandeling is dat het sneller verloopt. Men gaat niet meer haartje per haartje behandelen, maar grotere oppervlaktes in ééns. Behandeling van het ganse gelaat is dus mogelijk in één

enkele sessie. Ze is ook minder pijnlijk en goedkoper dan elektrische epilatie (125 tot 200 euro per sessie, afhankelijk van het aantal shots dat dient gegeven te worden). Nadeel van deze manier van epilieren is dat niet iedereen in aanmerking komt (zie supra).

Veelgebruikte lasertoestellen zijn o.m. een robijnlaser, Alexandrietlaser of flashlampgepulste laser. Tegenwoordig bestaan ook toestellen die zowel laserimpulsen als elektrische stroom in één toestel integreren. De ontwikkelingen op het vlak van laserbehandeling gaan razendsnel. Epilatiemethodes worden voortdurend vernieuwd.

Epilatie wordt het meest aangewend om lichaamszones als het gelaat te behandelen van ongewenste haargroei. Toch kunnen ook andere lichaamsdelen worden geëpileerd wanneer behandeling met hormoononderdrukkers (bij transseksuele vrouwen) te weinig effect heeft. Zo goed als alle plaatsen op het lichaam kunnen worden geëpileerd. Ook aan de intieme zones rond de schaamstreek wordt best niet voorbij gegaan. Te sterke haargroei in de lies kan immers nadelig zijn na vaginoplastie. De kans op pijnlijke en tot infectie leidende haargroei in de vagina is bestaande. Overweeg daarom steeds op voorhand of u deze zone beter laat epilieren of niet. Ook transseksuele mannen kunnen baat hebben bij epilatie. Sterke haargroei op de voorarmen dient voorafgaand aan een phalloplastie te worden verwijderd via epilatie. Dit om vervelende haargroei op de phallus postoperatief te vermijden.

#### **5.4. Operatieve behandeling**

Wanneer de hormonale behandeling op bevredigende wijze verloopt en wanneer de maatschappelijke rolverwisseling een min of meer hoopvol perspectief biedt, kan men overgaan tot de **plastischchirurgische** behandeling. Uiteraard dient ook hier het onderscheid te worden gemaakt tussen de behandeling van transseksuele mannen en vrouwen. Zonder al te veel in detail te willen treden, geven we hierna weer wat geslachtsoperaties technisch gezien inhouden.

- **Transseksuele vrouwen**

"Deze ingreep bestaat uit het verwijderen van de testikels en de inhoud van de penis op een stukje van de urinebuis na, met het intact laten van de penishuid die aan een abdominale steel blijft verbonden. Achter



Foto: internet - Vaginoplastie: postoperatief, met aanduiding van clitoris ( c ) en uréthra ( u )

de uitmonding van de urethra, dus tussen de urethra en de anus, waar ook normaal de vagina ligt, wordt een holte gemaakt. De penishuid wordt aan de top afgesloten en ingestulpt. Deze ingestulpte penishuid wordt in de holte gebracht. Er ontstaan dan aan beide zijden plooien. Deze worden dan verkleind totdat ze de grootte aannemen van de grote schaamlippen. De urinebuis wordt door de opening in de abdominale steel van de ingestulpte penishuid naar buiten gebracht en daarin vastgehecht. Het esthetisch aspect is over het algemeen zeer redelijk terwijl in de meeste gevallen ook de functie goed is. Coïtus is mogelijk en velen hebben hierbij nog een orgasme." (Bouman, F.)

"Er vindt een reconstructie plaats van de clitoris met een klein deel van de eikel, waar naar toe de nodige bloedvaten en zenuwen lopen voor erogene prikkeling. In de onmiddellijke en latere postoperatieve periode wordt gebruik gemaakt van een speciaal ontworpen siliconenprothese om een maximale diepte en breedte van de vagina te bekomen." (Genderteam Gent)

Daarnaast (maar veelal gelijktijdig) kan ook een operatieve borstcorrectie uitgevoerd worden, wanneer de d.m.v. hormonen ontwikkelde borsten niet in verhouding zijn tot de globale lichaamsgestalte. Deze operatie wordt ook door transgenderisten als aantrekkelijk gezien. Vaak ook zijn schaamlipcorrecties in een later stadium aangewezen.

Ongeacht de gebruikte techniek kunnen er zich met de operatieve vaginaconstructie enkele problemen voordoen, dit ten gevolge van een slechte reactie van het lichaam van de patiënt of van een zeer grote onvoorzichtigheid vanwege de patiënt, of door het niet nakomen van de raadgevingen die door de chirurg gegeven werden. In de eerste plaats bestaat het gevaar voor **rectovaginale fistelvorming**. Dit is het ontstaan van een opening tussen de vagina en het uiteinde van de dikke darm. Een chirurgische ingreep (colostomie) is in dit geval noodzakelijk. Een nadeel hiervan is de reductie van de vaginagrootte. Na verloop van tijd kan men proberen de vagina weer groter te maken, maar de resultaten zijn niet steeds even bevredigend.

Een tweede (mogelijks) gevaar voor mislukking is het verschijnsel **stenose**. Dit is een vernauwing van de vagina, door het samentrekken van het weefsel. Het is een louter natuurlijke reactie van het lichaam. Het correcte gebruik van de aanbevolen vaginale prothese doet dit risico echter gevoelig verminderen. **Necrose** is de derde mogelijke oorzaak van mislukking. Dit is een reactie die lijkt op afstoting waardoor de vagina weer sluit. Hierdoor wordt de vagina minder diep en blijft er slechts enkele cm. opening. In de laatste twee gevallen is het bijna altijd mogelijk de schade te herstellen. Wel blijft voorzichtigheid geboden. De beide verschijnselen betreffen immers natuurlijke reacties van het lichaam en kunnen zich daardoor meermaals voordoen.

Ook esthetische operaties kunnen naar eigen voorkeur overwogen worden: passabiliteit kan immers ook staan of vallen met een geloofwaardige vrouwelijke fysiek. Vaak worden dit soort ingrepen dan ook ondergaan vóór de geslachtsaanpassende operatie. Er kunnen echter geen mirakels verwacht worden; een forse mannelijke constitutie kan men immers niet omtoveren tot een frêle damesfiguur... De meeste ingrepen gebeuren aan het gelaat, ingrepen op andere plaatsen zijn meestal het wegnemen van vetweefsel of verzakte huid. Facelifts, het omhoogtrekken van de wenkbrauwen of oogleden en het wegnemen van overtollig vet in de nek, zijn eveneens populair. Daarnaast echter worden ook heel wat ingrepen uitgevoerd die tot doel hebben de contouren van een gezicht te wijzigen. Neuscorrectie, kincorrectie, kaakcorrectie of wijzigen van de vorm van het voorhoofd, zijn hierbij de meest voorkomende operaties. Esthetische ingrepen hoeven niet steeds chirurgisch te zijn, ook met behulp van laser kunnen significante gelaatscorrecties gebeuren.

- **Transseksuele mannen**

Hier betreft het een aantal afzonderlijke ingrepen, uitgevoerd op verschillende tijdstippen.

“Subcutane mammectomie of **verwijdering van het borstklierweefsel** is meestal de eerste ingreep die wordt verricht. Afhankelijk van het borstvolume kan men zich van verschillende technieken bedienen. In geval er slechts weinig borstklierweefsel aanwezig is, gebeurt dit via een kleine insnede aan de onderrand van de tepelhof. Bij volumineuzere borsten wordt het teveel aan huid ook gecorrigeerd door middel van een litteken circulair rond het tepelhof. Deze eerste ingreep wordt door de meesten als zeer verlossend ervaren. Borsten zijn dan ook seksespecifieke kenmerken waardoor men meteen wordt ‘ontmaskerd’. Velen binden dan ook hun borsten af voor deze operatie. Het verhoogt de passabiliteit, maar de kans op het vlugger ontwikkelen van cysten of andere borstaandoeningen ten gevolge van dit afbinden is bestaande. Na deze ingreep voelt men zich vaak ook veel zelfzekerder. Ook door transgenderisten kan deze ingreep als zeer aantrekkelijk worden gezien.



Foto: Genderteam UZ Gent -  
mammectomie

Via een insnede laag ter hoogte van de buik, maar veelal endoscopisch gebeurt **een verwijdering van de baarmoeder en de eierstokken** door de gynaecoloog en een reconstructie van het vaste deel van de urinebuis, na verwijdering van de vagina door de uroloog. Op die manier is de urineafvoer verlengd tot vooraan in de **schaamstreek**.

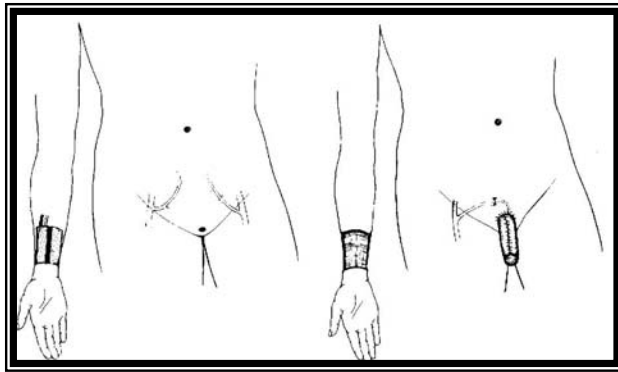


Foto: genderteam VU Amsterdam – phalloplastie met de vrije flap

De constructie van een penis, of een zogenaamde **phalloplastie** kan op verschillende manieren gebeuren. De meest gebruikte methode is die van de **vrije flap**. Dit gebeurt met weefsel van de voorarm dat als vrije flap getransplanteerd wordt. Dit betekent dat het weefsel gesteeld blijft op **één ader en één slagader** die later zullen worden doorgenomen, waarna microchirurgisch een nieuwe connectie gemaakt wordt met de bloedvaten die naar het

been lopen en dit ter hoogte van de lies. De penis wordt geconstrueerd als een buis in een buis. De binnenste buis dient voor de afvoer van urine, de buitenste als bedekking van de penis. Er wordt ook een eikel en een rand van de eikel geconstrueerd. Naast de bloedvaten worden ook de zenuwen van het weefsel van de arm verbonden met de zenuwen in de lies en schaamstreek. De arm wordt met een huident bedekt.

Een vroege complicatie, zoals bij elke vrije flapconstructie, kan inhouden dat er zich een klonter vormt in de aanvoerende bloedvaten naar de flap waarvoor een nieuwe ingreep noodzakelijk is. Om die reden wordt de bloedtoevoer naar de nieuw gereconstrueerde penis zeker gedurende de eerste week van zeer dichtbij gecontroleerd. De latere complicaties zijn vorming van fistels met lekkage van urine, meestal ter hoogte van de basis van de penis. Deze fistels sluiten vaak uit zichzelf. In een aantal gevallen is een nieuwe ingreep echter nodig. Op langere termijn is een vernauwing van de urineafvoerweg mogelijk. Ook hier kan een nieuwe ingreep noodzakelijk zijn. In een later stadium kan een tatoëring van de eikel plaatsvinden om de penis



Foto: genderteam UGent - phalloplastie

een nog meer natuurlijk aspect te geven, evenals implantatie van teelballen of van een erectieprothese." (genderteam Gent)

## **5.5 Juridische aspecten**

Het geslacht en de naam zijn een onderdeel van wat genoemd wordt de **staat** van een fysisch persoon, of zijn juridische identiteit waartoe ook bv. de geboortedatum behoort. Zowel de seksregistratie als de voornaam kunnen worden gewijzigd.

- **Voornaamwijziging**

Sinds 2 juli 1974 bestaat er een wet die toelaat een wijziging te bekomen van de voornaam, dit via een administratieve procedure uitmondend in een Ministerieel besluit (MB) dat de wijziging vastlegt. Om deze voornaamswijziging te bekomen dient men een gemotiveerd schrijven in te dienen bij het Ministerie van Justitie. In dit verzoek dient men transeksualiteit te vermelden met eventueel de reeds ondernomen stappen b.v. hormonale behandeling, epilatie, operatieve ingrepen,... Indien men nog geen stappen heeft gezet kan men er best een deskundig verslag bijvoegen met de diagnose van transeksualiteit. Het is raadzaam bij het verzoekschrift volgende documenten te voegen: kopie van de geboorteakte, bewijs van inschrijving in het bevolkingsregister, een geschreven verklaring van familieleden waarin zij verklaren akkoord te zijn met de voornaamswijziging. Eventueel ook kopie van gevoerde correspondentie met vrienden, familieleden, enz. waaruit blijkt dat de nieuwe voornaam reeds courant gebruikt wordt. Tenslotte verklaart men zich akkoord de hieraan verbonden kosten te zullen betalen.

In principe is de aanvrager volledig vrij in de keuze van de nieuwe voornaam. De voornaamswijziging wordt, indien ze na onderzoek wordt goedgekeurd, toegestaan bij Ministerieel Besluit. Officieel is het nog steeds zo dat een voornaamswijziging pas wordt toegestaan na een geslachtsoperatie, of ten aller vroegste wanneer een exacte datum voor die operatie reeds vast ligt. Vandaar dat ook wordt aangeraden om een voornaamswijziging reeds aan te vragen eens men volop in de real-life test zit. In de praktijk blijkt een voornaamswijziging veelal te worden toegestaan nog voor men een geslachtsoperatie onderging. Eenmaal een wijziging van de voornaam wordt toegestaan, wordt het ganse dossier doorgespeeld aan het Ministerie van Financiën, waarna men wordt uitgenodigd om te betalen. De kostprijs van de aanvraag tot voornaamswijziging bedraagt € 49 + zegelrechten. Zelf dient men met deze goedkeuring naar de ambtenaar van de burgerlijke stand van de gemeente waar men woont te stappen, om deze te verzoeken de wijziging van voornaam in de geboorteakte in te tekenen om zodoende ook een nieuwe identiteitskaart te kunnen afleveren.

Nu is de voornaam gewijzigd, maar nog niet het juridische geslacht of staat van de persoon. Waar de voornaamswijziging een louter administratieve procedure betekende, is een juridische geslachtsaanpassing een gerechtelijke procedure die gevoerd dient te worden voor **de rechtbank van eerste aanleg, binnen het district waar men geboren is**. Meestal gebeurt dit met behulp van een advocaat.

- **Juridische geslachtsaanpassing**

Wanneer iemands feitelijke identiteit niet meer overeenkomt met de juridische identiteit (juridische staat van de persoon), dan kan men een aanvraag indienen tot wijziging van staat.

“De positieve wetenschap kent thans minstens 5 verschillende kenmerken die mede helpen het geslacht van een individu te bepalen”:

- ❖ de fysische kenmerken:

1. het morfologisch criterium: de primaire geslachtskenmerken.
2. het genetisch criterium (de chromosomensamenstelling).
3. het gonadische criterium (de aanwezigheid van de elementen voor de productie van hetzij eicellen, hetzij zaadcellen).
4. het hormonale criterium (de aanwezigheid van ofwel mannelijke ofwel vrouwelijke hormonen).

- ❖ het psychologische criterium:

“de mentale organisatie van het individu het zich ‘voelen’ behoren tot een geslacht of een ander.” *(Desmet D.)*

Wanneer het door middel van een medisch attest is aangetoond dat er een discrepantie bestaat tussen de fysische kenmerken en het psychologisch criterium kan men een gerechtelijke procedure tot wijziging van staat opvragen. Dit, in tegenstelling tot de heersende misopvatting, staat volledig los van de al dan niet reeds ondernomen stappen in het detransseksualisatieproces.

“Een normale gerechtelijke procedure tot wijziging van staat ziet er als volgt uit:

1. verzoekschrift tot de rechtbank van eerste aanleg (of brief aan de procureur)
2. advies van de procureur.
3. vonnis van toelating van de verandering van staat of van afwijzing van de vordering. ofwel een tussenvonnissen dat en/of
  - een deskundig verslag beveelt van een geneesheer - seksuoloog - psychiater die de rechtbank een deskundig advies geeft.
  - verhoor van de partij in kwestie. In dat geval kan nog over de expertise of het verhoor gedebatteerd worden en volgt dan het eindvonnis.
4. hoger beroep voor het Openbaar Ministerie of de betrokkene bij het Hof van Beroep.
5. arrest van het Hof van Beroep” *(Desmet, D.)*



Deze procedure gebeurt binnen gerechtelijke sfeer, omdat er gewoon geen wet is die de verandering van staat regelt. Eenvoudig gesteld komt het dus hier op neer dat de rechtbank moet kunnen vaststellen dat de feitelijke (fysische, psychologische en sociale) identiteit van een persoon, haaks staat op de juridische identiteit. Om deze discrepantie weg te nemen dient een wijziging van staat te gebeuren. Dit betekent dat in de geboorteakte een kantmelding zal gemaakt worden in die zin dat ‘vanaf heden persoon dient beschouwd te worden als zijnde van het andere geslacht’. Vanaf heden, want een wijziging met terugwerkende kracht, dus tot aan de geboorte, zou betekenen dat iemand geboren is als van het andere geslacht. Dit zou een wijziging van de geboorteakte betekenen. Omdat dit echter teveel implicaties heeft, gaat men hier voorlopig niet op in.

Eens de wijziging van staat wordt toegekend, wordt men ook officieel wettelijk aanzien als zijnde van het andere geslacht. Dit betekent dat men ook aan alle wetten en verplichtingen onderhevig is als alle andere geslachtgenoten (bv als man tot de gerechtigde pensioenleeftijd werken) Alle officiële documenten (identiteitskaart, SIS-kaart, etc.) dienen aangepast te worden aan de nieuwe situatie. Ook het rijksregisternummer wordt gewijzigd.

## **5.6. Bevindingen na de geslachtsaanpassende operatie**

In de periode augustus/september 2002 werd aan het UZG een zogenaamd longterm follow-up onderzoek vanuit multidisciplinair oogpunt, uitgevoerd bij 62 transseksuele personen (35 transseksuele vrouwen en 27 transseksuele mannen). Deelnemers aan de studie dienden allen reeds minstens 1 jaar een geslachtsoperatie achter de rug te hebben. Er werd gewerkt aan de hand van persoonlijke interviews, vragenlijsten en een klinische beoordeling van zowel het psychisch, sociaal en professioneel functioneren van betrokkenen. Ook de attitude ten aanzien van de behandeling werd bevraagd. Volgende onderzoeksvragen werd gesteld:

### **5.6.1 Onderzoeksvragen**

#### **Onderzoeksvraag 1: Daling van genderdysforie?**

De eerste onderzoeksvraag die naar voor werd geschoven in deze studie was of de geslachtsaanpassende behandeling een therapeutisch effect heeft gehad. Hiervoor waren twee aannemingen nodig: ten eerste dat een ernstige vorm van genderdysforie aanwezig was bij alle personen uit onze proefgroep (volgend uit de definiëring van transseksualiteit als extreme vorm van genderdysforie) en ten tweede dat de verbetering in genderdysforie toe te schrijven viel aan SRS (sex reassignment surgery). Prospectieve studies toonden reeds de causale relatie aan tussen SRS en verbeterd functioneren (Mate-Kole, Freschi & Robin, 1990; Smith,

2002). We konden dan zien dat er een verbetering heeft plaatsgevonden op vlak van genderdysforie. De waarden voor genderdysforie op de Utrechtse Genderschaal (UGS, Doorn et al., 1996) vielen volledig binnen de range van een (Nederlandse) controlegroep (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997) en verschilden niet significant van een analoge Nederlandse populatie transseksuelen in follow-up (Smith, 2002).

Het toeschrijven van de verminderde genderdysforie aan de behandeling in retrospectieve studies is zeer plausibel, maar niet de enige mogelijkheid. Kuiper (1991) opperde twee minder gunstige alternatieven. Als eerste beschrijft hij de mogelijkheid van een cognitieve dissonantie reductie. Personen zouden hun cognities ('SRS is dé oplossing voor mijn genderconflict') aanpassen aan de gemaakte beslissing omdat ze de notie niet kunnen aanvaarden dat hun offers voor niets zijn geweest. Een tweede alternatief ziet hij in de mogelijkheid dat men geen genderdysforie meer rapporteert, maar er wel nog ervaart. Men zou die gevoelens na de behandeling toeschrijven aan andere zaken dan een genderconflict. Hiervoor waren geen duidelijke aanwijzingen aangezien de vermelde redenen voor het niet gelukkig zijn of eenzaamheidsgevoelens (geen partner, beperkte sociale contacten, onbegrip en ontevredenheid met het uiterlijk) ook in onze proefgroep zeer aannemelijk bleken.

## **Onderzoeksvraag 2: Positionering van psychisch functioneren?**

### *2.1 Klinische beoordeling versus zelfrapportage.*

Wat betreft de klinische beoordeling van het algemeen functioneren (GAF) scoorden de transseksuele vrouwen (man naar vrouw) significant minder goed dan de transseksuele mannen (vrouw naar man) Dit geslachtsverschil was niet terug te vinden in de zelfrapportagelijsten (SCL-90 en GHQ-28). Deze lijsten gaven aan dat transseksuele vrouwen en transseksuele mannen een zelfde mate van psychische klachten en psychisch welbevinden ervoeren. Een reden voor deze discrepantie zou kunnen liggen in de ruime definiëring van de GAF (psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren) versus de eerder enge focus van de zelfrapportagelijsten (psychische symptomen).

### *2.2 Vergelijking tussen de transseksuele en algemene populatie*

- Vergelijking met niet-transseksuele populaties.

Onze proefgroep bleek een even grote mate van psychisch welbevinden (GHQ-28) te ervaren als een groep uit de algemene (Nederlandse) bevolking en een grotere mate van welbevinden als een groep (Nederlandse) poliklinische psychiatrische patiënten (Koeter & Ormel, 1991). Ook qua psychische klachten (SCL-90) was er een trend vast te stellen: de transseksuele vrouwen scoorden steeds (niet significant) hoger dan de transseksuele mannen. In de Belgische bevolking rapporteren vrouwen (hier de transseksuele vrouwen)

steeds (al dan niet significant) meer psychische klachten dan mannen (hier transseksuele mannen) (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2002).

- Vergelijking met andere transseksuele groepen.

Wat betreft algemeen functioneren bleek onze proefgroep even goed te scoren als een groep Noorse transseksuele personen (Haraldsen & Dahl, 2000) en wat betreft psychische klachten deden ze het even goed als een groep Nederlandse transseksuelen in follow-up (Smith, 2002). Opmerkelijk was dat, in vergelijking met de Nederlandse groep transseksuelen, onze proefgroep significant hoger scoorde op de subschaal Wantrouwen en Interpersoonlijke sensitiviteit (SCL-90). Deze schaal bevroeg symptomen die een grondtoon van onvrede van zichzelf in relatie met anderen bevatten (Arrindell & Ettema, 1986). Andere auteurs hebben geopperd dat een aantal socioculturele verschillen tussen de Vlaamse en Nederlandse samenleving meespelen in de symptomatologie. In Nederland bestaat er een toleranter klimaat en wordt transseksualiteit reeds sinds de jaren '70 geaccepteerd. Men wordt er minder geconfronteerd met discriminatie en onbegrip, iets wat in Vlaanderen wel nog vaak het geval is. Een multidisciplinaire aanpak ten aanzien van transseksualiteit bestaat hier sinds 1986. Pas vanaf dat moment is er echt sprake geweest van sociale en ethische acceptatie (De Cuypere, Jannes & Rubens, 1995).

### *2.3 Suïcidepogingen.*

Deze positieve tendens in psychisch functioneren staat in contrast met de vier transseksuele vrouwen die sinds de behandeling (een) suïcidepoging(en) hadden ondernomen. Dit vormt een bevestiging van de literatuur die stelt dat transseksuele vrouwen in vergelijking met transseksuele mannen vaker suïcidepogingen plegen (Dixen et al., 1984; Kuiper & Cohen-Kettenis, 1988; Landén et al., 1998). De proefgroep volgde de trend in de Vlaamse bevolking waar het aantal suïcidepogingen hoger is onder vrouwen dan onder mannen (Van Heeringen et al., 2001) Er bleek wel een significante daling van het aantal pogingen na de behandeling op te treden, wat ook een bevestiging is van vele publicaties (Fahrner, Kockott & Duran, 1987; Rehman et al., 1999; Stein et al., 1990; Wällinder & Thuwe, 1975) en een positief effect van de behandeling.

### *2.4 Effecten van de chirurgische resultaten op integratie genderrol- genderidentificatie*

- Integratie genderrol.

Voor de transseksuele mannen bleek dat een grotere tevredenheid met de mastectomie (d.i. het verwijderen van de borsten) zorgde voor een betere integratie in de genderrol (als twijfel of men zich kan handhaven in het nieuwe gender). Voor de totale proefgroep bleek een goede beoordeling van het uiterlijk (SBV) samen te gaan met een betere integratie in de genderrol. Ross & Need (1989) hadden gewezen op het belang van esthetische chirurgische resultaten. Zij zagen de mogelijkheid om door te gaan als een persoon van het

gewenste gender, en dit zowel voor zichzelf als voor de personen rond zich, als een kritische determinant voor de postoperatieve aanpassing. Onze resultaten vormden een bevestiging van deze hypothese.

- Genderidentificatie.

Hiermee verbonden is de andere observatie bij de transseksuele mannen: hoe groter de tevredenheid was rond de esthetische resultaten van mastectomie, hoe minder men zich lichamelijk nog identificeerde met het oorspronkelijke vrouwelijke geslacht (VAS). Transseksuele vrouwen en transseksuele mannen scoorden nooit nul op de identificatie met hun oorspronkelijke gender en zelden perfect op de identificatie met het gewenste gender. Deze 'onvolledigheid' was te verwachten gezien de onvermijdelijke restanten van het oorspronkelijke geslacht en alle vroegere ervaringen. Dit hoeft niet steeds een negatief gegeven te zijn. Uit de gesprekken bleek dat velen de ervaringen en herinneringen, beleefd in het vroegere gender, hadden geïntegreerd in hun nieuwe gender en het als een voordeel beschouwden dat ze met het - nu - andere geslacht zeer goed konden omgaan.

### *2.5 Lichaamsbeleving.*

Wat betreft lichaamsbeleving was niemand, met uitzondering van één transseksuele man, ontevreden. Deze persoon mocht echter geen voldoende hoge dosis mannelijke hormonen krijgen door een leverpathologie. Zo bleven natuurlijk de hormonale effecten op zijn lichaam grotendeels achterwege, met negatieve gevolgen voor zijn lichaamsbeeld. Het positief resultaat op vlak van lichaamsbeleving is analoog met de bevindingen van anderen (Fleming, MacGowan, Robinson, Spitz & Salt, 1982).

De transseksuele mannen waren even tevreden over hun primaire geslachtskenmerken (penis, scrotum) als de transseksuele vrouwen (vagina, clitoris), ondanks het feit dat (door de complexiteit van falloplastiek) positieve chirurgische resultaten minder vanzelfsprekend zijn op dat vlak voor hen. Transseksuele vrouwen lieten zich ook uitermate positief uit over hun uiterlijk, ondanks de hinderpalen van mannelijke lichaamsbouw, brede schouders en grove handen. Dit heeft te maken met het copingmechanisme dat de meeste onder de transseksuele vrouwen hanteren, namelijk een soort negatie of ontkenning (zie verder). Iets wat de transseksuele vrouwen wél duidelijk signaleerden was het probleem van de gelaatsbehandling en de stem. Ondanks de vaak reeds maximale inspanningen (laserepilatie, make-up e.d. voor de behandeling; stemoperaties en logopedie voor de stem) bleef men deze herinneringen aan het verleden als zeer hinderlijk ervaren (zie ook in dit kader de vaststelling van Ross & Need, 1989).

### *2.6 Discrepancie tussen zelfperceptie en perceptie door anderen.*

Twee maal werd een discrepantie opgemerkt tussen een beoordeling van de persoon zelf en één van de onderzoekers. Ten eerste vonden we geen correlatie tussen enerzijds de gerapporteerde tevredenheid over het lichaam (BIS) door de persoon zelf en anderzijds de beoordeling van het uiterlijk door de onderzoekers



(SBV). Ten tweede vonden we ook geen correlatie tussen enerzijds de gerapporteerde twijfels rond het uiterlijk (zelfperceptie) en anderzijds de beoordeling van het uiterlijk door de onderzoekers (SBV).

Twee verklaringen zijn hier plausibel. Een eerste betreft de verschillende meetpretentie van de bevroegde items: er bestaat een verschil tussen een beoordeling van het eigen lichaam (dat men tot in detail en ook naakt kent) en een beoordeling van het uiterlijk van een ander persoon (waarvan men louter

een geklede indruk krijgt). Ook correspondeert gerapporteerde twijfel omtrent het eigen uiterlijk zeker niet volledig aan de beoordeling van dat uiterlijk door een ander. Een tweede verklaring is de copingstijl van negatie die eigen is aan deze populatie. Dit mechanisme van ontkenning is vooral terug te vinden bij de transseksuele vrouwen die, ondanks de duidelijke (resterende) mannelijke kenmerken, hun voorkomen meestal als geslaagd tot zeer geslaagd waarnemen. Het lijkt alsof het aanschouwen van hun aangepaste lichaam hen met zo'n geluk vervult, dat de perceptie van hun eerder ongeloofwaardig voorkomen volledig wordt overschaduwd. Dit mechanisme is natuurlijk sterk bepalend voor hun zelfvertrouwen en eigenwaarde.

### Onderzoeksvraag 3: Veranderingen in sociaal functioneren?

#### 3.1 Sociale en familiale contacten en acceptatie: vóór versus na de behandeling.

Op dit vlak konden geen hypothesen worden getoetst en moesten we ons beperken tot het beschrijvend niveau. De meest opvallende tendens bleek een discrepantie tussen de transseksuele vrouwen en transseksuele mannen. De transseksuele vrouwen rapporteerden meer verslechterde sociale contacten en acceptatie dan de transseksuele mannen. Transseksuele mannen bleken meer verbeterde sociale contacten en acceptatie te rapporteren dan de transseksuele vrouwen. Dit vormt een bevestiging van de publicaties van vele auteurs die aangeven dat SRS een positief effect heeft op het sociale leven (o.a. Abramowitz, 1986; Hunt & Hampson, 1980; Kuiper, 1985; Rakic et al., 1996). Belangrijk is dat ook een groot deel rapporteerde dat de contacten en de mate van acceptatie onveranderd zijn. Dit laat echter geen gerichte interpretaties toe gezien het ontbreken van een kwaliteitsoordeel.

Een andere tendens was het hoge percentage 'niet van toepassing' bij het contact met en acceptatie door vader, vooral bij de transseksuele vrouwen maar ook bij de transseksuele mannen. Twee verklaringen zijn hier mogelijk. Ten eerste zou er een effect van de codering kunnen bestaan (wanneer één van de twee vragen

opgelaten was, kon geen vergelijking worden gemaakt en scoorden we 'niet van toepassing'). Het aantal 'missing values' bleek echter zeer klein dus deze verklaring lijkt weinig plausibel. Ten tweede zou het kunnen dat er vooral bij transseksuele vrouwen en ook bij de transseksuele mannen minder vaak een vaderfiguur is (geweest). Dit kan zowel inhouden dat vader reeds is overleden, dat het contact reeds lang is verbroken of dat er nooit een vaderfiguur is geweest in het leven van deze personen. Dit is overeenkomstig de psychoanalytische theorieën omtrent transsexualiteit (Meyer, 1982).

Er bestaat ook een tendens dat het contact met en de acceptatie door moeder vaker onveranderd bleef in vergelijking met vader. Dit zou kunnen betekenen dat moeder reeds vóór de behandeling meer tolerant was ten aanzien van behandeling zodat het contact weinig veranderingen onderging. Het is dus mogelijk dat er een reëel verschil bestaat tussen de houding van vaders en moeders ten aanzien van een kind dat een geslachtsverandering wenst. Onze gegevens laten echter geen conclusie toe in die richting.

Een te verwachten verschil is nog te observeren tussen de familiale (vader, moeder, broers en zussen) en niet-familiale contacten (buren, vrienden, collega's, winkeliers). Verslechterde contacten of acceptatie in deze laatste groep zijn zeldzaam. Als er verandering optreedt, is het meestal in positieve zin.

### *3.2 Tevredenheid met sociale leven - eenzaamheid*

Een eerste resultaat was een toename van tevredenheid over de sociale relaties in het algemeen na de behandeling in vergelijking met ervoor. Deze verandering gold echter niet voor de hele proefgroep: 16 personen bleven even tevreden over hun sociale contacten maar, met uitzondering van één persoon (een transseksuele vrouw), waren al deze personen reeds tevreden tot zeer tevreden. Toch vond bij vijf personen een verslechtering van de sociale relaties plaats sinds de behandeling. Analoog hiermee vond er een daling van eenzaamheidsgevoelens plaats, maar dit enkel voor de transseksuele mannen. Voor de transseksuele vrouwen bestond er een (niet significante) trend in die richting.

Voorts bleken transseksuele vrouwen en transseksuele mannen niet te verschillen in de gerapporteerde ontevredenheid, noch voor noch na de behandeling. Hiermee volgen ze de tendens in de algemene Vlaamse bevolking waar mannen en vrouwen even vaak ontevredenheid over hun sociale relaties aangeven (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2002). Tot slot bleek dat onze proefgroep een analoge mate van ontevredenheid over zijn sociale relaties uitte (4,9%) als een groep uit de algemene Vlaamse bevolking (7%) (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2002).

### *3.3 Partnerrelaties.*

Net als het gros van de Westerse en Amerikaanse literatuur vonden we dat de transseksuele vrouwen vóór Sex Reassignment Surgery (SRS) vaker een huwelijk zijn aangegaan en kinderen hebben dan de transseksuele mannen (Blanchard, 1994; Kuiper & Cohen-Kettenis, 1988; Landén, Wålinder & Lundström,

1998; Verschoor & Poortinga, 1988). Dit kadert binnen de 'vlucht in het huwelijk' (of vlucht in de conventionaliteit?) die vooral bij de transseksuele vrouwen wordt geobserveerd. Dit lijkt een louter Angelsaksisch en cultureel verschijnsel aangezien Tsoi (1990,1992) dit in Singapore helemaal niet terugvindt. Deze observatie hangt sterk samen met het feit dat de leeftijd van eerste consultatie voor genderdysforie hoger ligt bij de transseksuele vrouwen dan bij de transseksuele mannen.

Wat betreft de partnerkeuze waren onze gegevens ook consistent met andere studies in de zin dat de transseksuele vrouwen op dit vlak een meer heterogene groep vormden dan de transseksuele mannen (Blanchard, Clemmensen & Steiner, 1987; Dixen et al., 1984; Pfäfflin & Junge, 1990). De percentages van heteroseksuele (hier dus op basis van het geslacht na SRS) partnerkeuze bedroegen 54,5% bij de transseksuele vrouwen tegenover 84,6% van de transseksuele mannen.

In tegenstelling tot wat de literatuur (Eldh et al., 1997; Kockott & Fahmer, 1988; Pfäfflin & Junge, 1990) vermeldde, bleek onze proefgroep heel open naar hun partners: slechts bij één persoon (een transseksuele vrouw) is de partner niet op de hoogte van het transseksueel verleden.



Een laatste observatie betrof het significant groter aantal transseksuele vrouwen dat in een vaste partnerrelatie zit tijdens de follow-up in vergelijking met de voormeting. Deze evolutie werd niet opgemerkt bij de transseksuele mannen, gezien zij reeds vóór de behandeling al vaak een partnerrelatie hadden. Dit is in tegenspraak met andere studies die stellen dat transseksuele mannen vaker een vaste partnerrelatie hebben dan de transseksuele vrouwen (Blanchard et al., 1983, 1985; Dixen et al., 1984; Eicher, 1984; Kockott & Fahrner, 1988; Pfafflin & Junge, 1990; Sorensen, 1981a, 1981b; Spengler, 1980; Verschoor & Poortinga, 1988). Onze resultaten gaven na de behandeling een voordeliger situatie aan bij de transseksuele vrouwen.

#### **Onderzoeksvraag 4: Hoe functioneren transseksuele vrouwen en transseksuele mannen op professioneel vlak?**

De transseksuele mannen in onze proefgroep bleken na de behandeling significant vaker een job te hebben dan ervoor. Bij de transseksuele vrouwen kon een kleine (niet significante) daling worden vastgesteld. Dit gegeven behoeft nuancering: transseksuele mannen meldden zich op een jongere leeftijd aan voor SRS. Zij waren dus nog vaak student (23,1 %) tijdens de voormetingen. Logischerwijze studeerden zij niet langer op

moment van follow-up maar waren ze allen aan de slag. Hierdoor leek het percentage werkenden bij hen spectaculair verbeterd.

Een aantal personen (zeven of 20% van de transseksuele vrouwen en drie of 11,1 % van de transseksuele mannen) zijn door de behandeling hun werk kwijtgeraakt. Transseksuele vrouwen en transseksuele mannen toonden hier geen significant verschil in. Blijkbaar hebben beide groepen een vrijwel vergelijkbare mate van discriminatie of andere problemen ondervonden bij hun werkgever op het moment van transitie. Opmerkelijk hierbij was dat het percentage werklozen stabiel bleef. Blijkbaar zijn deze personen er allemaal opnieuw in geslaagd om aan de slag te geraken. Deze resultaten vormen een bevestiging van de meeste studies die dit bevroegen (Blanchard et al., 1985; Fahmer et al., 1987; Hastings, 1974; Hunt & Hampson, 1980; Ihlenfeld, 1973; Lothstein, 1980; Wålinder & Thuwe, 1975).

Wat betreft het verband met de tijdsgeest en toenemende tolerantie, zou het kunnen dat de personen die tijdens de transitie hun job zijn verloren, reeds een hele tijd geleden SRS ondergingen. Er kon echter geen duidelijke trend vastgesteld worden. Van de transseksuele vrouwen die hun job verloren, ondergingen er twee de operaties in 1993, één in 1996, de overige drie in 1998, 2000 en 2001. Bij de transseksuele mannen werd één iemand geopereerd in 1996 en werden er twee geopereerd in 2001.

### **Onderzoeksvraag 5: Hoe kijkt men terug op de behandeling?**

Zijn er mensen die spijt hebben? Wanneer we het cijfer van personen met spijt (op moment van de dataverzameling) bekeken zagen we een percentage van 3,4% of twee op 62 personen. Dit cijfer behoeft enige commentaar. Gebaseerd op de standaardvraag ('heeft u op dit ogenblik spijt?') had slechts één persoon (een transseksuele man) spijtgevoelens. Hij zou ook een andere beslissing nemen wanneer hij weer in dezelfde situatie zou verkeren.

Na het onderzoek is echter gebleken dat deze persoon op dat moment een relatie had met een man die hem terug in de vrouwelijke rol wenste te duwen. Dit zorgde voor een tijdelijke (gender) identiteitscrisis. Deze relatie is ondertussen ten einde en na de breuk vond hij zijn mannelijke zelf terug. Hij leeft nu nog steeds in de mannelijke rol, met meer zekerheid van zichzelf. Op het moment van dit schrijven had hij een afspraak gemaakt bij de plastisch chirurg om een phalloplastie te laten uitvoeren, iets wat hij reeds lang uitstelde. Op moment van schrijven gaf hij dus blijk van een andere houding dan op moment van follow-up. Het probleem van de momentopname blijkt hier te spelen.

Naast deze transseksuele mannen was er ook nog een transseksuele vrouwen die 'soms wel, soms niet' spijtgevoelens ervaart. Zij gaf aan dat dit gerelateerd was aan het onbegrip en de sociale problemen waarmee zij worstelt. Dergelijke situaties roepen bij haar soms de idee op dat ze daar als man minder last van zou

hebben. Deze persoon haalde zeer lage scores op de beoordeling van haar uiterlijk en globaal voorkomen (SBV).

## **Onderzoeksvraag 6: Bestaan er tussengroepverschillen?**

### *6.1 Verschillen tussen transseksuele vrouwen en transseksuele mannen (factor huidig geslacht)*

In onze proefgroep werden een aantal verschillen tussen transseksuele vrouwen en transseksuele mannen geobserveerd. De belangrijkste bevindingen bleken een grotere 'vlucht in het huwelijk' (vóór SRS), hogere leeftijd op moment van eerste consultatie, vaker suïcidepogingen (vóór en na SRS), vaker een homoseksuele partnerkeuze, meer verslechte sociale contacten, minder goed algemeen functioneren (GAF) en een voorkomen dat minder in overeenstemming was met het gewenste gender (SBV) bij de transseksuele vrouwen dan bij de transseksuele mannen. Naast deze minder positieve resultaten, vertoonden de transseksuele vrouwen op één vlak een betere situatie: ze hadden na de behandeling vaker een partnerrelatie dan de transseksuele mannen. Deze resultaten vormen een bevestiging van het gekende gegeven in de literatuur dat de uitkomsten van transseksuele vrouwen minder goed zijn dan die van de transseksuele mannen (De Cuypere et al., 1995; Dixen et al., 1984; Kuiper, 1991; Landén et al., 1998; Lothstein, 1984; Pauly, 1981; Smith, 2002; Verschoor & Poortinga, 1988; Wålinder & Thuwe, 1975).

Verschillende auteurs hebben rond deze geslachtsverschillen verklaringen naar voor geschoven. De aangehaalde factoren zijn zowel van fysieke, etiologische, psychische als maatschappelijke aard. Kuiper (1991) stelde drie factoren voor die de minder goede uitkomsten bij transseksuele vrouwen zouden kunnen verklaren. Ten eerste haalde hij fysieke factoren aan: de transseksuele vrouwen worden in vergelijking met de transseksuele mannen makkelijker herkend als iemand van het oorspronkelijk geslacht. Vooral hun mannelijke lichaamsbouw, gelaatsbehang en stem zorgen voor een minder overtuigend resultaat zodat ze angstiger (kunnen) zijn voor 'ontdekking' door anderen. Transseksuele mannen hebben minder last van deze fysieke hinderpaal en zouden zich dus losser kunnen gedragen in hun sociaal leven. Een tweede factor is een maatschappelijke: onze maatschappij staat minder tolerant tegenover (biologische) mannen die zich kleden of gedragen als vrouw dan naar vrouwen die zich kleden of gedragen als man. Een derde factor ligt in het psychische. Door de oudere consultatieleeftijd en het langer leven in de oorspronkelijke genderrol (met huwelijk en eventueel kinderen als gevolg), dragen transseksuele vrouwen een meer beladen verleden met zich mee.

Ook Landén et al. (1998) schoven twee verklaringen naar voor. De eerste mogelijke reden voor deze geslachtsverschillen zagen zij in een verschillende onderliggende etiologie bij transseksuele vrouwen en transseksuele mannen. Uit de gelijkaardige vraag naar geslachtsaanpassing van beide groepen valt volgens hen niet zomaar af te leiden dat ze ook een gemeenschappelijke etiologie kennen. Een tweede verklaring

voor de geslachtsverschillen vonden zij in de heterogeniteit van de transseksuele vrouwen groep. Deze auteurs stellen dat de groep van transseksuele vrouwen eigenlijk zou bestaan uit twee verschillende groepen, namelijk enerzijds uit het equivalent van de transseksualiteit bij transseksuele mannen (die homogener is), en anderzijds uit iets totaal verschillend daarvan, eerder een soort 'parafilie'. Dit verwijst dan naar de typologieën die andere auteurs hebben voorgesteld: 'core' versus 'non-core' groep (Burns, Farrell & Brown, 1990), homoseksuele versus non-homoseksuele groep (Blanchard, 1985, 1988, 1989a, 1989b, 1989c) of primaire versus secundaire transseksualiteit (Person & Ovesey, 1979a, 1979b).

### *6.2 Verschillen tussen homoseksueel en non-homoseksueel subtype (factor partnerkeuze)<sup>noot</sup>*

Ook tussen de subtypes aangegeven door Blanchard (1985, 1988, 1989a, 1989b, 1989c) werden in onze proefgroep verschillen gevonden. De homoseksuele subgroep bleek minder vaak gehuwd te zijn geweest vóór SRS, was jonger op moment van de eerste consultatie, had vaker een vaste partner (na SRS), was vaker werkend na de behandeling, uitte meer tevredenheid rond de (resultaten van de) behandeling (Spijtlijst), had een voorkomen dat meer overeenkomstig het huidige gender was (SBV) en bleek een minder sterke identificatie met het oorspronkelijke geslacht over te houden op lichamelijk vlak (VAS) in vergelijking met de non-homoseksuele subgroep. Voor de homoseksuele transseksuele vrouwen bleek ook nog dat zij een sterkere identificatie kenden met het gewenste geslacht op psychisch vlak (VAS) in vergelijking met de non-homoseksuele transseksuele vrouwen. Deze resultaten vormen een bevestiging van de typologie van Blanchard: partnerkeuze bleek ook een belangrijke factor in uitkomst na de behandeling. Het bleek ook hier weer dat het homoseksuele subtype op een aantal gebieden beter functioneert dan het non-homoseksuele en dat er twee verschillende groepen bestaan op basis van de factor partnerkeuze.

### *6.3 Interactie-effecten tussen geslacht en partnerkeuze*

Naast de hoofdeffecten van beide voorgaande factoren waren ook enkele interactie-effecten terug te vinden. Bij de transseksuele mannen rapporteerde het homoseksuele subtype minder psychische klachten (SCL-90) en bij de transseksuele vrouwen het non-homoseksuele subtype. Bij de transseksuele mannen scoorde het homoseksuele subtype beter qua psychisch welbevinden (GHQ-28) en bij de transseksuele vrouwen het non-homoseksuele subtype. Bij de transseksuele mannen scoorde het homoseksuele subtype beter qua algemeen functioneren (GAF) en bij de transseksuele vrouwen het non-homoseksuele subtype. Wanneer we deze interactie-effecten bekeken, bleek dat (voor deze variabelen) bij de transseksuele vrouwen het non-

---

<sup>noot</sup> De termen homoseksueel subtype en non-homoseksueel subtype zijn termen zoals die in wetenschappelijke literatuur worden gehanteerd. Zij refereren aan het geslacht waarin men geboren werd. Dit betekent dat een transseksuele vrouw (als man geboren) wordt omschreven als homoseksueel wanneer zij vóór SRS een seksuele voorkeur voor mannen heeft en als non-homoseksueel wanneer zij op vrouwen valt. Omgekeerd voor wat betreft de transseksuele mannen. Wij nemen de termen over zoals ze door auteur Els Elaut werden gehanteerd. Het kan echter verwarrend overkomen...

homoseksuele subtype een beter functioneren kende en bij de transseksuele mannen eerder het homoseksuele subtype. Dat het aantal gevonden verschillen beperkt was, is in tegenspraak met andere auteurs (Smith, 2002). Het niet kunnen repliceren van meer verschillen heeft heel waarschijnlijk te maken met het kleine aantal non-homoseksuele transseksuele mannen.

### **Onderzoeksvraag 7: Kunnen prognostische factoren worden geïdentificeerd die toelaten het postoperatief functioneren te voorspellen? Kunnen verbanden worden vastgesteld met uitkomsten van functioneren?**

Een regressie-analyse toonde aan dat er enkele prognostische factoren kunnen worden geïdentificeerd in onze proefgroep. Uit het eerste model bleek dat iemand in follow-up weinig psychische klachten zal rapporteren wanneer deze persoon behoort tot het homoseksuele subtype, een hoge mate van sociale ondersteuning kent, op vrij jonge leeftijd consulteert voor genderdysforie en een uiterlijk heeft dat compatibel is met het nieuwe gender. Uit een tweede analyse bleek ook dat een persoon tijdens follow-up klinisch beter zal worden beoordeeld wanneer men een goede sociale ondersteuning kent en het uiterlijk compatibel is met het nieuwe gender.

Deze resultaten zijn overeenkomstig de bevindingen van verschillende andere auteurs (Blanchard, 1989; Kockott & Fahrner, 1987; Landén et al., 1998; Smith, 2002; Wålinder et al., 1978). Klinisch gezien betekent dit dat men tijdens de diagnostische fase meer aandacht zal moeten hebben voor personen die aangeven een non-homoseksuele partnerkeuze te hebben, wanneer men op oudere leeftijd consulteert, wanneer men onvoldoende sociale ondersteuning ervaart en een uiterlijk bezit dat moeilijk compatibel is met het nieuwe gender. Dit betekent niet dat men kandidaten die één of meerdere van deze kenmerken bezitten een behandeling met SRS moet weigeren: de bevindingen laten niet toe de conclusie zover door te trekken. De resultaten laten wél toe om behandelaars te helpen kandidaten te identificeren wiens uitkomst postoperatief meer risicovol is.

Naast deze factoren werden ook nog tevredenheid met verschillende chirurgische het globale voorkomen getoetst. Deze factoren bleken geen significant voorspellende waarde te hebben in onze proefgroep.

#### **5.6.2. Meerwaarde en beperkingen van het opzet**

Het hier beschreven onderzoek was zeker uniek in een aantal aspecten. Enerzijds werden verschillende disciplines betrokken in de studie waardoor het mogelijk was om op meerdere domeinen, dus breder dan het louter psychische, data te verzamelen en dit van eenzelfde proefgroep. Door het tijdsbestek konden deze interdisciplinaire verbanden slechts in beperkte mate worden uitgewerkt in dit schrijven. Een ander sterk punt is de concretisering en uitdieping van een aantal aspecten die voorheen slechts oppervlakkig aandacht kregen hebben: lichaamsbeleving, genderidentificatie, integratie in de genderrol, zelfperceptie enz. Vanuit

het besef dat alle bevroegde variabelen sterk verbonden zijn, werd zo veel mogelijk de nadruk gelegd op verbanden en correlaten.

Beperkingen van het opzet omvatten in de eerste plaats de retrospectieve bevraging van een aantal variabelen. Er zijn eerder bedenkingen geplaatst bij een dergelijke manier van werken omwille van geheugeneffecten en alle mogelijke vertekeningen die kunnen meespelen. Dergelijke nadelen lijken hier minder van belang: ons doel was bij uitstek menselijk en dus niet steeds van objectieve aard. We lieten ons vooral leiden door de vraag: 'hoe gaat het nu met deze mensen?' Deze vraag leek ons inziens beter beantwoord door subjectieve dan objectieve data: hun beleving stond voorop. Een andere beperking vormt de responsrate van 58%. Er bleef een deel van de groep onbevroegd. Generalisatie naar de volledige populatie die werd behandeld in het UZG is dus beperkt. Ten slotte bleek de momentopname sterk te spelen bij enkele personen.

### 5.6.3. Implicaties voor de procedure van SRS

Vanuit onze resultaten zijn er een tweetal implicaties naar voor te schuiven. In de eerste plaats lijkt het ons aangewezen, gezien de geobserveerde groepsverschillen, dat er extra aandacht en begeleiding zou komen voor de meer kwetsbare groepen van transseksuele vrouwen en het non-homoseksueel subtype. Dit zou meerdere invullingen kunnen kennen. Enerzijds de mogelijkheid om eventuele andere problemen, die door de genderdysforie niet konden worden bewerkt, aan te pakken in een therapeutische context, anderzijds een begeleiding gericht op facilitatie van de aanpassing, en dit zowel op praktisch als interpersoonlijk vlak.



Ten tweede lijkt het ons belangrijk dat er naar chirurgie toe extra aandacht wordt besteed aan de esthetiek van de mastectomie bij de transseksuele mannen. Het bleek toch dat dit voor een onbezoedeld gevoel van man-zijn zeer belangrijk was: een voortdurende herinnering aan het verleden via littekens speelde duidelijk mee op vlak van genderidentificatie en zelfperceptie. Ook voor de transseksuele vrouwen is er nog de vraag naar een meer overtuigend vrouwelijk aangezicht, vooral op vlak van verwijderen van de voormalige baardgroei.

## 6. DE GENDERSTICHTING

De Genderstichting werd in 1984 opgericht als een ambulante dienst die zich tot doel stelt hulp en informatie te bieden aan mensen (en hun omgeving) die zich geconfronteerd weten met genderidentiteitsproblemen in het algemeen en transseksualiteit in het bijzonder. Sinds oktober 1998 is de Genderstichting een deelwerking van het Centrum Algemeen Welzijnswerk Artevelde VZW te Gent.

### Doelstellingen

- Verstrekken van informatie:

Via het verspreiden van informatie over genderidentiteitstoornissen, o.a. via de website [www.genderstichting.be](http://www.genderstichting.be), een infofolder, het organiseren van infomomenten voor scholen, overheidsdiensten, media, etc. Er wordt in het bijzonder voorlichting georganiseerd voor diensten en organisaties binnen de welzijnssector. Daarnaast wordt ook een aanbod aan boeken, video's, scripties en artikelen voorzien in een klein bibliotheekbestand (literatuurlijst te vinden op de website en op aanvraag).

- Hulpverlening aan genderdiverse personen en hun omgeving:

De dienst biedt informatie, advies en psychosociale hulpverlening. Er kan anoniem gebeld of gemaïld worden. Er kan een afspraak tot persoonlijk gesprek op ons bureel te Gent gemaakt worden. Er gebeurt een onthaalgesprek, waarna afspraken tot verdere begeleiding gemaakt kunnen worden en/of op vraag van de cliënt, verwijzen we gericht door naar medisch en/of juridisch gespecialiseerde diensten. Daarnaast kan de cliënt kiezen voor intensievere gesprekken, waarbij het verkrijgen van inzicht in eventuele factoren die mede het genderdysfore gevoel beïnvloeden (of hebben beïnvloed) centraal staat. Er wordt hierbij steeds zoveel mogelijk rekening gehouden met de leefomgeving van de betrokkene(n). Alle informatie wordt vertrouwelijk behandeld.

- Uitbouw van een degelijk hulpverleningsnetwerk:

Er wordt steeds gewerkt aan het up-to-date houden en het verder uitbouwen van degelijke doorverwijsmogelijkheden, zowel op medisch als op juridisch vlak evenals op vlak van praktische problemen die zich kunnen stellen.

- Zelfhulp:

Voor heel wat transseksuele personen is het vaak belangrijk in contact te kunnen komen met anderen die in een zelfde situatie verkeren. Daarom worden er maandelijks bijeenkomsten georganiseerd waar zij elkaar kunnen ontmoeten.

Onze medewerkers: Noémie Saey, graduaat maatschappelijk werk, Koen Taillieu, graduaat toegepaste psychologie

## 7. BIBLIOGRAFIE

- Belgische Genderstichting.** *Over transseksualiteit.* Belgische Genderstichting, Kortrijk. 1988.
- Bouman, F.** *De operatieve ingrepen.* In *Belgische Genderstichting: Transseksualiteit.* Nationaal Colloquium 29/11/85. Kortrijk.
- Coelho, M.B. G. Kloosterhuis.** *Zakwoordenboek der geneeskunde: bevattende de meeste in de geneeskunde voorkomende uitheemse en Nederlandse woorden, uitdrukkingen, afkortingen, enz.* Elsevier. Amsterdam. 1983. 21e druk.
- Cohen-Kettenis, P.** *Het verschijnsel transseksualiteit.* In *L. Gooren (red.) : Transseksualiteit.* Samson Stafleu. Alphen aan de Rijn / Brussel. 1986.
- Cohen-Kettenis, P. & Pfäfflin, F.** *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence.* Sage Publications, Thousand Oaks, California, 2003
- De Cuypere, G.** *Gevangen in X of Y. Genderidentiteitsstoornissen en geslachtsaanpassende behandeling nader bekeken.* Kluwer, Diegem, 2001
- De Jong, T.** *Man of vrouw, min of meer. Gesprekken over een niet gangbare sekse.* Schorer boeken, Amsterdam, 1999
- Desmet, D.** *De juridische situatie in België.* In *Belgische Genderstichting: Transseksualiteit.* Nationaal Colloquium 29/11/85. Kortrijk.
- De Sutter, P.** *Over mannen, vrouwen en hun hormonen.* Internet:  
<http://allserv.rug.ac.be/~pdsutter/over%20mannen,%20vrouwen%20en%20hun%20hormonen.doc>
- Elaut, E.** *Long-term follow-up onderzoek bij transseksuelen na geslachtsaanpassende behandeling: psychosociale aspecten.* Scriptie lic.psychologie, Universiteit Gent, Fac. Psychologie en pedagogische wetenschappen, academiejaar 2002-2003.
- Gaarden, S.j. van der.** *Transseksualiteit.* In *Medisch Contact* (1984) 9.
- Gooren, e.a.** *Transseksualiteit.* Samson Stafleu, Alphen aan de Rijn/Brussel, 1986
- Henshaw, P.** *Een historisch overzicht van genderdysforische of -mutatieve mensen in diverse culturen.* Symposium 1984.
- Hustinx, M., E. Wassenaar.** *Transseksualiteit en omgeving. Opleiding cultureel werk.* Amsterdam. 1984.
- Meyer R., P. J. Daverio.** *One-stage phalloplasty without sensory deprivation in female transsexuals.* In *World Journal of Urology* (1987) 5.
- Monstrey, e.a.** *Surgical therapy in transsexual patients : a multi-disciplinary approach.* in *Acta chirurgica belga*, 2001, 101, 200-209.
- Over....beha ring: informatie voor patienten** s.l. s.d.
- Roosendaal, H** *Katoi: een ongewone liefde.* Veens, Utrecht 1 Antwerpen. 1983.
- Rubens.** *De hormonale behandeling.* in *Belgische Genderstichting. Transseksualiteit.* Nationaal Colloquium 29/11/85. Kortrijk.
- Vennix , P.** *Travestie, een serieuze (nood)zaak.* Brochure in opdracht van de LKG T&T, Eburon, 1999
- Vennix, P.** *Transgenderisme* in *Tijdschrift voor seksuologie*, 1999, 23: 211-217
- Verschoor, A.** *Man, vrouw, wat ben ik eigenlijk? : informatie over transseksualiteit.* Humanitas. Amsterdam. 1987.

## 8. GETUIGENISSEN

### *Een man...*

Enkele maanden geleden ben ik voor de laatste maal geopereerd. Eindelijk ben ik mezelf, lichamelijk EN moreel. Mijn geschiedenis begint tijdens de tweede wereldoorlog. Mijn moeder was dolgelukkig met de geboorte van haar eerste dochtertje. Trots liet ze mij zien aan al haar familieleden en vrienden. Om te benadrukken dat ik een meisje was, want als baby is dit niet altijd even duidelijk, kreeg ik, amper enkele maanden oud, de eerste oorbelletjes. Nadien volgden de strikjes en lintjes in het haar.

Van mijn kinderjaren herinner ik mij dat ik niettegenstaande mijn uiterlijk, geen interesse had voor het meisjesspel. De pop bleef onaangeroerd liggen, maar de voetbal en de kleine soldaatjes van mijn broer waren mijn geliefkoosd speelgoed. Van zodra ik op de lagere school was, ging ik meer en meer met de jongens spelen, tot groot ongenoegen van mijn moeder die me strafte telkens als ze mij zag spelen in het gezelschap van jongens. Maar ik voelde mij heel goed in deze jongenswereld.

Het meeste had ik te lijden tijdens mijn puberteitsjaren, De veranderingen in mijn lichaam, maar vooral de maandstonen, waren voor mij het afgrijselijkste wat mij kon overkomen. Vooral omdat door deze veranderingen mijn kameraadschappelijke omgang met de jongens definitief gedaan was. Om te ontsnappen aan de druk van een familiaal leven waarin ik de vrouwelijke taken kreeg toebedeeld, trok ik er zoveel mogelijk op uit met de fiets. De ritten in de vrije natuur gaven mij de rust die ik nodig had. Tijdens de vakantie drong ik er op aan om een maand door te brengen in een vakantiekolonie. Op deze manier ontsnapte ik enigszins aan de familiale sfeer. Zowel op school als in de vakantiekolonie was ik gelukkig omdat het mij de gelegenheid gaf om met meisjes om te gaan, niettegenstaande het pijnlijk was, daar ik mij niet kon uiten zoals ik wilde. Ik troostte mij door, voor mijn broer, de liefdesbrieven aan zijn meisjes te schrijven. Het was alsof ik ze schreef aan mijn meisjes. Als volwassene heb ik trachten te leven met de onthoudingen en het verzaken aan elke relatie. Dit leven bracht mij van de ene depressie naar de andere.

Aangezien deze situatie onhoudbaar werd, pleegde ik zelfmoord. Een poging die mislukte. Ik werd toen opgenomen in een psychiatrische kliniek, waar men beweerde dat ik een homoseksueel was.. Dit was een stelling die ik niet aannam, daar ik mij duidelijk een man voelde en als dusdanig was een seksueel leven met een vrouw onmogelijk. Volgens de psychiater moest ik leren leven met mijn homoseksualiteit en kreeg daardoor begeleiding van een psycholoog. Toen ik besepte dat die psychologische behandeling er uit bestond om mij in een vrouwenpatroon te duwen, heb ik de behandeling gestaakt. Maar mijn leven veranderde niet! De problemen bleven. Het slikken van kalmerende middelen en antidepressiva om het leven wat draaglijker te maken, ging gewoon verder. Ondertussen slaagde ik er in een gynaecoloog te overtuigen om een hysterectomie uit te voeren. Dit verbeterde enigszins mijn leven. Niemand kon mij informatie verstrekken of er verder iets aan mijn toestand kon verholpen worden, maar ik kon zo niet verder.

Ten einde raad ondernam ik nogmaals een zelfmoordpoging, welke opnieuw mislukte. Ditmaal kwam ik in een andere psychiatrische instelling terecht. De psychiater die mij begeleidde bood oor voor mijn probleem en was bereid mij te helpen, De psychologische begeleiding was ditmaal aangepast aan mijn probleem van transseksualiteit. Ondertussen was de medische wetenschap al gevorderd in de behandeling van transseksualiteit en ik kreeg contact met een dokter die bereid was om mij te opereren. Na de borstamputatie en met een hormonenbehandeling voelde ik mij veel beter: ondertussen zocht ik, samen met mijn dokter verder naar een voor mij geschikte methode voor een operatie van de geslachtsorganen (phalloplastie). Die vond ik uiteindelijk in Zwitserland. Na één operatie met zeer goed resultaat ben ik MAN. Jammer, maar ik ben vijftig jaar te vroeg geboren!!

### ***Een man...***

Wanneer besef je dat je niet zoals de anderen bent, m.a.w. wanneer krijg je dat gevoel dat je met vragen zit waar je nergens mee naartoe kunt? Eerst weet je niet wat er in je omgaat of liever je kunt geen naam geven aan 'het gevoel' en toch weet je dat er iets fout is. Wat is er dan fout? Je bent van binnen een jongen en uiterlijk heb je een meisjeslichaam. Het lichaam dat je bij de geboorte hebt meegekregen komt niet overeen met je eigen-ik. Toen ik besepte dat ik opgesloten zat in een verkeerd lichaam wist ik nog niet of ik er iets aan kon veranderen. Deze vraag naar wat er kon gedaan worden speelde steeds een grote rol in mijn leven en het heeft lang geduurd vooraleer ik er een antwoord op kreeg. Ik herinner me dat ik verschillende keren voor ik in slaap viel weende en bad (heel intens) en dan vroeg ik (smeekte ik) om 's morgens als een jongen wakker te worden. Daarbij kwam dat niemand het eigenaardig zou vinden dat ik een jongetje was. Tenslotte viel ik in slaap en 's morgens, wanneer ik wakker werd, was alles zoals voorheen. Diep ontgoocheld begon ik de nieuwe dag. Nog meer ontmoedigd dan voorheen, want wat was de andere oplossing dan het 'mirakel' waar ik naar vroeg? Je zou je ook kunnen afvragen; wat is dan zo belangrijk om meisje of jongen te zijn op die leeftijd of hoe komt het dat je al zo jong daar notie van hebt? Dat uit zich in verschillende dingen. In het gezin zelf moet je beantwoorden aan een bepaalde rol. Mama had altijd graag dat ik kleedjes droeg, mij verzorgde, interesses had voor meer vrouwelijke activiteiten. Maar dat viel nogal tegen, ik droomde er toen van een korte/lange broek te dragen ook wanneer we naar familiebijeenkomsten gingen. Ik interesseerde me net als mijn broer voor jongensspelletjes. Nooit speelde ik met de poppen, daar vond ik maar niets aan. Liever smeedde ik plannen om in verschillende kampen te spelen. Het ergste was in feite dat voetbal uitgesloten was voor mij want meisjes kunnen niet voetballen. Spurten, lopen, springen, mij uitleven. Mij meten aan anderen, de ruwe spelletjes dat deed ik graag, daar hield ik van.

Ik hield ook heel erg veel (en nog trouwens) van mama, ik was dan ook altijd zeer bezorgd om haar (oh mams, ik heb je nooit willen kwetsen, gelukkig heb je het leren aanvaarden, daar ben ik blij om). Later, toen ik begin de twintig was, hadden we dikwijls moeilijke gesprekken, mama en ik. Moeilijk, zeer emotioneel geladen. Mama hoopte en bad dat ik nooit de stap zou zetten naar geslachtsverandering. Je gaat je eigen

lichaam verminken zei ze altijd al wenende. Voor mij was dit moeilijk. Hoe kon ik haar uitleggen dat het lichaam waarmee ik geboren werd, een verminking was en dat om het even wat in het werk gesteld zou worden om mijn lichaam te vermannelijken, een enorme opluchting voor mij zou zijn, een enorme stap in de richting van het 'geluk'. Soms werd ze kwaad en sprak ze niet meer met me, het deed haar pijn (bij mij deed het dubbel zo pijn). Naargelang ik opgroeide kwamen steeds dezelfde problemen weer naar voor: kleding, houding t.o.v. anderen, positie in het gezin, positie in het algemeen. Ik herinner me nog hoe ik mijn vakantie doorbracht. Tijdens de paasvakantie, ik was toen 12 a 13 jaar, keek ik veel TV of las stripverhalen of futuristische verhalen. Mijn kamer was mijn eigen wereld. Ik bleef dan ook meestal in bed lezen met wat koekjes en dranken. In de namiddag kwam D. het huis schoonmaken. Mama ging toen samen met papa werken, dus waren J. en ik dikwijls alleen thuis. J. ging dikwijls naar zijn vrienden of zat te studeren, te lezen of muziek te beluisteren in zijn kamer. J. en ik hebben nooit veel samen gespeeld. We waren eerder twee totaal verschillende mensen, dat blijkt nu nog trouwens, andere principes en andere ingesteldheid. Wanneer het weer mooi was speelde ik buiten samen met Ph. Hij was mijn speelkameraad en we konden het samen goed vinden. We kropen in de bomen, bouwden kampen, staken kattenkwaad uit, enz. Samen met G. staken we een bromfiets terug in elkaar. En wat bleek? Dat ding reed nog ook, alleen had je geen volledige controle op de snelheid, het ding ging vanzelf steeds harder en harder. Toen ik dan in de humaniora terechtkwam, verminderde het buitenspelen met Ph. heel sterk. Ik moest nu ook leren en huistaken maken. Ph. studeerde niet graag en daardoor kwam het dat we elk onze weg zijn gegaan. Van mijn humanioratijd heb ik niet zoveel goede herinneringen. Dit was niet de schuld van de school waar ik naartoe ging, als wel door de steeds groeiende bewustwording van dat ellendige gevoel in mij. Meer dan ooit verlangde ik om naar een jongensschool te kunnen gaan. In die periode werd ik ook voor het eerst verliefd, maar dit kon ik niet zeggen tegen dat meisje. Hoe zou ze reageren, dat kon niet. Dat alles bracht met zich mee dat ik nog meer dan voorheen verlangde een jongen te zijn. Ik was soms wel jaloers op jongens omdat zij zonder problemen wel relaties konden beginnen met meisjes, of liever dat meisjes hen als een partner zagen en niet louter als een klasvriend(in). Ik geloof echter ook dat bepaalde leerkrachten mijn gedrag ook niet volledig begrepen. Maar nu dit jaar heb ik een brief geschreven, naar aanleiding van hun uitnodiging (10 jaar afgestudeerd), waarin ik verklaarde waarom ik niet kon langskomen. Wat mij ontzettend veel plezier heeft gedaan is dat ik van de directeur een antwoord heb gekregen en daarna nog een briefje van een klasgenote.

Na de humaniora, ik voelde me helemaal niet goed, koos mijn vader in mijn plaats de richting regentaat. Dat jaar vergeet ik nooit, zo akelig was het. Ten eerste zat ik weer eens op een meisjesschool en daarbij kwam nog dat ik me nog steeds helemaal niet goed voelde. De laatste twee jaar had ik opeens last van angsten (misschien wel een fobie). In de maand februari verongelukte dan nog G., waardoor ik in een zeer eigenaardige, lugubere, depressieve periode terechtkwam. Elke dag ging ik op bezoek bij haar moeder en telkens weer werden we geconfronteerd met het mysterie van de dood. Waarom moest zij sterven? Geen antwoord op te vinden. Ik bleef dan ook maar tot mei op school en dan ben ik thuisgebleven. Ik had geen examens meegedaan en schreef mij in bij de RVA. Na het volgen van een herscholingscursus (1 maand) vond ik werk in de H.I. te Brugge, maar ook dat was niets voor mij. In die periode had ik het erg lastig thuis.

Veel ruzies met mijn ouders (onbegrip). Na 4,5 maanden H.I. werkte ik bij de UCO maar ook dat was niets voor mij ik had mijn zinnen gezet op de universiteit, dat leek de geschikte plaats voor me, daar ging ik op mezelf zijn, mij verdiepen in de boeken en dacht dat ik dan niet meer zou denken aan mijn transseksualiteit. Ja, hoe ben ik tot de ontdekking gekomen van mijn transseksuele aard?

Op een dag (ca. '74) las ik de krant door en vond een artikel waarin stond: "...advocaat pleit zijn eigen proces om te bekomen dat zijn geboorteaakte zou aangepast worden na zijn geslachtsverandering. Deze vrouw heeft na...". Mijn ogen geloofden niet wat ze zagen! Toen las ik voor het eerst het woord transseksualiteit. Ik ben meteen gaan opzoeken in alle encyclopedieën en woordenboeken wat deze term inhield. Nergens vond ik voldoende uitleg. Een paar jaar later las ik in een tijdschrift over een man naar vrouw transseksueel. Dit was de eerste kennismaking met het probleem transseksualiteit. Het eerste jaar aan de universiteit werd een catastrofe. De eerste maanden verliep alles goed. Bij de voorexamens had ik allemaal voldoende gekregen en dat na één jaar werken. Maar rond januari werd ik verliefd op M. en dacht ik maar aan één ding meer, wat ik kon doen om eindelijk man te worden. Tenslotte vertelde ik haar dat ik transseksueel was en toen zei ze me dat ik zo snel mogelijk hulp moest zoeken, bij een psycholoog bijvoorbeeld. Dat deed ik dan ook en zo wist ik meteen dat transseksualiteit nog meer voorkwam in België, dat transseksualiteit niet totaal hopeloos was. Toch had ik geen voldoening aan die gesprekken. Dat alles bij elkaar, de diepe teleurstelling in die relatie, want die is zonder meer afgesprongen, en die eerste hulp voor mijn probleem, gaf als resultaat dat ik een volledige tweede zit had. Toen ben ik tien kilo afgevallen, kortom een depressie.

Na 25 jaar zoeken en teleurstellingen hoorde ik op een woensdagmorgen in het programma 'servicetelefoon' over het bestaan van de Genderstichting (1984). In mei 1986 nam ik dan ook contact op met de Genderstichting. Waarom had ik zolang gewacht? In 1984 studeerde ik nog aan de universiteit en de familiale omstandigheden waren niet optimaal om deze stap te zetten. Mijn grootmoeder stierf in april 86 en vanaf dan voelde ik mij 'vrij'. Ik hield ontzettend veel van haar, en haar op de hoogte brengen van mijn probleem zou haar veel te verdrietig en depressief gemaakt hebben. Mijn ouders daarentegen waren wel op de hoogte en hebben zich verzet tot op het moment dat de eerste operatie gebeurde. Na het gesprek dat ik toen die 5e mei met A. (Genderstichting) had ging het eigenlijk allemaal zeer snel. Twee weken later ontmoette ik R. die zeer concreet en met veel vriendschap me inlichtte over de mogelijkheden van het detransseksualisatieproces. Kort daarop (1 week) maakte ik een afspraak met een psychiater om na te gaan of ik wel degelijk transseksueel was en een rapport te maken waarin die resultaten en zijn besluit hierover in voorkwamen. Dit rapport is noodzakelijk voor alle verdere stappen. Vanaf februari 1986 werkte ik bij een firma en verdiende ik relatief goed, althans voldoende om de onvermijdelijke kosten geleidelijk aan te betalen. Wat moest ik nu doen? Stoppen met werken? Een tijd uit circulatie? Of optornen tegen de werkelijkheid: reacties van de collega's? Zou de werkgever mij niet ontslaan? Ik koos voor de laatste optie, het negatieve antwoord heb je al, een positief antwoord kan je krijgen. In september 1986 raapte ik alle moed bijeen en stapte naar het bureau van mijn werkgever.

Het gesprek verliep ongeveer als volgt:

**IK:** Mr. . . . zou ik u even kunnen spreken, ik heb een probleem dat een invloed zou kunnen hebben op onze verdere samenwerking.

**W.G.:** Mijn deur staat altijd open, ik heb nu wel even tijd.

**IK:** Wel, wat ik nu ga zeggen is voor mij heel moeilijk, daarom wil ik zo vlug mogelijk naar de kern van de zaak. Ik ben nu ongeveer in de helft van mijn leven, mijn probleem is dat ik transseksueel ben en daar moet en wil ik iets aan doen. Maar de vraag is of ik in die omstandigheden hier in uw bedrijf kan verder werken?

**W.G.:** Dat is zeker niet alledaags, maar ik ben er niet door geschokt. Je moet dat zo zien: ik ben tevreden over uw werk, uw mentaliteit... ik zie geen reden om u te ontslaan... Je moet ook weten dat mensen zeer snel vergeten. Over 1 à 2 jaar spreekt er niemand meer over... maar jij moet het kunnen aanbrengen bij uw collega's;... of... wat verwacht je van mij als werkgever?

**IK:** Niets, alleen al dat u het toelaat dat ik hier kan blijven werken is op zich een wonder.

Ik kwam buiten zijn bureau en voelde een onbeschrijflijke opluchting. Kort daarop informeerde ik mijn collega's over wat er ging gebeuren. Dit gebeurde één voor één. De reacties waren uiteenlopend maar doorgaans positief. De meesten zeiden: 'het is tenslotte uw leven'. Na verloop van tijd wist iedereen het en wanneer mijn voornaamsverandering in orde was (administratieve procedure) deed iedereen zijn best (voor sommigen was het toch even lachwekkend), moeilijker was het echter om hij of hem te zeggen in plaats van zij of haar. Wat de nieuwe werknemers betreft is er geen enkel probleem, want zij zijn er niet van op de hoogte en hebben geen enkele moeite om me als man te herkennen. Wat met de familie? Zoals eerder gezegd waren mijn ouders zeer ongerust en trachtten ze het 'onvermijdelijke' met man en macht tegen te houden. Na de eerste operatie echter was het een totale ommekeer en nu aanvaarden ze het en noemen ze me hun zoon. Mijn broer en schoonzus daarentegen hebben er veel meer moeite mee. Mijn tantes en nonkels hebben na verloop van tijd de situatie ook aanvaard. Ik heb ook altijd gezegd: "Je moet niet trachten te begrijpen wat het is transseksueel te zijn, maar probeer het te aanvaarden dat ik transseksueel ben." De vrienden? Het zijn vrienden en ze zijn ook mijn vrienden gebleven. Ze hebben me steeds geholpen en gesteund in de moeilijkste ogenblikken. Zonder hen was het veel moeilijker geweest.

## ***Een vrouw...***

Mag ik me even voorstellen? Ik ben gezond en wel geboren als klein mensje op 29 juni 1957. Alle noodzakelijke eigenschappen waren aanwezig om mij een 'jongetje' te noemen, en me aldus verder te gaan opvoeden als 'André'. In de lagere school kon ik zeer goed volgen en was ik steeds tweede of eerste in de klas. Doordat ik mij steeds afzonderde en ik geen contact maakte met vriendjes was ik wel niet graag gezien en uiteraard voelde ik mij toen reeds erg eenzaam. Mijn beste momenten waren tijdens de zogenaamde 'speeltijd'. Mijn (streng katholieke) school paalde namelijk aan de meisjesschool, en was slechts door een

laag muurtje gescheiden. Hoe dikwijls heb ik daar niet staan staren naar de speeltijd van de meisjes, en mezelf afgevraagd hoe het mogelijk was dat ik daar niet was i.p.v. in mijn omgeving. Niemand bemerkte het en men schonk er verder geen aandacht aan...

In het middelbaar onderwijs kreeg ik toch goed contact met (slechts) twee vrienden, maar toen die mij bekend maakten dat ze beide homofiel waren heb ik het contact laten varen, en had ik weer niemand meer (wat een onmenselijke benadering!). Ik vervolgde mijn weg in de kunsthumaniora, en achteraf in het conservatorium voor piano. Uiteindelijk ben ik dan toch pianoleraar geworden.

Op het huidige ogenblik ben ik (of liever gezegd: 'speel' ik) pianoleraar in verscheidene muziekacademies en tevens vakdidacticus piano aan het conservatorium. Ik doe meerdere spreekbeurten, en ben via mijn private bibliotheek over literatuurbestand van pianomuziek voor het onderwijs in heel het land bekend. Op het eerste zicht dus een volmaakte dynamische carrière. En dit is ook zo, ware men niet vergeten dat ik als jongetje geboren werd, en ik mij volledig vrouw voel.

Gedurende dertig jaar heb ik mij ingespannen om een hoogtepunt te worden in mijn beroep, en ik moet eerlijk zeggen, dat wanneer men vlucht in zijn carrière en continu werkt aan een resultaat, men dit resultaat ook zal bekomen. En geloof me of niet, maar op dit moment is mij slechts één resultaat belangrijk: MEZELF TE KUNNEN EN TE MOGEN ZIJN!!!

Hoe is het mogelijk dat iemand zichzelf gedurende zoveel jaar verloochent omwille van de maatschappelijke druk of de algemeen-maatschappelijke visie over het rollenpatroon van de geslachten, zonder zichzelf te baseren op het innerlijk gevoel? Hoe is het mogelijk dat de maatschappij de mens slechts in al zijn wetenschap en gecompliceerdheid nog altijd teveel als OBJECT en niet als SUBJECT ziet?

Nog een klein voorbeeldje van hoe iemand als ik zich kan voelen. Op mijn naam staan verschillende plaatopnamen en uitgegeven boeken. Wanneer ik die vast neem en gewoon maar mijn naam 'André' lees begin ik te huiveren en voel ik mij achteraf teneergeslagen. Zou iemand anders niet trots zijn op zulke verwezenlijkingen? Ik zal alleen maar trots kunnen zijn wanneer er 'Andrea' zal staan en ik mezelf als vrouw aanvaard zal weten. Na dertig jaar een rollenpatroon vervuld te hebben, is het niet gemakkelijk meer om zichzelf te gaan 'herontdekken', maar ik kan wel zeggen dat het een werkelijke bevrijding is wanneer je eenmaal merkt wie je zelf bent, en wanneer je jezelf kan aanvaarden. De problemen die de maatschappij stelt achteraf zijn op het eerste gezicht groter dan al de problemen van vroeger, maar dit is een waandenkbeeld, iemand die zichzelf is en voelt, is tot grote dingen in staat. Op dit moment licht ik al mijn collega's, medemensen en familie in omtrent mijn situatie en omtrent mijn onherroepelijke keuze om te zijn zoals ik me voel. Uiteraard vraagt dit moed, maar het kan misschien een steun zijn voor diegenen die dit lezen: geloof me, het is niet zo dat iedereen je laat vallen, integendeel. Het zou toch onrechtvaardig zijn om iemand te verplichten heel haar leven toneelactrice te spelen om het rollenpatroon in stand te houden?

Als slot misschien toch een negatieve bedenking. Wanneer ik mij aanbied voor epilatie, en voor verdere behandeling, overkomt mij steeds dezelfde vraag: hoe kan het nog in deze tijd dat een dergelijke (met het innerlijke overeenkomend) voorkomen zoveel financiële last kan bezorgen? Uiteindelijk kost het je een kapitaal, en moet je als 'man' zoveel maanden en jaren werken om uiteindelijk te kunnen betalen om 'jezelf te mogen zijn? Hoe is het in hemelsnaam mogelijk dat wanneer je geboren bent met 'onvolkomenheden' het zo duur is, en zoveel moed kost om jezelf te manifesteren? Laat ons hopen dat het in de toekomst gemakkelijker wordt voor de transseksueel om zich te laten opnemen en te laten verzorgen om uiteindelijk te bereiken dat eenieder zichzelf kan zijn, en zonder bijkomende moeilijkheden kan leven in deze maatschappij. Onze maatschappij ziet op dit moment nog niet altijd de psychische en innerlijke conflicten die iemand als ik nu heb. Geloof me: de strijd om 'JEZELF' te zijn is véél meer waard, en kost véél meer moed om IEMAND TE WORDEN in 1988.

### *Een vrouw...*

Ik...

ben (volgens mijn pasje), onderdaan van een lidstaat der EEG, woon nu verscheidene jaren in België en werk als ingenieur in een Belgisch bedrijf, ben getrouwd met een Vlaamse, welke moeder is van onze twee zonen van 7 en 9 jaar, woon nu alleen met lopende echtscheidingsprocedure, ben eigenlijk nog niet zeker wat ik ben, ook al ben ik 36 jaar.

De drie voorbije jaren werd de spanning in ons huwelijk steeds groter. Mijn echtgenote wist helemaal niets van mijn neiging om vrouw te willen zijn en zelfs minder van de mogelijkheid dat een man zoiets zou kunnen bedenken. Tegelijkertijd werden mijn gedachten steeds meer afgeleid door het droombeeld een vrouwelijk lichaam te bezitten. Dit leek mij helemaal onmogelijk omwille van praktische en morele redenen. Ik wist wat de meeste mensen dachten over homofielen en ik voelde dat transseksueel zijn nog erger was. Ik had nu een familie, ik was ervoor verantwoordelijk. Maar toch, het idee om mijn hele leven in een mannenlichaam te moeten leven werd met de dag verschrikkelijker. Ik kon niet geloven dat ik transseksueel was, dat was iets voor andere mensen, niet voor mij (cfr. een auto-ongeval). Ik zou zelfs nooit toegegeven hebben dat ik een travestiet was. Ja, ik had wel af en toe de behoefte om mijn echtgenote haar kleren te dragen, maar dat was geen echt transvestisme - dacht ik. Het verkleden had geen uitgesproken seksueel doel. Seks deed ik liever met mijn echtgenote. Toch werd ik hoe langer hoe meer verstrooid, tot de dag kwam dat onze relatie minimaal geworden was. Zonder de liefde van mijn echtgenote werden mijn transseksuele gevoelens nog sterker. Ik had hulp nodig, maar durfde met niemand daarover spreken, noch met mijn echtgenote, noch met een dokter, mijn vrienden, en zeker niet met een priester. Ik zag echt geen uitweg meer.

Louter toevallig keken we samen naar een TV-programma rond travestie. Het moment was gekomen, het was nu of nooit, na twee slapeloze nachten vond ik de moed te vertellen dat ik een travestie was, dat ik af en

toe haar kleren droeg. Mijn echtgenote werd niet kwaad, ze lachte niet, ze stelde enkel een paar vragen en zweeg. Het was gedaan. De volgende dagen werd er geen woord over gesproken. Had ik het haar verteld of niet? Was ze het vergeten? Deed ze gewoon alsof er niets gebeurd was? Ik wist het niet en was totaal moedeloos.

Ik begon steeds meer haar kleren te dragen en deed hoe langer hoe minder moeite om dit te verbergen. Het leven werd voor ons beiden een nachtmerrie. Buiten mijn weten om was ze hulp aan het zoeken. Eerst vond ze er geen, tot ze twee jaar geleden bij de Genderstichting is terechtgekomen. Kort daarna is mijn psychologische begeleiding begonnen. Ik dacht dat de moeilijkste periode uit mijn leven voorbij was. Totaal mis, ze was juist begonnen. Plots moest ik proberen eerlijk met mezelf te zijn, mijn diepste verborgen gevoelens te aanvaarden. De waarheid zal verward tussen leugens en dromen. Waren mijn gevoelens echt niet normaal? Waarom moest ik een seksuele afwijking hebben? Ik kwam uit een goede familie ik was naar een goede school geweest, ik kon niet abnormaal zijn... of toch wel? Ik kon niet aanvaarden dat ik een probleem had, terwijl ik in feite met meerdere problemen te kampen had: ons huwelijk welk voor mij zo belangrijk was, was stuk; een paar jaar na het overlijden van mijn moeder was mijn vader overleden; mijn carrière stond op een keerpunt en dreigde de verkeerde kant op te gaan. Ik werd labiel. Soms moest ik plots alleen zijn om eens goed te kunnen uitwenen, ik kon van het ene moment op het andere van humeur veranderen. Ik kon niet meer lachen. Soms dacht ik dat ik beter dood kon zijn, het zou voor iedereen de oplossing van het probleem zijn. God zij dank dat ik de moed niet had om zelfmoord te plegen. Ik had schrik voor de gevolgen wanneer ik zou falen en ik had evenveel schrik voor de gevolgen wanneer ik zou slagen. Doch indien er slaappillen in huis geweest waren, had ik ze gebruikt. Ik heb me eens willen ophangen, maar het is mij gelukt om terug op de stoel te geraken. Dat wil ik NOOIT meer meemaken. Ik had ook andere redenen om te leven. Ik wou niet dat mijn echtgenote zich schuldig voelde, ik wou mijn vrienden sparen het lijkt te vinden, en ik wou onze kinderen niet schaden. Ik heb vrienden gevonden, echte vrienden, die bereid waren om uren lang naar mij te luisteren, om me te overtuigen dat er een uitweg bestond en dat ik deze wel, mits geduld, zou vinden. Hiervoor heeft men vele vrienden nodig, want het zou immers te veel zijn voor één persoon. Voor sommigen is het te veel geworden, doch ik heb altijd andere vrienden in de plaats gekregen. Ik heb meer vrienden dan ik verdien. Ik ben er door. Ik heb weer zicht op een toekomst. Niet de toekomst die ik verwacht, maar toch.

## Biblio-en videotheekbestand

De Genderstichting beschikt over een bibliotheekbestand met romans, wetenschappelijke werken, proefschriften en biografieën over de genderthematiek. Deze kunnen per januari 2006 enkel nog ontleend worden via het documentatiecentrum van Sensoa, Meersstraat 138d in 9000 Gent. Gezien het hier vaak gaat om unieke documenten worden enkel kopieën van werken uitgeleend.

Daarnaast zijn nog een kleine honderd videobanden en DVD's met films, documentaires, praatprogramma's etc, beschikbaar. Ook deze kunnen enkel nog ontleend worden via Sensoa. Ook hier betreft het stuk voor stuk unieke documenten waarvan enkel kopieën worden uitgeleend. Zie de website van Sensoa voor ontleningvoorwaarden: <http://www.sensoa.be/documentatiecentrum.php>

Ook honderden artikelen uit diverse tijdschriften, kranten, magazines worden systematisch bijgehouden. Deze kunnen enkel ter plekke op de dienst worden ingekeken en worden niet uitgeleend.

Een lijst van beschikbare boeken, video's etc. kan opgevraagd worden bij de Genderstichting, telefonisch of (bij voorkeur) per e-mail. Ook op de website van de Genderstichting is deze lijst te raadplegen: [www.genderstichting.be](http://www.genderstichting.be) onder de rubriek 'kijken en lezen'.

## Brochures

De Genderstichting beschikt ook diverse eigen brochures en brochures van andere organisaties, hetzij gratis hetzij tegen betaling. Hierin worden diverse onderwerpen behandeld, zoals hormonale behandeling, postoperatieve zelfverzorging, transseksualiteit op het school of werk, etc. Een overzicht van beschikbare brochures is te vinden op [www.genderstichting.be](http://www.genderstichting.be) onder de rubriek 'kijken en lezen'.

## Openingsuren

Zie website: <http://www.genderstichting.be>