


**STANDARDFORSIDE
TIL
EKSAMENSOPGAVER**

Fortrolig

Ikke fortrolig

Prøvens form (sæt kryds)	Projekt	Synopsis	Artikel	Speciale x	Skriftlig opgave
-----------------------------	---------	----------	---------	---------------	------------------

Uddannelsens navn	Anvendt Filosofi	
Semester	10. semester	
Prøvens navn/modul (i studieordningen)	Speciale I Anvendt Filosofi	
Gruppenummer	Studienummer	Underskrift
Navn Malthe Vagner Pedersen	20166954	
Navn		
Navn		
Afleveringsdato	Digitalt 02/01/2023	
Projektitel/Synopsis titel/Speciale-titel/ opgave nummer	En Filosofisk Anskuelse af den Kønskorrigerende Pleje	
I henhold til studieordningen må opgaven i alt maks. fylde antal tegn	192.000	
Den afleverede opgave fylder (antal tegn med mellemrum i den afleverede opgave) (indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag medregnes ikke)	141.126	
Vejleder (projekt/synopsis/speciale)	Andreas Beyer Gregersen	

Jeg/vi bekræfter hermed, at dette er mit/vores originale arbejde, og at jeg/vi alene er ansvarlige for indholdet. Alle anvendte referencer er tydeligt anført. Jeg/vi er informeret om, at plagiering ikke er lovligt og medfører sanktioner. Regler om disciplinære foranstaltninger over for studerende ved Aalborg Universitet (plagiatregler): <http://www.plagiat.aau.dk/regler/>

En Filosofisk Anskuelse af den Kønskorrigerende Pleje:

En Sammenligning af Kønsteorier samt deres Praktiske Konsekvenser

Abstract

Delving into the question on which effects gender corrective treatment has in Denmark, this thesis has aimed to answer what gender theoretical assumptions does the system make, and what effects does it cause? Dismissing theories which invalidates gender corrective treatment for transgender people altogether, the thesis has split the relevant gender theories into three camps. The essentialist, the performative and the trans-medical theory of gender, which each have their separate reasons to provide treatment. They each suggest varying degrees of requirements that must be met in order to achieve validity for treatment. Analyzing Sundhedsstyrelsen's paper of instructions, the thesis finds that it follows an inclusive essentialist methodology. While an essentialist approach has its benefits, the system itself runs into a case of discriminatory treatment when it relates to how gender corrective treatment is being offered to cis people compared to the extra requirements and wait times trans people experience.

In order to understand why gender corrective treatment can be necessary, and to give us a language to understand the lived experiences of those who need it, the thesis has chosen to use Honneth's philosophical theory of recognition. Along with the empirical data from national as well as international studies, it is evident that gender corrective treatment is necessary in order to reduce anxiety, depression and the suicide attempt rate of anyone who may need it. While the current process of treatment is much better than the previous system, it still has its faults. The discriminatory way in which treatment is offered, as well as the extra wait times, categorically violates trans people's recognition from society. A discriminatory practice that is anchored in the very categorization of trans and cis. However, a solution to this discriminatory practice cannot simply be to end it. If we were to treat trans people the same, we'd be ignoring the gender confusion, which is either inherent to the trans condition or forced upon them through the heteronormative society in which they are raised. A confusion that the extra requirements, like the introductory conversations with various specialists, likely have a positive effect on. Furthermore, it is likely that these mandated conversations are a big factor in reducing the amount of people who detransition after treatment. There seems to be few problems in this discriminatory practice that we can end, without creating new ones. It may be that the underlying cause of these problems is not within the power of the healthcare system to fix, but rather society itself. Nevertheless, it is likely that the current solution, while an improvement on previous methods, still contribute to the higher rates of anxiety, depression and suicide among gender non-conforming people.

Indholdsfortegnelse

Forside	2
Abstract	3
Indledning.....	6
Problemformulering	6
Begrebsafklaring.....	8
Kapitel 1: Redegørelse og Teori	9
De Intersubjektive Processer	9
Identitet og Anerkendelse	10
Kønnetts Vigtighed	11
Alternative Fællesskaber	11
Kønsteori.....	14
Kønnetts Essens	14
Kønnetts Performance.....	15
Kønnetts Biologiske Virkelighed	17
Den Praktiske Situation	19
Den Transkønnede Erfaring og Kønskorrigerende Behandling	19
Fortrydelse og Virkninger	20
Det Sundhedsfaglige Paradigmeskifte.....	21
Kapitel 2: Kønsideologi og Maskerade	23
Den Kønsideologiske Behandling.....	23
Den Kønskorrigerende Vejledning.....	24
Forskelle og Krav	25
Kønnsforvirring og Klarhed.....	27
Kønnetts Influens.....	28
Det Positive Ansvar.....	29
Identitet og Kategorisering.....	31
Det Æstetiske.....	31
Kategoriseringens Begrænsning.....	31
Processens Accept.....	33
Det Skjulte Liv	34
Den Hegemoniske Maskerade.....	34
Angst og Stigma	35

Kapitel 3: Faktorer og Moralsk Ansvarlighed	38
Den Selvmordstruende Faktor.....	39
Det Praktiske	39
De Skjulte Krænkelser	39
Den Performative Forståelse.....	42
Behandlingsangsten	45
Processens Legitimering	48
Den Vejledende Samtale	49
Hver Samtale, en Forhindring.....	50
Forskelsbehandlingens Antagelse	52
Anerkendelse.....	53
Selvværdsættelse	54
Forskelsbehandling og Løsninger	54
Perspektivering og Reflektion.....	56
Det Empiriske Perspektiv.....	56
Begrænsninger	57
Refleksion over Honneths Anerkendelsesteori.....	58
Konklusion.....	59
Litteraturliste.....	60

Indledning

I kønsteorien er der en splittelse, blandt dem som mener at kønnet er en essentiel og urokkelig del af enhver person, kontra dem som mener at køn kun eksisterer som en social konstruktion. Med fokus på de statistiske empiriske resultater som dem som der har modtaget kønskorrigerende behandling står i, vil specialet forsøge at relatere og forklare disse outcomes ud fra de relevante kønsteorier, og påpege hvilke kønsteoretiske antagelser som sundhedssektoren tager, samt hvilke konsekvenser de har.

Baseret på Sundhedsstyrelsens vejledning til kønskorrigerende behandlinger, hvilke kønsforestillinger følger Sundhedssektoren, og hvilke konsekvenser har det for dem som modtager behandlingerne?

Specialet tager udgangspunkt i selvmord, depression og angst-rater blandt dem som modtager kønskorrigerende behandlinger, disse mennesker vil være specialets fokusgruppe. Det vil ikke diskuteres hvorledes målet om at formindske angst, depression og selvmordsforsøg er en god ting, dette vil specialet antage er et selvindlysende moralsk standpunkt. Denne gruppe består af transkønnede, interkønnede og ciskønnede født med alternative køns karakteristika. Ens for denne gruppering er personernes behov for fysisk forandring i deres krop, for at tilfredsstille et psykosocialt behov. Kønskorrigerende behandling har især siden 2017 været kilden til meget debat, især når det kommer til behandlingen til transkønnede. Da transkønnede er den undergruppering som får mest fokus, og som specialet vil vise også bliver underlagt strengere krav for at modtage de samme behandlinger, vil de tillægges et større fokus.

Projektet vil støde op imod centrale spørgsmål om kønnets fænomenologi, og den transkønnede oplevelse. Ved at gennemgå undersøgelser af den erfaring transkønnede har med kønskorrigerende behandling, vil specialet diskutere spørgsmål om der er noget essentielt vigtigt ikke bare i at blive accepteret som ens kønsidentitet, men også i at få processen eller identiteten som transkønnet accepteret. Ud fra en redegørelse af de tre forskellige kønsteorier der oftest gør sig relevante i nutidens samtaler om kønskorrigerende behandling, vil specialet analysere dens effekter. Disse teorier vil blive brugt til at lægge forklaringer for behandlingsmetoderne, eller som forklaring på de sociale effekter behandlingerne forårsager, samt den måde hvorpå de tilbydes.

Den anvendte statistik taler for at størstedelen af angst, depression og selvmordsforsøgsraten, skyldes diskrimination. Specialet vil finde frem til at der findes en empirisk uforklarlig, men stadig

statistisk signifikant del af selvmordsforsøgsraten blandt transkønnede, en skadende faktor som vi ikke kan observere. Denne skadelige faktor vil blive forsøgt forklaret gennem den anvendte teori, og derefter relateret til den kønskorrigerende behandling. Især med fokus på de strengere krav som transkønnede skal opfylde for at modtage selv de samme kønskorrigerende behandlinger som ciskønnede modtager. Herefter vil et forsøg på at forsvare flere af de krav som der bliver stillet, uden at miste oversigten på de konsekvenser disse krav har.

Begrebsafklaring

Den her er en afklaring af hvordan visse begreber vil blive anvendt i specialet, samt korte og forsimplede forklaringer af begreberne.

Kønsdysfori: Et kønsligt ubehag som opstår ved en inkongruens mellem en eller flere af tre forskellige faktorer. Den kønsbiologiske krop man har, det køn man bliver opfattet som og det køn man føler man gerne vil være. Ikke alle er enige i af kønsdysfori er en ting.

Kønsidentitet: Et ord for hvilket køn som en person identificerer sig som. Nogle anser kønsidentitet som noget genetisk, andre som noget socialt.

Ikke-binær: Et ord ment til at betegne alle hvis kønsidentitet falder uden for den klassiske kategori af mand eller kvinde.

Interseksuel: En person som er født med atypiske køns karakteristika. Eksempelvis en form for hormonforstyrrelse eller et atypisk kønsorgan.

Passing/At passe: At fyldestgørende performe det køn man føler man er i ens omgivers perspektiv. At passe ind i det kønsnormative samfund. Bruges typisk kun i forhold til transpersoner der identificerer sig som mand eller kvinde.

Køns karakteristika: Attributter ved en persons identitet som vi har karakteriseret som kønnet. Typisk bruges dette udtryk om biologiske dele, som kønsorganer, kromosomer eller hormoner.

Kønsskorrigerende Behandling: Også kaldet kønsbekræftende pleje, er en behandling som indebærer et fysisk indgreb i biologiske køns karakteristika, eksempelvis gennem medicin og hormonterapi, eller kirurgi.

Transitionering: Processen hvor man lærer at begå sig som det andet køn, bruges oftest som en betegnelse om den fysiske proces og forandring.

Detransitionering: Folk som af adskillige årsager stopper med at tage deres kønskorrigerende medicin, eller får en kønskorrigerende behandling der modvirker en tidligere kønskorrigerende behandling.

Transfobi: Kan omhandle både et begreb som et individuelt menneske, og generelt om et system som utilsigtet udøver stigmatisering, forskelsbehandling, had eller umoralske krænkelser af transkønnede.

Kapitel 1: Redegørelse og Teori

Før specialet vil begynde at besvare problemformuleringen, er det nødvendigt først at få en forståelse og et teoretisk sprog til at beskrive fokusgruppens oplevelser. For at opnå dette, vil specialet gøre brug af Axel Honneths anerkendelsesteori og Richard Jenkins' identitetsteori, både for at skabe en metode til at forstå de identitetsmæssige processer som foregår, samt hvorfor de kan være enten skadelige eller gavnlige.

Derefter vil specialet give sig i kast med at forklare de mest relevante kønsteorier, og diskutere hvad de hver især betyder for fokusgruppens oplevelse af liv, samfund og deres eventuelle behandlinger. De behandlinger som oftest bliver snakket om vil blive forklaret. Studier der viser hvor mange der nyder godt af behandlingerne, eller ligefrem fortryder dem, vil blive fremlagt for at konkretisere casen.

Dette kapitel vil blive delt op i tre stykker. Det første, som vil forklare de relevante sociale fænomener, som gør sig gældende i casen. Det andet, som vil give flere kønsteoretiske forklaringer på det fænomenologiske væren af fokusgruppens levede erfaringer. Og det tredje, som vil forklare omdiskuterede fakta, for at give tal og viden om de forskellige problemstillinger som er involveret i sagen.

De Intersubjektive Processer

Anerkendelse er vigtigt for ethvert menneske og Axel Honneths teori giver os en metode hvorpå vi kan få en unik indsigt og forståelse af andres situation, samt forklare hvorfor mennesker bliver påvirket af sociale interaktioner på både det positive og det negative. Denne redegørelse vil have fokus på hvordan køn kan både give og fratage os denne anerkendelse, med fokus på transkønnede som er mest udsat for den negative side af kønsbaserede krænkelser. Redegørelsen vil også kort bruge sociolog og forsker, Michel Dorais. Selvom hans arbejde omhandler homoseksuelle der ikke modtager kønskorrigerende behandling, vil analysen senere relatere den til den transkønnede oplevelse. Heri bliver den nødvendig for at skabe forståelse for transkønnede der passer.

Identitet og Anerkendelse

Formålet med dette stykke er at give en sociologisk og anerkendelsesfilosofisk teori baggrund til at diskutere de sociale aspekter af casen. Transkønnede transitionerer ikke kun for at ændre deres selvbillede, men også for socialt at blive behandlet anderledes af deres omverden.

Ifølge sociologen Richard Jenkins, så er identitet og interesse dybt forbundet. En identitet dikterer hvordan omverdenen opfatter og behandler én, samt de interesser man har eller er i modstrid med. En homoseksuel persons identitet stammer fra deres lyst eller begær, og bliver til en identitet som kan observeres i omverdenen når personen handler på dette. Det er vigtigt at pointere at der er her tale om to former for homoseksuel identitet, den indefrakommende identifikation født at begæret, og den udefrakommende født at den måde som den homoseksuelles omverden ser deres homoseksuelle lyster komme til udtryk gennem forskellige handlinger eller adfærd.

”Ja, identitet betyder noget. Og individuel og kollektiv selvidentifikation betyder noget og har altid og alle steder gjort det. Men Hvordan identitet betyder noget, og hvor meget – dette er altid og alle steder lokale spørgsmål.” (Jenkins, 2003)

Et tydeligt eksempel som underbygger Jenkins’ citat, kunne være en homoseksuel i 70’erne hvor det blev set som en sindslidelse som burde behandles, eller en homoseksuel i nutidens Saudi Arabien hvor samleje med én fra det samme køn kan udløse en dødsstraf. Disse to former for identitetsbaseret diskrimination er hver især baseret på de to identitetsformer, den indefrakommende lyst til samleje med det samme køn, og den udefrakommende klassificering af sådan en adfærd som en synd der fortjener døden. Fælles for dem begge, er at de ikke anerkender homoseksualitet som en ligeværdig identitet.

Honneth kalder mennesket for et anerkendelsessøgende væsen. Med det mener han at vi har et decideret behov for anerkendelse til at udvikle os positivt som mennesker og skabe livskvalitet, og at vores handlinger afspejler dette. Opbygningen eller fratagelsen af anerkendelse er en intersubjektiv proces, der er ingen anerkendelse hvis ikke denne anerkendelse kommer fra nogen, og der er ikke noget som kan blive anerkendt, hvis ikke subjektet eller deres kvaliteter kan observeres (Honneth, 1990, 90). Altså, er anerkendelse en proces hvor både subjektet og dets omgivelser har en stor indflydelse, og derigennem opstår der et moralsk ansvar for hinanden. Dette ansvar tager form ifølge Honneth form af at enhver krænkelse, som har til sinde at komprimere subjektets selvforståelse og velfærd, er kategorisk umoralsk (Ibid, 84). Sådan en krænkelse kan

skabes med fysiske krænkelse som overfald, sociale krænkelse som chikane, eller lovmæssig diskrimination. Anerkendelsesprocesser kan finde sted i forskellige sfærer, subjektet og et andet menneske som står dem nært, subjektet og et fællesskab, eller subjektet og et helt samfund (Honneth, 1992, 174). Det er også i tre lag at identitet bliver skabt, delt op på nogenlunde samme facon. Alle disse lag har måder hvorpå de kan give eller fratage subjektets anerkendelse igennem krænkelse, om det er med vilje eller ej.

”På grundlag af de kriterier, hvormed den pågældende selv skelner mellem en moralsk forseelse og et rent og skært uheld eller tvang, er det nemlig let at vise, at elementet af en forholdt eller nægtet anerkendelse altid må være givet i det første tilfælde, mens en sådan henvisning naturligt falder væk i det andet tilfælde. Således bliver en fysisk krænkelse da til en moralsk uret, når den pågældende deri har set en handling, som bevidst lader hånt om et væsentligt aspekt af hans velfærd.” (Honneth, 1990, 84)

At underkende en anden person med intention er ikke bare en krænkelse, men en moralsk uret, såfremt at det underkender en væsentlig eller vigtig del af målets identitet. Et klassisk eksempel på sådan en krænkelse kunne være i skolegården, hvori en af drengene bliver mobbet for ikke at være en rigtig dreng fordi han ikke kan lide at spille fodbold. Heri krænkes drengen ved at hans klassekammerater delegitimerer hans køn. Lige netop kønnet er et typisk mål for folk som efterstræber at underkende en anden person, uanset om det er af gemene, ideologiske eller religiøse årsager. På samme måde som en fysisk sygdom kan true ens fysiske eksistens, så truer en anerkendelsesnægtende krænkelse subjektets identitet på sådan en måde at den krænkede kan opleve det som en social eller psykisk død (Honneth, 1992, 179). Honneth mener at denne metaforiske brug af ordet død, er et argument for at det kan have den samme negative betydning som den fysiske død, i forhold til hvor betydningsfuld det er for individet.

Hvordan anerkendelse og krænkelse har en effekt på én, er ifølge Honneth altid et subjektivt spørgsmål. Så længe at subjektet oprigtigt føler sig anerkendt eller krænket, så er der ikke andre krav at opfylde før det kategorisk er blevet krænket eller anerkendt (Honneth, 1990, 84.). Honneth deler anerkendelse op i tre sfærer. Den første er privatsfæren, der bygger på nære familie og relationer. Den skaber selvtilliden der er nødvendig for at subjektet kan indgå i en verden som kan være udfordrende og fyldt med konflikter. Den anden, den retslige sfære, bygger på loven og samfundets generelle holdning til en identitet som subjektet vurderer som vigtigt for deres person.

Denne form for anerkendelse er et krav før subjektet kan udvikle selvagtelse, den forstand at man ikke er mindre værd end andre. Den solidariske sfære udgør den tredje og sidste sfære. Den opstår i betydningsfulde fællesskaber som subjektet indgår i, hvori subjektet føler sig værdsat, og at de bidrager med noget unikt til fællesskabet, enten ud for evne eller personlighed. Opnåelsen af denne skaber et selvværd, og derigennem muliggør at subjektet kan sætte pris på sine unikke aspekter og evner (Ibid, 14) (Honneth, 1992, 174).

Kønnets Vigtighed

Jenkins siger at kønnet er noget som vedrører os alle, fra det tidspunkt man er født bliver denne kollektive og individuelle identitetsform påtvunget én (Jenkins, 85). De forventninger, og den måde hvorpå man bliver behandlet baseret på ens køn, ændrer sig alle steder lokalt. Det eneste man kan sige der er fast på tværs af samfund og tid, er at der *er* en social differentiering blandt to eller flere køn. Hvordan ens omverden og en selv opfatter lighederne mellem sit eget køn, eller distinktionerne fra det andet køn, har en stor betydning for menneskets livsmuligheder (ibid. 86).

For en transkønnet person er det sværere at få ens omverden til at anerkende ens identitet, på en måde som en ciskønnet person sjældent oplever. Dog betyder dette ikke at kønnet ikke også er vigtigt for ciskønnede, det er kan ofte være hårdtslående mobbestrategi når f.eks. en mand bliver anklaget for ikke at være mandlig nok. Det er typisk at vi er offer for vores egen forståelse af det køn man efterstræber at udøve, som en dame der går i kjoler fordi det er mere passende, selvom hun synes at bukser kan være mere behagelige, eller når en far beslutter sig for at arbejde mere end han ellers har lyst til for at efterstræbe titlen som familiens primære forsørger. I disse situationer ændrer kønnet ikke bare på vores oplevelser, det får også en betydning for mange af de valg som vi tager hver dag. Derfor er den måde vi forstår køn på, en vigtig del for os alle. Faren i det tidligere eksempel er blevet offer for hans egen kønsforståelse, hvor han anser det at få en større løn som noget der er mandigt. Altså er måden hvorpå du performer dit køn, hvad samfundet forventer af dit køn, og måden hvorpå ens nære fællesskaber accepterer eller anerkender kønnet, er alle betydelige effekter der påvirker et menneskes liv.

Alternative Fællesskaber

Hvis man lever i et samfund, eller er opvokset iblandt fællesskaber som ikke accepterer en på identitetsmæssige aspekter af ens væren, er det stadig muligt at opnå denne manglende anerkendelse på andre måder. For individer som ikke opnår samfundsmæssig værdsættelse og

anerkendelse, er det muligt at opnå den gennem en individualiseret tilgang til nye fællesskaber. Disse fællesskaber genkendes ved en solidarisk værdsættelse af hinanden til trods for deres norm-afvigende væremåder (Honneth, 1992, 171). Historiske eksempler på sådanne fællesskaber der skaber denne anerkendelse, er f.eks. kvinde- og borgerretighedsbevægelsen. Igennem sådanne fællesskaber, kan den værdi og unikke væremåde de har, blive respekteret og værdsat, og derigennem skaber det selvværd, som samfundets diskrimination kan have taget fra dem.

Michel Dorais, en sociolog der specialiserer i homoseksuelles velfærd, når i sin bog, *Dead Boys Can't Dance*, en konklusion som underbygger Honneths teori. Han når denne konklusion gennem interviews af homoseksuelle som har prøvet at tage deres eget liv på grund af diskrimination eller frygten for stigmatisering. Dorais deler disse drenge op i fire kategorier, men finder frem til at en bestemt kategori, rebellen, der bedst overkommer den depression, angst og selvmordsideation som stigmatiseringen fremskaber (Dorais, 90). Denne sunde kategori gemmer ikke sin homoseksuelle identitet, i modsætning til de andre kategorier, som ofte ender med at foretrække den fysiske død over det som Honneth kaldte den sociale eller psykiske død. Dorais' egne forslag til hvordan man kan hjælpe disse unge homoseksuelle, er at staten igennem skolerne tager hånd om dem, og skaber mere inklusive rammer som ikke marginaliserer gruppen. At normalisere konventionelt norm-stridige familier og relationer ser han som et vigtigt foretagende og pointerer:

"Using inclusive language would be a reasonable way of recognizing these realities, thereby making a little room in discourses for those individuals who are different. In fact, it is often through the inclusion or exclusion of such details that a youth will learn about what is or is not acceptable." (Dorais, 94)

Stilhed, eller en nægtelse af at bruge sådan et inklusivt sprog, er ifølge Dorais ikke et neutralt valg. At respektere normer eller love som diskriminerer mod dets ofre, er det samme som at støtte op om diskriminationen selv. Dorais og Honneth mener altså begge, at alternative fællesskaber, som er i strid med enten samfundet eller normen, er vigtigt for et individ som ikke kan opnå anerkendelse eller accept gennem de konventionelle veje.

Kønsteori

Dette stykke har til formål at udrede tre relevante kønsteorier, der alle tre forsøger at forklare menneskers levede erfaringer med kønnet. Hvad er det essentielle der sker når en person føler sig som det køn de er? Disse tre teorier har hver deres svar. Det er her vigtigt at skelne mellem køn som en identitet i Jenkins' forståelse, og kønsidentitet som udelukkende er den indefrakommende identitet. Specialets klassificering af tre kønsteorier er en simplificering, der findes mange indre uenigheder og subkategorier i hver teori, samt teorier der ikke anerkender transkønnede. De sidstnævnte teorier ser specialet bort fra, da de grundlæggende ikke deler specialets mål om at sænke angst, depression og selvmordsraten blandt fokusgruppen. Nogle af disse kønsforståelser er endda ideologisk imod at give nogle former for kønskorrigerende behandling til kønsnormstridige mennesker, og kan derfor ikke være relevante for sådan en behandling, da et sundhedssystem som deler sådan en forståelse, slet ikke ville tilbyde behandling til at starte med. Der er ikke nogen fastgjort navnekonvention inden for kønsteorien til alle disse teorier, og specialet vil derfor være nødsaget til at lave dets egen terminologi til at henføre til hver især.

Kønnets Essens

Den første kønsteori er den overbevisning at kønsidentitet er en urokkelig del af ens essens, som man enten er født med, eller som bliver udviklet tidligt i barndommen (Brønsted & Canger, 42). Specialet vil henføre til dem som følger denne overbevisning som køns-essentialister. Dette stykke har til sinde at definere en version af essentialisme som er inklusiv for ikke-binære kønsidentiteter. Ifølge denne essentialisme, er kønsdysfori født af at ens kønsessens er i konflikt med den kønnede måde hvorpå samfundet anser dig. Altså at der er en konflikt mellem personens essens og samfundets forventninger. Det sociale fænomen som kønnet er, er noget som er uundgåeligt og nødvendigt for ethvert menneske. Essentialister mener at kønnet har en form for neurologisk virkelighed, som enten *er* eller skaber ens kønsidentitet. Dette skal dog ikke tolkes som at essentialisterne ikke også medregner de sociale aspekter af kønnet og dens virkninger. Det som eftertrages som henholdsvis maskulint og feminint er anderledes på tværs af sociale kulturer og ikke på tværs af neurologiske forskelle, men de har stadig en virkning hos folk med dysfori. Selvom det er det mest typiske, så er det ikke et krav at man har kønsdysfori for at man er trans. Hvis man ikke lider dysfori af ens nuværende kønsrolle, er ikke ensbetydende med at man ikke kan opleve eufori af en ny rolle, og derfor stadig kan opleve stor livsforbedring af en kønskorrigerende behandling. Essentialisterne mener at det er grundet deres kønsessens at kønskorrigerende

behandling er i stand til at stoppe deres lidelse, eller øge deres velfærd. At behandlingen bringer deres fysiske biologiske realitet tættere på den realitet som deres indbyggede kønsidentitet har. Den baserer sig på en forståelse om seksualitet og dens forankring, i den forstand at det overordnede psykologiske paradigme fastholder at seksualitet ikke kan ændres. Essentialister lægger et klart skel mellem det sociale og det biologiske køn, hvori det sociale er en social konstruktion, og de køns karakteristiske biologiske træk er det faktuelle. Selv kønsidentitet, selvom det selvfølgelig kommer til udtryk gennem socialt konstruerede interaktioner, er noget som er neurologisk bestemt. Essentialister mener dog ikke nødvendigvis at det biologiske køn ikke kan ændre sig gennem tid, eksempelvis via en kønskorrigerende behandling eller puberteten. Det sociale er oftest det mest vigtige, og det biologiske køn man er født som er noget som oftest kun en læge har brug for at vide.

Nogle essentialister mener at køn er statisk, og at det ikke er muligt at ændre på dette biologisk. Denne form for essentialisme er dog ikke relevant for specialet, da formålet med denne redegørelse er at skabe et analyseredskab til at forstå kønskorrigerende behandling. Et sundhedssystem der laver kønskorrigerende behandlinger, har allerede lavet den antagelse at biologiske kønsændringer er legitime. Specialets version af essentialisme er derfor en hvor kvinder, mænd og det imellem er født forskellige, og deres kropes eksistens er nødvendigvis relevant til deres oplevede kønsidentitet. Den kan ændres fysisk, og dette er fuldt legitimt, men dens eksistens som en identitet kontra andre kønsidentiteter, er ikke bare vigtige differentiere, men også differentiere som er objektivt virkelige.

Kønnets Performance

Den anden teori tror ikke på denne essentialistiske fortolkning, og mener i stedet at køn er meget mere flydende. Specialet vil henføre til dem som følger denne overbevisning som kønsperformativister. Performativisterne tager udgangspunkt i det De Beauvoir sagde i hendes mesterværk *The Second Sex*, ”Man Fødes ikke som en kvinde - man bliver det.” (De Beauvoir, bd. 2 s. 1). Med dette menes der ifølge performativister at kønnet ikke ligger under de biologiske kendsgerninger, men er udelukkende skabt af og er afhængige af samfundets fortolkninger. Denne teori adskiller sig fra de andre ved at fæste kønnets fænomenologi uden for både kroppens fysiologi og hjernens neurologi. Når man påstår at man har et specifikt køn, så tilslutter man sig en bestemt plads i det allerede etablerede kønshegemoni der eksisterer omkring én (Butler, 1990, xiii). Den normative forståelse indebærer en forståelse af virkelighed baseret på kønsattributter, f.eks. antagelsen om hvad for en krop der er under en person som bærer feminint tøj. Disse forståelser af kønnet skal tænkes som en form for stor forestilling, som vi alle tvinges til enten at være en del af

eller definere os selv ud fra. Butler pointerer at eksistensen af drag ødelægger denne virkelighedsantagelse, og går det skridt videre at i nogle sager kan man, selv hvis man ser den nøgne krop, ikke vide det med sikkerhed (Ibid. xxiv). Kønnen er altså ikke baseret på nogen realitet, men på hegemoniets antagelser, og et brud med disse antagelser kan ofte lede til et voldeligt modsvar. I modsætning til essentialister, mener performativisterne at den essens, hvis den eksisterer, som bestemmer en persons kønsidentitet, ikke er urokkelig. Den er delvist en funktion af den offentlige og sociale diskurs som personen har været en del af, en illusion der ligesom sjælen, lægger ord på det som har en influens på os, men som ikke er virkeligt i den fysiske eller neurologiske forstand (ibid. 185). Kønnen og seksualitet er ene og alene en social konstruktion som vi som et samfund har underlagt os selv, en diskurs opstået for at betegne forskelle mellem hinanden. Denne forståelse af køn fordrer at kønsdysfori er ikke opstået af at en form for kønskerne som står i strid med den normative kønsforståelse. Der er ikke nogen 'kønskerne', dette er bare et forsøg på at skabe et sammenhængende sprog til at beskrive noget der i virkeligheden er komplet usammenhængende. Vi mærker effekten af den, da samfundet antager det eksisterer, men verden kan kun reagere på det performative, det synlige som det kan observere. Derfor er køn blot det som samfundet observerer i ens performance af den (Ibid. 186).

Nogle læsere af Butler forstår dette som at transkønnedes kamp mod f.eks. kønsdysfori, er en kamp som de simpelt bare kan bestemme at stoppe, eller overtales til bare at blive i deres designerede køn uden det vil gøre skade. Dette kalder Butler for en grov misforståelse (Verso). Transpersoners lyst til at selvdeterminere og lege med deres køn og selvudstilling, på en måde som går imod normernes antagelser, er en del af deres ret og lyst til selvdetermination, og for dette straffes de på en voldelig facon ifølge Butler. Vi vokser op med et ordforråd vi ikke selv bestemmer, kategoriseringer vi ikke selv har lavet, og kønsantagelser og forventninger som vi ikke selv har pålagt os. Om ens kønsidentitet er baseret i en normstridig kønsessens [essentialisme], eller bare den simple lyst til ikke ville performe den forventede kønsforståelse folk har af en, er lige så legitime årsager til at få kønskorrigerende behandlinger.

I modsætning til essentialisterne, tror performativismen ikke på den biologiske realitet af kønnen. Når man tager dele af den biologiske realitet ved en menneskelig krop, og kategoriserer nogle dele som 'kønnede' karakteristika, så har man allerede bedrevet sig væk fra den faktuelle verden.

”If the immutable character of sex is contested, perhaps this construct called “sex” is as culturally constructed as gender, perhaps it was always already gender, with the consequence that the distinction between sex and gender turns out to be no distinction at all.” (Butler, 1990, 9)

Det biologiske køn er en illusion, kroppen af den perfekte køns karakteristiske mandekrop findes ikke, kun kroppe der tilnærmelsesvist mere eller mindre ligner (Ibid. 199). Det er en historie vi fortæller os selv, en historie med to protagonister der er manden og kvinden, men et brud mod heteronormativismens forstillinger af virkeligheden, ville vise hvordan de reelt bare er fejlede imitationer af den ikkeeksisterende perfekt køns karakteristiske krop. Der findes ikke nogen rigtig eller forkert måde at performe et køn på, hverken biologisk eller socialt. At performance ikke er biologisk, og at vi bør være frie til at tage beslutninger om vores egne kroppe, betyder ikke at en performance er taget som et frit valg man tager villigt, eller at det køn som bliver performet er arbitrært (Butler, 1993, 139). Den normative performance deler kroppe op i imperfekte maskuline og feminine termer, på en måde hvorpå det som skildre sig ud fra disse termer, ender med at blive kategoriseret som illegitimt, forvirrende, eller direkte uforståeligt. Dette er et problem med næsten enhver diskurs der prøver at sætte identitetsmærker på kroppen eller kønnet, at i dens identificering skaber den en udegruppe der kan være umulig at beskrive med diskursens ord og fagudtryk (Ibid, 140).

Kønnets Biologiske Virkelighed

Den tredje teori omhandler udelukkende transkønnede, men i dens forståelse af transkønnedes legitimitet, hviler der nogle overordnede antagelser om køn generelt. Transmedikalismen er teknisk set en form for essentialisme. De tror begge på en biologisk forankring af kønnet. Specialet vælger at lægge skellet på at medikalisterne har den overbevisning at ens køn er dikteret af ens nuværende biologiske eller neurologiske status, og at dette er i langt de fleste situationer vigtigere end det sociale aspekt. I modsætning til de andre teorier, har den ikke en baggrund i humaniora, men i stedet er skabt for at beskrive den underliggende kønsforståelse som ligger bag de årsager som klinikker og love giver i sammenhæng med behandling af transkønnede. Teorien har ikke til fokus at forklare hvordan køn generelt fungerer, den har typisk en overvejende traditionel og konkret forståelse af hvad en kvinde og en mand er, og der er ikke noget midt imellem. Den er mere interesseret i at diskutere transkønnede og deres behandlinger. Den er ofte en del af diskurser i offentlige debatter om hvem bør kvalificere sig til behandling, eller hvem er ikke kvalificeret sig

som en 'rigtig' transkønnet (Konnolly, 3). Fælles for køns-medikalister, er at de sætter hårde grænser op for hvornår man egentlig er transkønnet, samt hvornår man bør få behandling. De har et forsæt for at man skal have kønsdysfori, før nogen form for kønstransitionel kønskorrigerende behandling kan være legitim. Altså mener de at kønskorrigerende behandlinger der laves med det formål at ændre modtagerens biologiske køn, bør have dette ekstra krav. De deler også overbevisningen om at denne kønsdysfori skal være diagnosticeret, ellers så kan de kategorisk ikke være transpersoner (Ibid.). Deres forskelle opstår i hvor de sætter grænsen til hvad en transkønnet er.

Nogle medikalister mener man er transkønnet så snart man har kønsdysfori, andre at det kræver en eller anden form for fysisk transition før dit køn reelt er blevet ændret, også på det psykosociale niveau. Nogle sætter grænsen ved at man har været på hormonforløb længe nok til at udvikle specifikke aspekter, mens andre sætter grænsen ved at man skal have været igennem nedre kirurgi, også kendt som en kønsskifteoperation (Zhang, 28). Dem som sætter linjen ved kønsdysfori, ligger kønnets årsag i det neurologiske, men fleste af disse linjer skelner hvad en persons reelle køn er baseret udelukkende på kroppens fysiologiske status. Derved er de fleste medikalister kategorisk uenige i både essentialisterne og performativisternes kønsteorier, til fordel for en bio-essentialistisk kønsforståelse hvori den nuværende biologiske krop er den mest meningsfulde faktor for ens køn. En mand er en person som har en penis, en kvinde er en person som har en vagina, med kun få afvigelser. Hvis man vil have hormonterapi, men ikke vil have nedre kirurgi, har man ifølge transmedikalismen ikke lyst til at leve rigtigt som det andet køn, og burde derfor modtage ingen af delene. Indbygget i denne forståelse, ligger der også en accept af den binære kønsforståelse, da ikke-binære kønsidentiteter ikke bliver accepteret som valide, og enten bliver sat uden for behandling, eller tvunget til at få en kønsbinær behandling i stedet. Fælles for de forskellige nuancer af transmedikalistiske forståelse af hvornår man er transkønnet, er kravet at man skal have en diagnose for kønsdysfori, som man ikke længere kan få i Danmark siden 2017 (Information).

For trans-medikalisten, er det biologiske køn det vigtigste der betyder noget. Det kan godt være at hvis du ligner og snakker som en kvinde, så er det egentligt bare et bedrag hvis ikke også du har en kvindelig krop, eller har fået en kvindelig krop gennem behandlinger. Det sociale køn er her sat som anden prioritering, eller som noget der slet ikke eksisterer. Oftest forsvares dette ud fra antagelsen at kvinder, kun dem som har en biologisk kvindelig krop, er undertrykte og har brug for steder uden 'mænd'. For at beskytte kvinder så bør badeværelser, anonyme mishandlingsoffergrupper, kvindefængsler og omklædningsrum kun have adgang til en transkvinde

hvis hun først har været igennem flere års hormonterapi og fået en operation i underlivet til at fjerne hendes medfødte genitalier. Denne overbevisning kommer ofte i ledtog med den tro at kun personer som har en penis, er i stand til at voldtage andre. Tilværelsen af en penis i et rum hvor der er kvinder, ses som en implicit trussel, især i sammenhæng med de førnævnte rum. Denne frygt for personer med en penis invaderer et eksklusivt kvindelum, har ledt til mange tilfælde der resulterede i vold mod den transkønnede (Kulturministeriet, 42).

Den Praktiske Situation

Dette stykke vil give nogle konkrete tal på den situation som transkønnede befinder sig i, samt give relevante detaljer omkring de medicinske eller kirurgiske behandlinger som de typisk undergår. Disse tal vil blive sat i en kontekst, om de er fra udlandet eller ej, og hvad de reelt siger. Forskellen i terminologien brugt vil også blive klargjort.

Den Transkønnede Erfaring og Kønskorrigerende Behandling.

På et emne som kan være politisk splittende som transkønnethed, er det ekstra nødvendigt at man taler ud for de samme forestillinger om deres virkelighed og erfaring. Både set ud fra effekten af deres erfaringer med omverdenen, og deres erfaringer med de kønsrelaterede behandlinger som de ofte modtager. For at få oplysninger om behandlingen og dens virkninger, vil det være nødvendigt at bruge resultater fra udenlandske studier.

For at opnå et sammenhængende overblik over den transkønnedes situation i Danmark, vil dette speciale tage udgangspunkt i selvmord og selvmordsforsøgsraten som indikator for transkønnedes trivsel. Dette gøres da andre faktorer, såsom angst, depression mm., udregnes på forskellige måder i forskellige rapporter på tværs af lande. Forskningsprojektet Sexus giver os et godt overblik over hvordan transkønnede har det i dag til sammenligning med den generelle danske befolkning. Deres rapport fortæller os at 23-25% af transkønnede har rapporteret at have forsøgt at tage sit eget liv mindst én gang før, til sammenligning med cis-personers forsøgsrate på 3-4% (Sexus, 753) (Frisch M, et al. 23). Disse tal bliver ikke kønnere når man overvejer de mennesker som har prøvet og lykkedes, og derfor ikke kan tælles med i spørgeskemaundersøgelsen. Dog skal de pointeres at lidt under 1 ud af 20 selvmordsforsøg lykkes (WHO).

Kønsskorrigerende behandlinger er en atypisk behandlingsform i vores behandlingsmodel. Det bliver ikke givet fordi mennesker er syge eller har nogen form for fysisk lidelse, den bliver givet med formålet at få patienten til at opnå køns karakteristika der er typisk med deres oplevede køn. De bliver lavet udelukkende for at ændre udseendet på både børn og voksne, for at påvirke psykologiske eller sociale aspekter af deres liv, oftest for at hjælpe patienten med at passe ind i et kønshegemonisk fællesskab. Med få undtagelser (Amnesty International, First: Do no Harm), bliver sådanne behandlinger aldrig brugt uden først at give personen professionel vejledning for at opnå fuldt informeret samtykke.

Der er mange forskellige behandlinger, de hyppigste værende hormonblokkere, hormonbehandling, øvre- og nedre kirurgi. Desværre har vi ikke forskning til at undersøge deres effekter inden for landets rammer, og specialet må derfor ty til udenlandske undersøgelser.

Når man snakker om pubertetsblokkere, bliver de brugt til yngre mennesker under 15-18 år som endnu ikke kan eller burde få hormonterapi. Et studie lavet i *The Journal of Adolescent Health*, fandt at ud af deres kontrolgruppe, var selvmordsforsøgsraten blandt dem som havde været på pubertetsblokkere næsten halvdelen til sammenligning med dem som først startede på at tage hormoner nær de 16 år (Chen D. et al.). Derudover fandt studiet også en positivt sammenhæng mellem jo tidligere man startede med at behandle et barns kønsdysfori med pubertetsblokkere eller hormoner, jo lavere var selvmordsraten, depression og angst blandt kontrolgruppen. Disse tal fra udlandet bør ikke sammenlignes 1:1 med situationen for danske transkønnede, men de hjælper os stadig med at skabe en forståelse for hvad det er som skader transkønnede, og hvad man kan gøre for at hjælpe dem. Det sidstnævnte studie giver en god indsigt i, såfremt man har som mål at sænke selvmordsforsøgsraten, så er det fordelagtigt at begynde en form for hormonbehandling tidligst muligt. Sådanne anbefalinger kan dog vække en angst i nogle, især når det kommer til børn og teenagers.

Fortrydelse og Virkninger

I politiske diskussioner omhandlende pubertetsblokkere, er det ofte at man kan hører bekymring om børn som kunne fortryde det senere i livet, at børn er for unge til at vide bedre, eller at barnets forældre kunne have presset barnet til kun at tro at det har kønsdysfori. Hos folk som ikke har døjet med kønsrelaterede harmer, eller folk som ikke er klar over hvor meget køn er vigtigt for én, kan det opfattes ligegyldigt og måske direkte farligt at give børn medicin. Så hvor mange fortryder det, og hvilke længerevarende konsekvenser har det egentligt?

Sundhedsstyrelsen har udgivet en vejledning til kommunerne, om hvad en mindreårig patient skal opfylde for at have krav på pubertetsblokkere. Først og fremmest skal barnet være mindst 12 år gammel, have en diagnose for en kønsidentitetsforstyrrelse, gå igennem et forløb med egen læge, samt mindst fire speciallæger fra med fire forskellige specialiseringer. Dette multidisciplinære team skal både indgå for at give diagnose, samt undersøge lave adskillelige undersøgelser af barnets krop og sind. Derudover skal barnet selv have haft et længerevarende ønske om det, og forældre eller værge skal give samtykke (Sundhedsstyrelsen, 8). Grundet den lave mængde af folk der fortryder, og den ekstremt politiserede diskurs omkring det, kan det være svært at finde en konsensus på fortrydelse. I nogle studier rammer tallet 0,47 procent af dem som transitionerer (Davies S, et. al. 118), mens andre sætter tallet helt op på 9.4 procent (Clarke & Spiliadis, 342). Tolkningen af disse to studier vil specialet senere gå længere i dybden med.

Pubertetsblokkere modvirker effekten af Gonadotropin-Releasing Hormone [GnRH], også kaldet GnRH-antagonister. GnRH er det stof som hjernen producerer til blandt andet at regulere hormonerne i kroppen. Ud over brugen som pubertetsblokkere, bliver det også brugt til at behandle prostatakræft, udøve klinisk insemination samt behandling af adskillelige livmoder-sygdomme, mm (Medicin.dk). Det er allerede normalt at give GnRH-antagonister til børn som kommer for tidligt i puberteten, og dette gøres uden nogle længerevarende effekter (Sygeplejersken). Selvom at mange af effekterne af puberteten træder i kræft som normalt så snart man stopper med GnRH-antagonister, er der senere perioder af puberteten hvor den længerevarende brug af medicinen kan give irreversible effekter. Folk som går sent i puberteten, enten af sygdom eller af brug af blokkere, vokser mindre i højden end folk som går igennem en normal pubertet, en kortere torso, samt en øget chance for at forblive infertil (Breehl & Caban).

Det Sundhedsfaglige Paradigmeskifte

En del af specialets anvendte statistiske materiale, anvender tal fra personer som også har fået, eller prøvet at opnå kønskorrigerende behandling før 2017. Dette var altså en behandling som var under et anderledes paradigme i sundhedssektorens tilgang til transkønnet behandling, både praktisk, teoretisk og retmæssigt. For at opnå en bedre forståelse af tallene, er det vigtigt at forstå de største ændringer, samt de krænkelser som det foregående paradigme udøvede, da krænkelser af sådan en natur kan risikere at have længerevarende konsekvenser for en persons selvværd og livskvalitet. I 2017 ændrede Danmark som et foregangsland transkønnethed som en psykisk sygdom (Information). Hermed ændrede de også kravet om at man skal have en psykologisk diagnose for at

opnå en kønskorrigerende behandling af transkønnede årsager. Den nye vejledning gav plads til kønsidentiteter der ikke bare var binære, og ekstremt grænseoverskridende og krænkende spørgsmål var ikke længere en del af behandlingsprocessen (Amnesty International, Danmark Krænker Transkønnedes Rettigheder). Hermed gik sundhedsstyrelsens anbefalinger også væk fra en delvist trans-medikalistisk forståelse og behandling, til fordel for en der er åbent for enten et essentialistisk eller et performativt forståelse. Mængden af arbejdskraft og penge der bliver sat til at hjælpe transkønnede med deres behandling er steget. Derudover er der blevet åbnet nye klinikker rundt i landet, som gør det mere geografisk muligt for mange at tage til et center for kønsidentitet (Ugeskriftet). Det er altså blevet nemmere for transkønnede at kvalificere sig til kønskorrigerende behandling, og processens socialt krænkende spørgeskemaer og fejlkategoriserede undersøgelser er blevet fjernet. De krænkelser som dette system allerede har udrettet kan dog ikke laves om, eksempelvis kravet om at patienten skal have levet et halvt år som det modsatte køn. Dette kan være svært hvis man befinder i en situation hvor man bliver mobbet over sin atypiske fremstilling, det kan være svært i forvejen at passe selv med hormonerapi, men at leve som det andet køn uden kan i nogle tilfælde sætte et mål på en persons ryg. Et mål, der får en til at skille sig ud så meget at en betydelig mængde i nogle kontekster bliver udsat for vold (Kulturministeriet, 42).

Kapitel 2: Kønsideologi og Maskerade

Baseret på studierne givet i redegørelsen, er der ingen tvivl om at angst-, depression- og selvmordsforsøgsraten bliver formindsket for langt størstedelen af folk som modtager kønskorrigerende behandling. Derudover er det også klart at jo før dem som har brug for disse behandlinger få dem, jo mindre er chancen for at de oplever angst, depression og selvmordstanker senere i livet. Dette kapitel vil analysere hvordan denne behandling bliver tilbudt, og ved brug af de fremstillede kønsteorier, sætte et kønsfilosofisk perspektiv på de bevæggrunde der ligger grund for behandlingen og dens opstillede krav. Derudover vil den gå i dybden med situationen dem som har fortrudt sidder i, og hvilken influens tilgængeligheden af kønskorrigerende behandling kan have på dem.

Analysen vil finde frem til at der findes en form for selvmordsfaktor som ikke helt kan forklares kun af manglende stigmatisering, diskrimination eller dysfori. At en transkønnet som passer og bliver accepteret som det køn de er, stadig har en større selvmordsrate en den brede befolkning. De mulige årsager til denne selvmordsfaktor vil blive diskuteret, samt behandlingens rolle i at reducere, men også forlænge faktorens effekt. Disse forklaringer vil dog blive begrænset af det sprog som den anvendte teori har givet os, specialet er begrænset af de forklaringer som er relevante for problemformuleringen, praktisk og almen viden, og den anvendte teori.

Konsekvenserne af behandlingens strengere krav, samt en klar forskelsbehandling mellem trans- og ciskønnede kønskorrigerende behandlinger, lægger op til spørgsmålene: Er de her ekstra krav legitime? Hvad er bevæggrundene for dem? Og hvordan påvirker det behandlingsmodtagerne?

Den Kønsideologiske Behandling

Bevæggrunden bag mange af de kønskorrigerende behandlinger som sundhedsvæsenet udøver, er åben for kønsfilosofisk fortolkning. I det at den sætter krav op før man kan modtage en kønskorrigerende behandling, danner den en legitim inde- og illegitim udegruppe. Sådanne grupperinger er ikke nødvendigvis problematiske, sundhedssystemet laver også en udegruppe af folk der ikke får tildelt eksempelvis antibiotika medmindre de opfylder nogle krav. Nogle af sådanne kravopdelte grupperinger, kan dog udføre en form for skade, men er stadigvæk legitime da manglen på et krav kunne forhindre endnu større skader, som den samfundsmæssige konsekvens af et overforbrug af antibiotika. Et relevant eksempel på sådan et krav er en den endokronologiske udredning før man kan få hormonbehandling, blodtesten og venten på resultaterne øger tiden før en

person kan få en nødvendig behandling, men den kan vise os hvilke former for hormonterapeutiske medicin kunne være ineffektive eller direkte farlige at anvende hos den individuelle person.

Altså skal det pointeres at selv krav der udfører målbar skade, kan på længere sigt eller i det store billede stadig være moralsk ansvarlige. Det er altså ikke bare nødvendigt at påvise et krav udgør skade, selvom dette er vigtigt at have for øje, det er også nødvendigt at sammenligne det med kravets positive effekter.

Den Kønskorrigerende Vejledning

Da de regioner som udfører kønskorrigerende behandlinger, følger reglerne på hver sin måde, vil specialet have fokus på den seneste officielle vejledning givet af Sundhedsstyrelsen i 2018. Vejledningen opfordrer til at deres køn, i hvert fald på det sociale plan, bør respekteres ved at anvende det navn og stedord som personen selv har opgivet. Behandlingen bør også følge patientens egne antagelser og ønsker, hvilket åbner op for de ikke-binære kønsattributter som nogle foretrækker at udleve (Sundhedsvæsenet, 6). Altså gør denne nyere vejledning op med kønsmedikalismens strengere krav til hvad udgør en legitim transkønnet person, da den legitimerer den levede erfaring af personer som mener at føle sig mere tilpas i en kønsatypisk krop. Den anerkender hermed, i hver fald på det sociale plan i mødet med patienten, de ikke-binære kønsidentiteter som at være legitime. Den går dog ikke så langt som Butlers princip om kønsmæssig selvbestemmelse af egen kropslige autonomi. Det vil sige, man kan ikke bare få den behandling man vil have ud fra egen selvbestemmelse. Selvom graden af personens behov og ønske til behandling skal med i vurderingen, kan den sundhedsfaglige vurdere at en behandling vil have for mange sociale ulemper eller fysiske risiko, dog så bør behandlingsmodtagerens holdning til disse sociale ulemper og fysiske risiko høres og inkluderes i beslutningsprocessen (ibid, 7).

Sundhedsstyrelsens vejledning omhandlende mødet med patienten vidner om en åben og inkluderende kønsforståelse, i hvert fald på det sociale plan i dens strategiske møde med patienten. En tilgangsmåde der ikke nødvendigvis ekskluderer de essentialistiske eller de performative kønsteorier. Dens inklusion af ikke-binære kønsidentiteter og kønskaraktistika går stridt imod en transmedikalistisk forståelse, men i selve mødet bliver denne accept ikke nødvendigvis klargjort hvis ikke patienten selv giver tegn på sådan et ønske. Det vil sige, selvom vejledningens overordnede strategi ikke er inkluderende for en transmedikalistisk kønsforståelse, så er den i det sociale møde stadig inkluderende for en person med sådan en forståelse af deres køn. På denne måde formår vejledningens sociale strategi ikke at krænke eller ekskludere nogen fra at få deres

kønsskorrigerende behandling baseret på deres kønsteorier. Dette kan selvfølgelig foregå anderledes på den enkelte klinik, og med den tilgang som den individuelle samtaleansvarlige vælger, men baseret på denne analyse, så kan en samtale der er fejlslået på disse præmisser ikke skydes i skoene på Sundhedsstyrelsens vejledning. Selvom mødet selv ikke ekskluderer en strukturalistisk kønsforståelse, så er sundhedssystemets opdeling i cis- og transkønnet kønsskorrigerende behandlinger dog et klart brud med performativismen. Så snart man stiller krav om at transkønnede skal igennem et center for kønsidentitet for at opnå kønsskorrigerende behandling, som ciskønnede ikke behøver, så har man allerede lavet antagelsen at cis- og transkønnede ikke bare er socialt konstruerede kategorier, en essentialistisk antagelse.

Det er ikke muligt at lave en fyldestgørende analyse af vejledningens kønsteori og forståelse, før specialet først har forklaret kravene til behandling, årsagerne til at transkønnede og ikke-binære har brug for den, effekterne af den, og effekterne som i hvert fald ikke har noget at gøre med behandlingen. Når det kommer til sådan en behandling om sådan et æstetisk område som køns karakteristika nu engang er, så er det nødvendigvis en behandling der til dels bliver gjort for at ændre ved de intersubjektive effekter der sker i det sociale. Intersubjektivt forstået her som i Jenkins' inde- og udefrakommende identitetsperspektiv. Ved brug af empiri til at vise vigtigheden af disse intersubjektive effekter for problemstillingen, og ved en brug af teori til at skabe mulige forståelser af hvorfor det er så vigtigt; vil specialet være i stand til at lave et diskussionstykke af hvilken kønsteori som kravene lægger op til. Det vil også gøre specialet bedre udrustet til at udforske hvilke positive og negative effekter som kravene medfører.

Forskelle og Krav

Der er adskillelige ekstra krav til kønsskorrigerende behandlinger når det kommer til behandling af transkønnede. Derudover er der, især for unge og børn, ekstra krav man skal opfylde før man kan opnå behandling. Disse ekstra krav til mindreårige er formodentlig baseret på idéen om at børn grundlæggende er eller bør være mindre autonome. En diskussion om denne overbevisnings legitimitet er ikke relevant for specialets sigte. Dog så bliver disse krav til kønsskorrigerende behandlinger til børn ikke stillet lige mellem ciskønnede og transkønnede børn. Alle versioner af disse krav gør behandling sværere at opnå, eller forlænger tiden det tager før personerne kan modtage den. Set i lyset af hvor gavnlige disse behandlinger kan være for dem som lider af kønsdysfori eller lignende, er det så ansvarligt at forsinke den og sætte den bag disse krav? For at

besvare dette spørgsmål, er det nødvendigt at have et overblik over hvad disse krav reelt er, samt deres effekt og bevæggrunde.

Hvis patienten er usikker i forhold til deres kønsidentitet, og ikke ved hvilken behandling de egentligt ønsker, skal de først gå igennem et rådgivningsforløb (Sundhedsstyrelsen, 10). Denne rådgivning forsinker kun behandlingsforløbet så længe at patienten stadig er i tvivl, og kan foregå samtidig med et behandlingsforløb. Dog så må en person under 15 år kun opnå enhver form for behandling hvis deres forældre eller værge giver samtykke til det (ibid, 18). Heri udelukkes børn fra at modtage behandling hvis deres forældre ikke accepterer transkønnede som legitime, eller muliggøre at forælderen/værgen stiller krav til barnet før de vil acceptere deres kønskorrigerende behandling. Det kan ofte være forvirrende at betvivle en identitet så vigtig som ens køn, og mange kommer ikke fra baggrunde som har forståelse om den transkønnede oplevelse som strider imod den konventionelle kønsforståelse de er vokset op med. At give disse mennesker en mulighed for at snakke med en eller flere rådgivere inden for feltet, kan bidrage til at de finder ud af den måde de gerne vil udleve deres kønsidentitet hurtigere eller mere korrekt. 'Korrekt' forstået som i at det føles mere rigtigt for personens egne ønsker til deres kønsbehandling, og at de får en større forståelse af hvilke reelle ændringer i deres krop som hver behandling vil forårsage.

Dér hvor den essentialistiske kønsideologi bliver mest tydelig, er når man sammenligner kravene til de kønskorrigerende behandlinger som ciskønnede får, med kravene som transkønnede børn og voksne skal opfylde for at opnå selv den samme kønskorrigerende behandling. De mest relevante krav til at opnå kønskorrigerende behandling hos transkønnede vil blive fremstillet med henhold til deres gavnlighed for patienten og transkønnede generelt.

Et forsvar af disse strengere krav lyder, at det er nemmere at forstå sit køn når man er født ind i det, og det ikke strider imod normen. I modsætning til den transkønnede eller den homoseksuelle, har heteroseksuelle ciskønnede ikke brug for et nyt sprog eller en ny forståelse til at forklare deres normstridige ønsker. Som barn bliver det ofte påvist at det er bedst at flette ind. Hvis man stikker for meget ud, risikerer man at blive mobbet, og dette leder til at mange får et ønske om ikke at skille sig for meget ud, et ønske som skaber forvirring når man samtidig besidder normstridige identiteter, som man har et behov for at udleve. Vi har alle et behov for anerkendelse. Hvis man ikke lever autentisk, altså fremviser de identiteter der er vigtig for én, kan man ikke få en fyldestgørende anerkendelse. Man kan ikke få anerkendt det som ikke kan ses. Hvis ens autentiske levemåder ikke er accepteret af ens fællesskaber, som transkønnede ofte oplever, mister man også anerkendelse af

at leve autentisk. Der er ikke noget at sige til, at personer som lever i sådanne situationer, kan være identitetsmæssigt forvirrede, og derfor kan have sværere ved at bestemme hvilken kønskorrigerende behandling er bedst for deres situation. Dette forsvar af opdelingen i trans- og ciskønnede, bygger på at personer med normstridige identiteter ofte er mere forvirrede over hvad der er rigtigt for dem, på grund af samfundets stigmatisering. Derfor kan de have brug for flere midler og ekstra rådgivning før de bør modtage nogen form for behandling, både for at undgå fortrydelser, men også for at sikre sig de får den behandling der passer bedst til dem.

Kønsforvirring og Klarhed

I redegørelsens del om fortrydelse, nævner specialet to forskellige studier omkring detransition, hvori de har fundet frem til vidt forskellige tal i fortrydelsesraten hos folk der har været hos den britiske GIDS [Gender Identity Development Service]. Tal på detransitionersrater er højt politiserede emner, og kræver derfor strengere kildekritik. Hvor nogle studier finder et halvt til et helt procent, mens nogen finder helt op til 8% fortrydelsesrate. En del af forklaringen for at opnår så vidt forskellige resultater, kan forklares ved at de bruger forskellige definitioner på detransition. Nogen af studierne har en længere observationsperiode, eller anvender lægejournaler som kan vise mange års behandling. Derigennem kan antallet af detransitioners sænkes i datasættet, da de senere i livet ofte ombestemmer sig og modtager kønskorrigerende behandling alligevel (Davies, S et al. 118). Studiet brugt i redegørelsen lavet af Clarke og Spiliadis, definerede detransition som en person der efter 2 eller flere samtaler i den engelske køns klinik, valgte at stoppe. Til forskel definerer de fleste andre studier detransition som noget man først kan gøre når man er gået i gang med en form for kønskorrigerende behandling, eller er socialt er begyndt et forsøg på at performe et andet køn. Da formålet med diskurser omhandlende detransition oftest omhandler den skade, som en kønskorrigerende behandling man senere fortryder, kan forvolde, giver det for specialet bedst mening at bruge definitionen om folk som faktisk er startet med deres sociale eller biologiske transition.

Tallene om detransitionering bliver endnu mere mudrede da de ikke er i stand til at undersøge dem som transitionerer gennem selvmedicinering, hvor det kan argumenteres at fortrydelsesraten er større pga at de ikke får den samme professionelle information og ledelse, eller mindre da det kan argumenteres at dem som selvmedicinerer, er typisk mere desperate og med en større brug for det, eller at de er mere sikre i deres sag når de vælger at selvmedicinere. Det er ikke til at sige om detransitionersraten på folk der selvmedicinerer med kønshormoner er højere eller lavere.

Det første anvendte studie lavet af European Professional Association for Transgender Health [EPATH], fandt at over halvdelen af dem som havde fortrudt i deres datasæt, gjorde det grundet pres fra samfundet, familien eller mangel på penge, og at de stadig havde planer om transitionere senere i livet. Det andet studie, lavet af Clarke og Spiliadis, overvejer ikke disse faktorer, og bruger kun børn i dens dataset, og over halvdelen af de 12 i deres datasæt som fortrød, var slet ikke startet på pubertetsblokkere endnu (Clarke & Spiliadis, 343). Derudover, baseret på dens 9 måneders observationsperiode, tager C&S-studiet ikke højde for om nogle af disse børn alligevel vælger at transitionere senere i livet, men bare blev skræmt væk eller presset af deres omgivelser til at midlertidigt sige nej. Disse gisninger lyder ekstra sandsynlige når man tager højde for at over halvdelen af dem som fortrød i EPATH-studiet, nævnte at de stadig havde lyst til at transitionere senere i livet.

Kønnets Influens

For at skabe en forståelse af nuancerne af essentialisme og performativisme, hvor de i praksis kan være ens og hvor de er forskellige, vil dette stykke opsætte en sag set fra begge teoriens perspektiv, der også giver en dybere indsigt i hvordan kønnet kan påvirke os på godt og ondt.

Hvis vi antager at kønnet ikke bare er en vigtig, men nødvendig essens af vores væren, så kan det argumenteres at det at lade kønnet være en del af ens beslutningsproces kan fremme vores eget selvværd. Altså, eksempelvis typiske maskuline dyder, som at være den primære forsørger i familien, giver os en anerkendelse og livsglæde der er ankeret i den essentielle kønskerne. Dog så ændrer det ikke ved at hvad vi personligt og normmæssigt kendetegner for maskuline eller feminine dyder, stadig er sociale konstruktioner, hvis problematiske aspekter vi kan ændre på. Hvorledes dyden er problematisk eller ej er en diskussion til hvert enkelt valg taget på et delvist kønsbaseret grundlag. I det givne eksempel med at være den primære forsørger, kan dyden bruges til at inspirere manden til at arbejde hårdere på en sund facon, eller modsat presse ham til at arbejde sig ned med stress. Det vil sige at for essentialismen, selv hvis kønnet er indbygget i os, så er alle de måder hvorpå det kommer til udtryk stadig underlagt sociale konstruktioner og heteronormativiteten.

Hvis vi antager, som Butler gør, at kønnet er et produkt af performative normer, så er den kønslige dyd altid problematisk, da man lader et socialt indlært pres påvirke éns evne til at tage et frit valg. Det vil sige at man ikke bør stræbe efter at blive den primære forsørger på det grundlag at det er kønsbekræftende, men kun hvis det reelt er det som man selv stræber efter, uafhængigt af normernes pres. Dette lægger op til en diskussion om hvorledes transkønnedes lyst til at modtage

kønskorrigerende behandling, kan være pålagt denne problematiske influens om at ville opnå ens kønsdyder. For de transpersoner der stræber efter at passe, kan det så argumenteres at de lader sig blive influenceret af kønsnormernes pres i stedet for deres egen frie lyst til at performe deres køn som de reelt har lyst til? Rent teoretisk giver spørgsmålet mening, men det er nødvendig at sætte det i perspektiv med den levede erfaring som mange transkønnede og LGBT-mennesker generelt har. En del af disse oplevelser bliver karakteriseret i Dorais' forskning, som specialet vil komme tættere på i kapitlet Det Skjulte Liv. Han fremstiller en kategori af de mennesker som han har snakket med, som gennem at passe som heteroseksuel, har undgået det enorme stigma som heteronormativiteten kan have, gennem vold og eksklusion fra venner, arbejdsplads og familie. Specialet har allerede givet et dansk studie på hvordan transkønnede, hvis de bliver identificeret som dette, har en højere sandsynlighed for at blive overfaldet, eksempelvis på badeværelser eller omklædningsrum. Den transkønnede som stræber efter at passe, kan altså ikke helt sammenlignes med cis-manden som vil leve op til en maskuline dyd, da cis-personen ikke oplever et stigma der straffer ham lige så hårdt for ikke at leve op til normerne. Truslen af heteronormativitetens stigma er på et statistisk signifikant niveau meget mere alvorligt. Det kan derfor ikke bare antages at den transkønnede som passer bare stræber efter kønnede dyder, en del af beslutningsprocessen handler også om overlevelse og undgåelsen af vold.

Det Positive Ansvar

En unævnt antagelse som dette speciale hidtil har arbejdet under, er at sundhedssektoren har et ansvar til at udøve kønskorrigerende behandling til dem som har brug for det. Det her stykke har til sinde at forklare hvorfor, da det vil give specialet nogle kønsteoretiske indsigter. Kønskorrigerende behandling kan ske på grund af at samfundet har den teknologiske evne til at tilbyde det. Hvis ikke lægevidenskaben var i stand til at udøve sådanne behandlinger, havde det heller ikke været i stand til at krænke dem som har brug for det. Der er her altså tale om et aktivt ansvar, og en underkendelse som kun kan ske, gennem sundhedssystemets evne til at hjælpe. En hjælp der uden tvivl er mere positiv for transkønnede end hvis den ikke blev tilbudt. Der er en magtrelation der spiller ind her, en magtrelation der er nødvendig for at sundhedssystemet overhovedet kan have nogen form for ansvar og muligheden for at krænke. I det at sundhedssystemet har magten til at give hjælp, får den noget af ansvaret for at gøre det. Dette tydeliggør et aspekt af den problematik som folk, der har brug for kønskorrigerende behandling, lever i. At der reelt er et problem, skabt uafhængigt af sundhedssystemet, som disse mennesker har. Gennem kønskorrigerende behandling,

så hjælper sundhedsvæsenet med dette problem, men hvad er problemet egentligt? Vi kan se at der klart er et problem gennem kønnets effekt på vores angst, depression og selvmordsforsøgsrate. Et problem der kan forklares langt hen af vejen af det sociale stigma og diskrimination som dem som skiller sig ud fra normen oplever. Den selvmordstruende faktor som specialet senere vil komme ind på, forbliver signifikant selv hos dem som ikke har oplevet det nævnte stigma eller diskrimination, bevidner dog om en mere avanceret årsag, eller endnu et dybere og statistisk uforklarligt problem.

Det er her hvor en kønsteori bliver nødvendig for at overhovedet kunne sætte ord på problemet, og før vi kan finde ud af hvilken behandling der skal til for at løse det. Et essentialistisk bud på problemet er at problemet opstår når vores kønsessens braser imod vores biologiske realitet, samt den stigmatiske realitet af omverdenens behandling af dem som viser afvigende kønstræk. Dette skaber en kønsdysfori, som eksempelvis både cis-mennesker med hormonforstyrrelser og transkønnede føler når deres kroppe begynder at afvige for meget fra deres kønsidentitet gennem hormonændringer i kroppen. Det grundlæggende problem har altså ifølge essentialismen en uløselig biologisk ankret årsag der kommer til at skade transkønnede og interseksuelle, dog kan problemet behandles helt eller delvist væk.

Performativismen tror ikke på den kønslige biologiske realitet, den kategoriserer dette som bare en anden form for strukturel og social klassificering. Der er ikke nogen objektiv realitet ved at kategorisere nogle kropsdele og kropsfænomener som kønnede, og andre som ikke kønnede. Kønsidentitet som et koncept forstås på en helt anden måde, det er den identitet som du performer, eller den identitet som du føler for at ville performe. Den er enten udelukkende et socialt fænomen eller påvirket af de sociale normer man lever under. Problemet opstår i det at vi lever i et samfund hvori heteronormativiteten ikke er inkluderende for mange af de måder hvorpå folk kan eller har lyst til at performe køn. Problemet der opstår er altså ikke et problem der i bund og grund er tilknyttet sundhedsvæsenet, da det udelukkende er et socialt ankret problem. Rettere, bør sundhedsvæsenet give kønskorrigerende behandling for at underbygge personernes kropslige autonomi, og hjælpe dem med at mindske de sociale og psykologiske symptomer som det sociale har forårsaget. Altså vil sundhedssystemet, biologien eller neurologien aldrig nogensinde være i stand til at give en 'kur' til problemet. Da den eneste reelle kur mod problemet er et samfund der ikke længere deler os op i køn.

Identitet og Kategorisering

En del som altid spiller ind i kønnets sociale effekter, er æstetikken. Det er et form for identitetsmæssigt input, der går forud og farver enhver social interaktion. Gennem kønskorrigerende behandling, ændrer man også på behandlingsmodtagerens udseende, og det er derfor nødvendigt at have æstetikken for øje hvis man vil have et fyldestgørende overblik over effekterne af sådan en behandling, uanset hvilken kønsteoretiske baggrund man har.

Det Æstetiske

Et element som spiller ind i enhver kønskorrigerende behandling, er det æstetiske, samt dens intersubjektive møde med behandlingsmodtagerens sociale virkelighed. Når vi giver kønskorrigerende behandling, så har æstetikken af dens resultater altid en social effekt, selv hvis årsagen til at modtage den ikke er socialt begrundet. Når det kommer til mål som transkønnede kan have med kønskorrigerende behandling, som eksempelvis at passe, så er det æstetiske, hvordan din omverden opfatter din performance, i centrum. Om kategoriseringen mellem ciskønnet og transkønnet er en essentiel virkelighed, eller om det kun er sociale kategorier der kun er baseret på sociale konstruktioner, kan for behandlingsmodtagerens levede erfaringer efter behandlingen være lige meget. Det kan give god mening at behandlingsmodellen er lavet ud for den sociale virkelighed som behandlingsmodtageren lever i. At selv hvis transkønnethed som en sundhedsfaglig kategori i sig selv ikke er berettiget, så er det at kategorisere den således, og udvikle behandlingen ud fra denne antagelse, positivt for behandlingsmodtagerens overordnede velfærd. Uanset om denne behandling går til transkønnede eller ciskønnede, er dette lige sandt og relevant, at normerne rundt om dem kan risikere at skade dem hvis behandlingen, eller mangel på dette, resulterer i at de adskiller sig for normen. Derfor er der et argument for at kønskorrigerende behandling både gør og bør reagere på de normer som behandlingsmodtageren lever under.

Kategoriseringens Begrænsning

I det at man kategoriserer en gruppe, har det også en influens på udegruppen som man vælger ikke at inkludere i kategorien. Altså, så snart man har kategoriseret hvad en transkønnet er, har man også kategoriseret hvad en transkønnet *ikke* er. Den negativt bestemte identifikation, om hvilke attributter man i hvert fald ikke har hvis man ikke er transkønnet. Det er også her svaghederne i kategoriseringerne begynder at blive mudrede og imperfekte. Som Butler påviste, så findes den perfekt maskuline krop ikke. Den biologiske krop er for alle på adskillelige spektrum af hormoner,

udseendet af genitalier, adskillige kromosomdannelser osv. I det at man laver en skildring mellem ciskønnet og transkønnet, definitioner som hviler på den 'biologiske realitet' af deres medfødte kroppe og dens udvikling, så simplificerer vi også virkeligheden. Eksistensen af interseksuelle kroppe udfordrer den simple deling i cis og transkønnet. Hvis transkønnethed er en betegnelse af den fysiske transition, så bør dem som modtager kønskorrigerende behandling grundet eksempelvis hormonforstyrrelser eller gynækomasti, betragtes som en form for kønslig transition, væk fra en form for interseksuel væren der hverken er normativt maskulin eller feminin. At påstå at mennesker der har modtaget sådanne kønskorrigerende behandlinger, er transkønnede, vil dog ofte krænke deres egen selvidentitet som ciskønnet, og det er heller ikke det som sker så snart den kønskorrigerende behandling har ændret deres kropslige kønsperformance til at passe ind i normen. Der er ikke nogen grund til at insistere på at disse mennesker på nogen betydelig måde er mindre ciskønnet end andre, i hvert fald ikke uden at risikere enorme krænkelser, eller insistere på kategorier som ikke har nogen form for social betydning. Men hvad med den interseksuelle krop som opstår for os til at kunne befinde sig lige så meget i det maskuline som i det feminine? Selvom sådanne mennesker er yderst sjældne, så er deres eksistens ikke mindre noget man bare kan ignorere hvis man vil undgå en forsimplet forståelse. Nogen vil måske forsvare at sådanne mennesker slet ikke findes, ved at lægge vægt på at et bestemt kønstræk på de forskellige biologiske spektrum er mere betydelige for ens 'rigtige' biologiske køn end andre, eksempelvis påstande om at alt der betyder noget er kromosomerne, eller kønskirtlerne. Sådant et argument hviler på biologiske antagelser der langt fra har bred enighed i biologisk forstand, og lader ikke til at have noget at gøre med kønnets sociale virkelighed. Man kan ikke æstetisk observere en persons kromosomer eller kønskirtler i det sociale møde, og de besidder derfor ikke social betydning. Ud fra disse iagttagelser, er det klart at den essentialistiske tilgang ikke er i stand til at fuldstændigt at forklare nuancerne der opstår i edge-cases med folk som eksisterer i udkanten af kategoriseringernes grænser. Dette skal dog ikke forstås som at essentialismen kategorisk tager fejl eller er forkert. Snarere, så betyder det bare at fra et essentialistisk perspektiv må man konkludere at selve sproget rundt om de forsimplede kategoriseringer er begrænsede.

Ud fra sprogets begrænsninger, er den eneste måde hvorpå denne kategorisering kan fungere sammenhængende i et essentialistisk sundhedsvæsen, ikke en kategorisering der hviler fuldstændigt i den biologiske realitet. Rettere, må en sammenhængende sundhedsfaglige kategorisering være nødt til at gå ud fra en persons socialt tildelte køn, og denne individs egen forståelse af deres kønsidentitets sammenhæng med deres biologiske kønstræk. Hvilket er også det som

sundhedssystemet effektivt gør, selv hvis den ikke selv er klar over dens kategoriserede forsimpning. Hvis vi antager ligesom sundhedsstyrelsen, at kønsidentiteten må stamme fra en neurologisk eller biologisk essens, er den eneste måde vi med videnskabens nuværende begrænsninger kan observere den på, ved at lytte til behandlingsmodtagerens egne fortællinger og erfaringer. Både på det kropslige og det sociale.

Processens Accept

Før specialet kan gå videre, er det for forståelsens skyld nødvendigt at klargøre nuancerne at to former for anerkendelse der er på spil i oplevelsen af at modtage kønskorrigerende behandling. Anerkendelsen for deres nye kropslige æstetik, og anerkendelsen af selve processen der kræves for at nå derhen. En transkønnet som performer sit valgte køn i overensstemmelse med samfundets forventninger, vil ofte ikke blive anset som en transperson overhovedet, men blive anerkendt som det køn de performer på samme linje som en ciskønnet person, altså en passende transperson. Denne accept kan fås selv fra folk som er uenige med transpersoners validitet, såfremt at transpersonens performance er overbevisende nok fra transfobens perspektiv. Ud fra dette kan det argumenteres at dette kunne være en løsning på problemet, at alle transpersoner derfor bare burde opfordres til at passe så de kan opnå anerkendelsen for deres kønsidentitet. Er denne anerkendelse, hvor samfundet ikke behøver at ændre sig, en god nok løsning? I forhold til at bringe angst-, depressions- og selvmordsforsøgsraten nærmere den gennemsnitlige dansker, så nej.

For det første, er der mange der ikke er i stand til at performe deres køn til samfundets forventninger, eksempelvis hvis deres krop har udviklet sig for meget gennem puberteten. Som mange ciskønnede også oplever, er nogle født med attributter som ikke opfattes som mandigt eller feminint, f.eks. en mand med en svag kæbe eller en kvinde med brede skuldre. Det er altså ikke muligt for mange, selv blandt ciskønnede, at leve op til samfundets opfattelse af kønnet og derigennem performe deres køn tilstrækkeligt for at opnå anerkendelse. Selv for dem som lever et overbevisende liv som en passende transperson, kan stadigt komme i klemme i steder som stranden eller omklædningsrummet, hvor kirurgiske ar kan risikere at røbe deres identitet som en transkønnet.

For det andet, så er det stadigt et samfund hvori mange ikke får denne vigtige anerkendelse. Dem som stadigt er i tvivl over hvilket køn de vil være, dem som stadigt er i gang med deres biologiske transition gennem medicin eller kirurgi, og dem som ikke lever op til kravene for behandling eller er for bange for at starte deres transition.

For det tredje, så lægger det ansvaret på transpersonen som oplever stigma eller diskrimination. At offeret er den der bør ændre sig til at passe ind i sociale normers antagelser, i stedet for at præsentere sig selv som de selv har lyst til. Det er en løsning hvori ikke-binære kønsperformances ikke kommer til at opleve nogen forbedring af deres liv.

Disse tre argumenter påviser at det ikke kan hjælpe alle transkønnede at passe, og at det derfor ikke kan være en fyldestgørende løsning. Derudover vil specialet komme med endnu en årsag. En årsag der også giver en indsigt på en problematik i sagen som statistikken ikke kan forklare bare med stigma eller længerevarende traume. Det er ikke nødvendigvis sikkert at anerkendelsen er helt fyldestgørende opnået selv hos de transpersoner som der lever op til samfundets kønsforventninger og passer uden problemer. For at understøtte denne sidste pointe, vil specialet gøre brug af et studie lavet af sociologen Michel Dorais hvori han har undersøgt homoseksuelle som lever i skabet, og årsagerne til at de begår selvmord.

Det Skjulte Liv

At passe er ofte et mål for transpersoner som vil undgå diskrimination og kønsdysfori. Det medbringer en form for kønsbaseret anerkendelse som ellers kun ciskønnede kan opnå i mange ikke-accepterende fællesskaber. Når man i disse sociale fællesskaber lykkedes i ikke at blive set som en trans person, opnår man en form for udefrakommende identitetsmobilitet, givet ved at man performer sit køn i fuld overensstemmelse med heteronormativitetens forståelser. Jo mindre 'trans' man ser ud, jo mindre sandsynligt er det at man vil opleve krænkelser eller stigmatisering på baggrund af ens transidentitet. Er det at passe så ikke en løsning de fleste af de problemer som transkønnede døjer med? Bør man ikke opfordre alle transpersoner som er i stand til at passe til at gøre det, og derigennem løse store dele af disse transkønnedes lidelser ved at fuldstændigt at undgå stigmaet?

Den Hegemoniske Maskerade

Nej. Det kan være enormt gavnligt at undgå det sociale stigma, men det er ikke tilstrækkeligt for at bringe raterne ned. Erfaringen af en transperson som fyldestgørende performer deres køn, og som ikke signalerer at de er trans i nye fællesskaber, oplever ofte en samme form for skade som homoseksuelle der bor i skabet. Derudover er der også nogle transpersoner, hvis kroppe har udviklet sig irreversibelt for meget den forkerte vej til at passe i det nuværende normative samfund. Personer

som føler sig som ikke-binær, har oftest heller ikke lyst til at passe som enten mand eller kvinde, og kan derigennem ikke undgå at blive set som transkønnet, samt den medløbende stigmatisering. Dette stykke vil argumentere at selvom transkønnedes erfaring er på flere punkter unik fra skabsbøssen, så er de stadig sammenlignelige, og oplever det samme pres fra de samme konventionelle samfundsforventninger. Fælles med nogle essentialister, så laver performativister en skildring blandt seksualitet og køn, at der ikke er nogen nødvendig relation eller kausalitet mellem de to. Denne relation, eksempelvis antagelsen at det at være den passive i et seksuelt forhold er feminint, er født blot af at det går imod heteronormativismen, og derigennem bliver andet-gjort. Seksualitet bliver altså kategoriseret ud fra dens forskel fra den normative heteroseksualitet. Selv hvis essensen i ens identitet som homoseksuel eller transkønnet er forskellige, så er de offer for det samme sociale stigma. Et stigma som delvist bygger på idéen om at køn og seksualitet er stærkt afhængige af hinanden, og derigennem straffer både seksualitets- og kønsnormstridige handlinger på sammenlignelige måder. Derudover har medlemmer af begge grupper ofte et fælles tilknytningsfællesskab i den solidariske og den retslige anerkendelsessfære i form af den brede LGBT+ bevægelse og lokale LGBT grupper. Det at være køns- og seksualitetsnormstridig danner altså flere identiteter, ikke bare selve kønnet og seksualiteten, men også tilhørsforholdet til en minoritetsgruppe. Som Jenkins sagde, så medbringer dette også en fælles interesse, og fælles metoder hvorpå man kan true disse interesser.

Angst og Stigma

Sociologen Michel Dorais har i sin bog *Dead Boys Can't Dance*, på baggrund af flere selvmordstatistikker, lavet en kvalitativ undersøgelse af en gruppe unge homoseksuelle. Ud fra hans forskning, er det klart at livet i skabet oftest kan være yderst skadeligt, dog har det ikke været muligt at finde konkret forskning om transkønnede som lever i sådan en situation. Derfor er det blevet argumenteret, at deres oplevelser med det heteronormative stigma er kommensurabelt. I det at livet som en skabsbøsse udøver skade, er oplevelsen sandsynligvis på flere punkter tilsvarende negativt for den passende transperson. Som Dorais' undersøgelser viser, er dette ikke bare et spørgsmål om en mindre forøgelse af livsglæde, det øger drastisk sandsynligheden for selvmord hos de mennesker som lever sådan et hemmeligt liv. Dog så er der en betydelig forskel, i problematikken får den homoseksuelle ikke anerkendt sin seksualitet, men den passende transkønnede får anerkendt sin kønsidentitet. Altså må det ikke kun være anerkendelsen af den transkønnedes kønsidentitet som udgør det vigtige, det er også anerkendelse af den proces som de

har været igennem, den proces som *er* distinktionen fra at være ciskønnet. Betyder dette at der er en indbygget vigtighed i at få anerkendt transitions processen? Eller er svaret så ligetil at den øgede mistro er et tegn på en angst for at blive opdaget som i den homoseksuelles situation?

Der er forskellige måder at flette sig in i det cisheteronormative samfund på, så for at holde fast i sammenligningen med Dorais' homoseksuelle vil der tages udgangspunkt i hans kategorisering. Dorais siger at der er to kategorier for homoseksuelle mænd som på en lignende facon lever i hemmelighed. Den Perfekte Dreng og Kamæleonen, som begge leder et liv i fællesskaber der ikke er klar over deres lyster.

Den Perfekte Drengs årsager til lidelser og angst er først og fremmest de forventninger som heteroseksuelle har af dem, og disse bestræber de sig efter at opnå (Dorais, 38). De har ofte en dyb frygt for at blive opdaget, en angst som afspejler mange af deres handlinger, de overkompenserer for at udøve æstetikken på heteroseksualitet for at bedst muligt undgå mistanke. Hvis det skulle ske at deres hemmelighed bliver udstillet, er det typisk at de mister alle deres meningsfulde fællesskaber og venner, og er nødt til at starte deres sociale liv helt forfra, hvis ikke de tager sit eget liv før de får den chance. Denne form for maskerade har ifølge Dorais to typiske ender. Masken falder og deres nære fællesskaber anser ham som en forræder, og går derefter igennem en længere periode af depression og forsøg på selvmord. For andre falder masken aldrig, og de tager deres eget liv da de føler at maskefaldet er en uundgåelig fremtidig realitet de hellere vil dø for end at leve igennem. Dette bygges op af Honneths påstand, at den sociale eller psykiske død som led af stigmatisering og manglende accept, kan være lige så vigtig, hvis ikke vigtigere, end selv den fysiske død for den enkelte person.

Den tilsvarende transkønnede oplevelse til Den Perfekte Dreng vil dog have nogle forskelligheder, da det ikke muligt for transkønnede at gemme sin identitet fra familie og tidlige barndomsfællesskaber, og derfor er det mindre sandsynligt for transpersoner at leve sådan et liv. Det ville kræve en fuldstændig afskæring af deres tidligere socialliv, eller at de stadig havde mennesker i deres liv som kender deres hemmelighed og derved er i stand til at anerkende deres transkønnethed.

Kamæleonen deler mange ligheder med den perfekte dreng, men der hvor deres forskelligheder starter er at kamæleonen er fuldt bevidste over at de gemmer sin identitet, og at de i snu ofte har sex med andre fra samme køn (Ibid. 44). Det er selve det at udøve maskeraden der bygger et pres i ham, ikke fordi at det er svært at udøve den, men rettere fordi at de har voksende intens lyst til at leve et mere autentisk liv. Selvom de ofte kan forsøge at overbevise sig selv om at de er heteroseksuelle, er

det sjældent noget der lykkedes. De vælger ofte at få heteroseksuelle kærester for at opbevare maskeraden endnu mere, men bliver samtidigt ekstra presset af at en person så intimt på dem selv skulle finde ud af deres hemmelighed.

Hos den Perfekte Dreng adskillede den transkønnedes erfaring sig på en måde hvorpå at de sandsynligvis ville opleve mere anerkendelse i sådan en situation, men her hos kamæleonen er det modsat. Det er svært muligt for en transkønnet at komme i et fuldt intimt seksuelt formål med nogen uden at det kan ødelægge deres maskerade. Det kan sagtens fungere i forhold til hand- eller blowjob, men så snart kroppen og ens genitalier bliver blottet, er der nogle forskelligheder. Nedre kirurgi endnu ikke i stand til at lave en penis som lever op til kønsnormerne for hvordan sådan en ser ud, og mange transmænd som har haft brug for top kirurgi, har ofte arvæv som kunne røbe deres hemmelighed. For transkvinder er det nemmere, afhængigt af procedurens succes, kan deres genitalier visuelt passe som en ciskønnet vagina, selvom den udstøder mindre fugtgivende væske end den typiske vagina. Altså får de fleste passende transkønnede her et sværere forklaringsproblem som kamæleonen ikke oplever i forhold til seksuelle partnere.

Det skal ikke forstås at Den Perfekte Dreng og Kamæleonen bare kan stoppe eller lade være med at holde maskeraden kørende. I mange af Dorais' cases er deres angst for at blive eksponeret berettiget i seriøse sociale konsekvenser. Konsekvenser som risikoen for at miste alle deres nære fællesskaber, eller for dem som har internaliseret den heteronormativitetens homofobiske aspekter, kan selverkendelsen om at man er homoseksuel give en dyb sorg og selvhad. For at overvinde det kræver det en hel social forståelsesforandring for personen, og for mange mennesker bliver selvmord set som en nemmere løsning (ibid, 45).

På baggrund af denne diskussion og sammenligning, må specialet konkludere at det ikke er nok bare at få anerkendt sit køn, det er også vigtigt at transitionsprocessen er anerkendt for at leve et autentisk liv. Selvom man kan undgå diskrimination, er det ikke muligt at opnå fuld anerkendelse ved at leve op til samfundets forventninger af ens kønsperformance. Der er her en form for anerkendelsesdualitet på tværs af transpersonens køn og deres proces. Dem som passer oplever anerkendelse i flere sociale fællesskaber, men man benægter sig selv en autenticitet i disse fællesskaber. Derfor er det ikke nok bare at passe, det er også vigtigt både at have primær-relationer (Familie eller nære venner), og vigtige fællesskaber der kender ens identitet og anerkender den.

En tredje kategori som Dorais sætter op, er per definition ligeglåd med at passe. Dorais' Rebel prøver ikke på at flette ind i det heteronormative samfund han lever i, han gør hvad han kan for ikke at internalisere de skadende løgne som hans familie eller skolekammerater har prøvet at presse over

ham (ibid. 47). Dette beskytter dem unikt fra den depression og selvmordsideation som de andre kategorier lider under før eller siden. De oplever lige så meget, eller endda mere diskrimination og vold, men undgår den ved at rette deres vrede udadtil, mod de mennesker eller strukturerer som skader dem. Gennem denne trodsighed mod deres familie, klassekammerater eller begge dele, skaber en nødvendighed for nye fællesskaber og nære forbindelser, og det er ikke altid at et sundt alternativ er muligt.

Der er ingen tvivl om at det at passe kan være gavnligt, men det er et plaster på såret over et meget større problem som rammer bredt. Den måde hvorpå heteronormativiteten skader dem som står uden for den, er den virkelige årsag til disse lidelser til at starte med. I en verden hvori man må omgås med den nuværende heteronormativitet og dens dødelige effekter, kan det for nogle være bedst at efterstræbe en performance som ikke konfronterer normativiteten, men såfremt Dorais har ret, er det sundere at leve på trods af den, og efterstræbe at finde i fællesskaber som deler kønshegemonistridende værdier. For dem som oplever krænkelser og manglende anerkendelse på grund af den måde de performer køn eller seksualitet på, er det at nedbygge heteronormativiteten ikke kun en form for ideologisk aktivisme. Det kan også være en overlevelsesmetode, såfremt at muligheden for at finde et sundt alternativt fællesskab til deres nuværende familie eller venner eksisterer. Denne kategori understreger vigtigheden i at lytte til behandlingsmodtagernes egne situation og fortælling, da en kønskorrigerende behandling har enorme effekter på alle disse nuancerede intersubjektive scenarier.

Kapitel 3: Faktorer og Moralsk Ansvarlighed

Det forrige kapitel har gjort det klart, at der er en form for anerkendelse som ikke bliver fyldestgjort, selv hos transkønnede der fyldestgørende performer deres køn. Baseret på denne indsigt, vil specialet gå tilbage til et spørgsmål der tidligere er blevet stillet. Er en kønskorrigerende behandling der lykkedes med at hjælpe patienten med at performe deres køn til samfundets normer tilstrækkeligt? Det hjælper uden tvivl med at undgå stigmatisering og diskrimination, men der er også et dybere lag på spil her hos transkønnede. Et lag som ikke spiller lige så stor en rolle hos den ciskønnede som har fået en vellykket kønskorrigerende behandling, selvom det stadig har en mindre effekt (Bojesen et al.). Der er altså en unik faktor i den transkønnede erfaring som er kilde til ekstra angst, depression og selvmord. Før vi går videre, er det vigtigt at understrege at selv hvis behandlingen viser sig ikke at være tilstrækkeligt, så er den stadig en stor og nødvendig hjælp (Haas, Brown, Herman, 15).

Den Selvmordstruende Faktor

Dette stykke vil diskutere mulige praktiske og teoretiske forklaringer på denne øgede selvmordsfaktor hos transpersoner det passer for at give et par bud på hvilket fænomen(er) der kan forårsage det. Disse forklaringer vil blive fundet igennem den anvendte teori, samt en diskussion om forklaringer man ofte kan finde i den generelle diskurs om emnet.

Er faktoren simpelthen at homoseksuelle og transkønnede i deres essens bare er mere selvmordstruet uanset eksterne faktorer? Sådant en konklusion virker dovent, og empirisk data der bekræfter eller afkræfter den findes ikke. Konsensus blandt studier påviser dog at den transkønnede selvmordsrate først og fremmest er påvirket af diskrimination og stigmatisering (Ibid.). Altså, selv hvis én eller flere af disse forklaringer er til korrekte, er de ikke hver især fyldestgørende for at forklare mere end en lille procent af selvmordsforsøgsraten.

Det Praktiske

Som transkønnet som modtager hormonbehandling, skal man være under behandling resten af ens liv hvis man vil have at sin krop forholder sin udvikling af behandlingen. Man skal til efterundersøgelser for at sikre at behandlingen stadig er den rette, eller om det skal ændres lidt. Dette kan være kilde til noget angst i gruppen, da denne del af behandlingen ikke er permanent. På dette henseende adskiller den transkønnede kønskorrigerende pleje fra den ciskønnede, da langt størstedelen af transkønnede har brug for denne viderevarende hormonterapi. Dog er det usandsynligt at dette spiller en stor rolle i forhold til at danne selvmordsfaktoren. Den eneste måde man virkelig kan undgå denne effekt, er via en dekonstruktion af selve vores idé af kønnet, og denne løsning ville kun virke såfremt at den sociale konstruktivisme har ret. Derudover er sådan en løsning uden for specialets sigte omkring behandlingen og dens effekter, da sundhedsvæsenet hverken er i stand til eller kan have ansvar for at radikalt ændre på samfundets syn af kønnet.

De Skjulte Krænkelser

En anden forklaring på effekten, understøttet af specialets identitets- og anerkendelsesteori, er ved at leve i en verden hvori den transkønnede identitet er så politiseret, så gør vi den til en identitet som betyder mere. Mere end eksempelvis den typiske ciskønnede kønsidentitet som ikke er under det samme pres, men som man kan se i eksempler med Dorais' homoseksuelle, pludseligt kan

betyde livet hvis det kommer under for meget pres. Specialet har allerede argumenteret, at hvis man holder en del af sig selv hemmeligt, som man sandsynligvis vil opleve stigmatisering af, så kan man berettiget blive angst over at denne identitet bliver afsløret. Dorais' undersøgelse viste at dette var et typisk liv for homoseksuelle mænd der ikke var åbne om deres seksualitet. Dette gør sig også gældende hos passende transpersoner som har nogle kropslige tegn på deres transition, eller som ikke endnu har lykkedes i at få alle deres officielle papirer til at reflektere deres levede køn. Eksempelvis en transmand med arvæv fra topkirurgi, kunne nemt sidde med et forklaringsproblem hvis han blev inviteret til noget så banalt som at tage på stranden eller ind i et omklædningsrum. Selv hos transpersoner som helt kropsligt og officielt performer deres køn, kan de ikke undslippe følelsen af at tilhøre den transkønnede identitet, og derigennem have et tilhørsforhold til en gruppe som ikke opnår Honneths anden sfære af anerkendelse. Da transkønnede ofte er et hedt debatteret emne, er det også sandsynligt at mange oplever at overhøre hadefulde tale fra de sociale fællesskaber de er i, og derved opleve en krænkelse. Aktiv debat og diskussion om deres rettigheder kan ofte findes i landsomspændende medier, og inde i Folketinget (Berlingske). Der er ikke noget at sige til at man kan føle angst om sin retsmæssige sikkerhed, når ens rettigheder, eller mangel derpå, ofte bliver bragt op i diskussioner hvor medlemmer fra den lovgivende magt er aktive deltagere på begge sider. Det kan argumenteres ud fra Honneths teori, at de øgede krav til at opnå de kønskorrigerende behandlinger gennem kønsidentitetsklinikkerne, krænker deres første sfære af anerkendelse ved ikke at lade dem være herre over egen krop.

”Den praksisrelaterede mishandling, hvor man med magt fratager et menneske enhver mulighed for at frit disponere over sin krop, udgør den mest elementære form for personlig nedværdigelse.” (Honneth, 1992, 176)

Det kan modargumenteres at Honneth her kun mente fritagelse af sin kropslige autonomi i form af fysisk vold, og at han burde have præciseret sit sprog så det ikke inkluderede transkønnede. Mit modsvar er dog at det er vigtigt at forstå at en krænkelse er udelukket bestemt ud fra om den er oplevet hos subjektet eller ej. En person som teknisk set kan få den behandling, men mangler energien til at opsøge den grundet de ekstra krav og ventetider, kan opleve at de ikke har adgang til at frit disponere over sin krop. Der er også dem som har haft en ubehagelig interaktion med deres almene læge, som af en eller anden grund har valgt ikke at henvise dem til et center for kønsidentitet. Enhver barriere mellem den transkønnede og deres behandling kan potentielt opfattes

som en krænkelse mod deres kropslige autonomi. Mange transkønnede og de fleste ikke-binære før sundhedssektorens paradigmeskifte i 2017, var helt udelukket fra at få nogen som helst behandling inden for landets rammer. Honneth havde sikkert ikke kønskorrigerende behandlinger i sinde da han skrev det ovenstående citat, han giver i hvert fald ikke sådanne eksempler i hans bøger, men hans fremsætning af konsekvenserne for sådan en manglende anerkendelse, taler direkte ind i den transkønnede oplevelse vi har gennemgået, og giver en mulig forklaring på hvorfor selv de passende transpersoner som ikke oplever social diskrimination, mistrives mere.

”Den fysiske mishandling repræsenterer den form for ringeagt, der gør varig skade på ens gennem kærligheden etablerede tillid til, at man autonomt kan styre sin egen krop. (...) Den vellykkede integration af den kropslige og sjælelige adfærd bliver så at sige opløst udefra, hvilket resulterer i en varig ødelæggelse af den mest elementære form for praktisk selvforhold, nemlig selvilliden.” (Ibid. 176)

Heri må det forstås at for transkønnede, er det deres naturlige eksistens som er den drivende krænkelse af deres krop, når deres krop igennem puberteten begynder at ændre i deres krop imod deres vilje og deres lyst, så fratager den dem deres kropslige autonomi. I fang med at sundhedsvæsenet er i stand til at bidrage stophormoner til disse transkønnede og derved har magten til at stoppe det, så får sundhedsvæsenet et medansvar til at stoppe denne krænkelse. Det skal altså ikke forstås som at sundhedsvæsenet laver en krænkelse på linje med et fysisk overgreb, men rettere at når sundhedsvæsenet ikke lader en person få deres behandling i tide, så lader tillader de sådan en krænkelse at ske. Den resulterende varige skade af sådan en krænkelse kunne hjælpe os med at forklare selvmordsfaktoren. Det står mere tydeligt i de eksempler på sådanne ringeagts krænkelse som Honneth giver os, eksempelvis ved overfald og voldtægt, at de kan have livsvarige konsekvenser for offeret.

Denne forståelse giver os et bud på at forklare den øgede selvmordsfaktor hos de passende transkønnede. At deres første sfære af anerkendelse bliver krænket gennem deres situation, og at behandlingsmodellens krav og tidsmæssige forsigtighed ofte forlænger denne krænkelse. Således kan benægtelsen af en positiv behandling blive brugt til at ødelægge dem som har brug for dens selvtillidsgivende effekt på et livsvarigt plan. Nogle transkønnede bliver benægtet behandlingen i deres barndom af deres familie, andre af deres egne usikkerheder og antagelser, og nogle som bliver

så overvældet af behandlingens bureaukrati og ventetid at de ender med ikke at tage til de nødvendige samtaler af ren angst. En angst og usikkerhed som kun bliver forværret af lige netop den krænkelse som de oplever ved ikke at modtage deres behandling.

Tallene som vi fastsatte eksistensen af den øgede selvmordsfaktor på, kommer fra projekt Sexus' dataset. Datasættet deler dog ikke transkønnede op i hvornår de har modtaget deres behandling. I 2016 og i 2017 skete der en stor forandring i den Danske behandling af transkønnede, og dette har helt ændret hvordan processen foregår til det bedre. En relevant ændring for dette stykkes argumentation, er mange af de spørgsmål som transkønnede blev spurgt af af deres behandlere, som var decideret krænkende.

”Kan du lide rutsjebaner?” ”Tænker du på dine forældre, når du onanerer?” ”Har du nogensinde haft seksuel kontakt mod betaling?” (Amnesty International, Danmark Krænker Transkønnedes Rettigheder)

Sådanne krænkelser, fra det eneste sted man lovligt kunne modtage de behandlinger man har brug for, har længerevarende konsekvenser for ens velvære. Den anvendte statistik fastsætter at det længerevarende velvære af transkønnede er delvist afhængig af hvor tidligt i deres liv at de får deres behandling (Chen D. Et al). Det er vigtigt at man forholder sig til at behandleren havde en magtposition som den transkønnede ikke kunne ignorere, samt et spørgeskema med krænkende spørgsmål, som man skulle svare korrekt på for at modtage den behandling man havde brug for. Spørgsmål, som havde et klart transmedikalistisk syn, hvor ens kønsidentitet blev set som en lidelse og ikke anerkendt som en eksistens med lige værdighed. Denne forskruede tilgang er dog ikke en realitet længere i det danske sundhedssystem, i hvert fald ikke på kønsidentitetscentre. Dog er det er ikke usandsynligt at selvmordsfaktorens til dels skyldes den længerevarende skade som er blevet gjort på dem som modtog, eller blev afslået fra at modtage, deres behandling i perioden før 2017.

Den Performative Forståelse

Hvis køn bare er en social performance, kan Butlers teori så forklare eller skabe en bedre forståelse for selvmordsfaktoren? Hvorfor oplever fuldt-passende transkønnede denne øgede selvmordstrussel som ciskønnede, der har været igennem kønskorrigerende behandling, ikke gør?

En forklaring er at transkønnede har fra fødslen haft forventninger om at agere efter nogle kønsforventninger der er i modstrid med deres egne lyster. Vores heteronormative samfund har

pådukket dem en rolle som de ikke har følt sig tilpas i. Gennem de år det har taget dem at indse at de vil have en anden rolle, samt at lære fra bunden hvordan man performer den rolle, er en del af deres udvikling som sociale mennesker blevet forhindret. Identitet er det subjekt hvorpå anerkendelse og krænkelse henvender sig til, en person som på sin vis har levet i ond tro, bare har udlevet skuespillet af at være et andet køn end det de ønsker at være, kan siges at have oplevet en hul anerkendelse af dette køn. En anerkendelse som ikke har været i stand til at udvikle den samme mængde selvtillid, selvværdsættelse og selvrespekt som de tre anerkendelsessfærer giver mennesket. Denne forklaring giver os ikke bare en årsag til den stigende selvmordstrussel, den forklarer også tallene fundet i studiet fra *Journal of Adolescent Health* (Chen D, et al.), om jo tidligere de får deres behandling, jo mindre depressiv, angst og selvmordstruet er den transkønnede statistisk set senere i livet.

Statistisk set har transkønnede også oplevet mere diskrimination og stigma, fra familie, systemer eller venner. To af Dorais' kategorier understreger endda at denne effekt er stadig er i spil selv på folk der ikke har oplevet et stigma, men bare har været angst for at skulle opleve den. Som performativismen påstår, er køn og seksualitet to sider af det samme sociale fænomen, en social præsentation og en form for reaktion på denne sociale præsentation. Homoseksuelle og transkønnede har næppe den samme oplevelse, men de er begge en minoritetsgruppe hvis stigma stammer fra heteronormativiteten, og derfor argumenteres det her at i mangel på lige så dybdegående og historisk forskning, at homoseksuelles angst for heteronormativitetens stigma, kan sammenlignes med transkønnedes angst for selv samme. Den transkønnede har typisk oplevet hvordan det føles ikke at leve op til kønsnormen på en måde som den ciskønnede ikke har, den ciskønnede persons strid mod de normative kønsantagelser både starter og forsvinder med de biologiske træk. Derfor kan en af grundene til den øgede selvmordsfaktor, være restriktionerne på behandling som går imod heteronormativiteten. Især for ikke-binære, kan det forvirre sundhedsfaglige når de spørger om atypiske kønsbehandlinger der er i strid med heteronormativiteten eller behandlerens egen kønsforståelse. Umiddelbart lyder sådan en forklaring svag og gættende. Derfor vil specialet underbygge det ved at argumentere for at heteronormativiteten har en effekt på den danske behandlingsmodel i forhold til kønskorrigerende behandlinger og deres udbud.

Specialet har allerede redegjort for ciskønnede børn der får hormonblokkere i 6-12 års alderen for at udsætte deres pubertet, mens ældre transkønnede børn der vil have det samme er nødt til at

indgå i et langt længere forløb, på trods af at begge er gjort udelukkende af sociale årsager¹, baseret på barnets egne interesser. En af forskellene er eksempelvis alderen. Transkønnede børn er, så længe de ikke også er i tidlig pubertet, i 12-16 års alderen når de kan tage beslutningen om at få hormonblokkere. En anden forskel er årsagen. Det ciskønnede barn gør det fordi de ikke vil skille sig ud ved at udvise deres ældre kønsattributter for tidligt, mens det transkønnede barn gør det med henblik på at passe ind i det køn de føler sig som, hvilket vil typisk få dem til at skille sig mere og mere ud som de bliver ældre indtil de kan opfylde kravet for at opnå en hormonbehandling. Hvor meget de skiller sig ud, hvor længe og om de overhovedet ender med at passe, er dog en ekstremt individuel oplevelse. Nogle som typisk lever op til Dorais rebel arketype har slet ikke lyst til at passe, og dette er ifølge performativitetsteorien en fuld valid udøvelse af deres frie kropslige autonomi, som behandlingen ikke burde forskelsbehandle dem på. De relevante forskelle er derfor kun alder og årsag.

Specialet vil nu opstille de mulige årsager til den forøgede krav som det transkønnede barn skal opfylde. Alderen kan være en vigtig årsag, mange kan være i tvivl, eller kan have brug for at få vejledning før de beslutter at få hormonblokkere, om de er cis eller trans. Det er generelt opfattet jo ældre barnet er, jo mere autonomt er det også, og er derved i stand til at tage flere beslutninger selv. Derfor må årsagen til de størrere krav til hormonblokkere, have en antagelse om at det er sværere at finde ud af hvilket køn man er som en 12-16-årig, end det er at vide om man ville føle sig udelukket af at udvikle pubertetsrelaterede køns karakteristika tidligere end normalt som en 6-12-årig. Sådan en antagelse virker umiddelbart generaliserende, især omhandlende en behandling med så stor en tilfredshedsrate og så lang tid til at ombestemme sig uden permanente mén. Et andet argument kunne være at i det at begge børn er vokset op i en heteronormativt samfund, er det mere forvirrende at tage stilling til en normstridig behandling på trods af at de er ældre og mere autonome.

Derudover, på trods af at det ikke er bevidst, så er det muligt at den eneste reelle årsag til forskelsbehandlingen, at den ciskønnedes behandling underligger sig heteronormativiteten, mens den transkønnedes ikke gør. En form for ubevidst forskelsbehandling som gennemsyrrer systemet. En systemisk transfobi der eksisterer i indskrænkelsen af mulighederne og tilgængeligheden af kønskorrigerende behandling for transkønnede, baseret på fejlagtige antagelser som hviler i en

¹ Ud fra en performativistisk kønsforståelse. En essentialistisk forståelse, som sundhedsvæsenet kører efter, ville påstå at den kønskorrigerende behandling også gøres ud fra barnets essentielle kønsidentitet. Dette ville den dog have tilfældes med det ciskønnede barn i eksemplet, og gør derfor ikke argumentationen mindre valid uanset hvilken kønsteori vi arbejder ud fra.

appel til det normative samfundssyn. Resultatet er en klinisk forskelsbehandling der strider med de transkønnedes kropsautonomi.

Dette er ikke ment som en mulig anklage mod klinikkerne eller Sundhedsstyrelsen om at de har haft skade på sinde, eller nogen form for nedrige tanker. Rettere er det et forsøg på at forklare hvor invasiv og skadende heteronormativiteten kan være, selv når vi taler om systemer som et bygget i god tro med målet om at hjælpe dem der strider imod dem.

Behandlingsangsten

Som tidligere fastslået, så er det nemmere for ciskønnede at opnå kønskorrigerende behandling når de har brug for det, da de skal gennem færre evalueringer og forløb for at opnå dem. Hvis denne forskelsbehandling eksisterer, kan det argumenteres at det også kan medvirke til selvmordsfaktoren, både igennem det klare stigma fra at være behandlet som en andenrangsborger i situationen, men også gennem Honneths retslige anerkendelsessfære som bliver krænket i sådan en situation. Før vi kan hævde at denne forskelsbehandling finder sted, er det nødvendigt først at redegøre hvorfor at kønskorrigerende behandlinger modtaget af ciskønnede og transkønnede kan være kommensurable til at starte med.

Mange af disse kønskorrigerende behandlinger er helt inkommensurable, selv når man sammenligner den samme type af behandlinger. F.eks. er nedre kirurgi for et interkønnet barn en helt anden oplevelse end nedre kirurgi til en voksen transkønnet person. Årsagen til indgrebet er anderledes, barnet er ikke i stand til at give samtykke, og den transkønnedes genitalier skal oftest igennem en større kirurgisk proces end det interkønnede barns. Årsagen til at finde kommensurabilitet er, at den ville klargøre hvordan systemet generelt behandler disse to folkegrupper. Forskelsbehandling kan sagtens finde sted selv i situationer hvori at de stigmatiseredes og de privilegeredes situation er inkommensurabel, det er dog bare sværere at påvise og redegøre for. Ethvert argument kan altid modargumenteres med at behandlingerne ikke kan sammenlignes.

For at kommensurabiliteten i det kommende stykke kan holde stik, når der bliver nævnt brystreduktionsbehandlinger, menes der ikke dem med formål med at modvirke eksempelvis livstruende årsager som kræft. Ej heller menes der behandlinger med formål at modvirke svamp og rygproblemer. Gennem fremlæggelsen af kun de æstetiske brystreduktionsbehandlinger, vil kommensurabiliteten, og derigennem forskelsbehandlingen, tydeliggøres.

En behandling som transmænd typisk har ønske om at få, er øvre kirurgi. Fjernelsen af fedt og brystvæv til at skabe et bryst der er mere overens med deres egen maskulinitetsforståelse. Før vi går videre i denne sammenligning, skal det pointeres at fælles for *alle* brystreduktionsbehandlinger, er kravet at man ikke må være overvægtig (Sundhed.dk, Brystreduktion). En brystreduktions behandling, baseret på æstetiske årsager, kan ciskønnede mænd og drenge også få, hvis de udvikler gynækomasti. Kravet til at opnå denne behandling er dog dybt forskellig. For at tydeliggøre denne forskelsbehandling, vil specialet give et eksempel på de krav som man skal opfylde for at få brystreduktionsbehandling for mænd:

Såfremt at den ekstra brystvækst er dannet af både kirtelvæv og fedt, så vil det offentlige betale for behandlingen af gynækomasti, dækket af behandlingsgaranti på en måned. Dette betyder at hvis ventetiden overstiger 1 måned, så vil staten betale en privat praksis til at udøve behandlingen. Før dette, er det nødvendigt at manden først tager til undersøgelse om hvad der har forårsaget brystvæksten. Hvis den underliggende årsag ikke findes, kan patientens behandling tilsidesættes i op til 12 måneder til en observationsperiode. Dette gøres da gynækomasti kan være et symptom på hormonforstyrrelser, kræft og andre lidelser (Sundhed.dk, Forstyrret Bryst). Afhængigt af årsagen, kan en behandling af årsagen nedbryde den uønskede brystvækst helt af sig selv uden det er nødvendigt at lave et kirurgisk indgreb i brystet. Selv hvis den uønskede brystvækst viser sig at være dannet af en livstruende sygdom som kræft, så er reduktionen af brystet stadig ikke en behandling for kræft, men bare en æstetisk behandling af et symptom heraf, såfremt at kræften ikke sidder i brystvævet.

Til sammenligning er den transkønnede mands mulighed for at få den samme behandling markant anderledes. Der er ikke behandlingsgaranti, han skal gå igennem op til flere vejledninger og psykologiske evalueringer. Det skal bedømmes at han tilstrækkeligt lider af kønsligt ubehag og at dens varighed er lang nok (Sundhedsstyrelsen, 14). Hvis man er transkønnet, så er det ikke lovligt at få behandlingen udøvet af privathospitalerne, i modsætning til ciskønnede mennesker som kan få en brystreduktion i det private til enhver en tid i perioden.

Et argument imod at denne fremstilling af forskelsbehandlingen lyder: En bedre sammenligning ville være en kvindelig brystreduktion, da transmænd jo ved fødslen er biologisk set kvinder, og derfor bør lægevidenskaben tage hensyn til at de essentielt besidder en kvindekrop når det kommer til deres bryst. Altså bør sammenligningen ikke snakke om mænd og drenge, men rettere kvindelig

brystreduktionsoperationer. Dette modargument afhænger af en essentialistisk forståelse af det biologiske køn. Hvis man arbejder ud for denne forståelse, gør det dog kun forskelsbehandlingen endnu tydeligere. Hvis det skal dækkes af det offentlige, er der for ciskønnede kvinder et krav til hvor store brysterne skal være, men ellers kan det altid blive foretaget i det private efter en konsultation med en speciallæge, så længe kvinden er over 18 år (Sundhed.dk, Brystreduktion). Grunden til at denne ikke var specialets første brugte eksempel til at sammenligne, var at den oftest foretages af fysiske helbredsårsager, som hold i ryggen eller dannelse af svamp, og derfor er sværere at sammenligne. Hertil vil jeg dog argumentere at fysiske helbredsårsager også er en del af årsagen for den typiske transmand der søger sådan en behandling. Ud over de psykiske problemer med ikke at passe som ofte leder til fysisk selvskade, så går transmænd ofte med en 'binder'. En binder er et stykke stof som presser brysterne tilbage, der minder om en undertrøje eller en bh, men den kan være farlig at have på i over 8 timer i træk, da dette kan forvolde skade på ens ribben, og nogle oplever vejtrækningsproblemer ved brug. Langtidsbrugen af sådanne præparater kan lede til permanent skade på bryst og rygsøjlen (Webmd). Transmænd er ikke uvidende for disse effekter, det kommer som regel som advarsel i sammenhæng med at man køber én, samt som tekst på produktet selv. Det er altså et fuldt informeret valg og risiko som de tager, indtil de kan opnå den top kirurgi som de søger.

En ciskønnet mand skal vente i 12 måneder plus maksimum en måned ekstra før de kan få deres behandling. En ciskønnet kvindes behandling i det offentlige er kun dækket hvis hendes bryster er store nok, men falder ellers under den samme garanti med maksimum 1 måned. Begge grupper har mulighed for privatbehandling såfremt at det offentlige ikke vil dække det. For at kunne lave denne sammenligning, vil specialet tage udgangspunkt i hvordan rigshospitalet behandler transkønnede. For en transkønnet mand er der på skrivende tidspunkt 6 til 7 måneders ventetid på første konsultation og behandlersamtale før nogen som helst behandling kan ske, derefter et krav om 6-9 måneders hormonbehandling. På et tidspunkt under denne hormonbehandling, kan den transkønnede anmode sit ønske om at få top kirurgi, hvorefter den første orienterende samtale i afdelingen for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling vil have en tid til første samtale efter 10 til 12 måneder (Rigshospitalet, Ventetider). Herefter, hvis det lykkedes ham at få sin behandling godkendt, tager det typisk 6 eller flere måneder før operationen gøres. Nødvendigheden for top kirurgi er en individuel bedømmelse, nogle gror genetisk ikke bryster der er store nok til at behøve det, andre kom på stophormoner før deres pubertet fik deres bryster til at gro besynderligt. For de transmænd som falder uden for disse to grupper, kan deres bryster være kilde til enormt fysisk

ubehag ved egen krop, og ikke mindst socialt ubehag. Med tidsbegrænsningen på anvendelsen af binders, kan det lede til at man udelukker sig selv fra sociale sammenhænge efter en fuld arbejdsdag, eller at man presser timerne for langt og risikerer at forvolde permanent skade til sig selv for at undgå være udelukket det sociale fællesskab. Fra når man søger hjælp på en af klinikkerne på kønsidentitet, kan det herfra tage mindst 2 år i bedste tilfælde. Her er der ikke bare tale om fysisk skade ved ikke at modtage en brystreduktion, der er også tale om en stor sandsynlighed for flere års stigmatisering som følge af besværet ved at opnå behandlingens krav. Det er en tilstand hvor de bliver socialt nedbrudt som mennesker grundet manglende anerkendelse, og det er en tilstand som kun bliver forlænget når man forlænger deres behandlinger. Transpersoner bliver her ikke kun forskelsbehandlet fra at modtage den samme behandling, det lader også til at de har endnu mere brug for den både på det psykiske og fysiske.

Reglen om at transrelaterede behandlinger ikke må foretages i det private gælder generelt for alle transrelaterede behandlinger, medmindre et privathospital har fået en henvisning fra det offentlige. Der er ikke behandlingsgaranti på ventelisterne, som i skrivende stund kan være flere år lange på disse trans-klinikker (Rigshospitalet, Ventetider). De lange ventetider og ekstra lag af samtaler og krav som den transkønnede behandlingsmodtager oplever, er længere og mere berøringsangste end hos kommensurable ciskønnede kønskorrigerende behandlinger. Uanset hvilken kønsteori man tilhører, så er nødvendigheden af den kønskorrigerende behandling blevet fastsat tidligere i projektet, samt hvor gavnligt det er for den transkønnede person at begynde sin fysiske transition så tidligt som muligt for at minimere selvmordsfaktoren.

Processens Legitimering

Baseret på det forrige kapitels fremvisning af den skjulte selvmordsfaktor, vil dette kapitel forsøge at forklare effekterne af kønskorrigerende pleje, og sammenligne den med lignende behandlinger på tværs af årsager. Specialet har klargjort at der sker en form for forskelsbehandling mod transkønnede i systemet, selv når det handler om modtagelsen af den samme behandling af lignende kønskorrigerende årsager. Set i lyset af hvor skadende det kan være at udskyde kønskorrigerende behandlinger, er løsningen så ikke bare at annullere alle de tidskrævende samtaler og evalueringer som Sundhedsstyrelsen kræver? Ikke just.

Den Vejledende Samtale

Det er rigtigt at nogle transpersoner har opnået fuld indsigt i hvad de gerne vil få ud af deres behandling, og at for dem kan det godt være at den første samtale er ligegyldig i forhold til den personlige afklaring. Dette er dog næppe tilfældet for alle. Specialet har tidligere brugt et studie fra Clarke & Spiliadis, som prøvede påvise at 9.2% af børnene detransitionerede. Dog så brugte deres definition på detransitionering inkluderede ikke børn som faktisk havde startede med at modtage nogen form for behandling, men havde været til to eller flere indledende samtaler hos GIDS. Disse børn udgjorde mere end halvdelen af de 9.2% som studiet havde fundet. Grundet specialets uenighed om definitionen på detransitionering, vil specialet rettere kategorisere disse børn som ciskønnede børn der var i tvivl om deres køn, men fandt ud af at transition ikke var det rette for dem igennem samtalerne. Derudover fulgte studiet ikke op på disse børn senere i livet, og det er muligt at de bestemte sig for at transitionere senere i livet i stedet for, en ting som andre studier finder som en typisk begivenhed (Davies S, et. al. 118). Der findes ikke nogen tal fra Danmarks kønsidentitetsklinikker, men af mangel på saglige argumenter på hvorfor Englands børn burde være mere eller mindre kønsforvirrede end de danske, vil det antages at samtalerne har en lignende effekt i det danske system der deler anvendelsen af disse opklarende samtaler. Altså, at klargøre over for barnet hvad der indbefattes med kønskorrigerende behandling og transition. Om sådanne samtaler også er nødvendige for voksne mennesker, kan diskuteres. Dog er der selvfølgelig også voksne mennesker som har brug for sådanne samtaler, da de kan være er i tvivl om deres kønsidentitet, eller først finder ud af at deres kønsidentitet sent i livet.

Formålet med disse samtaler er dog ikke kun at sikre sig at personen er sikker på deres kønsidentitet og deres beslutning om at modtage kønskorrigerende behandling. Den har også til formål at formidle behandlingsprocessen og dens bivirkninger, skabe et inkluderende rum, og undersøge personen således at visse behandlinger ikke får uforudsete konsekvenser. Eksempelvis kan en person med en udiagnosticeret hormonforstyrrelse blive påvirket på en utilsigtet og uønsket måde af typiske hormonbehandlinger. Formidlingen er også vigtig for personens kropslige autonomi, det er vigtigt at vide at man ikke kan få top kirurgi uden formentlig at få synlige permanente ar, at østrogen vil gøre én styrkemæssigt svagere, at man sandsynligvis ikke vil være i stand til at bevare sin fertilitet, osv. (Sundhedsstyrelsen, 12). At sørge for at valget om en decideret kønskorrigerende behandling er fuldt informeret, gør valget mere autentisk, selv hvis det kommer på bekostning af at behandlingen tager længere tid. Man kan finde forskellige enkeltsager hvor den ekstra ventetid bare resulterede i en forhindring, og man kan finde enkeltsager med folk som fik en

stor hjælp af dem og undgik at tage en beslutning som de ville fortryde. Det er derfor ikke muligt at lave en fyldestgørende konklusion over samtalens moralske effekt, da den statistiske undersøgelse nødvendig herfor, ikke findes. Dog så skal det pointeres at for dem som finder det mere som en forhindring end en hjælp, kan disse samtaler, og ikke mindst deres rolle i at forlænge forløbets længde, bidrage til en større oplevelse af diskrimination ved at unødvendigt forsinke deres behandlingsproces.

Hver Samtale, en Forhindring

En af pointerne med samtalerne i systemet er at specialisterne kan bestemme hvem der har brug for kønskorigerende behandling, og hvilken slags der passer bedst til personen uden af udøve skade. Med så mange led, og så mange forskellige samtaler, så opstår der et problem. Ethvert led i systemet, om det er den henvisningen fra den almene læge, eller én eller flere fra det multidisciplinære team, som kan sætte en pause i processen af adskillige årsager. Den første del af kæden, hos den almene læge som i første gang henviser én til et kønsidentitetscenter, kan fuldstændigt blokere processen hvis lægen er transfobisk. Hvis den almene læge er en form for transmedikalister, som stiller højere krav til der kan kategoriseres som kønsdysfori eller kønsligt ubehag, kan det også ske at bestemte typer af transkønnede har sværere ved at få behandling end andre. Sådant en problematik er mindre sandsynligt hos det multidisciplinære team på kønsidentitetsklinikkerne, da Sundhedsstyrelsens vejledning er inkluderende for ikke-binære kønsidentiteter (Sundhedsstyrelsen, 6). Derudover er de også typisk mere uddannede indenfor det specifikke område til sammenligning med den gennemsnitlige læge. Hvis man allerede er i et forløb med psykiatrien, skal man henvises til kønsidentitetsklinikken gennem den i stedet for sin læge. Denne henvisning kan først ske når man vurderes til at have været stabil i over 6 måneder (Rigshospitalet, Henvisning til Center for Kønsidentitet). Dette krav overser folk som er ustabile til dels på grund af deres ubehag med deres køn, hvori at en mangel på kønskorigerende behandling kan være en af årsagerne til deres ustabilitet. Ens for disse henvisninger, om det er fra den almene læge, lægevagten eller ens psykiater, er at de ikke har nogle krav om ekspertise eller viden med behandlingen af kønsidentitetsproblemer. Der er heller ikke noget krav for dem til at læse eller følge Sundhedsstyrelsens essentialistiske men inklusive vejledning til hjælp ved kønsidentitetsforhold. Derved kan folk med en kønsforståelse, der ekskluderer transkønnede, spærre for nogle personers kønskorigerende behandlinger. Lægen har teknisk set også magten til at spærre for kønskorigerende behandling til ciskønnede, men der findes ikke nogen kønsteori, ikke nogen

homo- eller trans-normativitet som udelukker ciskønnede fra kønskorrigerende behandling som de har brug for. En transkønnet som oplever ikke at få deres henvisning til et center for kønsidentitet, har to muligheder. De kan klage, eller de kan skifte læge. Begge af disse kræver overskud og energi, samt selvtilliden til at tro man ved bedre om sin egen kønsidentitet end sin læge. Set i lyset af Honneths anerkendelsesteori, samt de statistikker om trans stigmatisering og krænkelser, så mangler transpersoner statistisk set de samme muligheder for at udvikle den nødvendige selvtillid det kan tage at møde sådan en modstand. Ud fra dette vil jeg argumentere at kravet om en henvisning fra egen læge, effektivt holder en gruppe af transkønnede ude, som især har brug for den anerkendelse og selvtillid som kønskorrigerende behandling kan give dem. Det kræver en del selvtillid og overskud at skulle ansøge gentagne gange om at få startet sin behandlingsproces.

Som specialets analyse af fortrydelser konkluderede, så må det antages at introduktionssamtalerne på kønsidentitetsklinikkerne modvirker fortrydelsen hos langt de fleste af de få som tror de vil transitionere. Denne antagelse hviler på at de første samtaler på kønsidentitetsklinikkerne fungerer nogenlunde lige så effektivt som samtalerne hos GIDS. Der er desværre ikke nogen danske tal på størrelsen eller effektiviteten på dette, så denne antagelse er nødvendig for at bringe diskussionen videre. Baseret på statistikkerne fra EPATH, er det ikke usandsynligt at mange af dem, som efter GIDS' samtaler stopper deres søgen efter en transition, senere i livet beslutter sig for at transitionere alligevel (Davies S, et al. 118). Dette speciale har dog ikke hverken den empiriske eller teoretiske basis til hverken at bekræfte eller afkræfte sådan en argumentation på en fyldestgørende måde. Derfor vil det antages at introduktionssamtalernes effekt til at formindske fortrydelsesraten, er et moralsk godt outcome.

For at opnå dette outcome, så skaber det også en mindre skade for størstedelen af dem som har brug for deres transition. Skade på dem som skal vente længere på deres hormonterapi imens deres krop vokser i uønskede retninger. Skade på dem som ikke lever længe nok til at få deres behandling grundet skam, selvhad eller depression. Skade på dem som mister de vigtigste år af deres sociale liv, til at vente på en tid hvor de kan passe nok til at se sig selv i spejlet og eksistere autentisk foran andre. Skade på dem som tyer til selvmedicinering hvor det går galt. Sundhedsstyrelsens vejledningsskema giver det multidisciplinære team et krav om at der skal ske en psykologisk udredning før en behandling af selv voksne der søger kønskorrigerende behandling gennem et kønsidentitetscenter (Sundhedsstyrelsen, 11). Der er ikke brug for psykologisk samtale for at få udøvet plastikkirurgi på ens næse, for at få et knæ eller hofte erstatning, men alle disse behandlinger har en langt større rate af fortrydelse end nogen kønskorrigerende behandling (Choi & Ra).

Kønsskorrigerende behandling til ciskønnede skal heller ikke igennem sådanne en psykologisk samtale. Hvorfor skal transkønnede så underlægges alle disse ekstra samtaler? Er den potentielle skade som starten af en hormonbehandling kan have på det næsten usynlige mindretal af dem som detransitionerer, virkeligt så meget værd at man bør udsætte langt de fleste som gerne vil have disse kønsskorrigerende behandlinger for ekstra svige og smerte? For nogle folk som eksperimenterer med deres køn, kan de først finde ud af at transition ikke er noget for dem efter at de har været igennem hormonbehandling der tillader dem at leve socialt som det køn de har ønsket. For disse mennesker gør den længere proces bare at det tager længere for dem at indse det ikke er noget for dem. Processen skader altså selv nogle af dem som detransitionerer. Igen, grundet manglende studier og statistikker over dem som detransitionerer, er det ikke muligt at se hvor mange af disse som ville nyde godt af hormonterapi, for at opnå klarhed om at det i hvert fald ikke er for dem. Specialet kan kun påpege at denne gruppe eksisterer blandt dem som detransitionerer (Zetland). Dog så kan det argumenteres at sundhedssektorens beslutning om at være så forsigtig omkring kønsskorrigerende pleje til transkønnede, heller ikke er baseret på et sagligt fundament.

Argumentet lyder således, at sundhedssektoren udviser et ekstremt hensyn til dem som kunne fortryde en transition, uden en datamæssig legitimering af denne hensyntagen. Denne hensyn er baseret på historisk hvordan vi har behandlet transkønnede, og hvordan andre lande traditionelt gør det. En hensyntagen som kommer på bekostning af transkønnedes liv og livsværdi. Som tidligere fastsat, så formindsker en transition sandsynligheden for depression, angst og selvmordsforsøg, og den er mere effektiv jo tidligere i personens liv at den er blevet gjort. Derudover, så udøver den også en underkendelse af transkønnede gennem dens forskelsbehandling mellem cis og transkønnede som vil modtage kønsskorrigerende behandling. Det ses især når det kommer til eksempelvis top kirurgi, eller nedre kirurgi. Det ses når det er nemmere for ciskønnede mænd og kvinder at få top kirurgi, eller når læger stadig må udøve unødvendige kønsskorrigerende operationer på interseksuelle spædbørns kønsdele. Sådant en forskelsbehandling tydeliggør den transkønnedes underkendelse i samfundet, og ved at begrænser deres kropslige autonomi, så ødelægger det også deres selvværdsættelse i Honneths forståelse. En selvværdsættelse i en folkegruppe som bliver drevet til selvmord til dels grundet skam og selvhad.

Forskelsbehandlingens Antagelse

Hvad mister vi på at lade enhver få den kønsskorrigerende behandling som de har lyst til, uden dybere krav end at ens behandlingsansvarlige forklarer hvad de mulige konsekvenser kan være?

Hvorfor insisterer vi sundhedsfagligt på at bevare den transkønnede/ciskønnede kategorisering, en kategori som ikke alle interseksuelle og ikke-binære genkender sig i, hvor mange af behandlingerne er de omtrent de samme som ciskønnede og interseksuelle med brug for kønskorrigerende behandling modtager? Er det en kategori der anvendes grundet tradition, eller har den reelt brugbar kategorisering med positive effekter? Der er ingen tvivl om at socialt og diskursmæssigt, så er den en effektiv og dominerende kategorisering. Den skaber en gruppe og et fællesskab for en sårbar og stigmatiseret gruppe der ofte har brug for det selvværd som sådan et fællesskab kan skabe, på trods af at selve skabelsen af kategorien hviler på at der er et eksisterende stigma. Spørgsmålet her er rettere, er det en brugbar kategori som staten bør anvende i dens møde med den kønsnormativstridige befolkning? I det at vi har delt kønskorrigerende behandling op i transkønnet og ciskønnet, så muliggør vi ikke bare forskelsbehandlingen, vi garanterer den. I vores forsøg på at hjælpe og bidrage ekstra ekspertise, har vi skabt et system som gør behandlingsprocessen enormt lang, der er begrænset gennem ekstra lange ventetider og krav. Gennem samtaler hjælper vi dem med at skabe en bedre forståelse af deres køn, en bedre forståelse med hvilke konsekvenser som de forskellige behandlinger kan have, og en bedre forståelse for hvilke sociale konsekvenser som transition indebærer. Spørgsmålet er så bare, har de brug for denne ekstra forståelse? Er livet som en transkønnet så ekstra forvirrende at de har brug for så mange ekstra samtaler til sammenligning med den ciskønnedes proces? En ekstra forvirring der stammer fra at deres kønsessens ikke stemmer overens med den krop de er blevet tildelt, eller gennem oplevelsen af at leve normstridigt med et heteronormativt samfund. Svaret på dette spørgsmål fra sundhedssystemet må eftertrykkeligt være et ja, siden de har valgt at sætte systemet op på denne måde, men den officielle argumentation for dette findes desværre ikke. Der er ingen tvivl om at i de seneste par år, har udviklingen gået den rigtige vej, men der er nogle dybe antagelser der går forud selve det at give kønskorrigerende behandling. Antagelser som ikke umiddelbart lader sig til kende for systemet selv.

Anerkendelse

Specialet har valgt at anvende anerkendelsesteorien for at give os et værktøj til at måle og forklare de reelle effekter som behandlingen kan have på den transkønnedes erfaring. Ved brugen af denne teori, vil dette stykke opsummere de anerkendelsesmæssige konsekvenser specialet har fundet frem til, i hvordan at forskelsbehandlingen og de ekstra krav potentielt skader transkønnedes selvforhold. Derigennem vil der til sidst foreslås åbenlyse og diskuteres mindre åbenlyse løsninger og komplikationer.

Selvværdsættelse

Som specialet har argumenteret for, så sker der på basis af forskelsbehandlingen i kønskorrigerende behandlinger, en klar retmæssig krænkelse. Ud over det stigma som de fleste transkønnede oplever, så bliver de altså også retmæssigt forskelsbehandlet i sundhedssektoren, for at opnå de behandlinger som de har brug for. Som flere af de tidligere anvendte statistikker har påvist, er behandlingerne nødvendige for at undgå angst, depression og selvmord. Pointen med dette stykke, er at forklare og forstå dette behov bedre gennem anerkendelsesfilosofien. Selvom stigmaet, som endda kan komme fra ens almene læge, kan være en moralsk uret, er der ikke et grundlag for at klassificere selve behandlingsprocessen som dette. Det vil sige, sundhedsstyrelsens vejledning samt kønsidentitetsklinikernes generelle tilgang til behandling, lægger ikke op til nogen vilje til at decideret skade transkønnede, tværtimod. De krænkelse, som hænder i den transkønnedes møde med det danske sundhedssystem, er generelt af en dybere systemisk natur, som i selve opdelingen af ciskønnede og transkønnede. Selv når de ikke længere oplever diskrimination fra stigmaet, ved at performe deres køn tilstrækkeligt nok til at passe, så er der stadig den underliggende angst af at blive opdaget, samt den længerevarende effekt af den nedværdigelse som tidligere erfaret stigma og retsmæssige krænkelse kan have udrettet.

Det er ikke et nemt problem at løse, fokuserer man på at udrydde forskelsbehandlingen, har specialet allerede luftet muligheden for at nedbryde cis- og transkøns kategoriseringerne, og derved behandle transkønnede som man ville behandle en ciskønnet med brug for samme behandling. Denne løsning vil dog give endnu mere magt til den almene læge, som har en problematik med deres manglende ekspertise inden for området. Derudover så mister man også de multidisciplinære og klargørende forløbsamtaler om patienternes køn, som medvirker til en undgåelse af at give behandling til folk som vil fortryde. Samtalerne som også kan hjælpe den kønsforvirrede transkønnede med hvilken behandling de egentligt ønsker.

Forskelsbehandling og Løsninger

Sådan som kønsidentitetsklinikkerne fungerer lige nu, er det ikke muligt at undgå forskelsbehandling gennem dem, men det er muligt at minimere det. Specialet har diskuteret nogle af processernes formål igennem, eksempelvis introduktionssamtalerne. Sundhedssystemet tager nogle antagelser om transkønnede generelt, og den enkelte transkønnedes situation. Som sagt, samtalerne kan give klarhed hos dem som har brug for det, men hvorfor skal dette bruge både specialiseret arbejdskraft og forlænge den transkønnedes behandlingsproces, hos dem som mener de

allerede er klar over deres kønsidentitet samt hvilke effekter de gerne vil opnå gennem en behandling? Selvfølgelig bør der være samtaler der informerer behandlingsmodtageren om konsekvenserne og bivirkningerne af den behandling de vil have, men er eksempelvis den psykologiske udredning virkelig nødvendig for alle?

Man kan selvfølgelig argumentere at faren i at gøre den frivillig, eller et krav baseret på startsamtalerne af hver enkelt case, løber ind i nogle problemer. Den kravmæssige løsning løber ind i det problem at dem som de bestemmer har brug for udredningen, kan føle sig mistroet, eller forskelsbehandlet endnu værre end de transpersoner som ikke blev dømt til at have brug for sådan en udredning. For at kunne bedømme dette fra et professionelt perspektiv, ville alle introduktionssamtalerne også nødvendiggøre tilstedeværelsen af en psykologisk eller psykiatrisk professionel. Den frivillige løsning risikerer at mange af dem som egentlig viser sig at have brug for det, måske undgår det.

Der findes også den mulighed at fjerne kravet om en henvendelse fra den almene læge, og lade borgeren selv henvende sig til kønsidentitetsklinikken. I øjeblikket, som følge af eksempelvis Corona-krisen, er de fleste sundhedsfaglige klinikker og hospitaler ekstra presset, hvilket har medført til udskydelser af mange former for behandlinger i hele systemet. Som vi bevæger os længere væk fra Corona-krisen, kan det tænkes at de problematikker som specialet har fundet med ventetiderne, til dels vil blive indskrænket. De nye kønsidentitetscentre i Aalborg og Odense har også oplevet en enorm tilslutning, med over fire gange så mange patienter som de havde forventet at skulle give behandling til (Ugeskriftet). Alle disse eksterne effekter mm. spiller ind i resultaterne af angst, depression og selvmordsforsøg hos transkønnede, hvilket begrænser hvor konkret man kan konkludere på empirien. I mangel på dedikerede studier, samt ikke-eksistensen af transkønnede der har modtaget kønskorrigerende behandling uden om alle disse ekstra krav, er det umuligt at konkludere konkret på de oplagte løsningsforslag. Hvorvidt en mere frit tilgængelig kønskorrigerende behandling ville reducere angst, depression og selvmordsforsøgsraten blandt transkønnede og dem som fortryder deres behandling, er det ikke muligt at svare endegyldigt på.

Perspektivering og Reflektion

Specialet har brugt tal fra projekt Sexus, som indeholder spørgeskema fra alle transkønnede, men disse tal vidner ikke om hvornår deres behandling fandt sted, såfremt at de har modtaget en form for kønskorrigerende behandling. Som sagt i specialets introduktion, har behandlingen ændret sig siden efter 2017, med nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og løsere eller ændrede krav. Der findes ikke tal der udelukkende undersøger transkønnede i Danmark der har modtaget behandling efter 2017, og hvorledes dette har påvirket deres livskvalitet, angst og selvmordsrisiko til sammenligning med dem som modtog behandling før. Størstedelen af specialets argumentationer baseret på statistikker for angst, depression og selvmord, er derfor baseret på tal fra personer der har modtaget behandling før den nye behandlingsvejledning kom i spil. Under Corona er der også sket en stigning af folk som bliver henvist til Center for Kønsidentitet med over 30% (Rigshospitalet, Tal og Statistikker). Effekten af at skulle behandle flere mennesker, samt epidemien, har sandsynligvis gjort ventetiderne længere en normalt, hvilket har gjort et studie der sammenligner transpersoner før og efter 2017 ekstra svær at lave og drage præcise konklusioner fra.

Det Empiriske Perspektiv

Specialet har overordnet fokuseret på problemstillinger, årsager og statistikker der var relevante for behandlingen selv, og ikke hvad andre dele af samfundet kunne gøre. Eksempelvis i forhold til at afvige at give behandling til folk som ender med at fortryde det, kan et større samfundssynlighed i medie billedet af afvigende kønsperformances hjælpe til at gøre dem mere relaterbare på det personlige plan. Altså, større repræsentation i film og serier, og medie billedet generelt. At kunne relatere til andres situation, gør det oftest nemmere at forstå den, og kunne potentielt både afvige fortrydelse, og få flere til at indse deres kønsidentitet tidligere, og derved opsøge behandling tidligere. Karakterer på tv kan have en enorm betydelse for ens selvrealisation og evne til at fungere, især for identiteter som sjældent får tid på skærmen (Dee & Penner).

Et modargument for repræsentation lyder at det bare ville gøre flere folk, især børn, forvirrede, og endda måske kunne gøre dem til transkønnede. For det første antager den at transkønnethed er en dårlig ting, altså et stigma på samme led som at mene at homoseksualitet er en dårlig ting. Hvis det er sandt, hvilket der ikke findes empirisk data der påviser, at repræsentation er i stand til at gøre ciskønnede børn til transkønnede, burde det så ikke også være sandt at den overvældende repræsentation af ikke-trans karakterer burde gøre transkønnede børn til ciskønnede? Her hviler

argumentationen på at ignorere transkønnede børn, eller igen på den samme antagelse at det transkønnede barns værdi er mindre end det ciskønnede barns.

Begrænsninger

I specialets valg om ikke at inkludere kønsforståelser/teorier som ikke ser på kønskorrigerende behandlinger med henblik på transition som valide, har den begrænset sig en del i forhold til den politiske diskurs om emnet. I den almene viden kan man ikke tage sådan noget for givet. Ved ikke at fyldestgørende medbringe sådanne perspektiver, har specialet undgået en potentielt værdifuld modargumentation til sådan en kønsforståelse. Jeg vil dog argumentere at eksklusionen af disse perspektiver har gjort specialet mere fokuseret på dens problemformulering.

Ansvarer samt forklaringen af de problemer som specialet har fundet i sundhedssektorens tilgang til kønskorrigerende behandling til transkønnede og interseksuelle personer, kan ikke udelukkende lægges for foden af sundhedssektoren. Det er klart, at området er dybt politiseret og farvet af normer, antagelser og fordomme. De lange ventetider som overskrider transkønnedes patientrettigheder, selvom de til dels er selvforskyldte af sundhedssektoren, så er de også skyldt af Coronakrisen, samt manglende budget og arbejdskraft til at fuldende deres behandlingsforløb hurtigere. Dog så er det klart, baseret på sundhedsstyrelsen estimerer, at de har undervurderet hvor mange der har brug for kønskorrigerende behandling på kønsidentitetsklinikkerne (Ugeskriftet). Forandringerne i 2017's tilgang til transkønnede i sundhedssektoren, afkategoriseringen fra listen over psykiske sygdomme, legitimationen af ikke-binære kønsidentiteter, samt understøttelsen af flere børn, vidner om en god vilje og positiv forandring inden for feltet. Tilføjes i 2018 af to nye kønsidentitetscentre i Aalborg og Odense har også gjort det nemmere for folk som ikke længere behøver at tage til København for at modtage deres behandling (Ibid.).

Kønscentrene samt det administrative segment som har lavet den nye behandlingsvejledning, ønsker tydeligvis at gøre det bedste for deres patienter, og for transkønnede generelt. Hvor systemets skadelige effekter ofte er et resultat af politik, mangel på kapital, teknologi til at udøve de bedste behandlinger, samt strukturel ændring i samfundets køns- og minoritetskategoriseringer. Via specialets fokus på behandlingens effekter, har den sandsynligt begrænset sig fra at give svar på nogle af problematikkerne som kan eller endda bør løses uden for sundhedsvæsenets murer.

Refleksion over Honneths Anerkendelsesteori

En kritik af Honneths anerkendelsesteori, især når det kommer til identiteter som ikke er anerkendt valide på et strukturelt eller normativt plan, lyder at han ikke tager højde for de magtstrukturer der spiller ind i sådan en identitetsdannelse. At der er nogle identiteter som samfundet presser på os, og som den anerkender, altså en form for anerkendelse som man kæmper imod (McQueen, 47). Dette ringer især sandt i forhold til transkønnedes erfaringer og brud mod kønsnormerne, og den anerkendelse de får for det køn de er blevet tildelt. Hvis man deler Butlers argument for at selv det biologiske køn er et socialt konstrueret, så kan anerkendelse, selv hvis det er positivt for den enkelte person, risikere at underbygge problematiske magtfulde strukturer. I sagen med kønnet kan det betyde at samfundet pådutter en forståelse af køn på os, og tvinger os til at forholde os til det. Det bliver derved en vigtig del af vores væren og identitet, men den er ikke essentiel til vores væren. Hvis man er af den overbevisning at kønnet som et koncept burde afskaffes, så kan Honneths fokus på anerkendelse risikere at være en distraktion der hjælper med at underbygge kønnets og andre identitetsbaserede normer i vores samfund. I modsvar til sådan en argumentation, vil jeg dog påpege at hans anerkendelsesteori stadig er nyttig i forhold til at skabe en forståelse for de effekter som det nuværende kønsparadigme forårsager.

Set i lyset af dette, er en anerkendelsesbaseret kønsteori dømt til at bibeholde den statslige og samfundsmæssige kategorisering?

Svaret på sådan et spørgsmål går ud over sundhedssektorens evner, og har derfor ikke være relevant at diskutere i specialet. Det er dog ikke uden betydning, da kategoriseringen af hvad en transkønnet, ikke-binær og ciskønnet person er, ligger fundamentet for at samfundet er i stand til at diskriminere, forskelsbehandle og stigmatisere.

Konklusion

Specialet har præsenteret 3 kønsteorier som det har bedømt som værende mest relevante for kønskorrigerende behandling. Den essentialistiske, den performativistiske, og den transmedikalske. Det danske sundhedssystem arbejder under en essentialistisk kønsforståelse, at der er en form for biologisk eller neurologisk essens der bestemmer ens kønsidentitet. I det at systemet laver denne skildring, så danner den også en kategorisering om hvad der danner en transkønnet og en ciskønnet person, hvori transkønnede kun kan opnå kønskorrigerende behandling gennem et af centrene for kønsidentitet. Denne opdeling skaber grundlæggende en forskelsbehandling i hvordan systemet behandler ciskønnede og transkønnede der begge har brug for kønskorrigerende behandling, og dette skaber en retmæssig krænkelse. Den risikerer at skade transkønnedes selvtillid og livsværdi, både på kort og længere sigt. Krænkelsen stammer ikke fra nogen ond vilje, men rettere af som en konsekvens af den systematiske tilgang vi har valgt, en systematisk tilgang som er designet med formål om at hjælpe og anerkende. Ud fra den anvendte statistik, Honneths teori, samt Dorais' sociologiske studier af hvorfor homoseksuelle begår selvmord, har specialet fundet frem til at den førnævnte forskelsbehandling sandsynligvis bidrager til den øgede angst og selvmordsrate blandt kønsnormstridige mennesker.

Ud over at klargøre for en forskelsbehandling har specialet også samlet en teoretisk baggrund, og empirisk data til at lave en forklaring på det problem som kønskorrigerende behandling udgøres for, dog med visse empiriske begrænsninger. Hvor meget den positive effekt af systemets samtaler og krav egentligt betyder noget, dette er, i mangel på empiri, en størrelse man kun kan gætte på. Om systemet forårsager mere skade end et frit system uden krav og samtaler, kan man kun finde ud af hvis vi tilbød behandlingsforløb uden disse krav, og undersøgte dem som går igennem sådan en behandlings angst, depression og selvmordsrate gennem mange år, og sammenligner det med en dertilhørende kontrolgruppe.

Litteraturliste

Bøger:

Honneth, Axel, 2003 [1990]. *Behovet for anerkendelse*. Academia, Aarhus: Hanz Reitzels Forlag.

Honneth, Axel, 2006 [1992]. *Kamp om anerkendelse*. Academia, Aarhus: Hans Reitzels Forlag.

Jenkins, Richard, 2006 [2003]. *Social Identitet*. Academia, Aarhus: Hans Reitzels Forlag.

Butler, Judith, 2006 [1990]. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.

Butler, Judith, 2011 [1993]. *Bodies That Matter*. Routledge.

Brønsted, L B., & Canger, T. 2020 [2016]. *Køn: Pædagogiske Perspektiver*. Samfundslitteratur.

De Beauvoir, Simone, 1976 [1949] *Det Andet Køn*. Gyldendal.

Journaler:

Chen D, Abrams M, Clark L, Ehrensaft D, Tishelman A C., Chan Y, Garofalo R, Olson-Kennedy J, Rosenthal S M., Hidalgo M A., 2021. "Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Gender-Affirming Medical Treatment: Baseline Findings From the Trans Youth Care Study" *Journal of Adolescent Health*, 68(6): 1104-1111.

Zhang, C. M. Z. 2019. "ARTICLE: BIOPOLITICAL AND NECROPOLITICAL CONSTRUCTIONS OF THE INCARCERATED TRANS BODY," *Columbia Journal of Gender & Law*, 37(2): 257-299

Konnolly, L. 2021. "Both, and: Transmedicalism and resistance in non-binary narratives of gender-affirming care." *Toronto Working Papers in Linguistics*, 43(1): <https://doi.org/10.33137/twpl.v43i1.35968>.

Davies S, McIntyre S, Rypma C, 2019. "3rd biennial EPATH Conference Inside Matters. On Law, Ethics and Religion: Detransition rates in a national UK Gender Identity Clinic" *European Professional Association for Transgender Health*

Clarke A C., Spiliadis A, 2019. "'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties" *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2): 338-351.

Bojesen A, Juul S, Birkebæk N, Gravholt C, (2004). "Increased Mortality in Klinefelter Syndrome" *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(8): 3830-3834

Choi YJ, Ra H J., 2016. "Patient Satisfaction after Total Knee Arthroplasty" *Knee Surgery and Related Research*, 28(1): 1-15

Dee, T. S., & Penner, E. K. 2017. "The Causal Effects of Cultural Relevance: Evidence From an Ethnic Studies Curriculum." *American Educational Research Journal*, 54(1), 127–166.

Undersøgelser og Forskning:

Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB, Graugaard C. [2019]. *Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet.

World Health Organization. Suicide Prevention (SUPRE) https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1, Senest anvendt 07/10-2022

Sundhedsstyrelsen. 2018 [2017] ”Sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold” Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, ISBN: 978-87-7014-021-8

Kulturministeriet. 2020. ”UDFORDRINGER & BARRIERER BLANDT LGBTI+ PERSONER I IDRÆTSFORENINGER” Analyse & Tal

Artikler og Hjemmesider:

Amnesty International, 2017. ”FIRST, DO NO HARM: Sådan sikres rettighederne for børn med variationer i køns karakteristika i Danmark og Tyskland.”, <https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2021/05/EUR0160862017DANISH.pdf> senest anvendt 07/11-2022 Senest anvendt 07/11-2022

Amnesty International, 2016. ”Danmark Krænker Transkønnedes Rettigheder.” <https://amnesty.dk/danmark-kraenker-transkoennedes-rettigheder/> Senest anvendt 22-11-2022

Medicin.dk. 2022 ”GnRH-agonister” Fedder, Jens & Bryndorf, Thue. <https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/163034>, Senest anvendt 12/10-2022

Sygeplejersken. 2009 ”Behandling Sætter Puberteten i Stå” Hagerup, Anette. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2009-16/behandling-saetter-puberteten-i-staa>, Senest anvendt 12/10-2022

Ugeskriftet. 2022 ”Patienterne strømmer til nye centre for kønsidentitet” Jessen, Bodil. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/patienterne-strommer-til-nye-centre-konsidentitet> Senest anvendt 02/12-2022

Information. 2016 ”Danmark fjerner transkønnethed fra sygdomsliste” Kristensen, Kim. <https://www.information.dk/indland/2016/12/danmark-fjerner-transkoennethed-sygdomsliste> Senest anvendt 02/12-2022

Berlingske. 2022 ”Stjernejournalist troede, at hun forstod transkønnethed. Men så undersøgte hun sagen: »Det minder om selvskaade eller anoreksi«” Foldager, Christian.

<https://www.berlingske.dk/debatinterview/stjernejournalist-troede-at-hun-forstod-transkoennethed-men-saa> Senest anvendt 26/12-2022

Rigshospitalet. ”Tal og Statistikker: Her finder du seneste tal og statistikker for Center for Kønsidentitet”, Hansen, M B., <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-koensidentitet/om-centret/Sider/tal-og-statistikker.aspx> Senest anvendt 07/11-2022

Rigshospitalet. ”Ventetider: Vi har desværre fortsat ventetid på vores udredning og behandling”, Munk, L S., <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-koensidentitet/behandling-og-patientforloeb/Sider/ventetider.aspx> Senest anvendt 09/11-2022

Rigshospitalet. ”Henvisning til Center for Kønsidentitet”, Hansen, M B., <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-koensidentitet/om-centret/Sider/henvisning.aspx> Senest anvendt 21/11-2022

Sundhed.dk, 2021. ”Forstyrret Bryst, Gynækomasti” Borre, M. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/maend/sygdomme/oevrige-sygdomme/forstoerret-bryst-gynaekomasti/> Senest anvendt 08/11-2022

Sundhed.dk, 2022. ”Brystreduktion” Heje, M. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kosmetisk-kirurgi/behandling/brystreduktion/> senest anvendt 09/11-2022

Webmd, 2021. ”What is Chest Binding?” Brennan, D. <https://www.webmd.com/a-to-z-guides/what-is-chest-binding> Senest anvendt 09/11-2022

Haas A P., Brown T N. T., Herman J L., 2019 [2014]. "Suicide attempts among Transgender Adults." American Foundation for Suicide prevention & The Williams Institute.

<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Suicidality-Transgender-Sep-2019.pdf>

Senest anvendt 04/11-2022

Butler, Judith. "Judith Butler on gender and the trans experience: "One should be free to determine the course of one's gendered life"" Interview af Cristan Williams. *Verso* 26. Maj 2015.

<https://www.versobooks.com/blogs/2009-judith-butler-on-gender-and-the-trans-experience-one-should-be-free-to-determine-the-course-of-one-s-gendered-life>, Senest anvendt 19/10-2022