

Transseksualisme og psykisk helse

Oppgave i medisinsk embetsstudium
Universitetet i Oslo, 2007

Bjørn Steinar Storvik
stud.med

Veilleiar
Ira Haraldsen
Seksjonsoverlege, GID-klinikken, Rikshospitalet

Innhold

Innleiing

Diagnostisering

Differensialdiagnoser og andre tilstandar

Epidemiologi

Etiologi

Behandling i Noreg

Psykisk helse hos transkjønna

- Barne- og ungdomstid
- Follow-up-studie
- Psykiatrisk helse/komorbiditet
- Seksualhelse
- Stoffmisbruk

Konklusjon

Referansar

Innleiing

Kjønnsdefinisjonar:

Ordbøker og oppslagsverk gjev oss fleire forklaringar på ordet kjønn. Lingvistisk er opphavet til ordet kjønn frå norrønt kyn og latin sexus (13). På norsk skiller vi ikkje mellom "sex" og "gender" som på engelsk. Norsk bruker det saman med eit anna ord: biologisk kjønn og kjønnsrolle. Vidare kan ein bruke ordet kjønn i mange andre samanhengar: kjønnskvoltering, kjønnsvariasjon, kjønnsidentitet, kjønnsvorter.... Det er eit abstrakt begrep som vi konkretiserer på mange måtar. Den biologiske definisjonen på kjønn er kva kjønnsceller (gametter) eit individ produserer (12). Genetikarar forklarar kjønn ut frå kjønnskromosom, anten XX eller XY. Nokre har peikt på forskjell i morfologi i hjernen mellom menn og kvinner (15). Andre definerer kjønn ut kva sosialt kjønn eit individ har som eit resultat av ein sosialiseringssprosess, ei tillært kjønnsrolle som ikkje utelukkande blir bestemt av det biologiske kjønn (12). Reint makro-anatomisk blir kjønn bestemt ut frå det faktum om ein har innover- eller utovertiss. Kjønnsbegrepet hadde vore lettare tilgjengeleg dersom kjønn berre hadde

vore sett på som ei forutsetning for forplanting (7). Men dette er ikkje tilfelle.

Kjønnteoriar:

Det finst forskjellige grunnleggande, teoretiske tilnærmingar når det gjeld kjønn.

Skeiv teori (queer theory) problematiserer det tradisjonelle synet mellom biologisk kjønn (sex), sosialt kjønn (gender) og seksuell orientering. Ein studie forklarar og kritiserer heteronormativiteten med i eit bipolart spekter med tre faktorar (26):

Biologisk kjønn: mann/kvinne

Sosialt kjønn: maskulin/feminin

Seksuell orientering: heterofil/homofil

I den heteronormative modellen er det berre mogleg å vere anten mann eller kvinne, maskulin eller feminin og heterofil eller homofil. Det ultimate og primære er å vere mann, maskulin og heterofil. Det å vere kvinne, feminin og homofil blir betrakta som sekundært. Viss ein er mann, feminin og heterofil vil ein bryte med dette mønsteret. Det samme vil ei kvinne som er feminin og homofil. Dette fenomenet er ei tilordning som er i hjernen vår og blir kalla kjønnspolitiet (25).

På grunn av at denne modellen er bipolar, vil ein få problem med å plassere eit bifilt eller ein transseksuelt individ i denne modellen.

Skeiv teori ønsker å bryte ned dette tradisjonelle mønsteret ved å likestille alle former for biologisk-, sosialt kjønn og seksuell orientering, godta

alle "mellomformer", samt å sidestille og godta alle slags moglege variantar av desse.

Kva betyr da så *trans*? Trans betyr tvers over, på den andre sida eller gjennom. Knytta til kjønn blir trans eit uttrykk for å krysse over, gå frå det eine kjønn til det andre. Kryssinga for ein transkjønna er fullstendig (7). Det å eksaminere ein transkjønna identitet, gjer at vi vidare må stille spørsmål ved vår eigen (som regel ikkje-transkjønna identitet) (6). Dette er teoriar frå vår tid, men kva viser forsking om transseksualisme frå tidlegare tider?

Historie:

Historiske kjelder viser at transseksualitet ikkje er eit nytt fenomen, men har eksistert gjennom lange tider. Transseksualisme er eit verdsomspennande fenomen som ikkje er begrensa til vestlege samfunn. Cross-kjønna identitet verkar å opptre, i varierende grad, i mytologien, klassisk historie, renessansen, 19-tallshistorie og antropologien (24). Det ryktast om at Pave Leo IV som vart nominert i 855 faktisk var ei kvinne. Fransk historie frå 1600 – 1800-tallet gjev fleire døme på prominente transseksuelle. Kong Henry 3. foretrakk å bli referert til som dame, det same gjorde Francois Timoleoen, som betrakta seg sjølv som det motsette kjønn. Chevalier d'Eon levde 49 år som mann og 32 år som dame.

Antropologiske studie av menneske frå mange stader i verda rapporterer cross-kjønna identitet og –identitet (24). Det viser seg at dette, frå langt tilbake i historia, har vore ein del av kulturen til amerikanske indianarar. I andre kulturar finn ein fenomenet i stammar i Asia, i antikke middelhavsstammar, i Oseania og afrikanske stammar. Som nokre eksempel kan ein nemne: MTF (mann-til-kvinne transseksuell, male-to-female transsexual) i India: hijras som blir inkludert i den lokale kulturen. I Oman er menn som lever som kvinner kjent som xanith der den sosiale rolla er mellom menn og kvinner. Amerikanske indianarar kallar menn som ter seg som kvinner berdache. Som ein fellesnemnar kan ein seie at fenomenet blir forklart religiøst, og at desse individa blir inkludert i samfunnet på ein adekvat måte (5).

Termen transseksuell vart for fyrste gong brukt i profesjonell litteratur skriven av Hirschfeld i 1923 (9). Han skilte derimot ikkje mellom transvetisme, feminin homoseksualitet og transseksualisme. Før dette kan ein finne tekstar av tidlege sexologar av mellom anna Kraft-Ebing i 1894 som beskriv kasus av kjønnsdysfori (21). I byrjinga av 1940-åra vart termen transseksualisme brukt i den tydinga vi bruker i dag: for å beskrive individ som ønsker å leve/lever permanent i den sosiale rolla til det motsatte kjønn, anten kjønnsbekreftande behandling er gjennomført eller ikkje (9). Fenomenet har vore beskrive klinisk

og forska på sidan midten av 1900-talet av Cauldvell og Benjamin (21).

Den første kjønnsbekreftande operasjonen skal ha funne stad i Tyskland i 1930 der Einar Wegener vart Lily Elbe. Kjønnsskifteoperasjonar kan ha forekomme allereie i Romerriket der herskar Nero beordra kirurgane sine til å forvandle ein mannleg slave til å bli den nye hustrua hans etter at han hadde drept kona (24).

Men ikkje før i 1953, der George Jorgensen gjennomførte kjønnsbekreftande kirurgi og vart Christine Jorgensen, vart fenomenet transkjønnaheit kjent

gjennom verdspressa (5). Likevel har ikkje individ som ønskjer

kjønnsbekreftande behandling alltid vorte tekne alvorleg i den vestlege verda.

Inntil ganske nyleg, har personar som ønskjar kjønnsbekreftande behandling,

ofte vorte tolka som dei har eit forstyrra sinn. Årsakene til dette er at nokre

forskarar peika på at årsaken til transseksualisme var underliggande psykiatrisk morbiditet som borderline personlegheitsforstyrning og psykose (20).

Transseksualisme og ønsket om kjønnsbekreftande behandling for den

psykatriske lidinga for å vere fanga i feil kropp har vore diskutert sidan dei første

operasjonane vart gjennomført i 1930-åra (9). I 1966 kom boka "The

Transsessexual Phenomen" av Harry Benjamin. Denne boka gjorde mange

klinikarar oppmerksame på dei potensielle fordelane med kjønnsbekreftande behandling.

Mange psykoterapistar såg på transseksualisme som ein illusjon; eit psykologisk forsvar mot angst for eigen inkompetanse for kjønnsrolla og/eller eit resultat av ikkje suksessfylt separasjon frå mor. Oppfattinga på den tida var at ein skulle prøve å hjelpe slike individ til å løyse emosjonelle konflikter, som lå under ønsket om eit kjønnskifte, på ingen andre måtar enn ved hjelp av psykoterapi. Dette synet endra seg etter at studie viste at psykoterapi ikkje kurerte kjønnsdysfori. Vidare studie viste at transseksuelle ikkje er i psykisk ubalanse, noko som understøtta at ein måtte finne andre løysingar. Dette blir vidare understøtta av ein studie der transseksuelle viser seg å vere meir like kontrollgruppa, enn dei som lider av ei personlegheitsforstyrning (14). Ein annan studie konkluderer med at alvorleg psykopatologi ikkje er påkrevd for å utvikle transseksualisme (17).

Det eksisterer i dag forskning på at resultatet av kjønnsbekreftande behandling er positive, og at transseksuelle kan ha produktive og meningsfylte liv (21). I mange land blir transseksuelle behandla av spesialistar, av og til av spesialiserte team. Behandlinga blir ofte betalt av trygdesystemet. Ein opplever at forskarar har ei auka interesse på fenomenet (9).

Diagnostisering

Transseksualitet er ei sjeldan kjønnsidentitetsforstyrning der somatisk kjønn og

psykologisk kjønnsidentitet ikkje stemmer overens.

Transkjønna er individ som har ein disvergens mellom (anatomisk) biologisk og psykisk kjønn; den kroppen dei er født med passar ikkje med det mentale bileteet av den dei sjølv oppfatter seg som, eller har lyst til å vere. Ofte rapporterer transseksuelle at dei føler seg "fanga" i feil kropp. Transkjønna personar ønskjer ikkje eit kjønnskifte, som det ofte blir kalla på folkemunne, men ei kjønnsbekrefting. Ønsket om å tilhøyre det motsette kjønn er ikkje berre biologisk, men også på det psykiske og sosiale planet. Ein studie forklarar det på denne måten (9): transseksuelle føler at biologisk kjønn (sex) ikkje stemmer overens med kjønnsidentitet (gender identity). Kjønnsrolle (gender role) er den offentlege/samfunnsmessige manifestasjonen av kjønnsidentitet.

Transseksualisme, etter hans syn, er ein disvergens mellom biologisk kjønn og det toside konseptet av kjønnsidentitet og kjønnsrolle. Kjønnsrolle blir vidare definert som: oppførsel, haldningar og personlegheiter som innan eit gjeven samfunn og historisk periode, er typisk for, forventet av eller foretrukne av personar av eit kjønn eller det andre.

Det er umogleg å diagnostisere transseksualisme på basis av objektive kriterie, ein er derfor avhengig av den subjektive informasjonen som blir gjeve av pasienten (9).

For å bli diagnostisert som transseksuell etter WHO's nomenklatur for psykiatriske diagnoser (ICD-10, F64.0), må ein fylle tre kriterie (etter fyllte 18 år):

Ønske om å leve og bli akseptert som eit medlem av det motsatte kjønn, vanlegvis ledsaga av ønsket om å gjere hans eller hennar kropp så lik som mogleg til det ønska kjønn gjennom kirurgi og hormonterapi (transseksuell identitet).

Den transseksuelle identiteten har vore vedvarande i minst to år.

Tilstanden er ikkje eit symptom på psykiatrisk sjukdom eller eit kromosomalt avvik.

GID (gender identity disorder) i barndommen har forskjellige kriterie for jenter og gutar (F64.2).

For jenter:

Individet viser vedvarande og intenst ubehag ved å vere jente, og har ytra ønske om å vere ein gut (ikkje berre eit ønske om oppfatta kulturelle fordelar ved å vere gutt) eller insistere at ho er ein gut.

Eitt av dei følgande forhold må i tillegg vere til stades:

Vedvarande markert aversjon mot normativ, kvinneleg klesdrakt og insistering på å vere kledd i stereotypisk maskulin klesdrakt.

Vedvarande fornektning av kvinnelege anatomiske strukturar, som bevist ved i

det minste eitt av følgande: hevdar at ho har, eller vil få, ein penis, avvisning av å urinere sittande, hevdar at ho ikkje ønsker å få bryst eller menstruasjon.

Jenta har ikkje kome i puberteten. Forstyrringa må ha vedvart i minst 6 månader.

For gutar:

Individet viser vedvarande og intens ubehag ved å vere gut og har eit ønske om å vere ei jente, eller sjeldnare, insisterer på at han er ei jente.

Eitt av følgande forhold må i tillegg vere til stades:

Er oppteke av stereotypiske kvinnelege aktivitetar, og har vist ved forkjærleik for anten cross-dressing eller simulering av kvinneleg framtoning, eller med eit sterkt ønske om å delta i jenteleik og avvisning av stereotypiske maskuline leiker, spill og aktivitetar.

Vedvarande benekting av mannlege anatomiske strukturar, bevist med minst ein av dei følgande: at han vil vokse opp som ei kvinne (ikkje berre i rolla), at penis og testiklar er frastøtande og vil forsvinne, og at det ville ha vore betre å vere utan penis og testiklar.

Guten har ikkje kome i puberteten. Tilstanden må ha vore vedvarande i minst 6 månader.

I DSM-IV vart diagnosa transseksualisme erstatta med kjønnsidentitetsforstyrrelse (GID) i 1994. Avhenging av alder blir ein sterk og vedvarande kjønnskryssande identifikasjon ledsaga av eit vedvarande ubehag med sitt kjønn, eller ei kjensle av lite høvelegheit i kjønnsrolla til dette kjønnnet diagnostisert som kjønnsidentitetsforstyring i barndom (302.6) eller ungdom og vaksen (302.85). For dei som ikkje møter desse kriteria, blir kjønnsidentitetsforstyring ikkje spesifisert på annan måte, GIDNOS, brukt (302.6).

Ei diagnose er nødvendigvis ikkje eit sjukdomsstempel. Å diagnostisere tyder å betrakte eller sjå gjennom eit vindauge av viten. Til dømes er også graviditet ei diagnose, ei diagnose som blir brukt sjølv om det ikkje er nokon sjukdom, tvert i mot, som regel er det snakk om heilt friske kvinner. Graviditet er ei operasjonell diagnose på den måten at ho åpnar vegen til medisinsk teknologi og støtte. På same måte er transseksualisme ei nyttig og operasjonell diagnose på den måten at den transkjønna treng medisinsk behandling og støtte.

Kjønnsidentitetsforstyring er altså ikkje ein mental sjukdom, men bruken av ei formell diagnose er ofte viktig for å tilby hjelp, sørge for dekning frå helseforsikring og veilleie forskning for å skaffe betre behandling i framtida (3).

Det finst fleire synonym for tilstanden: transseksualitet, transkjønna,

kjønnsdysfori og den engelske termen gender identification disorder (GID). GID er ein term for den djupe konflikta individet føler mellom sitt biologiske kjønn og sin kjønnsidentitet. Transseksualitet representerer eit ytterpunkt av kjønnsdysfori. GID er eit vidare begrep som også inkluderer andre "transepersonar" som transvestittar, drag-quees/kings, cross-dressers, etc (8).

Pasientorganisasjonen for transseksuelle, Landforeninga for transkjønna (LFTS), brukar termene transkjønna og transkjønnaheit. Dei meiner det er stigmatiserande å bruke endinga –seksualisme, sidan det å vere transseksuell ikkje har noko med seksualitet å gjere. Eg har valt å bruke termene transseksualitet og transseksuell gjennom oppgåva sidan dette er dei medisinske termene.

Differensialdiagnosar og seksuelle parafiliar som kan minne om

transseksualisme:

Transseksualisme er eit spørsmål om identitet og ikkje eit spørsmål om seksualitet. Det eksisterer ein del misoppfatning vedrørande begrepet. Dette kjem gjerne som følge av mangel på kunnskap og forståing og er ofte eit resultat av direkte oversetting frå engelsk der "sex" også betyr kjønn (11).

Nokre som søker om kjønnsbekreftande behandling, kan vere forvirra vedrørende kjønnet sitt (9). Til dømes unge homofile som har ei fortid med stereotypiske feminine interesser og cross-dressing (ofte GID som barn). Når dei oppdagar deira seksuelle interesse for menn, feiltolkar dei homofile kjenslene deira som ein GID. Ønske om kjønnsbekreftande behandling kan også eksistere hos heterofile menn som er seksuelt opphissa av cross-dressing, hos personar som foretrekker å vere kjønnslose, men har ikkje har ein cross-gender identitet, hos ego-dystone homofile, hos personar med forbigåande stress-relatert cross-dressing og hos pasientar med alvorlege psykatriske lidingar, til dømes schizofreni (9). I Noreg har til dømes 12% av søkarane til GID-klinikken vorte diagnostisert med psykose (10).

Under følger ein del termar som ikkje må forvekslast med transseksualisme:

Dual-rolle transvetisme (F64.1): personen kler seg i det motsette kjønns klede for å oppleve midlertidig tilhøyrighet hos det motsatte kjønn, det er ingen seksuell motivasjon og personen har ingen ønske om varig endring til det motsette kjønn.

Fetisjistisk transvetisme (F65.1): personen kler seg i motsette kjønns klede og oppnår seksuell opphissing.

Homoseksualitet og biseksualitet, akkurat som som heteroseksualitet, er

seksuelle orienteringar.

Intersexindivid ("hermafrodittar") er født med både ovarie og testiklar. Nokre har også tvetydige eksterne kjønnsorgan. Av og til vel foreldra kirurgisk behandling, som regel å fjerne mannlege kjønnsorgan, sidan dette er det enklaste reint teknisk. I tilfelle der kirurgisk behandling ikkje matchar med det psykiske kjønnet, vil barnet i dei fleste tilfella føle seg transkjønna.

Drag queens/kings er menn eller kvinner som kler seg i motsatte kjønns klesdrakt til dømes for ein opptreden eller liknande.

Transepersonar som ikkje passar med nokre av dei ovennemnte termane: nokre vel å leve i ein kategori som ikkje lar seg kategorisere. Eit døme er eit individ som verken er han eller ho, dette individet vil ikkje refereast til som verkan han- eller hokjøn, men med eit kjønnsnøytralt namn.

Epidemiologi

Prevalensen på transseksualisme varierer veldig frå studie til studie. Tidlegare studie viser ein prevalens på 1:24.000 til 1:100.000 for MTF (male-to-female transsexual) og 1:100.000 til 1:400.000 for FTM (female-to-male transsexual) (9). I ein studie ved Det frie universitet i Amsterdam frå 1988 fann ein prevelens fram til 1986 med 1 per 18.000 MTF og 1 per 54.000 for FTM (1). Denne undersøkinga vart gjennteken i 1992 for perioda fram til 1993, og da fann ein ein prevalens på 1 per 11.900 for MTF og 1 per 30.000 for FTM (1).

Prevalensen er berekna ut frå antall transseksuelle som har diagnosen transseksualisme og som søker ein kjønnsbekreftande operasjon. Andre studie estimerer ein prevalens på 1:12-37.000 for MTF og 1:30-150.000 for FTM (8). Ratioen mellom biologiske menn og kvinner som søker om kjønnsbekrefting blir i nokre studie estimert til 3:1 (8). I fleire studie er det fleire biologiske menn enn biologiske kvinner som søker kjønnsbekrefting, men sidan fleire menn blir ekskludert, blir ratioen mellom kjønna lik (8). At kjønnsratioen er lik blir også bekrefta i nye studie frå Noreg og dette blir også bekrefta i upubliserte studie frå Amsterdam (munnleg kommunikasjon). Det er også nokre studie som konkluderer med at prevalensen er meir lik frå tidlegare studie, t.d. DDR (1981 – 1990) 1:42.000 for MTF og 1:104.000 for FTM. Upubliserte, nye data frå Nederland og Noreg anslår ein prevalens på 1:40-50.000 med ein kjønnsratio på 1:1 (munnleg kommunikasjon).

Prevalensestimater er som regel basert på antallet transseksuelle som er behandla på større senter eller på respons frå spørreundersøkingar på antall transseksuelle frå registrerte psykiatarar i eit spesifikt land eller region. Ein vil derfor ikkje fange opp transseksuelle som ikkje går til behandling og personar som har ein transseksualisme som ikkje er manifestert pga låg alder. Det er mogleg at pasientar med ulike psykiske lidingar, har ein uoppdaga kjønnsidentitetsforstyrning (3). Prevalensen vil derfor etter all sannsynlegheit

vere høgare enn det studia viser til. Ingen studie har nokon gong vorte utført for å finne prevalensen på GID på ein nasjonal basis (10). Ein har derfor ingen sikre tal på kor mange som er transseksuelle. Ein har heller ingen epidemiologiske studiar på prevalensen av GID i barneåra. Alle studie estimerer prevalensen i befolkninga som er over 15 år.

Når tidlegare studie viser lågare prevalens, må ein ta i betrakning at det var vanskeleg å få behandling for GID i 60- og 70-åra og den sosiale stigmatiseringa den transseksuelle måtte igjennom for å søke behandling, men resultata kan også forklarast ved bruk av forskjellige metoder (9).

Ein skil som regel mellom early-onset (primær)- og late-onset (sekundær) transseksualisme. Ved early-onset (kalla "core transsexualism" i engelskspråkleg litteratur(8)) opplever ein at frå barndommen eller puberteten psykisk og sosialt tilhøyrer det motsette kjønn. Ved late-onset for ein ei slik oppleving etter fylte 30 år. Det er omtrent like mange kvinner og menn som søker for kjønnsbekreftande behandling tidleg i livet, men det er signifikant fleire biologiske menn enn biologiske kvinner som søker behandling seinare i livet (9).

Fleire studie deler denne inndelinga av transseksuelle. Det viser seg at

homofile transseksuelle (det vil seie transseksuelle som er tiltrukke av det same biologiske kjønn) tilsvarer stort sett gruppa early-onset, og at ikkje-homofile tilsvarer late-onset (9).

I Noreg mottok GID-klinikken får 50 – 70 nye søknader på kjønnsbekrefting per år, ca 30 – 40 får innvilga søknaden (statistikk frå GID-klinikken, Rikshospitalet).

Etiologi

Vitenskapen er langt unna å forklare årsakene til GID. Men som i andre område i klinisk medisin, gjev ein behandling på empirisk grunnlag sjølv om ein ikkje har full forståing for etiologien (5).

Ein har ikkje funne nokon eintydig årsak til transseksualisme. Men at det finst ein biologisk bakgrunn i ei kjernegruppe av transseksuelle er overvegande sannsynleg (1). Det er semje om at det er umogleg å forandre transseksuelle gjennom psykoterapi. Hormonverdiar er alltid normale hos transseksuelle. Transeksuelle har normal kromosomoppsetting (1).

I ein oversiktsartikkel om dokumentasjon på årsaker til transseksualisme blir det påstått at dei mest studerte faktorane er ein kombinasjon av familie/foreldre-

påverknad og biologiske årsaker (9). Foreldreinfluering, t.d. ekstrem nærleik til mor, atypisk psykoseksuell utvikling hos foreldre, ikkje tilstadevering av far, sterkt ønske av t.d mor om å få ei datter, har vore peikt på som årsaker til transseksualisme. Empirisk forskning understøtter imidlertid ikkje desse hypotesene. Nokre studie viser auka psykopatologi hos foreldre som har GID-barn. Dette indikerer også at foreldre med forhendverande eller pågåande psykiske problem har ein tendens til å søke profesjonell hjelp for barna deira samanlikna med friske, velfungerande foreldre med GID-barn. Det viser seg at foreldreinfluering er ein medverkande faktor til nokre, om ein milde, former for kjønnsdysfori.

Biomedisinske forskning på transseksualisme har teke for seg tre felt (9): 1) GID er forårsaka av ei abnormal samansetting av hormon under svangerskapet, for mykje androgen til jenter og for lite androgen til gutar. 2) Østrogen-feedback-respons av LH. 3) Morfologi i hjerneområder som er kjønndifferensierte.

XX-individ som har vore utsett for unormale høge nivå av testosteron (t.d. jenter med kongenitt binyrehyperplasi) ville i den første typen studie vore forventa til å utvikle ein mannleg kjønnsidentitet, sjølv om dei vart oppdregne som jenter. I dei fleste kasusa er ikkje dette tilfelle. Transseksualisme er heller ikkje påvist hos menn eller kvinner som har vore utsett for prostagener in utero, som kan ha

antiandrogene- eller androgene påverknader, eller som har vore utsett for østrogen.

I den andre typen studie vart det antoke at nevroendokrin regulering av LH er ein indikator for kjønnsdifferensiering i hjernen. Basert på dette, vart det postulert at MTF, ville få ei auke i LH etter østrogenstimulering, forårsaka av prenatal eksponering av ubalanserte steroidnivå. Ein forventa det motsatte i FTM. Denne hypotesa vart framsett i ein studie etter dyreforsøk (9), men andre studie har ikkje kunne replikere desse resultata.

Den tredje type studie av biologiske determinantar som årsak til GID tek for seg dimorfologiske hjernenuclei hos transseksuelle. I menneske har fleire områder i hypotalamus vorte ansett til å vere dimorfologiske med hensyn til storleik og/ eller form. Ein meiner at kjønnsforskjellane i hypotalamus kan forklare kjønnsidentitet, reproduksjon og seksuell orientering. Den første studien som viste kvinneleg hjernestruktur hos genetiske mannlege transseksuelle, konkluderte med at seks MTF viste kvinneleg struktur i den posteriormediale komponenten av bed nucleus i stria terminalis (BSTc) (15). Storleiken av BSTc hos heteroseksuelle menn var 44% større enn hos heteroseksuelle kvinner. Storleiken til BSTc hos MTF transseksuelle var berre 52% samanlikna med heterofile menn. BSTc var mindre enn i hos heterofile kvinner, men denne

differansen er ikkje statistisk signifikant. Ikkje-transseksuelle som hadde teke østrogen av medisinske årsaker hadde ikkje mindre BSTc, som vidare gjer det usannsynleg at forskjellen var forårsaka av dei transseksuelles hormonbehandling. BSTc i dyr er ein hormonregulert struktur i og med det er funne både østrogen- og androgenreseptorar i BSTc. Det er ingen korrelasjon mellom storleik i BSTc og seksuell orientering. Observasjonane forslår at BSTc blir påverka av kjønnsormon under fosterlivet. Sidan dette berre inkluderer 6 MTF, er ikkje dette fullgodt bevis for at det er ein direkte korrelasjon mellom kjønnsormon og dei bimorfologiske forskjellane i BSTc.

Ein studie peiker på at prenatal eksposisjon for kjønnsormon under viktige utviklingstrinn av hjernen, kan vere forskjellig mellom homofile og ikkje-homofile transeksuelle, noko som gjer homofile transeksuelle meir motakelege for moglege aktiverande effektar (16).

Behandling i Noreg

Behandlinga av transeksuelle i Noreg består av psykoterapi, hormonbehandling og kjønnsbekreftande korreksjonskirurgi. Utredning og behandling foregår på GID-klinikken på Rikshospitalet. GID-klinikken bruker

den anbefalte, internasjonale intervensjonen frå the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. For å komme til vurdering, må den transseksuelle ha ei henvisning frå lege. Totalt sett vil behandlinga ta minimum 2,5 år (1,2).

Utredninga består av evaluering av to uavhengige psykiatarar/psykologar som vidare vil evaluere kvart av dei tre trinna i behandlinga (10). Eventuelle differensialdiagnoser er: psykoser, psykiske utviklingsforstyringar og alvorleg rusmiddelbruk.

Trinn 1:

”Real-life-test”: pasienten må leve som ønska kjønn i eit år. Å forandre kjønnsrollepresentasjonen har personlige- og sosiale konsekvensar. Den nye kjønnsrolla kan lede til vanskelege endringar med hensyn til studie, jobb og personlege forhold. Dette trinnet varar vanlegvis eitt år, før ein evaluerar kor aktuelt det er å gå til neste trinn i behandlinga (10).

Trinn 2:

Etter ein vellykka gjennomført ”real-life-test”, vil ein starte hormonterapi. Vanlegvis i 12 månader i Noreg, før ein evaluerer og byrjar på tredje trinn. ”Real-life-testen” vil fortsetje gjennom dette trinnet (10).

Trinn 3:

Kjønnsbekreftande kirurgi er indisert hos personar med sikker GID og som har utvikla eit nytt adekvat cross-sex-kjønnsrolle gjennom trinn 1 og 2 (10).

Psykisk helse hos transkjønna

Viktigheita om ønsket om å modifisere kroppen og gjennomgå kjønnsbekreftande behandling kan ikkje bli adekvat forklart av ein som er transkjønna, og kan heller ikkje bli fullt ut forstått av ein som er ein ikkje-transkjønna (4).

Barne- og ungdomstid

Kjønnsidentitet blir utvikla hos barn allereie i 3 årsalderen (4). I den psykologiske seksuelle utviklingsteorien åpnar mange faktorar som kan bestemme eit menneske si kjønnsoppleving Er kjønnsidentitet/ kjønnsrolleoppfatning eit resultat av normane i kulturen eller eit produkt av naturleg utvikling. Det finst forskjellige teoriar som svarar på dette: Freuds psykoanalytiske teori, sosial læringsteori, kognitiv utviklingsteori og kjønnskjemateori (27).

Ein har ingen sikker prevalens for GID hos barn sidan det ikkje eksisterer nokon

formell epidemiologisk studie (19). Dei mest systematiske data i litteraturen slår fast at kjønnsratioen er 7:1 mellom gutar og jenter mellom 3 og 12 år (19). Ein studie konkluderer med at det verkar som om at jenter med GID er underestimert fordi det er større sosial aksept for cross-kjønna oppførsel hos jenter enn hos gutar. Cross-kjønna oppførsel av gutar er også meir tydeleg enn av jenter og blir oppfatta meir negativt av omgjevnadene. Dette fører til at GID-gutar oftare blir henvist til terapi enn jenter, sjølv om det verker som om GID-jenter har meir ekstrem cross-kjønna oppførsel enn GID-gutar (19).

Ikkje alle barn med GID vil bli transseksuelle etter puberteten. Prospektive studie av GID-gutar viser at det er meir sannsynleg at dei vil bli homofile enn transeksuelle (9). Desse resultatane er i samsvar med retrospektive studie, som viser at homofile har meir cross-gender-oppførsel i barndommen enn heterofile (9). Dette forklarar den lågare ratioen mellom menn og kvinner som vaksne transseksuelle.

Den låge prevalensen av transseksuelle i prospektive studie kan bli forklart på mange måtar. Det er mogleg at GID gjev lettare symptom med henhold til kjønnsdysfori i barndommen enn GID i vaksen alder. I så måte ville berre få, ekstreme kasus bli transseksuelle, medan dei milde kasusa vil bli homo- eller heterofile. Det er også mogleg at i ei lita gruppe av GID-barn vil

transseksualismen bli manifest kort tid etter puberteten, men hos dei fleste vil transseksualismen komme seinare i livet. Dei fleste follow-upstudia av GID-barn er utført i sein ungdom eller tidleg vaksenliv; det har dermed ikkje gått lang nok tid til å fange opp alle med ein latent transseksualisme (9).

På grunn av fara for å få "falske positive" transseksuelle, har klinikarar vore restriktive til å starte hormonbehandling før ein har fylt 18 eller 21 (18). På grunn av den negative innstillinga til miljøet rundt, vil GID-barnet ofte tolke dette som om at det er noko gale med ein sjølv. Denne angsten for cross-kjønna oppførsel, samt håplausheit følt av barnet, gjev ofte utslag som depresjon, angst, redsel, sinne, stumheit, låg sjølvskjensle og suicidalitet (4, 18). Sosial- og intellektuell utvikling kan også bli påverka (18). GID-barn har signifikant dårlegare sosial kontakt med jamnaldrande og blir isolert samanlikna med andre barn (4, 19). GID-barn har høgare risiko for suicid (4).

Nokre GID-klinikkar behandlar selekterte grupper med unge transseksuelle med GnRH-antagonistar (som forseinkar utviklinga av sekundære kjønnskarakteristika). Det viser seg at denne gruppa fungerer betre både sosialt og psykologisk enn transseksuelle som kjem vart behandla som vaksne, og ingen angra avgjerda (18). Den viktigaste fordelten med pubertetsutsettande medisiner er at behandlinga ikkje er irreversibel. Ved å bruke denne

behandlninga på selekterte grupper kan ein få eit betre resultat og færre som angrar postoperativt (18). Denne behandlninga har også ulemper, til dømes at den transseksuelle ungdommen kan ta dette som ei godkjenning for seinare SRS og at pubertetsutsettinga kan verke stigmatiserande i forhold til jamnaldrande (18).

I staden for å legge forholda til rette slik at barnet kan utvikle seg på sin naturlege måte, er "behandlninga" ofte å korrigere oppførselen til det som er det adekvate og foreventa (4).

Follow-up-studie

Fleire studie investigerer postoperativ suksess definert ved objektive kriterer. Dette kjem sjølvstøtt sekundært etter hovudmålet: nettopp det subjektive, ultimatet målet: *å redusere eller heilt fjerne kjønnsdysfori*. Transseksuelle er generelt svært fornøgdde med behandlninga. Studia varierer svært i metode, tall på pasientar som er tekne med i studia og kriterie for SRS. Det manglar dessutan standardiserte seleksjonskriterer for kirurgi i follow-up-studia, bruk av standardiserte testar for vurdering av pasientar og kva for kriterie som er lagt til grunn for å vurdere pasientar etter SRS. Ein review-studie konkluderer med følgjande positive pre-operative faktorar: stort sett mentalt og emosjonelt stabil i livet med ingen psykose, suksessfull tilpassning i ønska kjønnsrolle med

overbevisande fysisk utsjånad og oppførsel i minst eitt år, tilfredsstillande forståing for begrensingar og konsekvensar av kirurgi og preoperativ psykoterapi. Postoperativt er følgjande faktorar viktige for å få eit positivt resultat: kirurgisk vellykkaheit, at pasient og partner ikkje blir påminna om pasientens transseksuelle historie, psykoterapi etter SRS (23). Negative faktorar er: sekundære transseksuelle (transvestittar og feminine homoseksuelle), SRS seint i livet, dårleg kirurgisk resultat, suicidalitet, inadekvat sosial fungering, oppsigelse frå jobb, ingen støtte hos familie, ikkje vilje til å samarbeide med helsepersonell og internalisert transfobi (9).

Det har i dei følgjande tiåra vorte gjennomført fleire follow-up-studie av postoperativ status hos transseksuelle. Under er resultat frå dei største reviewa diskutert:

Ein studie inkluderer 11 studie i sin review (23). Totalt 283 MTF og 83 FTM. For dei 283 MTF rapporterer han at resultata var tilfredsstillande for 71,4%, utilfredsstillande for 8,1% og nøytralt for 17%. 2,1% begikk suicid og 1,4% er ukjent. For dei 83 FTM var 80,7% tilfredse, 6% var utilfredse og 13,3% var nøytrale. Konklusjonen vart følgjeleg at FTM hadde eit betre resultat og tilfredsstillande resultat var 10 gongar vanlegare enn utilfredsheit. Kva kriterie studien legg til grunn for å vere tilfreds er vanskeleg sidan det er vanskeleg å

samanlikne studie med kvarandre, informasjonen om pasientane varierer frå studie til studie, og det er eit stort sprik i alder, lengda på oppfølginga av pasientane og forskjellige kirurgiske teknikkar.

Ein review nokre år seinare konkluderte med at 10 – 15 % av SRS-resultata var utilfredsstillande, med liten forskjell mellom MTF og FTM (23). Dei understreka viktigheita av differensialdiagnostisering, særleg hos MTF, for å avgjere om pasienten primært er transseksuell eller om dette er sekundært (transvestitt eller feminin homoseksuell). Dei foreslo at kirurgi ikkje burde vere tilgjengeleg for sekundære transseksuelle pga dårleg resultat, og at pasientar over 30 hadde ein høg risiko for å vere sekundære transseksuelle. Vidare konkluderer studien med at ein skulle vere oppmerksame på ustabil personlegheit og – sosiale historie, sidan kirurgi ikkje løyser dette, og viktigheita over kirurgisk resultat, spesielt hos FTM, på grunn av skuffelse over å ikkje få phalloplastikk, og dårleg resultat etter slik kirurgi.

Ein review gjekk gjennom omtrent dei same data som studien over, der ein konkluderte med at 2/3 får det betre etter SRS og 7% hadde tragisk resultat (23). Forfattarane kritiserer utilstrekkelegheit i metoden brukt i tidlegare reviews.

Ein studie gjekk gjennom eksisterande follow-up-litteratur frå 1979 – 1989,

både med hensyn til MTF og FTM (23). Konklusjonen ein kom fram til, var at 97% av 130 FTM var fornøgde og 3% misfornøgde. Av 220 MTF, var ca 87% fornøgde og ca 13% misfornøgde, 1% nøytral. Dei brukte termen tilfreds så lenge pasienten ikkje rapporterte å vere misfornøgd. Dei diskuterer også bruken av termen "tilfreds" og at denne er svært unøyaktig.

Det viser seg at transseksuelle som har kome til behandling ser på seg sjølve som lykkelegare, aukande kompetent og meir produktive så snart ein aksepterte sin eigen kjønnsdysfori; byrjinga av behandlingsprosessen resulterer i ein stabilitet og ein mindre sjølvdestruktiv oppførsel. Første trinn i behandlinga er ingen "kur" for transseksualisme, men ein får innsikt i eigen problemstilling, møter andre med same problem og tek dei første stega til forandring (t.d. real-life-testen) som fører til forbetring i sjølvtilitt og andre relasjonar (21).

Vanskeleg for transseksuelle å putte fortida bak seg (23).

Same studie viser at 2/3 var fornøgde eller veldig fornøgde og 90% var konfidente med den nye kjønnsrolla (23). Det er ingen grunn til å tvile på at SRS har effekt. FTM har eit betre resultat enn MTF fordi FTM passerer lettare i den ønska kjønnsrolla fordi sekundære kjønnskarakteristika er meir overbevisande, samfunnet of familie er meir aksepterande for FTM og MTF må ofte streve meir

med tunge byrder som livet som mann, også giftemål og barn. Dei understreker at det er viktig med psykoterapi sidan SRS ikkje aleine leder til eit lykkeleg liv.

Transseksuelle har det stort sett bra, med mest nytte av seksuell tilfredsheit og aksept gjennom støtte av familien. Individet si tilpassningheit er ein god indikator på korleis pasienten taklar påkjenninga gjennom kirurgisk behandling. For ei selektert gruppe, er kirurgi klart den beste behandlinga for transseksualisme (23).

Heteroseksuelle transseksuelle burde vurderast ekstra nøye før SRS samanlikna med homoseksuelle transseksuelle sidan det verkar som homoseksuelle angrar meir sjeldan (23).

Homofile transseksuelle kom tidlegare til behandling, rapporterte ein meir feminin identitet i barndommen, viste betre sosial reorientering, hadde mindre erotisk tenning ved cross-dressing og viste mindre postoperativ anger enn den heteroseksuelle gruppa. Det viser seg også at homoseksuelle mannlege GID er kortare, lettare og har ein lettare proposjon i forhold til høgde (9).

Ein studie peiker på at postoperativ psykopatologi er primært assosiert ved faktorar som gjer det vanskeleg for postoperative transseksuelle til å passere

som det nye kjønnet deira, eller at det minna dei på det faktum at dei er transseksuelle (18).

Ein studie med elegant design delte pasientane sine i to grupper (23).

Halvparten av pasientane vart operert innan tre månader, den andre halvdelan vart satt på venteliste i 2 år. Gruppa som fekk kirurgi først, viste signifikant betring i sosial aktivitet, seksuell interesse og oppretthalding av arbeid. Den uopererte gruppa viste ingen betring. Dette viser sterkt bevis på den terapeutiske effektiviteten av SRS.

Ein review konkluderer med at sjølv om det er store sprik mellom studia, er den generelle konklusjonen som kan trekkast at SRS effektivt kurrerer kjønnsdysforien som transseksuelle lider av. Det er rett nokre som angrar og er misfornøgde med behandlinga, og nokre blir reoperert til opprinneleg biologisk kjønn. Dette er dog snakk om ca 0,4% av dei som gjennomgår SRS (9). Ein kunne moglegvis ha unngått desse pasientane som angrar og må reopererast, viss ein hadde fått ei betre diagnostisering, adekvat real-life-test og tilfredsstillande resultat av kirurgi.

Psykiatrisk helse/komorbiditet

Tidlegare studie har implisert at transseksuelle har ein høg komorbiditet med

tanke på andre psykiatriske diagnoser som emosjonelt ustabil personlegheit eller psykose (20). Dette blir også understøtta, dog i noko mindre grad enn tydlegare antyda, i ein studie der transseksuelle hadde ein høgare prevalens av akse 1 og akse 2 i SCID enn den generelle befolkninga (20). Dette blir undersøtta i ein annan studie der ein fant akse 1 lidningar hos 33% av 86 GID-pasientar (for det meste stemnings- og angstlidningar) og akse 2-lidningar hos 20% (for det meste Cluster B) (14).

I ein studie med heile 435 MTF og FTM konkluderer ein med at ein overhyppigheit av komorbiditet ikkje er tilfelle (21). I denne studien rapporterer 9% av transseksuelle tidlegare psykiatrisk behandling anna enn behandling for kjønnsdysfori og stoffmisbruk (21). Nærmare klassifisering av desse av MTF er 6% av akse 1-diagnoser og 4% av akse 2-diagnoser på SCID, for FTM henholdsvis 4% og 3%. Depresjon var den vanlegaste akse 1-diagnosa, følgt av bipolar lidning og schizofreni. Emosjonell ustabil og schizoid personlegheitsforstyrning var mest prominente i akse 2-kategorien. Berre eitt individ hadde multiple diagnoser. Omtrent 2/3 med akse 1-diagnoser tok medisinar (til dømes antidepressiva og nevroleptika).

8% av MTF og 1% av FTM rapporterte forsøk på å mutilere ytre genitalia (21). Dette inkluderer taping, slåing eller klemming av genitala på grunn av intens

frustrasjon. Berre nokre få individ hadde kutta genitalia med kniv eller eit anna objekt.

12% av MTF og 21% har eitt eller fleire suicidforsøk bak seg (21). Det blir påstått at desse vart utført i affekt og frustrasjon på grunn av kjønnsdysfori. Det blir reist spørsmål om inkluderings- og eksklusjonskriterie i denne studien. Vidare blir det påstått at ingen av individa hadde hatt suicidforsøk etter at dei hadde kome til behandling.

Prevalensen av komorbiditet spriker i resultat i forskjellige studie. Dei fleste studie konkluderer med at det er ein overhyppigheit av psykiatriske diagnoser hos transseksuelle. Det er imidlertid viktig å merke seg at majoriteten er psykiatrisk friske og at transseksualisme mest sannsynleg er ei isolert diagnose og ikkje ein del av ein annan psykopatologisk sjukdom (14, 21) . Utløysande faktor til mange av diagnosene kan vere transfobi - både internalisert og eksteriørt. At ein transseksuell har ein komorbiditet med henhold til ei psykiatrisk diagnose er ingen absolutt kontraindikasjon for å ikkje fylle kriterie for behandling.

Seksualhelse

Det finst få studie som investigerer seksualhelse pre- og postoperativt hos

transseksuelle. Det eksisterer ein review om eksisterande forskning vedrørande seksualhelse til transseksuelle (22).

Inntil nyleg har ein gått ut frå at seksuell orientering hos transseksuelle ikkje endrar seg gjennom kjønnsbekreftande behandling. Men ein studie beskriv MTF som har skifta seksuell attraksjon frå kvinner til menn (22). Dei fleste MTF ser etter ein ny partner etter SRS, medan FTM har ein tendens til å bli med den same partnaren (22).

Transseksuelle er meir tilfredse med seksuallivet etter SRS, sjølv om ikkje alle kan oppnå orgasme (22). Studien konkluderer med at 60% var veldig fornøgd med sexlivet sitt, 18% var nøytrale og 22% var misfornøgde. 76% opplevde ei betring med samanlikning med sexlivet før SRS og 12% ei forverring.

Hovudproblema var smerter, manglande sensibilitet og problem med å slappe av. MTF opplevde hyppigare seksuell opphissing enn før SRS. Før SRS var det ingen skilnad i kor ofte dei to gruppene masturberte, men etter SRS masturberte FTM hyppigare enn MTF.

Dataane om å få orgasme etter SRS er varierende frå studie til studie. Ein studie konkluderer med at 54% av MTF ikkje kunne få orgasme. Ein annan konkluderte med at kapasiteten til å få orgasme hos MTF er mindre etter SRS, men fleire studie konkluderer med at 70 – 80 % av MTF er kapable til å få

orgasme (22). Studien konkluderer med at 78% av transseksuelle kan få orgasme (22), med ingen signifikant forskjell mellom MTF og FTM. Majoriteten rapporterte ei forandring orgasmekjensla med ei kortare og meir kraftfull orgasme hos FTM og ei lengre og meir intens hos MTF. Det er fullt mogleg vere tilfreds med seksuallivet sjølv om ein ikkje har høve til å få orgasme. Dei nyare studia viser høgare tilfredsheit, antakeleg på grunn av betre kirurgiske teknikkar (22).

Stoffmisbruk

Mange rapporterer om å ha brukt alkohol eller narkotika for prøve å håndtere kjønnsdysforien (4). Med andre ord, før ein søker behandling på ein GID-klinikk eller ikkje er klar over kva problematikk den transseksuelle slit med, ligg pasientane i ein risikosone. 29% av MTF og 26% av FTM rapporterer om stoffmisbruk (21).

Konklusjon:

Transseksualitet er eit verdsomspennande fenomen som har vore kjent i historiske kjelder i nær sagt alle kulturar. Fenomenet har vore forska på sidan midten av forrige århundre. Det har vore påstått av forskarar at transseksualisme er eit resultat av underliggande psykiatrisk morbiditet, men dei fleste studia i dag konkluderer med at transseksualisme er ei isolert diagnose. Dei fleste studie konkluderer derimot med at fleirtalet av transseksuelle har ein overhyppigheit av akse 1 og akse 2 forstyrningar på SCID. Det føreligg ingen sikre tall vedrørande epidemiologi, men studie anslår ein prevalens frå 1:50.000 til 1:100.000. Dei fleste GID-barn (70%) vil bli homoseksuelle, men utviklar ingen varig kjønnsdysfori. Ingen sikker årsak til transseksualisme har vorte påvist, men ei biologisk årsak frå bimorfologiske område i hypotalamus er påvist i ein studie. Andre hypoteser er familiepåverknad og unormal hormonpåverknad i svangerskapet. Det er påvist at psykoterapi ikkje kurrerer transeksualisme og at SRS har god effekt. Etter ei grundig vurdering, foregår behandlinga av transseksuelle i tre trinn: real-life-test der ein må leve som ønska kjønn i eitt år, hormonterapi og kjønnsbekreftande kirurgi (SRS). Forskning viser at etter adekvat behandling, vil transseksuelle leve framgangsrike, lykkelege og produktive liv.

Referansar:

1. Hansen, Tone Maria (2001). *Transseksualitet og behandling i Norge*. Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr 28, 121: 3315-6.
2. Nettsida til GID-klinkken:
HYPERLINK "http://www.rikshospitalet.no/view/readavdi.asp?nPubID=5579" <http://www.rikshospitalet.no/view/readavdi.asp?nPubID=5579>
3. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Standards of care. HYPERLINK "http://www.hbigida.org" www.hbigida.org
4. Gerald P Mallon, Teresa DeCresenzo (2006). *Transgender Children and Youth: A Child Welfare Practice Perspective*. Child Welfare Mar/Apr 85, 2; ProQuest Medical Library pg. 215.
5. Gooren, L. *Transsexualism, introduction & general aspects of treatment*
6. Goethals, Susanne C (2005). *Counseling as a Critique of Gender: On the Ethics*
Counseling Transgender Clients. International Journal of the Advancement of Counselling, Vol 27, No. 3.
7. Benestad, Espen E. Pirelli (2004) *Transekjønn og diagnoser*. Hertervig Forlag.
8. Bodlund, Owe og Kullgren, Gunnar (1996). *Transsexualism – General Outcome and Prognostic Factors: A Five-Year Follow-Up Study of Nineteen Transsexuals in the Process of changing Sex*.
9. P.T. Cohen-Kettinis and L.J.G Gooren (1999). *Transsexualism: A Review of Etiology, Diagnosis and Treatment*. Journal of Psychosomatic Research,

Vol,
46, No. 4, pp. 315 – 333.

10. Haraldsen, Ira. *Clinical studies of early onset gender identity disorder patients*.
Dissertation of the Degree of Dr. philos. 2006.
11. HYPERLINK <http://www.rfsl.se>: www.rfsl.se: *Begreppslista – seksualitet og kön*
12. Wikipedia: no.wikipedia.org: *Kjønn*
13. Nynorskordboka (Definisjons- og rettskrivingsordbok). Det norske samlaget.
14. Haraldsen IR, Dahl AA. (2000) *Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults*. Acta psychiatria Scandinavia. 102: 276 – 281.
15. Zhou, Hofman, Gooren, Swaab (1995). *A sex difference in the human brain and relation to transsexuality*. Nature, vol 378, 2.
16. van Goozen, Gooren, Slabbekoorn, Sanders & Cohen-Kettenis (2002). *Organizing and Activating Effects of Sex Hormones in Homosexual Transsexuals*. Behavioral Neuroscience, Vol. 116, No. 6, 982 – 988.
17. Cohen, Ruitter, Ringelberg & Cohen-Kettenis (1997). *Psychological Functioning of Adult Transsexuals: Personality and Psychopathology*. Journal of Clinical Psychology.
18. Cohen-Kettenis & Goozen (1998). *Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of transsexual adolescent*. European Child & Adolescent Psychiatry. 7 : 246 – 248.
19. Zucker, Bradley & Sanikhani (1996). *Sex Differences in Referral Rates of Children with Gender Identity Disorder: Some Hypotheses*. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 25, No 3, 217 – 227.
20. Hepp, Kreamer, Schnyder, Miller & Delsignore (2005). *Psychiatric comorbidity in gender identity disorder*. Journal of Psychosomatic Research 58, 259 – 261.
21. Collier, O'Boyle, Emory & Meyer (1997). *Comorbidity of Gender Dysphoria and Other Major Psychiatric Diagnoses*. Archives of Sexual Behavior, vol 26

no 1.

22. De Cuypere, T'Sjoen, Beerten, Selvaggi, De Sutter, Heobeke, Monstrey, Vansteenwegen & Rubens (2005). *Sexual and Physical Health After Sex Reassignment Surgery*. Archives of Sexual Behavior, vol 34, no 6.
23. Green, Fleming (1990). *Transsexual Surgery Follow-up: Status in the 1990s*. Society for the Scientific Study of Sex. Mt Vernon, Iowa. 163 – 174.
24. Green, Money (1969). *Transsexualism and Sex Reassignment*. The John Hopkins Press, Baltimore.
25. Nissen, Nils-Axel (2001). *Homo/hetero*. Gyldendal forlag.
26. Butler, Judith et al (1993): *Imitation and Gender Insubordination*. The Lesbian and Gay Studies Reader. New York and London: Routledge, p. 307-320
27. Morseth, Lea (2003). *Personlighet og sosial utvikling*. Forelesningnotat, NTNU.
HYPERLINK "http://www.svt.ntnu.no/psy/studiet/forelesninger/vaar-2003/psy100/lea.morseth-100-" www.svt.ntnu.no/psy/studiet/forelesninger/vaar-2003/psy100/lea.morseth-100-5.pdf
PAGE 1

PAGE 1