

Wijziging van de geboorte-akte van transseksuelen

A.M. Verschoor*

Inleiding

Niet alle lezers zullen de ontwikkelingen op de voet gevolgd hebben die zich de laatste 20 jaar in Nederland hebben afgespeeld rondom de legitimering van somatische behandeling van transseksuele¹ probandi².

De aanleiding tot dit artikeltje vormt een adviesaanvraag van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne met betrekking tot een *Wetsontwerp Transseksisme*. Deze aanvraag dateert van 13 oktober 1980. Inmiddels is een wetsontwerp in behandeling bij de Tweede Kamer.

Wat zal de inwerkingtreding van deze wet concreet betekenen voor de betrokkenen, i.c. de transseksuele probandi? Kort gezegd dit: een proband die

- a. niet gehuwd is,
- b. geen kinderen meer kan krijgen,
- c. een verklaring kan overleggen dat zijn transseksuele gevoelens van blijvende aard zijn,
- d. een verklaring kan overleggen dat hij zo ver mogelijk daartoe medisch-psychologisch behandeld is,

kan de rechtbank verzoeken de vermelding van zijn naam en kunne in de akte van geboorte te doen wijzigen. Als naar het oordeel van de rechtbank voldaan is aan bovengenoemde voorwaarden, wordt het verzoek toegewezen.

Historische achtergrond

Zoals gezegd, reeds meer dan 20 jaar worden er in Nederland 'geslachtsoperaties'³ uitgevoerd. In 1960 vond de eerste in het gemeente-ziekenhuis in Arnhem plaats. Er ontstaat grote verontwaardiging, m.n. ook in medische kringen. Justi-

* Psycholoog, Stichting Nederlands Gender Centrum, Staalmeesterlaan 57, 1057 NK Amsterdam.

tiel ingrijpen wordt ernstig overwogen, maar niet uitgevoerd. Waarom niet? Omdat geen 'passende' delictomschrijving in het Wetboek van Strafrecht te vinden is (dit wil zoiets zeggen als: het is wel een misdrijf, maar het staat helaas niet in de wet).

Men laat het er niet bij zitten; . . . dan moet de wet veranderen. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid vraagt aan de Gezondheidsraad (het hoogste medische advieslichaam van de minister) een advies, dit met het doel de minister van Justitie ertoe te brengen de wet zodanig te wijzigen, dat deze operatie strafbaar wordt gesteld.

In 1965 – vijf jaar later (!) – verschiijnt het rapport met het gevraagde advies met de uitspraak, dat een operatie nooit goed is. Een onomwonden verzoek (advies) tot strafbaarstelling echter haalt het net niet.

Al is de wet dan ternauwernood aan wijziging ontsnapt en kunnen de artsen en psychologen die toch zouden willen helpen niet voor de rechtbank gesleept worden, het gevolg is wel, dat operaties gedurende jaren niet meer worden uitgevoerd.

Eind zestiger jaren neemt dr. O.M. de Vaal het initiatief tot hervatting van de hormonale behandeling van enkele transseksuele probandi. Vanuit zijn contact met probandi raakt hij ervan overtuigd, dat transseksuele gevoelens misschien wel onbegrijpelijk en oninvoelbaar zijn, maar dat het merendeel van de personen die deze gevoelens dragen allesbehalve 'vreemd' is of zelfs 'psychotisch' zou reageren. Ook komt hij onder de indruk van de kracht en vasthoudendheid, waarmee ze hun levenslange wens bepleiten, nl. lichamelijke aanpassing van de sekse aan hun gevoel, en niet andersom.

In deze tijd verschijnen bovendien twee standaardwerken op het gebied van de hulpverlening aan transseksuele probandi: *'The transsexual phenomenon'*, door Harry Benjamin (1966) en *'Transsexualism and sex reassignment'*, door Richard Green en John Money (1969). Hieruit wordt moed gevat. De Vaal slaagt erin een plastisch chirurg te vinden, dr. Lamaker, die bereid is deze operaties uit te voeren. De kliniek van mevrouw G. Wijsmuller-Meyer, nl. Beatrixoord, biedt operatieruimte en verpleging.

In 1972 wordt rondom dit team te Amsterdam ter ondersteuning van deze activiteiten de 'Stichting Nederlands Gender Centrum' opgericht door o.a. prof. dr. A. de Froe, rector magnificus van de Universiteit van Amsterdam, dr. Allema, directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst, en de al eerder genoemde mevrouw Wijsmuller-Meyer. Internisten, endocrinologen, gynaecologen, psychiaters, psychologen, chirurgen, juristen enz. werken binnen deze Stichting samen ten behoeve van de opvang en behandeling van de probandi.

Er blijft echter groot wantrouwen en ook veel tegenwerking in bijna alle denkbare en ondenkbare opzichten. In vakkringen bestaat grote onenigheid over het

ontstaan van het fenomeen 'transseksualiteit'; het merendeel van de psychiaters beschouwt deze groep mensen toch als ernstige patiënten en wijst op die gronden somatische ingrepen van de hand. De operatieve ingreep wordt aanvankelijk ook niet als medisch noodzakelijk gezien en derhalve niet door de ziekenfondsen bekostigd. Is zo iemand arbeidsongeschikt? Is hij eigenlijk wel ziek (uitkering ziekteverzekering) of weigert hij werk? Is het een ontslaggrond? Maar ook: mag je zo iemand in contact brengen met kinderen? Of recent nog: is het wel verantwoord dat zo iemand zijn eigen kinderen regelmatig ziet; zou dat het kind niet met een identiteitsprobleem opzadelen?

1974. Tot overmaat van ramp komt eind 1974 een eind aan de mogelijkheid dat na de operaties het geslacht ook wettelijk veranderd wordt in de geboorteakte. Dit door een uitspraak van de Hoge Raad dat het gebruikte artikel niet de bedoeling heeft gehad een dergelijke mogelijkheid te bieden.

Het gevolg is wel dat deze mensen nu nog steeds tot op de dag van vandaag (zeven à acht jaar lang) rondlopen met een vrouwelijk lichaam, maar voor de wet alleen als man erkend worden. De afwijzing is dan weer nagenoeg volledig. Behoudens een enkele operatie in Rotterdam, worden alleen nog door dr. Lamaker 'de-transseksualisaties' verricht.

1975. Toch is het klimaat van denken althans in zóverre wat gewijzigd, dat deze negatieve uitspraak van de Hoge Raad vragen uitlokt in de tweede kamer. Hierop richt de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zich opnieuw tot de Gezondheidsraad. Een enkele zin uit deze brief is opmerkelijk: '(. .) dat, indien de operatieve ingreep geïndiceerd is (. .), medisch-ethische bezwaren tegen een dergelijke behandeling, mijns inziens, als vooroordelen zouden moeten worden gekwalificeerd. De primaire taak van de arts lijkt mij tenminste daarin gelegen dat hij zijn patiënt geneest (. .)'. Voorwaar, een moedgevende en ondubbelzinnige stellingname.

Eind 1977, dit keer dus na 2 jaar, verschijnt een eerste tussenrapport⁴, 'een interim-advies inzake transseksisme'⁵, van de Gezondheidsraad met het volgende standpunt: wij zijn '(. .) van oordeel, dat bedoelde somatische aanpassing (. .) een essentieel onderdeel is van een behandelingsplan, dat de grootste kans biedt op vermindering van hun existentiële nood'.

1979. In een tweede rapport adviseert de Raad positief t.a.v. wetswijziging, zodat verandering van geslacht in de geboorte-akte mogelijk wordt. Dit voorstel tot wijziging van de wet wordt echter niet overgenomen door het ministerie van Justitie, zodat er opnieuw uitgebreid en langdurig overleg op gang komt met deskundigen van velerlei signatuur.

In het algemeen wordt het oorspronkelijke voorstel te soepel geacht. Het dispuut omvat m.n. twee onderwerpen, nl.

1. wie mag behandelen, en

2. wat moet de transseksueel allemaal gedaan hebben, voordat hij zijn verzoek ingewilligd ziet.

Tot zover enkele historische gegevens.

We willen wat nader ingaan op het eerste onderwerp, dat hierboven genoemd wordt, omdat dat veel duidelijk maakt van de tegenstrijdige standpunten, die al jarenlang de discussie bepalen. Wie mag behandelen?

Wie mag behandelen? Wie mag behandeld worden?

Het moet wat verwondering wekken dat bij het formuleren van een voorstel tot wetswijziging vooral vragen aan de orde komen over de behandeling, over competenties, de ware deskundigheid enz. Men haalde dit dispuut binnen middels de noodzakelijk geachte 'deskundigenverklaring'; en zo konden dan toch weer de medici en psychologen hun opvattingen etaleren, waarbij de één stelt: 'alleen een gespecialiseerd-psychiater-seksuoloog kan verantwoord oordelen (diagnostiseren)',

en de ander betoogt, dat 'eigenlijk elk "geestelijk werker" die de betrokkene persoonlijk goed kent voldoende betrouwbaar de gevraagde verklaring kan afgeven'.

Afgezien van het bekende medische markteconomie-mechanisme, waarbij men gebieden van gezondheidszorg claimt en wil controleren, speelt ook een werkelijk verschil van inzicht een rol. Er zijn wel psychologen als psychiaters, m.n. uit de psycho-analytische hoek, die — zeker te goeder trouw — vanuit ontwikkelings- en persoonlijkheidstheorieën de stellige overtuiging hebben, dat het bij transseksualiteit gaat om ernstige patiënten, ondanks alle schijn van het tegendeel.

Slechts de zeer ervaren, zeer gespecialiseerde, hoog gekwalificeerde deskundige is vervolgens in staat dit uiterst gecompliceerde beeld te ontdekken en te onttrafelen. Middels langdurige analyse, c.q. therapieën (inclusief aversieve technieken) moet men trachten deze patiënten af te brengen van hun perverse, dwangmatige wens tot amputatie en zelfdestructie.

De andere visie veronderstelt een biologische basis voor de instinctmatig beleefde sekserol, die in dit geval bij uitzondering niet spoort met de lichamelijke kenmerken. Deze biologische ontsporing wordt al in een foetaal stadium gedacht. Een dergelijke storing past dan meer in het rijtje van interseksdevianten (hormonale en chromosomale afwijkingen), waarbij de sekse-ontwikkeling niet volledig volgens het gebruikelijke patroon verloopt, terwijl de getroffene zeker niet in psychiatrische zin ernstig ziek hoeft te zijn. De behandeling vergt dan optimale, somatische correctie, al dan niet begeleid en ondersteund door gedragswe-

tenschappers die de psychische en maatschappelijke inpassing moeten helpen bevorderen.

In onderscheid met interseks echter is de complicerende factor bij het verschijnsel transseksualiteit, dat niet zichtbaar en aantoonbaar somatische symptomen gevonden worden.

Dit leidt tot grote onzekerheid bij eigenlijk alle betrokkenen: hoe weten we nu zeker dat het een transseksueel is; dat hij er geen spijt van krijgt ('spijtoptant'); dat iemand het niet voor de lol doet (?); dat het geen gril is, geen jeugdzonde, enz. enz.

De angst voor 'spijtoptanten' heeft ook juristen en zorgdragers van de burgerlijke stand parten gespeeld.

Eigenlijk zijn het twee feitelijke bevindingen die geleidelijk aan de vóórondertellingen en vóóroordelen hebben genuanceerd.

Ten eerste worden 'spijtoptanten' slechts zeer zelden gerapporteerd en dan meestal nog 'spijtoptant-tot-op-zekere-hoogte' en op grond van bepaalde argumenten, bijv. dat het maatschappelijk zo buitengewoon zwaar is (gezin kwijt, werk kwijt, positie kwijt, vrienden kwijt: de prijs is soms ondragelijk hoog!).

Ten tweede blijkt inmiddels op grond van ervaring bij duizenden probandi, dat genezing middels shockkuren, slaapkuren, hormoonkuren, ontdekkende analyses en psychotherapieën niet of uiterst zelden bereikt wordt. Serieuze, wetenschappelijk controleerbare rapportages, waarbij nauwkeurig wordt aangegeven, hoe men transseksuelen heeft afgeholpen van hun verlangen, zijn er niet⁶.

Trouwens, als ze bestonden, zouden we, overeenkomstig de wens van een aantal probandi, deze technieken zeker moeten toepassen om veel psychisch en sociaal verdriet te voorkomen.

Genoemde bevindingen hebben er zeker toe geleid dat hormonale en operatieve 'aanpassing' steeds minder principieel verzet oproepen, al zijn de verschillende kampen nog wel sterk verdeeld over de zwaarte en duur van de voorbereiding en behandeling. Vrij algemeen aanvaard is overigens, dat een periode van één à anderhalf jaar hormoontherapie en functioneren in de rol van de andere sekse vooraf gaat aan 'detransseksualisatie' (operatie). Niet alleen de begeleidende arts of psycholoog, maar ook de proband zelf is dan in de gelegenheid uit te testen, of hij deze rol werkelijk wil en aankan.

Wat de begeleiding betreft nog een laatste opmerking. In de praktijk van de gespreksvoering en diagnostisering is een aanzienlijke ervaring met de verscheidenheid van travestie- en homofiele beleving naast die van de transseksuele gevoelens erg belangrijk om zinnig met de proband te kunnen overleggen en hem te adviseren.

In het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid staat de volgende zinsnede (blz. 3):

'Gesignaleerd werd, dat transseksuelen er soms moeilijk in slagen zich in Nederlandse ziekenhuizen operatief te laten behandelen, omdat hiertegen van medische en/of verpleegkundige zijde nogal eens bezwaren bestaan.

Verwacht mag worden, dat deze moeilijkheden goeddeels zullen kunnen worden ondervangen, wanneer de behandeling van transseksuelen wordt geconcentreerd in een beperkt aantal centra, die hierop zijn ingesteld.

Ook uit een oogpunt van zorgverlening lijkt het de Raad gewenst, dat deze naar aard bijzondere medische behandeling zal worden gegeven in een beperkt aantal ziekenhuizen, die over de hiervoor vereiste deskundigheid en ervaring kunnen beschikken.'

Theoretisch ben ik het er mee eens. Het verschijnsel transseksualiteit komt gelukkig (sporadisch, maar wel) zó weinig voor dat zich in de gewone praktijk bij arts of psycholoog hooguit één à twee gevallen voordoen, beslist onvoldoende om de nodige ervaring op te bouwen. Concentratie van de hulpverlening lijkt dus nodig. Dit moet echter niet leiden tot monopolisering en daarmee tot systeemverstarring in de hulpverlening, zeker niet op een gebied, waar het verleden aantoonde, dat ideeën en opvattingen zich snel kunnen wijzigen.

Men hoeft zich niet tot de linkse, langharige semi-intellectuelen te rekenen om te constateren dat de gevestigde medische en psychotherapeutische elite zeker niet behoort tot het progressieve volksdeel, een gegeven dat bij een centralistisch georganiseerde hulpverlening noodzakelijke ontwikkelingen zou kunnen blokkeren.

Na u deelgenoot gemaakt te hebben van enige zorgen en bedenkingen past hier echter een woord van dank te richten tot al degenen die hardnekkig gepleit hebben voor de vrije keuze, ook voor mensen die het transseksuele lot moeten dragen.

In Nederland⁷ geldt dat zeker in de eerste plaats dr. O.M. de Vaal, en dr. Ph.J.H. Lamaker, maar ook anderen: maatschappelijk werkers, juristen, zeker ook de NVSH. In de slotronde hebben de leden van de tweede Commissie van de Gezondheidsraad alsmede de betrokken ambtenaren van Justitie middels hun inspanning bijgedragen tot de officiële erkenning en aanstonds wettelijke 'aanvaarding' van de zgn. geslachtstransformatie, of — zoals de transseksuele mens dat voelt — : de bevrijding uit de kooi van een voor het gevoel volstrekt vreemd lichaam.

Noten

1. *Transseksualiteit* duidt op een continu en niet te verdringen gevoel lid te zijn van de ándere sekse dan de uitwendige en inwendige organen doen veronderstellen. De uiterlijke primaire en se-

cundaire geslachtskenmerken worden dan ook als onaangenaam en oneigenlijk ervaren, evenals de geslachtsfuncties (zaadlozingen, menstruatie enz.). Ze zijn hun vreemd, niet aansluitend bij het gevoelsleven van de transseksuele man of vrouw. In zeer veel gevallen zijn deze gevoelens van 'anders zijn' al in de vroege jeugd als een feit aanwezig.

2. *Proband*: in de vaktaal wordt deze term gebruikt voor de transseksuele man of vrouw.
3. Bedoeld is een 'de-transseksualisatie', d.i. een operatie aan de geslachtsdelen met het oogmerk verandering van sekse, ook lichamelijk zo veel mogelijk te benaderen.
4. Interim-advies inzake . . . , 1978, uitgave Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
5. Het woord 'transseksisme' is bedacht door prof. Van Emde Boas, maar het wordt alleen in Nederland gesignaleerd. Overal elders spreekt men van transseksualiteit, ook in de vakliteratuur.
6. Een dergelijk onderzoek is nu in uitvoering door de werkgroep seksuologie van het K.P.P. te Utrecht (dr. P.T. Cohen-Kettenis en drs. A.J. Kuiper).
7. *Situatie in België*:

Een enkele opmerking over de hulpverlening in België. Eertijds was dr. Schlosse een bekend voorvechter voor somatische aanpassing bij transseksuele mensen. Ook heb ik een enkele transseksueel gesproken die in een particuliere kliniek in België is geopereerd.

Een officieel behandelingsteam voor het verstrekken van hormonen, het verrichten van de de-transseksualisaties, enz. ken ik niet, hoewel ik steeds vaker namen van gynaecologen en endocrinologen hoor die op eigen gezag pillen verstrekken. Nog nimmer heb ik een Belgische transseksueel gesproken waarvan de naam is gewijzigd, laat staan het geslacht.

Literatuur

- Benjamin, H., *The Transsexual Phenomenon*. New York: Warner Books, 1966.
- Gezondheidsraad, *Interim-Advies inzake Transseksisme*. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1977.
- Gezondheidsraad, *Tweede Interim-Advies inzake het Transseksisme*. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1979.
- Green, R., Money, J., *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1969.
- Reijt, F.A. van der, e.a., *Transsexualiteit*. Boekenreeks njb 3. Zwolle: Tjeenk Willink, 1976.
- Vaal, O.M. de, *Man of vrouw, dilemma van de transseksuele mens*. Amsterdam: Wetenschappelijke Uitgeverij, 1971.

Summary

Transsexualism, surgical treatment and change of birth certificate.

In 1960 the first sex-reassignment has been done in the Netherlands. This 'event' provoked a big quarrel in medical and juridical circles. A special committee was asked by the government to advise about the therapeutic effects of somatic treatment of transsexual complaints. In 1965 this committee gave a negative advise. Nevertheless in 1968 dr. De Vaal organised a surgical team and more de-transsexualisations were executed.

In 1975 again a committee was set up to re-consider the question. This report was published in 1977, and now the advise about the therapeutic effects of de-transsexualisation was positive. In consequence it has to be possible to change name and sex in the birth certificate. In that case the law must be changed. The procedure to realise this is going on.