

Een hartstochtelijk respect voor genderidentiteit van een ander

Interview met Peggy Cohen-Kettenis

Prof. dr. C.J. Forder

“Iedereen moet zich kunnen presenteren zoals hij dat wil en zijn eigen identiteit volgen”

Caroline Forder sprak met Peggy Cohen-Kettenis (63), hoogleraar medische psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Peggy Cohen-Kettenis is klinisch psycholoog en psychotherapeut en houdt zich bezig met de psychische aspecten van geslachtsdifferentiatiestoornissen en problemen met genderidentiteit. Ze heeft uitgebreid gepubliceerd op het gebied van psycho-seksuele ontwikkeling, interseksualiteit, genderidentiteitsstoornissen en de relatie tussen geslachtshormonen, seksegebonden gedrag en psychopathologie.¹

AANLEIDING VOOR HET INTERVIEW

Transseksuelen zijn niet talrijk, maar zij lopen tegen onevenredig veel vooroordelen aan met alle juridische vragen en problemen van dien. De Commissie Gelijke Behandeling buigt zich met enige regelmaat over klachten over de bejegening en discriminatie van transseksuelen en travestieten. Zij heeft ook regelmatig uitspraak gedaan over klachten die verband houden met de arbeidssituatie² en één keer over arbeids-vervangende inkomsten.³ De Commissie heeft ook een reeks uitspraken gedaan die betrekking hebben op toekenning van zorgverzekering aan transseksuelen.

¹ Ze is bijvoorbeeld auteur, samen met Friedemann Pfäfflin, van *Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: Making Choices*, Sage Publications, 2003.

² In de volgende oordelen is discriminatie in de arbeidssituatie aan de orde gesteld: 2008-116 (opleidingsbemiddelaar discrimineert door voltooiing geslachtstransformatie als voorwaarde te stellen voor stage-bemiddeling); 2008-115 (als de vorige, niet-ontvankelijk); 2006-131 (Uitzendorganisatie discrimineert door geen arbeidsovereenkomst met verzoekster aan te gaan vanwege transseksualiteit); 2006-130 (geen vermoeden van onderscheid bij het aangaan van een arbeidsverhouding, daar de werkgever niet betrokken is geweest bij het werving- en selectieproces); 2006-33 (bejegening en ontslag vanwege transseksualiteit is in strijd met de wet); 2003-139 (werknemer maakt geen onderscheid op grond van transseksualiteit bij de arbeidsvoorwaarden vanwege verzoekers transseksualiteit); 2000-73 (verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat haar arbeidsbijeenkomst is beëindigd vanwege transseksualiteit. Evenmin is aannemelijk gemaakt dat op de werkvloer sprake is van discriminerende bejegening op grond van ras en geslacht); 1999-107 (het is niet aannemelijk gemaakt dat transseksualiteit de reden is voor niet-verlengen van verzoeksters arbeidscontract); 1998-32 (geen verboden onderscheid door arbeidscontract met verzoekster, die een aantal jaren voor de werkgever als medewerker groenvoorziening heeft gewerkt, na aankondiging van haar geslachtswijziging arbeidscontract niet te verlengen); 1998-12 (direct onderscheid tussen mannen en vrouwen wegens voorgenomen herplaatsing vanwege bekendmaking van een eerder ondergane geslachtswijziging).

³ In oordeel 2008-6 besliste de Commissie dat transseksualiteit geen rol speelt in een uitsluitingsclausule in de aan haar ter beoordeling voorgelegde polis arbeidsongeschiktheidsverzekering voor mensen in loondienst, noch bij de afwijzing van afwijzing arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen.

⁴ In een oordeel buigt de Commissie zich over een aanspraak op behandeling.⁵ In de Justus Eisfeld zaak, besproken in de oordelenbundel 2010, is het recht op erkenning van de ervaren genderidentiteit nadrukkelijk aan de orde geweest.⁶ In 2010 oordeelde de Commissie – in oordeel 2010-47 – over een zaak van een transvrouw (iemand die als man is geboren, maar na een hormonale behandeling en operaties als vrouw leeft) aan wie toegang tot een sportschool werd geweigerd. In deze zaak speelt enerzijds de vraag of sprake is van discriminatie op grond van transseksualiteit, door de Commissie en andere rechtsprekende instanties aangemerkt als discriminatie op grond van geslacht, en anderzijds het uit artikel 8 EVRM voortvloeiende recht van een persoon op erkenning van diens genderidentiteit. In mijn noot onder het oordeel over de verplichting van de Universiteit van Amsterdam tot verstrekking van een nieuwe bul aan de transseksueel Justus Eisfeld besteedde ik aandacht aan de wisselwerking tussen discriminatie-bescherming en de op artikel 8 EVRM gebaseerde bescherming van genderidentiteit.⁷ Terug naar oordeel 2010-47. Bij de Commissie gelijke behandeling had de transvrouw over discriminatie op grond van geslacht geklaagd en daartoe aangevoerd dat de sportschoolhouder haar op grond van haar transseksualiteit had geweigerd. Dit werd ontkend door de sportschoolhouder, die meende met een man in ongepaste kleding te maken te hebben, die hij aanzag voor een travestiet. De transvrouw was namelijk lang, had een mannelijk uiterlijk, droeg een kort rokje en had slordig aangebrachte lippenstift, aldus de sportschoolhouder. De Commissie overweegt :

4.10 Uit hetgeen partijen en de getuigen hebben verklaard, leidt de Commissie het volgende af. De Commissie acht op basis van de verklaringen van getuige 1 en van de sportschoolhouder aannemelijk dat de sportschoolhouder zelf achter de balie zat toen verzoekster met getuige 1 en de vriendin de sportschool bezocht. De sportschoolhouder heeft aangenomen dat verzoekster en de vriendin als introducees kwamen sporten.

De sportschoolhouder heeft verklaard dat hij verzoekster de toegang tot de sportschool heeft geweigerd omdat hij dacht dat zij een man was die ‘ongepaste’ vrouwenkleding droeg. Hoewel niet precies duidelijk is welke kleding verzoekster droeg, was in ieder geval sprake van dameskleding, niet zijnde sportkleding. De sportschoolhouder heeft voorts verklaard dat hij tegen verzoekster heeft gezegd: “Zo kan je hier niet sporten”.

Die zin is op verschillende manieren uit te leggen, en in ieder geval blijkt daaruit niet op voorhand dat verzoekster is geweigerd op grond van haar transseksualiteit. *De lezing van de sportschoolhouder, inhoudende dat hij verzoekster de toegang tot de sportschool heeft geweigerd omdat hij dacht dat zij een man was die ongepaste vrouwenkleding droeg, wordt ondersteund door de verklaring van getuige 2. Deze heeft ver-*

⁴ In de volgende oordelen heeft de Commissie Gelijke Behandeling discriminatie van een transseksueel onderzocht in de context van zorgverzekering: 2009-108 & 107 (weigering zorgverzekeraar om borstprothese te vergoeden discrimineert transseksuele man-naar-vrouw (2009-107-108) niet); 2004-73 (de Commissie acht zich niet bevoegd te oordelen over de intrekking van een verstrekking voor epilatie op grond van de Ziekenfondswet. De Commissie acht zich wel bevoegd inzake de aanvullende verzekering. Er werd direct onderscheid op grond van geslacht gemaakt door in de aanvullende verzekering te bepalen dat de kosten slechts worden vergoed aan iemand die als vrouw werd geboren); 2004-72 (De Commissie acht zich niet bevoegd te oordelen over de weigering een pruik en een eigen bijdrage voor de pruik te vergoeden op grond van de Ziekenfondswet en de aanvullende verzekering).

⁵ In oordeel 1998-107 (geen onderscheid op grond van geslacht bij het weigeren van een bepaalde behandeling aan een transgender persoon).

⁶ C. Forder ‘Bescherming tegen discriminatie op grond van seksuele identiteit kan nog een stap verder’, in: C. Forder (red.) *Oordelenbundel 2010, gelijke behandeling, oordelen en commentaar*, Wolf Legal Publishers, Nijmegen, 2011, p. 398-406.

⁷ C. Forder, a.w. n. 3.

klaard dat hij niet wist dat verzoekster transseksueel was en dat hij dat dus ook niet aan de sportschoolhouder had verteld. Hij dacht dat zij travestiet was. De stelling van verzoekster, dat tegen haar is gezegd dat zij vanwege haar transseksualiteit niet tot de sportschool werd toegelaten, is niet door anderen bevestigd. Evenmin is door anderen bevestigd dat tegen verzoekster beledigende opmerkingen zijn gemaakt. Ook anderszins heeft verzoekster geen feiten aangevoerd die kunnen doen vermoeden dat haar vanwege haar transseksualiteit de toegang tot de sportschool is geweigerd, dan wel dat zij door de sportschoolhouder discriminerend is bejegend. Derhalve oordeelt de Commissie dat niet is gebleken dat verweerder jegens verzoekster onderscheid heeft gemaakt op grond van haar transseksualiteit en dus op grond van geslacht.

De Commissie komt tot de conclusie dat verzoekster niet is gediscrimineerd op grond van haar transseksualiteit. Daarvoor is er immers te weinig bewijs aangeleverd. Om die reden is er geen sprake van discriminatie op grond van geslacht, aldus de Commissie. Als de sportschoolhouder al een onderscheid had gemaakt, zou dit niet op grond van transseksualiteit zijn, maar omdat zij er uit zag als een travestiet. Als verzoekster een travestiet was geweest dan had ze op grond van de rechtspraak van de Commissie Gelijke Behandeling echter ook beschermd moeten worden tegen discriminatie op grond van geslacht. In oordeel 2007-201 besliste de Commissie dat een hotel verboden onderscheid op grond van geslacht had gemaakt door een reservering te annuleren omdat er een feest voor travestieten zou worden gehouden.

Klaagster in deze zaak – oordeel 2010-47 – was geen travestiet; de sportschoolhouder dacht alleen maar dat hij dat was. De bescherming van travestieten tegen discriminatie had haar niet gebaat omdat zij geen travestiet was. Wat de Commissie echter mijns inziens had moeten beslissen is dat zij als transseksueel recht heeft op bescherming tegen discriminatie, ook al wordt zij voor travestiet aangezien. In mijn visie laat de rechtspraak van de Commissie op dit moment te veel ruimte voor nuances (wel of niet transseksueel/travestiet zijn en wel of niet voor transseksueel/travestiet aangezien) waardoor de bescherming van het recht op genderidentiteit tussen wal en schip dreigt te vallen. In deze zin heb ik betoogd in mijn annotatie onder het oordeel van de Commissie in de zaak Justus Eisfeld in de Oordelenbundel 2010.⁸ Cremers & Vegter merken over oordeel 2010-47 in hun commentaar op de grond geslacht op dat dit ‘voor de betrokken vrouw vermoedelijk geen prettig oordeel [zal] zijn geweest’, al vinden zij dat ‘van de vrouw in deze zaak enig begrip verwacht had mogen worden voor een verwarde reactie van iemand die haar niet kende’.⁹

Na dat oordeel en de discussie er om heen is er naar mijn idee iets blijven hangen. Het is niet duidelijk geworden wat de beschreven situatie betekend heeft voor de transvrouw, noch wat de sportschoolhouder had moeten of kunnen doen. Dat was de aanleiding om te rade te gaan bij Peggy Cohen-Kettenis, die vanuit haar expertise en jarenlange ervaring met het werken met transseksuelen op de hoogte is van wat iemand meemaakt die een geslachtswijziging ondergaat, zowel voor als na daadwerkelijke wijziging van geslacht, alles in het licht van de genderidentiteit.

In dit interview waar genderidentiteit centraal staat, wordt verwezen naar de op stapel zijnde wetgeving op het gebied van transseksualiteit. Voor nadere informatie over de plannen van de wetgever in dit opzicht verwijs ik naar paragraaf 3.5 van de bijdrage van Fleur van Leeuwen over de grond seksuele gerichtheid en burgerlijke staat.

⁸ ‘Bescherming tegen discriminatie op grond van seksuele identiteit kan nog een stap verder’ in: C. Forder (red.) *Oordelenbundel 2010, gelijke behandeling: oordelen en commentaar*, Wolf Legal Publishers, Nijmegen, 2011, p. 398-406 op C. Forder, a.w. n. 3, p. 405.

⁹ E. Cremers & M. Vegter, ‘Geslacht’ in C. Forder 2011, a.w. n. 1, pp. 87-113, p. 107-108.

Mogelijk biedt dit interview de Commissie aanknopingspunten ten behoeve van toekomstige oordelen met betrekking tot discriminatie van transseksuelen.

INTERVIEW

Ik sprak met Peggy Cohen-Kettenis in een kleine interview-kamer in het VU medisch centrum.

CF: *Zou u willen vertellen over uw werk met transseksuelen, wat u met hen doet en over uw opgebouwde deskundigheid op dit terrein?*

PC-K: Ik zit al heel lang in het onderwerp. Ik ben er een jaar of 25 geleden langzamerhand ingerold omdat ik toen betrokken was bij een follow-up onderzoek, het eerste in Nederland op dit gebied. In die tijd zag ik ook wel eens mensen voor psychotherapie. Op een gegeven moment ging ik werken in de kinder- en jeugdpsychiatrie en heb adolescenten verwezen gekregen. Ik ben een jaar of tien geleden naar Amsterdam gekomen. Toen ik hier kwam (VUmc) werd ik hoofd van de psychologische zorg voor alle transseksuelen, dus ook volwassenen. Ik begon, samen met Delemarre, een collega¹⁰ en kinder-endocrinoloog,¹¹ adolescenten ook medisch te behandelen. Samen met collega Delemarre heb ik een adolescenten-protocol ontwikkeld. Het protocol bevat een behandeling die nieuw was op dit terrein. Die behandeling is langzamerhand in steeds meer landen overgenomen.

Vijf jaar geleden ben ik voorzitter geworden van een werkgroep van de *American Psychiatric Association*, die zich bezig hield met een update van de DSM-5 – het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Dat Manual wordt in heel veel landen gebruikt als classificatiesysteem voor psychische stoornissen. De laatste versie, de DSM IV van 1992, is nu aan zo'n update toe. Ik zit in de werkgroep die over gender-identiteitsstoornissen gaat. En in het verlengde daarvan begint nu ook de World Health Organisation met een update van de *International Classification of Diseases* (de ICD-11), een classificatiesysteem dat in 193 landen wordt gebruikt. Ook daar zit ik in de werkgroep die naar criteria voor transseksualiteit (zo wordt genderidentiteitsstoornis in de ICD genoemd) gaat kijken. Ik ben nu directeur van het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie aan het VU medisch centrum. Er is nog een andere directeur die verantwoordelijk is voor de medische zorg, terwijl ik verantwoordelijk ben voor de *mental health*. En tot slot – dan hebben we ook alles gehad – heb ik in de commissie gezeten van de *World Professional Association for Transgender Health*, die vorig jaar een update gemaakt heeft van de *Standards of Care*, de behandelrichtlijnen van deze organisatie.

CF: *Zou u willen uitleggen wat iemand meemaakt die een genderwijziging ondergaat?*

P.C-K: Het wisselt per persoon. Je hebt een groep die je de *early onset* kunt noemen, waarbij de problematiek van transseksualiteit wordt onderkend in de kindertijd. Het gaat dan om een kind waarvan de ouders zeggen: 'Hij was nooit een echte jongen.' *Early onset* kinderen bewandelen een soort regelrecht pad richting gender dysforiebehandeling. Die kinderen worden relatief vroeg aangemeld voor behandeling en kun-

10 Dr Henriëtte Delemarre-van de Waal, was kinder-endocrinoloog aan het VUmc in Amsterdam, maar werkt nu in het LUMC.

11 Specialist in de hormonenleer.

nen relatief vroeg behandeld worden. Daardoor lopen zij relatief weinig schade op van het feit dat ze in een rol hebben moeten leven die niet bij hun identiteit paste. Nu is het zo dat je het altijd moeilijk kan hebben als je je niet zo ontwikkelt als andere kinderen, die niet tegen alle extra dingen hebben hoeven op te boksen in het leven. Maar bij de genderkinderen kan je een onderscheid maken tussen twee groepen. Er zijn kinderen die doorgaans in een goede ondersteunende omgeving zaten. Daarnaast is er een groep die het wel heel erg moeilijk heeft, waarvan de ouders de genderproblematiek niet accepteren, evenmin als de school en de overige leefomgeving. Voor die jongeren is het proces van geslachtswijziging een stuk ingewikkelder. Verder heb je ook nog de groep die de gender-identiteitsproblematiek pas ontwikkelt na de puberteit. De mensen die tot die groep behoren hebben een ander ontwikkelingsverloop en komen ook veel later naar ons toe. Tot aan het begin van de puberteit hebben mensen in deze groep meestal niet heel veel gevoelens van genderdysforie. Zij voelen zich aangetrokken tot mensen van het andere geslacht en ze trouwen ook vaak. Als ze zich dan al wel enigszins bewust zijn van het feit dat er iets niet klopt met hun genderidentiteit hopen ze dat die gevoelens van vervreemding van het geslacht waarin zij geboren zijn over zullen gaan door te trouwen. Deze mensen krijgen ook vaak kinderen. Zij hebben dus al een lange periode van hun leven in dat geslacht achter de rug op het moment dat ze denken, 'het gaat nu eigenlijk echt niet, ik moet me toch nu voor een gender-behandeling aanmelden.' Deze mensen hebben veel te verliezen en voor hen is de overgang van het leven in de rol van ene geslacht naar dat van het andere heel groot. Bij mannen komt dat vaker voor dan bij vrouwen. Het is niet zo duidelijk waarom er meer mannen zijn dan vrouwen die pas later in hun leven tot geslachtsaanpassing overgaan. Het feit dat je pas laat met geslachtswijziging aan de slag gaat maakt het natuurlijk sowieso veel moeilijker dan wanneer je vroeger begint. Op het moment dat een persoon zo ver is dat de stap naar de behandeling wordt gezet gebeurt er van alles in de behandeling, maar ook in de sociale omgeving. De allergrootste stap is de sociale transitie, de fase waarin de geslachtsaanpassing algemeen bekend wordt en anderen zich eraan moeten gaan gewennen. De persoon verandert haar of zijn leven naar de buitenwereld toe en de officiële en roepnamen. Hoe iemand door deze fase heen komt, varieert enorm. Er zijn mensen die dat relatief gemakkelijk afgaat. Als iemand veel persoonlijke kwaliteiten in huis heeft om moeilijke dingen op te vangen en zich daarnaast heel goed gesteund voelt door de leefomgeving, kan zo'n persoon deze fase goed doorkomen. Je hebt ook mensen die bij voorbaat niet zo stevig in hun schoenen staan – ook psychisch niet, maar die toch zo in de knel zitten dat ze niet anders kunnen dan voor deze behandeling kiezen. Ja, daar gaat het natuurlijk niet altijd goed mee. En als die personen in hun leefomgeving extra vervelende ervaringen opdoen, dat kan een druppel zijn die de emmer doet overlopen. En dan vliegen ze behoorlijk uit de bocht.

CF: *Ze kunnen ook geestelijk ziek worden?*

PC-K: Ja, ze kunnen in een depressie raken of angstig worden, of soms zelfs op een andere manier decompenseren. Dat varieert van zorgelijk functioneren tot totaal disfunctioneren. Je hebt mensen die zoveel kwaliteiten in huis hebben dat zij ook nog in staat zijn hun sociaal netwerk te behouden, hun baan voort te zetten, opnieuw relaties te krijgen of bestaande relaties aan te houden. Maar er zijn ook mensen die daar niet toe in staat zijn, die bijvoorbeeld hun werk kwijtraken en geen contact meer met hun familie hebben en vereenzamen. Er is een heel breed scala van hoe mensen door dat proces heengaan. Het is gewoon iets wat een enorm beroep doet op je draagkracht, en niet iedereen heeft voldoende in huis om dat echt te kunnen.

CF: *Hoe dikwijls gaat het mis? We praten al niet over een grote groep.*

PC: En het draait er ook om wat je onder ‘mis’ verstaat. ‘Mis’, in de zin van echt tot de conclusie komen dat ze terug willen in het oorspronkelijk geslacht, dat komt niet veel voor, bij één of twee procent. Maar als je kijkt naar hoe mensen er bij binnenkomst aan toe waren is er wel een groep van ongeveer 30% die al binnenkomt met behoorlijke psychische problemen. Gelukkig klaren bij een groot deel van hen de problemen al tijdens de behandeling op. Maar een deel van die mensen klaagt dat ze er door de behandeling niet veel beter op zijn geworden. Die mensen zijn al zo beschadigd dat ze niet veel beter worden of voor wie het soms zelfs nog moeilijker wordt als ze eenmaal in de andere rol zijn overgegaan en merken dat ze zich moeilijk kunnen handhaven. Die mensen hebben niet echt spijt na afloop (zich niet laten behandelen was eigenlijk ook geen optie), maar het zijn niet mensen van wie je na afloop zegt van: ‘Nou, dat zijn echt bloeiend functionerende mensen in deze maatschappij’. Ze gaan van de ene crisis naar de andere en maken depressieve periodes door terwijl ze in hun eentje thuis zitten.

Het is een optelsom van een aantal dingen; mensen met een slechte start, die dan ook nog eens door moeilijk proces heen gaan, die trekken het vaak niet.

CF: *Zou u iets willen vertellen over de aard van de psychologische begeleiding? Wat helpt een persoon door dit moeilijke proces heen te komen?*

PC: Wat de patiënten hier in het VUmc krijgen is heel beperkt. Wij doen zo veel mogelijk de specialistische behandeling, met name de behandeling die op grotere afstand kan gebeuren. Het meer reguliere behandelwerk doen wij in samenwerking met de geestelijke gezondheidszorginstelling in de regio waar men woont. Als wij mensen zien, doen we eerst een diagnostiek. Wij proberen, hetzij zelf (in beperkte mate) hetzij via verwijzing naar de GGZ of andere instellingen, er wat aan te doen als wij zien dat de persoon meer steun of behandeling nodig heeft. Een aantal mensen dat naar ons toe komt heeft dan al contact met hun plaatselijke GGZ-instelling en komt via dat kanaal bij ons binnen, bijvoorbeeld nadat zij in een psychotherapie tot de conclusie zijn gekomen: ‘nu ben ik aan de geslachtsaanpassende behandeling toe’. Voor mensen die heel kwetsbaar zijn, proberen we altijd gedurende het hele traject van geslachtswijziging een paralleltraject kort bij huis te hebben. Naast de reguliere GGZ-zorg is er ook transgenderzorg, die tegenwoordig door Transvisie¹² wordt aangeboden. Die doen ook hulpverlening, maar meer op psychosociaal gebied. Dat gaat om opvang, begeleiding, ondersteuning van de mensen zelf maar ook de ouders, broertjes en zusjes van betrokken kinderen, adolescenten, partners en de kinderen van volwassenen. Er worden zowel individuele contacten als groepsbijeenkomsten aangeboden.

¹² Sarphatistraat 35, 1018 EV Amsterdam. Deze was tot kort geleden bij de Schorer Stichting ondergebracht. Omdat deze laatste in maart 2012 failliet is gegaan en hun werk bij andere instellingen is ondergebracht, werkt Transvisie nu zelfstandig.

CF: *Er zijn mensen die een geslachtswijziging willen ondergaan en daartoe met u contact opnemen, maar bij wie blijkt dat het voor hen niet mogelijk is om de geslachtsaanpassing te ondergaan. Die doen een poging of brengen een hulpvraag die wordt onderzocht, maar zij kunnen niet doorgaan. Hoe is het leven voor die mensen?*

PC: Op dit punt is er veel veranderd. Vroeger werd gedacht in termen van dichotomieën, maar net als bij alle andere klinische verschijnselen, ligt dat niet zo simpel. Je hebt allerlei vormen van genderdysforie, en bij sommige van de vormen is een medische-ingreep nodig, maar bij andere niet. Wat je als behandelaar probeert uit te zoeken is bij wat voor behandeling de persoon het meest gebaat is. Dat kunnen verschillende dingen zijn; soms is het beter dat er helemaal geen medische behandeling plaatsvindt. Soms hebben mensen aan een deel van de behandeling, bijvoorbeeld alleen hormonen, al genoeg. Het komt bij ons eigenlijk niet heel veel voor dat wij zeggen: 'Je mag niet medisch behandeld worden' en dat de persoon zegt: 'ik wil toch'. Meestal kom je tot een soort conclusie met elkaar, zoals: 'dit is niet het goede moment', of 'dit is niet het goede pad voor jou om te gaan bewandelen', of ik zeg 'het lijkt ons beter dat je eerst aan dit of dat gaan werken'.

CF: *In welke situaties zal dat zijn? Want als er geen medische operatie is ondergaan, dan kom je in de wereld van juristen, dan is er het risico dat zij zeggen 'dat is geen transseksueel in de zin van de wet'. Die krijgt de erkenning niet.'*¹³

PC-K: Dat gaat veranderen, toch?

CF: Ja, dat gaat veranderen.¹⁴

PC-K: Het gaat om de identiteit van iemand en het is soms best lastig om vast te stellen wat iemands identiteit is. Bijvoorbeeld bij mensen die in het autistische spectrum zitten; dat zijn mensen die heel erg vast kunnen houden aan bepaalde gedachten (*mindset*). Ze zijn heel erg gefocust op detail en vaak heel erg obsessief met bepaalde dingen bezig. Ze hebben een bepaalde wijze van denken en redeneren die anders is dan die van de meeste mensen. Ze kunnen bijvoorbeeld ineens tot de conclusie komen dat, omdat ze er zus of zo uitzien of omdat zij altijd al zus of zo dachten of deden, ze *dus* een man of een vrouw zijn, en *dus* een behandeling moeten ondergaan, terwijl uit hun hele profiel, voorgeschiedenis en hele manier van functioneren niets in die richting wijst. Die mensen generaliseren dus een klein stukje dat ze dan in hun blikveld hebben tot een heel groot deel van hun hele leven, en denken dat daarmee alles is opgelost. Nou, als je zo iemand gaat behandelen, is er helemaal niets opgelost,

13 Het probleem zit vooral in de eisen die in de laatste twee bijzinnen van artikel 1:28, eerste lid BW worden gesteld: Iedere Nederlander die de overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren dan is vermeld in de akte van geboorte en lichamelijk aan het verlangde geslacht is aangepast voor zover dit uit medisch of psychologisch oogpunt mogelijk en verantwoord is, kan de rechtbank verzoeken wijziging van de vermelding van het geslacht in de akte van geboorte te gelasten, indien deze persoon als mannelijk in de akte van geboorte vermeld staande, nimmer meer in staat zal zijn kinderen te verwekken, dan wel als vrouwelijk in de akte van geboorte vermeld staande, nimmer meer in staat zal zijn kinderen te baren.

14 In de hoofdlijnenbrief emancipatie die op 8 april 2011 aan de Tweede Kamer is aangeboden is vermeld dat de sterilisatie-eis voor het wijzigen van geslachtsaanduiding in de geboorte-akte zal worden geschrapt: *Kamerstukken II 2010/11, 27 017, nr. 74*. De wetswijziging is geregeld in het concept-wetsvoorstel transseksualiteit dat op 15 september 2011 in consultatie is gegeven en dat momenteel (april 2012) bij de Raad van State ter advisering ligt. Zie vragen van de kamerleden Timmermans en Marcouch (beiden PvdA) aan de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie over het rapport van Human Rights Watch, waarin staat dat Nederland met de sterilisatie-eis de mensenrechten van transgendermensen schendt. Met antwoord van staatssecretaris Teeven, ontvangen 7 oktober 2011. *Kamerstukken II, 2011/12, aanhangselnummer 235, 12 oktober 2011*; Human Rights Watch, *Controlling Bodies, Denying Identities: Human Rights violations Against Trans People in the Netherlands*, 13 september 2011.

want genderdysforie is niet het probleem. Het probleem ligt dan meer in de orde van verwarring. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om niet heel stoere jongens, die een beetje buiten de boot vallen en denken dat een geslachtsaanpassing hun gevoelens van onbehagen (die heel goed ergens anders vandaan kunnen komen) zullen oplossen. Dit zouden dus gevallen kunnen zijn waarin zij zeggen: 'Ik wil het' en wij zeggen: 'Nou, dat vinden wij niet zo'n goed idee'.

CF: *Dat zijn echt zeldzame gevallen.*

PC-K: Ja, het komt overigens ook voor dat mensen in het autisme spectrum wel een genderprobleem hebben. Autisme en genderdysforie kunnen namelijk ook naast elkaar bestaan. Dit zijn vaak wel moeilijke gevallen voor de diagnostiek. Door dus in de wet de operatie (waardoor voortplanting onmogelijk wordt) niet meer zo centraal te stellen, kun je in ieder geval veel meer tegemoet komen aan de identiteit van mensen. Ook hier zitten lastige kanten aan, want je kunt je ook afvragen: 'hoe gemakkelijk of hoe moeilijk moet je het mensen maken om van geslacht te wijzigen?' Er bestaan immers ook 'zoekers' - mensen die denken dat ze het nu eens hier gevonden hebben en dan denken dat ze het dan weer daar gevonden hebben - en als je zo iemand heel gemakkelijk juridisch van geslacht laten veranderen, lijkt me dat ook voor de mensen zelf niet goed. Niet iedereen heeft zo veel zelfinzicht dat ze zich realiseert: 'ik ben een zoeker, dus ik kan maar beter even geen ingrijpende beslissingen nemen.'

CF: *Zijn er veel die echt twijfelen tussen geslachten?*¹⁵

PC-K: Ik denk dat wij dat nog niet helemaal boven tafel hebben omdat het beleid van het ziekenhuis pas sinds een aantal jaren zo is dat we bij de poort hebben gezegd: 'als je een genderprobleem hebt, dan moet je hier gewoon gezien worden, ongeacht wat de uiteindelijke uitkomst wordt'. Vroeger was het zo dat pas als iemand bij de intake zei: 'ik wil aan een hormonenbehandeling beginnen en operaties ondergaan' mocht zij binnenkomen, en als ze zei: 'ik wil alleen hormonen of een operatie' dan zeiden wij: 'nee, dat doen wij hier niet'. Dus de groep die het alleen bij hormoonbehandeling houdt is volgens mij de laatste jaren gewoon aan het toenemen. En hoeveel er uiteindelijk daarvan over zullen blijven en of het aantal zal blijven fluctueren, moet nog in kaart worden gebracht. Vroeger zagen we die mensen nooit, want zij werden per definitie niet binnengelaten.

CF: *U hebt een toename van zaken, en hoe groot is de toename?*

PC-K: We hadden altijd iets van 120 tot 150 volwassenen die we per jaar zagen. Ik denk dat we er nu gemakkelijk 100-150 meer per jaar zouden kunnen behandelen, ware het niet dat we een wachtlijst hebben. De wachtlijst is enorm toegenomen; van

15 Zie HR 30 maart 2007, LJN AZ5686, NJ 2007, 609 m. nt J. de Boer. Verzoeker (1947) is vermeld in de geboorte-akte met het mannelijk geslacht. In 1973 is een geslachtsveranderende operatie uitgevoerd, waardoor verzoeker tot het vrouwelijk geslacht is gaan behoren. Vervolgens voelt verzoeker zich evenmin tot het vrouwelijk geslacht behorend en ondergaat in 1989 een tweede geslachtsveranderende operatie. Verzoeker is ervan overtuigd niet-geseksueerd te zijn. Verzoeken om bij de burgerlijke stand als onzijdig te worden geregistreerd worden door alle rechterlijke instanties afgewezen. De Commissie Gelijke Behandeling heeft wel iets te bieden aan twijfelaars. Dit blijkt uit oordeel 1998-50, waar de Commissie oordeelde dat het discriminatoir is om criteria te hanteren tot vaststelling van het geslacht van transseksuelen, indien de criteria in de context (Gay Games) niet nodig zijn om een gelijkwaardige positie tussen transseksuele en anderen te creëren).

een paar maanden is het nu anderhalf tot twee jaar. En momenteel zien wij ook ongeveer 100 nieuwe kinderen en jongeren per jaar.

CF: *Van de juridische kant is het belangrijk om een besef te krijgen van de betekenis van acceptatie: burgerlijk stand, erkenning van de naam, die formeel juridische stempels zet op de identiteit. En wat de Commissie Gelijke Behandeling ziet is bijvoorbeeld de poging om acceptatie te krijgen van iemand die zich presenteert in een sportschool of op een andere plaats. Hoe belangrijk is dat?*

PC-K: Enorm belangrijk. Het is een enorme bevestiging voor iemand in zijn identiteit. De handicap voor volwassenen is dat zij ten gevolge van hun uiterlijk niet altijd erkend en zelfs herkend worden in hun identiteit. Het is gewoon een dagelijkse strijd om iedere keer de erkenning te krijgen.¹⁶

CF: *Kunt u mij vertellen, heel concreet, wat er gebeurt met iemand die dan wordt afgewezen in de samenleving?*

PC-K: Dat zie je bijvoorbeeld bij sollicitaties, als ze opgeroepen worden op basis van hun cv. Dan komen ze binnen en hebben ze een gesprek en worden ze vervolgens afgewezen. Je kunt nooit bewijzen dat dit komt vanwege hoe zij zijn, maar ik kan me bij sommige mensen best voorstellen dat het daar alles mee te maken heeft. Of iemand verliest zijn baan, en alweer is daarbij het lastige dat er mensen zijn die beter en minder goed functioneren, waardoor je niet weet of je je baan kwijtraakt omdat je niet goed functioneert of omdat je transseksueel bent.¹⁷

CF: *Krijgen zij begeleiding in hoe er met de omgeving mee om te gaan?*

PC-K: Kijk, wij hebben hier beperkt de tijd. We kunnen een aantal sessies aan een persoon bieden. Wat je wel probeert door te nemen met de persoon is dat deze zich heel goed realiseert wat wel en niet kan worden bereikt met de behandeling. *Informed consent* gaat niet alleen over de techniek van de operatie of neveneffecten van de hormonen, maar ook over de levenslange impact van deze behandeling. En ja, er zijn mensen die hopen echt dat als ze behandeld zijn alle problemen in hun leven opgelost zullen zijn. Maar dat zijn ze natuurlijk niet. Dat zit hem soms in het uiterlijk, of in de voorgeschiedenis van de persoon, of in de moeilijkheid tot het krijgen van relaties in de nieuwe rol. Je moet er altijd rekening mee houden dat je verleden door blijft spelen in je toekomstige leven. Sommige mensen hebben erg optimistische verwachtingen van de behandeling. Die proberen we in een zo vroeg mogelijk stadium van het voortraject tot realistische proporties terug te brengen, maar bij een deel lukt dat gewoon niet. Bij sommigen gaat het toch het ene oor in en het andere oor uit, en daarvoor zouden wij het liefst zoveel mogelijk nazorg willen leveren, en dat hebben we niet. Je hebt geluk als je een paar keer gezien wordt na afloop van een behandeling. Daarom is het werk van Transvisie erg belangrijk. Die zien mensen die al lang geleden behandeld zijn en dan alsnog tegen allerlei dingen aanlopen. Het zit hem dan vaak in de sociale of relationele sfeer.

¹⁶ Een duidelijk voorbeeld in de rechtspraak van de Commissie waar erkenning van genderidentiteit van transseksuelen aan de orde was is oordeel 2010-175 (universiteit discrimineert door weigering nieuw getuigschrijf met verworven geslacht en naam).

¹⁷ In de oordelen die in noten 1 en 2 zijn genoemd heeft de Commissie zich gebogen over discriminatie in de arbeidssituatie of met betrekking tot arbeids-vervangende inkomsten.

CF: *Als u zegt, wij kunnen eigenlijk een of twee sessies organiseren na de behandeling, is dat dan na afloop van een operatieve behandeling of na afsluiting van een psychologische of hormonale behandeling?*

PC-K: Er is eerst een diagnostisch traject om te bespreken of we gaan behandelen. Dan starten we met hormonen. In principe zien we ze dan elke drie maanden, om te kijken hoe het gaat en om na te gaan of een operatie geïndiceerd is. Vroeger was het ook zo dat we eisten dat iemand die aan de hormonale behandeling begon, meteen ook de sociale transitie realiseerde. We wilden niet dat iemand eigenlijk nog helemaal in de oude rol bleef leven, terwijl mannen intussen bijvoorbeeld borstontwikkeling kregen en de fysieke verandering tot vrouw doormaakte, terwijl niemand op de hoogte was. De laatste 10 of 15 jaar is dat enorm veranderd. Tegenwoordig is het bijna altijd zo dat de persoon al vóór het contact met ons met de sociale transitie bezig is. Dan is het niet nodig dat we die eis stellen, of we moeten deze hooguit stellen bij de enkeling die sociaal fobisch is. Dus tijdens het eerste jaar van de hormoonbehandeling is er nog een regulier contact, na de operatie(s) niet meer dan een of twee afrondende gesprekken.

CF: *Dat betekent dat iemand, bijvoorbeeld een man die nog niet hormonaal behandeld is, zich gaat verkleeden als een vrouw en een vrouwelijke naam aanneemt, en voor iedereen bekend staat als een vrouw, terwijl er nog geen behandeling is opgestart.*

PC-K: Ja, en sinds het internet er is zijn er veel mensen die ook al via het internet aan hormonen komen. Dat vinden wij heel onverstandig want dat is ongecontroleerd. Via het internet kun je hormonen heel gemakkelijk bestellen. Vroeger was het veel moeilijker; je moest echt de zwarte markt op of een man kon bijvoorbeeld de anti-conceptiepil van zijn vrouw gebruiken of dat soort dingen, maar tegenwoordig is het helemaal niet zo ingewikkeld. En wij zeggen: 'wij doen niets aan de hormoonbehandeling, totdat wij ervan overtuigd zijn dat er een goede indicatie is'. Als vervolgens de 'real life experience fase' goed is doorlopen en men echt heeft ervaren hoe het is om op dagelijkse basis in de gewenste rol te leven (en dus ook mogelijk negatieve ervaringen onder ogen heeft moeten zien) dan pas is er een indicatie voor de operatie of operaties als dat nodig mocht zijn. Zodra het duidelijk is dat ze hier niet verder behandeld kunnen worden, beschouwen wij het behandeltraject als afgesloten en dan zien wij psychologen hen in principe niet meer. Wel komen ze levenslang voor hormooncontroles bij de arts.

CF: *Betekent dit dat een deel van uw werk weg is, in de zin dat de meeste mensen al een sociale oefening gedaan hebben voordat ze bij u komen?*

PC-K: Er zijn er zeker die al heel veel jaren zo leven, maar ook nog wel die net begonnen zijn, en tegen allerlei dingen aanlopen, of die voor het eerst iemand hebben waarmee zij het erover kunnen hebben. Maar inderdaad maakt het uit of men al weet wat het leven in de gewenste rol inhoudt.

CF: *Een zeer belangrijke stap, die fase...*

PC-K: Ja... Voor de persoon zelf, denk ik dat de life experience in zekere zin nog belangrijker is dan de hormoonbehandeling, maar ja, de hormonen zijn ook wel belangrijk, en beide zijn in sociaal opzicht belangrijker dan de operatie. Iedereen denkt dat de behandeling alleen maar bestaat uit één operatie. Dat is niet zo.

De real life experience en de hormoonbehandeling vinden ongeveer tegelijkertijd plaats. Zodra je met de hormonen begint, moet je een jaar lang in ieder geval in je rol geleefd hebben, en wordt je ook ondersteund door de hormonen: een transvrouw wordt ondersteund doordat ze borstontwikkeling gaat krijgen en rondere lichaamsvormen krijgt, het effect is dat ze er dus echt vrouwelijker gaan uitzien, en voor de transman is de hormonale behandeling helemaal gunstig, want de stem wordt lager en er komt baardgroei, wat het gemakkelijker maakt om je als man te presenteren. En als je dat een jaar gedaan hebt en het is goed gegaan, dan komt er een tweede beslissing over de operatie.

CF: *Betekent de mogelijke wetswijziging, dat de cruciale beslissing zal zijn de beslissing om de hormonale behandeling te doen?*

PC-K: Ja, met die aantekening dat natuurlijke genderdysforie zich op verschillende manieren kan manifesteren. Sommige mensen wensen geen hormonale behandeling, maar wel een operatie. Er zijn bijvoorbeeld transmannen die van hun borsten af willen¹⁸ maar, om verschillende redenen, geen testosteron willen gebruiken.

CF: *In de rechtspraak van de Commissie Gelijke Behandeling worden post-operatieve transseksuelen beschermd tegen discriminatie op grond van geslacht en cross-dressers en travestieten op vergelijkbare wijze beschermd. Uit een oordeel van 2010 is echter een probleem naar voren gekomen. Een transvrouw, die in haar hoedanigheid van transseksueel tegen discriminatie had moeten worden beschermd, werd voor travestiet aangezien, waardoor de sportschoolhouder geen verboden onderscheid maakte naar het oordeel van de Commissie. De Commissie moet in de toekomst met deze vraag zien uit te komen. Zijn het voor u medisch herkenbare categorieën en hoe kijkt u tegen zo'n juridisch geworstel aan?*

PC-K: De vraag raakt aan het verschijnsel dat gender expression soms geoorloofd is en soms niet. Als het gaat over gelijke behandeling dan denk ik, ja, iedereen moet zich kunnen presenteren zoals hij dat wil en zijn eigen identiteit volgen. De eigen genderidentiteit van sommige mensen is alleen heel moeilijk voor anderen te snappen en moeilijk in te voelen. Dat gaat bijvoorbeeld voor mensen die zich als *gender queer* presenteren, dat wil zeggen noch als typische man noch als typische vrouw. Ik kan ook niet precies invoelen hoe dat is – maar dat is nog geen reden om hen te slecht te behandelen, te discrimineren of te ontslaan.

CF: *Zijn er belemmeringen die een probleem veroorzaken voor iemand die van gender verandert?*

PC-K: Wat betreft de belemmeringen: er is een heel groot financieel probleem, als het gaat om de vergoeding van de zorg. We zijn er al jaren over in gesprek met de zorgverzekeraars.¹⁹ Het blijkt nu dat ons ziekenhuis al jaren lang toelegde op deze zorg. Dat zijn ze niet langer van plan te doen. Dus de vraag is nu: wie gaat dat betalen? En wat gebeurt er nu? Wij, het allergrootste centrum in Nederland, hebben maar geld voor 50 patiënten per jaar, terwijl wij afgaande op de hulpvraag eigenlijk 250-350, als je de jongeren meetelt, zouden moeten behandelen. Als wij de poort dicht zouden

18 Dit zijn mannen die als vrouw zijn geboren.

19 Zie noot 3 voor een overzicht van de oordelen waarin de Commissie zich heeft gebogen over problemen van transseksuelen in verband met zorgverzekering. Zie J.H. Gerards, 'Zorgpolissen, borstprothesen en de AWGB – private dienstverlening of eenzijdige overheids-handelen?' in: C. Forde (red.) *Oordelenbundel 2009, gelijke behandeling: oordelen en commentaar*, Wolf Legal Publishers, Nijmegen, 2010, p. 343-356.

doen, dan heb je een hele grote groep mensen die dus nergens anders terecht kan. Nu is er een kleiner centrum in Groningen, maar dat is echt van een hele andere schaal. In Leiden zijn ze begonnen met een paar adolescenten. Dat schiet voor de korte termijn ook niet op. Dat betekent dat we tegen deze mensen zouden moeten zeggen: 'in Nederland is er voor jullie geen zorg'. Als we het over het recht op gezondheidszorg hebben, dat kan dat niet waar zijn. Wat gebeurt er dan in zo'n situatie?

In Amerika is het overigens nog veel erger. Daar kunnen de mensen geen verzekering krijgen. En als ze al een zorgverzekering hebben, worden ze naar aanleiding van de geslachtsaanpassing uit de verzekering gegooid. De meest onwaarschijnlijke argumenten worden daarvoor aangevoerd.

CF: *Ik kan mij heel goed voorstellen dat door de financiële beperkingen mensen allerlei eigen oplossingen gaan zoeken, zoals bijvoorbeeld ongeleide hormonale behandeling.*

PC: Of ze brengen hun hulpvraag naar het buitenland,

CF: *Ik woon in België. Kunnen Nederlanders daar naar toe voor een behandeling?*

PC: Het schijnt dat ze in Gent nu ook een wachtlijst hebben. Dat is trouwens wel een goed team. Nederlanders die bij ons op de wachtlijst staan en uit die buurt komen gaan ook wel naar dat team toe. Ook in Duitsland hebben ze kwalitatief goede behandelingen. In veel landen is wel wat tegenwoordig in Europa, maar men laat zich, als het enigszins kan, toch meestal liever in Nederland behandelen.

CF: *Maar er zijn landen waar behandeling goedkoop is en wellicht niet zo goed?*

PC-K: Als je het echt nodig hebt, ga je toch wat doen. Ook als een patiënt niet zo lang wil wachten, gaat deze soms naar het buitenland. Soms komt men dan toch bij ons terecht voor een correctie-operatie, omdat de operatie slecht is gegaan. In sommige landen waar je veel privépraktijken hebt – die heb je in Nederland haast niet – is het gemakkelijker om iemand te vinden die wel iets onder de noemer van behandeling wil doen. In het verleden is dat zeker wel gebeurd. Twijfelachtige behandelingen zijn er bijvoorbeeld in enkele privéklinieken in de VS, Oost-Europa en Turkije. Dat drukt ook op de wachtlijst; die correctie-operaties na de mislukte behandelingen moeten ook gedaan worden. We zijn er niet zo blij mee als het op die manier gaat.

Post-script:

PC-K: We hebben overigens net gehoord dat het VUmc voor het oplossen van de huidige knelpunten en het plannen van een structurele oplossing een flink bedrag van de zorgverzekeraars heeft gekregen.