

# Redactionele inleiding themanummer intersekse/DSD

Nina Callens, Joz Motmans, Chia Longman

De queeste van Descartes op zoek naar de waarheid eindigt (en begint) in 1644 met de volgende zekerheid: Niets blijkt zeker, behalve dat alles te betwijfelen is. Met zijn befaamde uitspraak *Cogito, ergo sum* ('Ik denk, dus ik ben') stelt hij vervolgens ook dat wat iemand tot mens maakt - en wat mensen bindt - vooral door redeneervermogen tot stand komt. Anno 2017 is die ratio soms ver te zoeken, en ligt de nadruk op wat ons verdeelt. We benadrukken verschillen, terwijl de gelijkenissen soms treffend zijn. Of het nu gaat om religie, etniciteit, seksualiteit of zelfs geslacht. Wat iemand tot mens maakt wordt in deze discussie soms tot zijn/haar genitaliën herleid (Van der Have, persoonlijke communicatie): *Habeo penis/vagina, ergo sum* ('Ik heb een penis/vagina, dus ik ben'). Maar ook dat valt weer te betwijfelen.

Eén op 200-2.000 mensen heeft een aangeboren variatie in de inwendige of uitwendige geslachtsorganen, geslachtschromosomen (XX of XY) of geslachtsklieren (eierstokken of teelballen) (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & Group, 2006) - even frequent als bijvoorbeeld mensen met rood haar of tweelingen (Nederlands Netwerk Intersekse/DSD[NNID], 2013; Sax, 2002).<sup>1</sup> Het kan daarbij gaan om variaties in de specifieke configuratie of het uiterlijk van *primaire* seksekenmerken, zoals de aan- of afwezigheid van reproductieve organen, en/of van *secundaire* seksekenmerken, zoals borstontwikkeling en lichaamsbeharing. De incidentie van geboortes waarbij sprake is van een ambigu genitaal wordt geschat op 1:4.500-5.500 kinderen (Lee et al., 2016).<sup>2</sup>

Deze ontwikkelingsvariaties worden ook omschreven als *Disorders/Differences of Sex Development (DSD)* of *intersekse*, al is niet iedereen het met die overkoepelende terminologie eens (zie ook verder). Er zijn tientallen DSD/intersekse-variaties, die bij sommige mensen

bij de geboorte zichtbaar zijn of pas in de puberteit aan het licht komen, maar bij andere mensen geen (medische) symptomen geven. Dat intersekse/DSD niet altijd zichtbaar is, zorgt er ook voor dat de gevolgen op onder meer zorg-, psychosociaal, en seksueel vlak niet altijd even duidelijk belicht worden. Ook de juridische en ethisch-filosofische dilemma's komen onvoldoende aan bod. Dit themanummer van het *Tijdschrift voor Seksuologie* wil daarom via een unieke samenwerking tussen Nederlandse en Vlaamse experts het thema verder uit de geheimzinnige duisternis laten treden.

## Intersekse/DSD in de praktijk

Zoals in dit nummer meermaals zal worden aangehaald, is het de theorie van John Money die het intersekse/DSD-beleid sinds de jaren '50 tot '90 van de vorige eeuw fundamenteel heeft beïnvloed (zie ook Karkazis, 2008; Reis, 2012). Ironisch werd dit beleid geïnspireerd door een casus zonder intersekse/DSD-conditie. Het verhaal van John/Joan (of Brenda/Bruce Reimer, zoals dat later werd opgetekend in het beroemde stuk van Colapinto (1997)), start bij een circumcisieongeluk, waarbij John's penis afsterft waarna door Money en het behandelteam aan de *Johns Hopkins Medical School* aan de ouders van John wordt aangeraden het kind verder als meisje (Joan) op te voeden uit angst dat het kind zonder penis niet als jongen/man gelukkig zou kunnen zijn. Daarbij was het ook belangrijk Joan een vrouwelijk genitaal uiterlijk te geven opdat het kind geen gendertwijfels zou hebben. Deze beslissing was gestoeld op Money's algemene *Optimal gender of rearing* theorie (1972) die poneerde dat (1) individuen psychoseksueel neutraal waren bij de geboorte en dat hun genderidentiteit voornamelijk afhing van het opvoedingsproces (*nurture*) en niet van biologie (*nature*) en dat (2) een gezonde psychoseksuele ontwikkeling en psychosociale aanpassing afhankelijk was van het genitaal uiterlijk (zijnde een adequate penis voor jongens; een vagina en geen al te opvallende clitoris voor meisjes). Indien de penis als inadequat werd aanzien voor een succesvolle aanpassing als jongen/man, werden kinderen toegewezen aan het vrouwelijke ge-

De gastredactie werd gevormd door:

Dr. N. Callens, psycholoog-onderzoeker, Onderzoekscentrum voor Cultuur en Gender, Universiteit Gent

Prof. Dr. J. Motmans, Coördinator Transgenderinfopunt, Universitair Ziekenhuis Gent

Prof. Dr. C. Longman, Hoofd Centrum Gender & Cultuur, Universiteit Gent

Correspondentie: N. Callens, Onderzoekscentrum voor Cultuur en Gender, Rozier 44, 9000 Gent, België. E: nina.callens@ugent.be

<sup>1</sup> Het bepalen van een algemeen incidentie-cijfer blijkt moeilijk (zie ook van Lisdonk, 2014). De prevalentie van bepaalde geslachtsvariaties ligt hoger in ethnische groepen afkomstig van Zuid-Europa, Noord-Afrika en Azië omwille van een hoge graad van consanguïneïteit (Josso, Audi, & Shaw, 2011). Eveneens bestaat er discussie over de operationele definitie van DSD/intersekse zoals bepaald door de *Consensus Statement on the Management of Intersex Disorders* (Hughes et al., 2006), en meer bepaald of prevalentie(re) mildere vormen van hypospadie en het klassieke Turner- en Klinefeltersyndroom, maar ook bijrijerschorshyperplasie tot DSD/intersekse moeten worden gerekend (Arboleda, Sandberg, & Vilain, 2014).

<sup>2</sup> Het label 'ambigu genitaal' wordt enkel gebruikt bij pasgeborenen waarbij het niet meteen duidelijk is wat de meest geschikte geslachtstoewijzing is volgens klinici aanwezig bij de geboorte van het kind (Ahmed et al., 2015).

slacht. Het verkleinen van de genitale incongruïteit was essentieel (en bij meisjes gemakkelijker chirurgisch te ondernemen dan bij jongens) zodat ouders hun kind consistent en consequent konden opvoeden in het gekozen gender. Daarbij werd ook gevraagd aan de ouders om over de conditie te zwijgen (of te liegen), zodat er geen ondermijnende invloed kon zijn op het zelfgevoel en de ontwikkeling van een mannelijke of vrouwelijke genderidentiteit, gepast genderrolgedrag en een heteroseksuele oriëntatie niet in gedrang werd gebracht. Hoewel Money jaren heeft volgehouden dat Joan gelukkig was in de vrouwelijke genderrol, toonden onder meer Diamond en Sigmundson (1997) aan dat zij zich steeds vragen heeft gesteld bij haar vrouwelijke lichamelijke ontwikkeling en identiteit, en vanaf de leeftijd van 14 jaar terug in de mannelijke genderrol was gaan leven (maar ook daar was hij ongelukkig - John/Joans verhaal eindigde helaas met suïcide).

Diamond en Sigmundson (1997) zagen dit als het ultieme bewijs van de rol van *nature* over *nurture*, en stelden dat menselijke embryo's een bepaalde biologische predispositie hebben voor eerder een mannelijke of eerder een vrouwelijke ontwikkeling. Eén van factoren die de biologische predispositie determineert, is de invloed van hormonen – en meer bepaald androgenen – op het brein en dus ook op het gedrag (Hines, 2004). Overzichtsstudies tonen aan dat androgenen weliswaar een grote invloed hebben op genderrolgedrag (wat door de maatschappij als typisch mannelijk of vrouwelijk gedrag wordt aanzien), maar de link met genderidentiteit is veel minder duidelijk (Hines, 2004). De overgrote meerderheid bijvoorbeeld (>95%) van meisjes en vrouwen met 46,XX bijnierschorshyperplasie die prenataal zijn blootgesteld aan grote hoeveelheden testosteron, zijn tevreden met hun vrouwelijke genderidentiteit, ook al vertonen ze vaak interesses of gedrag dat door de maatschappij als typisch mannelijk wordt aanzien (Dessens, Slijper & Drop, 2005). Er zijn bovendien een aantal problemen met het meten van het prenatale androgeenniveau, omdat dit alleen indirect kan gebeuren. De extrapolatie van de 'vermannelijking' van de genitaliën naar het brein is ook problematisch omdat seksuele differentiatie van de genitaliën en die van het brein niet op hetzelfde ogenblik in de zwangerschap plaatsvinden en dus onafhankelijk van elkaar kunnen worden beïnvloed (Bao & Swaab, 2011). Biologie voorspelt de identiteit niet per se, en de manier waarop de sociale omgeving (ouders, school, leeftijdsgenoten, dokters) omgaat met deze kinderen heeft ook absoluut een invloed op hoe iemand (met of zonder intersekse/DSD) zich uiteindelijk zal voelen en gedragen (Liao, 2004; Liao, Audi, Magritte, Bahlburg, & Quigley, 2012).

Dat blijkt ook uit de levensverhalen van ervaringsdeskundigen (zie van Heesch, 2015) – inclusief dat van John/Joan (Colapinto, 1997). Hoewel hij geen intersekse/DSD conditie had, heeft hij wel de 'ervaring' doorlopen, met name het web van geheimzinnigheid waarin hij en zijn familie verstrikt zat. Het is die ervaring, en

het gebrek aan persoonlijke daadkracht, die activisten eind jaren '90 aanhaalden als nefast voor een positief gevoel van eigenwaarde, welzijn en seksualiteitsbeleving (Chase, 1998). Energie puttende uit andere sociale bewegingen, zoals de vrouwenrechten- en burgerrechtenbeweging, klaagden ervaringsdeskundigen en hun bondgenoten aan dat de pogingen in de klinische praktijk om een 'stabiele' genderidentiteit te verschaffen juist twijfel zaaiden en gevoelens van schaamte en minderwaardigheid aanwakkerden. Ze riepen op de irreversibele genitale en hormonale behandelingen bij kinderen en jongeren in het kader van een heteroseksistisch en –normatief model een halt toe te roepen (Chase, 1998; Kessler, 1998).

De kritiek op de *standard of care* bracht het veld eind jaren '90 in een grote crisis. Hiaten in langetermijnonderzoek, maar ook wetenschappelijke fraude, dwarsboomden een *evidence-based* beleid, waarin de noodzakelijkheid, doeltreffendheid en veiligheid van zorgkeuzes onvoldoende kritisch in vraag werden gesteld (Dreger, 1998). Als antwoord op de crisis stelde in 2005 een groep experts (voornamelijk zorgverleners, maar in samenspraak met enkele ervaringsdeskundigen) op een bijeenkomst in Chicago voor om deze condities te gaan 'behandelen' zoals elke andere biologische (genetische en/of hormonale) ontwikkelingsconditie, waarin multidisciplinaire langetermijnzorg, inclusief psychologische ondersteuning, transparantie en open communicatie en participatie in zorgbeslissingen, als pijlers van een goed en holistisch zorgbeleid werden gezien (Hughes et al, 2006).

Ook een alternatieve medische nomenclatuur en classificatie gebaseerd op de term *Disorder of Sex Development (DSD)* werd voorgesteld door diezelfde expertgroep – en blijkt een decennium later algemeen aanvaard in medisch vakjargon (Pasterski et al, 2010; Lee et al., 2016) – omdat ze werden verondersteld de enigszins verwarrende terminologie en classificatie (voor zowel ouders, ervaringsdeskundigen als medische zorgverleners) gebaseerd op *hermafrodit*, maar ook *intersekse* te vervangen, en de biologische achtergrond van deze ontwikkelingsvariëaties nauwkeuriger te beschrijven (Dreger, Chase, Sousa, Gruppuso, & Frader, 2005; Hughes et al, 2006). De term 'stoornis' werd gekozen omdat – weliswaar bij een minderheid van de groep – de geslachtsvariatie kan wijzen op een ernstige onderliggende hormonale problematiek, waarbij snel (hormonaal) ingrijpen van levensbelang is. Hoewel DSD eerder een conditie labelt ('uw kind/u heeft een DSD'), eerder dan een persoon ('u bent geen DSD'), krijgt de term heel wat tegenwind van (mensenrechten)activisten en sommige belangenorganisaties, omdat ze volgens hen een biologisch natuurlijk voorkomend fenomeen pathologiseert en medicaliseert (i.e. (niet noodzakelijke) medische behandelingen in de hand kan werken), en zij (her)claimen daarom de term *intersekse*. (NNID, 2013). Deze laatste term refereert in de eerste plaats naar het biologische geslachtsspectrum, maar wordt

niet zelden gebruikt in sociaal identiteitsverband ('ik ben intersekse') dat ook het binaire *genderformat* wil uitdagen (Davis, 2015). De terminologie anno 2017 verdeelt, ook in de Belgische en Nederlandse context, en niet alle ervaringsdeskundigen of families, belangengroeperingen en zorgverleners zijn het met elkaar eens. Ook niet als het gaat om het inzetten van een medische behandeling wanneer de medische noodzaak op gezondheidsvlak ontbreekt, maar ingegrepen wordt op basis van andere redenen (bijvoorbeeld omwille van cosmetische redenen) (Feder, 2014; Karkazis, 2008). Geslachtsvariaties zijn – op enkele uitzonderingen na – niet levensbedreigend en er is voldoende tijd om beslissingen te nemen. Er gaan vele stemmen op voor protocolverandering, eentje waarin de geboorte van een kind met intersekse/DSD of vaststelling van de conditie bij een jongere niet als een medisch spoedgeval kan worden beschouwd, maar als een sociaal gebeuren waarbij kinderen, jongeren en hun ouders procesmatig ondersteund (moeten) worden bij het begrijpen van de ontwikkelingsvariatie en specifieke uitdagingen, met als doel ze zo geïnformeerd en zo zelfverzekerd mogelijk te laten (op)groeien, met de grootste mogelijke zelfbeschikking (van Heesch, persoonlijke communicatie; Magritte, persoonlijke communicatie).

Ten gevolge van de discussies over hoe en welke accenten in hulpverlening en onderzoek precies moeten worden gelegd en omdat voor klinici in de Nederlandstalige praktijk een actuele stand van zaken ontbreekt – ondanks toegenomen (politieke) druk om die praktijk bij te stellen –, werden door ons experts vanuit verschillende disciplines uitgenodigd om de impact van intersekse/DSD op zorg-, psychosociaal, juridisch, gender- en psychoseksueel vlak uitgebreider toe te lichten en verdere discussie over deze thematiek te stimuleren.

### Overzicht van de artikels

**Callens, van de Grift en Cools** geven in hun bijdrage een beknopt overzicht van enkele variaties in de geslachtsontwikkeling, van de belangrijkste aspecten bij medische en psychologische begeleiding, en van de dilemma's die zich voordoen bij het bepalen van het beste zorgbeleid voor die condities. Ze evalueren ook hoe de klinische richtlijnen, voorgesteld door de expertgroep in Chicago, tien jaar later in de psychomedische praktijk en in onderzoek ingang hebben gevonden om het welbevinden van betrokkenen zelf en hun families te optimaliseren.

Dat het lichaam van een persoon met een DSD/intersekse-variatie verschilt van het heersende beeld van een 'mannen-' of 'vrouwenlichaam' (van Lisdonk, 2014), daar staan **Motmans en Longman** in hun bijdrage vanuit een kritische genderstudiehoek verder bij stil. Zij gaan na wat de belangrijkste verschuivingen, maar ook vormen van continuïteit zijn in de geschiedenis van het (westers) denken over sekse, gender en lichamelijke, die specifiek bijdragen tot de manier waarop zowel in de medische wereld, de wetenschap, als bredere maatschappij omgegaan wordt met de sociale

constructie van geslacht – of om het in de woorden van Spaink te zeggen, de binaire fictie: *"De gedachte dat er slechts twee seksen zijn is fictie. Een zwaar gecodificeerde fictie zelfs, met een uitgebreid voetnotenapparaat en een strenge grammatica, maar toch: fictie."* (Spaink, 1998, p.32).

Hoewel de meeste mensen met een intersekse/DSD variatie zich óf man óf vrouw voelen en zich ook zo presenteren, kunnen ze – net als mensen zonder DSD/intersekse, op een bepaald ogenblik in hun leven het gevoel hebben dat hun genderidentiteit niet overeenstemt met het gender dat hen bij de geboorte is toegewezen. Als gevolg daarvan kunnen ze beslissen om via legale wegen hun naam en/of lichaamskenmerken aan te passen zodat die nauwer aansluiten bij hoe ze zichzelf (willen) ervaren (NNID, 2013; Organisation Intersex International [OII] - Europe & International Lesbian and Gay Association [ILGA] -Europe, 2015). **Dessens en van Hoorde** geven in hun artikel een samenvattend overzicht van de gender- en psychoseksuele ontwikkeling van mensen met intersekse/DSD en gaan ook in op enkele specifieke seksuele uitdagingen gerelateerd aan (in)fertiliteit, relatievorming en (lichaams)zelfvertrouwen.

De bijdrage van **Cannoot** focust op enkele juridische intersekse/DSD-uitdagingen: moet en op welke manier kan de autonomie van personen om invulling te geven aan biologische sekse juridisch beschermd worden? Is een wetgeving zoals die recent in Malta is doorgevoerd – waarbij een verbod is uitgesproken op irreversibele niet-medisch noodzakelijke heekunde bij minderjarigen – ook in Vlaanderen en Nederland wenselijk en haalbaar? En moet een antidiscriminatiewetgeving op grond van seksekenmerken – naast genderidentiteit en genderexpressie – toegevoegd worden? De Raad van Europa en Verenigde Naties gaan er alvast van uit dat een expliciete vermelding van intersekse-personen als doelgroep wordt verondersteld een volledig(ere) rechtsbescherming te garanderen en de zichtbaarheid van de groep te verhogen (European Union Fundamental Rights Agency (FRA), 2015; United Nations Human Rights Council & Juan E. Méndez, 2013). Zij pleiten er bovendien voor om dat te doen in het kader van een holebi- en transgenderemancipatiebeleid (HLBT+I), omdat verondersteld wordt dat de interseksegroep als seksuele minderheidsgroep moet opboksen tegen gelijkaardige vooroordelen en discriminatie.

Deze laatste opstelling (net als het gebruik van intersekse/DSD-terminologie) verdeelt ervaringsdeskundigen en families (Davis, 2015), evenals lotgenoten-, en belangengroepen, en medische zorgverleners (Cools et al., 2016). Hoewel toegenomen aandacht voor het bestaan van een atypische sekse-ontwikkeling bij een groter publiek wordt toejuicht, wordt ook de manier aangeklaagd waarop politieke beleidsmakers tot wetmatige beslissingen en specifieke actiepunten komen zonder inspraak van alle stakeholders en zonder uitgebreider (cijfer)materiaal over de maatschappelijke posi-

tie, zorg- en leefsituatie en stigma-ervaringen van personen en hun families. In de bijdrage van **van Lisdonk en Callens** staat daarom – naast het psychomedische en mensenrechtenperspectief in andere bijdragen in dit nummer - het sociale perspectief in de beleving van personen met intersekse/DSD centraal. Hun artikel is gebaseerd op beleidsvoorbereidend onderzoek in Vlaanderen en Nederland, waarvoor ruim dertig interviews en gesprekken zijn gehouden met enerzijds ervaringsdeskundigen en anderzijds met ouders van kinderen met intersekse/DSD. De auteurs gaan specifiek in op de gevarieerde wijze waarop ervaringsdeskundigen zichzelf labelen, hoe ze zichzelf verenigen in organisaties, op welke manier stigma (g)een rol speelt en of/hoe ervaringsdeskundigen te maken krijgen met discriminatie in en toegang tot de zorg. Zij sluiten het themanummer ten slotte ook af met een blik op de toekomst van dit veld met het oog op het optimaliseren van het welbevinden van mensen en families met intersekse/DSD.

Ondanks de verschillende accenten en nuances die de deelnemende auteurs leggen en met Descartes' zekerheid nog steeds in het achterhoofd, is de rode draad doorheen dit themanummer dat we niet mogen twijfelen aan de kracht van twijfel. Oprechte twijfel en het openlijk delen van die twijfel met alle betrokkene(n) in dit intersekse/DSD-verhaal, kan de ogen verder openen voor tekortkomingen in hulpverlening en onderzoek, maar ook nieuwe mogelijkheden bieden waarmee we slagvaardig verder kunnen gaan. Horen we u nog twijfelen?

#### Literatuuroverzicht

- Ahmed, S. F., Achermann, J. C., Arlt, W., Balen, A., Conway, G., Edwards, Z., ... Willis, D. (2015). Society for Endocrinology UK guidance on the initial evaluation of an infant or an adolescent with a suspected disorder of sex development (Revised 2015). *Clinical Endocrinology (Oxford)*, 84(5), 771-788.
- Arboleda, V. A., Sandberg, D. E., & Vilain, E. (2014). DSDs: genetics, underlying pathologies and psychosexual differentiation. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(10), 603-615.
- Bao, A.-M., & Swaab, D. F. (2011). Sexual differentiation of the human brain: Relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(2), 214-226.
- Chase, C. (1998). Hermaphrodites with attitude. *GLQ: A Journal of Lesbian & Gay Studies*, 4(2), 189.
- Colapinto, J. (1997). The true story of John/Joan. *Rolling Stone*, 775, 54-73, 92-97.
- Council of Europe Commissioner for Human Rights (2015). Human rights and intersex people. Issue paper. Brussels.
- Cools, M., Simmonds, M., Elford, S., Gorter, J., Ahmed, S. F., D'Alberton, F., ... Technology Action, B. M. (2016). Response to the Council of Europe Human Rights Commissioner's Issue Paper on Human Rights and Intersex People. *European Urology*, 70(3), 407-409.
- Davis, G. (2015). *Contesting intersex: The dubious diagnosis*. New York: New York University Press.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M., & Drop, S. L. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389-397.
- Diamond, M., & Sigmundson, H. K. (1997). Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 151, 298-304.
- Dreger, A. (1998). 'Ambiguous sex'—or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality. *Hastings Center Report*, 28(3), 24-35.
- Dreger, A. D., Chase, C., Sousa, A., Gruppuso, P. A., & Frader, J. (2005). Changing the nomenclature/taxonomy for intersex: a scientific and clinical rationale. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 18(8), 729-733.
- European Union Fundamental Rights Agency [FRA]. (2015). The fundamental rights situation of intersex people. Brussels.
- Feder, E. K. (2014). *Making Sense of Intersex: Changing Ethical Perspectives in Biomedicine*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Hines, M. (2004). *Brain Gender*. New York: Oxford University Press.
- Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & Group, L. E. C. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563.
- Josso, N., Audi, L., & Shaw, G. (2011). Regional Variations in the Management of Testicular or Ovarotesticular Disorders of Sex Development. *Sexual Development*, 5(5), 225-234.
- Karkazis, K. (2008). *Fixing Sex: Intersex, Medical Authority, and Lived Experience*. Durham, NC: Duke University Press.
- Kessler, S. J. (1998). *Lessons from the Intersexed*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press.
- Lee, P. A., Nordenstrom, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., ... Global DSD Update Consortium. (2016). Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3), 158-180.
- Liao, L.-M. (2004). Development of sexuality: psychological perspectives. In A. H. Balen, S. M. Creighton, M. C. Davies, J. MacDougall & R. Stanhope (Eds.), *Paediatric and Adolescent Gynaecology. A Multidisciplinary Approach* (pp. 77-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Liao, L.-M., Audi, L., Magritte, E., Bahlburg, H. F. L., & Quigley, C. A. (2012). Determinant factors of gender identity: A commentary. *Journal of Pediatric Urology*, 8(6), 597-60.
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Nederlands Netwerk Intersekse/DSD [NNID]. (2013). Standpunten en Beleid. Nijmegen, the Netherlands.
- Organisation Intersex International & International Lesbian and Gay Association -Europe (2015). *Standing up for the rights of intersex people – How can you help?* Brussels, Belgium: Corelio Printing.
- Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, 95(8), 618-623.
- Reis, E. (2012). *Bodies in Doubt. An American History of Intersex*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sax, L. (2002). How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *Journal of Sex Research*, 39(3), 174-178.
- Spaink, K. (1998). *M/V\* doorhalen wat niet van toepassing is*. Amsterdam: Nijgh & van Ditmar.
- United Nations Human Rights Council, & Juan E. Méndez. (2013). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Retrieved February 7, 2013, from [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf).
- van Heesch, M. (2015). *Ze wisten niet of ik een jongen of een meisje was: kennis, keuze en geslachtsvariaties*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- van Lisdonk, J. (2014). *Leven met intersekse/dsd: Een verkennend onderzoek naar de leefsituatie van personen met intersekse/dsd*. Den Haag, Nederland: Sociaal en Cultureel Planbureau.