

Juridische aspecten van transgenderzorg voor minderjarigen

Gerd Verschelden

Hoogleraar, Instituut voor Familierecht Universiteit Gent

Karliën Dhondt

Kinder- en jeugdpsychiater, coördinator Kindergenderteam UZ Gent

ABSTRACTS

Niet alle kinderen en jongeren voelen zich volledig jongen of meisje, man of vrouw. Gendervariantie kan diverse vormen aannemen en varieert ook sterk qua intensiteit. Een aantal transgender minderjarigen lijdt psychisch zodanig zwaar onder het verschil tussen genderidentiteit en geboortegeslacht dat de diagnose van genderdysforie wordt gesteld. Alle transgenderminderjarigen kunnen een beroep doen op gespecialiseerde hulpverlening. In België is het kindergenderteam van het UZ Gent toonaangevend. Deze bijdrage belicht het zorgtraject van dit multidisciplinaire team en focust op de rechtshandelingen die minderjarigen kunnen stellen, zowel naar aanleiding van hun medische behandeling als in de aanloop naar een eventuele juridische geslachtsverandering. Adviezen van de Orde der artsen met betrekking tot transgenderminderjarigen blijken niet in overeenstemming met de bijzondere wetgeving inzake patiëntenrechten, die op haar beurt op gespannen voet staat met de algemene burgerrechtelijke regels van het ouderlijk gezag. De auteurs pleiten voor een wetswijziging naar Nederlands model, zodat de juridische geslachtsverandering van minderjarigen ook in België realiteit kan worden.

Transgender – Gezondheidszorg – Geslachtsaanpassende behandeling – Patiëntenrechten – Ouderlijk gezag – Juridische geslachtsverandering

For some children and adolescents there is no straightforward answer to the question whether they are a boy or girl, man or woman. Gender variance can also differ greatly in terms of form and intensity. A number of transgender minors experience extreme distress because of the discrepancy between their gender identity and their biological sex to the extent that the diagnosis of gender dysphoria is established. Every transgender minor is entitled to specialized care. The children's gender team of Ghent University Hospital is leading in Belgium. This contribution aims to illuminate the clinical pathway designed by this multidisciplinary team and focuses on the legal acts minors may undertake, both as a result of their medical treatment as in the run-up to a possible legal sex change. The recommendations of the Order of Physicians regarding transgender minors do not comply with the specific legislation on patients' rights, which is in turn at odds with the general civil law rules of parental authority. The authors argue for law amendment in accordance with the Dutch model, in order to realize legal gender recognition for minors in Belgium.

Transgender – Health Care – Gender Reassignment Treatment – Patient's Rights – Parental Responsibilities – Legal Gender Recognition

Garçon ou fille, homme ou femme? Pour certains enfants et adolescents, la réponse n'est pas univoque. La variance de genre peut prendre plusieurs formes et varier en intensité. Certains mineurs transgenres souffrent si gravement de la non concordance entre leur identité de genre et leur sexe biologique que le diagnostic de dysphorie de genre est établi. Tous les mineurs transgenres peuvent faire appel à l'assistance spécialisée. En Belgique, l'équipe d'enfants transgenres de l'Hôpital universitaire de Gand est l'autorité en la matière. Cette contribution vise à exposer le trajet de soin développé par cette équipe multidisciplinaire et se concentre sur les actes juridiques que les mineurs peuvent effectuer, tant à propos de leur traitement médical qu'en vue d'un éventuel changement juridique de sexe. Les avis de l'Ordre des médecins concernant les mineurs transgenres s'avèrent être incompatibles avec la législation spéciale sur les droits des patients, qui est à son tour peu conciliable avec les règles de droit civil général concernant l'autorité parentale. Les auteurs appellent à une modification de loi d'après le modèle néerlandais, pour que la reconnaissance juridique de l'identité de genre des mineurs puisse devenir réalité en Belgique.

Transgenre – Santé publique – Traitements de conversion sexuelle – Droits du patient – Autorité parentale – Reconnaissance juridique du genre

INLEIDING

Uit de lijst van referenties op het einde van dit artikel blijkt dat psychiaters, endocrinologen, seksuologen en psychologen frequent bijdragen schrijven over diverse aspecten die betrekking hebben op de gezondheid en het welbevinden van transgenderkinderen en -adolescenten. Deze overvloed aan recente medisch-psychologische literatuur staat in schril contrast met de nagenoeg totale afwezigheid van juridische doctrine. Met deze bijdrage willen wij vooreerst illustreren dat er in België een specifiek zorgpad voor transgenderminderjarigen is ontwikkeld, om vervolgens in te gaan op het juridische kader van de rechtshandelingen die minderjarige transgenders stellen tijdens en naar aanleiding van hun transitie, met focus op de vragen en problemen die daarbij (kunnen) rijzen. Het Belgische recht wordt kritisch geanalyseerd en ter remediering van het pijnpunt van de onmogelijkheid tot juridische geslachtsverandering tijdens de minderjarigheid wordt verwezen naar het Nederlandse recht.

1. MINDERJARIGE TRANSGENDERS EN GENDERDYSFORIE

1.1. VERDUIDELIJING VAN DE TERMINOLOGIE

Artikel 388 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) omschrijft *minderjarigen* als personen van het mannelijke of vrouwelijke geslacht die de volle leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt. In van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse Taal worden *transgenders* omschreven als mensen met een genderidentiteit die anders is dan het natuurlijke geslacht, die zich noch man, noch vrouw voelen of die zich tussen man en vrouw in voelen. De 'genderidentiteit' wordt in dit woordenboek gedefinieerd als het geheel van eigenschappen, gedragingen en voorkeuren waaruit iemands sekse (geslacht) blijkt; het is in essentie het innerlijke gevoel van een individu om zich man of vrouw te voelen, of iets daartussenin.

Gender is niet binair. Er zijn heel wat mensen die zich niet volledig man of volledig vrouw (*'genderqueer'*) voelen, naast personen die zich man én vrouw voelen, waarbij één van beide de bovenhand heeft (*'bi-gendered'*). Al deze personen zijn *'gender non-conform'*: hun genderidentiteit, genderrol en/of genderexpressie verschillen van de culturele normen voorgeschreven voor mensen van een bepaald geslacht binnen een bepaalde maatschappij en tijdperk. 'Genderambivalent' is wie zich in gelijke mate identificeert met het andere geslacht dan datgene toegekend bij de geboorte. 'Genderincongruent' is wie zich sterker identificeert met het andere geslacht dan zijn geboortegeslacht (Van Caenegem *et al.*, 2015; Kuyper & Wijsen, 2014). 'Genderdysfoor' is ten slotte de persoon bij wie genderdysforie is vastgesteld.

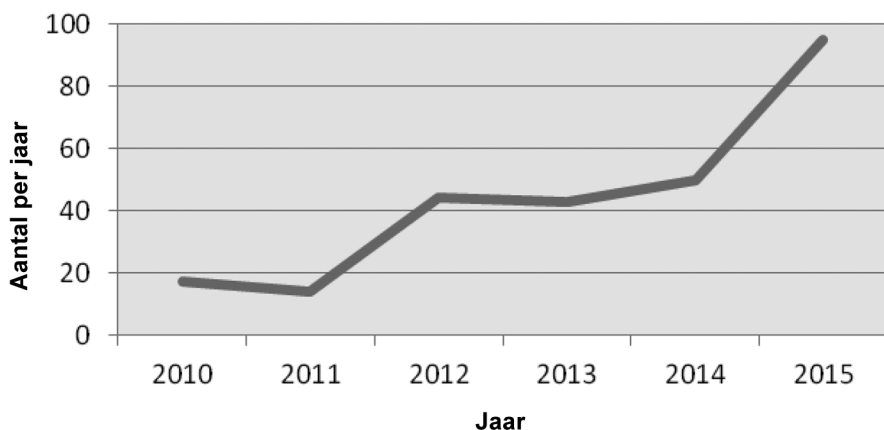
Genderdysforie (verder: GD) wordt in van Dale omschreven als de overtuiging tot de andere sekse te behoren en het onweerstaanbare verlangen het lichaam, het uiterlijk en de sociale status van de andere sekse te hebben, al dan niet gepaard gaand met de wens tot geslachtsverandering. Het gaat om een medische diagnose van een persoon die psychisch leed ervaart als gevolg van de incongruentie tussen zijn genderidentiteit en zijn geboortegeslacht. Genderdysforie vormt een afzonderlijk hoofdstuk in de recentste versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), een handleiding voor psychiaters waarin voor de diagnose van GD verschillende sets van criteria zijn opgenomen voor kinderen/adolescenten enerzijds en volwassenen anderzijds. Het gaat steeds om een duidelijke incongruentie tussen het ervaren/uitgedrukte geslacht en het geboortegeslacht gedurende minstens zes maanden, zoals veruitwendigd op een welbepaalde manier. Bij kinderen en adolescenten kan de diagnose van GD pas worden gesteld als zij voldoen aan zes van acht criteria, met als belangrijkste een sterke wens om tot het andere geslacht te behoren of er op staan tot het andere geslacht te behoren. Dit criterium is een *conditio sine qua non* voor de kinderdiagnose (APA, 2013).

De term 'transgender' is een paraplubegrip waaronder alle hierboven genoemde gendervariante personen (met genderambivalentie, genderincongruentie of genderdysforie) kunnen worden gebracht. Het begrip 'transseksueel' heeft daarentegen een veel beperktere connotatie en wordt in van Dale omschreven als de man of vrouw die door een operatie en hormoonbehandelingen van geslacht veranderd is. In essentie wensen transseksuelen de transitie van man naar vrouw (*male-to-female*, MTF, 'transvrouw') of van vrouw naar man (*female-to-male*, FTM, 'transman'). Alle transseksuelen zijn dus transgender, maar niet *vice versa*. Gendernon-conformiteit is op zichzelf geen psychische stoornis; genderdysforie is dat wel, met als bepalend element dat de betrokkene klinisch significant lijdt.

1.2. PREVALENTIE

Exacte cijfers over het aantal non-conforme genderkinderen en -adolescenten zijn er niet en de gemaakte schattingen lopen nogal sterk uiteen (Ristori & Steensma, 2016). In de pediatrie kliniek van het UZ Gent – het enige ziekenhuis in België met een specifiek zorgpad voor minderjarigen met GD – is het aantal aanmeldingen de laatste jaren sterk toegenomen. Het totale aantal nieuwe aanmeldingen van kinderen en jongeren bedroeg 96 in 2015, bijna een verdubbeling vergeleken met 2014.

Figuur 1: Aantal nieuwe aanmeldingen per jaar in de kindergenderkliniek van het UZ Gent



De stijgende trend lijkt zich door te zetten in 2016 en is voornamelijk te verklaren door toenemende informatieverbreiding, zowel via klassieke media (televisie, kranten, weekbladen, ...) als tussen jongeren onderling (sociale media). Ook eerstelijns-hulpverleners zoals CLB-medewerkers en huisartsen verwijzen sneller dan voorheen door naar gespecialiseerde transgenderzorg. Dit betekent uiteraard niet dat elke minderjarige die zich aanmeldt het volledige zorgtraject doorloopt. Uit interne cijfers blijkt dat de initieel aanwezige GD 'uitdooft' bij ongeveer een derde van de jongeren (niet gepubliceerde data dr. K. Dhondt).

2. ZORG VOOR TRANSGENDERKINDEREN EN -ADOLESCENTEN

Er is een *verschil tussen kinderen en adolescenten met genderdysforie*. Bij het grote merendeel van de kinderen verdwijnt de genderidentiteitsstoornis nog vooraleer de puberteit intreedt en blijken zij lesbisch, homoseksueel of biseksueel te worden (Ristori & Steensma, 2016), terwijl vastgestelde genderdysforie bij adolescenten nagenoeg steeds persisteert tot de volwassenheid (Leibowitz & de Vries, 2016). Bij adolescenten is het evenwel ook zo dat andere identiteitsproblemen, eigen aan de ontwikkelingsfase, een rol kunnen spelen en aan de basis van de genderdysfore gevoelens kunnen liggen. Ook zij moeten dus de nodige zorg en aandacht krijgen.

Het *belang van transgenderzorg* in het algemeen en de zorg voor minderjarige transgenders in het bijzonder, is groot. Opgroeien met genderdysfore gevoelens, in combinatie met minderheidsstress, leidt tot een verhoogde kans op de ontwikkeling van psychische problemen bij minderjarigen (Wormgoor, 2013). De jeugdbeweging 'T-Jong' wil Vlaamse transgenderjongeren tussen 16 en 30 jaar op een leuke manier ondersteunen om zichzelf beter te leren kennen en gelukkiger te zijn (www.tjong.be). Wanneer minderjarige transgenders uitkomen voor hun genderdysfore gevoelens, ontstaat de paradox dat hun geluk vaak vroeg of laat ook het verdriet van hun ouders meebrengt. Het lijden van ouders van transgenderkinderen mag evenmin worden onderschat. 'Berdache' is een Belgische vereniging voor ouders met een

genderkind die deze ouders verenigt en informeert en onder meer ook een telefoon-dienst aanbiedt voor vragen of een luisterend oor (www.berdache.be).

In dit deel over de zorg voor transgenderjongeren reiken we eerst het internationale kader aan (2.1), om vervolgens omstandig het zorgtraject te beschrijven dat de kindergenderkliniek van het UZ Gent heeft uitgetekend en actueel bewandelt (2.2). De adviezen van de Orde der artsen (voorheen: de Orde van Geneesheren) inzake de behandeling van transgenderminderjarigen (2.3) vormen hierna de overgang naar het strikt juridische luik van deze bijdrage.

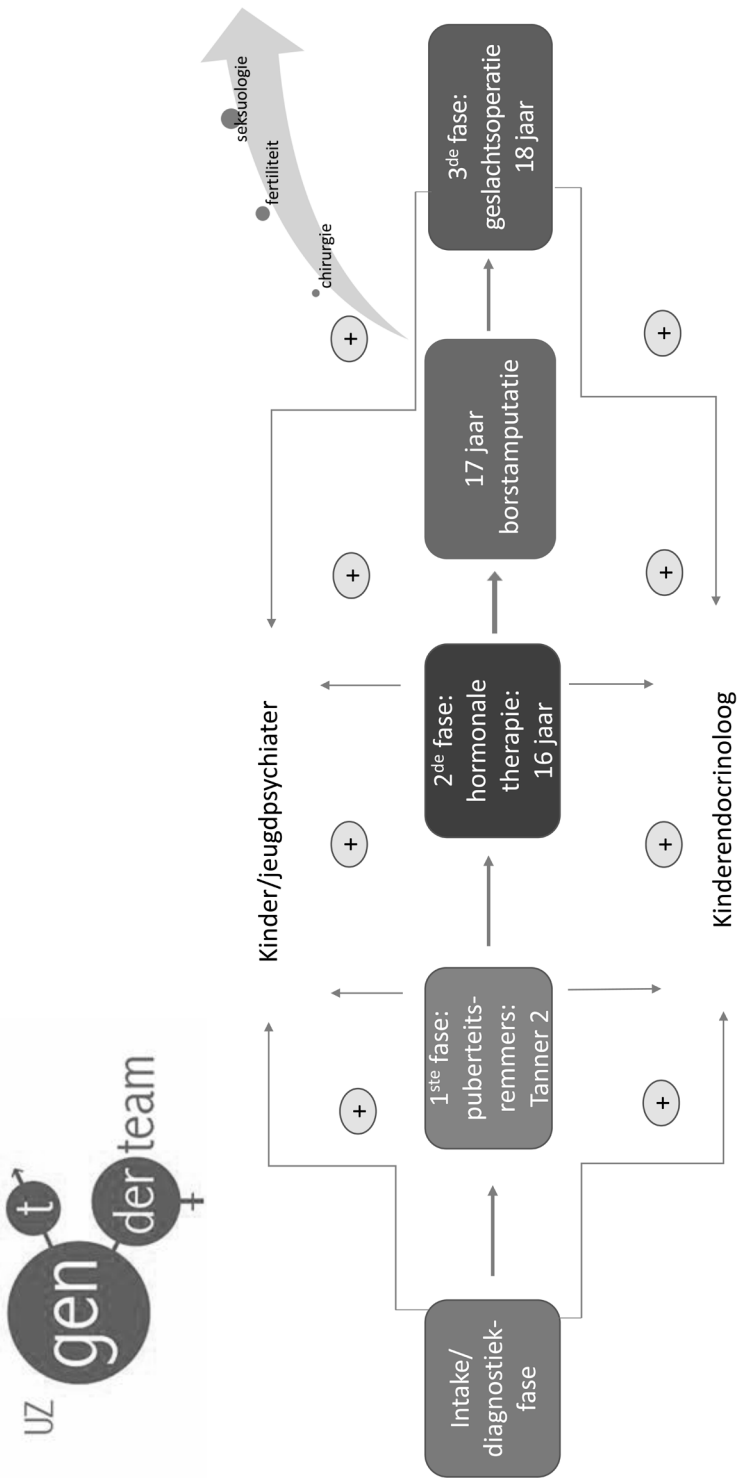
2.1. DE SOC VAN WPATH

In de *Standards of Care* (SOC) van de *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH) (zie Coleman *et al.*, 2012) vormen kinderen en adolescenten een afzonderlijke doelgroep waarvoor specifieke richtlijnen bestaan. Fenomenologie, ontwikkeling en behandeling van genderdysforie verschillen immers sterk tussen minderjarigen en meerderjarigen. Kinderen en adolescenten maken een snel en ingrijpend lichamelijk, psychisch en seksueel ontwikkelingsproces door en er is een grotere instabiliteit en variabiliteit in de uitkomsten, vooral bij prepubers. De SOC bevelen hulpverleners – onder meer – aan om een dichotome opvatting over gender en een negatieve houding tegenover gendernon-conformiteit vermijden. Genderdysforie moet ernstig worden genomen en ook andere psychische klachten direct onderzocht, waarna kinderen, adolescenten en hun ouders informatie moeten krijgen over de beschikbare behandelingsmethoden. De hulpverlener kan de ouders helpen om met onzekerheden over de uitkomst van de psychoseksuele ontwikkeling van hun minderjarig kind om te gaan; hij kan ook de omgeving helpen om een accepterende en steunende houding te ontwikkelen. Psychotherapie wordt best gericht op vermindering van de lijdensdruk en eventuele psychosociale problemen en op de bevordering van een positief zelfbeeld. De minderjarige moet voldoende ruimte krijgen voor exploratie om finaal een authentieke genderidentiteit en genderrol te kunnen verwezenlijken (Bockting *et al.*, 2013).

2.2. HET MULTIDISCIPLINAIRE ZORGPAD VAN HET UZ GENT

De pediatrie kliniek van het Universitair Ziekenhuis (UZ) Gent is – samen met het medisch centrum van de Vrije Universiteit (VU) Amsterdam (VUmc) – voortrekker in Europa inzake transgenderzorg voor minderjarigen. Meer dan een decennium geleden formaliseerde het genderteam van het UZ Gent het klinische zorgpad voor minderjarigen, op basis van de zonet vermelde internationale standaarden, met eigen accenten. Uit onderstaand schema blijkt dat het gaat om een traject gebaseerd op multidisciplinaire samenwerking van zorgverleners met psychologische, psychiatrische, endocrinologische en chirurgische competenties.

Figuur 2: Schema zorgpad UZ Gent voor transgenderjongeren



Kinderpsychologen vormen de rode draad in het proces. Elke volgende fase is een gedeelde multidisciplinaire beslissing: de individuele situatie en behandeling van elke minderjarige worden besproken in aanwezigheid van een kinder- en jeugdpsychiater en een kinderendocrinoloog. Verdere stappen in de behandeling kunnen pas worden genomen na het fiat van elke competentie, dus in consensus na teamoverleg (zie de ⊕ in de figuur). In een eerste fase, vanaf het begin van de puberteit, in het zgn. stadium Tanner 2 (zie *infra* 2.2.4.1), kunnen puberteitsremmers worden toegediend. Vanaf de leeftijd van 16 jaar kunnen cross-sexhormonen worden verstrekt. Chirurgische borstverwijdering bij meisjes kan vanaf 17 jaar, op voorwaarde dat er al gedurende één jaar voordien cross-sexhormonen werden gegeven. De finale geslachtsoperatie is pas mogelijk vanaf de meerderjarigheid. Al deze stappen worden hieronder omstandig toegelicht. Daarbij zal duidelijk worden dat het zorgtraject niet alleen medische (be)handeling(en) bevat, maar ook pedagogisch-psychologisch advies en counseling, plus aandacht voor de genderrolverandering en de sociale transitie van de betrokken minderjarigen.

2.2.1. INTAKE EN DIAGNOSTIEK

Bij elke aanmelding zal de kinderpsycholoog met de jongere en het gezin de intakefase of diagnostiekfase doorlopen. Het onderzoek beoogt na te gaan of er sprake is van GD volgens de criteria van DSM-5 (zie *supra*). De volledige ontwikkeling wordt in kaart gebracht: niet alleen de identiteitsontwikkeling, maar ook het cognitieve, psychosociale en emotionele functioneren wordt samen met het gezinsfunctioneren onderzocht. Beide zullen gedurende het volledige traject onderwerp van gesprek blijven. Ook wordt uitgebreid stilgestaan bij eventuele bijkomende psychiatrische problemen (psychiatrische ‘comorbiditeit’) en kan een consult bij de kinderpsychiater van het team nodig zijn. In voorkomend geval wordt de mogelijke relatie tussen de genderdysforie en andere diagnoses, zoals bv. autisme, seksueel misbruik, depressie, enz. onderzocht. Sommige psychiatrische diagnoses kunnen totaal losstaan van de GD, maar wel aandacht eisen, zoals bv. ADHD en leerstoornissen; andere psychiatrische stoornissen kunnen als gevolg van GD ontstaan (bv. sociale angst, depressies, gedragsstoornissen). Bij het brede perspectief hoort ook een goede inschatting van de manier waarop het gezin functioneert en de rol van het gendervariante gedrag daarin (Cohen-Kettenis & de Vries, 2013).

2.2.2. PEDAGOGISCH-PSYCHOLOGISCH ADVIES EN COUNSELING

De uitkomsten van de intakefase en het onderzoek worden na multidisciplinaire bespreking met de ouders en de jongere besproken. Er volgt dan ook een advies waarbij zowel de ouders als de jongere zich akkoord verklaren met het vooropgestelde beleid. Bij kinderen met GD zonder bijkomende problemen kan worden volstaan met een advies gericht op het omgaan met GD. De daaropvolgende gesprekken zullen vooral gericht zijn op counseling. Er wordt geadviseerd om jonge kinderen nog geen totale sociale transitie te laten doormaken vóór de puberteit. Ouders worden aangeraden hun kind zoveel mogelijk in contact te laten blijven met kinderen en volwassen rolmodellen van hun geboortegeslacht, zonder dat gendervariant gedrag mag worden verboden of bestraft. Na goede informatie kunnen ouders en jongere

een middenweg vinden tussen enerzijds acceptatie en steun voor het kind bij de exploratie van zijn gendervariantie en anderzijds de bescherming tegen negatieve reacties van buitenaf. Ouders wordt ook aangeraden structurend te zijn en soms grenzen te stellen aan het gendervariante gedrag, hierbij expliciterend dat dit een kwestie is van bescherming die geen afbreuk doet aan hun acceptatie (Cohen-Kettenis & de Vries, 2013).

In samenspraak met de kinderpsycholoog worden duidelijke afspraken gemaakt met het kind, de ouders en de school. Psychotherapie kan aangewezen zijn om belangrijke individuele en/of interactionele problemen aan te pakken die naast de genderdysforie bestaan. Hiervoor kan worden doorverwezen naar een psychotherapeut uit de regio. Indien na de intake blijkt dat er bijkomende kinderpsychiatrische problemen aan de orde zijn, zal er eveneens een verwijzing hiervoor gebeuren naar een collega psychiater uit de regio. De kinder- en jeugdpsychiater van het kindergenderteam komt telkens bij nieuwe fases terug om de ontwikkeling mee te evalueren vanuit psychiatrisch standpunt, bv. bij het opstarten van hormoonbehandeling (Dhondt & Cohen-Kettenis, 2013).

Niettegenstaande centra voor transgenderbehandeling zich baseren op erkende protocollen, blijkt een standaardbehandeling voor kinderen/jongeren niet steeds zinvol te zijn. Behandelaars houden ook best rekening met de unieke noden en/of mogelijkheden van elk kind (Ristori & Steensma, 2016).

2.2.3. GENDERROLVERANDERING EN SOCIALE TRANSITIE

Sociale transitie en genderrolverandering op een breder maatschappelijk vlak (bv. in de schoolcontext en de ruimere omgeving) worden mogelijk in de aanloop naar het opstarten van cross-sexhormonen. Voordien kan de jongere wel thuis of in de onmiddellijke omgeving experimenteren met cross-gendergedrag, maar dit blijft eerder beperkt. De jongere en het gezin zullen in deze transitie worden ondersteund door de zorgverleners. Veel jongeren zoeken in deze fase ook hulp bij lotgenoten via ondersteunende organisaties, zoals het Transgender Infopunt (www.transgender-info.be).

2.2.4. MEDISCHE INTERVENTIES

De medische interventies bij transgenders kunnen worden onderverdeeld in volledig reversibele tussenkomsten (puberteitsremmers, hormoononderdrukkende medicatie), gedeeltelijk reversibele behandelingen (cross-sexhormonen) en totaal onomkeerbare ingrepen (geslachtenaanpassende operaties).

2.2.4.1. VOLLEDIG REVERSIBELE INTERVENTIES

Na een opvolgingstraject van ongeveer een jaar kan een aantal stappen worden ondernomen. Een jongere geconfronteerd met het begin van de puberteit kan eventueel starten met puberteitsremmers. Dit is een omkeerbare ingreep. Puberteitsremmers worden volgens de SOC om twee redenen toegediend. *Primo* kan het diagnos-

tische traject erdoor verlengd worden. Jongeren krijgen extra tijd om hun genderidentiteit te exploreren, om na te gaan of een geslachtenaanpassende behandeling werkelijk is wat ze willen en of zij persisteren in transgendergevoelens. Hun stress vermindert in de wetenschap dat hun lichaam zich niet verder in de ongewenste richting ontwikkelt. *Secundo* kunnen puberteitsremmers de transitie vereenvoudigen voor jongeren die volharden in de geslachtenaanpassing omdat de secundaire geslachtskenmerken van het ongewenste geslacht niet (geheel) zullen ontwikkelen. Voor jongeren bij wie de puberteit reeds ver is gevorderd of volledig is, kan ook een hormoononderdrukkende behandeling worden opgestart met als primair doel de secundaire geslachtskenmerken niet verder te laten evolueren of te onderdrukken (menstruatie, beharing, stem).

Puberteitsremmers worden pas toegediend vanaf het puberteitsstadium Tanner 2, d.i. kort nadat pubisbehaaring is ontstaan, de borstontwikkeling bij meisjes is begonnen en testes en scrotum van jongens vergroot zijn. Het is immers zo dat precies pas in het begin van de puberteit duidelijk lijkt te worden of de genderdysforie al dan niet zal persisteren (Cohen-Kettenis & de Vries, 2013).

Puberteitsremming gebeurt door onderdrukking van de hypothalamische-hypofysaire-gonadale as via GnRH-analogen (*gonadotropin-releasing hormone*) (Klink & Delemarre-van de Waal, 2013). De werkzame stoffen in hormoononderdrukkende medicatie zijn cyproteronacetaat (merknaam: Androcur®) en lynestrenol (merknaam: Orgametril®).

Het feit dat puberteitsremming niet automatisch tot een geslachtenaanpassende behandeling hoeft te leiden, wordt met de jongere en zijn ouders besproken. Gedurende de behandeling met puberteitsremmers vinden op geregelde tijdstippen consultaties plaats. Enkel als deze fase goed verloopt, worden eventueel volgende stappen gezet. Uit een groep van 156 jongeren bleek dat slechts één jongere de puberteitsremmers wou stoppen, met als gevolg doorgroei van de natuurlijke secundaire geslachtskenmerken; slechts twee jongeren stopten de hormoononderdrukkende medicatie (niet gepubliceerde data dr. K. Dhondt).

2.2.4.2. GEDEELTELIJK IRREVERSIBELE INTERVENTIES

De eerste stap van de eigenlijke geslachtenaanpassende behandeling is de toediening van cross-sexhormonen. Dit gebeurt in de klinische praktijk vanaf de leeftijd van 16 jaar én na minstens een jaar opvolging door het kindergenderteam. Cross-sexhormonen zorgen ervoor dat de puberteit van het gewenste geslacht op gang komt. Jongens die zich meisje voelen, krijgen oestrogenen die borstgroei en een vrouwelijke vetverdeling doen ontstaan. Meisjes die een jongen willen zijn, krijgen androgenen (testosteron) waardoor zij gespierder worden en een lage stem ontwikkelen, met mannelijke haargroei op het gezicht en lichaam. In deze fase komen in de gesprekken nieuwe thema's aan bod zoals relaties, seksualiteitsbeleving, partnerkeuze, carrière en kinderen krijgen. Mogelijkheden en beperkingen van geslachtenaanpassende operaties, waarover langzamerhand een keuze moet worden gemaakt, worden andermaal besproken.

2.2.4.3. TOTAAL IRREVERSIBELE INTERVENTIES

Uit de klinische praktijk van het UZ Gent blijkt dat enkel de volwassen geworden adolescent, vanaf zijn 18de verjaardag, in aanmerking komt voor de laatste stap van de geslachtenpassende behandeling, zijnde de geslachtveranderende operatie. Voor transmannen kan de borstampuatie (mammectomie) sinds kort in het UZ Gent wel al voordien plaatsvinden, meer bepaald ten vroegste na een jaar behandeling met cross-sexhormonen. Bij een aantal jongeren gebeurt deze borstverwijdering dus op de leeftijd van 17 jaar. De overige ingrepen, meer bepaald baarmoeder- en eierstokverwijdering en de creatie van een penis (falloplastiek) voor transmannen, de creatie van een vagina (vaginoplastiek) en eventueel een borstvergroting bij transvrouwen, kunnen enkel gepland worden voor uitvoering na de meerderjarigheid.

2.3. ADVIEZEN VAN DE ORDE DER ARTSEN

De Nationale Raad van de Orde der artsen heeft niet minder dan vier adviezen gewijd aan de therapie met het oog op geslachtsverandering, waarin telkens vragen met betrekking tot minderjarigen aan de orde waren.

Een eerste advies uit 1992 handelde over het *beroepsgeheim van de arts versus het recht op informatie van de ouders*. De Nationale Raad was toen de mening toegedaan dat de behandeling in kwestie een zware en onomkeerbare medische ingreep is, waaraan een welingelichte toestemming en een lange observatieperiode dienen vooraf te gaan. Behalve in echt spoedeisende gevallen dient iedere ingreep te worden uitgesteld tot de patiënt meerderjarig is. In principe dienen de ouders van een minderjarige, behalve bij uiterste spoed, op voorhand op de hoogte te worden gebracht van iedere medische of chirurgische ingreep¹.

In de volgende twee adviezen werd gefocust op de *toestemming* van de minderjarige aan de hand van de vraag of een 14-jarige alleen kan beslissen *tot een hormonale behandeling*. In een advies uit 1997 meende de Nationale Raad dat er geen algemeen geldend antwoord is: vanuit deontologisch oogpunt is het bereikte niveau van het onderscheidingsvermogen bepalend. De arts zal met voorzichtigheid en in geweten oordelen over de graad van mentale rijpheid van de minderjarige en dit in functie van de problematiek. Volgens de Nationale Raad is het uitgesloten dat de ouders in de plaats van de minderjarige een dergelijke beslissing nemen. De minderjarige dient zelf volledig geïnformeerd te worden over de aard en de gevolgen van de behandeling en dient zijn volle toestemming te geven. Het is aan te bevelen de toestemming van de minderjarige én de wettelijke vertegenwoordiger te bekomen. De behandeling instellen tegen de wil van de ouders is volgens de Nationale Raad te ontraden zolang zij wettelijke vertegenwoordiger zijn². In 2008 werd het advies uit 1997 bevestigd en werd verduidelijkt wie moet zetelen in een pluridisciplinair team: alleszins moeten psychiatrische, endocrinologische en reconstructieve competenties vertegenwoordigd zijn. Het advies van de behandelende huisarts of pediater is aangewezen³.

¹ Advies 21 maart 1992, *TNR* 1992, nr. 56, p. 39.

² Advies 20 september 1997, *TNR* 1997, nr. 79, p. 21.

³ Advies 21 juni 2008, *TNR* 2008, nr. 21, p. 7.

In 2014 gaf de Nationale Raad een gedetailleerde beschrijving van de *therapeutische aanpak* en van alle stappen die doorlopen dienen te worden op het bijzondere gebied van de geslachtsaanpassing van een minderjarige. De Nationale Raad merkte op dat de kwestie van de medische begeleiding van de transseksuele minderjarige al rijst lang vooraleer er sprake is van juridische procedures. Ze dient dan ook op een autonome wijze te worden benaderd en niet alsof ze tot doel zou hebben te beantwoorden aan de wettelijke criteria om de wijziging van de burgerlijke staat of van de voornaam te verkrijgen (zie *infra*, 3.3 en 3.4). De therapeutische aanpak moet erop gericht zijn de bijzondere behoeften van de patiënt te vervullen. De risico's en voordelen van elke behandelingsoptie, de *informed consent* van de patiënt, de toegankelijkheid van de behandeling, de continuïteit van de zorg moeten correct worden begrepen. De behandeling moet allesomvattend zijn en uitgewerkt in fasen zoals rolomkering, hormoontherapie, chirurgie gericht op de seksuele eigenschappen, gelaatstrekken, lichamelijke omvorming, psychotherapie (individueel, binnen een koppel, familie, groep). In het geval van een minderjarige draait de kwestie van de wenselijkheid van de behandeling volgens de Nationale Raad vooral rond de vraag of de overtuiging van de minderjarige tot het andere geslacht te behoren onomkeerbaar is en of hij hiervan nog steeds overtuigd zal zijn op volwassen leeftijd. Dit vereist dat het medisch team voldoende inzicht heeft in de psychologie van de ontwikkeling van het kind en van de adolescent. De Nationale Raad vraagt aandacht voor de familiale omgeving (werking, psychologische en sociale aspecten) van de minderjarige patiënt om zich onder meer te vergewissen van zijn innerlijke overtuiging. De medische behandeling dient in stappen te verlopen met een progressieve invasieve gradatie zodat de patiënt kan wennen aan de gevolgen ervan: eerst de volkomen omkeerbare ingrepen (het stilleggen van de productie van oestrogenen en of testosteron, het toedienen van progestativa om de effecten van de androgenen te reduceren, het toedienen van orale contraceptie om de menstruatie stop te zetten), daarna de gedeeltelijk omkeerbare ingrepen (vervrouwelijkende of vermannelijkende hormonale therapie) en uiteindelijk de onomkeerbare ingrepen. Rekening houdend met al deze criteria is het aangeraden een multidisciplinair team in te schakelen dat de nodige vaardigheden inzake psychiatrie, endocrinologie en reconstructieve heelkunde bijeenbrengt en dat bijzonder onderlegt en vertrouwd is met de behandeling van transseksualiteit, met inbegrip van de psychologische en sociale aspecten ervan. De behandelende arts, kinderarts of huisarts, dient volgens de Nationale Raad te worden betrokken bij de werkzaamheden van dit multidisciplinair team. De keuzes en beslissingen moeten in overleg met alle professionele hulpverleners worden genomen en door hen worden goedgekeurd en geformaliseerd in het medische dossier. Zelfs al laat het oordeelsvermogen van de minderjarige hem toe zelfstandig te beslissen, volgens de Nationale Raad is het onontbeerlijk dat zijn ouders betrokken worden bij het reflectieproces betreffende de behandeling van hun kind. Het schriftelijk akkoord van de ouders en van de minderjarige beschermt de arts juridisch. Ten slotte stelt de Nationale Raad, met verwijzing naar de *Standards of Care* van WPATH, vast dat deze *good practices* soms botsen op een gebrek aan consensus over de te verkiezen behandelingsstrategieën en dat daardoor tussen de landen verschillen bestaan in de behandeling van patiënten die tijdens hun kindertijd of hun jeugd identiteitsproblemen hebben op grond van hun geslacht, m.n. onder invloed van de

meningen van de gezondheidsberoepsbeoefenaars maar ook van culturele opvattingen⁴.

3. JURIDISCHE ASPECTEN

Sinds het einde van jaren '60 van de vorige eeuw wordt geslachtveranderende therapie beschouwd als een gewone medische handeling, geoorloofd in geval van therapeutische noodzaak en na *informed consent* van de patiënt⁵. De zorgverleners zullen na interdisciplinair overleg oordelen wie voor behandeling in aanmerking komt en wat die behandeling inhoudt. Een persoon – minderjarig of meerderjarig – heeft geen afdwingbaar recht om over zijn eigen geslacht te beschikken: het beschikkingsrecht over het eigen lichaam gaat niet zo ver dat iemand zou kunnen eisen dat zijn/haar fysieke geslacht medisch wordt gewijzigd (Balthazar, 2013). Voor wie aan alle wettelijke voorwaarden voldoet, is er wel een afdwingbaar recht op juridische geslachtsverandering. Dat zal in de praktijk enkel door meerderjarigen kunnen worden uitgeoefend, zoals hieronder zal blijken.

3.1. BELGISCH WETTELIJK KADER

Bij wet van 10 mei 2007⁶, zoals verduidelijkt in een ministeriële omzendbrief ten behoeve van de ambtenaren van de burgerlijke stand⁷, is geregeld hoe en onder welke voorwaarden in België aangifte kan worden gedaan van de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging tot het andere geslacht te behoren dan datgene vermeld in de geboorteakte (art. 62*bis*, § 1 en 2 BW). De wet laat toe dat de ambtenaar van de burgerlijke stand, na deze aangifte, een akte met vermelding van het nieuwe geslacht opmaakt, die uitwerking krijgt vanaf haar inschrijving in het register van geboorteakten (art. 62*bis*, § 4 BW) en wordt vermeld op de kant van de originele geboorteakte (art. 62*bis*, § 5 BW). Verhaal is mogelijk, zowel tegen een negatieve als tegen een positieve beslissing van de ambtenaar (art. 62*bis*, § 6 en 7 BW) met specifieke procedureregels in het Gerechtelijk Wetboek (art. 1385*duodecies-quaterdecies* Ger.W.). Ook de gevolgen van de juridische geslachtswijziging zijn principieel wettelijk geregeld (art. 62*bis*, § 8 BW).

Minderjarige transgenders komen theoretisch wel in aanmerking voor juridische geslachtsverandering maar zullen in de huidige stand van het recht nooit aan alle wettelijke voorwaarden kunnen voldoen (*infra* 3.4). Alle transgenders die aan de voorwaarden van de Naamwet voldoen, hebben een recht op voornaamsverandering, dat in de praktijk door minderjarigen vanaf 16 jaar kan worden uitgeoefend (*infra* 3.3). Een bijzonder probleem van alle minderjarige transgenders in transitie is het spanningsveld tussen de Wet Patiëntenrechten en het ouderlijk gezag, waarop hieronder eerst wordt ingegaan.

⁴ Advies 28 juni 2014, *TNR* 2014, nr. 146, p. 3-4.

⁵ Corr. Brussel 27 september 1969, *JT* 1969, 635: strafrechtelijke immuniteit van arts-chirurg Wijnen.

⁶ Wet 10 mei 2007 betreffende de transseksualiteit, *BS* 11 juli 2007, 37823, in werking sinds 1 september 2007.

⁷ Circ. 1 februari 2008 betreffende de transseksualiteitswetgeving, *BS* 20 februari 2008, 10758-10767.

3.2. DE PATIËNTENRECHTEN VAN DE MINDERJARIGE TRANSGENDER VERSUS HET GEZAG VAN DE OUDERS

Vanaf hun geboorte tot hun 18de verjaardag staan minderjarigen onder het ouderlijk gezag van hun ouders (art. 372 BW). Ouderlijk gezag wordt sinds 1995 in principe door beide ouders gezamenlijk uitgeoefend, ook wanneer beide ouders niet (meer) samenleven (art. 374, § 1, eerste lid BW). Dit zogenaamde ‘gezagsco-ouderschap’ betekent concreet dat beide ouders belangrijke beslissingen over hun minderjarig kind – zoals de keuze voor transgenderzorg – samen moeten nemen, in onderling overleg, ook al zijn ze feitelijk of uit de echt gescheiden. Het is evenwel niet zo dat beide ouders in een regime van gezagsco-ouderschap steeds tezelfdertijd en samen moeten optreden. Er geldt immers ten aanzien van derden te goeder trouw een vermoeden van instemming: elke ouder die alleen optreedt, wordt geacht te handelen met instemming van de andere (art. 373, tweede lid BW). Dit betekent concreet dat een genderteam dat gecontacteerd wordt door één ouder met de vraag om een kind te behandelen er mag van uitgaan dat de andere ouder met deze behandeling akkoord gaat. Was het genderteam op de hoogte van onenigheid tussen beide ouders op dit punt, dan ontbreekt de goede trouw en geldt het vermoeden van instemming niet. Het team doet er o.i. in dergelijk geval goed aan om overleg te plegen met beide ouders samen om zijn inzichten m.b.t. de optimale behandeling van het kind te verduidelijken. Blijft er een verschil in zienswijze bestaan en blijft één ouder gekant tegen behandeling, dan is het aan de familierechtbank om de knoop door te hakken en een beslissing te nemen, waarbij deze rechtbank aan één ouder toestemming kan verlenen om de beslissing alleen te nemen (art. 373, derde en vierde lid BW). Het enige criterium voor deze beslissing is het belang van het kind. Het belang van de betrokken minderjarige is overigens niet alleen het *Leitmotiv* voor de rechter (vgl. art. 387bis BW), maar uiteraard ook voor de ouders zelf bij de uitoefening van hun ouderlijk gezag.

Uitzonderlijk zullen ouders overeenkomen of zal een rechter beslissen dat één ouder alleen het ouderlijk gezag uitoefent (art. 374, § 1, tweede lid BW). In dat geval beslist enkel hij/zij over de behandeling en heeft de andere op dit punt geen zeggenschap. De andere ouder, die het ouderlijk gezag niet uitoefent, heeft een recht op persoonlijk contact met het kind en behoudt het recht om toezicht te houden op de opvoeding van het kind. Dit recht van toezicht wordt geconcretiseerd in het recht om bij de andere ouder of derden alle nuttige informatie hieromtrent in te winnen en het recht zich in het belang van het kind tot de familierechtbank te wenden (art. 374, § 1, vierde lid BW). Voor de praktijk betekent dit dat het genderteam ook de ouder die het ouderlijk gezag niet uitoefent, moet informeren over de behandeling van zijn/haar kind. De ouder die exclusief het ouderlijk gezag uitoefent, moet deze informatie op zijn/haar beurt delen met de andere ouder.

Naast de uitersten van volledig gezamenlijke gezagsuitoefening of volledig exclusieve gezagsuitoefening kunnen beide regimes ook getemperd worden, in die zin dat kan worden overeengekomen of bepaald dat welbepaalde ouderlijke beslissingen ofwel alleen met instemming van beide ouders (= getemperde exclusieve gezagsuitoefening, zie art. 374, § 1, derde lid BW) ofwel door één ouder alleen (= getemperde gezamenlijke gezagsuitoefening) kunnen worden genomen.

In navolging van het Burgerlijk Wetboek zouden dus enkel de ouders of – indien deze er niet zijn of dit niet meer kunnen – de voogd (zie art. 389, eerste lid BW) alle beslissingen inzake transgenderzorg voor minderjarigen moeten nemen. De realiteit is evenwel anders sinds 6 oktober 2002, datum van inwerkingtreding van specifieke wetgeving betreffende rechten van de patiënt⁸.

De Wet Patiëntenrechten koppelt principieel terug naar de hogervermelde algemene burgerrechtelijke principes door te stellen dat de rechten van de minderjarige patiënt uitgeoefend worden door de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of door zijn voogd (art. 12, § 1 Wet Patiëntenrechten). Zeer belangrijk is de onmiddellijk daaropvolgende bepaling dat de (minderjarige) *patiënt betrokken* moet worden *bij de uitoefening van zijn rechten rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit* en dat de *patiëntenrechten zelfstandig* worden *uitgeoefend door de minderjarige patiënt die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht* (art. 12, § 2 Wet Patiëntenrechten). Uit deze wetsbepaling worden in de doctrine drie ontwikkelingsfasen en -systemen afgeleid (Lemmens, 2013). *Primo* geldt een vertegenwoordigingssysteem waarbij enkel de ouders de beslissingen nemen, voor de minderjarige die wilsonbekwaam is en niet in staat is een eigen mening te vormen. *Secundo* is er een samenwerkingssysteem waarbij de ouders weliswaar nog beslissen, maar niet volkomen zelfstandig, omdat de minderjarige moet worden betrokken overeenkomstig zijn leeftijd en maturiteit. *Tertio* geldt een systeem van autonomie voor de wilsbekwame minderjarige, die zelf en zelfstandig zijn rechten uitoefent. De Wet Patiëntenrechten regelt de specifieke rechtsverhoudingen tussen patiënten en beroepsbeoefenaars uit de gezondheidszorg en moet worden gezien als een bijzondere wet die primeert op de algemene regels inzake ouderlijk gezag uit het Burgerlijk Wetboek (*Lex specialis derogat legi generali*).

Of een (in abstracto handelingsonbekwame) minderjarige al dan niet tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht – en dus wilsbekwaam is – moet in concreto door de zorgverlener(s) worden beoordeeld. Het oordeel over de wilsbekwaamheid is vaak niet eenvoudig en soms delicaat, zodat interdisciplinair overleg aangewezen is. Lichtzinnig aannemen van wilsbekwaamheid kan leiden tot aansprakelijkheid van de zorgverlener bij gebreke van ouderlijke toestemming (Genicot, 2010). Ingaan op het verzoek van de ouders zonder toestemming van een wilsbekwame minderjarige schendt diens recht op fysieke integriteit. Toegepast op transgenderzorg voor minderjarigen zal het zuivere vertegenwoordigingssysteem waarbij de minderjarige zelf niet wordt betrokken, enkel bij heel jonge kinderen – en in de praktijk dus zeer zelden – kunnen worden toegepast.

Het komt ons voor dat de twee recentste adviezen van de Orde der artsen inzake transgenderzorg voor minderjarigen (zie *supra* 2.3) onvoldoende rekening houden met de Wet Patiëntenrechten, waaruit nochtans duidelijk kan worden afgeleid dat de wilsbekwame geachte minderjarige zelf en zelfstandig – dus eventueel ook tegen de wil van zijn ouder(s) in – kan beslissen om al dan niet behandeld te worden. Het is inderdaad noodzakelijk om de ouders te betrekken bij het reflectieproces betreffende de behandeling van hun minderjarig kind, maar de vereiste van een schriftelijk

⁸ Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002, 43719, *err.* BS 20 december 2002, 57406.

akkoord van de ouders is onwettig wat de wilsbekwame minderjarige betreft. De schriftelijke toestemming van de minderjarige én zijn ouders zal de arts effectief indekken tegen mogelijke aansprakelijkheidsvorderingen, maar de behandeling mag zeker niet standaard worden geweigerd bij gebreke van ouderlijke toestemming.

3.3. VOORNAAMSVERANDERING

Het dragen van een voornaam die correspondeert met het gewenste geslacht is essentieel voor de emotionele en sociale ontwikkeling van elke transpersoon; dit geldt des te meer voor minderjarigen. Voornaamsverandering kan worden verkregen via een administratieve procedure onder de voorwaarden bepaald in de Naamwet van 15 mei 1987⁹.

3.3.1. VOORWAARDEN

“Enigerlei reden” volstaat voor het gemotiveerd verzoek tot voornaamswijziging dat gericht moet worden aan de minister van Justitie (art. 2, eerste lid Naamwet) en concreet geadresseerd wordt aan de dienst Naamsveranderingen van de FOD Justitie (Waterloolaan 115, 1000 Brussel). In de regel is voornaamsverandering een gunst, maar voor transgenders die aan specifieke wettelijke voorwaarden voldoen is het *een recht*. De voornaamsverandering moet immers worden toegestaan aan personen die de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging hebben tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de akte van geboorte en de daarmee overeenstemmende geslachtsrol hebben aangenomen en bij hun verzoek tot naamswijziging een verklaring van de psychiater en de endocrinoloog voegen, waaruit blijkt (1°) dat betrokkene de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de akte van geboorte; (2°) dat betrokkene een hormonale substitutietherapie ondergaat of heeft ondergaan, teneinde de lichamelijke geslachtskenmerken van het geslacht waartoe de betrokkene overtuigd is te behoren, te induceren en (3°) dat de voornaamsverandering een essentieel gegeven is bij de rolomkering (art. 3, tweede lid j° art. 2, derde lid Naamwet). Toch is het recht op voornaamswijziging niet absoluut, in die zin dat de gevraagde voornaam geen aanleiding mag geven tot verwarring of de verzoeker of derden zou kunnen schaden (art. 3, tweede lid, *in fine* Naamwet). Zo zal bv. het verzoek van transman Petra Celi om de voornaam Peter te dragen, wellicht niet worden ingewilligd, nu de combinatie van de nieuw gekozen voornaam en de ongewijzigde familienaam belachelijk kan overkomen en dus nadelig kan zijn voor de aanvrager. Medio 2016 was nog geen enkel verzoek tot voornaamsverandering dat uitging van een transgender geweigerd¹⁰.

De wet bepaalt dat het verzoek tot voornaamswijziging wordt ingediend “door de betrokkene zelf of door zijn wettelijke vertegenwoordiger” (art. 2, tweede lid Naamwet). In de praktijk zal (zullen) één (of beide) ouder(s) optreden voor het minderjarig kind als zijn wettelijke vertegenwoordiger(s). Uit de voorbereidende werken van de Naamwet blijkt de bedoeling van de wetgever om de wettelijke vertegenwoordi-

⁹ Wet 15 mei 1987 betreffende de namen en voornamen, BS 10 juli 1987.

¹⁰ *Vr. en Antw.* Kamer 2015-16, 24 juni 2016, nr. 54-079, 227 (*Vr. nr.* 1125 S. Becq).

ger bevoegd te maken om het verzoek tot (voor)naamswijziging in te dienen voor elke onbekwame die een wettelijke vertegenwoordiger heeft¹¹. Zowel een letterlijke als een evolutieve interpretatie van de wettekst (de betrokkene zelf “of” zijn wettelijke vertegenwoordiger) laat echter ook ruimte voor een zelfstandig optreden van de wilsbekwame minderjarige, wat zou sporen met de regeling in de Wet Patiëntenrechten. Wij zien geen reden waarom een minderjarige transgender die op 16 jaar wilsbekwaam wordt geacht om zelfstandig toe te stemmen tot een behandeling met cross-sexhormonen, desnoods tegen de wil van zijn/haar ouders in, niet bevoegd zou zijn om alleen een verzoek tot voornaamsverandering in te dienen.

3.3.2. REGISTRATIE EN GEVOLGEN

Een succesvolle aanvraag leidt tot een ministerieel besluit (MB) tot voornaamsverandering, dat – anders dan een koninklijk besluit tot familienaamsverandering – niet in het *Belgisch Staatsblad* wordt gepubliceerd. Verzet tegen dit MB is niet mogelijk; de vergunning tot verandering van voornamen is definitief op de datum van het MB (art. 4, eerste lid Naamwet). Binnen de zes maanden na deze datum dienen de *registratierechten* te worden betaald. Voor de vergunningen tot verandering van voornaam verleend aan transgenders, geldt een gunsttarief van 49 EUR (art. 249, § 1, tweede lid W.Reg., i.p.v. het standaardtarief van 490 EUR).

Een afschrift of uittreksel van het MB dat de voornaamsverandering toestaat, moet binnen 60 dagen na de registratie door de begunstigde tegen ontvangstbewijs aan de ambtenaar van de burgerlijke stand worden toegezonden of ter hand gesteld, zo niet wordt de vergunning als niet-bestaande beschouwd (art. 7 Naamwet). Binnen 15 dagen na de toezending of terhandstelling schrijft de ambtenaar van de burgerlijke stand het beschikkend gedeelte van het besluit in zijn registers over. Kantmelding gebeurt op de akten van de burgerlijke stand die betrekking hebben op de begunstigde (art. 8, eerste en vierde lid Naamwet). Vanaf *de dag van de overschrijving van het beschikkend gedeelte van het MB in de registers van de burgerlijke stand* heeft de naamsverandering *gevolgen* (art. 8, tweede lid Naamwet) en is de begunstigde gerechtigd – en ook verplicht – de nieuwe voornaam te dragen. Er is geen sprake van terugwerkende kracht. Het MB tot voornaamsverandering is als administratieve rechtshandeling vatbaar voor nietigverklaring door de Raad van State. De formaliteiten na intrekking of vernietiging van het besluit tot voornaamsverandering worden geregeld door artikel 10 Naamwet.

Uit cijfers van de FOD Justitie, bekendgemaakt in een antwoord van de minister op een parlementaire vraag¹², blijkt dat het aantal verzoeken tot voornaamsverandering ingediend door transgenders, globaal genomen in stijgende lijn gaat.

¹¹ MvT bij het wetsontwerp betreffende de namen en voornamen, *Parl.St.* Kamer 1983-84, nr. 966/1: “De Regering heeft geopteerd voor een soepele regeling die in overeenstemming is met de regels van het burgerlijk recht inzake ouderlijk gezag en voogdij. Alleen diegene over wiens naam of voornamen het gaat, kan de verandering aanvragen, tenzij hij onbekwaam is. In dat geval dient zijn wettelijke vertegenwoordiger op te treden” (onze cursivering).

¹² *Vr. en Antw.* Kamer 2015-16, 24 juni 2016, nr. 54-079, 227 (Vr. nr. 1125 S. Becq).

Figuur 3: Verzoeken tot voornaamsverandering, ingediend door transgenders in België

	Totale aantal verzoeken	nl	fr	Minderjarigen
2010	77	48	29	geen gegevens
2011	49	29	20	1 (0 nl / 1 fr)
2012	85	58	57	2 (1 nl/ 1 fr)
2013	85	59	26	3 (3 nl / 0 fr)
2014	95	77	18	13 (12 nl / 1 fr)
2015	116	86	30	16 (14 nl / 2 fr)

De afgelopen twee jaren is het aantal verzoeken ingediend door minderjarigen sterk gestegen, met een duidelijk overwicht voor aanvragen van Nederlandstaligen. Dit is te verklaren door het feit dat het genderteam van het UZ Gent minderjarigen aanraadt om de voornaamswijziging tijdig aan te vragen – bij de opstart van de cross-sexhormonen vanaf 16 jaar – om ze zeker nog vóór de beëindiging van het secundair onderwijs te bekomen, zodat op hun diploma middelbaar onderwijs al de nieuwe voornaam kan worden vermeld.

3.4. JURIDISCHE GESLACHTSVERANDERING

In België is het voor een minderjarige transgender de facto onmogelijk om het geboortegeslacht te laten wijzigen in de registers van de burgerlijke stand omwille van zeer strikte medische voorwaarden die in de actuele Belgische wetgeving (voor alle transgenders) zijn opgenomen. In Nederland is dit probleem intussen wetgevend verholpen.

3.4.1. BELGIË

Een akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht kan in België worden opge maakt op basis van een persoonlijke *aangifte* bij de ambtenaar van de burgerlijke stand van de voortdurende en onomkeerbare overtuiging tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de geboortekte, door een persoon die lichamelijk zodanig aan het andere geslacht is aangepast als uit medisch oogpunt mogelijk en verantwoord is (art. 62bis, § 1, eerste lid BW). Paradoxaal is nu dat de Belgische wetgeving, enerzijds, expliciet bepaalt dat minderjarigen deze aangifte kunnen doen, door te stellen dat de niet-ontvoogde minderjarige transseksueel die aangifte doet van zijn overtuiging wordt bijgestaan door zijn moeder, zijn vader of zijn wettelijke vertegenwoordiger (art. 62bis, § 1, tweede lid BW). Het gaat dus niet om een regime van vertegenwoordiging, maar om een regime van bijstand, waarbij zowel de minderjarige zelf als (één van) zijn ouder(s) (of zijn voogd) samen en tegelijk moeten optreden voor deze hoogstpersoonlijke rechtshandeling. Anderzijds zijn de wettelijke voorwaarden voor juridische geslachtsverandering zodanig streng dat minderjarigen er in de praktijk nooit aan kunnen voldoen. Zo moet de betrokkene bij aangifte aan de ambtenaar van de burgerlijke stand een verklaring overhandigen van de psychiater en de chirurg, in de hoedanigheid van behandelende artsen, waaruit

blijkt (1°) dat de betrokkene de voortdurende en onomkeerbare overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren dan datgene vermeld in de geboortekte, (2°) dat de betrokkene een geslachtsaanpassing heeft ondergaan die hem zodanig in overeenstemming heeft gebracht met dat andere geslacht, waartoe hij overtuigd is te behoren, als uit medisch oogpunt mogelijk en verantwoord is en (3°) dat de betrokkene niet meer in staat is overeenkomstig het vroegere geslacht kinderen te verwekken (art. 62bis, § 2 BW). Deze laatste voorwaarde vereist irreversibele chirurgie, meer bepaald sterilisatie of castratie, ingrepen die in de klinische praktijk enkel na de meerderjarigheid worden uitgevoerd (zie *supra* 2.2.4.3).

Internationaal is aanvaard dat niemand mag worden gedwongen om een medische behandeling te ondergaan, zoals een geslachtveranderende operatie, sterilisatie of hormoontherapie, als voorwaarde voor wettelijke erkenning van de genderidentiteit¹³. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens beschouwt genderidentiteit als één van de meest intieme elementen van het privéleven van een persoon dat, net zoals genderidentificatie, beschermd wordt door artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens¹⁴. Het federale regeerakkoord bepaalt dat de wet van 10 mei 2007 betreffende de transseksualiteit zal worden aangepast in het licht van de internationale mensenrechtenverplichtingen¹⁵. De minister van Justitie wil deze wetswijziging realiseren in samenspraak met de staatssecretaris voor Gelijke Kansen¹⁶. De regering wenst een gevoelige versoepeling van de voorwaarden voor de juridische geslachtswijziging, in die zin dat de vereisten van chirurgische geslachtsaanpassing en sterilisatie zullen verdwijnen.

3.4.2. NEDERLAND

Bij wet van 18 december 2013¹⁷ heeft Nederland zijn vroegere wetgeving versoepeld door met ingang van 1 juli 2014¹⁸ niet langer fysieke aanpassing aan het gewenste geslacht en absolute onvruchtbaarheid te vereisen voor juridische geslachtsverandering; er is wel nog een deskundigenverklaring noodzakelijk. Bij de aangifte van de overtuiging tot het andere geslacht te behoren, moet een verklaring van een deskundige worden overgelegd, opgemaakt maximaal zes maanden voor de datum van de aangifte (art. 1:28a, eerste lid NBW). De deskundigenverklaring vermeldt dat degene op wie de aangifte betrekking heeft jegens de deskundige heeft verklaard de overtuiging te hebben tot het andere geslacht te behoren dan is vermeld in zijn akte van geboorte en jegens de deskundige er blijk van heeft gegeven diens voorlichting omtrent de reikwijdte en de betekenis van deze staat te hebben begrepen en de wij-

¹³ Art. 3 Yogyakarta-beginselen betreffende de toepassing van het internationaal recht inzake mensenrechten met betrekking tot seksuele geaardheid en genderidentiteit; art. 6.2.2 Resolutie 2048 (2015), 22 april 2015, van de *Parlementaire Assemblée van de Raad van Europa* inzake discriminatie van transgenderpersonen in Europa.

¹⁴ EHRM 12 juni 2003, *Van Küç v. Duitsland*: “gender identity is one of the most intimate areas of a person’s private life. The burden placed on a person in such a situation to prove the medical necessity of treatment, including irreversible surgery, appears therefore disproportionate” (§ 56); “Elements such as, for example, gender identification, (...) fall within the personal sphere protected by Article 8” (§ 69).

¹⁵ Regeerakkoord 9 oktober 2014, p. 226, te consulteren via <http://www.premier.be/nl/regeerakkoord>.

¹⁶ Beleidsverklaring Justitie 17 november 2014, *Parl.St.* Kamer 2014-15, nr. 54-20/18, 31.

¹⁷ Wet 18 december 2013 tot wijziging van boek 1 van het Burgerlijk Wetboek en de Wet Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens in verband met het wijzigen van de voorwaarden voor en de bevoegdheid ter zake van wijziging van de vermelding van het geslacht in de akte van geboorte, *Staatsblad* 2014, 1.

¹⁸ Art. 2 besluit 19 juni 2014, houdende aanwijzing van deskundigen als bedoeld in art. 28a van boek 1 van het Burgerlijk Wetboek (Besluit Aanwijzing Deskundigen Transgenders), *Staatsblad* 2014, 222.

ziging van de vermelding van het geslacht in de akte van geboorte weloverwogen te blijven wensen. De deskundige geeft de verklaring niet af indien hij gegronde reden heeft om aan de gegrondheid van bedoelde overtuiging te twijfelen (art. 1:28a, tweede lid NBW). Bij koninklijk besluit werden als deskundigen aangewezen de artsen en psychologen verbonden aan het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie van het VU medisch centrum (VUmc) te Amsterdam, het Genderteam van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) te Groningen en het Genderteam van het Curium en Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) te Leiden¹⁹.

In Nederland is expliciet in de wet bepaald dat de minderjarige van 16 jaar of ouder bekwaam is om aangifte te doen van het feit dat hij de overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren dan is vermeld in de akte van geboorte, ten behoeve van zichzelf. Hij is ook bekwaam om ter zake in en buiten rechte op te treden (art. 1: 28, vierde lid NBW). De minderjarige die de volle leeftijd van 16 jaar heeft bereikt, is in Nederland op dit vlak dus zowel handelings- als procesbekwaam.

4. CONCLUSIE

Het multidisciplinaire kindergenderteam van het UZ Gent heeft een specifiek protocol ontwikkeld voor minderjarige transgenders. Kinderpsychologen en artsen met diverse specialismen werken intensief samen met het oog op een optimale behandeling van kinderen en jongeren.

De Wet Patiëntenrechten bevat een belangrijke uitzondering op de principiële handelingsonbekwaamheid van de minderjarige onder ouderlijk gezag, zodat de wilsbekwame minderjarige transgender zelfstandig de beslissingen inzake behandeling kan nemen. De adviezen van de Orde der artsen houden te weinig rekening met de autonomie van de minderjarige zoals bepaald in de Wet Patiëntenrechten en focussen te sterk op de regels inzake ouderlijk gezag uit het Burgerlijk Wetboek.

De Belgische regeling inzake voornaamsverandering voldoet, maar de actuele voorwaarden voor juridische geslachtsverandering zijn te restrictief, waardoor de minderjarige transgender in de praktijk geen wijziging van zijn geboortegeslacht in de registers van de burgerlijke stand kan bekomen. Het lijkt ons aangewezen om – naar Nederlands model – de juridische geslachtswijziging voor minderjarigen reëel te laten worden na afschaffing van de medische voorwaarden. Elke leeftijdsgrens is arbitrair, maar de ambtenaar van de burgerlijke stand is gebaat bij een duidelijk criterium. Vanuit hormonaal oogpunt is verdedigbaar dat enkel de minderjarige van 16 jaar of ouder de juridische geslachtswijziging moet kunnen vragen. Bijstand door één wettelijke vertegenwoordiger, zoals vereist in het huidige recht, kan eventueel als politiek compromis worden behouden na gevoelige versoepeling van de grondvoorwaarden, maar is o.i. niet noodzakelijk voor deze hoogstpersoonlijke rechtshandeling.

¹⁹ Art. 1 besluit 19 juni 2014, houdende aanwijzing van deskundigen als bedoeld in art. 28a van boek 1 van het Burgerlijk Wetboek (Besluit Aanwijzing Deskundigen Transgenders), *Staatsblad* 2014, 222. Bij ministerieel besluit kunnen tevens andere artsen en psychologen worden aangewezen die deskundigheid hebben om de verklaring transgenders af te geven. De aanwijzing geldt voor een periode van vijf jaar en kan worden ingetrokken indien de arts of psycholoog niet langer de deskundigheid heeft om de verklaring transgenders af te geven.

REFERENTIES EN INTERESSANTE LITERATUUR

- Aitken, M.A., Steensma, T.G., Blanchard, R., VanderLaan, D.P., Wood, H., Fuentes, A., & Zucker, K.J. (2015). Evidence for an Altered Sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12, 756-763.
- APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.), Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Balthazar, T. (2013). Juridische aspecten. Transseksualiteit in het Belgische recht. In: G. T'Sjoen, M. van Trotsenburg & L. Gijs (Red.), *Transgenderzorg* (pp. 243-250). Leuven/Den Haag: Acco.
- Bockting, W., De Cuypere, G., & Monstrey, S. (2013). Het raamwerk voor hulpverleners. Standards of Care van de WPATH. In: G. T'Sjoen, M. van Trotsenburg & L. Gijs (Red.), *Transgenderzorg* (pp. 65-70). Leuven/Den Haag: Acco.
- Cohen-Kettenis P. & de Vries, A. (2013). Hulpverlening aan kinderen en adolescenten. Diagnostiek en behandeling. In: G. T'Sjoen, M. van Trotsenburg & L. Gijs (Red.), *Transgenderzorg* (pp. 81-89). Leuven/Den Haag: Acco.
- Cohen-Kettenis, P.T. & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence* (Vol. 46). Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage.
- Cohen-Kettenis, P.T., Schagen, S.E., Steensma, T.D., de Vries, A.L., & Delamarre-Van de Waal, H.A. (2011a). Puberty suppression in a gender dysphoric adolescent: a 22 year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 843-847.
- Cohen-Kettenis, P.T., Steensma, T.D., & de Vries, A.L. (2011b). Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, 689-700.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., De Cuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W., Monstrey, S., Adler, R., Brown, G., Devor, A., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D., Lev, A.I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B.P., Pfaefflin, P., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232.
- de Vries, A.L. & Cohen-Kettenis, P.T. (2012). Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301-302.
- de Vries, A.L., Cohen-Kettenis, P.T., & Delamarre-van de Waal, H.A. (2007). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 83-94.
- de Vries, A.L., Doreleijers, T.A., Steensma, T.D., & Cohen-Kettenis, P.T. (2011a). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52, 1195-1202.
- de Vries, A.L., Noens, I.L., Cohen-Kettenis, P.T., van Berckelaer-Onnes, I.A., & Doreleijers, T.A.H. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930-936.
- de Vries, A.L., McGuire, J.K., Steensma, T.D., Wagenaar, E.C., Doreleijers, T.A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134, 696-704.

- de Vries, A.L., Steensma, T.D., Doreleijers, T.A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2011b). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 2276-2283.
- Delamarre-van de Waal, H.A. & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155 Suppl. 1, S131-137.
- Dhondt, K. & Cohen-Kettenis, P. (2013). Hulpverlening aan kinderen en adolescenten. Doorverwijzing naar psychologische/psychotherapeutische en/of psychiatrische zorg. In: G. T'Sjoen, M. van Trotsenburg & L. Gijs (Red.), *Transgenderzorg* (pp. 91-96). Leuven/Den Haag: Acco.
- Di Ceglie, D. (2014). Care for Gender-Dysphoric Children. In: B.P.C. Kreukels, T.D. Steensma & A.L.C. de Vries (Ed.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 151-169). New York: Springer Science + Business Media.
- Drescher, W. & Byne, W. (2012a). Gender Dysphoric/Gender Variant (GD/GV) Children and Adolescents: Summarizing What We Know and What We Have Yet to Learn. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 501-510.
- Drescher, W. & Byne, W. (2012b). Introduction to the Special Issue on "The Treatment of Gender Dysphoric/Gender Variant Children and Adolescents". *Journal of Homosexuality*, 59(3), 295-300.
- Ehrensaft, D. (2012). From Gender Identity Disorder to Gender Identity Creativity: True Gender Self Child Therapy. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 337-356.
- Genicot (2010). *Droit médical et biomédical*. Brussel: Larcier.
- Giordano, S. (2012). *Children with gender identity disorder. A clinical, ethical and legal analysis*. London and New York: Routledge.
- Hewitt, J.K., Paul, C., Kasiannan, P., Grover, S.R., Newman, L.K., & Warne, G.L. (2012). Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *The Medical Journal of Australia*, 196, 578-581.
- Hill, D.B., Menvielle, E., Sica, K.M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36, 6-23.
- Hsieh, S. & Leininger, J. (2014). Resource list: Clinical care-programs for gender-nonconforming children and adolescents, *Pediatric Annals*, 43, 238-244.
- Khatchadourian, K., Ahmed, S., & Metzger, D.L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, 164, 906-911.
- Klink, D. & Delamarre-van de Waal, H. (2013). Hulpverlening aan kinderen en adolescenten. Hormonale behandeling bij adolescenten met genderdysforie. In: G. T'Sjoen, M. van Trotsenburg & L. Gijs (Red.), *Transgenderzorg* (pp. 97-104). Leuven/Den Haag: Acco.
- Kreukels, B.P. & Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7, 466-472.
- Kuyper, L. & Wijsen, C. (2014). Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 377-385.
- Leibowitz, S. & de Vries, A.L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 21-35.
- Lemmens, C. (2013). *De minderjarige en de Wet Patiëntenrechten*. Antwerpen-Cambridge: Intersentia.

- Luecke, J.C. (2011). Working with Transgender Children and Their Classmates in Pre-Adolescence: Just Be Supportive. *Journal of LGBT Youth*, 8(2), 116-156.
- Menvielle, E. (2012). A Comprehensive Program for Children with Gender Variant Behaviors and Gender Identity Disorders. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 357-368.
- Minter, S.P. (2012). Supporting Transgender Children: New Legal, Social, and Medical Approaches. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 422-433.
- Möller, B., Schreier, H., Li, A., & Romer, G. (2009). Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Current problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 39(5), 117-143.
- Olson, J. & Garofalo, R. (2014). The peripubertal gender-dysphoric child: Puberty suppression and treatment paradigms. *Pediatric Annals*, 43, e132-e137.
- Olson, J., Schrage, S.M., Belzer, M., Simons, L.K., & Clark, L.F. (2015). Baseline Physiologic Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *The Journal of Adolescent Health*, 57, 374-380.
- Ristori, J. & Steensma, T.D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20.
- Scherpe, J. (Ed.) (2015). *The Legal Status of Transsexual and Transgender Persons*. Cambridge: Intersentia.
- Senaeve, P. & Uytterhoeven, K. (Eds.) (2008). *De rechtspositie van de transseksueel*. Antwerpen: Intersentia.
- Sherer, I., Rosenthal, S.M., Ehrensaft, D., & Baum, J. (2012). Child and adolescent gender center: A multidisciplinary collaboration to improve the lives of gender nonconforming children and teens. *Pediatrics in Review*, 33, 273-275.
- Skagerberg, E., Davidson, S., & Carmichael, P. (2013a). Internalizing and externalizing behaviors in a group of young people with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism*, 14, 105-112.
- Skagerberg, E., Parkinson, R., & Carmichael, P. (2013b). Selfharming thoughts and behaviors in a group of children and adolescents with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism*, 14, 86-92.
- Smith, Y.L., Van Goozen, S.H., Kuiper, A.J., & Cohen-Kettenis, P.T. (2005). Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35, 89-99.
- Spack, N.P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H.A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D.A., & Vance, S.R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129, 418-425.
- Steensma, T.D. (2013). *From gender variance to gender dysphoria: Psychosexual development of gender atypical children and adolescents*. Ongepubliceerd doctoraatsproefschrift VU Amsterdam.
- Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F.D., & Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 499-516.
- Steensma, T.D. & Cohen-Kettenis, P.T. (2015). More than two developmental pathways in children with gender dysphoria? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54, 147-148.
- Steensma, T.D., Kreukels, B.P., de Vries, A.L., & Cohen-Kettenis, P.T. (2013a). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64, 288-297.
- Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P.C., Beekman, A.J., & Cohen-Kettenis, P.T. (2013b). Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria.

- ria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 582-590.
- Steensma, T.D., Zucker, K.J., Kreukels, B.P.C., VanderLaan, D.P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2014). Behavioral and emotional problems on the Teacher's Report Form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 635-647.
- Steever, J. (2014). Cross-gender hormone therapy in adolescents. *Pediatric Annals*, 43, e138-e144.
- Stein, E. (2012). Commentary on the Treatment of Gender Variant and Gender Dysphoric Children and Adolescents: Common Themes and Ethical Reflections. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 480-500.
- Tishelman, A., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F., Shumer, D., & Spack, N. (2015). Serving transgender youth: challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46, 37-45.
- T'Sjoen, G., van Trotsenburg, M., & Gijs, L. (Red.) (2013). *Transgenderzorg*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1281-1287.
- VanderLaan, D.P., Postema, L., Wood, H., Singh, D., Fantus, S., Hyun, J., ... Leef, J. (2015). Do Children with Gender Dysphoria Have Intense/Obsessional Interests? *Journal of Sex Research*, 52, 213-219.
- Verschelden, G. (2016). *Handboek Belgisch Personen- en familierecht*. Brugge: die Keure.
- Verschelden, G. (2015). Nieuwe transgenderwetgeving: knopen doorhakken. *Tijdschrift voor Familierecht*, 20(10), 242-243.
- Wallien, M.S. & Cohen-Kettenis, P.T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 1413-1423.
- Wallien, M.S., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P.T. (2007a). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307-1314.
- Wallien, M.S., Van Goozen, S.H., & Cohen-Kettenis, P.T. (2007b). Physiological correlates of anxiety in children with gender identity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 309-315.
- Wallien, M.S.C., Veenstra, R., Kreukels, B.P.C., & Cohen-Kettenis, P.T. (2010). Peer Group status of gender dysphoric children: A sociometric study. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 553-560.
- WHO (World Health Organisation) (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems* (10th ed.). Geneva: World Health Organisation.
- Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S.J., Singh, D., Fantus, S., Owen-Anderson, A., & Singh, D. (2013). Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39, 1-6.
- Wormgoor, T. (2013). Het raamwerk voor hulpverleners. Het belang van hulpverlening aan transgenders. In: G. T'Sjoen, M. van Trotsenburg & L. Gijs (red.), *Transgenderzorg* (pp. 71-77). Leuven/Den Haag: Acco.
- Zucker, K.J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477-498.

- Zucker, K.J., Bradley, S.J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S.J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012a). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38, 151-189.
- Zucker, K.J., Wood, H. & VanderLaan, D.P. (2014). Models of psychopathology in children and adolescents with gender dysphoria. In: B.P.C. Kreukels, T.D. Steensma & A.L.C. de Vries (Ed.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 171-192). New York: Springer Science + Business Media.
- Zucker, K.J., Wood, H., Singh, D. & Bradley, S.J. (2012b). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369-397.