

Debatt

Unødig patologisering

Elsa Almås
professor i sexologi

Esben Esther Pirelli Benestad
Lege, familieterapeut og professor i sexologi ved Universitetet i Agder

Silje-Håvard Bolstad
psykologspesialist

Forståelsen av kjønnsinkongruens bør bevege seg i en ressurs- fremfor patologorientert retning.

Rønstad og Rings (R & R) innlegg i Psykologtidsskriftets juli-utgave uttrykker bekymring for at identifiserte deler av helsevesenet skal overse alvorlige psykiske lidelser hos ungdom som opplever kjønnsinkongruens. Vi vil gjøre vårt beste for å oppklare noen av de misforståelsene som presenteres, men det er ett punkt der vi klart er uenige, og det er i synet på kjønnsinkongruens i seg selv som en psykisk lidelse.

Tvil og misforståelser

R & R sår tvil om faglig kompetanse hos følgende navngitte personer: Silje-Håvard Bolstad, spesialist i klinisk psykologi og spesialist i sexologisk rådgivning; Elsa Almås, spesialist i klinisk psykologi, spesialist i klinisk sexologi NACS og professor i sexologi; Esben Esther Pirelli Benestad, allmennlege, spesialist i klinisk sexologi NACS og professor i sexologi. Til sammen representerer vi tre 85 års klinisk erfaring. Vi følger Standards of Care, utarbeidet av World Professional Association for Transgender Health (Coleman et al., 2011).

R & R peker på «upresise uttalelser i media», og trekker frem en uttalelse fra Benestad i programmet «Torp», der hen uttaler at psykiske problemer «faller som epler fra trærne om høsten». Bakgrunnen for uttalelsen var resultater fra en undersøkelse gjort ved Universitetet i Agder i 2018. Denne viser at de som opplever å ha fullført sin kjønnsbekreftende prosess, rapporterer dramatisk mindre symptomer på depresjon. Og av de 30 prosent av respondentene som har gjort selvmordsforsøk, svarer 90 prosent at det skjedde før kroppsjusterende behandling, og kun 5 prosent at det skjedde etter behandlingen. Dette er oppsiktsvekkende! R & R viser til Dhejne og kolleger som grunnlag for å hevde at selvmordsrisiko ikke reduseres ved behandling. Dhejne og kolleger hevder imidlertid ikke at selvmordsrisikoen er høyere etter behandling enn før behandling, men at den er høyere hos pasienter som har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling, enn hos en kontrollgruppe som består av ikke-kjønnsinkongruente (Dhejne et al., 2011). R & R refererer også til Adams og kolleger for å vise hvordan vi tar feil. Denne artikkelen er en gjennomgang av 42 studier som omhandler suicidalitet. Bare én av studiene som er referert, ser på suicidalitet før og etter behandling, og den viser at 15 prosent rapporterte selvmordsforsøk før behandling og 0 prosent etter behandling (Adams, Hitomi, & Moody, 2017; Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer, 1997).

Selv om mange opplever psykisk stress og psykiske problemer i forbindelse med kjønnsinkongruens, er det også mange som ikke gjør det på annen måte enn at de trives dårlig i kroppen sin

«Behandlingen som Bolstad og kollegaer fremmer overfor barn og ungdom, samsvarer ikke med strenge internasjonale guidelines, drøfter ikke risikoene som er knyttet til slik behandling, og feilfremstiller pårørendes velbegrunnede bekymringer.» Hva vet de om hva som faktisk drøftes i våre behandlingssammenhenger? R & R trekker frem retningslinjer fra Endocrinological Society (Hembree et al., 2017). Disse retningslinjene avviker ikke fra den praksis som vi anbefaler og praktiserer.

Aksept og anerkjennelse

R & R skriver at det er vanskelig å forstå «hvordan diagnosen kjønnsinkongruens, basert på en persons opplevde ubehag ved sin medfødte kropp og kjønn, ikke skal betraktes som en psykisk lidelse». Vi synes derimot at dette er lett å forstå, i møte med velfungerende mennesker som oppfyller kravene til diagnosen kjønnsinkongruens. Mange undersøkelser viser bedre psykisk fungering hos dem som får aksept og anerkjennelse for sin subjektive opplevelse av kjønnsidentitet. Psykiske problemer er resultat av minoritetstress og opplevelse av en vanskelig og noen ganger svært krevende livssituasjon.

«Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo og gruppen ved UiA mener likevel at de kan behandle uten å inneha den nødvendige ekspertisen fra psykisk helsevern.» Det er feil at Helsestasjonen ikke har den nødvendige ekspertisen fra psykisk helsevern; i tillegg har de sexologisk kompetanse og lang erfaring fra arbeid med kjønnsinkongruens.

«Paradokset gir etter vår mening et skinn av ideologiske motiv uten forankring i etablert medisinsk vitenskap.» De fleste fagpersoner i vår del av verden har god tro på at de som jobber fram diagnostiske retningslinjer (se ICD-11) er godt forankret i etablert medisinsk vitenskap, noe vi også er.

Fra patologi til ressurs

Ideologi er tydeligvis noe som R & R betrakter som farlig og suspekt. Med utgangspunkt i en nøytral eller positiv forståelse av ideologi ser vi at det skjer en endring i hvilke forklaringer som anvendes for å forstå kjønnsinkongruens, fra en patologiserende til en ressursorientert forklaring. De som søker hjelp for kjønnsinkongruens, skal møte behandlere med kompetanse som omfatter kunnskap om kjønn og identitetsutvikling, kunnskap om normal psykologisk utvikling, psykiske problemer og medisinske utfordringer. Ideelt bør de kunne møte tverrfaglige team i sitt lokalmiljø.

R & R er opptatt av at mange som opplever kjønnsinkongruens, «vokser det av seg» – det er vanlig at barn utforsker kjønn i perioder av livet. De færreste av disse opplever at de har en annen kjønnsidentitet enn de er tildelt, men en liten gruppe gjør det, og ønsker hjelp til å kunne leve som det kjønn de opplever seg som.

Selv om mange opplever psykisk stress og psykiske problemer i forbindelse med kjønnsinkongruens, er det også mange som ikke gjør det på annen måte enn at de trives dårlig i kroppen sin. Det er stadig flere som er svært velfungerende, som tar utdanning, er i jobb, og ikke opplever skam eller angst ved å være kjønnsinkongruent. Det er viktig å sørge for at de som har psykiske problemer, får nødvendig helsehjelp, men ikke utsette hele gruppen for omfattende psykiatrisk utredning. Det er unødvendig bruk av ressurser som kunne vært bedre anvendt.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 9, 2019, side 686-687

Referanser

- Adams, N., Hitomi, M., & Moody, C. (2017). Varied Reports of Adult Transgender Suicidality: Synthesizing and Describing the Peer-Reviewed and Gray Literature. *Transgender Health, 2*(1), 60 - 75. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0036>
- Cole, C.M., O'Boyle, M.O., Emory, L.E., & Meyer, W.J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior, 26*, 13 - 26. <https://doi.org/10.1023/A:1024517302481>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzeer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . . . Zucker, K.J. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism, 13*, 165 - 232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLOS ONE www.plosone.org, Vol 6*(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M.H., . . . T'Sjoen, G.G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 102*(11), 3869 - 3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>