

TRAVESTIE, TRANSGENDERISME, TRANSSEKSUALITEIT EN GEESTELIJKE GEZONDHEID^o

Paul Vennix*

De vraag wordt gesteld of travestie, transgenderisme en transseksualiteit mogen worden beschouwd als psychische stoornissen. Verwante concepten binnen de DSM-IV en de ICD-10 worden kritisch besproken.

In 1974 is homoseksualiteit definitief uit de *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, geschrapt. Dit gebeurde naar aanleiding van een referendum onder meer dan 10.000 psychiaters en psychoanalytici: 58% was voor schrappen, 39% was tegen en 4% onthield zich van stemming (Marmor, 1980). De argumenten om homoseksualiteit als psychische stoornis te schrappen waren volgens Marmor dat homoseksualiteit op zichzelf niet impliceert dat er sprake is van vermindering van het beoordelingsvermogen, stabiliteit, betrouwbaarheid of algemeen sociale of beroepsmatige vaardigheden. Volgens Badinter (1993) ging het in feite om een ideologische beslissing die weinig wetenschappelijk onderbouwd was. Uitgaande van dezelfde criteria zou men inderdaad verscheidene andere als psychische stoornis in de DSM opgenomen gedrags- of psychische patronen kunnen schrappen.

Dat ook travestie in tegenstelling tot homoseksualiteit nog steeds is opgenomen in de DSM, wordt volgens Bullough en Bullough (1993) dan ook mede veroorzaakt doordat travestieten:

- veel minder krachtig zijn georganiseerd dan de homo beweging
- veel minder onderwerp van studie zijn geweest dan homoseksuele mannen en lesbische vrouwen.

In dit artikel staat de vraag centraal of en zo ja, onder welke condities travestie, transgenderisme en transseksualiteit opgevat kunnen worden als psychische stoornissen.

De beantwoording van deze vraag is sterk afhankelijk van hoe psychische stoornis wordt gedefinieerd. Wakefield (1992) laat zien dat over dit concept weinig consensus bestaat en adequate analyses ontbreken. Dit geldt ook voor psychische stoornissen die betrekking hebben op travestie, transgenderisme en transseksualiteit, zoals eenvoudig kan worden geïllustreerd door de verschillende concepten, die in de DSM-IV (APA, 1994) en de ICD-10 (WHO, 1993) worden gehanteerd, naast elkaar te leggen. Echter, ook ongeacht of we travestie, transgenderisme en transseksualiteit al dan niet als psychische stoornissen opvatten, is een kritische beschouwing van de DSM-IV en ICD-10 zinvol. Deze handboeken worden immers vaak door hulpverleners geraadpleegd.

Definities in de DSM-IV

Psychische stoornis

In de introductie van de DSM-IV (APA, 1994) wordt een psychische stoornis als volgt gedefinieerd:

... een klinisch betekenisvol gedrags- of psychisch syndroom of patroon dat samengaat met aanwezig subjectief lijden (bijvoorbeeld een pijnsymptoom) of onbekwaamheid (bijvoorbeeld vermindering van belangrijke lichamelijke functies) of met een betekenisvol risico dood te gaan, pijn te lijden, onbekwaam te worden of met een belangrijk verlies aan vrijheid geconfronteerd te worden. Verder dient er bij het syndroom of patroon niet enkel te gaan om een voorspelbare of cultureel gangbare reactie op een bepaalde gebeurtenis, zoals de dood van een geliefde. Ongeacht de oorzaak moet er bij het individu sprake zijn van gedragsmatig, psychisch of biologisch disfunctioneren. Noch deviant gedrag (bijvoorbeeld politiek, religieus of seksueel) noch conflicten die op de eerste plaats gaan tussen individu en maatschappij zijn mentale stoornissen, tenzij de deviantie of het conflict een symptoom is van een disfunctie in het individu zoals hierboven omgeschreven. (blz. XXI-XXII)

Bovenstaande betekent dat seksueel (deviant) gedrag dat geen problemen met zich meebrengt of dat alleen problemen veroorzaakt vanwege discriminatie niet langer als een psychische stoornis wordt opgevat.

Fetisjistisch transvestisme

Dit neemt niet weg dat in de DSM-IV een aparte categorie parafilieën is opgenomen waarbinnen - ik volg de Nederlandse vertaling van de *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV (APA, 1995)* - 'fetisjistisch transvestisme' als volgt omschreven:

- Gedurende een periode van ten minste zes maanden recidiverende intense seksueel opwindende fantasieën, seksuele drang of gedragingen bij een heteroseksuele man die het dragen van kleding van de andere sekse met zich meebrengen.*
- De fantasieën en seksuele drang of gedragingen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.*
Specificeer indien:
Met genderdysforie: indien iemand zich voortdurend niet op zijn/haar gemak voelt bij de genderrol of -identiteit. (blz. 299)

Het is merkwaardig, zoals ook Bullough & Bullough (1993) en Wilson & Hammond (1996) constateren, dat de diagnose 'fetisjistisch transvestisme' zich beperkt tot heteroseksuele mannen. Seksuele opwindings door het

* Dr. P. Vennix, psycholoog, NISSO. Adres: Oudenoord 182, 3512 EV Utrecht.

^o Dit artikel werd financieel mogelijk gemaakt door het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (NFGV), Utrecht. Geaccepteerd voor publicatie 11 oktober 1998.

dragen van vrouwenkleding komt ook bij homoseksuele mannen voor (Bullough & Bullough, 1997; Vennix, 1997) en fetisjistische travestie is ook bij vrouwen waargenomen (Friday, 1974; Stoller, 1982). Uitsluiting van vrouwen en homoseksuele mannen mist derhalve elke grond. Wilson en Hammond (1996) merken ten aanzien van de Amerikaanse versie van de DSM-IV verder op dat conditie A grammaticaal niet eenduidig is. Dit geldt ook voor de Nederlandse versie. Zo is niet duidelijk of 'intense seksueel opwindende seksuele drang' of 'seksuele drang' wordt bedoeld. Ook is niet helder of het om 'intense seksueel opwindende gedragingen', om 'seksuele gedragingen' of om 'gedragingen' gaat.

Conditie B, die onder ander bij alle in de DSM-IV genoemde parafilieën is toegevoegd, volgt uit de algemene definitie van psychische stoornis. De vraag rijst echter wanneer we kunnen stellen dat de fantasieën en/of de drang het lijden of de beperkingen veroorzaken in plaats van bijvoorbeeld de houding van de sociale omgeving ten aanzien van de fantasieën/drang. In geval van discriminatie is de DSM-IV er duidelijk over (zie bovengenoemde algemene definitie van psychische stoornis). Onduidelijk is het echter indien travestie bijvoorbeeld conflicten in de relatie met zich meebrengt omdat de partner er niet mee overweg kan: het is in elke relatie arbitrair of travestie dan de oorzaak van het uit conflict voortvloeiend lijden is of dat dit geldt voor de houding van de partner ten aanzien van travestie.

Genderidentiteitsstoornis

In de DSM-IV (APA, 1995) wordt ook *genderidentiteitsstoornis* nader omschreven:

- A. Een sterke en aanhoudende *genderidentificatie met het andere geslacht* (niet slechts een verlangen naar een of ander verondersteld cultureel voordeel om tot de andere sekse te behoren).
Bij adolescenten en volwassenen wordt de stoornis zichtbaar door symptomen zoals de geuite wens om tot de andere sekse te behoren, frequent door te gaan voor iemand van de andere sekse, verlangen te leven of behandeld te worden als iemand van de andere sekse of de overtuiging te hebben dat hij of zij de typische gevoelens en reacties van de andere sekse heeft.
- B. *Zich voortdurend niet op zijn/haar gemak voelen met zijn of haar sekse of het gevoel hebben dat het niet juist is zich volgens de genderrol van deze sekse te gedragen.*
Bij adolescenten en volwassenen wordt de stoornis zichtbaar door symptomen als preoccupatie met het kwijt willen raken van de primaire en secundaire geslachtskenmerken (bijvoorbeeld vraag om hormoonbehandeling, chirurgie of andere methoden om de geslachtskenmerken fysiek te veranderen om de andere sekse voor te kunnen wenden) of de overtuiging dat hij of zij met de verkeerde sekse is geboren.
- C. *De stoornis komt niet gelijktijdig met een lichamelijke interseks aandoening voor.*
- D. *De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke ter-*

reinen. (blz. 300-302)

Conditie A en B zijn het meest duidelijk van toepassing op transseksualiteit. Echter, door transseksualiteit als een *genderidentiteitsstoornis* op te vatten wordt ten onrechte gesuggereerd dat er met de gender identiteit van transseksuelen iets mis is. Indien transseksualiteit een identiteitsstoornis zou zijn, is een geslachtsaanpassende behandeling niet aangewezen. Het zijn echter de geslachtskenmerken en de geslachtshormonen waarmee wat aan de hand is.

Conditie D is weer als standaardconditie toegevoegd. Hierdoor is het afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden en de sociale omgeving of we van een *genderidentiteitsstoornis* kunnen spreken. Er zijn bijvoorbeeld (alleenstaande werkloze) transseksuelen die zich in de fase van de *real-life experience** bevinden en zich redelijk gelukkig voelen omdat zij als vrouw goed functioneren en omdat zij zich reeds verheugen op de naderende geslachtsaanpassende behandeling. Er zijn ook gehuwde transseksuelen met een baan die in deze fase door hun transseksualiteit te maken hebben met echtscheiding, verlies van werk, enz. De vraag rijst of het lijden veroorzaakt wordt door transseksualiteit of hoe daarmee door de sociale omgeving en de maatschappij wordt omgaan. Er zijn bijvoorbeeld juridische bepalingen die tot lijden hebben bijdragen:

- gehuwde transseksuelen waren verplicht te scheiden indien zij een geslachtsaanpassende behandeling wilden ondergaan.
- transseksuelen die zich in de fase van de *real-life experience* bevinden moeten anderhalf jaar in de rol van het gewenste geslacht leven alvorens voor een geslachtsaanpassende behandeling in aanmerking te komen, maar beschikken niet over de daarmee overeenkomende identiteitsbewijzen en staan nergens als zodanig ingeschreven.

Opvallend is tenslotte dat in de DSM-IV wordt voorbijgegaan aan transgenderisten, aan mensen die zich tussen de seksen bevinden en (mogelijk) een gedeeltelijke geslachtsaanpassende behandeling willen. Weliswaar is binnen de DSM-IV is nog een restcategorie 'Genderidentiteitsstoornis Niet Anderszins Omschreven' opgenomen voor stoornissen in de genderidentiteit die niet elders zijn te classificeren, maar ook daarbinnen komen kenmerken van transgenderisme niet aan de orde.

Definities in de ICD-10

Fetisjistisch transvestitisme

Ook de ICD-10 (WHO, 1993) geeft een definitie van 'fetisjistisch transvestitisme' als mentale of gedragsstoornis:

- A. *Er moet aan de algemene criteria voor stoornissen in het seksueel verlangen worden voldaan.*
- B. *Het individu draagt accessoires of kleding van de andere sekse ten einde het beeld van iemand van de andere sekse op te roepen.*
- C. *Het gedrag is nauw gerelateerd aan seksuele opwindings. Er is een sterk verlangen de kleding uit te doen nadat het orgasme is opgetreden en de seksuele opwinding afneemt. (blz. 136)*

* Voorheen *real life test* genoemd.

De algemene criteria voor stoornissen in het seksuele verlangen die de ICD-10 hanteert, zijn de volgende:

- G1. *Het individu ervaart een steeds terugkerende intense seksuele drang en fantasieën die betrekking hebben op ongewone objecten of activiteiten.*
- G2. *Het individu geeft of toe aan de betreffende seksuele drang of lijdt er zichtbaar onder.*
- G3. *Van de betreffende seksuele preferentie is tenminste zes maanden sprake. (blz. 135)*

Duidelijk is dat fetisjistische travestie in de ICD-10, afgezien van of het al dan niet een stoornis in het seksuele verlangen betreft, veel helderder is gedefinieerd dan in de DSM-IV. Verder worden vrouwen en homoseksuele mannen niet uitgesloten. Bovendien is het in deze definitie niet afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden, de sociale omgeving en de houding van de maatschappij of al dan niet gesproken kan worden van een stoornis.

Hoewel er niet aan valt te ontkomen dat criteria voor stoornissen (in het seksuele verlangen) normatief zijn, ligt daar mijn bezwaar tegen de definitie binnen de ICD-10. Fetisjistische travestie is in de ICD-10 opgenomen omdat het betrekking heeft op 'ongewone objecten of activiteiten' (G1). De vraag rijst wat er ongewoon is aan fetisjistische travestie: het gedrag of de voorwerpen? De voorwerpen kunnen het niet zijn. De meeste heteroseksuele mannen vinden bepaalde vrouwenkleding erotisch en seksueel opwindend. Dat het aantrekken van vrouwenkleding gepaard gaat met seksuele opwindend kan het ook niet zijn. Dát dit gepaard gaat met seksuele opwindend is normaal vanwege de identiteitsoverschrijding. Ook veel mannen die nooit aan travestie hebben gedaan, zullen seksueel opgewonden raken indien zij de vrouwenkleding die ze aantrekken gaan seksualiseren. Het moet dus het aantrekken van vrouwenkleding op zichzelf zijn.

Er zijn zoals bekend voor een doorsnee-man vele hulpmiddelen om seksueel opgewonden te raken zonder seksueel contact met een ander te hebben. Hij kan pornoblaadjes bekijken, een vibrator gebruiken, een videofilmje huren, langs de Wallen flaneren, enz. Een zeer effectieve methode is het aantrekken van bepaalde vrouwenkleding. Sommigen bekijken pornoblaadjes of huren een film, anderen niet. Sommigen trekken vrouwenkleden aan, anderen niet. Waarom methode A niet en methode B wel gewoon zou zijn, is volkomen arbitrair.

Dubbelrol-travestie

Een pluspunt van de ICD-10 in vergelijking met de DSM-IV is dat het explicieter onderkent dat het dragen van vrouwenkleding door mannen niet altijd gepaard gaat met seksuele opwindend, getuige de invoering van het concept 'dubbelrol-travestie' als een aparte categorie binnen genderidentiteitsstoornissen:

- A. *Het individu draagt kleding van het andere geslacht teneinde tijdelijk het gevoel te hebben deel uit te maken van het andere geslacht.*
- B. *Er is geen seksuele motivatie voor het omkleden.*
- C. *Het individu heeft geen behoefte aan een geslachtsaanpassende behandeling. (blz. 134)*

'Dubbelrol-travestie', zoals hierboven gedefinieerd, komt

bij (biologische) mannen in de praktijk vaak voor in bepaalde situaties, zoals bijvoorbeeld wanneer men een T&T-avond bezoekt of 'als vrouw' gaat winkelen of stappen. Het gaat dan vooral om gendertranspositie, om de expressie van de vrouwelijke identiteit, waarbij seksualiteit vaak geen rol speelt en ook niet aan geslachtsaanpassing wordt gedacht. Hoewel in deze zin 'dubbelrol-travestie' vaak voorkomt, geldt dat echter niet voor 'dubbelrol-travestieten'. Immers, wanneer seksuele motivatie nooit een rol speelt bij het omkleden wordt het dragen van vrouwenkleding gereguleerd door een dominant vrouwelijk genderidentiteitssubstelsel (zie Vennix, 1999), tenzij het gaat om *drag queens*, *female impersonators* of *gender b(l)enders*. Maar wanneer het vrouwelijk substelsel dominant is, geeft men in de regel de voorkeur aan een leven als vrouw en wenst men in feite ook ten minste gedeeltelijke geslachtsaanpassing, al zijn dergelijke wensen vaak ambivalent. Indien men daarentegen geen genderdisforische gevoelens heeft, is het mannelijk substelsel nog dermate sterk, dat naast de in de definitie genoemde neiging tot gendertranspositie in andere situaties seksuele opwindend nog een betekenisvolle rol zal spelen bij het dragen van vrouwenkleding.

Uit deze definitie wordt verder niet duidelijk dat het om een genderidentiteitsstoornis gaat. Zoals daar geformuleerd vallen onder de categorie dubbelrol-travestieten in feite slechts bepaalde carnavalsgangers, *drag queens*, *queers*, *gender-b(l)enders*, *butches* en *female impersonators*. Enige onderbouwing om bij deze groepen van een genderidentiteitsstoornis te kunnen spreken ben ik in de literatuur niet tegengekomen.

Ook bij vrouwen die aan bovengenoemde criteria voor dubbel-travestie voldoen is moeilijk vol te houden dat het om een genderidentiteitsstoornis gaat. Als voorbeeld noem ik vrouwen die *drag king rule*, travestie-workshops voor vrouwen volgen. Redenen die genoemd worden om aan zo'n workshop deel te nemen zijn: het 's avonds op straat minder gevaar lopen in een mannenpak, het ontdekken van de mannelijke kwaliteiten in zichzelf, nieuwsgierigheid en het ervaren wat het is in een andere verschijning door het leven te gaan (Van der Ven, 1994).

Transseksualiteit

Transseksualiteit ten slotte, wordt in de ICD-10 verder als volgt gedefinieerd:

- A. *Het verlangen om te leven en geaccepteerd te worden als een lid van het andere geslacht, doorgaans samengaand met het verlangen het eigen lichaam zoveel mogelijk in overeenstemming te brengen met de gewenste sekse door operaties en hormonale behandelingen.*
- B. *De transseksuele identiteit is tenminste twee jaar duurzaam aanwezig.*
- C. *De stoornis is geen symptoom van een andere mentale stoornis zoals schizofrenie en gaat evenmin samen met een chromosomale afwijking. (blz. 133-134)*

Door bij dubbelrol-travestie genderdisforie uit te sluiten en bij transseksualiteit expliciet alleen van de wens tot volledige geslachtsaanpassing uit te gaan, onderkent de ICD-10 verlangens die betrekking hebben op gedeeltelijke geslachtsaanpassing niet. In deze zin wordt ook in

de ICD-10 vastgehouden aan de twee categorieën 'man' en 'vrouw' en voorbijgegaan aan transgenderisme.

Gestoord of niet?

Uit het NISSO-onderzoek blijkt dat onder de respondenten veel intrapsychische en sociale problemen voorkomen. Deze hebben voor een belangrijk deel te maken met hoe in onze cultuur over mannelijkheid, vrouwelijkheid, gender en sekserollen wordt gedacht. Het feit dat onder bepaalde groeperingen meer psychische problemen voorkomen dan gemiddeld betekent echter nog niet dat er sprake is van een psychische stoornis. De problemen kunnen ook veroorzaakt worden door de houding van de maatschappij tegenover de betreffende groepering. Jood of zwart-zijn resulteert, zoals Marmor (1980) opmerkt, in sommige culturen ook in extra psychische problemen. Jood of zwart-zijn impliceert geen psychische stoornis; het kan echter tot psychische stoornissen leiden.

Echter, ook travestie, transgenderisme en transseksualiteit tasten op zichzelf de verstandelijke vermogens niet aan en leiden op zichzelf niet tot instabiel of onbetrouwbaar gedrag. Ook ondermijnen zij de sociale en beroepsmatige vaardigheden niet. Travestie, transgenderisme en transseksualiteit voldoen derhalve niet aan de eerder geciteerde definitie van psychische stoornis uit de DSM-IV.

Problemen van travestieten en transgenderisten worden voornamelijk veroorzaakt door de houding van de sociale omgeving. Duidelijk is ook dat de overgrote meerderheid sociaal en beroepsmatig normaal functioneert. Brown et al. (1996) hebben aangetoond dat psychopathologie bij travestieten niet vaker voorkomt dan bij andere mannen. Duidelijk is dat travestie niet inherent is aan geestelijk lijden en onvermogen.

In feite geldt voor transgenderisten hetzelfde. Belangrijke problemen waarmee zij vaak worden geconfronteerd zoals cognitieve dissonantie en obsessieve preoccupatie worden vooral veroorzaakt door de man-vrouw dichotomie in onze samenleving en doordat het voor biologische mannen vaak problemen met zich meebrengt indien zij (tijdelijk) als vrouw (willen) leven. Psychopathologische verschijnselen komen echter nauwelijks voor bij transgenderisten (Brown et al., 1996). Ook de onvrede met bepaalde geslachtskenmerken is, hoewel deze gepaard kan gaan met subjectief lijden, geen reëel argument om transgenderisme als een psychische stoornis op te vatten. Het is een voorspelbare reactie op de discrepantie die men ervaart tussen het gewenste lichaam en het werkelijke lichaam waarover men beschikt. Dit subjectief lijden is in zekere zin vergelijkbaar met dat van lichamelijk gehandicapten. Subjectief lijden als gevolg van een lichamelijke handicap wordt in de DSM-IV niet als een psychische stoornis opgevat.

Transseksualiteit ten slotte is verder al bijna per definitie geen mentale stoornis. De wens een geslachtsaanpassende operatie te ondergaan wordt immers alleen gehonoreerd nadat duidelijk is vastgesteld dat er geen mentale stoornissen aanwezig zijn. Het is op zijn minst vreemd enerzijds te stellen dat bij transseksuelen die

een geslachtsaanpassende behandeling wensen sprake is van een psychische stoornis en tegelijk hun wens tot geslachtsaanpassing te honoreren omdat hun verzoek terecht is. Recent onderzoek (Brown et al., 1996; Cole et al., 1997; Doorn, 1997) heeft overigens bevestigd dat ook bij transseksuelen niet meer psychopathologie voorkomt dan bij andere mensen. Transseksualiteit is verder zeker geen genderidentiteitsstoornis: met de genderidentiteit van transseksuelen is niets mis. Bij transseksuelen is zelfs geen sprake van genderdisforie, daar zij niet twijfelen over hun genderidentiteit. In wezen is er, zoals Doorn (1997) stelt alleen sprake van *seksedisforie*. Mogelijk ten overvloede: bij transseksuelen is zelfs geen sprake van *transseksualiteit*, omdat hun problemen niet met seksualiteit maar met sekse te maken hebben.

De moeilijkheid bij transseksualiteit is dat het om een lichamelijk probleem gaat, terwijl in medisch opzicht het lichaam (meestal) probleemloos functioneert, zonder dat er in somatische zin sprake is van ziekte, lichamelijk letsel of handicap. Voor transseksualiteit lijken medische termen ontoereikend. Om (de vergoeding door zorgverzekeraars van) deze geslachtsaanpassende behandeling te rechtvaardigen dient transseksualiteit echter als probleem ondergebracht te worden.

Indien we dit willen doen, kunnen we het beste de oplossing van het probleem als uitgangspunt nemen: aanpassing van het geslacht door hormonale therapie en chirurgie. In feite kunnen uiteindelijk alleen endocrinologen en chirurgen hulp bieden omdat transseksualiteit een hormonale en lichamelijke afwijking is: *MV-transseksuelen zijn vrouwen met een mannelijke hormoonsecretie en mannelijke geslachtskenmerken; VM-transseksuelen zijn mannen met een vrouwelijke hormoonsecretie en vrouwelijke geslachtskenmerken*. Het is niet de geslachtsaanpassende behandeling die iemand tot man of vrouw maakt. Men was dat in feite daarvoor al.

Het bekende hersenonderzoek van Zhou et al. (1995) laat zien dat het volume van de centrale kern in het vezelbed van de *stria terminalis* mogelijk op zichzelf al in sterkere mate bepaald of iemand zich man of vrouw voelt dan de sekserol-socialisatie, de aanwezige geslachtskenmerken, de hormonale huishouding en de chromosomen bij elkaar. De grote van deze kern kan nu nog* slechts door autopsie worden gemeten en over andere mogelijke factoren die dominant van invloed zijn op het gevoel man of vrouw te zijn is niets bekend. Dit betekent dat we wetenschappelijk niet objectief kunnen vaststellen of iemand man of vrouw is. Daarom rest als enig criterium de mate waarin men de subjectieve overtuiging heeft (in een bepaalde mate) man en/of vrouw te zijn (ongeacht de geslachtskenmerken, chromosomen, enz.). Indien deze genderidentiteit, zoals in geval van transseksualiteit juist is, kan uiteraard niet worden gesproken van een genderidentiteitsstoornis. Bovengenoemde herdefinitie van transseksualiteit impliceert in feite dat transseksuelen ook indien zij geen geslachtsaanpassende behandeling ondergaan eigenlijk recht zouden moeten hebben op de juridische status van de sekse die zij in wezen zijn. Transseksuelen zijn nu, zoals Gooren en Doorn (1995) stellen, slachtoffer van onjuiste definities van man en vrouw.

* Waarschijnlijk is de grootte van deze kern binnen afzienbare tijd ook zonder autopsie meetbaar (mondellinge informatie Gendercentrum). De vraag rijst in welke mate deze informatie dan een rol gaat spelen in de diagnostiek en het honoreren van de wens tot geslachtsaanpassing.

De vraag rijst wanneer we dan wel kunnen spreken van een genderidentiteitsstoornis is hierboven in feite impliciet beantwoord. Hiervan is sprake indien de identiteit als man, vrouw of ergens daartussen in niet overeenkomt met wie men werkelijk is, met de door Doorn (1997) genoemde eigen 'onderliggende genderidentiteit'. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen die ten onrechte de overtuiging hebben transseksueel te zijn. Het geldt ook voor mensen die in wezen transseksueel zijn, maar zichzelf (nog) niet als transseksueel (of een equivalent) benoemen.

Summary

Transvestism, transgenderism, transsexuality and mental health

It is questioned whether transvestism, transgenderism and transsexuality may be considered as mental disorders. Related concepts in the DSM-IV and the ICD-10 are criticized.

Literatuur

- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*. Auteur, Washington.
- APA (1995). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Badinter, E. (1993) XY: *over de mannelijke identiteit*. Contact, Amsterdam.
- Brown, G.R., T.N. Wise, P.T. Costa et al. (1996). Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 184*: 265-273.
- Bullough, B. en V. Bullough (1997). Are transvestites necessarily heterosexual? *Archives of Sexual Behavior, 26*: 1-12.

- Bullough, V.L. en B. Bullough (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Cole, C.M., M. O'Boyle, L.E. Emory et al. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior, 26*: 13-26.
- Doorn, C.D. (1997). *Towards a gender identity theory of transsexualism*. VU, Amsterdam
- Friday, N. (1974). *My secret garden*. Pocket Books, New York.
- Gooren, L.J.G. en C.D. Doorn. (1996). Who determines manhood and womanhood? The biomedical and legal definitions of man and woman in relation to transsexualism. In: F. Flerackers, E. van Leeuwen en B. van Roermund (red.). *Law, life and the images of man: modes of thoughts in modern legal theory*. Duncker & Humblot, Berlin.
- Marmor, J. (1980). Epilogue: homosexuality and the issue of mental illness. In: J. Marmor (red.). *Homosexual behavior: a modern reappraisal* (pp. 267-282). Basic Books, New York.
- Stoller, R.J. (1982) Transvestism in women. *Archives of Sexual Behavior, 11*: 99-115.
- Ven, C. van der (1994). Ontdek de man in jezelf. *Opzij, 22*: no 10, 22-26.
- Vennix, P. (1997). *Travestie in Nederland en Vlaanderen*. Eburon, Delft.
- Vennix, P. (1999). Het NISSO-onderzoek over travestie. *Tijdschrift voor Seksuologie, 23*: 17-27.
- Wakefield, J.C. (1992). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist, 47*: 373-388.
- WHO. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Auteur, Geneva.
- Wilson, K.K. en B.E. Hammond (1996). *Myth, stereotype, and cross-gender identity in the DSM-IV*. <http://www.transgender.org/tg/gic/awptext.html>.
- Zhou, J-N., M.A. Hofman, L.J.G. Gooren, et al. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature, 378*: XI, 68-70.

ERASMUS CURSUS SPECIALISATIE SEKSUOLOGIE 2000 - 2002

Diagnostiek en behandeling van seksuele problematiek vergen specifieke deskundigheid, niet alleen omdat het over het lastige onderwerp 'seks' gaat, maar tevens omdat de meeste seksuele problemen zowel lichamelijke, psychologische en relationele aspecten hebben.

Om tegemoet te komen aan de grote vraag naar deze deskundigheid heeft de Erasmus Universiteit Rotterdam nu de twee-jarige cursus met als doel om artsen, psychologen en maatschappelijk werkers met VO (of met vergelijkbare opleiding of werkervaring) op te leiden tot door de NVVS geregistreerde seksuologen.

Eerste studiejaar: 30 bijeenkomsten (dinsdag 15.30-20.00 uur)
Tweede studiejaar: 20 bijeenkomsten (dinsdag 14.00-19.45 uur)
+ stageperiode seksuele hulpverlening

Organisatie en informatie: EMCO, Mw. R.E.E. Schrijver, telefoon 010-408 7879, fax 010-408 9463, e-mail: info@emco.fgg.eur.nl

Er is nog plaats! Haast u!