

IMPLICATIES EN COMPLICATIES VAN DE GESLACHTS-AANPASSENDE BEHANDELING IN DE ONMIDDELLIJKE POSTOPERATIEVE PERIODE: PSYCHOLOGISCHE EVALUATIE VAN TWINTIG TRANSSEKSUELEN⁰

G. Decuyper¹, M. Van Moffaert², C. Jannes³ en S. Monstrey⁴

In dit artikel worden de psychische gevolgen van de geslachtsaanpassende operatie tijdens de onmiddellijke postoperatieve periode beschreven bij 20 transseksuele patiënten. Door de opheffing van de genderdysforie heeft de geslachtsaanpassende ingreep, zoals verwacht, een onmiddellijk positief effect op de stemming van de patiënt. Dit gunstig gevolg kan echter overschaduwed worden door een aantal psychische reacties. De afweermechanismen, zoals minimalisatie, negatie en onderdrukking, die transseksuelen in de preoperatieve periode opbouwen om hun genderdysforie te helpen hanteren, blijken na de operatie van geen nut meer. Daardoor worden patiënten met hun psychische kwetsbaarheid geconfronteerd. Bovendien moet afstand genomen worden van het vroeger leven en lichaam, wat een soort rouwproces teweegbrengt. De familie van de patiënt ondergaat overeenkomstige complexe psychodynamische processen. Alhoewel de geslachtsaanpassende behandeling winst betekent, is er ontegensprekelijk ook verlies en zowel de patiënt als de partner moeten dit verlies verwerken. Behalve om haar academische waarde, is de discussie omtrent het psychisch welbevinden postoperatief ook belangrijk voor de therapeut die de patiënt tijdens het proces begeleidt.

Bij nazicht van de literatuur van de jongste tien jaar over transseksualiteit, valt een daling op van het aantal publicaties over de psychologische en psychiatrische aspecten van de proband, evenals over het behandelingsplan of follow-up studies. De meer recente artikels behandelen meestal chirurgische aspecten en technieken in verband met de constructie van een neo-vagina of falloplastie. Maar publicaties over het psychologisch effect van de geslachtsaanpassing en van SRS (sex reassignment surgery) in het bijzonder zijn beperkt. De postoperatieve studies richten hun aandacht veeleer op de al dan niet positieve resultaten van variabelen zoals de sociale integratie en de professionele, economische en familiale toestand van de patiënt (Lindemalm, e.a., 1986; Cohen-Kettenis en Walinder, 1987; Kuiper en Cohen-Kettenis, 1988; Ross en Need, 1989; Mate-Kole, e.a., 1990; Calanca, 1991; Lief en Hubschman, 1993; Tsoi, e.a., 1995). Over postoperatieve psychologische problemen bestaan slechts en-

¹ Dr. G. De Cuyper, neuropsychiater, chef-de-clinique, Psychiatrische Kliniek, Universitair Ziekenhuis, De Pintelaan 185, 9000 Gent.

² Prof. Dr. M. Van Moffaert, neuropsychiater, hoogleraar Forensische Psychiatrie, Psychosomatisch Centrum, Universitair Ziekenhuis, De Pintelaan 185, 9000 Gent.

³ Prof. Dr. C. Jannes, neuropsychiater, hoogleraar Psychiatrie, vakgroepvoorzitter Psychiatrie en Neuropsychologie, Psychiatrische Kliniek, Universitair Ziekenhuis, De Pintelaan 185, 9000 Gent.

⁴ Prof. Dr. S. Monstrey, chirurg, hoogleraar Plastische Heelkunde, Plastische Heelkunde, Universitair Ziekenhuis, De Pintelaan 185, 9000 Gent.

⁰ Geaccepteerd voor publicatie 1 mei 1997.

kele case-reports. Meestal beschrijven die de psychotische desintegratie als verwikkeling (Childs, 1977; Kampik, e.a., 1989; Mallet, e.a., 1989). Blijkbaar hebben de professionelen enkel aandacht voor de meer pathologische verschijnselen. Systematischer beschrijving en analyse van de gevoelens en psychologische reacties van de patiënt binnen een welbepaalde periode - nl. vanaf het onmiddellijke postoperatieve tijdstip tot 2 à 3 maanden na de operatie - zijn niet beschikbaar (Lothstein, 1982; Kuiper en Cohen-Kettenis, 1988) .

Zodra de genderdysfore patiënt zichzelf als transseksueel diagnosticeert en beslist een genderteam op te zoeken om een geslachtsaanpassende behandeling te verkrijgen, wordt de hulpverlener met twee fundamentele problemen geconfronteerd. In de eerste plaats behoort het tot zijn opdracht om de graad van genderdysforie (met haar eigen psychische mechanismen) te evalueren, evenals de wens om verlost te worden van de geslachtsorganen. Vervolgens dient hij te evalueren hoe de probandi met deze cross-gendergevoelens omspringen en hoe ze erin slagen zich in de gewenste genderrol in te leven. De evaluatie van deze laatste coping-mechanismen vormt een belangrijk onderdeel in het beslissingsproces om geslachtsaanpassende behandeling al dan niet aan te bevelen.

De transseksueel kan op een meer bevredigende wijze met zijn/haar genderdysforie omspringen indien hij door familie en vrienden moreel wordt ondersteund, sociaal, geaccepteerd wordt en indien hij geen supplementaire psychische problemen heeft. Mede om de kans op een geslachtsaanpassende behandeling te verhogen, zal hij daarom proberen deze voorwaarden te realiseren. Daartoe kan de transseksueel zowel onbewuste afweermechanismen als meer bewuste strategieën ontwikkelen, waaronder minimalisatie (bij voorbeeld ten aanzien van integratie of gevolgen van de geslachtsverandering voor de partner), onderdrukking van bedreigende gevoelens (bv. angst), negatie en generalisatie (bv. SRS zal alle andere psychische problemen oplossen!). Zijn/haar karakter wordt dan gekenmerkt door een sterke wil en grote vasthoudendheid. Doel van het leven - jammer genoeg soms het enige doel - wordt de wil om te overleven.

Men kan opmerken dat deze psychische mechanismen een stabiliserend effect hebben. In de preoperatieve periode kunnen deze mechanismen ook een weerstand betekenen om persoonlijker gevoelens en emotionele problemen, die sowieso doorgewerkt moeten worden, dieper te exploreren. Niet alleen de vrees om niet te krijgen wat ze willen maakt hen dus zo zwijgzaam in verband met hun verleden en hun inwendig emotioneel leven. Deze mechanismen kunnen ook de manier waarop patiënten hun real-life test uitvoeren beïnvloeden. In sommige gevallen wordt de werkelijkheid in zoverre zelfs verdraaid dat de term "real-life test" zijn inhoud heeft verloren.

De hamvraag is nu: wat gebeurt er wanneer SRS wordt toegepast en de langverwachte oplossing eindelijk in zicht is. De bedoeling van dit onderzoek is een psychologische beschrijving te geven van 20 transseksuelen in de onmiddellijke postoperatieve periode op grond waarvan een aantal psychodynamische hypothesen gegenereerd worden omtrent deze overgangsfase.

Methode

Populatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit een opeenvolgende serie van 20 patiënten die in de periode tussen 1988 en 1994 sex-reassignment surgery onderging in de Gender Kliniek van

het Universitair Ziekenhuis te Gent: 13 man-vrouw transseksuelen (castratie, penectomie, constructie van een neo-vagina) en 7 vrouw-man transseksuelen (reductieve mammoplastie, hysterectomie en salpingo-oöphorectomie, 2 van hen ondergingen falloplastie). De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg 31.2 jaar; spreiding 21 - 51.

Vooraleer de patiënten een geslachtsaanpassende operatie ondergingen, hadden ze allen een drie jaar durende screening-procedure achter de rug: 1 jaar diagnosestelling bestaande uit klinisch psychiatrisch onderzoek en psychologische testen, gevolgd door 2 jaar hormonale therapie (Rubens e.a., 1989). Tijdens de laatste twee jaren werd de real-life test uitgevoerd. Hierbij dient opgemerkt dat de langdurige procedure op zich reeds de patiënten selecteert die in staat zijn om het uitstellen van bevrediging en frustratie te hanteren (Lothstein, 1982).

Soort Onderzoek

Het betreft een beschrijvende en exploratieve studie.

De specificiteit van dit onderzoek is dat de postoperatieve psychologische situatie werd geëvalueerd door dezelfde deskundige die deze transseksuele patiënten preoperatief had gediagnosticeerd en intensief begeleid.

Dataverzameling

Gedurende de onmiddellijke postoperatieve periode (= binnen de 2 maand) werden de 20 transseksuelen door de eerste auteur (psychiater van het genderteam) driemaal geëvalueerd. De psychologische toestand van de patiënt werd onderzocht door middel van een breed klinisch psychiatrisch onderzoek (interview en observatie) waarin aandacht werd geschonken aan het algemeen welbevinden van de patiënt door evaluatie van de volgende criteria: stemming, slaap en gedrag. De relatie met de realiteit werd bevraagd door de houding ten opzichte van werk, de graad van familiale ondersteuning en de reactie van de eventuele partner na te gaan.

Resultaten

Bij de meeste patiënten sorteerde SRS in een onmiddellijke verbetering van de stemming. Dit werd door de psychiater duidelijk geobserveerd bij 12/20 patiënten (60%). Toch bleven 7/20 (35%) verontrust en 1 patiënt werd zelfs depressief (tabel 1). Deze laatste, een vrouw-man transseksueel die een falloplastie had ondergaan, ontwikkelde tijdens de 4de postoperatieve dag een acuut depressief syndroom met symptomen van angst, sterk overheersende schuldgevoelens en slaapproblemen met nachtmerries. In één van die nachtmerries droomde hij dat hij door een vriendin als meisje werd gekleed. De patiënt was in die mate angstig en in paniek dat hij gedurende zijn slaap bijna zijn urinaire sonde uittrok. Globaal had 25% van onze patiënten nachtmerries en 15% moeilijkheden om de slaap te vatten.

Bij evaluatie van het gedrag van de patiënten (tabel 1) merkten we op dat zij, die vóór de operatie zeer defensief en bijzonder agressief waren in contact met anderen, nu veel communicatiever en vriendelijker werden (7/20 - 35%). Vier patiënten ervaarden sterke angstgevoelens (meer dan voorheen) en 1 patiënt nam een grote hoeveelheid alcohol tot zich, binnen de eerste drie postoperatieve weken. Drie van onze patiënten (15%) begonnen, nog tijdens hun verblijf in de kliniek, hals over kop een liefdesrelatie en 2 patiënten beslisten om bij hun terugkeer thuis hun relatie te verbreken.

Tabel 1. Psychologisch welbevinden in de onmiddellijk postoperatieve periode

	M-V = 13	V-M = 7	Totaal = 20
Stemming			
- verbeterd	8 (61.6 %)	4 (57.1 %)	12 (60 %)
- onstabiel/gepreoccupeerd	5 (38.4 %)	2 (28.6 %)	7 (35 %)
- depressief	0 (0 %)	1 (14.3 %)	1 (5 %)
Slaap			
- inslaapproblemen	2 (15.4 %)	1 (14.3 %)	3 (15 %)
- nachtmerries	3 (23.1 %)	2 (28.6 %)	5 (25 %)
Gedrag			
- angstig	1 (7.7 %)	3 (42.8 %)	4 (20 %)
- communicatiever	5 (38.4 %)	2 (28.6 %)	7 (35 %)
- alcoholmisbruik	1 (7.7 %)	0 (0.0 %)	1 (5 %)
- start relatie	1 (7.7 %)	2 (28.6 %)	3 (15 %)
- relatiebreuk	1 (7.7 %)	1 (14.3 %)	2 (10 %)

De problemen, ervaren in de confrontatie met de realiteit, gingen we na door de houding ten aanzien van het werk en de familiale attitude ten opzichte van de patiënt te evalueren. Zowel de man-vrouw transseksuelen (M-V: 4/13 of 31%) als de vrouw-man transseksuelen (V-M: 2/7 of 29%) (tabel 2) bleken het zoeken naar werk vaak uit te stellen tot lang na de geslachtsaanpassende operatie. Ze waren ervan overtuigd dat ze enkel dan in staat zouden zijn een geschikte job te vinden, wat niet zo evident mag heten in tijden van recessie. Mede daarom beschouwden ze SRS als het cruciale scharniermoment van hun leven. Alleen 1 vrouw-man transseksueel bleek zeer actief in het zoeken naar werk. 6/13 man-vrouw transseksuelen (46%) en 3/7 vrouw-man transseksuelen (43%) waren in staat om hun werk te behouden; 3 of 15% (M-V: 2/13 of 15% en V-M: 1/7 of 14%) konden hun studies verderzetten.

Tabel 2. Evaluatie van de houding van patiënt ten opzichte van werk

Werk	M-V 13	V-M 7	Totaal 20
- zelfde werk	6 (46 %)	3 (42.8 %)	9 (45 %)
- sollicitaties	-	1 (14.3 %)	1 (5 %)
- studies	2 (15.4 %)	1 (14.3 %)	3 (15 %)
- uitstel	4 (30.8 %)	2 (28.6 %)	6 (30 %)
- ziekteuitkering	1 (7.7 %)	-	1 (5 %)

Bij evaluatie van de relatie tussen de familie en de patiënt noteerden we in 55% van de gevallen een goede verstandhouding; in 10% (alleen bij de vrouw-man transseksuelen) evolueerde de houding van de ouders zelfs tot een veel grotere openheid en verdween een zekere koelheid, zodra de patiënt geopereerd was. 15% (alleen M-V transseksuelen) hadden geen contact meer met de familie; precies omwille van hun genderproblematiek waren zij door hun familie in de steek gelaten. De operatie veranderde nauwelijks wat aan die houding. 20% van onze transseksuelen werd heel weinig bijgestaan door hun familie, zowel vòòr als na de operatie (tabel 3).

Tabel 3. Evaluatie van de relatie patiënt-partner

	M-V = 13	V-M = 7	Totaal = 20
Houding van familie			
- geen familie	3 (23.1 %)	-	3 (15 %)
- weinig ondersteuning	2 (15.4 %)	2 (28.6 %)	4 (20 %)
- goede ondersteuning	8 (61.5 %)	3 (42.8 %)	11 (55 %)
- verbetering	0 (0 %)	2 (28.6 %)	2 (10 %)
Houding van partner			
- geen relatie	6 (46.1 %)	2 (28.6 %)	8 (40 %)
- problematiek	3 (23.1 %)	1 (14.3 %)	4 (20 %)
- ondersteuning	4 (30.8 %)	4 (57.1 %)	8 (40 %)

Ook de partners van onze transseksuelen reageerden in 20% van de gevallen eerder afwijzend (tabel 3). Eén van de man-vrouw transseksuelen bleek na het verlaten van het ziekenhuis zelfs niet meer welkom thuis. Zulk een abrupte scheiding kon vòòr de operatie in de gezinstherapie met de betrokkene en zijn vrouw niet voorzien worden. 8/20 patiënten (40%) hadden geen relatie.

Discussie

Vanuit deze observatie-gegevens, verzameld in de directe postoperatieve periode, kunnen wij de volgende psychologische reacties beschrijven. Vooreerst ervaren de transseksuelen het ongedaan maken van hun genderdysforie duidelijk als positief.

Alhoewel Lothstein (1982) benadrukt dat SRS op zich de psychologische integratie van de genderrol en genderidentiteit niet vergemakkelijkt (dit werk moet gedaan worden door psychotherapie), vervult SRS in ieder geval de ultieme wens van de patiënt, nl. de integratie van lichaam en geest. Ze beschrijven een grote opluchting hun lichaam nu in harmonie te weten met hun genderidentiteit, zelfs al hebben ze geen seksuele partner en is de lichaamsverandering enkel positief voor henzelf.

SRS betekent ook vrijheid: de "transseksuele dwangbuis" is verdwenen, wat het startsein kan zijn om te experimenteren. Ze zijn ervan overtuigd dat ze door hun transformatieproces

veel tijd verloren hebben en willen dat nu inhalen. In deze periode blijken de patiënten bijzonder ontvankelijk voor sentimentele ervaringen. De energie die eerst geëngageerd wordt in de strijd om geslachtsaanpassing te bekomen, is nu vrij gekomen en kan voor andere doeleinden aangewend.

Ten tweede stellen we vast dat een aantal patiënten (1/3) beduidend minder defensief wordt. Vóór de operatie helpen defensiemechanismen de patiënten in hun confrontatie met de buitenwereld. Wanneer ze het lichaam krijgen dat ze verlangen, vervalt hun functie. Patiënten durven nu geconfronteerd te worden met zichzelf, met hun emoties en hun verleden. Eén van de patiënten vertelde pas na de operatie dat "zij" als jongen door de stiefvader seksueel was misbruikt en vroeg psychotherapeutische begeleiding om dit te verwerken. De meeste van de probandi ervaren dit contact met hun emotioneel leven en hun psychische kwetsbaarheid als positief. Eén vrouw-man transseksueel echter connoteerde deze kwetsbaarheid, die ze vóór de operatie zeer sterk had onderdrukt, als "niet mannelijk". Daardoor ondervond hij moeilijkheden om zichzelf te accepteren.

Patiënten blijken na SRS dus meer en beter in staat om hun preoccupaties en gevoelens van angst voor de toekomst te tonen. Tegelijk verdwijnt ook de continue nood om te bewijzen dat ze in staat zijn aan elk probleem het hoofd te bieden. Daardoor worden deze patiënten in het contact meer bereikbaar.

Derde vaststelling: de confrontatie met de realiteit blijkt soms zeer teleurstellend. In de jaren vóór SRS zijn de mogelijkheden om te ontsnappen aan de werkelijkheid zeer groot. Heel veel patiënten stellen uit om zich bij voorbeeld in een sociaal netwerk te integreren of uit te kijken naar een job. Zij denken dat de geslachtsaanpassende verandering, behalve hun psychologische problemen, ook de meer feitelijke problemen zal oplossen. Zij neigen er dus naar het resultaat van de SRS te overschatten. Maar de toekomst wordt het heden, en het heden wordt realiteit. Reeds in de kliniek ondervinden ze soms dat de familie niet aan hun verwachtingen beantwoordt. Ze zijn zeer sterk gepreoccupeerd over wat het leven hen brengen zal. En hoe meer vragen ze zich omtrent hun partner, werk en familie stellen, hoe meer ze gespannen worden. Een en ander kan een mogelijke verklaring bieden waarom de stemming slechts bij 60% van de patiënten beter wordt.

In de vierde plaats kan een aantal van de psychische fenomenen of symptomen (nachtmerries, angst, schuldgevoelens) als verschijnselen van een rouwproces geïnterpreteerd worden. Behalve het feit dat transseksuelen in hun veranderingsproces vaak geconfronteerd worden met situaties van pijnlijk verlies in de realiteit (verlies van job, relatie, eventueel kinderen, vrienden), betekent SRS ook het verlies van een vorig leven. SRS kan met andere woorden beschouwd worden als een buitengewoon exceptionele gebeurtenis in het leven van een transseksueel.

In zijn boek "Bereavement" geeft Colin Murray Parkes (1975) in verband met verlies de volgende uitleg: "We may not know, until after it has occurred, whether a given life-event is to be construed as a loss or a gain. Loss tends to be a *post hoc* attribution". Wij kunnen deze stelling dus ook transponeren naar de operatieve ingreep tot geslachtsverandering. De ingrijpende interventie in het leven van de patiënt is weliswaar bedoeld als winst, maar houdt ook afscheid in van het vroegere leven en afscheid van de vroegere biologische sekse. Hier speelt het verlies van de biologische mannelijkheid of dito vrouwelijkheid, met hun complexe identificaties en representaties. Deze omstandigheid kan vergeleken worden met "the feelings of internal loss or mutilation of self", wat een van de zeven belangrijkste aspecten vormt van het rouwproces (Parkes, 1975 p.183). De andere zijn: het realisatieproces, de alarm-

reactie, een drang om te zoeken en terug te vinden wat verloren is, kwaadheid, schuld, identificatiefenomenen en pathologische variaties op verlies. Een van onze vrouw-man transseksuelen formuleerde het expliciet: "Ik moet afscheid nemen van mijn vroeger vrouwelijk leven". Sinds de operatie en het verdwijnen van de defensiemechanismen werd hij steeds intenser geïmpreocupeerd met zijn verleden als vrouw en moest hij leren om te gaan met een emotioneel leven dat hij voorheen altijd had onderdrukt.

Het rouwproces dat patiënten ondervinden gaat, binnen ieders individuele betekenis, over het verlies van hun vroeger leven en lichaam, evenals over de adaptatie aan "het nieuwe". Dit verschijnsel wordt ook beschreven bij zwaarlijvige patiënten die op dieet gaan (Glucksman en Hirsch, 1969).

In dit referentiekader moet ook de impact van rituelen bediscussieerd worden. Het belang van de introductie van rituelen in het rouwproces werd reeds benadrukt door Ramsey (1976). Wanneer we zorgvuldig naar transseksuelen luisteren, merken we bijvoorbeeld op dat sommigen zich - op het ogenblik dat ze naar de andere genderrol overstappen - op een rituele wijze van hun garderobe ontdoen en zich al even ceremonieel nieuwe kledij van het gewenste geslacht aanschaffen. Een ander voorbeeld is de wijze waarop transseksuelen met foto's uit het verleden omgaan. De meeste transseksuelen passen dus tijdens de real-life test "rites de passage" toe; een heel symbolisch gebaar vormt in dit opzicht, bij het ultieme moment van de operatie, het aanbieden van suikerbonen aan de bezoekers om de nieuwgeboren mens te vieren. Dergelijke ceremoniën zijn van bijzondere betekenis in de overstap van de ene periode van het leven naar de andere. Mede daarom kunnen ze beschouwd worden als belangrijke momenten in het realisatieproces. Misschien moeten we dit soort rituelen wel zelf als therapeuten in de ondersteunende preoperatieve behandeling helpen installeren, meer bepaald bij patiënten die het moeilijk hebben om over te stappen naar de andere geslachtsrol, bij voorbeeld bij patiënten met een zwakke begaafdheid.

De 20% negatieve reacties van de partners was opmerkelijk. In één van de gevallen verliet de echtgenote zelfs heel onverwacht de patiënt. Alhoewel in de literatuur gesignaleerd wordt dat het wel vaker gebeurt dat de partner de patiënt tijdens het veranderingsproces verlaat, viel in dit geval op dat de partner nu precies aan het eind van het transformatieproces tot die stap overging, met name bij de operatie, wanneer de moeilijkste periode van hun leven voorbij is. Een dergelijk voorval wordt eveneens zonder al teveel nadruk beschreven in een case-report (Kampik e.a., 1989).

Tijdens het veranderingsproces worden transseksuelen soms gesteund door hun partners. Voor deze echtparen verwacht men dat SRS een argument vormt om samen te blijven. Ze zijn er namelijk samen naartoe gegroeid en de operatie betekent dan ook het eindpunt van een lange strijd. Toch merkt men dat soms het tegengestelde waar is. Een van de verklaringen zou kunnen zijn dat de ondersteunende rol van de partner ten einde is en het moment aangebroken is waarop zij hun partner zonder al te veel schuldgevoelens kunnen verlaten. Of is het uiteindelijk toch de realiteit van de geslachtsveranderde partner die hen afschrikt? Want ook voor de partner begint nu een rouwproces: de pijn om verlaten te worden door de persoon met het gender waarvoor ze gekozen hebben kan zo groot zijn, dat zij zelf verkiezen hem of haar te verlaten. Dit kan bij de transseksueel dan weer een shock met nieuwe consequenties veroorzaken.

Deze meer gedetailleerde beschrijving van het psychische proces geeft ook aan waar problemen voor de patiënten kunnen ontstaan. Een exacerbatie van de hogergenoemde symptomen is (rekening houdend met het wegvallen van de afweermecanismen, de realiteits-

confrontatie, en het mogelijke rouwproces) mogelijk wanneer:

1. het experimenteelgedrag (cfr. puberteit) geen grenzen kent
2. de confrontatie met hun psychische kwetsbaarheid en hun verleden te groot en te pijnlijk is
3. de verwachtingen van de realiteit van het leven niet zo positief zijn
4. het rouwproces te heftig is
5. de partner of de "significant other" de patiënt verlaat.

Wij denken dat enkel de patiënten die in de preoperatieve fase een zware persoonlijkheidsstoornis hebben (deze patiënten werden in onze procedure uitgeselecteerd), een pathologische reactie - zoals een psychotische desintegratie - kunnen vertonen (Childs, 1977; Kam-pik e.a., 1989; Mallet e.a., 1989).

Conclusie

Alhoewel binnen de onmiddellijke postoperatieve periode na SRS in onze populatie noch in de literatuur dikwijls psychiatrische complicaties worden beschreven, merken we toch op dat de aanpassing aan de nieuwe gender traumatischer is dan we durfden verwachten. Zoals we via de beschrijving van een aantal psychische reacties proberen aan te tonen, kan het directe effect van SRS in de postoperatieve periode inderdaad negatief overschaduwd worden. Het doel van SRS mag dan winst zijn, we stellen ontegensprekelijk ook verlies vast. Zowel de patiënt als de partner moeten dit verlies trachten te verwerken. Voor de therapeut, die de transeksuele patiënt tenslotte begeleidt met de bedoeling de geslachtsaanpassende behandeling zo optimaal mogelijk te laten verlopen, blijkt het dus noodzaak om ruim aandacht te schenken aan dergelijke intrapsychische processen en relationele aspecten. Ongetwijfeld zal ons dat ook een dieper inzicht bijbrengen omtrent de psychologische aspecten van transeksualiteit.

Summary

Implications and complications of sex-reassignment surgery

This paper describes the psychological consequences of sex-reassignment surgery in twenty patients during the immediate postoperative period. SRS has an instantaneous overall mood enhancing effect by providing massive relief from cross-gender dysphoria. This result, however, can be overshadowed by a number of psychic reactions. Defence mechanisms such as minimisation and suppression, which helped in coping with the cross-gender problems, are no longer of any use. Consequently patients are confronted with their own psychological vulnerability. Moreover, patients need to resign from their former life and body, which in effect creates a kind of bereavement process. The patient's family goes through a similar complex psychodynamic process. Although SRS means primarily "gain", it undoubtedly also implies "loss", which the patient as well as his/her partner must cope with. The discussion of the post-operative psychological climate and evolution is not solely of academic value, but it is also important for the therapist who guides the transsexual patient towards optimisation of SRS.

Literatuur

- Calanca, A. (1991). The transsexual after sex change. Evolution and prognosis. *Helvetica Chirurgica Acta*, 58: 257-260.
- Childs, A. (1977). Acute symbiotic psychosis in a postoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 6: 37-44.

- Cohen-Kettenis, P. en J. Wälinder. (1987). Sex reassignment surgery in Europe : a survey. *Acta Psychiatrica*, 75: 176-182.
- Kampik, E., N. Müller, M. Soyka (1989). Manifestation einer schizophrenen Psychose bei einer transsexuellen Patientin nach operativer Geschlechtskorrektur. *Nervenarzt*, 60: 361-363.
- Kuiper, B.M.A. en P. Cohen-Kettenis (1988). Sex reassignment surgery : a study of 141 Dutch transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17: 439-457.
- Lief, H.I. en L. Hubschman (1993). Orgasm in the posoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 22: 145-155.
- Lindemalm, G., D. Körlin, N. Uddenberg (1986). Long-term follow-up of "sex-change" in 13 male to female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 15: 187-210.
- Lothstein, L.M. (1982). Sex Reassignment Surgery : Historical, bioethical and theroretical issues. *American Journal of Psychiatry*, 139: 417-426.
- Mallet, P., E.J. Marshall, C.V.R. Blacker (1989). "Puerperal psychosis" following male to female sex reassignment. *British Journal of Psychiatry*, 155: 257-259.
- Mate-Kole, C., M. Freschi, A. Robin (1990). A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *British Journal Psychiatry*, 157: 261-264.
- Murray Parkes, C. (1975). *Bereavement. Studies of grief in adult life*. Penguin Books Ltd, Harmondsworth.
- Ramsey, R.W. (1976). A case-study in bereavement therapy. H.J. Eysenck (Ed.) *Case-studies in behaviour therapy*. Routledge & Kegan Paul, London.
- Ross, M.W., J.A. Need (1989). Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment : a follow-up of fourteen male to female patients. *Archives of Sexual Behavior*, 18: 145-153.
- Rubens, R., G. De Cuyper, J. Gerlo, G. Matton, S. Monstrey, M. Vervae, C. Jannes, A. Vermeulen (1989). Transseksualiteit : Probleemschets en benadering. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 45: 313-25.
- Tsoi, W.F., L.P. Kok, K.L. Yeo, S.S. Ratnam (1995). Follow-up study of female transsexuals. *Annals of the Academy of Medecine Singapore*, 24: 664-667.