

Forståelsen av kjønn må utvides

Mar Skovgaard Dokken

Marina.Skovgaard.Dokken@siv.no

Ved å legge cisnormen til grunn i samfunnet og i behandlingsapparatet hindrer vi utviklingen av nye måter å leve i sitt kjønn på.



Mar Skovgaard Dokken

Foto: privat

Høsten 2024 deltok jeg på konferansen «Kjønnsinkongruens i utvikling: Fra dagens innsikt til morgendagens muligheter» i regi av Harry Benjamin Ressurscenter. Erfarne klinikere fra inn- og utland var samlet for å forelese om fagfeltets framtid. Flere foredragsholdere har bidratt til å begrense det medisinske behandlingstilbudet for transpersoner i sine respektive hjemland de siste årene. Norge

er i ferd med å følge denne trenden med å innføre restriksjoner i behandlingstilbudet. Trenden er forankret i det profesjonsetiske prinsippet om å ikke gjøre skade gjennom å gi behandling pasienten ikke trenger.

Ett spørsmål som likevel verken ble stilt eller besvart på konferansen, var hvilke antagelser som legges til grunn i denne forståelsen av skade, og av kjønnsinkongruens generelt. Jeg mener vi som fagpersoner i langt større grad må spørre oss hva som skal til for at det å ikke søke medisinsk behandling for kjønnsdysfori kan bli et reelt alternativ.

Hva er kjønn?

Kjønn er et sammensatt, abstrakt konsept som krever operasjonalisering når det skal diskuteres. Det norske begrepet kjønn omfatter både det som på engelsk kalles sex, altså ens biologiske oppbygning, og gender, altså de sosiale forventningene som er bygget rundt kjønn. Selv om noen argumenterer for at kjønn naturlig skilles av biologi, mener andre at en slik skillelinje er definert gjennom sosiale prosesser. Definisjonene av kjønn kan dermed oppfattes som lite håndfaste, samtidig som kjønn preger oss som individer og samfunn.

I denne teksten ser jeg på kjønn som et sosialt konstrukt som kan oppleves ulikt av ulike individer ut fra deres unike konstellasjoner av blant annet biologiske, kulturelle og sosiale faktorer.

Minoritetsstress og mikroagresjoner

Forståelsen av kjønn gir uunngåelige sosiale følger. Dersom en person bryter med de normative forventningene knyttet til kjønn, blir følgene ofte negative. Blant annet kan personen oppleve minoritetsstress, en form for mer eller mindre kronisk stress forårsaket av negative sosiale forhold grunnet tilhørighet til en marginalisert gruppe (Hendricks & Testa, 2012). Minoritetsstress kan trigges av målrettede angrep fra omgivelsene, men også av ubevisste mikroagresjoner hos avsender. Cisnormen, altså forventningen om at folk identifiserer seg med kjønn de ble tildelt ved fødsel, og kjønnsbasert minoritetsstress henger derfor nært sammen. Problemet med normer er at de ikke er så synlige for personer som ikke marginaliseres av dem. For å forstå hvordan normer påvirker, må vi altså lytte til dem som blir stigmatisert av den.

Mangel på anerkjennelse

Den nevnte konferansen satte søkelys på transpersoners psykiske helse, implikasjonene av å leve med og uten medisinsk kjønnsbekreftende behandling (MKB) og effektene av MKB på ulike helsefaktorer. Likevel ble ordene cisnormativitet og minoritetsstress aldri nevnt, og ingen brukerrepresentanter var representert blant foreleserne. Heller ikke de mange eksemplene på cisnormative mikroagresjoner ble anerkjent. For eksempel var det ingen forelesere som presenterte seg med pronomen, med den implisitte antakelsen om at kjønnsidentitet er mulig å se for andre. Ulike utsagn om å leve som «en mann i en kvinnekropp» utgjorde eksempler på hvordan personer feilkjønnnes gjennom kroppen de innehar. Videre ble det på konferansen beskrevet som udelt positivt om transpersoner gikk tilbake til å identifisere seg som cis, uten noen refleksjon rundt hva som kunne være årsaken til dette.

For meg ble foredragsholderens argumenter om å mane til forsiktighet i behandlingstilbudet lite overbevisende. For når pasientene forstås i en ukritisk cisnormativ kontekst, vil alternativet til MKB i stor grad være at de ikke får sin kjønnsopplevelse anerkjent.

Feilkjønn som norm

Tendensen til å analysere og forstå personer med kjønnsinkongruens i et cisnormativ lys gjelder ikke bare konferansen. Jeg er en ikke-binær psykolog, og har dermed et innblikk i transpersoners møte med helsevesenet som både pasient og behandler. Som pasient er normen å bli feilkjønn, og jeg har aldri blitt spurt om mine pronomen i møte med helsepersonell. Når jeg selv løfter at jeg er ikke-binær, blir det gjerne ignorert, men har også ledet til timelange digresjoner om unge hjernevaskede jenter eller hvor greit det går for behandleren min at jeg er «sånn». Som behandler har jeg sett variasjoner av setningen «Hun ønsker å bruke han-pronomen» utallige ganger i journaler. Jeg har sett usikkerheten mange klinikere har rundt hvorvidt de skal bekrefte transpasienter i sine beskrivelser, for tenk om det egentlig er psykisk uhelse, autisme eller traumer som ligger bak. Jeg har hatt pasienter som har uttrykt redsel når de må over til en ny behandler, fordi de ikke aner hvordan de vil bli møtt i den nye kontakten.

Slike negative måter å bli møtt på skjer ikke bare anekdotisk og unntaksvis, men framkommer igjen og igjen i forskning både nasjonalt (van der Ros, 2013) og internasjonalt (Thomas et al., 2024), også utenfor helsevesenet (Anderssen, 2021).

Antakelser om kjønn gjort gjennom en cisnormativ linse benytter stereotypiske kjønnskarakteristika og folkeregistrert personinformasjon. Derfor vil transpersoners møte med omgivelsene variere enormt avhengig av hvorvidt de har gjennomgått en medisinsk og juridisk transisjon eller ikke. For ikke-binære personer er slaget tapt før det har startet.

Forståelsen av kjønn må utvides

Ett argument som ofte brukes for en restriktiv medisinsk behandling av transpersoner, er at det ikke foreligger et tilstrekkelig forskningsgrunnlag når det gjelder hvilken effekt MKB har på kjønnsdysfori. Men ved å legge cisnormen til grunn i samfunnet og i behandlingsapparatet hindrer vi etter mitt syn utviklingen av nye måter å leve i sitt kjønn på. Ironisk nok kan dette lede til overbehandling (Gramvik, 2022). Å ansvarliggjøre en transkjønnet pasient for sitt ønske om medisinsk behandling blir dermed å ansvarliggjøre et individ for et samfunnsproblem. Det er et like umulig ansvar å ta som det er en kneblende munnkurv.

I et samfunn hvor transpersoner inkluderes, må vår forståelse av kjønn utvides. Dersom en transkvinne skal kunne leve godt uten MKB, må hennes identitet som kvinne anerkjennes med samme selvfølgelighet som en ciskvinnes, uten at hennes kropp brukes mot henne. Dersom vi skal kunne forebygge og behandle psykisk uhelse for ikke-binære personer, må vi kunne fange opp og respektere hvem de er. I en utvidet forståelse av kjønn må vi like naturlig innbefatte kvinner med skjeggvekst, menn med kvinnelig kodete navn, personer som vil transisjonere sosialt, men ikke medisinsk, personer uten kjønn, personer med vekslende kjønn, og uendelig mange andre kjønnsopplevelser.

Ettersom transpersoner er brukere av helsetjenester, enten fordi de søker behandling for fysisk og psykisk helse eller kjønnsbekreftende behandling, er helsevesenet en viktig arena for å kunne utvide samfunnets forståelse av kjønn. Å utforske pasientens identitet blir særlig viktig fordi maktforholdet mellom pasient og behandler er skjevt. Vi må la personen fortelle hvem vedkommende er, slik at vi sammen kan snakke om hva den enkelte har behov for.

Vi må ta jobben

Jeg mener det er viktig at det finnes et godt og tilgjengelig tilbud for MKB basert på informert samtykke. Men et slikt tilbud er ikke nok. Det å gjennomgå MKB burde ikke være et krav for å bli anerkjent som en transperson, like lite som det burde sees på som et negativt utfall. Behandlingstilbudet blir ikke bedre av å gjøre det mer restriktivt, men av at samtaler om cisnormativitet for alvor tas inn i helsevesenet. Den jobben tilhører oss, ikke pasientene. Vi må anerkjenne at alle har en kjønnsidentitet, og at denne er like biologisk forankret, sosialt konstruert, rigid og flytende uansett om man er trans eller cis.

Personer som er cis, må ikke benytte sin definisjonsmakt over hva som er en legitim opplevelse av kjønn, men lytte til pasientens opplevelser. Dersom vi ønsker å skape et reelt helsetilbud for transpersoner, må vi ta et oppgjør med cisnormen og skape et behandlingsrom som ikke er tolerant, men mangfoldig.

Referanser

- Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. & Holmelid, Ø. (2021). *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.
- Gramvik, S. (2022). En todelt kjønnsforståelse kan ha ført til overbehandling av transpersoner. *Kilden kjønnsforskning*. <https://kjonnsforskning.no/nb/2022/11/en-todelt-kjonnsforstaelse-kan-ha-fort-til-overbehandling-av-transpersoner>
- Hendricks, M. L. & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Thomas, S. D., Dempsey, M., King, R. J. & Murphy, M. (2024). Health Care Avoidance and Delay in the Transgender Population: A Systematic Review Exploring Associations with Minority Stress. *Transgender Health*. <https://doi.org/10.1089/trgh.2022.0202>
- van der Ros, J. (2013). *Alskens folk*. Likestillingscenteret.