

Autisme spektrum forstyrrelser og transkøn

# Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet

Udarbejdet af:

Inge Sommer Thuesen (Thue)

Studienr.: 20131883

Afleveret: 11. maj 2015

Gruppenr.: 15grsx1017

Anslag: 106.123

Vejleder: Christian Graugaard

**Abstract**

**Background**: The literature shows a co-occurrence of autism spectrum disorders (ASD) and transsexualism (transgender) but it does not unambiguously illustrate how to understand the co-occurrence or whether it should be considered as dysphoric. More insight in co-occurrence is relevant to provide the correct support to transsexuals with ASD.

**Aim**: To explore the existing knowledge on ASD and transgender, and additionally investigate the challenges transpersons with ASD explores from a biological, psychological and social aspect.

**Methods**: A comprehensive search of scientific online databases and reference lists was conducted. Publications based on qualitative and quantitative research including case studies, were selected.

**Results**: 21 articles and reports were selected and discusses. The different methods and instruments in the reports limit generalization, but the incidence of ASD in transsexuals is frequent with overrepresentation of males; a co-occurrence in symptoms and behavior characteristics in ASD and transpersons and neurobiological and physiological impacts of women with ASD in particularly.

**Conclusion**: Future research should explore gender identity formation longitudinaly to improve our understanding of co-occurrence of ASD and transgender.

**Resumé**

**Baggrund**: Litteraturen peger på at der er en sammenhæng mellem autisme spektrum forstyrrelser (ASF) og transkøn, men giver ikke et entydigt billede af hvordan sammenhængen kan forstås eller om den opleves som dysforisk. Mere indsigt i sammenhængen er derfor nødvendigt for at kunne etablere den rette støtte til transkønnede med ASF.

**Mål**: At undersøge den eksisterende viden omkring ASF og transkønnede, samt hvilke udfordringer transkønnede mennesker med ASF oplever ud fra et bio-psyko-socialt aspekt?

**Metode**: En omfattende søgning på online databaser og referencer blev udført. Der blev udvalgt udgivelser baseret på kvalitativ og kvantitativ forskning inklusive case studier.

**Resultater**: 21 artikler og studier blev udvalgt og diskuteret. De blev anvendt forskellige metoder og instrumenter i studierne, hvilket begrænser muligheden for at generalisere, men der var en høj forekomst af ASF hos transkønnede med en overrepræsentation af drenge/mænd; et overlap i symptomer og adfærdskarakteristika mellem ASF og transkønnede samt neurobiologiske og fysiologiske påvirkninger af især kvinder med ASF.

**Konklusion:** Fremtidig forskning bør undersøge udviklingen af kønsidentitet longitudinelt, så vores forståelse af sammenhængen mellem køn og ASF bliver forbedret.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem ……………………………………………………………………………… 4

2. Baggrund/problemanalyse ……………………………………………………………………….. 5

2.1. Autisme …………………………………………………………………………………….. 5

2.1.1. Diagnostik …………………………………………………………………………... 5

2.1.2. Hyppighed …………………………………………………………………………… 6

2.1.3. Teoretisk forståelse af ASF ………………………………………………………….. 6

2.2. Kønsidentitet ……………………………………………………………………………….. 9

2.2.1. Kønsidentitetsforstyrrelse / Transkøn ………………………………………………. 10

2.2.2. Diagnostik …………………………………………………………………………. 11

2.2.3. Hyppighed ………………………………………………………………………….. 12

2.2.4. Teori om transkøn …………………………………………………………………... 13

3. Problemformulering ……………………………………………………………………………. 15

4. Metode og materiale ……………………………………………………………………………. 15

5. Teoretisk ramme ………………………………………………………………………………... 16

6. Præsentation af data …………………………………………………………………………….. 18

6.1. Resultater …………………………………………………………………………………. 19

6.2. Forekomst af ASF eller ASF træk hos transkønnede …………………………………….. 19

6.3. Hvordan kan den comorbide forekomst forklares? ………………………………………. 24

6.4. Hvilke udfordringer oplever transkønnede personer med ASF? …………………………. 28

7. Diskussion ……………………………………………………………………………………… 32

8. Konklusion ………………………………………………………………………………………43

8.1 Perspektivering ……………………………………………………………………………. 45

9. Referencer ………………………………………………………………………………………. 47

10. Bilag …………………………………………………………………………………………... 53

Forsidebillede: *”Gudinden”.* Maleri af Louis Marcussen, bedre kendt som Ovartaci. Ovartaci var indlagt på Psykiatrisk Hospital i Risskov fra 1929 og frem til sin død i 1985.

Initierende problem

Kønsidentitet er et menneskes subjektive opfattelse af eget køn. Langt de fleste mennesker opfatter sig selv i overensstemmelse med det køn, de blev tildelt ved fødslen, og ifølge litteraturen kan det være en del af den normale udvikling at opleve forvirring omkring eller at eksperimentere med sin kønsidentitet (Bancroft, 2009). Nogle mennesker har en stærk følelse af et misforhold mellem det oplevede og det biologiske køn, der er så belastende, at de henvises til behandling med en kønsidentitetsforstyrrelse.

Ifølge en hollandsk undersøgelse bliver 10-27% af børn, der henvises til sexologiske klinikker med en kønsidentitetsforstyrrelse transseksuelle/transkønnede senere i livet. En del unge transkønnede har en underliggende eller comorbid psykiatrisk sygdom som angst, depression eller adfærdsforstyrrelse, men der er ligeledes et stort antal med autisme spektrum forstyrrelser (ASF) (de Vries et al. 2010).

I Danmark har ca. 25% af de henviste med en kønsidentitetsproblematik også ASF ifølge professor, overlæge Annamaria Giraldi fra Sexologisk Klinik ved Psykiatrisk Center København (Giraldi, 2015).

Det er altså en forholdsvis stor andel med ASF, der oplever sig som transkønnede, men litteraturen er sparsom og viser varierende perspektiver på hvordan sammenhængen mellem ASF og kønsidentitetsforstyrrelser kan forstås. Nogle mener, at det er to forskellige forstyrrelser, mens andre mener at transkønnet adfærd er en del af autismens karakteristika og symptomatologi. Fx kan den særlige tænkning hos personer med ASF medføre, at ønsket om at skifte køn kædes sammen med en forestilling om, at ens autisme forsvinder samtidigt med et kønsskifte eller at man som dreng, der altid har følt sig anderledes og uden for drengegruppen, får bedre kommunikative evner ved skiftet til en pigekrop og dermed at blive en del af en pigegruppe. Ligeledes kan drenges særlige feminine interesser (fx glitter, langt hår, bløde stoffer mv.) være udtryk for den særlige sensoriske profil, som er typisk for mennesker med autisme spektrum forstyrrelser.

Generelt ved vi meget lidt om disse forhold. Der er derfor brug for en oversigt over den litteratur der findes omkring ASF og transkønnede, som kan vise hvad der er undersøgt samt give informationer om de aktuelle udfordringer og behov denne gruppe oplever, således vi bedre kan målrette indsatsen til denne gruppe.

Baggrund/problemanalyse

## Autisme

Autisme betegnes som en neuropsykiatrisk udviklingsforstyrrelse og kernesymptomerne defineres som en triade af symptomområder: afvigelser i personens sociale interaktion, afvigelser i personens kommunikation og afvigelser i adfærd og interesser, som især ytrer sig ved snævre interesser, gentagelsesprægede eller stereotype mønstre. Autismen forekommer i forskellige grader og kan optræde hos personer med varierende funktionsniveau fra svært retarderede til normalt til højt fungerende personer (ICD-10, WHO 1992). Som en tilføjelse til disse træk oplever personer med autisme ofte en række kognitive, læringsmæssige, sproglige, medicinske, følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer, fx behovet for faste og forudsigelige rutiner; besværlighed med at forstå andre mennesker inklusiv deres intentioner, følelser og perspektiver; søvn- og spiseforstyrrelser; mentale sundhedsproblemer som angst, depression, opmærksomhedsproblemer, selvskadende adfærd og anden udfordrende ofte aggressiv adfærd. Autismen har en gennemgribende betydning for den enkeltes udvikling og vil have betydning i et livslangt forløb. Her er det først og fremmest det ”sociale handicap”, man tænker på. Når barnet fra fødslen ikke er udstyret med de nødvendige hjernemæssige funktioner til at opfatte, afkode og bruge sociale signaler, vil det have en markant indflydelse på barnets videre udvikling og livskvalitet, da kontakt og samspil med andre mennesker (moderen, andre omsorgspersoner, jævnaldrende børn, unge og siden voksne) vil være præget af bl.a. forstyrrelse i kropskontakt, følelsesmæssig nærhed og afstemning, social imitation, brug af sproget til kommunikation osv. (Gillberg, 2001; NICE, 2013).

## Diagnostik

Autisme spektrum forstyrrelser (ASF) kan diagnosticeres hos børn, unge og voksne, hvis ovenstående symptomer stemmer overens med kriterierne i WHO´s ”Internationale Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems” (ICD-10, WHO 1992) eller den amerikanske ”Diagnostic and Statistical Manual og Mental Disorders Fifth Edition (DSM-V, APA 2013).

ICD-10 anvender betegnelsen ”Gennemgribende udviklingsforstyrrelse” (GUF) som omfatter klassisk autisme, Aspergers syndrom, atypisk autisme og gennemgribende udviklingsforstyrrelse, anden (GUA), men klassifikationssystemet er under revision, og det er blevet meldt ud, at betegnelsen ASF fremover vil blive anvendt til at dække over variationen af symptomer, autismen kan give sig udtryk i. DSM-V er netop blevet revideret, og her anvendes nu betegnelsen ASF mod tidligere GUF og er karakteriseret ved svækkelse i social kommunikation og social gensidighed samt tilstedeværelsen af snævre interesser og repetitive adfærdsmønstre. Klassisk autisme, Aspergers syndrom og atypisk autisme optræder ikke længere. Derimod gives diagnosen ASF i mild, moderat eller svær grad afhængig af, hvordan den enkeltes funktion er præget af forstyrrelsen.

## Hyppighed

Det kan være svært præcist at sige hvor stor hyppigheden af ASF er, da der findes forskellige studier, som giver hvert deres bud. Prævalenstallene i den samlede befolkning spænder fra 0,6% til over 1% (Fombonne, 2005; Baird et al. 2006). Et af de mest troværdige bud stammer fra en britisk undersøgelse af 57.000 børn mellem ni og ti år. Inden for denne gruppe var den samlede forekomst af ASF godt 1%. 0,2% opfyldte de snævre kriterier for klassisk autisme, men andre former for ASF, incl. Aspergers syndrom, udgjorde omkring 0,7% (Baird et al. 2006).

Hvis vi tager den gennemsnitlige 1% for pålydende, vil der i USA, med en befolkning på 280 millioner, være omkring 2-3 millioner af mennesker, der har en eller anden form for autisme; i Storbritannien og Nordirland, med en befolkning på omkring 60 millioner, er der mindst ½ million og i Danmark med en befolkning på omkring 5,5 millioner, er der mindst 50.000.

Forholdet mellem mænd og kvinder med ASF er ret ekstremt og angives i den høje end af spektret til 8:1. I andre dele af spektret varierer forholdet fra 2:1 til 4:1 (Baird et al. 2006).

## Teoretisk forståelse af autisme

Der er ingen afklaring af årsagen til ASF, men der bliver forsket i såvel psykologiske som biologiske forklaringsmodeller samt i interaktionen mellem det biologiske, psykologiske og adfærdsmæssige niveau. I den etablerede autismeforskning hersker der i dag rimelig enighed om at betragte autisme, som en medfødt udviklingsforstyrrelse, som sandsynligvis har genetiske årsagskomponenter (Volkmar & Klin, 2005).

De hyppigst refererede modeller til at forstå den særlige kognitive stil hos mennesker med ASF er: forstyrrelser af mentaliseringsevnen (Theory of Mind), forstyrrelser i spejlneuronssystemet, manglende evne til at skabe sammenhæng (svag Central Coherence), forstyrrelser i de eksekutive funktioner samt empatisering-sytematiserings-teorien.

Begrebet ”Theory of Mind” (ToM) dækker den psykologiske eller mentale proces, hvor vi mennesker danner os tanker om egne og andre menneskers tanker, følelser og motiver. Fra spæd til voksen udvikler vi denne specifikke mentale funktion i socialt samspil med andre. Normalt reagerer vi automatisk på andre menneskers adfærd. Vi behøver ikke tænke over det, men ved at overveje folks tanker og ønsker kan vi forklare, hvad de gør og forstå og forudsige deres handlinger. Dette kaldes ”at mentalisere” eller ”at have en tanketeori”. Antagelsen er at mentaliseringsmekanismerne er forstyrrede ved ASF, og at dette forklarer den forstyrrelse der ses i den sociale interaktion og kommunikation. Manglen på intuitiv mentalisering kaldes også for *mental blindhed* (Baron-Cohen et al. 2002; Frith, 2008). Disse overvejelser/fund understøttes af spejlneuronsteorien (se herunder).

Spejlneuronsteorien er en beskrivelse af hjernens neurocellulære spejlingssystem. Når vi ser andre udføre en handling, aktiveres særlige spejlneuroner i hjernen automatisk, så vi selv er klar til at udføre en lignende handling. Dette gør os i stand til at imitere og forstå andre menneskers handlinger på en meget direkte måde. Når vi udfører handlingen, er de samme neuroner aktive, som når vi betragter handlingen udført af andre. Derfor udgør spejlsystemet en automatisk forbindelse mellem at *iagttage* og at *gøre*, og det er en mekanisme, der sætter os i stand til at forstå betydningen af en handling, som en anden person udfører. Det overvejes, hvorvidt en lignende mekanisme er ansvarlig for forståelsen af andre menneskers indre intentioner og indre følelser, da dette ofte ledsages af bevægelser i ansigtet og kroppen, samt om en fejl i det neuronale spejlsystem kan være en forklaring på manglende empati og dermed en af forklaringerne på det sociale deficit ved autisme. Et tilbagevendende tema i fht. sociale handicap hos personer med ASF er mangel på empati og følelsesmæssig resonans, og spejlsystemet kan muligvis udgøre mekanismen for denne overførsel (Rizzolatti et al. 2006; Frith, 2008).

Såvel ToM som spejlneuronsteorien søger begge forklaringer på de sociale udfordringer, mennesker med ASF har.

Den tredje model, ”Central Coherence” (CC), er betegnelsen for den kognitive evne, som vi mennesker bruger til at skabe sammenhængende forståelse ud fra de mange detaljer, som vi opfatter i dagligdagen. Med stærk CC findes der en forudbestemt præference for at opfatte i helheder frem for i enkeltdele – i gestalter. Kontekst er en anden måde at beskrive et hele eller gestalten og dens forhold til enkeltdelene. Konteksten giver mening til delene. Mennesker med ASF har en svag CC, hvilket betyder, at konteksten ikke har særlig stor betydning. De dele, der optræder i en given kontekst, bliver opfattet i sig selv, som de er, selvom de ville se helt anderledes ud set i en anden sammenhæng. Ifølge modellen opfatter mennesker med ASF verden anderledes. De mangler denne naturlige og som regel medfødte tilbøjelighed til at fokusere på meningsfulde helheder og fokuserer i højere grad på uvæsentlige detaljer. Den detaljeorienterede informationsbearbejdning begrænser sig ikke kun til den sproglige og visuelle bearbejdning, men sandsynligvis er den også medvirkende til hyperersensitivitet i fht. berøring, som mange med ASF udviser (Happé & Frith, 2006).

Den fjerde model omhandler de eksekutive funktioner. De eksekutive funktioner forstås overordnet som en samling af kognitive funktioner, der har at gøre med de neuropsykologiske processer, som styres af frontallappen. Frontallappen har hovedansvaret for, at adfærd eller mentale processer kan blive målrettede og problemløsende. For at kunne handle således må evnen til at hæmme eller kontrollere uvedkommende stimuli, evnen til at fastholde en plan i tid og rum (arbejdshukommelse) samt evnen til at være fleksibel i sine handlinger, så man kan skifte strategi, være intakt. I fht. ASF har forskningen i eksekutive funktioner særligt fokuseret på manglende fleksibilitet. Der peges med modellen på, at mennesker med ASF i ringere grad end andre er i stand til at skifte strategi ud fra de input, de får fra omverdenen. Dette tænkes at kunne forklare stereotyp og idiosynkratisk adfærd, fx gentagelse af bestemte bevægelser, ord og lyde eller optagethed af særlige interesser. Det er ligeledes typisk for mennesker med ASF, at de har problemer med at overskue og planlægge egen tilgang til opgaver, aktiviteter eller handling (Hill, 2004).

Professor i udviklings psykopatologi Simon Baron-Cohen fra Cambridge Universitet har på baggrund af det skæve forhold mellem mænd og kvinder udviklet empatisering-sytematiserings- teorien, hvori han foreslår, at det særlige kendetegn ved stereotypt mandlig intelligens drives af et behov for at have systemer (at systematisere), mens man skal have empati for at kunne forstå andre menneskers adfærd og følelser. En kognitiv profil der typisk kendetegner stereotypt kvindelig intelligens (Lawson et al. 2004; Baron-Cohen et al. 2005).

I 2001 udviklede han ”Autisme Spektrum Quotient” (AQ) – et spørgeskema med 50 spørgsmål som kan anvendes som støtte til at fastslå, hvorvidt voksne oplever at have autisme symptomer eller ej (Baron-Cohen, 2001). Kvinder får typisk høje empatiresultater og mænd får typisk høje systema-tiseringsresultater. Personer med Aspergers syndrom får meget høje systematiseringsresultater, men det betyder ikke at man kan stille diagnosen på baggrund af spørgeskemaet, da diagnosticerings-processen jf. ICD-10 er mere omfattende. Endvidere bør det tages i betragtning, at svarene baseres på personens selvevaluering frem for uafhængige objektive observationer og personer med Aspergers syndrom med deres særlige kognitive stil kan opfatte spørgsmålene anderledes end neuro-typisk udviklede personer.

Baron-Cohens arbejde med empatisering-systematisering har ført til, at han undersøger, om højere føtalt niveau af det mandlige kønshormon, testosteron, kan forklare den højere prævalens af ASF hos mænd. Hans teori kaldes ”den ekstreme mandehjerne” autismeteori (Baron-Cohen, 2002). Nogle studier understøtter denne teori (Geier et al. 2012; Jones et al. 2012), mens andre ikke kunne vise en sammenhæng (de Vries et al. 2010; Bejerot & Eriksson, 2014).

Ovennævnte modeller er ikke selvstændige teorier, men bygger på nogle antagelser om, hvordan det ”normale gennemsnitlige menneske” fungerer, og de udelukker ikke nødvendigvis hinanden. Modellerne er vokset ud af forskeres interesse såvel indenfor den kognitive neurovidenskab som indenfor genetikken for at finde sammenhængen mellem de kognitive forstyrrelser og en eventuel atypisk hjerneudvikling og genetik hos mennesket med ASF.

## Kønsidentitet

Gennem barndommen udvikler børn deres kønsidentitet som det subjektivt oplevede køn, der bygger på en biologisk disposition og udvikler sig i interaktion med de specifikke opvækst-betingelser. Børn fødes med et somatisk og fysiologisk køn, mens kønsidentiteten er resultatet af en længerevarende udviklingsproces, hvor børn aktivt indlærer, eksperimenter og konstituerer deres oplevede køn. Der er ikke tvivl om, at kønsidentiteten kan blive påvirket af biologiske faktorer som præ- og postnatale hormonniveauer samt genetisk sammensætning, men der er heller ikke tvivl om, at eksterne påvirkningsfaktorer som familie, social miljø og medier spiller en rolle (Bancroft, 2009).

I kønsidentitetsudviklingen nævnes to elementer: *kerne-kønsidentitet*, som relaterer til barnets genkendelse af at være en pige eller dreng, samt *en opfattelse af maskulinitet og femininitet* som bliver udtrykt i typisk maskulint og feminint adfærd (Bancroft, 2009; Zucker, 2005). Alle samfund har et sæt af kønskategorier, der kan danne grundlag for dannelsen af en social identitet i fht. andre medlemmer i samfundet. I de fleste vestlige samfund findes binære køn, en social dikotomi, der håndhæver overensstemmelsen med idealerne om maskulinitet og femininitet i alle aspekter af køn: biologisk køn, kønsidentitet, kønsudtryk og kønsroller. Køn er en af de tidligste og mest fremtrædende sociale kategorier og af fundamental vigtighed i fht. et barns selvopfattelse (Bancroft, 2009). Forståelse af køn kan opdeles i fire dele: at forstå begrebet køn, at få viden om kønsroller (standarder og stereotyper), identifikation med forældrene og dannelse af kønspræference (en tre-årig kan identificere sig selv som en dreng eller pige, selvom de endnu ikke fuldt ud forstår konsekvenserne af køn). Kønsidentitet er som regel etableret ved 3-4 års alderen og udviklingen af kan inddeles i forskellige faser. Som småbørn og førskolebørn får de viden og lærer de om bestemte egenskaber som er socialiserede aspekter af kønsopfattelsen, herefter følger en fase, hvor kønsidentiteten konsolideres og typisk udtrykkes ved særdeles stereotyp adfærd efterfulgt af en fase med mere opblødende opfattelse af social definerede kønsroller (Bancroft, 2009; Möller, 2009).

Ifølge litteraturen kan det være en del af den normale udvikling at opleve forvirring omkring eller at eksperimentere med sin kønsidentitet og de kønsrelevante kerneområder er ikke færdigetableret før i slutningen af teenageårene-begyndelsen af 20´erne (Bancroft, 2009; Almås & Benestad, 2006).

Langt de fleste mennesker opfatter sig selv i overensstemmelse med det køn, de blev tildelt ved fødslen, men kønsidentitetsudviklingen er en dynamisk og påvirkelig størrelse, hvor et samspil af specifikke eksterne og interne påvirkningsfaktorer kan påvirke barnets kønsidentitetsudvikling, fx en neurologisk udviklingsforstyrrelse, bestemte rollemodeller og oplevelser med eget køn. Køn må med andre ord forstås som et komplekst bio-psyko-socialt fænomen.

## Kønsidentitetsforstyrrelse/Transkøn

Den tyske sexolog Magnus Hirschfeldt (1868-1935) var den første, som brugte ordet transseksualisme/transseksualitet. I 1918 beskrev han sindets eller sjælens transseksualisme: *Seelicher Transsexualismus*, men den, som først og fremmest vil blive husket og anerkendt for at sætte begrebet transseksualisme på den sexologisk-medicinske dagsorden er den tysk-amerikanske endokrinolog Harry Benjamin (1885-1986). Benjamin beskrev fænomenet transseksualisme i 1954, men begrebet blev ikke alment kendt før marinesoldaten George Jorgensen, senere Christine Jorgensen (1927-1989), rejste fra USA til København for at få kønskorrigerende kirurgisk behandling. Benjamin bidrog med hormonbehandlingen for hende og mange andre. I 1966 udgav han bogen *”The Transsexual phenomenon”,* som blev et sexologisk standardværk på området (Almås & Benestad, 2006).

I 1979 blev ” Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association” dannet. Det er en gruppe bestående af terapeuter og forskere, der baseret på Benjamins undersøgelser og arbejde, har udarbejdet et sæt standard guidelines (Standard Of Care) for behandling af kønsidentitetsforstyrrelser. Det har for nylig skiftet navn til ”The group consists of therapists and psychologists who devised a set of "standards of care" for the treatment of gender identity disorder, largely based on Benjamin's cases, and studies. [[ 11 ]](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=da&prev=search&rurl=translate.google.dk&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Harry_Benjamin&usg=ALkJrhjLk4fOPDRgPO0jTZ2rTLikixSYhg#cite_note-11) It has recently changed its name to The World Professional Association for Transgender Health, but still reveres its links to Harry Benjamin. The World Professional Association for Transgender Health”. Det overordnede mål med SOC er at give klinisk vejledning til sundhedspersonale, således at de bedst muligt fremmer optimal sundhed for transkønnede mennesker (WPATH, 2015).The SOC are based on the best available science and expert professional consensus. The overall goal of the SOC is to provide clinical guidance for health professionals to assist transsexual, transgender, and gender nonconforming people with safe and effective pathways to achieving lasting personal comfort with their gendered selves, in order to maximize their overall health, psychological well-being, and self-fulfillment.

Som nævnt opfatter lang de fleste mennesker sig selv i overensstemmelse med det tildelte køn, men nogle mennesker har en stærk følelse af et misforhold mellem det oplevede og det biologiske køn, der er så belastende, at de henvises til behandling med en kønsidentitetsforstyrrelse. Kønsidentitetsforstyrrelser er ikke hyppigt forekommende, men alligevel et område som vækker såvel fascination som afsky og frembringer stærke meninger blandt politikere og den øvrige befolkning.

## Diagnostik

Kønsidentitetsforstyrrelser er diagnosticeret hos børn, unge og voksne hvis ovenstående symptomer stemmer overens med kriterierne defineret i WHO´s ”Internationale Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems” (ICD-10, WHO 1992) eller den amerikanske ”Diagnostic and Statistical Manual og Mental Disorders Fifth Edition (DSM-V, APA 2013).

Kønsidentitetsforstyrrelser er i ICD-10 (WHO, 1992) klassificeret som en adfærds- og personlighedsforstyrrelse hos voksne i gruppe F64 om ”Kønsidentitetsforstyrrelser” og er karakteriseret ved et ønske om at leve og blive anerkendt som medlem af det modsatte køn, og tilstanden skal være ledsaget af en følelse af ubehag eller utilstrækkelighed ved egne anatomiske kønskarakteristika og et ønske om hormonbehandling eller kirurgisk modifikation for at ændre på tilstanden.

I Danmark foretrækkes brugen af transkønnet frem for transseksuel for at undgå misforståelser og gøre det klart, at det drejer sig om kønsidentitet og ikke om seksualitet. I Sundhedsstyrelsens vejledning om udredning og behandling af transkønnede står der, at diagnosen ikke er udtryk for en somatisk eller psykiatrisk sygdomstilstand (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Boks 1 ICD-10 klassifikation af

 Kønsidentitetsforstyrrelser (F64)

F64.0 Transseksualitet

F64.1 Transvestisme

F64.2 Kønsidentitetsforstyrrelse i barndommen

F64.8 Anden kønsidentitetsforstyrrelse

F64.9 Kønsidentitetsforstyrrelse, uspecificeret

(WHO, 1992)

”Kønsidentitetsforstyrrelser” omfatter i ICD-10s klassifikationssystem: transseksualitet, transvestisme, kønsidentitetsforstyrrelse i barndommen, anden kønsidentitetsforstyrrelse og kønsidentitetsforstyrrelse, uspecificeret (se boks 1).

Klassifikationssystemet er under revision og i den forbindelse har Europa Parlamentet opfordret WHO til at fjerne kønsidentitetsforstyrrelse fra listen over psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser, og i stedet at omklassificere transkøn til en ikke sygeliggørende placering.

DSM-V er netop blevet revideret, og her anvendes nu betegnelsen ”Kønsdysfori” mod tidligere ”Kønsidentitetsforstyrrelse” i DSM-IV-TR (APA, 2000). Ændringen afspejler, at fokus er flyttet fra trans-kønsidentifikation som sådan til det noget bredere begreb kønsinkongruens. Kønsdysfori opfattes nu som et multikategorialt begreb snarere end en dikotomi som i DSM-IV-TR. I DSM-V anerkendes derfor også mange forskellige kønsinkongruente tilstande. Der er i DSM-V nu separate kriterier for børn og for unge og voksne (se boks 3). Se bilag 1 for diagnostiske kriterier i hhv. ICD-10, DSM-IV-TR og DSM-V.

Boks 3 DSM-V klassifikation af

 Kønsdysfori

302.6 Kønsdysfori hos børn

302.85 Kønsdysfori hos teenagere og voksne

302.6 Anden specificeret kønsdysfori

302.6 Uspecificeret kønsdysfori

(APA, 2013)

I denne Masterafhandling anvendes både transkøn, kønsidentitetsforstyrrelse og kønsdysfori. Anvendelsen af kønsidentitetsforstyrrelse vil primært forekomme, når det ikke i empirien fremgår, hvorvidt de undersøgte oplever kønsdysfori.

## Hyppighed

Det kan være svært præcist at sige, hvor stor hyppigheden af transkønnede er, da der et tale om spektrum af heterogene tilstande, og da der findes forskellige studier som giver hvert deres bud. Prævalenstallene i almenbefolkningen spænder fra 0,005%-0,014% for mænd (MtF) og 0,002%-0,003% kvinder (FtM) (de Vries et al. 2010). Der synes at være store kulturelle forskelle i rapporteringen af hyppighed. Ovennævnte tal stammer fra studier i Holland og Canada, mens der rapporteres om en hyppighed på 0,03% for mænd og 0,0125% for kvinder fra et studie i Singapore (Möller et al. 2009).

Forholdet mellem biomænd (MtF) og biokvinder (FtM) varierer fra forholdet 1:1 til forholdet 6:1 afhængig af studier (Cohen, Kettenis & Gooren, 1999; Zucker & Lawrence, 2009).

## Teori om transkøn

Begreberne *essens* og *konstruktion* er væsentlige i diskussionen om forståelsen af, hvad menneskelig køn og seksualitet er. Er de kønnede og seksuelle ytringer og handlinger, vi observerer, udtryk for en indre medfødt og biologisk substans, en essens som udtrykkes i de kønnede og seksuelle handlinger? Eller er de kønnede og seksuelle ytringer og handlinger kulturelle og sociale konstruktioner, fænomener, som er relationelle, foranderlige og afhængige af tid og sted? Spørgsmålet er derfor, om transkøn er udtryk for en genetisk disposition eller for en social konstruktion? Svaret har betydning for, hvilken holdning med indtager til transkøn. Jo mere man forstår transkøn som essens, desto mindre modstand vil man typisk mobilisere. Det rejser imidlertid spørgsmålet om, hvorvidt denne essentielle disposition er udtryk for en fejl på samme måde som visse sygdomme eller et udtryk for variation af menneskelige egenskaber på samme måde, som fx musikalitet. Diskussionen om en essentialistisk forståelse eller konstruktionistisk opfattelse bliver let en enten-eller-kategorier, men i virkeligheden kan videnskabelige sandheder også erkendes som kulturelle og sociale konstruktioner. Diagnostiske manualer for mentale sygdomme er et eksempel herpå.

Queer-teorien er den konstruktionistisk baserede teori, der nævnes i forbindelse med transkøn.

Begrebet ”queer” betyder oprindeligt ”underlig”, ”afvigende ” eller ”skæv” og har tidligere været brugt som en nedsættende betegnelse for primært mandlige homoseksuelle. I starten af 1990´erne tog politisk aktive bøsser og lesbiske ordet til sig og brugte det som en fællesbetegneler for deres ”andethed” i fht. resten af samfundet. Herefter er betegnelsen blevet optaget i den akademiske verden, hvor ”queer” ikke blot er synonymt med homoseksualitet, men også refererer til dét forhold, at det enkelte subjekt ikke kan indpasses i de (hetero)normative rammer i en gældende diskurs. Hovedkræfterne bag queer-teorien er især den amerikanske filofof Judith Butler, der med bl.a. bogen ”Gender Trouble” (1990) har udviklet teorien til et studium i køn, krop og seksualitet.

Judith Butler repræsenterer med sine teorier om subjektet som social konstrueret en poststrukturalistisk tilgang til kønnet og seksualiteten. Hun er bl.a. inspireret af den franske filosof Michel Foucaults (1926-94) begreb om den produktive magt, dvs. hvordan man inden for en diskurs udelukker eller integrerer elementer, som ikke passer ind i samfundets normer. Butler kritiserer den traditionelle opfattelse af kønnet ved at påpege, at hverken kvinder eller mænd bør kategoriseres ud fra deres biologiske køn. Herved skabes nemlig en binær modsætning mellem mand/kvinde, der tvinger det enkelte individ til at forblive inden for den givne kategori (Butler, 1990). Butler dekonstruerer identitetsbegrebet ved bl.a. at problematisere forholdet mellem kategorierne socialt køn (”gender”) og biologisk køn (”sex”). Traditionelt set er det sociale køn blevet opfattet som en konsekvens af det biologiske køn, der er en forudsætning for begæret af det modsatte køn. Derved bliver køn forbundet med noget man ”er”. Butler interesserer sig for det sociale køn og peger på, at et individs køn defineres af dets *performativitet* – dets fremførsel. På denne måde bliver kønnet et spørgsmål om, på hvilken måde individet vælger at handle og noget man ”gør”. Spørgsmålet om hvilken krop, det er født i, og dermed hvilket biologisk køn, det tilhører, er uinteressant i denne sammenhæng. Identiteten ligger således ikke fast, men skifter derimod konstant – afhængig af fremførelsen i forskellige situationer (Butler, 1990). Butler står for en frigørelse af kønnet og seksualiteten med sin teori om at kønnet er flydende, performativt og uafhængigt af biologien.

At forstå og se kønsbegrebet uafhængigt af biologien er næppe muligt. Mange transkønnede beskriver oplevelsen af at have en kønsidentitet forskellig fra kroppen, som noget, de har haft med sig så længe, de kan huske. Oplevelsen synes derved opstået uafhængig af tid og kultur. Kønsidentiteten kan sandsynligvis bedst forstås som et samspil mellem den enkeltes egenskaber og de sociale og kulturelle påvirkninger samt muligheder for egenskabernes udvikling. Transkøn omfatter derved en dynamisk interaktion mellem det biologiske, psykologiske og sociale aspekt, og alle tre dimensioner må inddrages i analysen af fænomenet.

Problemformulering

Litteraturen peger på at der er en sammenhæng mellem ASF og transkøn, men giver ikke et entydigt billede af, hvordan sammenhængen kan forstås, eller om det af den enkelte opleves som dysforisk. Derfor vil jeg med dette Masterprojekt gennemgå de forskningsresultater, der er offentliggjort inden for området for at få svar på:

* Hvad ved vi om ASF og transkønnede?
	+ Hvordan er forekomsten af ASF hos transkønnede?
	+ Hvordan kan den co-morbide forekomst forklares?
* Hvilke udfordringer har transkønnede mennesker med ASF i forbindelse med deres kønsidentitet set ud fra et bio-psyko-socialt aspekt?

Metode og materiale

For at afdække den eksisterende evidensbaserede viden om ASF og transkønnede er der gjort brug af såvel ustrukturerede som strukturerede litteratursøgninger samt kædesøgninger. Den strukturerede søgning gennemgås i det følgende ved hjælp af tabel 1 samt et flow-chart (Figur 1).

Da problemformuleringen ønskes besvaret med et bio-psyko-socialt perspektiv i fht. ASF og transkønnede, er det valgt at benytte fem databaser inden for medicin/fysiologi, psykologi, sociologi og samfundsfag. Databaserne er: PubMed, Embase, PsycInfo, Scopus og Cinahl. Nedenstående tabel viser hvilke søgetermer der er benyttet.

(For uddybning af søgning på hver enkelt database se bilag 2- Litteratursøgning).

|  |  |
| --- | --- |
| **Facet 1****Patient** | **Facet****Outcome** |
| **Nøgleord:**autism\*autistic disorderchild developmental disorder, pervasiveasperger syndrome | **Nøgleord:**transsex\*transsexualismtranssexualgender identity disordergender dysphoria |

Tabel 1: Anvendte søgetermer

Nedenståedne flow-chart (Figur 1) viser antal hits i hver enkelt database, samt hvor mange brugbare hits, der er udvalgt.

Udvælgelsen af inkluderede studier er sket på baggrund af deres relevans i fht. besvarelsen af problemformuleringen. Studier på engelsk og nordisk blev inkluderet. Der blev ikke afgrænset i fht. publikationernes udgivelsesår. Ud fra overskrifter og abstracts i fundne hits blev således inkluderet 49 studier. Efter fuld gennemlæsning blev studier ekskluderet, som viste sig ikke bidrager til besvarelse af problemformuleringen fx bog-review, studier der ikke havde hovedfokus på transseksualitet men omhandlende genetik og hormoner i fht. kønsforskelle og i fht. kvinder med ASF. Da der var studier fra de forskellige informationskilder, der gik igen, blandt de udvalgte studier, blev i alt blev 12 empiristudier og 9 case studier udvalgt.

Se tabel i bilag 2 for et overblik over det indsamlede materiale.

## Teoretisk ramme

Da den enkelte persons oplevelser, erfaringer og ståsted i verden præger personens forståelse og meningsdannelse og dermed også måden at forstå dette studies spørgsmål på, vil dette studie tage udgangspunkt i et holistisk og socialkonstruktionistisk køns- og seksualitetssyn. Der findes ifølge den franske filosof Michel Foucault ikke en objektiv sandhed, og den enkeltes erkendelse er altid socialt konstrueret. Ifølge Foucault er sproget nøglen til virkeligheden, og seksualvidenskaben fastlægger, hvad der er rigtigt og forkert samt sundt og sygt, gennem måden at tale om seksualiteten på. Foucault anser ikke seksualiteten for undertrykt, men betragter ideen om en eviggyldig seksuel identitet som begrænsende, fordi den som udgangspunkt tjener til kategorisering og regulering (Graugaard et al., 2000). ASF defineres som en neuropsykiatrisk forstyrrelse, men selvom mennesker med ASF har socialkognitive forudsætninger, der er anderledes end de fleste andre menneskers, vil deres identitet være præget af den kultur, de er en del af, ligesom det er for andre.

Seksualitet kan ikke kun anskues ud fra biologisk perspektiv, men skal forstås i en bredere kontekst og snarere opfattes som en central menneskelig ressource, som er et væsentlig aspekt af tilværelsen gennem hele livet (WHO, 2006). I rapporten ”Defining Sexual Health” udarbejdet af WHO i 2002, definerede en arbejdsgruppe seksualitet på følgende måde:

*” Seksualitet er et centralt aspekt af det at være menneske gennem hele livet og omfatter biologisk køn, kønsidentiteter og –roller, seksuel orientering, erotik, nydelse, intimitet og reproduktion. Seksualitet opleves og udtrykkes gennem tanker, fantasier, drifter, tro, holdninger, værdier, praktikker, roller og relationer. Mens seksualitet kan rumme alle disse dimensioner, er de ikke altid alle tilstede eller oplevet eller udtrykt. Seksualitet er påvirket af samspillet mellem biologiske, psykologiske, sociale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og spirituelle faktorer”* (WHO, 2006a).

WHO´s definition anlægger et perspektiv, hvor begrebet ”seksualitet” skal forstås som sammenhængen mellem biologiske, psykologiske, sociale, kulturelle, religiøse og andre faktorer og må derfor anses som en stor drivkraft i fht. menneskers livskvalitet. WHO har ikke kun fokus på biologisk køn, men også kønsidentiteter og kønsroller. I WHO´s brede definition skabes rammer for et rum, hvori seksualiteten opstår og udvikler sig. Dette danner et begreb, hvis indhold er foranderligt og åben for fortolkning på tværs af kulturer og sociale kontekster. WHO´s definition er positiv, individualiseret og forholder sig ikke til hvorvidt seksualiteten udfoldes alene eller i et samspil med andre. Desuden er det en væsentlig pointe, at seksualitet ikke har nogen alder, men er en almenmenneskelig ressource, som på forskellig måde præger livet fra fødsel til død (WHO, 2006).

Selvom denne Masterafhandling tager udgangspunkt i ovennævnte ramme, er empirien, der behandles, essentialistiske-studier. Denne afgrænsning har været nødvendig, idet konstruktionsteoretisk transforskning i de seneste år er øget betydeligt, og denne type forskning har ikke været genstanden for min opgave.

Præsentation af data

Ale studier er præsenteret i tabel 1 i bilag 3. Metoderne, deltagerne, dataindsamlingsmetoderne og instrumenterne, der blev anvendt i studierne, var forskellige.

Af de 12 empiri studier omhandlede syv børn og unge under 18 år og fem omhandlede voksne.

To studier anvendte semi-strukturerede interviews af børn, unge og deres forældre; fire studier anvendte og analyserede eksisterende data fra hospitalsdatabase, hvor henvisningsnoter og assessments lå til grund for analysen; fire studier anvendte spørgeskemaer udfyldt af forældre, og fire studier anvendte spørgeskemaer udfyldt af voksne med ASF. Antallet af deltagere i studierne varierer fra 47-554 i studier omhandlende børn og unge og fra 54-953 i studier omhandlende voksne. Aldersspændvidden i studier omhandlende børn varierede fra 3-18 år og fra 16-75 år i studier omhandlende voksne. At aldersspændvidden i studier omhandlende voksne er fra 16-75 år skyldes, at ét studie inddrager deltagere ml. 16-75 år og det er ikke muligt at lave specifikke udtræk for deltagere ml. 16-18 år. Kontrolgrupper med neuro-typisk udviklede optrådte i 7 af studierne.

I ét af studierne boede nogle af deltagerne på institutioner, hvilket kan have betydning ift. den socio-seksuelle funktion.

Instrumenter til at fastslå autismetræk varierede fra korte spørgeskemaer (AQ, SRS, CBCL[[1]](#footnote-1)) til omfangsrige semi-strukturerede interviews og observationer (ADOS, ADI-R, DISCO[[2]](#footnote-2)), hvilket giver usikkerhed omkring den diagnostiske validitet. I to af studierne var ikke givet en formel diagnose.

Instrumenter til at fastslå kønsidentitetsforstyrrelse varierede fra korte spørgeskemaer (CBCL, GIQC[[3]](#footnote-3)) til mere omfangsrige standardiserede kliniske vurderinger jf. WPATH guidelines[[4]](#footnote-4) og opfyldte kriterierne i enten ICD-10, DSM-IV-TR eller DSM-V (WHO, 1992; APA, 2000; APA, 2013). I de studier, hvor IQ blev vurderet anvendtes Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) eller Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) afhængig af deltagernes alder. I otte studier blev IQ ikke oplyst.

Af de 9 case studier omhandlede 5 børn og unge under 18 år og 4 omhandlede voksne.

I de 5 case studier omhandlende børn og unge under 18 år blev der i de 3 beskrevet 1 barn og i 2 beskrives 2 børn. I case studier omhandlende voksne blev der i de 3 beskrevet 1 voksen og i 1 beskrives 2 voksne. Aldersspændvidden i case studier omhandlende børn varierede fra 3,7-20 år og fra 23-41 år i case studier omhandlende voksne.

I alle – på nær ét - case studierne blev de henviste diagnosticeret med ASF ud fra omfangsrige semi-strukturerede interviews og observationer bl.a. ADOS og ADI-R. I ét studie havde personen på forhånd fået diagnosen ASF. Hvorvidt de henviste opfyldte kriterierne for en kønsidentitetsfor-styrrelse blev afklaret ved standardiserede kliniske vurderinger jf. WPATH guidelines.[[5]](#footnote-5)

I de studier, hvor IQ blev vurderet anvendtes WISC eller WAIS afhængig af deltagernes alder eller Leiter, Stanford-Binet, WST, LPS og Developmental Profile II[[6]](#footnote-6). I tre case studier blev IQ ikke oplyst.

## Resultater

For at bevare spørgsmålene i problemformuleringen grupperes de indsamlede informationer i følgende temaer: Forekomsten af ASF eller ASF træk samtidig med kønsidentitetsforstyrrelse, herunder variation i fht. alder og køn ved henvisning til behandling; Hvordan kan den comorbide forekomst forklares?, herunder tvangsmæssig adfærd hos ASF og kønsidentitetsforstyrrelser samt hormonel forklaring ud fra ”den ekstreme mandehjerne” autismeteori; Udfordringer hos transkønnede med ASF. Resultaterne fra studierne beskrives under hvert tema med udtræk af informationer specifikt vedr. personer med ASF, hvor det er muligt. For overskuelighedens skyld beskrives under hvert tema først resultater for børn og unge og dernæst for voksne.

## Forekomst af ASF eller ASF træk hos transkønnede

I casestudierne er der ikke beskrevet forekomst af ASF eller ASF træk transkønnede i fht. antal af patienter på forfatternes klinik. Forekomst af ASF eller ASF træk hos transkønnede er beskrevet i alle empiri studier, men på forskellig måde. Nogle studier undersøger specifik ASF-raten for børn og unge eller voksne, der er henvist til specialklinikker mhp. behandling af kønsidentitetsforstyrrelser (de Vries et al. 2010; Skagerberg et al. 2015; VanderLaan et al. 2014; Pasterski et al. 2012; Jones et al. 2012). Andre studier undersøger mere bredt de karakteristika, der er forekommende hos børn og unge eller voksne, der er henvist til specialklinikker mhp. behandling af kønsidentitetsforstyrrelser over en periode på hhv. 1, 2 og 5 år (Holt et al. 2014; Kaltiala et al. 2015; Saunders & Bass, 2011).

Et studie undersøger børns kønsvarians blandt ASF, ADHD og medicinsk neuroudviklingsforstyr-relse (epilepsi og neurofibromatose 1) i fht. 2 kontrolgrupper (Strang et al. 2014). Et studie under-søger voksne med ASF´s egen opfattelse af seksualitet og kønsroller i fht. en kontrolgruppe (Bejerot & Eriksson, 2014). Et studie undersøger ikke forekomsten af ASF eller ASF træk, men undersøger om børn med kønsdysfori har intense/besættende interesser. Studiet diskuterer, hvorvidt der er et overlap mellem kønsdysforiske børn med intense/besættende interesser og børn med ASF, der som bekendt har snævre, intense/besættende interesser som et kriterie for at få stillet ASF diagnosen (VanderLaan et al. 2015). Et studie blandt voksne undersøger, hvorvidt et evt. forhøjet niveau af androgener (testosteron) kan være en risiko faktor til transkøn hos kvinder med ASF (Pohl et al. 2014).

**Børn og unge**

Forekomsten af ASF eller ASF træk hos transkønnede børn og unge varierer meget i de forskellige studier. De Vries et al. (2010) rapporterer i sin undersøgelse af 204 henviste børn og unge en forekomst af ASF på 7,8% (n=16). Ud af alle 108 børn havde 7 ASF. 52 børn havde diagnosen kønsidentitetsforstyrrelse, heraf 1 med ASF, hvilket var signifikant lavere end fundet hos de 45 børn med diagnosen kønsidentitetsforstyrrelse uden specifikation (UNS), hvor 6 havde ASF. Af de 11 børn uden kønsidentitetsforstyrrelses diagnose var ingen med ASF.

9 ud af alle 96 unge havde ASF. 77 havde diagnosen kønsidentitetsforstyrrelse heraf havde 5 ASF, hvilket var signifikant lavere end fundet hos de 8 unge med diagnosen kønsidentitetsforstyrrelse UNS, hvor 3 havde ASF. Af de 11 unge uden kønsidentitets-forstyrrelses diagnose havde 1 ASF og fetichistisk transvestisme men ikke kønsdysfori. Lidt højere forekomst rapporteres i undersøgelse af Holt et al. (2014) som i sin undersøgelse af 218 henviste børn og unge en forekomst af ASF på 13,3% (n=29) og hos 3,7% (n=8) var der usikkerhed om ASF. En højere forekomst ses også i Kaltiala et al. (2015), der rapporterer, at 25,5% (n=12) ud af 47 henviste havde ASF i deres undersøgelse.

En noget højere forekomst rapporteres i andre studier, som fx hos VanderLaan et al. (2014), der i sin undersøgelse af 49 børn og unge finder en forekomst af ASF træk på 44.9% (n=22) samt hos Skagerberg et al. (2015), der i sin undersøgelse af 166 børn rapporterer at 54,2% (n=90) af børn og unge med kønsdysfori udviser ASF træk i fht. kontrolgruppen (n=500) – dog havde 35 af de henviste en ASF diagnose forinden.

I Strang et al.´s (2014) undersøgelse havde 147 en ASF diagnose på forhånd og heraf rapporteres kønsvarians hos 5,4% (n=8) hvilket var signifikant højere end de 2 kontrolgrupper (0% + 0,7%) og gruppen med ADHD (4,8%) samt den kombinerede medicinske gruppe (1,7%).

**Voksne**

Også hos voksne varierer forekomsten af ASF eller ASF træk hos transkønnede meget i de forskellige studier. Pasterski et al. 2012 rapporterer i sin undersøgelse af 91 voksne en forekomst på 5,5% (n=5) sammenlignet med 0.5-2,0% i kontrolgruppen (n=840). Saunders & Bass (2011) rapporterede en forekomst af ASF på 3,7% (n=2) ud af 54 voksne men samlet havde 24% (n=13) en psykiatrisk co-morbiditet. En noget højere forekomst rapporteres i Jones et al. (2012), der i sin undersøgelse af 558 voksne rapporterer en forekomst af ASF træk på ca. 30% (n=61) hos transkønnede FtM sammenlignet med de 4 kontrolgrupper (n=198 MtF; n=76 neurotypiske mænd; n=98 neuro typiske kvinder; n=125 med Asperger Syndrom).

I Pohl et al.´s (2014) undersøgelse var på forhånd udvalgt 415 voksne kvinder med ASF. Kun nogle af de 415 kvinder svarede på spørgsmål vedr. kønsidentitet. Ud af 317 kvinder rapporterede 67,9% (n=252), at de havde været ”tomboys” (”drengepiger”) i barndommen. Ud af 320 kvinder rapporterede 3,8% (n=12), at de oplevede kønsdysfori og 11,8% (n=12) rapporterede, at de var transseksuelle.

Ligeledes var der i Bejerot & Erikssons (2014) undersøgelse på forhånd udvalgt 50 voksne med ASF og af disse adskilte det selvopfattede køn sig ikke i fht. kontrolgruppen (n=53) - heller ikke blandt kvinder og mænd med ASF. 2/3 (n=16) af kvinderne med ASF (n=24) rapporterede dog, at de havde været ”tomboys” i barndommen sammenlignet med 1/3 (n=8,3) af kvinderne i kontrolgruppen (n=25). 1 kvinde med ASF havde diagnosen kønsidentitetsforstyrrelse svarende til 4,1% af kvinder med ASF og 2% af alle kvinder i undersøgelsen. ASF gruppen rapporterede at have en kønsrolle karakteriseret ved svagere maskulinitet sammenlignet med kontrolgruppen - på tværs af kvinder og mænd.

**Alder ved henvisning**

I case-studierne varierede alderen for børn og unge mellem 3,7-14 år ved henvisning til behandling for kønsidentitetsforstyrrelse og for voksne i case studierne mellem 19-41 år.

Der ses varierende alder ved henvisning til behandling i de forskellige studier. VanderLaan et al. (2014) rapporterer en gennemsnitsalder ved henvisning på 7,19 år. Alder i fht. køn fremgår ikke. Varians i fht. alder ved henvisning til behandling var i de Vries et al.´s (2010) undersøgelse ikke signifikant forskellig for børnene med ASF (M=9,1) og uden ASF (M=8). For unge var gennemsnitsalderen signifikant højere hos de unge med ASF (M=15,41) end hos unge uden ASF (M=13,77). I Strang et al.´s (2014) undersøgelse var børnene med ASF lidt ældre (M=12,21) end de 2 kontrolgrupper (M=11,74 og M=11,87) og grupperne med ADHD (M=9,77) og den kombinerede medicinske gruppe (M=10,12) - dog ikke signifikant ældre.

Holt et al. (2014) rapporterer, at næsten 80% havde deres første følelse af kønsdysfori i alderen 0-12 år og aldersvariansen ved henvisning i deres studie var 5-17 år med en gennemsnitsalder på 14 år. Pigerne var lidt ældre ved henvisningstidspunktet end drengene; pigers gennemsnitsalder var 14,50 år og drenges 13,15 år. Variansen i studiet stemmer overens med Skagerberg et al. (2015), der rapporterer en aldersvarians ved henvisning på 5-18 år med en gennemsnitsalder på 14,26 år. Lidt højere alder ses i Kaltiala et al.´s (2015) studie, hvor gennemsnitsalderen for henviste piger og drenge var nærmest ens; 16,66 år for piger og 16,04 år for drenge. 32% fortalte, de stillede spørgsmål ved deres køn før 12 års-alderen og 12,62% ved 12 års-alderen eller senere. Hos 1ud af 5 startede spørgsmålene omkring eget køn ved 14 års-alderen.

I VanderLaan et al.s (2015) studie om intense/besættende interesser hos børn med kønsdysfori er der ikke undersøgt for ASF eller ASF træk, men de henviste børn er mellem 3-12 år.

Kun ét af studierne omhandlende voksne undersøger alder ved henvisning, nemlig Saunders & Bass (2011) som evaluerer 5 års henvisninger til special-klinik for kønsforstyrrelse. Gennemsnitsalderen for de 39 bio fødte mænd var 35,1 år og for de 15 bio fødte kvinder 26,9 år, hvilket er en signifikant forskel.

**Kønsfordeling – børn og unge**

Variationen i fht. kønsfordelingen mellem piger og drenge er forskellig i studierne. I nogle studier var drenge overrepræsenteret (de Vires et al. 2010; Holt et al. 2014; VanderLaan et al. 2014), mens pigerne var overrepræsenteret ét studie (Kaltiala et al. 2015).

I de Vries et al.´s (2010) studie rapporteres at 7 ud af alle 108 børn havde ASF, heraf 6 drenge og 1 pige. 9 ud af alle 96 unge havde ASF, heraf 6 drenge og 3 piger. De Vries peger på, at overrepræsentationen af drenge i studiet er i overensstemmelse med epidemiologien af både ASF og kønsidentitetsforstyrrelse (Fombonne, 2005; Zucker & Lawrence 2009), hvilket understøttes i VanderLaan et al.´s (2014) undersøgelse, hvor 22 af de 49 henviste havde ASF træk heraf 17 drenge og 5 piger.

Holt et al. (2014) rapporterer i deres studie at ud af 137 bio fødte piger havde 10,2% (n=14) ASF + 1,5% (n=2) hvor der var usikkerhed om ASF. Ud af 81 bio fødte drenge havde 18,5% (n=15) ASF + 7,4% (n=6) hvor der var usikkerhed om ASF. I Kaltiala et al.´s (2015) studie fremgår kønsfordelingen ikke specifik for piger og drenge med ASF, men det rapporteres, at der ud af de 47 henviste var 12 med ASF og der var lige stor hyppighed hos piger og drenge, som var blevet behandlet for psykiatriske forstyrrelser som fx ASF. Det rapporteres dog at kønsfordelingen ved henvisninger var 41 bio fødte piger og 6 bio fødte drenge.

I Skagerberg et al.´s (2015) undersøgelse havde 54,2% ASF træk ud af 104 piger og 62 drenge. Der var ingen signifikant forskel blandt piger og drenge med kønsidentitetsforstyrrelse og ASF træk. Det samme rapporterer Strang et al. (2014) i deres undersøgelse, hvor kønsfordelingen var ligeligt forekommende. Den ligelige kønsfordeling i de to undersøgelser står i kontrast til epidemiologien ved både ASF og kønsidentitetsforstyrrelse, hvor drenge/mænd er stærkt overrepræsenteret (Fombonne, 2005; Zucker & Lawrence 2009).

**Kønsfordeling – voksne**

I tre studier var mænd overrepræsenteret (Jones et al. 2012; Pasterski et al 2012; Saunders & Bass,2011), mens mænd og kvinder var lige repræsenteret i et studie (Bejerot & Eriksson, 2014; 2015). Pohl et al.´s (2014) studie omhandler kun kvinder, hvorfor kønsfordelingen ikke kan beskrives.

26 mænd og 24 kvinder med ASF deltog i Bejerot & Erikssons (2014) undersøgelse, og som før nævnt rapporterede ASF-gruppen at deres selvopfattede køn ikke adskilte sig fra kontrolgruppen (n=53) - heller ikke blandt kvinder og mænd med ASF. 1 kvinde med ASF havde diagnosen kønsidentitetsforstyrrelse.

Jones et al. (2012) ønskede at undersøge om voksne med kønsdysfori havde ASF træk. Gruppen med kønsdysfori udgjorde 61 FtM og 198 MtF. En af kontrolgrupperne var en gruppe med diagnosticeret ASF (69 mænd og 56 kvinder). FtM havde højere score i fht. ASF træk ud fra AQ-score end MtF og lavere end gruppen med ASF.

Af de 91 deltagere i Pasterski et al.´s (2012) undersøgelse om ASF træk hos voksne med kønsdysfori deltog 63 MtF og 28 FtM. Der var ikke signifikant forskel i AQ-scoren hos MtF og FtM, men signifikant højere sammenlignet med rapporterede diagnoser i den almene befolkning.

Af de 54 henviste til special-klinik for kønsforstyrrelse i Saunders & Bass´ (2011) studie var 39 bio fødte mænd og 15 bio fødte kvinder. Ingen signifikant forskel blev fundet i mellem kvinder og mænd med ASF.

## Hvordan kan den co-morbide forekomst forklares?

I case studierne peger forfatterene på varierende perspektiver i fht. at forstå comorbiditeten mellem ASF og kønsdysfori (Gallucci et al. 2005; Kraemer et al. 2005; Lemaire et al. 2014; Parkinson, 2014; Landén & Rasmussen, 1997; Mukaddes, 2002; Perera et al. 2003; Tateno et al. 2008; Williams et al. 1996).

Nogle af forfatterne mener, at kønsdysfori og ASF kan være to diagnoser, der optræder samtidig (Mukaddes, 2002; Tateno et al. 2008; Lemaire et al. 2014), mens andre antager at trans adfærden er et resultat af den arvelige prædisposition vedrørende usædvanlige interesser kendetegnende for ASF (Williams et al. 1996; Parkinson, 2014). Der peges også på, at kønsdysfori hos personer med ASF kan overvejes som OCD (obsessive compulsive disorder, på dansk obsessiv kompulsiv tilstand eller tvangslidelse) uafhængig af såvel ASF som kønsidentitetsforstyrrelse (Landén & Rasmussen, 1997; Perera et al. 2003), eller at der er en mulig sammenhæng mellem kønsidentitetsforstyrrelse, tvangsmæssige træk og ASF (Gallucci et al. 2005; VanderLaan et al. 2015).

Nogle af studierne understøtter ovenstående perspektiver. De Vries et al. (2010) rapporterer, at mere end halvdelen af de henviste børn og unge med ASF fik diagnosen kønsidentitetsforstyrrelse uspecificeret, da deres transadfærd og interesser kun var tilgrænsende, atypisk eller tydeligt urealistisk. Fx havde en ung med ASF altid haft følelsen af at være anderledes end sine klassekammerater og var overbevist om, at dette skyldtes kønsdysfori. Han håbede, at hans kommunikationsproblemer ville forsvinde ved at få østrogenbehandling. Kaltiala et al. (2015) beskriver ligeledes, at den længerevarende følelse af at være anderledes og en outsider blandt kammerater, kan spille en rolle i børn med ASF´s udvikling af kønsdysfori som unge.

Et andet perspektiv, der nævnes, er den særlige sensoriske profil som er karakteristisk for personer med ASF. De feminine interesser hos mange kønsdysforiske børn og unge med ASF, handlede om bløde stoffer, glitter og langt hår og de Vries et al. (2010) peger på, at dette kan forstås som en præference for specifikke sensoriske input, der er typisk for ASF.

Den rigide og konkrete tænkning, som er karakteristisk for personer med ASF, nævnes i flere studier. de Vries et al. (2010) peger på, at den observerede rigide og konkrete tænkning omkring køns relaterede tanker hos de henviste børn og unge med ASF og deres vanskeligheder med at udvikle aspekter af personlig identitet kan gøre børn og unge med ASF mere tilbøjelige til at udvikle kønsdysfori. Samme perspektiv beskrives i Holt et al.´s (2014) studie, hvor det nævnes, at nogle børn og unge med kønsdysfori og ASF kan have et mere rigidt syn på, hvad det vil sige at være dreng eller pige, og at dette rigide syn (den mere ”sort/hvide” måde at tænke på) gør deres identitet mindre flydende og mere fixeret samt i VanderLaan et al.´s (2014) studie, hvor de beskriver, at det er muligt, at ASF-træk og/eller den underliggende neurobiologi har en direkte indflydelse på forekomsten af tvangsadfærd og identitet. Perspektivet nævnes også i Strang et al.´s (2014) undersøgelse, men her nævnes også at co-mobiditeten mellem kønsvarians og ASF kan forstås i fht. indflydelsen af underliggende symptomer i neuroudviklingsforstyrrelsen. Børn og unge med ASF kan være mindre opmærksomme på de sociale/normative restriktioner mod udtryk af kønsvarians og undgår sandsynligvis derfor mindre at udtrykke disse tendenser. Dette perspektiv nævnes ud fra klinisk observation, hvor der sås at mange børn, som har comorbid ASF og kønsvarians er mindre bevidste omkring den sociale fordom og samfundsmæssige pres mod udtryk af kønsuoverensstemmelse. Børnene fremstår klinisk ofte mindre urolige og dysforiske i fht. deres kønsvarians i det mindste ud fra perspektivet om, hvordan andre måske dømmer dem.

Skagerberg et al. (2015) beskriver, at sammenhængen mellem ASF træk og kønsdysfori kan forklare variationen af kønsdysforiske udtryk og udfaldet. Hos nogle kan kønsdysfori være et ASF træk, som kan ændre sig og hos andre kan det være en separat enhed. Et lignende perspektiv beskrives hos VanderLaan et al. (2015), som nævner, at kønsdysfori kan være tilknyttet med repetitiv, tvangsmæssig adfærd karakteristisk for ASF, men de intense transkøns interesser kan også være en manifestation af kønsdysfori og kan føre til en klinisk fremstilling, som ligner ASF men kun på overfladen, så derfor har intensiteten og interessen at gøre med kønsdysfori og *ikke* en underliggende ASF.

Andre studier diskuterer, hvorvidt neurobiologiske og fysiologiske påvirkninger kan have en direkte sammenhæng med kønsidentitetsforstyrrelse (kønsdysfori comorbidt med ASF). VanderLaan et al. (2014) udførte en undersøgelse af mødre-rapporteret kønsuoverensstemmelse og ASF træk i relation til tre ASF risikofaktorer: 1) fødselsvægt, 2) forældres alder ved fødsel, 3) søskendes kønsforhold. Hypotesen var, at hvis de tre risikofaktorer havde sammenhæng med ASF træk og kønsuoverensstemmelse hos klinisk henviste børn med kønsdysfori, så ville det bevise samstemmende hypoteser, der argumentere for at ASF har en direkte eller indirekte sammenhæng med forekomsten af kønsdysfori hos børn. De fandt i undersøgelsen, at relativ højere fødselsvægt var tilknyttet til forhøjet kønsuoverensstemmelse og disse to faktorer i kombination var tilknyttet med ASF træk (liggende indenfor det kliniske område). VanderLaan et al. (2014) fremhæver i studiet, at børn med ASF har større hoved det første år, hvilket kan påvirke amygdala. Dette er særlig relevant, idet forstørrelse og abnormitet af amygdala synes at kunne medvirke til vanskeligheder i de sociale funktioner. Neurobiologiske abnormiteter knyttet til reduceret social funktion hos ASF (svarende til fund i frontal og temporal regionerne) kan gøre det vanskeligt for nogle børn at opnå koncepter mht. kønsnormer. Sociale kommunikationsvanskeligheder kan derfor ligge til grund for den kognitive forsinkelse som mange kønsdysforiske børn udviser, hvad angår deres kønskonstante udvikling. Saunders & Bass (2011) nævner ligeledes, at der er en signifikant udfordring kædet sammen med diagnosen kønsdysfori set ud fra de sociale og kommunikative vanskeligheder hos ASF, dog uden at dette uddybes nærmere. I deres undersøgelse fandt de 2 personer, som ønskede kønsskifte for at facilitere eller normalisere pædofili.

”Den ekstreme mandehjerne (EMB)” autismeteori fremsat af Baron-Cohen (2002) beskriver et ekstremt mande-mønster af kognitive træk defineret som stærke systematiseringsevner parret med empatiske svagheder hos ASF. Teorien antager som tidligere nævnt, at et højere føtalt niveau af det mandlige kønshormon testosteron, kan forklare den højere prævalens af ASF hos mænd. Flere studier har med udgangspunkt i teorien undersøgt, hvorvidt et højere føtalt androgen-niveau kan have indflydelse på andre områder omkring ASF og kønsroller, kønsidentitet, kønsdysfori, transkøn og maskulin adfærd hos kvinder med ASF. Bejerot og Eriksson (2014) antog i deres undersøgelse af seksualitet og kønsrolle hos ASF, at idet føtal eksponering af androgener påvirker aspekter af voksen personlighed som kønsrolle, kønsidentitet, kønsadfærd og seksuel orientering ville det være rimeligt at forvente, at disse træk er tilsvarende påvirket hos kvinder, og vise sig som maskuliniseret adfærd hos kvinder med ASF. Dette blev kun delvist bevist, idet der i undersøgelsen hos såvel kvinder som mænd med ASF blev rapporteret om en kønsrolle karakteriseret ved en svagere maskulinitet, men ”tomboy”-adfærd var overrepræsenteret hos kvinderne med ASF. Bejerot og Eriksson (2014) konkluderer, at de ekstreme mandemønstre i de kognitive funktioner i ASF hjernen ikke synes at kunne udvides til kønsrolle og seksualitet. De Vires et al. (2010) er på linje med denne opfattelse idet der her nævnes, at ideen om føtal testosteron-eksponering involvering i sårbarheden i fht. både ASF og transkøn ikke synes relevant. I så fald ville specielt piger have større sårbarhed i fht. at udvikle kønsdysfori, hvilket ikke var tilfældet. Derudover forklarer det ikke, hvorfor kønsdysfori og ASF optræder samtidigt hos drenge.

Jones et al. (2012) undersøgte med baggrund i EMB teorien hvorvidt kvinder med kønsidentitets-forstyrrelse (FtM) havde en forhøjet *autisme spectrum quotient* (AQ), hvilket blev bekræftet i undersøgelsen. Af overvejelser der ligger til grund for ønsket om kønsskifte nævner Jones et al.(2012) at FtM grundet forhøjede ASF træk, kunne have medført en mindre mulighed for at tilpasse og assimilere sig i en jævnaldrende pigegruppe (i barn-og ungdommen) og i stedet er blevet tiltrukket af drengegruppen. Dette kan have medført vanskeligheder i fht. at socialisere sig med jævnaldrende piger/kvinder og en følelse af mere at tilhøre en drenge/mandegruppe og dermed en øget sandsynlighed for kønsidentitetsforstyrrelse.

Et lignende perspektiv beskriver Pasterski et al. (2012), som nævner at der kan overvejes potentiel indflydelse af føtal androgen ved kønsdysfori comorbid med ASF træk. Udsættelse for androgener kan forklare den maskuline kønsidentitet og ASF trækkene hos bio kvinder, men det forklarer ikke de observerede tilfælde hos bio mænd. EMB teorien forklarer ikke det forhøjede ASF træk hos bio mænd i Pasterski et al.´s (2012) undersøgelse, hvorfor de peger på, at der kan være forskellige underliggende mekanismer i fht. udvikling af kønsidentitet og/eller ASF træk for mænd og kvinder. Som Jones et al. (2012) peger Pasterski et al. (2012) på, at personer med ASF har vanskeligt ved at have tætte relationer. Denne tendens til at være naiv, umoden og uerfaren i fht. at socialisere sig kan føre en person (kvinde eller mand) til at konkludere, at hun/han ikke passer med gruppen af deres jævnaldrende køn og at hun/han vil passe bedre med gruppen af det modsatte køn.

Ligesom Jones et al. (2012) og Pasterski et al. (2012) beskriver Pohl et al.(2014) i deres studie af kvinder, at føtal udsættelse for forhøjet androgen-niveau kan have indflydelse på ASF. De fandt i deres undersøgelse, at kvinder med ASF har øget risiko for symptomer og tilstande, der er forbundet med stereorider og har øget risiko for kønsdysfori og transseksualitet.

## Hvilke udfordringer oplever transkønnede personer med ASF?

Studierne har ikke taget udgangspunkt i, hvilke udfordringer transkønnede personer med ASF oplever, men der er alligevel i nogle studier, beskrivelser af hvordan kønsvariansen kommer til udtryk, samt udredningsmæssige udfordringer og udfordringer i forbindelse med behandling og konsekvenser heraf.

De Vries et al. (2010) beskriver, at det for personer med ASF med deres specifikke ASF-rigiditet er ekstremt svært at håndtere den varige kønsvarierende følelse. Det kræver trods alt i vores samfund en stor portion fleksibilitet at håndtere kønsvariant følelser. Normalt udviklede børn ml. 3-5 år udviser mere rigiditet i kønsrelaterede tanker end ældre børn. Denne rigiditet aftager efter 5-års-alderen. Personer med ASF når måske ikke dette niveau af fleksibilitet i deres kønsudvikling og frustrationerne vedbliver. Dette understøttes i casestudiet af Gallucci et al. (2005), som beskriver en vedvarende frustration over kønsvarians følelsen hos en 41-årig mand der har været tilstede siden 9-års-alderen. Gallucci et al. (2005) overvejer hvorvidt transkønsadfærden kan være et udtryk for de sociale vanskeligheder og problemer med at skabe relationer til andre karakteristisk for ASF og et middel til at tilpasse sig stressende udviklingsområder som fx at indgå i seksuelle forhold. Disse overvejelser er også gjort i Landén & Rasmussen´s (1997) case om en 14-årig pige, hvor de sociale vanskeligheder med interaktion kan have været medvirkende til atypisk kønsidentitetsdannelse. Landén & Rasmussen beskriver ligeledes, at repetitiv, tvangsmæssig adfærd karakteristisk for ASF kan fastholde personen med ASF i transkøns opfattelsen og at dette medføre store vanskeligheder i fht. jævnaldrende i dagligdagen som fx ikke at ville benytte pigetoilettet på skolen.

Kraemer et al. (2005) beskriver ligeledes manglen på social og følelsesmæssig gensidighed hos en 35-årig kvinde som en udfordring gennem opvæksten og ser dermed kønsidentitetsforstyrrelsen som en sekundær komponent af ASF. Men forfatterne finder det nødvendigt, at behandle kønsidentitetsforstyrrelsen ud fra den betragtning at den madlige identifikation har været stabil siden barndommen og behandling vil betyde psykosociale forbedringer hos kvinden.

Lemaire et al. (2014) beskriver ligeledes manglen på social gensidighed hos en 23-årig kvinde som den største udfordring gennem hendes barn-og ungdom. Pigen fik de første tanker om at være det modsatte køn som 7-årig og lille interesse i at lege typiske pigelege som hendes jævnaldrende. Som teenager følte hun sig depressiv og blev selvskadende. Lamaire et al. (2014) mener, at hvis ASF er diagnosticeret bør behandling i form af træning af social interaktion og kommunikation tilbydes før et kønsskifte. I deres case fik kvinden netop denne træning, hvilket førte til forbedrede socio-emotionel formåen og dermed en forbedret dagligdags tilpasning.

På trods af at psykoeduation (under opfølgning henover 4 og 5 år) i fht. den feminine stereotype adfærd (iklædning af pigetøj, interesse for makeup, undgåelse af tumleleg og ingen interesse i drenge aktiviteter men foretræk leg med piger, tager feminine roller i far-mor-børn lege) blev iværksat i de to case beskrivelser af Mukaddes (2002) forblev kønsdysforien intakt hos de to drenge med ASF, hvilket får forfatteren til at understrege, at det ved længerevarende opfølgning er muligt at diagnosticere kønsidentitetsforstyrrelse hos børn med ASF, idet verbalt højt fungerende med ASF kan udtrykke deres køns præferencer ligesom andre personlig præferencer. Mukkades ser ASF og kønsidentitetsforstyrrelse som to separate diagnoser. Tateno et al. (2008) er enig i denne betragtning og beskriver i deres case om en 5-årig dreng samme legemønstre og optagethed af feminine aktiviteter og objekter som Mukaddes (2002).

Lignende optagethed af feminine objekter beskriver Williams et al. (1996). Her rapporteres om to drenge, som havde tydelig interesse i feminine kønsstereotype aktiviteter og objekter. Interesserne var ikke begrænset til et eller to objekter, men inkluderede et bredt spektrum af typisk feminine anliggender (klæde sig i feminin tøj, manipulering af dukker, imitation af feminine tegnefilms-karakterer, tager feminine roller i far-mor-børn leg). Der sås endvidere særlig optagethed af dukkers hår og skinnende objekter. Psykoedukation blev iværksat og resulterede i forbedringer af kommunikationsevner og bredere interesser, men drengene i casen havde stadig fascination af feminine objekter. Forfatternes hypotese var, at den feminine optagethed hos disse drenge med ASF kunne skyldes en arvelig prædisposition for usædvanlige interesser kendetegnende for ASF kombineret med drengenes sociale miljø.

Dette er Parkinson (2014) enig i. Han beskriver intens besættelse af transadfærd hos to unge mænd med ASF, der aftager og forsvinder helt efter en periode. Den ene case-person havde ikke udvist feminin identitet før han som 21-årig læste en artikel om transseksualitet og udviste sjældent feminin adfærd trods ønsket om kønsskifte. Parkinson, 2014 mener behandling bør tilbageholdes indtil det er klart at der er en ægte transseksuel problemstilling. Dette peger på, at den intense optagethed også er en udfordring for omgivelserne, især behandlingssysstemet.

En lignende beskrivelse ses hos Perera et al. (2003), hvor ønsket om kønsskifte startede i forbindelse med puberteten og blev forstærket af pigens OCD. Ønskede ikke at tage medicin mod sin OCD, da hun troede dette forårsagede menstruationen. Pigen er fulgt fra siden 9-års alderen og udviser nu som 20-årig mindre synlige træk i fht. kønsidentitetsforstyrrelse. Perera et al. (2003) mener det er sandsynligt, at kønsidentitetsforstyrrelsen i casen repræsenterer psykopatologien af OCD og kompliceres af comorbid ASF.

Holt et al. (2014) beskriver, at udtrykket hos børn og unge med kønsidentitetsforstyrrelse generelt er forskellig for piger og drenge, hvor pigers udtryk er mere eksternaliseret (udadvendt), mens drenges udtryk er mere internaliseret (tilbagetrukket/depressiv). I deres undersøgelse foretrak signifikant flere piger at blive kaldt et andet navn end fødenavnet, og signifikant flere piger levede fuldtids i deres udvalgte køn. Holt et al. (2014) beskriver at puberteten er en øget stress/frustrations faktor, idet børn med kønsidentitetsforstyrrelse fungerer bedre end unge og nævner videre, at inkongruens mellem selvopfattelse og krop ikke er den eneste faktor for frustration. Unge med kønsdysfori lider ofte under diskrimination og fordomme som i sig selv kan føre til frygt, frustration og andre associerede vanskeligheder. Ringe relationer med jævnaldrende er den stærkeste indikator for adfærdsvanskeligheder. I deres undersøgelse fandt de, at de tre mest almindelige associerede vanskeligheder i fht. kønsidentitetsforstyrrelse var mobning, nedtrykthed/ depression og selvskadende adfærd. Selvom vanskelighederne i undersøgelsen ikke fremgår specifikt for ASF, må man formode, at børnene/de unge med ASF oplever samme vanskeligheder. Pasterski et al. (2012) nævner også, at piger med kønsidentitetsforstyrrelse fungerer bedre end drenge og begrunder det med, at transadfærd er mindre acceptabel hos biofødte drenge end biofødte piger. I barndommen er forældre til kønsdysforiske piger ikke så så bekymrede og venter længere før der søges hjælp, mens social accept i ungdomsperioden betyder, at unge piger sandsynligvis afslører deres transkøns status mere end drenge.

Som hos Holt et al. (2014) beskriver Kaltiala et al. (2015) i deres undersøgelse, at ringe relation med jævnaldrende hyppigt sås blandt børn og unge – ligeligt blandt drenge og piger. 57% var blevet groft mobbet heraf var 27% af mobningen relateret til kønsudtrykket eller den seksuelle identitet – ligeligt blandt drenge og piger. Selvom dette ikke er specificeret i fht. børn og unge med ASF, må det formodes også at gælde dem. Kaltiala et al. (2015) ser også behandlingsmæssig en stor udfordring i fht. psykosocial regulering hos unge med ASF. Især vanskeligheder mht. fleksibilitet hos ASF kan være en udfordring ifht. de dybtgående forandringer i egen krop ved et kønsskifte, hvor unge med ASF kan være særlig rigide i fht. på forhånd at inddrage overvejelser/konsekvenser af forandringen.

Ovenstående følelsesmæssige vanskeligheder sås ikke i Strang et al.´s (2014) undersøgelse. Her sås ikke følelsesmæssige symptomer som angst og depression hos børn med kønsidentitetsforstyrrelser co-morbid med ASF. Det overvejes, at dette sandsynligvis hænger sammen med den mindre bevidsthed omkring social information som og dermed mindre bevidsthed omkring sociale fordom og samfundsmæssig pres mod udtryk af kønsuoverensstemmelse. Strang et al. (2014) er enig i Kaltiala et al.´s (2015) overvejelser mht. behandling af unge med ASF og udfordringer hermed. Der er udfordringer i fht. hvordan en kliniker bedst vurderer, hvorvidt en unge med ASF, som udtrykker ønske om kønsskifte, forstår ”det hele billedes” implikationer af en sådan beslutning, når det er kendt at ASF ofte resulterer i problemer med ”Central Coherence”.

Ligeledes er der en udfordring i hvordan man bedst hjælper en ung med vedvarende kønsvarians og ASF i fht. at klare kønsskifte, når forstyrrelser i social opmærksomhed, eksekutive funktioner og selvhjælpsevner i voldsom grad påvirker deres evne til at "bestå” som det andet køn. Samme overvejelser gøres i Saunders & Bass´ (2011) undersøgelse, hvor de nævner, at der er en signifikant udfordring kædet sammen med diagnosen kønsdysfori set ud fra de sociale og kommunikative vanskeligheder hos ASF. De beskrev en udfordring i fht. ikke at opfylde kriterierne mht. at leve og fungere fuldt som det ønskede køn grundet en signifikant sværhedsgrad af ASF med intellektuelle vanskeligheder. Dette medfører især en udfordring ifht. personer med ASF´s evne til at samtykke behandlingen og konsekvenser heraf, men kan også være et udtryk for en anderledes måde at udtrykke sin kønsopfattelse på hos personer med ASF.

Saunders & Bass (2011) nævner også en udfordring i, at der let kan skaffes hormoner udenom lægebesøg via internettet. De kemiske sammensætning af hormoner købt via nettet er uvis og kan medføre bivirkninger og livstruende komplikationer. For personer med ASF kan dette være en skærpet udfordring, idet de handler ud fra deres stærke ønske uden at tænke på eventuelle konsekvenser.

 En anden udfordring er at nogle har så stærk et ønske om kønsskifte, at de ikke kan vente på henvisning til behandling og søger behandling andetsteds i udlandet – her kan de ikke følges med samtaler mv.

Pohl et al.(2014), fandt i deres undersøgelse, at kvinder med ASF har øget risiko for symptomer og tilstande, der er linket til stereorider og har øget risiko for kønsdysfori og transseksualitet. Men de fandt også øget risiko for andre symptomer og tilstande linket til stereorider som har indflydelse på aspekter af det at være kvinde med ASF, nemlig: højere frekvens af epilepsi, amenoré, dysmenoré, og svær akne. Disse symptomer og tilstand må formodes at påvirke dagligdagen i betydelig grad.

Transkønnede har i stedet mulighed for at blive diagnosticeret med

Diskussion

I denne Masterafhandling er videnskabelige studier og cases om transkøn og ASF behandlet.

Frem til år 2010, hvor de Vries et al. beskrev et struktureret studie om ASF hos transkønnede børn og unge, var kun case studier om emnet beskrevet (Williams et al. 1996; Landén & Rasmussen, 1997; Mukkaddes, 2002; Perera et al. 2003; Gallucci et al. 2005; Kraemer et al. 2005; Tateno et al. 2008). Selvom der de seneste par år er kommet flere studier til om emnet, er det stadig et område, der er sparsomt undersøgt.

De tidligere nævnte metodiske forskelligheder begrænser muligheden for at generalisere og sammenligne resultater, men der var i alle studier enighed om, at det fortsat er et område, der bør undersøges nærmere for at vores forståelse af sammenhængen mellem transkøn og ASF bliver bedre. Studier der undersøgte sammenhængen mellem ASF og kønsdysfori manglede en klinisk kontrolgruppe (de Vries et al. 2010; Jones et al. 2012; Pasterski et al. 2014; VanderLaan et al. 2014) eller benyttede ikke omfattende udredning af kønsdysfori (Strang et el. 2014) eller af ASF (Jones et al. 2012; Pasterski et al. 2014; VanderLaan et al. 2014).

**Forekomst**

Der rapporteres i studierne store forskelle i fht. forekomst af ASF eller ASF træk hos transkønnede. Forekomsten varierer fra 3,7%-54,2%. På trods af variationen er forekomsten høj og ikke opstået ved tilfældigheder set ud fra at forekomsten af ASF alene blandt børn i den generelle befolkning er omkring 0,6-1%/Baird, 2006; Fombonne, 2005). I studier, hvor der er undersøgt for ASF træk, er forekomsten signifikant højere end i studier, hvor der er fortaget en standardiseret udredning for ASF, hvilket kan forklares ved en underdiagnosticering af de undersøgte, en stor variation og usikkerhed i måleinstrumenterne til at fastslå ASF og en variation i den kognitive samt sociale udvikling mellem personer med ASF /ASF træk og neurotypiske personer, der bruge til sammenligning. Børn med dysfori udviser forhøjet intense, besættende interesser (VanderLaan et al. 2015) og kan ligeledes påvirke den højere forekomst i nogle af studierne.

Holt et al.(2014) beskriver i deres studie, at ikke alle børn og unge med ASF havde en formel ASF- diagnose, hvilket måske kan forklare det høje fund af ASF i undersøgelsen idet der så er taget udgangspunkt i bred definition af ASF. Kaltiala et al. (2015) nævner, at data i deres undersøgelse var indsamlet via tidligere journaler til klinisk anvendelse og ikke forskning og derfor kunne vigtige informationer mangle. Validitet af diagnoser som var givet andre steder opfyldte ikke alle kriterierne jf. ICD-10 (WHO, 1992).

Omvendt beskriver de Vries et al. (2010), at der formodentlig er et højere antal med ASF end rapporteret og inkluderet i deres studie. En af grundende er, at børn og unge med ASF ikke var i stand til at gennemføre udredningen grundet betydelige ASF vanskeligheder. I andre sager blev ASF træk observeret, men forældre have tendens til at underrapportere ASF symptomerne i DISCO-10 interviewet, da det ikke var deres største bekymring i for deres børn. Desuden var det ikke muligt at administrere DISCO-10 interview til alle deltagere og endelig havde klinikere i undersøgelsen måske mere fokus på kønsdysforien end på om deltagerne (også) havde ASF.

I Skagerberg et al.´s (2015) studie rapporteres en signifikant høj forekomst af ASF træk hos kønsdysforiske børn og unge. Data var indsamlet fra forældre via SRS spørgeskema (Social Responsivness Scale), og nogle forældre kan have scoret højt på nogle af udsagnene i SRS på grund af kønsdysforien eller vanskeligheder i relation til kønsdysforien, som så er blevet opfattet som et ASF træk. Fx en person med kønsdysfori scorer højt på udsagnet: ”har svært ved at have relationer til jævnaldrende”. Muligheden er dermed, at for nogle med kønsdysfori indikerer den høje SRS score blot sociale vanskeligheder og ikke nødvendigvis en ASF diagnose. Strang et al. (2014) fandt i deres undersøgelse, at kønsvarians hos børn og unge med ASF var 7,59 gange mere almindelig end hos den neurotypiske kontrolgruppe, men at forældre kun rapporterede dette i 5% af tilfældene. Muligheden for at forældre rapporterer mindre om kønsvarians kan være, at kønsvariansen ikke er forældrenes største bekymring, men mere ASF som sådan og at kønsvariansen er udtryk for en særlig optagethed/interesse karakteristisk for ASF.

Jones et al.´s (2012) undersøgelse er kun baseret på selvrapportering. Deltagere blev fundet gennem flere kilder (online sider indenfor ASF interesser og patienter ved forfatteres klinik), hvilket kunne have medført en meget heterogen gruppe. Derudover indtog en del af de transseksuelle grupper hormonbehandling, og der kunne ikke kontrolleres for denne faktor. Der kan derfor stilles spørgsmål om hvorvidt deres fund er et udtryk for hormonbehandlingen eller ASF fænotypen.

Usikkerhed i fht. selvrapportering gør sig også gældende for Pasterski et al.´s (2012) studie, hvor deltagernes ASF træk blev fundet via AQ spørgeskema (Autistic Spectrum Quotient) som er mere usikker og sårbar i fht. subjektive bias.

Usikkerheden omkring den diagnostiske validitet i fht. ASF gør sig også gældende i fht. diagnosticeringen af kønsidentitetsforstyrrelser/kønsdysfori, hvor der ligeledes var stor usikkerhed i måleinstrumenterne. I Strang et al.´s (2014) undersøgelse er data hentet fra eksisterende databaser og derfor kan kliniske bias forekomme. Forekomsten af kønsdysfori var baseret på CBCL[[7]](#footnote-7) spørgeskema besvaret af forældre med udtræk fra kønsvarians udsagn som fx ”ønsker at være det modsatte køn” og svarmuligheder som: ”aldrig”, ”nogle gange” og ofte. Der følges ikke op over tid i fht. besvarelserne som heller ikke imødekommer de diagnostiske kriterier jf. DSM-IV-TR (APA, 2000). I de Vries et al.´s (2010) undersøgelse havde kun 1 ud af 7 børn med ASF vedvarende kønsidentitetsforstyrrelse jf. DSM-IV-TR (APA, 2000) og ungdomsgruppen var heterogen med 5 ud af 9, som imødekom kriterierne for kønsidentitetsforstyrrelse og resten imødekom kriterierne for kønsidentitetsforstyrrelse, uspecificeret eller fetichistisk transvestisme. Fundet viser at ASF er mere almindelig hos personer med et bred række af kønsrelatere bekymringer eller spørgsmål, og at dette kan hænge sammen med mildere eller mere atypisk aspekter af kønsdysfori, som en del af en anden ikke normativ seksuel adfærd og interesse, som der nævnes i en undersøgelse af Hellemans et al. (2007). Her beskrives, at børn og unge med ASF udviser en ikke normativ adfærd som fx særlige interesser (fx i fht. seksualitet, kropsdele, børn), sensoriske præferencer (fx i fht. læder, hår, nøgenhed, særlig duft), reduceret følelsesgenkendelse, vedvarende repetitiv og stereotyp adfærd (fx onani).

Den klassificerede tilgang i ICD-10 (WHO, 1992) og DSM-IV-TR (APA, 2000) er ikke egnet til undersøgelse af mere nuancerede udtryk hos både ASF og kønsidentitetsforstyrrelse, men der bør i stedet fokuseres på forskellige mål og specifikke kognitive eller neuropsykologiske profiler hos personer med comorbid kønsdysfori og ASF. Fx kan den observerede rigiditet i fht. kønsrelaterede tanker hos børn med ASF som nævnes i flere af studierne føre til større tilbøjelighed i udviklingen af kønsdysfori (de Vries et al., 2010; Gallucci et al. 2005; Landén & Rasmussen, 1997; Perera et al. 2003; Parkinson, 2014)

Indflydelsen af det intellektuelle niveau samt umodenhed hos personer ASF kan have betydning for oplevelsen af kønsdysfori, idet der kan være vanskeligheder forbundet med at tænke fleksibelt omkring kønsopfattelse og konsekvenser i fht. et kønsskifte. I de Vries et al.´s (2010) undersøgelse var den gennemsnitlige IQ signifikant lavere hos børnene med ASF (M=82) end hos børnene uden ASF (M=103,92). Hos unge med og uden ASF sås ikke signifikant forskel i den gennemsnitlige IQ (M= 98,88🡨🡪M=96,67). Hos Sauders & Bass (2001) sås store udfordringer i fht. voksne med ASF og intellektuelle vanskeligheder, idet de voksne ikke fuldt ud forstod konsekvenserne af et kønsskifte. I fht. denne gruppe bør ønsket om et kønsskifte udsættes og først tilbydes psykologisk behandling og/eller psykoedukation.

**Alder ved henvisning**

Alder ved henvisning til behandling for kønsdysfori for børn og unge varierede mellem 7,19-16,66 år. Kun i tre af studierne er beskrevet oplevelser før og efter 12 års-alderen. I de Vries et al.´s (2010) undersøgelse havde 1 ud af 7 børn med ASF vedvarende kønsidentitetsforstyrrelse jf. DSM-IV-TR (APA, 2000) efter 2-3 års opfølgning. I ungdomsgruppen var 6 ud af 9 diagnosticeret med kønsidentitetsforstyrrelse i barndommen og 1 ud af 9 med kønsidentitet i barndommen, uspecificeret. Af de 9 unge blev 5 diagnosticeret med kønsidentitetsforstyrrelse og påbegyndt behandling. Holt et al. rapportere at 77,6% havde deres første følelse af kønsdysfori i alderen 0-12 år, heraf 42,7% mellem 0-6 år og 34,9% mellem 7-12 år. 17,9% oplevede deres første følelse af kønsdysfori i alderen 13-18 år. Der rapporteres ikke, hvor stor en del af børnene og de unge der havde ASF i de forskellige grupper. I Kaltiala et al.´s (2015) undersøgelse havde 32% af de henviste oplevet deres første følelse af kønsdysfori før 12-års alderen, 62% som 12-årig eller senere og 6% kunne ikke definere dette. I 1ud af 5 startede bekymringerne som 14-årig. 11% af de henviste havde gennem barndommen haft vedvarende kønsdysfori og/eller identificerede sig som det modsatte køn og 6% havde kortvarig følelsen og ønsket. Hos 64% af de unge kunne hverken de eller deres forældre huske kønsdysfori eller transadfærd i barndommen. Igennem behandlingsperioden var 72% sikre på deres følelse af at tilhøre det modsatte køn, men 28% var ikke sikre på deres følelser i fht. kønsidentitet og/eller kønsskifte. Det rapporteres ikke hvor stor en del af børnene og de unge der havde ASF.

Hos de fleste kønsdysforiske børn synes kønsdysforien at ophøre, når de når puberteten, mens unge med en kønsidentitetsforstyrrelse sandsynligvis vil forfølge deres ønske om kønsskifte. Dette ses også i de Vries et al.´s (2010) undersøgelse, hvor kønsdysforien hos børn under 12 år med comorbid ASF aftager mens den hos unge mellem 12-18 år med comorbid ASF er vedvarende.

**Kønsfordeling**

Variationen i fht. kønsfordelingen mellem piger og drenge er forskellig i studierne. I nogle studier var drenge overrepræsenteret (de Vires et al. 2010; Holt et al. 2014; VanderLaan et al. 2014), mens pigerne var overrepræsenteret ét studie (Kaltiala et al. 2015). Overrepræsentationen af drenge i studierne er i overensstemmelse med epidemiologien af både ASF og kønsidentitetsforstyrrelse (Fombonne, 2005; Zucker & Lawrence 2009). I kontrast hertil var der i to studier ingen signifikant forskel blandt piger og drenge med kønsidentitetsforstyrrelse og ASF træk. (Skagerberg et al. 2015; Strang et al. 2014). En mulig forklaring herpå kan være at data omhandlende tilstedeværelse af ASF diagnose eller ASF træk var indsamlet fra patientjournaler og hvis ikke ASF eller ASF træk ikke var indikeret i journaler ville der ikke være information om dette til brug for undersøgelserne. En anden mulig forklaring er tolkningen af de besvarede udsagn, der ligger til grund for tallene i undersøgelsen, hvor forældre og de unge, der besvarede udsagnene kunne tolke et udsagn som et ASF træk fremfor et kønsdysforisk træk eller omvendt.

I studier omhandlende voksne var mænd overrepræsenteret i de tre (Jones et al. 2012; Pasterski et al 2012; Saunders & Bass,2011), mens mænd og kvinder var lige repræsenteret i et studie (Bejerot & Eriksson, 2014; 2015). Pohl et al.´s (2014) studie omhandler kun kvinder, hvorfor kønsfordelingen ikke kan beskrives. Den ligelige repræsentation i Bejerot & Erikssons (2014) studie kan forklares ved at den undersøgte ASF gruppe var relativ ressourcefuld og muligvis kunne betegnes mere neurotypisk end personer med ASF generelt, samt en forskellig tolkningen af de udsagn der skulle besvares.

**Forklaring af co-morbiditet**

Der peges i studierne på flere forskellige perspektiver i fht. at forstå comorbiditeten mellem ASF og kønsdysfori. Nogle af perspektiverne har et vist overlap, men ud fra forskellige hypoteser.

Et perspektiv er, at kønsdysfori og ASF kan være to diagnoser der optræder samtidig (Mukaddes, 2002; Tateno et al. 2008; Lemaire et al. 2014), mens andre antager at trans adfærden er et resultat af den arvelige prædisposition vedrørende udsædvanelige interesser kendetegnende for ASF (Williams et al. 1996; Kraemer et al. 2005; Parkinson, 2014). Der peges også på, at kønsdysfori hos personer med ASF kan overvejes som OCD uafhængig af såvel ASF som kønsidentitetsforstyrrelse (Landén & Rasmussen, 1997; Perera et al. 2003) eller at der er en mulig sammenhæng mellem kønsidentitetsforstyrrelse, tvangsmæssige træk og ASF (Gallucci et al. 2005; de Vries et al. 2010; Holt et al. 2014; Kaltiala et al. 2015; Strang et al. 2014; Skagerberg et al. 2015; VanderLaan et al. 2015). Endelig peges der også på, at neurobiologiske og fysiologiske påvirkninger kan have en sammenhæng med kønsdysfori comorbidt med ASF (VanderLaan et al. 2014; Bejerot & Eriksson, 2014; Jones et al. 2010; Pasterski et al. 2012; Pohl et al. 2014).

Perspektivet om, at kønsdysfori og ASF kan være to diagnoser, der optræder samtidig er i fremsat i tre cases (Mukaddes, 2002; Tateno et al. 2008; Lemaire et al. 2014), bla. ud fra børnenes adfærd som opfyldte kriterierne for kønsidentitetsforstyrrelse i barndommen. Flere beskrivelser peger på at kønsidentitetsforstyrrelse i barndommen kan forsvinde eller aftage i forbindelse med puberteten (Bancroft, 2009; Möller, 2009; Zucker, 2005), men børnene er dog i de to første cases ikke fulgt længere end til op til 10-års alderen. De to forfattere fremhæver, børnenes sproglige evner i fht. at kunne udtrykke deres ønske. Dette aspekt kan dog anfægtes, idet mange med ASF har gode sproglige evner, men at forstå de dybereliggende begreber og meninger, og overføre til andre kontekster, har de svært ved grundet vanskeligheder i central coherence (Happé & Frith, 2006).

I den tredje case bliver pigen først udredt for ASF i forbindelse med henvisning for kønsidentitetsforstyrrelse og forfatteren anbefaler først behandling/træning af social interaktion og kommunikation før et kønsskifte, idet der tænkes, at de sociale og kommunikative vanskeligheder kan have været medvirkende til pigens kønsdysfori. Da pigen trods psykoedukation stadig ønsker kønsskifte antages det, at ASF godt kan optræde samtidig med kønsdysfori. Man kunne også stille spørgsmålet om ønsket om kønsskifte ville optræde, hvis der tidligere var udredt og diagnosticeret for ASF samt iværksat psykoedukation i forbindelse med udviklingen af kønsidentitet.

Flere cases og studier perspektiverer faktoren omkring de intense/tvangsmæssige og usædvanlige interesser kendetegnende for ASF i sammenhæng med transadfærd og eller kønsdysfori. Hvor nogle peger på at trans adfærden er et resultat af den arvelige prædisposition for udsædvanelige interesser kendetegnende for ASF (Williams et al. 1996; Kraemer et al. 2005; Parkinson, 2014), peger andre på, at interesserne og optagetheden af transkøn kan forstås som en sammenhængende størrelse, idet den optræder såvel hos personer med ASF som hos neurotypiske, der oplever kønsdysfori (Gallucci et al. 2005; de Vries et al. 2010; Holt et al. 2014; Kaltiala et al. 2015; Strang et al. 2014; Skagerberg et al. 2015; VanderLaan et al. 2015). Begge perspektiver giver mening. Ét af kriterierne for at få diagnosen ASF er netop tilstedeværelsen af snævre interesser og repetitive adfærdsmønstre og disse kan forandres over tid og intensitet. Netop dette er beskrevet i Parkinsons (2014) case, hvor interessen forsvandt over tid og i de Vries et al.´s (2010) undersøgelse havde kun 1 ud af 7 børn med ASF vedvarende kønsidentitetsforstyrrelse. VanderLaan et al. 2015 beskriver i deres undersøgelse, at børn med kønsdysfori meget vel kan ligge i den ekstreme ende af spektret af fokuserede, intense interesser hos neurotypiske børn, idet børnene med kønsdysfori via deres intense optagethed af kønsrelaterede objekter eller aktiviteter kommunikerer deres stærke ønske om at tilhøre det modsatte køn. Ved afvisning kan børnene intensivere deres optagethed/interesse for at forstærke kommunikationen.

Den intense optagethed af kønsrelaterede objekter eller aktiviteter hos ASF hænger sammen med den særlige rigide og konkrete tænkning karakteristisk for ASF (Happé & Frith, 2006; Frith, 2008). Den rigide og konkrete tænkning kan påvirke deres syn på, hvad det vil sig at være dreng eller pige og rigiditeten kan dermed påvirke deres evne til at udvikle aspekter af deres personlige identitet og gøre den mindre flydende og mere fixeret. Hvor børn med kønsdysfori med deres intense optagethed af kønsrelaterede objekter eller aktiviteter ønsker at kommunikere ønsket om at tilhøre det modsatte køn kan den intense optagethed af samme interesser hos ASF være udtryk for forvirring omkring kønsidentiteten og/eller en forsinkelse i udviklingen heraf. Den konkrete tænkning kan medføre at børnene er nødt til at afprøve flere roller som et led i denne udvikling. Hos Strang et al. sås, at mange børn med ASF og comorbid kønsvarians var mindre bevidste omkring den sociale fordom og samfundsmæssige pres mod udtryk af kønsuoverens-stemmelse, hvilket kan være en forklaring på den intense interesser. Dette nævnes også i et studie af den seksuelle profil hos voksne med ASF af Hénault & Attwood (2006), hvor Body image og følelsen af at tilhøre eget køn synes at være mindre påvirket af sociale og kulturelle normer.

Men andre forhold som miljø, kognitivt modenhedsniveau, intellekt og sensorisk profil kan gøre sig gældende i fht. opretholdelse eller ændring i interesseområder hos ASF. Personer med ASF har en præference for specifikke sensoriske input og de feminine interesser (fx bløde stoffer, langt hår, og glitter), der nævnes i studierne, kan være udtryk for den særlige sensoriske profil og ikke kønsdysfori som sådan.

Miljøets påvirkning og den katagoriske tænkning hos ASF kan ligeledes medføre, at de drager nogle atypiske konklusioner. Der beskrives i studierne, at følelsen af altid at have været andersledes og en outsider blandt jævnaldrende førte til tanken at dette skyldes at tilhøre det ”forkerte” køn. Et kønsskifte kunne i ASF forståelsen føre til at kommunikationsproblemerne ville forsvinde. Der var ligeledes et eksempel på personer, der ønskede kønsskifte for at facilitere eller normalisere pædofili ud fra den betragtning, at kvinder har mere omgang med børn eller letter kan komme i kontakt med børn (de Vries et al. 2010; Kaltiala et al. 2015; Saunders & Bass, 2011). Dette perspektiv understøttes at de præsenterede modeller omkring autismeforståelsen og der findes mange lignende eksempler på hvordan den kategoriske tænkning kan føre til konklusioner og beslutninger, der for de fleste andre mennesker synes atypiske og ureflekteret. Fx havde en ung mand på 19 år, der ønskede at skifte køn, skæg. Han ønskede ikke at barbere sig, da han mente, han ville blive kaldt et barn, hvis han ikke havde skæg.

Det intellektuelle niveau og umodenhed spiller ligeledes en rolle i fht. at opretholde eller ændre et interesseområde. Den kategoriske tænkning bliver mindre fleksibel i takt med lavere intelligens, hvilket kan have betydning i fht. kønsopfattelse og de indgribende konsekvenser ved et kønsskifte (de Vries et al. 2010; Saunders & Bass, 2001).

Hvorvidt neurobiologiske og fysiologiske påvirkninger kan have en sammenhæng med kønsdysfori comorbidt med ASF undersøges i flere studier (VanderLaan et al. 2014; Bejerot & Eriksson, 2014; Jones et al. 2010; Pasterski et al. 2012; Pohl et al. 2014) og nogle af studierne finder resultater, der understøtter hypoteserne, mens andre studier ikke gør. VanderLaan et al. 2014 fandt i deres studie at relativ høj fødselsvægt var tilknyttet til forhøjet kønsuoverensstemmelse og disse to faktorer i kombination var tilknyttet med ASF træk. Fundet stemmer overens med hypoteser, der peger på at ASF træk er associeret med udviklingen af den ekstreme og vedvarende oplevelse af transkøn adfærd og identitet som er karakteristisk ved kønsdysfori hos børn. Den relative høje fødselsvægt sættes i forbindelse med øget sandsynlighed for kognitive og psykiatriske vanskeligheder inklusiv ASF. Sammenholdt med undersøgelse af, at børn med ASF det første leveår har større hoved og at dette kan påvirke flere områder i hjernen, konkluderer de, at der er en sammenhæng ml. høj fødselsvægt, kønsuoverensstemmelse og ASF træk. De nævner især forstørrelse og abnormitet af amygdala som særlig vigtigt, idet dette sættes i forbindelse med vanskeligheder i de sociale funktioner. Den reducerede sociale funktion hos ASF kan ligge til grund for de vanskeligheder, nogle børn oplever i fht. at opnå koncepter mht. kønsnormer. Denne antagelse omkring amygdala understøtter autismeforskere, som har udpeget områder i hjernen, der kaldes den sociale hjerne. Disse forskere mener, at der findes et hjernesystem, som ligger til grund for hele vore instinktive følelsesmæssige respons på andre mennesker og som hovedsageligt forefindes i amygdala.

Andre studier har med baggrund i EMB autisme teorien (Baron-Cohen, 2002) undersøgt påvirkningen af et højere føtalt niveau af det mandlige kønshormon, testosteron, hos personer med ASF og/eller kønsidentitetsforstyrrelse ASF (Bejerot & Eriksson, 2014; Jones et al. 2010; Pasterski et al. 2012; Pohl et al. 2014). I tre af studierne (Jones et al. 2010; Pasterski et al. 2010; Pohl et al. 2014) konkluderes, at udsættelse for androgener kan forklare den maskuline kønsidentitet og ASF træk hos bio fødte kvinder, mens der i Bjereot & Erikssons (2014) studie konkluderes, at de ekstreme mandemønstre i de kognitive funktioner i ASF hjernen ikke synes at kunne udvides til kønsrolle og seksualitet. På trods af at føtal testosteron-eksponering kan forklare den maskuline kønsidentitet og ASF træk hos kvinder i ovennævnte studier, forklarer det ikke hvorfor kønsdysfori optræder samtidigt hos mænd. I de fleste studier for børn og unge er drenge overrepræsenteret, og hvis føtal testosteron eksponering er involveret i sårbarheden i fht. både ASF og transkøn ville specielt piger have større sårbarhed i fht. at udvikle kønsdysfori, hvilket ikke var tilfældet i studierne. Forfatterne af studierne peger på, at en forklaring på, at kønsdysfori kan optræde samtidigt hos mænd, kan være, at der er forskellige underliggende mekanismer i fht. udvikling af kønsidentitet og/eller ASF træk for mænd og kvinder. En anden forklaring, forfatterne peger på, er at personer med ASF har vanskeligt ved at indgå i og have tætte relationer og at vanskelighederne i fht. at socialisere sig kan føre til at personen med ASF drager den konklusion, at han/hun ikke passer ind i gruppen af deres jævnaldrende køn, men i stedet vil passe bedre ind i gruppen af det modsatte køn (Jones et al. 2012; Pasterski et al. 2012). Denne fortolkning passer med de forklaringsmuligheder som er beskrevet i forbindelse med den rigide og konkrete tænkning tidligere beskrevet.

**Udfordringer ved ASF og transkøn**

Flere studier peger på manglen på social og følelsesmæssig gensidighed, som en stor udfordring for transkønnede med ASF (de Vries et al. 2010; Gallucci et al. 2005; Landén & Rasmussen, 1997; Kraemer et al. 2005; Lemaire et al. 2014). Grundet den manglende fleksibilitet kan den vedvarende kønsvarierende følelse være ekstrem svær at håndtere. Den manglende fleksibilitetsevne kan også betyde, at personer med ASF har svært ved at ændre opfattelse af sig selv og udvide opfattelsen af hvad køn er. Den stereotype opfattelse af køn kan endvidere betyde, at personer med ASF let får opfattelsen af ikke at passe ind i jævnaldrende grupper og deres logiske, konkrete tænkning kan medføre et ønske om at tilhøre det modsatte køn, idet de herved tænker at opnå forbedrede sociale og kommunikative evner. Den rigide og konkrete tænkning kan som tidligere nævnt påvirke deres evne til at udvikle aspekter af deres personlige identitet og derved også den seksuelle identitet.

Gallucci et al. (2005) peger på, at kønsdysforien kan være et middel til at tilpasse sig stressende udviklingsområder som fx at indgå i seksuelle forhold. Dette understøttes i et studie af Hellemans et al. (2007), som fandt, at ASF kan hænge sammen med mildere eller mere atypisk aspekter af kønsdysfori, som en del af en anden ikke normativ seksuel adfærd og interesse.

Prædispositionen for udsædvanelige interesser karakteristisk for ASF udgør egentlig ikke en udfordring for personen med ASF som sådan. Hvis det er muligt at dyrke sin interesse så hyppigt som muligt føles velbehag – sådan har de fleste mennesker det. Men de intense og udsædvanelige interesser kan skabe udfordringer for personen med ASF i fht. interaktion med omgivelserne. Forsøg på at bremse den intense interesse hos personer med ASF kan ofte skabe stor frustration. Hvor omgivelserne ikke er så bekymrede for piger, der udviser typisk drengeadfærd og interesser, forholder det sig anderledes med drenge, der udviser typisk pigeadfærd og interesser. Når drenge som beskrevet i flere studier (Mukaddes, 2002; Tateno et al. 2008; Williams et al. 1996; Parkinson, 2014) er optaget af stereotype feminine interesser vil omgivelserne sandsynligvis have svært ved at forstå det, forsøge at stoppe det eller vedkommende kan blive mobbet af jævnaldrende. Dette vil være frustrerende for personen med ASF. Den intense interesse kan være et udtryk for umodenhed hos barnet/den unge med ASF, den særlige rigide tænkning eller sensorisk præference.

Optagethed af stereotype feminine interesser kan som tidligere nævnt skyldes særlige sensoriske præferencer hos ASF og ikke kønsdysfori. Iværksættes behandling i fht. kønsdysforien fremfor at arbejde med den sensoriske præference, kan personen med ASF opleve behandlingen som meningsløs med frustration til følge. Det omvendte scenarie vil selvfølgelig også kunne føre til frustration. Det er derfor vigtigt, at der undersøges for sensoriske præferencer i en anamnese eller via en sensorisk profil.

Puberteten er en øget stress og frustrationsfaktor for unge transkønnede med ASF, idet inkongruens mellem selvopfattelse og krop bliver forstærket af de kropslige forandringer. Unge med kønsdysfori lider ofte unger diskrimination og fordomme som i sig selv kan føre til frygt, frustration og andre associerede vanskeligheder som fx mobning, nedtrykthed/depression og selvskadende adfærd (Holt et al. 2014; Pasterski et al. 2012; Kaltiala et al. 2015). Især fremhæves i ovennævnte studier ringe relationer med jævnaldrende som en af de stærkeste indikatorer for adfærdsvanskeligheder. I ungdomstiden betyder de sociale relationer med jævnaldrende mere og mere for den enkelte unge og det bliver vigtigt at have et gruppetilhørsforhold. På trods af de sociale vanskeligheder som er karakteristiske for personer med ASF ønsker mange at indgå i relationer til andre, men mangler forudsætninger herfor (Frith, 2008). Unge transkønnede med ASF´s adfærd kan af omgivelserne blive mødt med afvisning og måske fordømmelse. Dette kunne igangsætte en negativ spiral, hvor den unges mulighed for at tilegne sig erfaringer og kontakt med andre forringes og dermed øges muligheden for en forstyrret seksuel udvikling og forringet livskvalitet.

Flere af studierne peger på behandlingsmæssige udfordringer ifht. psykosocial regulering hos personer med ASF (Kaltiala et al. 2015; Strang et al. 2014 Saunders & Bass, 2011). Især vanskeligheder med fleksibilitet hos ASF kan være en udfordring i fht. de dybtgående forandringer i egen krop ved et kønsskifte. Hvordan hjælper man bedst en person med ASF i fht. at klare et kønsskifte, når forstyrrelser i social opmærksomhed, eksekutive funktioner og selvhjælpsevner i voldsom grad påvirker deres evne til at "bestå” som det andet køn?

Ligeledes er det en udfordring, hvordan en kliniker bedst vurderer, hvorvidt en person med ASF, som udtrykker ønske om kønsskifte, forstår ”det hele billedes” implikationer af en sådan beslutning, når det er kendt at ASF ofte resulterer i problemer med ”Central Coherence”?

Kan en person med ASF give et validt samtykke til behandling, når der er usikkerhed forbundet med forståelsen af den fulde konsekvens heraf?

Konklusion

Forekomsten af personer med ASF er ikke særlig stor, og ligeledes forholder det sig med forekomsten af transkønnede personer. Alligevel beskriver studierne, der er behandlet i denne Masterafhandling, en sammenhæng mellem de to diagnoser samt en forholdsvis høj forekomst af ASF samtidig med transkøn. Hvorvidt det er to separate diagnoser, eller om der er en kausal sammenhæng mellem specifikke træk – de intense, tvangsmæssige interesser – hos ASF og transkønnede er ikke entydigt. Heller ikke i hvor høj grad eller hvorvidt neurobiologiske og fysiologiske påvirkninger spiller en rolle er entydigt.

Set ud fra forekomsten af ASF alene blandt børn i den generelle befolkning, er der tale om en høj forekomst af ASF eller ASF træk hos transkønnede. I de fleste studier er biofødte drenge/mænd overrepræsenteret, hvilket er i overensstemmelse med epidemiologien af både ASF og transkøn.

Forskelle studierne imellem ifht. den rapporterede forekomst kan forklares ved usikkerhed omkring den diagnostiske validitet af såvel ASF som transkøn og forskelle i repræsentationen kan forklares ved usikkerhed omkring den diagnostiske validitet i fht. ASF baseret på journaludtræk, forældrerapportering og selvrapportering.

Ændringen af klassifikationssystemet i diagnosticeringen af transkønnede har betydning for forskningen og tolkningen af evidens. Diagnosen i DSM-V beror på tilstedeværelsen af dysfori som et nødvendigt kriterium, men mange personer med ASF med kønsrelaterede anliggender vil måske ikke opfylde dette. I et af studierne sås fx ikke følelsesmæssige symptomer som angst og depression hos børn med kønsidentitetsforstyrrelser comorbid med ASF (Strang et al. 2014). Samme fund gjorde Hénault & Attwood (2006) i et studie af voksne. Det er derfor muligt, at et signifikant antal personer, som på nogle måder identificerer sig på en anden måde end til deres biologiske køn, ikke vil få denne diagnose. Hvorvidt dette udgør et problem er uklart. Måske vil kun de personer som oplever signifikant dysfori i fht. deres kønsvarians søge rådgivning og behandling. På den anden side vil også personer uden dysfori få udbytte af interventioner, der kan hjælpe med en bedre forståelse af deres eget køns narrativ – måske især personer med ASF. På trods af de metodiske forskelligheder og forskellige vinkler i de behandlede studier viser resultaterne, at der er en udfordring i fht. afgrænsningen af ASF og transkøn.

At forstå processen i dannelsen af kønsidentitet som en normal udviklingsproces hvor alle børn fastlægger deres ”ståsted i en kønsgruppe” kan være hjælpsomt i forståelsen af dannelsen af kønsidentitet hos ASF. Variationerne i den kognitive og sociale udvikling hos neurotypiske mennesker komplicerer simple forsøg på at udlede resultater fra samme alder og undersøgelse af typisk udvikling. Sammenligning med børn med udviklingsmæssige vanskeligheder tager måske ikke højde for dette tema. Desuden vil det være svært at kontrollere for kulturelle faktorer som spiller en rolle i dannelsen af kønsidentitet.

Det er kendetegnende for ASF, at der er forskellige udviklingsmønstre i fht. social udvikling sammenlignet med neurotypiske personer. Det er muligt, at det samme gør sig gældende i kønsudviklingen med varierende tidsplan eller konstruktioner, der komplicerer temaet omkring hvordan man bedst kategoriserer kønsanliggender hos børn og unge med ASF. Det vil derfor være relevant at undersøge dannelsen af kønsidentitet hos personer med ASF idet dette kunne give klinikere mulighed for at kunne rådgive personer med ASF i fht. at udforske deres eget køns narrativ fremfor at vurdere, hvorvidt de er eget til kønsskifte eller ej. Klinikeres rolle (og forældres) vil i den kontekst være at facilitere udvidelse af den sociale ramme og facilitere dannelsen af identifikation i den bredeste forstand. Undervisning omkring seksualitet målrettet personer med ASF vil derfor være særlig vigtigt. At facilitere en udforskning af seksualitet synes særlig relevant, når studier har undersøgt dette viser, at en del neurotypiske børn med kønsdysfori identificerer sig med deres tildelte køn under puberteten (beskrevet i studierne af de Vries et al. 2010; Jones et al. 2012; Pasterski et al. 2012). Flere af studierne viser det samme gør sig gældende i fht. børn med ASF, men at de måske følger en anden tidslinje end neurotypiske børn grundet manglende social interaktion og færre muligheder i fht. at udforske deres seksuelle identitet. Det vil derfor være relevant at undersøge, hvorvidt oplevelsen af transkønnethed hos personer med ASF er konstant eller ændrer sig over tid.

De forskellige udviklingsmønstre i fht. social udvikling hos mennesker med ASF giver som tidligere nævnt også udfordringer i fht. behandlingen af kønsdysforien hos denne gruppe. Hvordan hjælper vi bedst personer med ASF, når det er kendt at ASF ofte resulterer i problemer med ”Central Coherence”. Kan vi rent etisk være sikre på, at de forstår det ”hele billede” af hvad behandlingen og de følgende konsekvenser indebærer?

Det fremgår af stort set alle studier, at der er et overlap i symptomerne og adfærdskarakteristika mellem ASF og transkøn. De snævre interesser og repetitive adfærdsmønstre kendetegnende for ASF, beskrives også som en særlig optagethed og interesse karakteristisk for transkønnede personer

Det samme overlap ses også i fht. forstyrrelse i de sociale relationer kendetegnende for ASF og ringe relationer med jævnaldrende hos personer, der oplever kønsdysfori (beskrevet hos Holt et al. 2014; Kaltiala et al. 2015; Pasterski et al. 2012). Det er dog en udfordring i fht. at udrede, hvorvidt symptomerne er sameksisterende eller adskilte, og dette bør indtænkes i fremtidige videnskabelige undersøgelser.

Præferencen for specifikke sensoriske input karakteristisk for ASF samt de miljømæssige faktorer er ikke belyst, men dog fremhævet i få studier. Præferencen for specifikke sensoriske input kan i mange tilfælde sidestilles med en snæver og repetitiv interesse og bør derfor i højere grad indgå i en eventuel udredning for transkøn.

Flere studier undersøgte hvorvidt neurobiologiske og fysiologiske påvirkninger havde en sammenhæng med kønsdysfori comorbidt med ASF, hvilket resultaterne tyder på. Grundet metodiske forskelle og forskellige vinkler på hvad der undersøges for er det dog svært at påvise nogen entydig sammenhæng.

## Perspektivering

Studierne har vist tilstedeværelsen af kønsdysfori hos personer med ASF, men det er uklart, hvorvidt den bedste måde er at tænke det som en co-morbiditet. En mere kompleks tilgang til at forstå køn i udviklingsmæssige termer er potentielt vigtigt for både forskning og kliniske formål. Den nuværende forståelse af den unikke sociale udvikling hos personer med ASF, som kan påvirke processen ved dannelsen af kønsidentitet, understreger nødvendigheden af en sådan tilgang.

Endvidere synes det vigtigt at tage højde for den bredere ASF fænotype (kliniske træk som er mildere men kvalitativt lignende i fht. ASF karakteristika) i følgende studier hos en population henvist til special-klinikker for kønsidentitetsforstyrrelser. Det kan være at disse træk forekommer oftere hos kønsdysforiske personer end hos personer der er fuldtud diagnosticeret med ASF.

Overlappet mellem symptomerne for ASF og transkøn er relevant at undersøge i kommende studier – ikke mindst så vi bliver klogere på børn med kønsdysfori og ASFs intense, tvangsmæssige interesser.

Fremtidig forskning bør forsøge at undersøge udviklingen af kønsidentitet longitudinelt, så vores forståelse af sammenhængen mellem køn og ASF bliver forbedret. Herunder også muligheden for at skelne mellem en egentlig kønsidentitetsforstyrrelse og en forstyrrelse, der i højere grad udspringer af vanskeligheder i de sociale relationer, rigide og faste kategorier og manglende nuanceret viden omkring køn generelt og eget kønsnarrativ specifikt.

En bedre forståelse kan øge personer med ASFs velbefindende, idet klinikere herved får mulighed for bedre at kunne guide og rådgive personer med ASF, som søger hjælp i kønsrelaterede emner. Derfor vil det ligeledes være relevant, at undersøge, hvorvidt et kønsskifte forbedrer livsvilkårene og livskvaliteten hos transkønnede med ASF.

Der er brug for studier af ASF og transkøn i forskellige kulturer, idet man må formode, at kulturelle variationer vil have indflydelse på, hvorvidt den enkelte opfatter sin kønsidentitet og omgivelsernes syn herpå. Dette har stor betydning for, hvorvidt transkøn opleves som dysforisk.

Køn og seksualitet er et komplekst område af den individuelle og sociale funktion drevet af biologiske, intra- og interpersonelle processer med mange kontekstuelle kræfter for typisk udviklede unge og især for unge med ASF. Bevidstheden omkring denne udvikling som et del af det generelle sundhedsaspekt er et ansvar alle professionelle bør tage.

Referencer

Almås E, Benestad E E P. (2006). Sexologi i praksis. *Universitetsforlaget*.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic criteria for autistic disorder. I: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition (DSM-V). *American Psychiatric Association, Washington, DC.*

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder. I: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, text revision (DSM-VI-TR). *American Psychiatric Association, Washington, DC.*

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder. I: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition (DSM-V). *American Psychiatric Association, Washington, DC.*

Baird G, Simonoff E, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Meldrum D, Charman T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368 (9531), 210-215.

Bancroft J. (2009). Human sexuality and its problems. *Churchill Livingstone*.

Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen D. (2002). Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neoruscience. Oxford. Oxford University Press.

Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. (2001). The autism spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5-17.

Baron-Cohen S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cogntive Sciences*, 6 (6), 248-254

Baron-Cohen S, Knickmeyer R C, Belmonte M K. (2005). Sex differences in the brain: Implications for explaining autism. *Science*, 310(5749), 819-823.

Bejerot S, Eriksson J M. (2014). Sexuality and gender role in autism spectrum disorder: A case control study. *PLOS-one* 9(1), 1-9.

Butler, J. (1990). Gender trouble. Feminism and the Subversion of Identity. *Routledge, New York.*

Cohen-Kettenis P T, Gooren J G. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (4), 315-333.

De Vries A L C, Noens I L J, Cohen-Kettenis P T, van Berckelaer-Onnes I A, Doreleijers T A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40 (8), 930-936.

Fombonne E. (2005). Epidemiologi of autistic disorder and other pervasive development disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (Suppl 10), 3-8.

Frith U. (2008). Autisme og Aspergers syndrome. En introduktion. Dansk Psykologisk Forlag.

Gallucci G, Hackerman F, Schnidt C W. (2005). Gender identity disorder in an adult male with Asperger´s syndrome. *Sexuality and Disability*, vol. 23(1), 35-40.

Geier D A, Kern J K, King P G, Sykes L K, Geier M R. (2012). An evaluation of the role and treatment of elevated male hormones in autism spectrum disorders. *Acta Neurobiol Exp*, 72, 1-17

Gillberg C. (2001). Asperger syndrome and high functioning autism: Shared deficits or different disorders? *The journal of Developmental Disorders*, 5, 81-94.

Giraldi A. (2015). Transseksualitet/transkønnede/kønsidentitet. Hvordan gør vi i Danmark. Handsout til undervisning på Master i Sexologi 2015.

Graugaard C, Hertoft P, Møhl B. Seksualitet. Den store danske encyklopædi. Bind 17. Gyldendal, 2000: 72-77.

Happé F, Frith U. (2006) The weak central coherence account: detail focused cognitive style in autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental* Disorders, 36, 5-25.

Hellemans H, Colson K, Verbraeken C, Vermeiren R, Deboutte D. (2007). Sexual behavior in high-functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37, 260-269.

Henault I. (2006). Asperger´s Syndrome and Sexuality. From adolescence through adulthood. *Jessica Kingsley Publishers*.

Hill E L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(1), 26-32.

Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. (2014). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry,*9,1-9.

Jones R M, Wheelwrigth S, Farrell K, Martin E, Green R, Di Ceglie D, Baron-Cohen S. (2012). Brief report: Female-To-Male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 301-306.

Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjärvi M, Lindberg N. (2015). Two years of gender identity servise for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health,*Vol.9 (9),1-9.

Kraemer B, Delsignore A, Gundelfinger R, Schnyder U, Hepp U. (2005).Comorbidity of Asperger syndrome and gender disorder. *European Child Adolescent Psychiatry*, 14(5), 292-296.

Landén M, Rasmussen P. (1997).Gender identity disorder in a girl with autism – a case report. *European Child Adolescent Psychiatry,*6(3), 170-173

Lawson J, Baron-Cohen S, Wheelwright S. (2004). "Empathising and systemising in adults with and without Asperger Syndrome". *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 34 (3), 301–10.

Lemaire M, Thomazeau B, Bonnet-Brilhault F. (2014). Gender identity disorder and autism spectrum disorder in a 23-year-old female. *Archives of Sexual Behavior*,43, 395-398.

Mukaddes N M. (2002). Gender identity problems in autistic children. *Child: Care, Health and Development*, 28, 529-532.

Möller B, Schreier H, Li A, Romer G. (2009). Gender identity disorder in children and adolescents. *Curr.Probl.PediatrAadolesc. Health Care,*39, 117-143.

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Autism. The management of support of children and young people on the autism spectrum. *National Institute for Health and Care Excellence*.

Parkinson J. (2014). Gender dysphoria in Asperger´s syndrome: a caution. *Australasian Psychitry,*22(1), 84-85.

Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. (2012). Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 387-393.

Perera H, Gadambanathan T, Weerasiri S. (2003). Gender identity disorder presenting in a girl with Asperger´s disorder and obsessive compulsive disorder. *Ceylon Medical Journal,*48, 57-58.

Pohl A, Cassidy S, Auyeung B, Baron-Cohen S. (2014). Uncovering steroidopathy in women with autism: a latent class analysis. *Molecular Autism*, 5, 27.

Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese V. (2006). Mirrors of the mind. Scientific American, 295 (5), 54-61.

Saunders K, Bass C. (2011). Gender reassignment: 5 years of referrals in Oxfordshire. *The Psychiatrist*, 35, 325-327.

Skagerberg E, Di Ceglie D, Carmichael P. (2015). Brief Report: autistic Features in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

Statens Serum Institut. (2014). Klassifikation af sygdomme. http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/TerminologiOgKlassifikationer/SKS/KlassifikationAfSygdomme.aspx

Strang J F, Kenworthy L, Dominska A, Sokoloff J, Kenealy L E, Berl M, Walsh K, Menville E, Slesaransky-Poe G, Kim K-E, Luong-Tran C, Meagher H, Wallace G L. (2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1525-1533.

Sundhedsstyrelsen. (2014). Vejledning om udredning og behandling af transkønnede. *Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.*

Tateno M, Tateno Y, Saito T. (2008). Comorbid childhood gender identity disorder in a boy with Asperger syndrome. *Psychiatry and Clinical Neurosciences,*62, 238.

The World Professional Association for Transgender Health. (2015). Standards of Care. http://www.wpath.org/site\_page.cfm?pk\_association\_webpage\_menu=1351

VanderLaan D P, Leef J H, Wood H, Hughes K, Zucker K J. (2014). Autism Spectrum Disorder Risk Factord and Autistic Traits in Gender Dysphoric Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders.*

VanderLaan D P, Postema L, Wood H, Singh D, Fantus S, Hyun J, Leef J, Bradley S J, Zucker K J. (2015) Do children with gender dysphoria have intense/obsessional interests? *Journal of Sex research,* 52(2), 213-219.

Volkmar F R, Klin A. (2005). Issues in the Classification of Autism and Related Cinditions. I: Volkmar et al. (eds) (2005). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3. udgave,* John Wiley & Sons inc.

Williams P G, Allard A, Sears L. (1996). Case study: Cross-gender preoccupations in two male children with autism. *Journal of Autism and developmental Disorders*, vol. 26(6), 635-642.

World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. *World Health Association*.

WHO. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneve: *World Health Organization*

Zucker K J. (2005). Gender identity disorder in children and adolescents. *Annual reviews Clinical Psychology.* 1, 467-492.

Zucker K J, Lawrence A A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11, 8-11

1. AQ: Autism Scectrum Quotient; SRS: Social Responsiveness Scale; CBCL: Child Behavior Checklist [↑](#footnote-ref-1)
2. ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule; ADI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised; DISCO: Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders [↑](#footnote-ref-2)
3. CBCL: Child Behavior Checklist; GIQC: Gender Identity Questionnare for Children [↑](#footnote-ref-3)
4. WPATH: World Professional Association for Transgender Health [↑](#footnote-ref-4)
5. WPATH: World Professional Association for Transgender Health [↑](#footnote-ref-5)
6. Leiter: Leiter International Performance Scale; Stanford-Binet: Stanford-Binet Intelligence Scale; WST: Wortschatztest; LPS: Leistungsprüfsystem [↑](#footnote-ref-6)
7. CBCL: Child Behavior Checklist [↑](#footnote-ref-7)