

Samtalegruppe for ungdom med kjønnsinkongruens



Det mest sentrale var at tilbudet ga ungdommen anledning til å kjenne tilhørighet og fellesskap.

TEKST

Ronny Kristoffer Aaserud

PUBLISERT 1. september 2023

EMNER

Kjønnsinkongruens

samtalegruppe

psykososial oppfølging

Kjønnsinkongruens hos unge i Norge

Kjønnsinkongruens regnes i dag som en medisinsk tilstand hvor kjønnsidentiteten ikke stemmer overens med fødselskjønn (World Health Organization, 2019). Ingen vet sikkert hvor mange norske barn og unge som opplever kjønnsinkongruens. Studier fra andre land viser at mellom 0,17 % og 1,3 % av ungdom og unge voksne i den generelle befolkningen identifiserer seg med et annet kjønn enn fødselskjønn (Connolly et al., 2016; Sumia et al., 2017; Zucker, 2017). I den internasjonale behandlingslinjen Standards of Care 8 utgitt av World Professional Association for Transgender Health (SOC 8) henvises det til studier som viser at alt fra 1,2 % av ungdommer identifiserer seg som trans, til at så mange som 2,7 og opp til 7–9 % viser en eller annen form for kjønnsdiversitet (Coleman et al., 2022). Disse studiene antyder at det å utforske

kjønnsidentitet blant ungdom i dag har blitt en normal del av identitetsutforskningen i ungdomstiden.

Kjønnsinkongruens

Et eksempel på tilstanden er når en ungdom født med jentekropp opplever å være gutt og vil leve som gutt, eller motsatt. Erfaringsmessig er det også en del ungdommer som definerer seg som ikke-binær. Det vil si at de kan oppleve seg som både gutt og jente, at de ikke har noen kjønnsidentitet, eller at de flyter mellom flere ulike kjønnsidentiteter. Kjønnsinkongruens ledsages ofte av kjønnsdysfori, det vil si sterkt ubehag knyttet til kjønns spesifikke deler av kroppen eller til feilkjønn. Dette fører som regel til at en ønsker å foreta en sosial overgang for å kunne leve i tråd med opplevd kjønnsidentitet, og til et ønske om å endre kjønns spesifikke deler med hormoner og kirurgi.

Desentralisert hjelpetilbud

En stor andel av unge og voksne med kjønnsinkongruens har behov for psykososial oppfølging på ulike nivåer i helsetjenesten før, under og etter eventuell kjønnsbekreftende behandling med hormoner og kirurgi. Bakgrunnen for samtalegruppen på BUP Kongsvinger var Helsedirektoratets beslutning fra 2020 om at det skulle opprettes regionale tjenester som skal gi personer med kjønnsinkongruens helsehjelp og psykososial oppfølging nærmere der de bor.

Det eksisterende tilbudet ved den nasjonale behandlingstjenesten for kjønnsinkongruens (NBTK) på Rikshospitalet er avgrenset til å utrede om pasienter er egnet for kjønnsbekreftende medisinsk og kirurgisk behandling, og iverksette slik behandling. Formålet med desentraliseringen av helsetjenestetilbudet for barn og unge med kjønnsinkongruens er at de unge skal få dekket behovet for en mer helhetlig og sammenhengende tjeneste. Det vil si at de raskere skal få snakke med noen som har kompetanse på kjønnsinkongruens. Helsehjelpen kan for eksempel innbefatte psykososiale støttetiltak og/ eller psykoterapi, utforskende samtaler rundt kropp/kjønnsidentitet/seksualitet, samtalegrupper med likesinnede, samtaler med nærstående og hjelp til å skaffe behandlingshjelpemidler (penisproteser, bindere/kompresjonsvest, brystproteser, hårfjerning). Målet med helsehjelpen, slik det er definert av Helsedirektoratet, er å tilby de minst inngripende tiltakene først. Det vil si psykososiale tiltak som kjønnsutforskende samtaler og eventuell hjelp til å leve ut kjønnsidentiteten på alle livsområder. Dersom ikke slike tiltak reduserer kjønnsdysforien tilstrekkelig, kan man henvise ungdommene til kjønnsbekreftende hormonell og kirurgisk behandling for å dempe kjønnsdysforien. I Norge, Sverige, Finland, England, og deler av USA ses nå en faglig endring til at det først og fremst er psykososial støtte, kjønnsutforskende samtaler og behandling for psykiske lidelser som skal tilbys flertallet av ungdom med kjønnsinkongruens (Council for Choices in Health Care in Finland (COHERE), 2020, D'Angelo et al., 2021; Gender Exploratory Therapy Association, 2022; Spiliadis, 2019; The Cass Review, 2022).

Det første regionale senteret for kjønnsinkongruens (RSKi) ble etablert oktober 2020 ved Sykehuset i Vestfold (se Hansen et al., 2022 for en beskrivelse av tilbudet). Det regionale senteret for barn og unge ble lagt til BUP Tønsberg. I Ahus HF besluttet man at de regionale teamene for voksne og barn og ungdom i første omgang skulle etableres som rene kompetansetjenester som skulle jobbe med kompetanseheving, rådgivning og veiledning, kunnskapsspredning og fagutvikling, de er lokalisert på DPS Nedre Romerike og BUP Kongsvinger. Regionalt senter for kjønnsinkongruens barn og unge ved Ahus HF startet opp i januar 2021.

RSKi på BUP Kongsvinger

Vi ved RSKi BUP Kongsvinger ville prøve ut et gruppetilbud for ungdom med kjønnsinkongruens som allerede gikk hos oss i individualterapi. Gruppetilbudet bygger på en modell for kjønns- og seksualitetsbasert minoritetsstress og resiliens (Aaserud, 2021, s. 142) og det som kan avhjelpe negative effekter av minoritetsstress, nemlig å møte andre med kjønnsinkongruens for å dele erfaringer og strategier for å leve godt med kjønnsinkongruens. Minoritetsstress defineres som en psykisk tilleggsbelastning som medlemmer av en minoritetsgruppe opplever oppå alt annet stress et liv fører med seg (Testa et al., 2015; Aaserud, 2021). Det kan dreie seg om mobbing, diskriminering, vold og manglende anerkjennelse for opplevd kjønnsidentitet.

«Gruppetilbudet bygger på en modell for kjønns- og seksualitetsbasert minoritetsstress og resiliens»

RSKi består av forfatter, som er psykologspesialist og spesialist i sexologisk rådgivning (NACS), og psykologspesialist Anne Moss. Vi har periodevis hatt en lege i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og en spesialvernepleier tilknyttet teamet. I tillegg til å ha et tilbud til barn og unge med kjønnsinkongruens fra opptaksområdet til BUP Kongsvinger har vi en veiledende og rådgivende funksjon for kommune- og spesialisthelsetjenesten i nedslagsfeltet til Ahus HF, Innlandet HF og Østfold HF.

Temabaserte samlinger og rammer

Vi gjennomførte temabaserte samlinger hver uke til fast tidspunkt på 90 minutter (se tekstboks). Før oppstart av samtalegruppen hadde vi et eget informasjonsmøte med foreldrene. Her presenterte de seg og fortalte litt om barnet sitt og hvor barnet var i prosessen med å finne ut av egen kjønnsidentitet. Vi fortalte litt om RSKi og hva vi driver med, samt at samtalegruppe for ungdom med KI på BUP Kongsvinger var et prøveprosjekt for å høste erfaringer med hvordan det ville være å integrere et slikt tilbud i vanlig drift på en BUP.

Informasjonsmøtet var en blanding av undervisning om temaer relatert til kjønnsinkongruens og spørsmål og drøfting i plenum. Vi understreket hvor viktig det er

å anerkjenne kjønnsidentiteten og bruke det navn og pronomen som barnet synes er mest komfortabelt, og at familien er de viktigste støttespillerne for barna. Vi introduserte foreldrene for minoritetsstressmodellen, som er det teoretiske grunnlaget for samtalegruppen og innholdet i de åtte temabaserte gruppemøtene.

Innhold i gruppemøtene

| | |
|---|---|
| <p>Gruppemøte 1 Bli kjent og planlegging</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presentasjon med navn, alder, kjønn, pronomen • Skole og fritid • Grupperegler • Ønskede temaer for samlingene |
| <p>Gruppemøte 2 Kjønnsidentitetshistorien</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Har du kommet ut overfor familie/venner, og hvordan gjorde du det? • Hvor plasserer du deg på en tenkt linje fra 100 % gutt til 100 % jente (ikke-binær i midten)? |
| <p>Gruppemøte 3 Stigma og diskriminering</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Hva er kjønns- og seksualitetsbasert minoritetsstress? • Har du fått noen reaksjoner fra andre, og hvordan håndterte du det? |
| <p>Gruppemøte 4 Kjønnsuttrykk og passering</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan ønsker du at andre skal lese deg når det gjelder kjønn? • Er det viktig for deg å passere? • Hjelpemidler for å endre kjønnsuttrykk |
| <p>Gruppemøte 5 Kjønnsbekreftende medisinsk/kirurgisk behandling</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Refleksjoner rundt hva behandlingen innebærer kroppslig, psykisk, relasjonelt og seksuelt |
| <p>Gruppemøte 6</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Invitasjon av ulike personer med |

| | |
|--|--|
| Pasient- og brukerorganisasjoner | kjønnsinkongruens som forteller sin historie |
| Gruppemøte 7 Hvordan forholde seg til kjærester/seksualitet? | <ul style="list-style-type: none"> • Har en kjæreste rett til å vite at du har en annen kjønnsidentitet enn fødselskjønn? Hva er fordelene og ulempene ved åpenhet versus det å leve skjult? |
| Gruppemøte 8 Identitetsstolthet | <ul style="list-style-type: none"> • Vise videoen «I'm Transgender & I Love My Trans Body» og reflektere rundt positive sider ved det å være kjønnsinkongruent, https://www.youtube.com/watch?v=2d39yVEKyHs |

Gruppesammensetningen

Vi inviterte sju ungdommer til samtalegruppeforløpet. Alle ungdommene hadde fødselskjønn jente og var i alderen 11 til nesten 18 år. Den yngste og eldste i gruppen møtte kun en gang. Gruppen var heterogen når det gjaldt hvilken kjønnsidentitet de opplevde å ha, hvor gamle de var første gangen de stilte spørsmål ved egen kjønnsidentitet, hvorvidt de hadde debutert seksuelt, hvordan de identifiserte seg når det gjelder seksuell orientering, hvilke psykiske lidelser de hadde (om de hadde noen) og hvordan de fungerte generelt i livet sitt. Noen hadde ingen psykiske lidelser og fungerte godt skolefaglig og sosialt, men kunne for eksempel fremstå med noen svake eller få autistiske trekk. Andre igjen hadde en diagnose innen autismespekteret og fungerte ganske dårlig sosialt, mens noen med autisme fungerte relativt godt. Flere hadde enten tidligere strevd med skolevegring og sluttet på skolen av ulike grunner, eller sluttet på skolen underveis i samtalegruppeforløpet. Det var flere i gruppen det var bekymring rundt grunnet sosial tilbaketrekning. Det var noen ungdommer som kom fra familier med opprinnelse i konservative land, og dette virket inn på hvorvidt opplevelsen deres av kjønnsidentitet ble anerkjent. Selv om noen av ungdommene ikke ble anerkjent av foreldre og familie når det gjelder kjønnsidentitet, så opplevde de anerkjennelse fra venner, av behandlere og i samtalegruppen. Flere hadde både tidligere og aktuelt strevd med moderat depresjon, kronisk depresjon (dystymi) og ulike angsttilstander. Flere hadde også konsentrasjonsvansker uten at de hadde fått noen ADHD-diagnose, men kunne streve med følelsesmessig ustabilitet og selvskading av mindre alvorlig karakter.

«Vi lærte at det er viktig å tenke på alderssammensetning»

Noen av ungdommene hadde ikke noe ønske om eller var ambivalent til maskuliniserende hormonbehandling før samtalegruppeforløpet, men ble mer tydelige på at de ønsket det etter hvert. Én hadde blant annet beveget seg fra en mer ikke-binær transmaskulin identitet til en mer binær identitet som gutt. En undersøkelse viser at det ikke er så uvanlig for ungdom å transisjonere sosialt flere ganger i løpet av prosessen med å finne ut av egen kjønnsidentitet (Durwood et al., 2022). Det vil si at man går fra binær til ikke-binær identitet eller omvendt og kan transisjonere frem og tilbake opptil flere ganger. Et viktig funn fra den nevnte undersøkelsen var at det var uproblematisk for de unge å transisjonere flere ganger, de angret ikke på at de hadde transisjonert, og omgivelsene deres reagerte enten nøytralt eller positivt på dette.

Evaluering av samtalegruppen

Gruppen var preget av en bemerkelsesverdig stor raushet med hverandres ulikheter og av en inkluderende holdning. Tilbakemeldingen fra ungdommene var at de ønsket mer tid enn det som var avsatt fordi de satte stor pris på tiden sammen. Det var en atmosfære med stor takhøyde for ulike meninger og erfaringer, og en gjennomgående respektfull tone. Ungdommene var generelt svært tolerante og omsorgsfulle overfor hverandre og hverandres særegenheter.

«En annen viktig lærdom var at foreldrene ønsket et eget samtalegruppetilbud for nærstående»

Gruppesammensetningen varierte når det gjaldt kjønnsidentiteter, psykiske tilleggsvansker og funksjonsnivå, og speiler trolig populasjonen av kjønnsinkongruent ungdom man møter på i en BUP-sammenheng. I vår gruppe var det dog kun ungdom med fødselskjønn jente, og mange hadde en eller annen ikke-binær kjønnsidentitet. Deltakerne varierte også med hensyn til seksuell orientering og seksuelle identiteter og hvorvidt de hadde debutert seksuelt. Vår erfaring med gruppen var at de hadde mye språk og begreper for ulike seksuelle tenningsvariasjoner og seksuelle identiteter, men at dette kanskje bunnet mer i sekundærerfaringer og ting de hadde lest om, enn at de hadde erfart det selv.

Temaene ble til tider overfladisk behandlet, og vi tenker at man med fordel kan dvele mer enn det vi gjorde, særlig ved temaer som identitet generelt og hvilke kjønnsroller dagens ungdommer forventes å fylle. Hvordan er det egentlig å være gutt versus jente i dag, og hvordan vil det være å leve som mann eller kvinne i fremtiden? Hvilke væremåter, interesser, tanker, følelser, holdninger, klesstiler, hårsveiser og annet er det henholdsvis gutter og jenter forventes å ha i dag?

Vi lærte at det er viktig å tenke på alderssammensetning. Vi hadde i første omgang invitert ungdommer i alderen 11 til nærmere 18 år. Det viste seg å bli for stort alderssprik med tanke på sosial og seksuell modenhet i ungdomstiden, og vi valgte derfor å ta den yngste ut av gruppen. Selv om 11-åringen var oppegående og relativt moden, gjør ungdommer på slutten av puberteten og ungdomstiden seg helt andre erfaringer med hensyn til seksuelle relasjoner og festing. Når det gjelder gruppeledernes funksjon, hadde vi mer rollen som ordstyrere enn undervisere, fordi målet for initiering av gruppen var at ungdommene skulle komme sammen for å dele egne opplevelser og hvordan de takler situasjoner relatert til kjønn.

Vi erfarte at rammene var gode selv om møtetidspunktet med fordel kunne vært lagt til etter skoletid. Vår erfaring med å være gruppeledere samtidig som vi jobbet som klinikere på BUP, var at det gikk helt fint å gjennomføre samtalegruppeforløpet i tillegg til annen klinisk virksomhet. Det kunne til og med avlaste noe, fordi en del av pasientene våre bare gikk i gruppe de åtte ukene samtalegruppeforløpet varte. Vi fikk dermed frigjort tid til andre oppgaver og pasientkonsultasjoner.

Samtalegruppeforløpet kunne ha fortsatt som en «slow open»-gruppe på BUP, slik at nye ungdommer med kjønnsidentitet som tema kunne bli godt tatt imot av veteraner i gruppen. Vi valgte heller å videreføre gruppen til førstelinjetjenesten, og har regelmessig veiledet to helsesykepleiere i kommunen som fulgte gruppen frem til juni 2023. Planen er at gruppetilbudet skal bli et interkommunalt samarbeid med kommunene i Kongsvinger-området, siden ungdommene også bor utenfor Kongsvinger kommune. Målet er at tilbudet skal bli fast på kommunalt nivå, noe som er helt i tråd med den nasjonale faglige retningslinjen for helsetjenestetilbudet til personer med kjønnsinkongruens (Helsedirektoratet, 2020), Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022) og retningslinjen for Helsestasjon for ungdom (HFU) (Helsedirektoratet, 2023).

Fordelen med å videreføre og etablere SUKI (Samtalegruppe for ungdom med kjønnsinkongruens) i kommunen er at det blir mer tilgjengelig for ungdommene, og at det er mye lavere terskel for å bli med. Nye ungdommer som ønsker å delta, trenger ingen henvisning og kan bare ta en telefon til gruppelederne og møte opp. En annen fordel er at prosjektet bidrar til kompetansespredning til flere helsepersonell, som blir bedre på å møte ungdommer med kjønnsinkongruens etter lærer/svenn-metoden. Dette vil komme fremtidens barn og unge med kjønnsinkongruens til gode. At samtalegruppen legges til et lavterskeltilbud i kommunen og etter skoletid, vil også kunne føre til bedre oppmøte.

Oppsummert

Tilbakemeldingen fra ungdommene var at det viktigste for dem, var at de følte på mer tilhørighet og fellesskap. Bare det å komme sammen med andre i tilsvarende situasjon opplevdes trygt og godt. Overordnet var gruppen preget av at deltakerne hadde en bemerkelsesverdig raushet med hverandre, noe som bidro til en inkluderende atmosfære. Ved å få besøk av eldre personer som hadde gjennomgått kjønnsbekreftende

behandling, og som hadde levd flere år med kjønnsinkongruens, kunne ungdommene se at det går bra med folk, og det føltes godt. De satte også pris på å få oppdatert og nyansert kunnskap om kjønnsbekreftende behandling i form av maskuliniserende hormonbehandling med testosteron, om muligheter og begrensninger ved konstruksjon av penis, samt om ulike måter å maskulinisere brystkassen på. En annen viktig lærdom var at foreldrene ønsket et eget samtalegruppetilbud for nærstående, slik at de kunne dele erfaringer og utfordringer i hverdagen med å yte omsorg til sine ungdommer. En bør tilstrebe stor grad av fleksibilitet, da gruppesammensetningen for hvert samtalegruppetilbud kan være ganske forskjellig, og de unge kan ha ulike behov og ønsker ut fra hvor de befinner seg i sin kjønnsutforskende prosess. Den nasjonale retningslinjen fremhever også at kompetansen til helsepersonell som jobber med personer med kjønnsinkongruens, må styrkes på alle tjenestenivåer. Et ferdigstilt og kvalitetssikret faglig forsvarlig samtalegruppetilbud vil støtte opp under dette. Vårt ønske er at samtalegrupper etter vår modell også skal implementeres i andre BUP-er i Ahus og ellers i Norge.

Merknad: Forfatter har innhentet samtykke til publisering

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 9, 2023, side 559-565

TEKST

Ronny Kristoffer Aaserud

KONTAKT: Ronny.Kristoffer.Solvang.Aaserud@ahus.no

+ Vis referanser

Aaserud, R. (2021). Kjønnsinkongruens hos ungdom. Hvordan kan man forstå ungdom som er usikre på egen kjønnsidentitet? Gyldendal. Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L. (...) & Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, International Journal of Transgender Health, 23(1), S1-S259, <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone, C. J., Johnson, C. C. & Joseph, C. L. M. (2016). The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. Journal of Adolescent Health, 59(5), 489-495. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012>

Council for Choices in Health Care in Finland (COHERE) (2020). Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors - recommendation (summary.) Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial Translation.pdf (segm.org)

D'Angelo, R., Syrulnik, E. & Ayad, S. (2021). One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. Archives of Sexual Behavior, 50, 7-16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>

Durwood, L., Kuvalanka, K. A., Kahn-Samuels, S., Jordan, A. E., Rubin, J. D., Schnelzer, P., Devor, A. H. & Olson, K. R. (2022). Retransitioning: The experiences of youth who socially transition

genders more than once. *International Journal of Transgender Health*, 23(4), 409-427. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2085224>

Gender Exploratory Therapy Association. (2022). *A Clinical Guide for Therapists Working with Gender-Questioning Youth*. Version 1. https://www.genderexploratory.com/wp-content/uploads/2022/12/GETA_ClinicalGuide_2022.pdf

Hansen, M. R., Ettelt, S., Bjerkeli, E. T., Josdal, D. A. (2022). Fra utenforskap til fellesskap. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(9), 792-797. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2022/08/fra-utenforskap-til-fellesskap>

Helsedirektoratet. (2020). Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens>

Helsedirektoratet. (2023). Nasjonal faglig retningslinje: Helsestasjon og skolehelsetjenesten. Hentet 15.08.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet 15.08.23 fra [Snakk om det!- regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Spiliadis, A. (2019). Towards a gender exploratory model: Slowing things down, opening things up and exploring identity development. *Metalogos Systemic Therapy Journal*, (35). ISSN 2241-6773

Sumia, M., Lindberg, N., Työljärvi, M. & Kaltiala-Heino, R. (2017). Current and recalled childhood gender identity in community youth in comparison to referred adolescents seeking sex reassignment. *Journal of Adolescence*, 56(1), 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.01.006>

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K. & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65-77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

The Cass Review. (2022). *Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People: Interim Report*. Sist oppsøkt 14.8.23: <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11. utg.)*. <https://icd.who.int/>

Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*, 14(5), 404-411. <https://doi.org/10.1071/sh17067>