

Evidensbasert behandling av barn og unge med kjønnsdysfori

Marit Johanne Bruset
privatpraktiserende, spesialist i klinisk psykologi

I kronikken «Å behandle den andre som objekt» unnlet Siri Gullestad å nemne at det ikkje er konsensus om forståing av kjønnsidentitet og diagnostisering av kjønnsinkongruens.



Marit Johanne Bruset. Foto: privat

I kronikken sin i septemberutgåva til Psykologtidsskriftet argumenterer Siri Gullestad for bekrefting av pasienten sin opplevde kjønnsidentitet ut frå ein rettighetstenking. Ho uttrykker at kjernen i debatten er å anerkjenne transidentitet som ein del av menneskelig variasjon. Bekrefting (affirmasjon) er kjernen i «the affirmative model», som også blir promotert gjennom

behandlingsretningslinjene (standard of care) til World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Denne modellen har ein kjønnspolitisk agenda (WPATH, 2022).

Bekrefting av opplevd kjønnsidentitet

Gullestad rettar skarp kritikk mot mitt innlegg «Kan vere respons på underliggende problem». Ho argumenterer for at bekrefting av pasienten sin opplevde kjønnsidentitet er avgjerande for å kunne skape kontakt og behandlingsallianse slik at pasienten i ein opnande samtale kan komme fram med seg sjøl utan å førestille seg.

Ifølge Gullestad handlar bekrefting om respekt for individets autonomi, og ho viser til at dette er grunnleggande i psykologers profesjonsetikk. Manglande bekrefting av pasienten sin kjønnsoppleving karakteriserer ho som klinisk naivt, i tillegg at det er å ta ein allvitande posisjon overfor pasienten.

Mindreårige versus vaksne

Gullestad skiller ikkje på pasienten sin alder når det gjeld bekrefting av opplevd kjønnsidentitet, noko eg synest er både oppsiktsvekkande og foruroligande.

I mine tidlegare debattinnlegg har merksemnda vore retta mot gruppa av mindreårige med kjønnsdysfori. Særleg på den nye populasjonen av unge (mest tenåringsjenter) med rask oppkommen kjønnsinkongruens utan tidlegare problematikk relatert til kjønn. Dei som dei siste tiåra har søkt behandling med ønske om «å skifte kjønn». Ein populasjon med komplekse tilstandar og høg grad av komorbiditet.

Følg debatten om kjønnsinkongruens.

Manglande differensiering i behandlingstilnærming overfor vaksne og mindreårige med kjønnsdysfori vil etter mitt syn avsløre mangel på erkjening av sårbarheitsfaktorar

For meg er kjernen i denne debatten at vi må tilby mindreårige som slit med kjønnsdysfori, så trygg og sikker behandling som mulig.

Gullestad går i kronikken til åtak utan å ta omsyn til avgjerande skilnadar i multiple variablar mellom mindreårige og vaksne. Til dømes utviklingsnivå / psykososial modning, føresetnad for å forstå konsekvensar og vurdere framtidsutsikter ved informert samtykke, i tillegg til juridisk posisjon i høve sjølvbestemming og rettar.

Mange spørsmål melder seg når det gjeld behandlingstilnærming for mindreårige:

- Korleis vurderer Gullestad spørsmålet om affirmasjon/sjølvbestemmelse og autonomi når det gjeld mindreårige?
- Er Gullestad på linje med SOC 8, der alle nedre aldersgrenser er fjerna når det gjeld behandlingsintervensjonar?

Manglande differensiering i behandlingstilnærming overfor vaksne og mindreårige med kjønnsdysfori vil etter mitt syn avsløre mangel på erkjening av sårbarheitsfaktorar. Særleg i vurdering av ein mogleg livslang medisinsk behandling for eit barn eller ein ungdom i puberteten.

Kunnskapsoppdateringar

I kronikken unnlet Gullestad å nemne at det i dag ikkje fins konsensus når det gjeld forståing av kjønnsidentitet og diagnostisering av kjønnsinkongruens. Ho nemner heller ikkje at kunnskapen om etiologi er heftig diskutert, likeså effekt av behandling, biverknader og komplikasjonar (Abbruzzese et al., 2023).

Etter at det i fleire land er gjort store statlege kunnskapsoppdateringar når det gjeld forskning på behandling av mindreårige, er det konkludert med at det er svak evidens for den «kjønnsbekreftande» behandlingsmodellen. Som følge av dette har våre naboland Sverige, Finland, Danmark og Storbritannia radikalt stramma inn behandlingstilbudet.

«Kjønnsbekreftande» behandling med hormoner gis berre unntaksvis til mindreårige og då etter strenge kriterier og kun innanfor kliniske studier med oppfølging over lang tid (Malterud, 2023).

Behandlingstiltak i form av sosial transisjon vert det åtvare imot fordi sosial kjønnsøvergang ikkje lenger er rekna som nøytral behandlingsintervensjon, til dømes av britiske helsemyndigheiter (National Health Service, 2022).

Her i landet har for første gong eit statleg organ (Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstenester, Ukom) slått alarm om dårleg dokumentert medisinsk behandling av kjønnsdysfori. Ukom har tilrådd at Helsedirektoratet reviderer den norske behandlingsretningslinja etter gjennomføring av ei statleg kunnskapsoppdatering (Ukom, 2023).

Bekrefting av kjønnsidentitet

Gullestad framhever psykoanalysen i behandling av kjønnsinkongruens. Det er difor av interesse kva ein psykoanalytikar med god kjennskap til behandling av mindreårige med kjønnsdysfori uttalar om bekrefting.

Dr. David Bell er tidlegare president i British Psychoanalytic Society. Han har lang tilknytning til Tavistock and Portman NHS Foundation Trust med førstehandskunnskap til bakgrunnshistoria som førte til vedtak om stenging av Gender-klinikken ved Tavistock i 2022.

Den rettslege prøvinga av informed consent (K. Bell vs Tavistock) førte som kjend til den uavhengige granskinga ved Dr. Hilary Cass. Resultatet var at britiske helsemyndigheiter vedtok stenging av Gender-klinikken og omorganisering til regionale senter med drift etter modell av tradisjonell barne- og ungdomspsykiatrisk praksis.

Bell avviser omgrepet «transgender» om barn. Han hevdar at denne nemninga fører til «foreclosure» som stoppar vidare utforsking og forståing av barnets utvikling. Han meiner det er ein klinikers oppgåve å vere nøytral, at tidleg bekrefting kan hindre utforsking, forståing og slik bidra til avstenging av behandlingsprosessen.

Bell karakteriserer tidleg bekrefting av barnet sin kjønnsoppleving som an abandonment of one's clinical responsibility (Bell, 2020).

Dr. Hillary Cass, som også har uttalt seg kritisk til affirmasjon og at sosial transisjon ikkje er nokon nøytral behandlingsintervensjon, har ein tankevekkande uttalelse om behandling av barn med kjønnsdysfori:

At «barn som strevar med kjønnsdysfori» er blitt erstatta av «the transgender child», og at både barnet, den kliniske tilstanden og ein naturleg fase i barnets utviklingsprosess er blitt politisert (The Cass Reviews foreløpige rapport, 2020). ×

Merknad: Marit Johanne Brusset er styreleder i Genid, et nettverk av helsepersonell og nære pårørende til personer med kjønnsinkongruens.

Referanser

- Abbruzzese, E., Levine, S. B. & Mason, J. W. (2023). The Myth of Reliable Research in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies – and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(6), 673–699. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- Bell, D. (2020). First do no harm. *International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 1031–1038.
- Cass, H. (u.å.). The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report. <https://cass.independent-review.uk>
- Malterud, K. (2023). Hva er faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp til barn og unge med kjønnsdysfori? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.23.0181>
- National Health Service (2022). Interim Service Specification Specialist Service for Children and Young People with Gender Dysphoria (Phase 1 Providers). 20. oktober 2022.
- Ukom. (2023). Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens. <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsin...>
- WPATH. (2022). Standards of care version 8. <https://www.wpath.org/soc8>