

Kjønnsinkongruens

*Når den psykologiske kjønnsidentiteten og
det biologiske kjønn ikke samsvarer*

Stine Grande Ruiz



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet/Institutt for
helse og samfunn/Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2016

KJØNNSINKONGRUENS

Når den psykologiske kjønnsidentiteten og det biologiske kjønn ikke
samsvarer



En kvalitativ studie om opplevelsen av stigmatisering relatert til det å
være født i feil kropp

«Jo, så kom jeg inn på Riksen da, fikk hormoner, og da gikk det fra sånn bunnløs depresjon og lyst til å dø hver dag nesten, til.. Altså livet var bare fullt av mening og innhold og det var.. Det var så deilig!» - Guro

© Forfatter

År: 2016

Tittel: Når den psykologiske kjønnsidentiteten og det biologiske kjønn ikke samsvarer

Forfatter: Stine Grande Ruiz

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representeren, Universitetet i Oslo

Sammendrag – Abstract



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Stine Grande Ruiz	Dato: 01.06.2016
Tittel og undertittel: Kjønnsinkongruens – når den psykologiske kjønnsidentiteten og det biologiske kjønn ikke samsvarer	
Sammendrag: <p><i>Formål:</i> Studien utforsker overordnede aspekter ved opplevelse av stigmatisering hos personer med kjønnsinkongruens. Formålet er å bidra til økt kunnskap, forståelse og aksept av denne befolkningsgruppen både innen helsevesenet og i samfunnet generelt.</p> <p><i>Teoretisk forankring:</i> Studien er forankret i minoritetsstressmodellen slik den er beskrevet av Meyer (2003) kombinert med Goffmans (1985) teori om stigma som en sosial merking av enkeltmennesket med tap av egenverdi og attraktivitet.</p> <p><i>Metode:</i> Studien har en kvalitativ tilnærming med utforskende design. Datagrunnlaget består av semistrukturerte intervjuer med seks personer rekruttert via pasientforeningen Harry Benjamins Ressurssenter (HBRS), hvorav samtlige hadde påbegynt eller fullført kjønnsbekreftende behandling. Analysen tar utgangspunkt i datamaterialet som fremkom av intervjuene. Intervjuene analysert og fortolket innenfor en hermeneutisk meningsfortolkning inspirert av Kvale og Brinkmanns (2009) tre tolkningskontekster; selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse.</p> <p><i>Resultater:</i> Med opplevelse av stigmatisering som en inngangsport for å forstå hvilke utfordringer personer med kjønnsinkongruens møter i omgivelsene, ble det funnet to overordnede temaer; 1) «minoritetsstressorer» og 2) «stresslindrende faktorer». Førstnevnte oppstod som et resultat av ha et stigma, og nøkkelkonseptene var; «stressende betingelser», «stressende hendelser og møter med omgivelsene», «fordomsfulle hendelser» og «transfobi og internalisert transfobi». Under tema 2) representerte «personlige egenskaper» og «mestringsstrategier» nøkkelkonseptene, og var de hjelpemidlene intervjupersonene responderte på minoritetsstressorene med. Det var individuelle forskjeller i intervjupersonenes opplevelser og håndtering av minoritetsstressorene. Samtlige rapporterte imidlertid om langt</p>	

mindre opplevd og faktisk erfart stigmatisering etter kjønnsbekreftende behandling, da de begynte å passere som sitt rette kjønn.

Konklusjon: Funnene viste at opplevelse av stigmatisering er både en refleksjon av fryktet mulige reaksjoner og faktisk erfarte reaksjoner og betingelser. Samtlige intervjupersoner viste seg bemerkelsesverdig motstandsdyktige, noe som særlig viste seg i tenårene. Alt de gjennomgikk i denne perioden, gjorde de hovedsakelig alene – med en svært begrenset åpenhet om sin kjønnsidentitet til omgivelsene. Fortielse fremkom således som den vanligste mestringsstrategien. Bakenforliggende årsaker til at de ikke turte å være seg selv, var skam og frykt. Etter hvert som intervjupersonene begynte å utvide sine handlingsrom, avtok stigmatrusselen, og egenskaper som mot og selvaksept ble mer fremtredende. Studiens viktigste begreper var veldig sammenliknbare med konseptene minoritetsstressmodellen består av.

Nøkkelord: kjønnsinkongruens, minoritetsstressorer, stresslindrende faktorer, stigmatisering, minoritetsstressmodellen, hermeneutisk meningsfortolkning



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Stine Grande Ruiz	Date: 01.06.2016
Title and subtitle: Gender incongruence: When there is a mismatch in psychological gender and biological sex.	
Abstract: <p><i>Purpose:</i> This study explores main aspects of stigma as experienced by people with gender incongruence. The purpose is to contribute to increased knowledge, understanding and acceptance of this population, amongst healthcare services and within society in general.</p> <p><i>Literature review:</i> The study's theoretical foundation is the minority stress model as described by Meyer (2003) combined with Goffman's (1985) understanding of stigma as a social labeling of the individual with loss of value and attractiveness.</p> <p><i>Method:</i> The study is exploratory with a qualitative approach. The data basis consists of semi structured interviews with six persons recruited through the patient organization Harry Benjamins Ressurssenter (HBRS), of which all had started or completed gender affirmative treatment. The analysis is based on the data material achieved from the interviews. The interviews were analyzed within a hermeneutical meaning interpretation inspired by Kvale and Brinkmann's (2009) three contexts of interpretation; self-understanding critical understanding based on common sense and theoretical understanding.</p> <p><i>Results:</i> Utilizing stigmatization as a gateway to comprehend challenges the interviewees face in their social surroundings, two main aspects of stigma-experiences related to gender incongruence were identified: 1) «minority-stressors» and 2) «stress-ameliorating factors». The former occurred due to having a social stigma, and the key concepts were; «social conditions», «stressful events and encounters within the surroundings», «prejudice events» and «transphobia and internalized transphobia». In relation to main aspect 2), «personal characteristics» and «coping strategies» represented the key concepts, and were the resources the interviewees used in response to the minority-stressors. There were individual differences in how the sample experienced and dealt with stressors. However, all of them described an experience of significantly less stigmatization after initiated gender affirmative treatment, and they largely began passing as themselves.</p>	

Conclusion: The study revealed stigmatization as both a reflection of reactions feared possible and actually experienced reactions and conditions. All interviewees proved remarkably resilient, which especially emerged while in their teens. The countless hazards they underwent during this period, they basically handled alone - practicing very limited disclosure to their surroundings concerning gender identity. Thus, concealment emerged as the most common coping strategy. Underlying causes why they did not dare being themselves was shame and fear. These stress processes were caused by affiliation to a stigmatized minority. As the interviewees began expanding their arenas of action, the stigma threat gradually subsided, and characteristics such as courage and self-acceptance became more prominent. This study's main concepts were very comparable to the concepts that constitute the minority stress model.

Key words: gender incongruence, minority-stressors, stress-ameliorating factors, stigmatization, minority stress model, hermeneutical meaning interpretation

Forord

I prosessen med masterarbeidet har jeg fått muligheten til å bli kjent med seks flotte, modige og sterke mennesker. Aller først vil jeg uttrykke min takknemlighet overfor deltakerne i undersøkelsen som ga av seg selv og lot meg få innblikk i deres livshistorie. Det er dere seks som er hovedpersonene i denne oppgaven.

Etter et svært hyggelig møte med styreleder Mikael Scott Bjerkeli og daglig leder Tone Maria Hansen fra pasientforeningen Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS), fikk jeg den motivasjonen jeg trengte for å gå i gang med masteroppgaven om stigmatisering knyttet opp mot opplevelsen av å være født i feil kropp. Tusen takk for et supert samarbeid og hjelp til rekruttering. Jeg må også få takke psykolog Asle Offerdal som er tilknyttet HBRS, og som gladelig ønsket å stille opp for de deltakerne som eventuelt måtte trenge oppfølging som følge av studien. Takk også for at du tilbød meg gratis veiledning på tema.

Jeg vil også takke min suverene veileder, Ida Torunn Bjørk, fra Universitetet i Oslo. Du har en egen evne til å gi konstruktive tilbakemeldinger, på en måte som har gitt meg inspirasjon og motivasjon til å holde løpet ut. Jeg setter enormt pris på tiden du har satt av til dette og på din innsikt i metode, faglige innspill og engasjement.

En stor takk til min fetter Ante Bjelland og til min venn XX. Det var dere to som inspirerte meg til valg av tema.

Takk også til mamma og pappa, for alt dere har bidratt med for å få logistikken til å gå opp. Og ikke minst til min kjære mann for tålmodigheten du har hatt i denne prosessen. Du har støttet opp om å la meg ha masteroppgaven som førsteprioritet, til tross for at særlig det siste året har vært preget av livshendelser som burde fått en større fokus fra min side. Hjem, matlaging og familie har vært vel ivaretatt – i perioder kun takket være deg.

Til slutt vil jeg si tusen takk til mine medstudenter, og særlig til Elna og Inger Helen, for mange gode samtaler og lunsjpauser. Hverdagen som masterstudent har vært mye lettere med støttende studievenninner.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag – Abstract	V
Forord	IX
Innholdsfortegnelse	XI
1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Formålet med oppgaven	2
1.3 Problemstilling, presisering og avgrensing	3
1.4 Begrepsavklaring	4
1.4.1 Kjønnssinkongruens	4
1.4.2 Kjønnsideitet og kjønnsrolle	4
1.4.3 Kjønnsbekreftende behandling	5
1.4.4 Stigmatisering	5
1.5 Oppgavens oppbygning	6
2 BAKGRUNNSKUNNSKAPER	7
2.1 Kjønnssinkongruens – terminologi og diagnose	7
2.2 Kjønnsbekreftende behandling i Norge	9
2.3 Historisk bakgrunn	10
3 KUNNSKAPSSTATUS	13
3.1 Litteraturgjennomgang	13
3.2 Norsk forskning	14
3.3 Internasjonal forskning	14
3.4 Oppsummering	18
4 TEORETISK REFERANSERAMME	19
4.1 Stigmatisering	19
4.1.1 Den tilsynelatende sosiale identitet	20
4.1.2 Stigmatisering – en sosial prosess	21
4.1.3 Tre typer stigma	21
4.2 Minoritetsstressmodellen	22
4.2.1 Generelt stress	23
4.2.2 Sosialt stress	23

4.2.3	Minoritetsstress	24
4.2.4	Sosiale minoritetsstressprosesser	24
4.2.5	Mestring og stresslindrende faktorer	28
5	VITENSKAPSGRUNNLAG OG METODE.....	31
5.1	Vitenskapsteoretisk ståsted og tilnærming	31
5.2	Design.....	33
5.3	Datainnsamling.....	34
5.3.1	Utforming av intervjuguide	35
5.3.2	Utvalgsstrategi og intervjupersoner.....	36
5.3.3	Inklusjonskriterier	36
5.3.4	Rekruttering av intervjupersoner.....	37
5.3.5	Gjennomføring av intervju og forskerens rolle	38
5.4	Databehandling og transkripsjon	39
5.5	Hermeneutisk meningsfortolkning som metode for dataanalyse	40
5.5.1	Selvforståelse	41
5.5.2	Kritisk forståelse basert på sunn fornuft.....	42
5.5.3	Teoretisk forståelse.....	44
5.6	Forskningsetiske vurderinger	45
6	PRESENTASJON AV RESULTATER.....	47
6.1	TEMA 1: Minoritetsstressorer.....	50
6.1.1	Stressende betingelser	50
6.1.2	Stressende situasjoner og møter med omgivelsene	54
6.1.3	Fordomsfulle hendelser	57
6.1.4	Transfobi og internalisert transfobi	59
6.2	TEMA 2: Stresslindrende faktorer.....	61
6.2.1	Personlige egenskaper	62
6.2.2	Mestringsstrategier	64
7	DRØFTING AV FUNN	71
7.1	Personer med kjønnsinkongruens – en stigmatisert minoritetsgruppe	71
7.2	Helsevesenet og skolen – de mest utfordrende samfunnsarenaene	72
7.3	Pubertet og eksistensiell krise.....	79
7.4	Motgangens vendepunkt.....	82
7.5	Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet i kvalitativ forskning	85

7.5.1	Metodologiske overveielser	85
8	OPPSUMMERING OG AVSLUTNING.....	89
8.1	Hovedfunn	89
8.2	Implikasjoner for veien videre.....	90
9	REFERANSER	91
10	VEDLEGG.....	99
	VEDLEGG I: Godkjenning fra REK.....	99
	VEDLEGG II: Forespørsel om deltakelse + informasjonsskriv om studien.....	100
	VEDLEGG III: Samtykkeskjema.....	105
	VEDLEGG IV: Intervjuguide.....	106
	VEDLEGG V: Kategorier identifisert under de ulike temaene	108

1 INNLEDNING

Noen mennesker opplever at den indre opplevelsen av egen kjønnsidentitet ikke stemmer overens med medfødte somatiske og fysiologiske aspekter. Det motsatte kjønn opplevs som det riktige kjønn, og mange uttrykker at de opplever å være «født i feil kropp». Denne tilstanden omtales som kjønnsinkongruens. I Norge kan en søke kjønnsbekreftende behandling (tidligere «kjønnskifte») ved Norsk Behandlingstjeneste for Transseksualisme (NBTS) som er lokalisert på Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet (RH). Avdelingen har landsdekkende funksjon for behandling av kjønnsinkongruens (Tønseth et al., 2010). Kjønnsinkongruens finnes både blant barn, unge og voksne og regnes som en kronisk og svært sjelden tilstand. Fenomenet utfordrer normative forestillinger om kjønnsutvikling og ideen om at ens kjønnsidentitet er et naturlig uttrykk for ens biologiske kjønn. Dette setter det tradisjonelle binære synet på mann og kvinne på prøve, og problematiserer det å anse mann og kvinne som diametralt motsatte og fastsatte kategorier (Nagoshi, Brzuzy & Terrell, 2012).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Personer med kjønnsinkongruens har lenge tilhørt en usynlig og marginalisert gruppe, men deres tilstedeværelse er i økende grad anerkjent (Mullen & Moane, 2013). Ifølge Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS, 2011) ble kjønnsbekreftende kirurgi i Norge utført første gang i 1962. Siden den gang har kunnskap om og behandlingstilbudet til pasientgruppen blitt betydelig bedre og mer tilgjengelig for folk flest (HBRS, 2011). Likevel har vi fortsatt en lang vei å gå på det sosiale planet. HBRS (2011) hevder at personer med kjønnsinkongruens daglig opplever sosial ignorering og blir møtt med fordommer og trusler. Det at mange har en negativ holdning til denne gruppen kan ifølge HBRS (2011) gjenspeiles i at man vokser opp nesten uten opplysninger om diagnosen transseksualisme i skoler og i samfunnet generelt. Merryfeather og Bruce (2014) er blant de mange som hevder at lite eller ingen oppdatert kunnskap om kjønnsidentitetstematikk i helserelaterte utdannelser må tas på alvor. Årlig henvises cirka 100-120 personer til NBTS, hvorav 30 % er barn på 16 år eller yngre (OUS, 2014). Kjønnsbekreftende behandling har blitt mer vanlig, og det er mer sannsynlig for helsepersonell å møte på denne pasientgruppen (Kreukels, Haraldsen, Cuypere, Richter-

Appelt, Gijs & Cohen-Kettenis, 2012). Likevel stod behandlingen i Norge i fare for å bli nedlagt rundt millenniumskiftet (Hansen, 2008). Til tross for at kjønnsinkongruens i økende grad anses som en identitetsutfordring heller enn en diagnose, tilhører individene fortsatt en diskriminert og stigmatisert minoritet, også i form av juridisk anerkjennelse (Bockting, 2008). Amnesty International rapporterte i 2001 at lesbiske, homofile, biseksuelle og transkjønnede personer (LHBT-personer) er utsatt for utbredt menneskerettighetsbrudd, alt fra verdighetstap til overgrep og drap (Meyer, 2003). Frykten og skamfølelsen mange kjønnsinkongruente personer opplever hevdes å være: «... basert på opplevd vold, avvisning og diskriminering» (Lenning & Buist, 2013, s. 45).

Som et resultat av sosial stigmatisering har kjønnsinkongruente personer økt risiko for mentale helseproblemer som angst, depresjon, rusmisbruk og selvmordstanker, og stigmatisering kan også utgjøre en utfordring for utvikling av selvet (Bockting, 2009; Terada, Matsumoto, Sato, Okabe, Kishimoto & Uchitomi, 2011). Med denne studien søkes det å oppnå økt kunnskap om hvordan personer med kjønnsinkongruens opplever stigmatisering og fordommer. Det er i tillegg et håp at økt kunnskap om tematikken kan bidra til at personer som strever med dette i større grad blir sett, forstått og akseptert av helsevesenet og samfunnet.

1.2 Formålet med oppgaven

Gjennom intervjupersonenes livshistorier vil studiens hovedhensikt være å belyse psykologiske aspekter ved kjønnsinkongruens som kan relateres til stigmatisering. Å utforske hvordan individene opplever og responderer på sosial stigmatisering, vil muligens kunne bidra med viktig informasjon til sykepleiere og annet helsepersonell som skal møte, behandle og fungere som talsmenn for den aktuelle pasientgruppen. Jeg ønsker å undersøke om det å være under kjønnsbekreftende behandling har påvirket opplevelsen av stigmatisering. Weber (2010) hevder at sykepleiere som kan vurdere innvirkningen stigmatisering kan ha på mental helse og velvære, også kan hjelpe pasienter med å motvirke stigmatiseringseffektene på positive måter. Oppgaven har dessuten til hensikt å øke bevisstheten rundt samfunnets og helsepersonells holdninger og tilnærming til personer med kjønnsinkongruens. For individet kan økt aksept og forståelse muligens bety forskjellen på god og dårlig livskvalitet.

1.3 Problemstilling, presisering og avgrensing

I tilnærming til problemstillingen er fokus valgt med tanke på at kjønnsinkongruens byr på store utfordringer for den det gjelder. Gjennom å rette fokus mot opplevelsen av stigmatisering ønsker jeg å bidra til økt kunnskap og forståelse om kjønnsinkongruente personers utfordringer i møte med omgivelsene. For individer som rammes kan stigmatisering ifølge Coleman et al. (2012) bli uforenlig med normal livsførsel og sosial fungering og hindre god livskvalitet. Likevel har ringvirkningene av stigmatisering på kjønnsinkongruente individers helse og velvære i stor grad blitt forsømt i litteraturen (Weber, 2010). Studiens overordnede problemstilling lyder som følger:

Hvilke faktorer er av betydning for kjønnsinkongruente personers opplevelse av stigmatisering før kjønnsbekreftende behandling?

Fordi det er eksisterte lite kunnskap og forskning om opplevelsen av stigmatisering knyttet til kjønnsinkongruens startet jeg bredt ut med følgende problemstilling: ***Hvordan opplever personer med kjønnsinkongruens stigmatisering under oppveksten og i tiden frem mot iverksettelse av kjønnsbekreftende behandling?*** I løpet av oppgaven endte jeg imidlertid opp med en snevrere og mer spesifikk problemstilling, for å kunne holde meg innenfor rammene av en masteroppgave. Oppgaven er avgrenset til hvilke stressfaktorer (minoritetsstressorer) og stresslindrende faktorer som er av betydning i forhold til målgruppens opplevelse av stigmatisering. Mestringsstrategier og psykologiske mekanismer som aktiveres i kjølvannet av minoritetsstressorene vil være hovedfokus. For å forstå hvordan ulike individer opplever ulike situasjoner, vil jeg se på hvordan personlige egenskaper kan innvirke. Oppgaven kommer ikke til å gå i dybden helsemessige og sosiale konsekvenser av ulike stressprosesser, selv om dette trolig har innvirkning på totalopplevelsen av stigmatisering. Problemstillingen er ytterligere tilspisset ved å ekskludere personer som ikke har startet hormonbehandling. Dette er fordi jeg ønsker å undersøke om det å være under kjønnsbekreftende behandling har påvirket opplevelsen av stigmatisering sett retrospektivt. Ut i fra disse perspektivene har jeg stilt følgende forskningsspørsmål:

- 1) *Hvilke erfaringer har personer som opplever å være født i feil kropp med stigmatisering knyttet til kjønnsinkongruens? Hvordan oppleves dette for den enkelte?*
- 2) *Er det noen forskjeller på individets opplevelse av stigmatisering nå sammenliknet med før iverksettelse av kjønnsbekreftende behandling?*

1.4 Begrepsavklaring

Stigmatisering, kjønnsinkongruens, kjønnsidentitet og kjønnsbekreftende behandling er sentrale begreper knyttet til oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Begrepene vil gå igjen gjennom oppgaven, og det er vesentlig at leseren har en forståelse av hva disse innebærer. Begrepene vil bli nærmere redegjort for i kapittel 2 og 3.

1.4.1 Kjønnsinkongruens

I denne oppgaven forstås kjønnsinkongruens som en uoverensstemmelse mellom biologisk kjønn og det tosidige konseptet av kjønnsidentitet og kjønnsrolle. Personene i denne studien identifiserer seg hovedsakelig som menn (født med kvinnelige genitalier) eller kvinner (født med mannlige genitalier), og vil i presentasjonen refereres til basert på selvopplevd identitet. En viktig grunn til at begrepet kjønnsinkongruens brukes fremfor mer anvendte begrep som transseksualisme eller transkjønnethet, er fordi HBRS har formidlet at de anser disse begrepene som støtende. Ifølge HBRS ønsker majoriteten av deres medlemmer en begrepsbruk som beskriver heller enn definerer. Imidlertid godtas begrepet kjønnsinkongruens, men det understrekes at fenomenet for de fleste av foreningens medlemmer innebærer en opplevelse av å være født i feil kropp. Andre begreper vil de unntaksvis benyttes for å unngå at meningsinnholdet endres, for eksempel når det refereres til andres forskning.

1.4.2 Kjønnsidentitet og kjønnsrolle

Kjønnsidentitet referer ifølge Olson, Forbes og Belzer (2011) til enkeltmenneskets iboende følelse av å være mann, kvinne eller et alternativt kjønn; det er et individuelt, indre, og personlig anliggende. Videre hevder de at kjønnsidentiteten kan være i overensstemmelse med en persons biologiske kjønn eller kjønn registrert ved fødselen, eller den kan skille seg fra det. For Olson et al. (2011) er kjønnsrolle den sosiale konstruksjonen av kjønnsidentitet; det handler om karakteristika i personlighet, utseende og adferd som innen et gitt samfunn og historisk periode er betegnet som maskulint eller feminint, og som er typisk for, forventet eller foretrukket av personer av ett kjønn eller det andre. Coleman et al. (2012) hevder at kjønnsrolle handler om hvordan man ytre sett uttrykker kjønnsidentitet, og dermed hvordan

omgivelsene oppfatter ens kjønn. Det kan vises gjennom klær, sminke, væremåte eller på annet vis. Kjønnsuttrykket kan som kjønnsrollen gjenspeile eller skille seg fra kjønnsidentiteten (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999; Coleman et al., 2012).

1.4.3 Kjønnsbekreftende behandling

Kjønnsbekreftende behandling innebærer i denne oppgaven diagnostisering, hormonbehandling og kirurgiske inngrep som gis i behandlingsøyemed på bakgrunn i at diagnosen transseksualisme er stilt. Behandling består av å gjøre kroppen mest mulig i samsvar med individets opplevde kjønn. Selv om hormonbehandlingen kan være pubertetsuttsettende, dreier det seg i denne studiens kontekst om hormoner som fremmer kjønnskarakteristika til det medisinske kjønnnet som behandlingen tar sikte på å føre til. Hormonbehandlingen er enten feminiserende eller maskuliniserende (Coleman et al., 2012).

1.4.4 Stigmatisering

Stigmatisering forstås her som en sosial prosess, og innebærer å tillegge et individ eller en gruppe diskrediterende egenskaper på bakgrunn av ett bestemt kjennetegn eller «stigma» som gjør dem annerledes enn andre. Denne merkingen medfører tap av egenverdi og attraktivitet for dem som rammes, og tildeler dem en minoritetsstatus som får et større fokus enn deres øvrige egenskaper (Goffman, 1975).

1.5 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1: Innledningsvis presenteres bakgrunnen for valg av tema, og studien plasseres i en kontekst. Problemstillingen, forskningsspørsmål og avgrensninger presenteres og redegjøres for.

Kapittel 2: består av en redegjørelse for kjønnsinkongruens, inkludert diagnose, terminologi samt gjeldende behandlingsretningslinjer. Inneholder i tillegg historisk bakgrunn for forskningsfeltet.

Kapittel 3: Med utgangspunkt i problemstillingen og de underliggende forskningsspørsmålene inneholder dette kapitlet en gjennomgang av relevant tidligere forskning på kjønnsidentitetstematikk.

Kapittel 4: Den teoretiske referanserammen som problemstillingen belyses ut fra vil i dette kapitlet redegjøres for. Begreper knyttet til teorigrunlaget presenteres og gjennomgås.

Kapittel 5: inneholder en gjennomgang av studiens vitenskapsteoretiske ståsted og forskningsmetodiske tilnærming. Her presenteres en hermeneutisk tilnærming, hvor kvalitativt forskningsintervju er benyttet for innsamling av datamateriale. Videre redegjøres her for de ulike trinnene i studiens forskningsprosess samt forskningsetiske vurderinger.

Kapittel 6: Basert på data fra seks intervjuer presenteres her funnene som analysen av datamaterialet resulterte i.

Kapittel 7: I dette kapitlet vil studiens funn drøftes. Funnene knyttes opp mot studiens teoretiske referanseramme og settes i sammenheng med lovverk og tidligere forskning. Kapitlet avrundes med en vurdering av studiens troverdighet, der mulige styrker og svakheter i studien har et hovedfokus.

Kapittel 8: er en oppsummering av hva studien har vist. Basert på studiens problemstilling og forskningsspørsmål forsøkes det i dette kapitlet å samle trådene i forhold til hovedfunn. Avslutningsvis forsøkes her å gi implikasjoner for fremtidig forskningsbehov innenfor kjønnsidentitetstematikk.

2 BAKGRUNNSKUNNSKAPER

Fordi jeg på forhånd hadde begrensede kunnskaper om studiens tema ble litteratursøk initialt innledet med tanke på å skaffe bakgrunnskunnskaper om kjønnsinkongruens. Grunnen til at det her redegjøres for terminologi, diagnose og gjeldende behandlingsretningslinjer, er blant annet fordi dette er vesentlig for å forstå hvilken rolle elementene spiller i et behandlingsforløp. Dessuten kan disse elementene i seg selv bidra til stigmatisering, noe som vil drøftes senere i oppgaven. Også en historisk bakgrunn for kjønnsinkongruens vil her presenteres. At disse aspektene ble undersøkt i forkant av intervjuene var for å optimalisere for en helhetlig forståelse av intervjupersonenes opplevelser.

2.1 Kjønnsinkongruens – terminologi og diagnose

Cohen-Kettenis & Gooren (1999) forklarer transkjønnethet med at individer føler at biologisk kjønn (sex) ikke stemmer overens med kjønnsidentitet (gender identity). Fenomenet refererer til en mangfoldig gruppe av individer som krysser kulturdefinerte kjønnskategorier (transseksuelle, genderqueer, menn-til-kvinner (MtK), kvinner-til-menn (KtM), transkjønnede eller androgyne med flere) (Bocketing, 2009; Coleman et al., 2012). Mange forskere mener at kjønnsidentiteten blir programmert allerede i mors liv, og at kjønnsinkongruens kan være en nevrobiologisk tilstand (Hansen, 2008). Tilstanden kan delvis ha sitt utgangspunkt i hjernen, og en del forskere tror pregningen i fosterlivet og forholdene rett etter fødselen har betydning for utviklingen av diagnosen (Hansen, 2008). Forekomsten av kjønnsinkongruens rangerer i vestlige land fra 1:11900 til 1:45000 blant MtK og fra 1:30000 til 1:200000 blant KtM, avhengig av metodologien som er brukt i de studiene som har forsøkt å estimere dette (Coleman et al., 2012).

Terminologi og diagnose er viktige elementer i behandlingstilbudet da det kan tilby et felles språk og rammeverk. Diagnosemanualen International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) er den offisielle klassifikasjonen for psykiske lidelser og legemlige sykdommer og skader i Norge (Verdens Helseorganisasjon (WHO), 2016). Manualen klassifiserer F.64.0 Transseksualisme som en ekstremvariant av ulike

kjønnsidentitetsforstyrrelser, og diagnosen regnes fortsatt som en psykiatrisk diagnose (WHO, 2016). I henhold til WHO (2016) defineres transseksualisme som:

«... et sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn. Følelse av avsky for, og ofte utilstrekkelighet ved, eget anatomisk kjønn ledsager vanligvis lidelsen. Ønske om kirurgisk eller hormonell behandling for å gjøre kroppen i mest mulig samsvar med det foretrukne kjønn, er vanlig».

I den amerikanske diagnosemanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-V), er diagnosen identitetsforstyrrelse erstattet med kjønnsdysfori (Bouman & Richards, 2013). Ennå må pasienter i Norge oppfylle kriteriene for diagnosen som beskrevet i ICD-10 og DSM-V, og vise psykisk, somatisk og sosial stabilitet før de anbefales å gå videre i et behandlingsopplegg (OUS, 2014). Kjønnsdysfori defineres som stress eller lidelse forårsaket av uoverensstemmelsen mellom en persons kjønnsidentitet og biologiske kjønn, og de assosierte primære og sekundære kjønnskarakteristika. Kjønnsdysfori rammer ikke nødvendigvis alle kjønnsinkongruente personer (Coleman et al., 2012).

Ifølge Olson et al. (2011) bestemmer ikke diagnosemanualene bare hvordan mentale lidelser defineres og diagnostiseres, men også hvordan mennesker anser seg selv og andre. Dette var medvirkende faktorer til diagnoseendringen i DSM. Dessuten ble kjønnsidentitet ansett analogt til homoseksualitet, som ble fjernet fra DSM i 1973 (Olson et al., 2011). I ICD-11 som er forventet publisert i 2016 ser Bouman og Richards (2013) det som sannsynlig at WHO har erstattet begrepet transseksualisme med kjønnsinkongruens, og at diagnosen ikke lenger er plassert under mentale lidelser og adferdsforstyrrelser. Med andre ord er vi på vei bort fra en psykopatologisk modell av transidentitet, men frem til DSM-VI og ICD-12 foreligger (minst to tiår til), vil den samme tilstanden kunne være diagnostisert som en psykiatrisk lidelse i DSM-V og som en ikke-psykiatrisk lidelse i ICD-11 (Bouman & Richards, 2013).

2.2 Kjønnsbekreftende behandling i Norge

World Professional Association for Transgender Health (WPATH) er en organisasjon som blant annet har utarbeidet den internasjonalt anerkjente behandlingsstandarden, Standards of Care (SOC) for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens. SOC bygger på klinisk erfaring, forskning og faglig konsensus (Coleman et al., 2012). I Norge foregår behandling ved NBTS. Helsedirektoratet (2015) fremhever SOC som viktige internasjonale retningslinjer for helsehjelp ved kjønnsinkongruens, og NBTS opplyser om at dagens behandlingstilbud vurderes opp mot SOC (OUS, 2015).

Den tverrfaglige behandlingsgruppen ved NBTS har ifølge Tønseth et al. (2010) vært etablert siden 1967 og har hatt formell landsfunksjon siden 1979. Behandlingsgruppen omfatter stillinger innen barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, barne- og voksenendokrinologi, gynekologi og plastikkirurgi (OUS, 2014). Ifølge OUS (2015) vil man bli innkalt til konsultasjonstime hos psykiater for diagnostisk vurdering når skriftlig henvendelse fra pasientens lege og/eller psykolog foreligger. Konsultasjonstimen dreier seg blant annet om å bekrefte diagnosen F64.0 og utelukke komorbiditet som bipolar lidelse, psykose eller rusmisbruk. Pasienten vil deretter ha jevnlig kontakt med psykiaterne i en evalueringsperiode som vanligvis varer i ett år (OUS, 2014). Ett av kriteriene pasientene må oppfylle under den psykiatriske utredningen er at «... lidelsen forårsaker betraktelig klinisk stress, med permanent sosial, yrkesmessig eller familiær funksjonsnedsettelse» (Tønseth et al., 2010, s 2). Når pasienten har fått diagnosen og arbeidsgruppen ved NBTS anbefaler kjønnsbekreftende kirurgi, vil man bli undersøkt hos endokrinolog. Dersom det ikke er noen medisinske hindringer for videre behandling, vil man begynne den endokrine (hormonelle) behandlingen, som varer livet ut (Tønseth et al., 2010). Under første periode av hormonbehandlingen (normalt ett til to år) oppfordres pasienten til å leve som sitt opplevde kjønn. Dette kalles virkelighetserfaring (Real Life Experience) (OUS, 2014). Etter denne perioden tilbys pasienten kirurgisk behandling, dersom psykiateren mener det er forsvarlig. Behandlingen er individuell, og behandlingstiden varierer derfor mellom pasienter (Tønseth et al., 2010). OUS (2014) beskriver at utredningsperioden normalt tar to til tre år, noe som anses nødvendig blant annet for å unngå feildiagnostisering.

Per august 2014 hadde cirka 500 personer gjennomgått kjønnsbekreftende kirurgi i Norge, og Rikshospitalet utførte inntil 20 kjønnsbekreftende operasjoner årlig (OUS, 2014). Ifølge OUS

(2016) er en stadig økende andel av pasienter som er registrert eller henvist til NBTS under 18 år, noe de begrunner med endrede utrednings- og behandlingstilbud, bedre informasjon samt det at stadig flere velger å stå frem i stedet for å leve i det skjulte. Et overordnet mål med kjønnsbekreftende behandling er at individer skal oppnå varig tilfredshet med kjønnsidentiteten, for å maksimere generell helse, psykologisk velvære og selvrealisering (Coleman et al., 2012).

2.3 Historisk bakgrunn

Bockting (2009) oppsummerer de første 25 årene av dette relativt nye forskningsfeltet (1960-1985) som forsøk på å respondere på en nesten universell følelse blant kjønnsinkongruente på manglende samsvar mellom biologisk kjønn og kjønnsidentitet. Opprinnelig ble det skilt mellom diagnosene transseksualisme og transvestittisme (Bockting, 2009). Tiden fra 1985 representerer et gradvis paradigmeskift mot et identitetsbasert heller enn et sykdomsbasert perspektiv. Pioneren Virginia Prince innførte begrepet transgenderist, og understreket at kjønn er «... mellom ørene mine, ikke mellom mine ben» (Bockting, 2009, s. 104). Fra å assistere individer i «kjønnsskifte» for å «bli» mann eller kvinne, er tilnærmingen til behandling skiftende i retning av å fremme en prosess som hjelper kjønnsinkongruente personer med «å komme ut» (Bockting, 2009).

I vesten regnes Richard von Krafft-Ebing som den første vitenskapsmannen som forsket på seksuell adferd og kjønns mangfold på slutten av 1800-tallet (Lombardi, 2010). Ifølge Lombardi (2010) arbeidet Karl Ulrichs i samme tidsepoke med å forbedre den juridiske og sosiale situasjonen for seksual- og kjønnsminoriteter, mens Magnus Hirschfeld var først ute med å utforske kjønnsbekreftende behandling. Hirschfeld bisto Lille Elbe som ble den første til å få gjennomført genital kirurgi med sikte på å få kroppens fysikk til å samsvare med sin opplevelse av kjønnsidentitet (Lombardi, 2010). Klinisk støtte til medisinsk behandling startet i USA med Harry Benjamin. I 1948 ordinerte han for første gang østrogen til en pasient for å oppnå fysiske kroppsendringer, en kvinne som senere fikk kjønnsbekreftende kirurgi i Tyskland (Lombardi, 2010). Lombardi (2010) påpeker at man i 1960- og 70-årene så en vekst i antall sentre rundt om i USA som behandlet personer med kjønnsinkongruens. Legitimering av medisinsk behandling til pasientgruppen ble videre støttet gjennom dannelsen av Harry

Benjamins International Gender Dysphoria Association i 1971, som vi i dag kjenner som WPATH.

Lombardi (2010) hevder at tilgangen til behandling i USA ble dårligere fra 1980-årene. Mange motarbeidet tilbudet, og studier som ikke representerte pasientgruppens stemmer ble brukt for å argumentere for at kjønnsinkongruens burde forbys. Etter hvert som flere kjønnsidentitetsklinikker ble nedlagt i 80-årene, ble det samtidig færre ressurser tilgjengelig for videre forskning på feltet. Som en mulig respons på et forringet behandlingstilbud og til marginaliseringen som fulgte med dette, begynte kjønnsinkongruente miljøer å organisere seg for å etablere politisk og sosial endring (Lombardi, 2010).

Paradigmeskiftet fra et sykdomsbasert til identitetsbasert perspektiv har implikasjoner for diagnosen kjønnsidentitetsforstyrrelse; det er ikke individet, men helseforskjellene som assosieres med sosial stigmatisering som utgjør et vedvarende problem blant personer med kjønnsinkongruens (Bockting, 2009). Det er et paradoks at diagnostiske begreper fremmer behandling og tilgang til forsikringsdekning i Norge og enkelte andre vestlige land, samtidig som begrepsbruken kan ha en stigmatiserende effekt (Bouman & Richards, 2013). Med økt synlighet i samfunnet blir kjønnsinkongruente ansett som en minoritetsgruppe heller enn en populasjon med en mental lidelse, og det er en økende interesse for forskning på området (Lombardi, 2010).

3 KUNNSKAPSSTATUS

Dette kapitlet består av en gjennomgang av de funn som er gjort av empirisk forskning av relevans for studiens problemstilling. Da forskningsfeltet er relativt ferskt ble litteratursøk en tidkrevende prosess der bakgrunnskunnskapene beskrevet i forrige kapittel blant annet bidro til å lette utfordringene jeg hadde med å finne passende søkeord.

3.1 Litteraturgjennomgang

Initialt ble det utført vide database-søk på CINAHL og Google Scholar for å få en oversikt over hva som finnes av forskning på kjønnsinkongruens. Søkeordene *transsexual**, *transgender**, *gender dysphoric*, *gender dysphoria*, *gender variant*, *genderqueer OR gender incongruence* ble brukt i kombinasjon med AND *lived experience*, *life experience**, *social discrimination*, *social stigma*, *social acceptance*, *social approval OR social perception*. Søkene ble videre begrenset til kvalitativ forskning, hvilket gav 16 funn på CINAHL. Etter hvert som problemstillingen ble innsnevret ble søkestrategien endret. Søkeordene *transsexual** OR *transgender** AND *stigma** OR *minority stress* ble benyttet på databasene CINAHL, Ovid Medline og PsycInfo. Til tross for at det ikke ble valgt spesifikke begrensninger på søkene, samt at enkelte studier med samme tematikk ble tatt videre til et referansesøk i Web of Science (som følger artikler frem i tid), fant jeg ingen studier i Medline eller CINAHL som var relevante for min studie. På PsycInfo ble det imidlertid gjort 183 funn med samme søkestrategi. Av disse inkluderte jeg studier som oppfylte følgende kriterier:

- Var skrevet på norsk eller engelsk
- Fokuserte primært på stigmatisering, diskriminering eller fordommer blant personer med kjønnsinkongruens (LHBT-studier ble ekskludert hvis de hovedsakelig fokuserte på seksuell orientering, og transidentitet kun ble perifert behandlet)
- Studiene kunne være kvantitative eller kvalitative, og måtte fokusere på levekår, stressprosesser, helsekonsekvenser eller stressfaktorer (lindrende eller hemmende)

Fordi få studier ble funnet vil jeg i de neste avsnittene gjennomgå hver enkelt relativt grundig.

3.2 Norsk forskning

Ingen av forskningsartiklene blant mine funn var norske, men ved en nærmere gjennomgang av referansene fant jeg én studie som oppfylte mine kriterier. Ros (2013) har foretatt en kvalitativ undersøkelse på hvordan personer med kjønnsidentitetstematikk sine erfaringer virker inn på levekår, livssituasjon og livskvalitet. Levekårsundersøkelsen er til min bekjentskap den første om gruppen i Norge. Ros (2013) benyttet tre fokusgruppesamtaler med til sammen 19 personer med kjønnsidentitetstematikk for å frembringe innsikt i deres hverdag i familie, skole og arbeidsliv, helsevesenet og andre offentlige etater. Utvalget var i alderen 17-60 år og hadde en overvekt av menn-til-kvinner ($n=12$). Alle landsdeler unntatt Nord-Norge var representert. Rekrutteringen skjedde via etablering av kontakt med sentrale personer og organisasjoner, som videreformidlet informasjon og anmodet aktuelle kandidater om selv å melde sin interesse for deltakelse. Tre hovedfunn ble fremhevet i rapporten, hvorav det ene omhandlet frykten og usikkerheten som må overvinnes på veien til selverkjennelse og til å kunne være seg selv utad. Det andre hovedfunnet gjaldt mangelfulle kunnskaper om og lite forståelse for kjønnsidentitetstematikk på alle arenaer, mens det siste tok for seg helsevesenet, og dreide seg blant annet om utilstrekkelig kompetanse blant helsepersonell (Ros, 2013).

3.3 Internasjonal forskning

Breslow, Brewster, Velez, Wong, Geiger & Söderström (2015) understreker et særlig behov for å undersøke psykologiske stressprosesser som kan være utløst av diskriminering. Med minoritetsstressmodellen (Meyer, 2003) som linse har Breslow et al. (2015) utforsket hvordan ulike mestringsstrategier kan redusere psykologiske konsekvenser av tre minoritetsstressorer blant kjønnsinkongruente individer: 1) *diskriminering av kjønnsinkongruente personer* (fordommer og trakassering), 2) *internalisert transfobi* (definert som kjønnsinkongruente individers evne til å rette samfunnets negative evalueringer mot egen selvforståelse) og 3) *vissheten om stigma* (definert som forventningen om eller frykten for fremtidig diskriminering). I stedet for mestringsstrategier på individnivå (eksempelvis motstandsdyktighet og selvaksept) fokuserte Brewslow et al. (2015) på mestringsstrategier som kan oppnås ved kollektiv handling gjennom engasjement i for eksempel en støttegruppe

for kjønnsinkongruente. Metode for datainnsamling var en online spørreundersøkelse. En rekke eksisterende måleinstrumenter ble tilpasset studiens målgruppe. Utvalget bestod av 552 deltakere i alderen 18-71 år fra 44 amerikanske delstater. Studien bekreftet hypotesen om at nivåer av psykisk stress øker i takt med økte nivåer av de tre minoritetsstressorene.

Bockting, Miner, Romine, Hamilton og Coleman (2013) tok utgangspunkt i en hypotese om at minoritetsstressorene følt stigma, erfart stigma og fortielse av ens transidentitet vil være negativt assosiert med mental helse, og at denne relasjonen vil kunne modereres av støtte fra familie, stolthet over egen identitet og andre faktorer relatert til motstandsdyktighet. Også i denne kvantitative studien ble forbindelsene mellom stigma og mental helse vurdert opp mot minoritetsmodellen. Fordi fortielse forringer muligheter til å utfordre opplevd eller forventet stigma fra majoritetskulturen, forventet Bockting et al. (2013) at investering i å passere som ens opplevde kjønn ville henge nært sammen med følt stigma. En annen antakelse i studien var at større grad av åpenhet om kjønnsidentitet ville kunne assosieres med faktiske opplevelser av avvisning og diskriminering. I tillegg forventet Bockting et al. (2013) at kjønnsinkongruente kvinner ville rapportere høyere nivåer av erfart stigma og lavere nivåer av følt stigma. Dette fordi det ble antatt at det er lettere for menn enn for kvinner å passere som sitt opplevde kjønn. Utvalget ($n = 1093$) i tverrsnittstudien bestod av kvinner og menn på 18 år eller eldre, som identifiserte seg som transkjønnede og som bodde i USA. 48/50 stater var representert. I en online spørreundersøkelse ble det benyttet standardiserte måleinstrumenter for å teste hypotesene. Instrumentene testet ulike punkt og krevde ulike svarteknikker. Sammenliknet med den generelle befolkningen hadde utvalget i denne studien uforholdsmessige høye forekomster av depresjon, angst og generelle psykiske plager, hvorav hele 40,1 % av respondentene rapporterte om depresjon. De rapporterte plagene var assosiert med følt og erfart stigma. Verbal trakassering var den vanligste formen for erfart stigma blant begge kjønn (70,4 %), etterfulgt av problemer med anskaffelse av jobb (37,9%). I studien ble det funnet få forskjeller mellom kvinner og menn (Bockting et al., 2013).

Lombardi, Wilchins, Priesling & Malouf (2001) har gjennomført en kvantitativ tverrsnittstudie i USA, hvor de ved hjelp av spørreskjema ville undersøke faktisk erfart vold og trakassering blant personer med kjønnsinkongruens. Studien testet en hypotese om at økonomisk diskriminering basert på status som kjønnsinkongruent har en større effekt enn demografiske karakteristika på sannsynligheten for å rapportere en voldelig hendelse. Økonomisk diskriminering ble i studien definert som å få sparken, ikke bli ansatt, bli

degradert, miste forfremmelsesmuligheter eller å bli urettmessig irettesatt. En voldelig hendelse ble definert som overgrep med eller uten våpen, voldtekt, seksuelt overgrep eller overgrepforsøk. Trakassering ble ikke definert. Kun deltakere som svarte bekreftende på at de hadde opplevd vold og trakassering grunnet kjønnsidentiteten ble inkludert.

Spørreskjemaet bestod av ja/nei spørsmål. I tillegg ble samtlige deltakere bedt om en detaljert beskrivelse av de to verste hendelsene de hadde blitt utsatt for. Studien viste at 59,5 % av deltakerne ($n = 402$) hadde erfart en form for trakassering gjennom livsløpet, hvorav verbal trakassering og forfølgelse var de to hyppigst forekommende hendelsene. En fjerdedel hadde opplevd en eller flere voldelige hendelser. 14 % hadde blitt utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk, mens 19,4 % av utvalget rapporterte å ha bli utsatt for fysisk overgrep. Studien viste at fulltidsarbeid, høy alder og høy inntekt var assosiert med lavere sannsynlighet for å oppleve vold. Videre ble det funnet tre ganger høyere sannsynlighet for kjønnsinkongruente sammenliknet med ikke-kjønnsinkongruente personer å bli utsatt for økonomisk diskriminering. Blant kjønnsinkongruente som bekreftet å ha blitt utsatt for slik diskriminering, var sannsynligheten for å oppleve vold nesten fem ganger større enn for ikke-kjønnsinkongruente. Hvordan slike hendelser oppleves for den enkelte sier studien ingenting om. Lombardi et al. (2001) mener at vold og trakassering mot minoritetsgruppen vil vedvare inntil det på politisk plan gjøres endringer som gir større rom og aksept for deres eksistens. I artikkelen understrekes et behov for forskning som kan øke forståelsen av effekten diskriminering og fordommer har på livene til kjønnsinkongruente personer.

En undersøkelse av LHBT-personer utført av Roth, Nykvist og Boström (2006) viste at kjønnsinkongruente personer hadde dårligere psykisk helse enn den øvrige befolkningen, især blant yngre (16-29 år). I undersøkelsen var ikke personer med kjønnsinkongruens like åpne om sitt kjønnsuttrykk blant familie, venner og andre som homoseksuelle personer var om sin seksuelle legning. Opplevelsen av uro og angst var langt vanligere blant personer med kjønnsinkongruens sammenliknet med den øvrige befolkningen, og igjen var aldersgruppen 16-29 år overrepresentert. 40 % av respondentene oppga at de hadde nedsatt psykisk velbefinnende, og halvparten av studiens respondenter med kjønnsinkongruens svarte at de noen gang hadde hatt selvmordstanker. Også dette var hyppigere forekommende i aldersgruppen 16-29 år (65 %). Selvmordsforsøk var vanligere blant LHB-personer enn befolkningen som helhet. Særlig blant kjønnsinkongruente var selvmordsforsøk fremtredende, der hele 21 % svarte at de noen gang hadde forsøkt å ta sitt liv (Roth et al., 2006).

Nuttbrock, Hwang, Bockting, Rosenblum, Mason og Macri (2009) hevder at psykisk velvære påvirkes av i hvilken grad transidentiteten respekteres, kan inkorporeres i sosiale roller, samt hvor mye rom individet gis til fritt å uttrykke sin kjønnsidentitet. De tillegger derfor identitetsbekreftelse og støtte fra nære omgivelser stor vekt. Med dette utgangspunktet gjennomførte Nuttbrock et al. (2009) en studie blant kjønnsinkongruente kvinner (MtK) i New York ($n = 333$.) Respondentene var i aldersgruppen 19-39 år. De yngste rapporterte oftere at manglende støtte fra omsorgspersoner hadde resultert i følelse av isolasjon, og siden tvunget dem ut i hjemløshet. Faktisk oppga hele 44 % i aldersgruppen 10-14 år at de hadde opplevd vedvarende psykisk mishandling, der overgriperne oftest var foreldre eller andre familimedlemmer (Nuttbrock et al., 2009).

Etter omfattende litteratursøk fant jeg bare én studie som kvalitativt utforsket kjønnsinkongruente personers opplevelse av motstandsdyktighet i relasjon til stigmatisering. Ved hjelp av semistrukturerte intervjuer undersøkte Singh, Hays og Watson (2011) hvilke motstandsstrategier gruppen utviklet i respons på sosial stigmatisering og diskriminering. Motstandsdyktighet ble definert som individets tilgjengelige ressurser for håndtering av stressende situasjoner. Problemstillingen var: «Hvordan beskriver transkjønnede personer meningen med deres levde erfaringer med motstandsdyktighet?» (Singh et al., 2011, s. 21). Utvalget bestod av 11 kvinner og 9 menn i alderen 19 – 52 år med stor variasjon i forhold til etnisitet. Det ble benyttet en kombinasjon av bekvemmelighets- og snøballstrategi for å rekruttere deltakerne. 16 personer deltok i et fokusgruppeintervju, mens de øvrige fem deltok i tre individuelle intervjuer hver med en ukes mellomrom mellom intervjuene. Studien identifiserte fem temaer relatert til motstandsdyktighet; utvikling av en selvgenerert definisjon av selvforståelse, omfavning av egenverd, bevissthet om undertrykkelse, forbindelse med et støttende fellesskap og dyrkning av fremtidshåp. I tillegg fremkom sosial aktivisme samt det å være en positiv rollemodell for andre som viktige faktorer i møte med stigmatisering (Singh et al., 2011).

3.4 Oppsummering

Litteraturgjennomgangen viste at sosial undertrykkelse av kjønnsinkongruente individer er veldokumentert, hvorav verbal trakassering gikk igjen som den vanligste formen for erfart stigmatisering i flere av studiene. Høye forekomster av psykiske og sosiale helseutfall sammenliknet med majoritetsbefolkningen var gjennomgående. Ingen av studiene gikk i dybden på hvordan individets iboende egenskaper alene kan resultere i økt motstandsdyktighet i møte med sosial stigmatisering. For økt kapasitet til å takle negative reaksjoner, vektla flere av studiene grupperessurser (især støttegrupper for personer med inkongruens) fremfor individuelle faktorer. Mesteparten av forskningen blant de 183 funnene var av kvantitativ art, og selv om flere fokuserte på stigmatisering, fant jeg kun to studier som fokuserte på hvordan dette faktisk opplevdes for kjønnsinkongruente personer. Flere undersøkte stigmatisering sett fra behandlerens perspektiv i stedet for gjennom rammede individers øyne. En overvekt av studiene fokuserte dessuten på kvinner (født med mannlige genitalier). Dette var også tilfelle i studiene som her er redegjort for, og er ifølge Bockting et al. (2013) betegnende for forskning som primært omhandler personer med kjønnsinkongruens. Ellers var det svært mange av de 183 studiene som fokuserte på kjønnsbekreftende behandling, som urogenital kirurgi, brystoperasjoner og stemmetrening. Det som finnes på forskningsfeltet er stort sett publisert i tidsskrifter knyttet til psykiatri, counselling eller transgenderism. Ingen av studiene som oppfylte inklusjonskriteriene var innenfor sykepleiefeltet. Etter omfattende litteratursøk er mitt inntrykk at det generelt er gjort minimalt med studier som tar for seg kjønnsinkongruens på sykepleiefeltet.

4 TEORETISK REFERANSERAMME

Ilan H. Meyer er en amerikanske professor med akademisk bakgrunn innenfor sosialpsykologi. Han har gjennomført utstrakt forskning på minoritetsidentiteter relatert til seksuell orientering, kjønn, rase og etnisitet (UCLA, 2016). Meyer (2003) har utviklet en minoritetsstressmodell som beskriver en økt forekomst av mentale lidelser blant lesbiske, homofile og bifile (LHB) personer. På tross av de mange ulikhetene LHB-personer imellom, hevder Meyer at de deler «... remarkably similar experiences related to prejudice, stigma, discrimination, rejection, and violence directed toward them across cultures and locales» (Meyer, 2007, s. 242). Basert på eksisterende forskning er dette opplevelser som også gagnar personer med kjønnsinkongruens. Derfor mener jeg modellen med små modifikasjoner kan overføres også til denne minoritetsgruppen. Dessuten forklarer modellen den økte forekomsten av mentale lidelser som forårsaket av sosiale stressorer relatert til stigmatisering. Av den grunn mener jeg modellen kan bidra med et relevant perspektiv for å forstå hvordan stigmatisering oppleves for denne studiens målgruppe. I dette kapitlet presenteres dermed minoritetsstressmodellen som studiens teoretiske referanseramme, som senere vil ligge til grunn for drøfting av empirien.

4.1 Stigmatisering

I utvikling av minoritetsstressmodellen har Meyer (2003) tatt utgangspunkt i flere sosiologiske og psykologiske teorier (Goffman, 1963; Lazarus & Folkman, 1984; Antonovsky, 1987 med flere), som blant annet diskuterer de ugunstige effektene fordommer og stigmatisering kan ha hos rammede individer. Meyer (2003) benytter i liten grad egne definisjoner, men henviser i stedet til begrepene slik de blir benyttet i annen stressteori. I denne oppgaven ligger dermed andre forfatteres definisjoner til grunn for flere av konseptene som til sammen utgjør minoritetsstressmodellen. Goffmans (1975) tenkning om stigma som en sosial merking av enkeltmenneske med tap av egenverdi og attraktivitet, danner forståelsesrammen av stigmatisering i denne studien. Videre følger en redegjørelse for stigmatiseringsbegrepet før oppgaven går nærmere inn på minoritetsstressmodellens ulike komponenter.

4.1.1 Den tilsynelatende sosiale identitet

Erving Goffman (1922-1982) anses som en sentral representant innen interaksjonistisk sosiologi. Hans begreper har hatt stor innvirkning på sosiologisk tenkning og forskningspraksis (Store Norske Leksikon, 2014). Goffman (1975) var opptatt av det relasjonelle mellom mennesker som samhandler, og han mente at det er det sosiale miljø og dets spilleregler som gjør oss i stand til å forholde oss til de mennesker vi møter. I møte med fremmede individer vil vi ifølge Goffman (1975) tilegne dem en «tilsynelatende sosial identitet» ved å inndele dem i kategoriene «de normale», «de potensielt diskrediterte» og «de diskrediterte». Individer som kategoriseres som bærere av et stigma (i én av de to sistnevnte kategoriene) blir negativt betraktet på grunnlag av å bære en fryktet eller en ikke sosialt akseptert egenskap.

At Goffman (1975) opererer med to kategorier av stigmatiserte skyldes at enkelte stigmatiserte egenskaper kan skjules. De diskrediterte kan anta at deres stigma er tydelig i samhandling med de normale, mens de potensielt diskrediterte sikter til dem som i utgangspunktet kan skjule sin egenskap fordi den ikke er åpenbar for andre. For de som kan bli diskrediterte ved avsløring av stigmaet, blir kontroll over informasjon om egenskapen det basale interaksjonsproblemet – å fortelle eller la være, til hvem, hvordan og når (Goffman, 1975). For å beskytte seg mot skam, skyld og sosial avvisning generert av stigma, vil den stigmatiserte stadig kjempe med valget mellom å stå frem eller skjule sin stigmatiserende egenskap (Goffman, 1975). Goffman (1975) eksemplifiserer informasjonskontroll hos de som risikerer å bli stigmatisert blant annet med beskrivelser av den prostituerte som vil skjule sitt arbeid for familien, alkoholikeren som forsøker skjule sitt misbruk på jobb og den gifte homoseksuelle som skjuler sin legning. Ved å besitte egenskaper som ikke betraktes normale for gitte kategorier, lever ikke individene opp til de normales forventninger – det oppstår en uoverensstemmelse mellom den tilsynelatende og den faktiske sosiale identitet. Det er denne situasjonen Goffman (1975) betegner som et stigma, og han definerte stigma som «... en diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra full sosial aksept» (Malavé, Ramakrishna, Heylen, Bharat & Ekstrand, 2014, s. 397).

I tillegg til en faktisk og en tilsynelatende identitet er Goffman (1975) også opptatt av en følt identitet, og han beskriver dette som den subjektive følelsen personen får om seg selv, sin karakter og situasjon som et resultat av forskjellige sosiale erfaringer. Følt identitet belyser altså hva individet føler om sitt stigma og håndteringen av følelsene. Goffman (1975) hevder

at personen kan føle ambivalens i forhold til andre som er i samme situasjon som seg selv, og kan splittes mellom å identifisere seg med de som deler deres stigma og de normale.

4.1.2 Stigmatisering – en sosial prosess

I henhold til Goffman (1975) er stigmatisering et resultat av en relasjon mellom egenskaper og stereotype klassifiseringer av mennesker. Denne relasjonen endrer egenskapen til et negativt stigma og kan potensielt bidra til uønskede sosiale konsekvenser (O'Brien, 2011). Folks fokus på stigmaet overskygger de andre egenskapene ved personen, og «merkede» individer eller grupper møter hyppigere på ulemper knyttet til arbeidssituasjon og inntekt, utdanning, boforhold og medisinsk behandling (Weber, 2010). Stigmatisering forstås som en sosial prosess der individer av andre tilskrives diskrediterende kjennetegn, der rådende kulturelle oppfatninger knytter ugunstige egenskaper til personer med disse kjennetegnene (Weber, 2010). I forhold til stigmatisering understrekes nødvendigheten av en maktbalanse (sosial, økonomisk eller politisk) og begrepet anvendes ofte når «... etikettering, stereotyping, adskillelse, statustap og diskriminering eksisterer innen en maktsituasjon som fremmer forekomsten av stigmatisering» (Weber, 2010, s. 384).

4.1.3 Tre typer stigma

Goffman (1975) skiller mellom kroppslige, karakter- og gruppemessige stigma, hvorav synlige funksjonshemminger er eksempler på det førstnevnte. Samfunnsklasse og etnisk bakgrunn er eksempler på gruppemessige stigma, mens homoseksualitet og trolig også kjønnsinkongruens er stigmaer som kommer innunder det karaktermessige. Goffmans (1975) fokus på det relasjonelle vedrørende å definere noe som et stigma, henger sammen med sosiale variasjoner i forhold til hvilke egenskaper som anses som diskrediterende. Hvilke normer og oppfatninger som ligger til grunn for hva som forstås som normalt eller avvikende vil variere. Hvorvidt ulike sykdommer eller religiøs tilhørighet kategoriseres som et stigma avhenger av måten de oppfattes på, og denne oppfatningen vil kunne være forskjellig i ulike samfunn og kulturer (Goffman, 1975).

4.2 Minoritetsstressmodellen

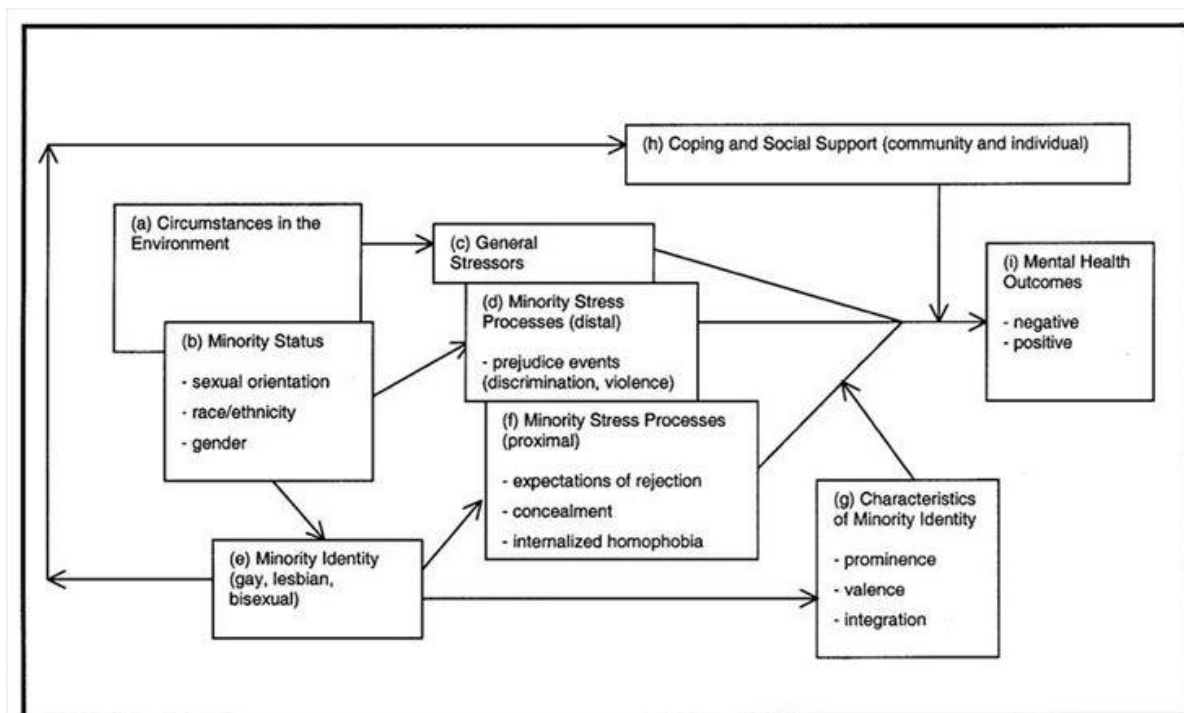


Figure 1.
Minority stress processes in lesbian, gay, and bisexual populations.

Minoritetsstressmodellen (Figur 1) (Meyer, 2003, s. 679) beskriver distale stressprosesser (fordomsfulle hendelser) (*d*), proksimale stressprosesser (forventning om avvísing, fortielse om ens kjønnsidentitet og internalisert homofobi) (*f*) samt lindrende mestringsprosesser (*h*). Modellen hjelper å forklare ulikheter i LHB-personers helse (Meyer, 2003). Bakgrunnen for modellen er en hypotese om at LHB-personer har høyere forekomster av mentale lidelser enn heteroseksuelle (Lombardi, 2001). Den økte forekomsten av mentale lidelser blant personer som tilhører en stigmatisert minoritetsgruppe, forklarer Meyer (2003) med at stigmatisering, fordommer og diskriminering skaper stressende sosiale omgivelser for dem som utsettes for dette. Meyer (2003) har gjort en meta-analyse av eksisterende forskning på området, der overvekten av forskningen bekrefter hypotesen. Han understreker imidlertid at tilgjengelige studier er preget av blant annet metodologiske begrensninger og lite sofistikerte måleverktøy. Likevel mener han at empirien som ligger til grunn for konklusjonen er overbevisende og støtter opp om minoritetsstressmodellen (Meyer, 2003).

Meyer (2003) hevder at dersom minoritetsgrupper faktisk har større risiko for mentale lidelser grunnet sosialt stress, er det essensielt både å forstå denne risikoen samt faktorer som kan lindre stress og bidra til mental helse. En slik forståelse er ifølge Meyer (2003) en forutsetning for at helsevesen og politikere skal kunne jobbe mot effektive forebyggings- og intervensjonsprogrammer i forhold til negative helseeffekter av stigmatisering. Antakeligvis er forståelse av kjønnsinkongruens også en forutsetning for at personer med kjønnsidentitetstematikk skal kunne oppnå økt aksept i samfunnet. Jeg mener at målgruppens opplevelser av stigmatisering vil kunne gi et nyttig bakteppe for videre forskning rundt stigmatisering, og at minoritetsstressmodellen gir en relevant teoretisk referanseramme for å kunne belyse studiens overordnede problemstilling.

4.2.1 Generelt stress

Ifølge Antonovsky (2012) påvirkes mennesket av alle slags typer stressfaktorer mer eller mindre permanent gjennom livsløpet som de aktivt må reagere på eller handle i forhold til. Generelt stress forstås som stress som kan ramme alle mennesker uavhengig av kjønnsidentitet, og kan beskrives som «... any condition having the potential to arouse the adaptive machinery of the individual» (Meyer, 2003, s. 675). Innen psykologisk litteratur defineres stressfaktorer som hendelser eller vilkår som resulterer i endring og som krever individuell tilpasning til den nye livssituasjonen (Meyer, 2003). Stressfaktorene kan være psykososiale, fysiske og biokjemiske. De kan være av kronisk karakter, som varige ryggmerter, eller det kan dreie seg om store livshendelser, som skilsmisse eller å miste et barn (Antonovsky, 2012).

4.2.2 Sosialt stress

Stressforskere har ifølge Meyer (2003) identifisert både individuelle og sosiale stressfaktorer. Begrepet sosialt stress strekker seg utover generelt stress ved å foreslå at betingelser i de sosiale omgivelsene, og ikke bare personlige hendelser, er stresskilder som kan resultere i negativ effekt på fysisk og psykisk helse (Meyer, 2003). Av den grunn hevder Meyer (2003) at det er rimelig å forvente at sosialt stress har sterk innvirkning på livene til personer som tilhører stigmatiserte sosiale kategorier. Slike kategorier kan blant annet relateres til

kjønnsidentitet, sosioøkonomisk status, seksuell orientering og etnisk bakgrunn (Meyer, 2003). At stress er relatert til sosiale strukturer har å gjøre med at individet må sees i samspill med sine sosiale omgivelser (Meyer, 2003). For å begrunne dette viser han til teoretikere som blant annet hevder at interaksjon med andre er avgjørende for å utvikle en følelse av selvet og for velvære, og at mennesket lærer om seg selv ved å sammenlikne seg med andre (Pearlin, 1999; Stryker & Statham, 1985). Meyer (2003) refererer også til Selye (1982) som har beskrevet følelse av harmoni med sine omgivelser som så essensielt at mangel på en sådan følelse kan vurderes som årsak til minoritetsstress.

4.2.3 Minoritetsstress

For å poengtere at stigmatiserte minoritetsgrupper rammes av sosialt stress som et resultat av deres minoritetsposisjon i samfunnet bruker Meyer (2003) begrepet minoritetsstress. Minoritetsstress referer til forholdet mellom minoritetens og dominerende verdier og påfølgende konflikt med sosiale omgivelser slik det oppleves av medlemmer av minoritetsgruppen (Meyer, 2007). En underliggende antakelse i begrepet er at minoritetsstress er unikt fordi det kommer i tillegg til generelle stressfaktorer som vi alle kan oppleve, som tidspress eller skilsmisse. En annen antakelse er at minoritetsstress er kronisk, fordi det kan knyttes til relativt stabile underliggende sosiale og kulturelle strukturer. Dessuten anses minoritetsstress som sosialt basert i det det utgår fra sosiale prosesser, institusjoner og strukturer (Meyer, 2003).

4.2.4 Sosiale minoritetsstressprosesser

I minoritetsstressmodellen beskrives stressprosesser langs et kontinuum som strekker seg fra distale (*d*) til proksimale (*f*) stressfaktorer. Distale faktorer defineres som objektive hendelser eller vilkår idet de ikke avhenger av individets oppfatninger og vurderinger og dermed kan anses som uavhengige av personlig identifisering med ens tildelte minoritetsstatus (Meyer, 2003). Proksimale stressprosesser er subjektive, og dess mer proksimale de er dess mer er de relatert til selvidentiteten som minoritet (Meyer, 2003).

Meyer (2003) opererer med fire stressprosesser som er av særlig relevans for LHB-individer. ***Eksterne, objektive stressende hendelser og betingelser*** beskrives som generelle stressfaktorer som oppstår på bakgrunn av individets minoritetsstatus. Disse regnes som de mest distale stresskildene, og oppleves belastende på grunn av tilpasningskravene de kan pålegge individene. De kan være kroniske eller akutte, og Meyer (2003) beskriver dem som objektive fordi de er observerbare og verifiserbare. Stressfaktorene eksisterer i personens sosiale omgivelser, og forekommer blant annet i form av fordommer (negative meldinger) og diskriminering (lover som kriminaliserer en minoritetsgruppe) (Meyer, 2003). Han beskriver fordomsfulle hendelser som kjernestressorer blant minoritetspersoner, hvilket kan innebære alt fra diskriminerende lovverk, til brudd på menneskerettigheter og ulike former for trakassering (Meyer, 2003). Historien kan ifølge Meyer (2003) vitne om grusomheter som er begått mot minoritetsgrupper basert på fordommer og antiholdninger. Blant annet belyser han nazistenes utrydding av homofile samt lovverk som åpner for at homofili kan straffes med fengsel, kastrering, tortur og død. I 2001 rapporterte Amnesty International at LHBT-personer fortsatt er gjenstand for utbredt menneskerettighetsbrudd på et spekter som strekker seg fra tap av verdighet til overfall og drap (Meyer, 2003). Meyer (2003) viser til en nasjonal undersøkelse utført av organisasjonen Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN), der verbal, seksuell og fysisk trakassering samt fysisk overgrep var hyppig forekommende hendelser blant respondentene. Undersøkelsen viste at hele 90 % av LHBT-ungdom noen ganger eller hyppig hadde fått negative bemerkninger relatert til seksuell legning eller kjønnsidentitet på skolen, ofte også fra skoles ansatte. Mange opplevde dessuten dårligere inntekt sammenliknet med andre med for eksempel samme yrke og utdanningsbakgrunn (Meyer, 2003). Mann (2013) viser hvordan LHBT-ungdom er en særlig risikogruppe for utvikling av depresjon, selvmord, forstyrret kroppsbilde og rusmisbruk grunnet fremmedgjøring fra jevnaldrende kolleger, medstudenter eller andre som det er naturlig å sammenlikne seg med. Andre psykososiale bekymringer blant LHBT-personer inkluderer avvisning i nære relasjoner, traumer, juridiske og utdanningsrelaterte problemer og manglende finansiell støtte (Olson et al., 2011). Økt forekomst av negative helseutfall blant LHBT-personer, kan ifølge Mann (2013) tilbakespores til stigmatisering og diskriminering. Meyer (2003) hevder at opplevelsen av subjektivt stress avhenger av forholdet mellom individet og dets omgivelser, og forventes å ha en sterk innvirkning på livene til individer tilhørende en sosialt stigmatisert kategori. Minoritetsstressmodellen foreslår at stigmatisering, fordommer og diskriminering utgjør unike, kroniske psykososiale stressorer som kan resultere

i negative helsemessige utfall (Meyer, 2003). Minoritetsgrupper må tillegne seg tilleggsferdigheter for å klare å håndtere slikt stress. Parallellt med en oppfatning av økende stigmatrussel vil LHBT-individets behov for å utvikle årvåkenhet øke (Mann, 2013).

Den andre stressprosessen Meyer (2003) har identifisert er dermed **forventninger om eksterne, objektive hendelser og betingelser, og årvåkenheten denne forventningen krever**. Årvåkenhet vil si å være konstant på vakt mot fordommer i interaksjon med andre, og kan eksempelvis dreie seg om forventningen om eller frykten for å bli avvist. Samtidig som årvåkenhet hos Meyer (2003) kategoriseres som en stressprosess betegner han videre dette som en defensiv mestringsstrategi. Meyer (2003) hevder medlemmer av minoritetsgrupper lærer å forvente negative holdninger fra medlemmer av den dominerende kulturen, og årvåkenhet benyttes for å avverge potensielt negative tilbakemeldinger, diskriminering eller vold. Stressprosessen sees hos Meyer (2003) i sammenheng med stigmatisering, og han relaterer stigmatrusselen til interne prosesser. Årvåkenhet er mer en proksimal stressprosess, idet den involverer et samspill mellom individet og individets omgivelser (Hendricks & Testa, 2012). Å lære seg å forvente negativ respons på sitt stigma fra den dominerende kulturen, kan resultere i en konflikt mellom individets selvforståelse og oppfatning av andre (Meyer, 2007). Samspillet mellom personen og omgivelsene påvirker ifølge Goffman (1975) personens selvforståelse, og en slik indre konflikt kan igjen føre til en sårbar og ustabil selvforståelse (Goffman, 1975; Meyer, 2003). Fordi den fremkalles gjentatte ganger i minoritetspersonens hverdag, beskrives årvåkenhet som en kronisk stressprosess som må vedlikeholdes (Meyer, 2003).

En tredje stressprosess i minoritesmodellen omhandler **fortielse versus avsløring vedrørende en stigmatisert egenskap**. Meyer (2003) veksler mellom å omtale disse som stressprosesser og mestringsstrategier. De to ulike mestringsstrategiene adresserer henholdsvis frykt for diskriminering og behov for selvintegritet. De spenner fra å passere (det å bli sett som sitt opplevde kjønn) og tildekke seg, til å være implisitt eller eksplisitt ute (Meyer, 2003). Å lære og skjule seg beskrives av Meyer (2003) som den vanligste strategien blant LHB-individer, og innebærer en konstant monitorering av sin oppførsel under alle omstendigheter. Fordi klesstil, gange og snakkemåte kan være avslørende kilder i forhold til individets stigmatiserte egenskap, resulterer ofte fortielse i begrensninger på individets omgangskrets, uttrykksmåte og interesser (Meyer, 2003). Fortielse benyttes i frykt for å bli angrepet eller få sparken fra arbeidsstedet, men kan også bero på skam- eller skyldfølelse. Samtidig som fortielse sikter

mot å avverge negative konsekvenser av stigmatisering, går mestringsstrategien ofte på bekostning av individets energi og krefter og kan slå negativt tilbake (Meyer, 2003). Smart og Wegner (2000) har beskrevet bevisste og ubevisste kognitive prosesser som er nødvendige for hemmelighold av en stigmatisert egenskap. De har kalt den indre opplevelsen for det fortløpende individet for et «privat helvete». I tillegg til negative helsemessige konsekvenser som følger av undertrykte følelser, kan fortidlige også hindre tilgang til formelle og uformelle støttende ressurser (Meyer, 2003). Samtidig kan også avsløring slå negativt tilbake på sosiale arenaer. Imidlertid omtaler Meyer (2003) avsløring oftest som en stresslindrende strategi.

Den siste og mest proksimale stressprosessen i minoritetsmodellen, er **internaliseringen av negative samfunnsmessige holdninger**. Stressprosessen regnes som subjektiv fordi den ikke er direkte observerbar (Hendriks & Testa, 2012). Fordi den kan ha direkte innvirkning på individets evne til å takle stress ved å redusere individets motstandsdyktighet, beskriver Meyer (2003) denne prosessen som den potensielt mest ødeleggende. Dette kan for eksempel dreie seg om internalisert homofobi; en selv-stigmatiserende prosess som gjør individet i stand til å se seg selv fra et forestilt andre-perspektiv (Meyer, 2007). Internalisert homofobi definerer han som individets evne til å rette negative sosiale holdninger mot selvet, hvilket leder til devaluering av selvet, interne konflikter og lavt selvbilde (Meyer, 2003). I studien er Meyers (2003) begrep internalisert homofobi oversatt til internalisert transfobi, og valgt brukt med samme definisjon. Meyer (2003) sidestiller internalisert homofobi med å mislykkes i «å komme ut»-prosessen, en prosess som optimalt resulterer i utvikling av en sunn identitet der minoritetsidentiteten er inkorporert. Ved internalisert homofobi vil det trolig kreves betydelig energi for å vedlikeholde stabilitet og sammenheng i selvkonseptet (Meyer, 2003). Grunnet tidlige sosialiseringsopplevelser og fortsatt utsettelse for antiholdninger mener Meyer (2003) det er sannsynlig at internalisert homofobi forblir en viktig faktor for minoritetspersoners psykologiske tilpasning livet ut, selv etter at individet har akseptert sin stigmatiserte egenskap. Meyer (2003) hevder at studier har vist sammenheng mellom internalisert stigmatisering og depresjon, angstsymptomer, rusmisbruk og selvmordstanker. Forskning har også funnet mulige relasjoner mellom internalisert stigma og selvskading (inkludert spiseforstyrrelser), risikabel seksualadferd (med tilsyn på seksuelt overførbare sykdommer) og vanskeligheter med intime relasjoner (Meyer, 2003).

4.2.5 Mestring og stresslindrende faktorer

Meyer (2003) er opptatt av at minoritetsstatus så vel som stress også kan assosieres med ressurser som beskytter minoritetsmedlemmer fra ugunstige helsemessige effekter av minoritetsstress. Samtidig som minoritetsstatusen kan være kilder til stress, mener han statusen også kan representere ressurser til å takle stigmatisering. Meyer (2003) hevder at suksessfull mestring av ulike stressprosesser er vanlig forekommende blant LHB-personer. I denne oppgaven forstås mestring som

«... stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre» (Vifladt & Hopen, 2004, s. 61).

Motstandsdyktighet (resiliens) er en forutsetning for mestring som Meyer (2003) er særlig opptatt av. Motstandsdyktighet forstås her som evne til å takle motgang, stress og negative hendelser, samt kapasiteten til å unngå psykologiske problemer til tross for alvorlige trusler mot tilpasning og utvikling (Grossman, D'Augelli & Frank, 2011; Masten, 2001).

Motstandsdyktighet viser til individuelle variasjoner med tanke på hvordan slike trusler responderes på, og variasjonen i menneskers respons på samme risiko må sees i sammenheng med miljøets rolle i utviklingen (Masten, 2001). Det er samspillet mellom individuelle forskjeller og miljø som avgjør om tilpasningen lykkes eller ikke. Ifølge Masten (2001) utvikles motstandsdyktighet fra helt normale funksjoner i vårt tilpasningssystem. At kroppen mobiliserer beskyttende mekanismer som motstand mot opplevelsen av trussel, betegnes av Masten (2001) som «ordinary magic».

I miljøet rundt oss finnes sårbarhetsfaktorer som kan øke den negative påvirkningen av stigmatisering eller andre trusler, men Meyer (2003) er vel så opptatt av stresslindrende faktorer som kan redusere en negativ påvirkning. I tillegg til motstandsdyktighet avhenger suksessfull mestring av tilgjengeligheten på slike stresslindrende faktorer – hjelpemidler som kan anvendes i møte med fordommer eller andre utfordringer. Disse faktorene kan defineres som «... enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning» (Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 213). Hvorvidt personen mestrer opplevde stressprosesser suksessfullt kommer an på styrken av og antallet stresslindrende faktorer (Antonovsky, 2012).

I forhold til mestring understreker Meyer (2003) viktigheten av å skille mellom personlige ressurser og grupperessurser. Blant personlige ressurser som opererer på et individnivå, nevner han personlige egenskaper og motstandsdyktighet. En vil her se store variasjoner blant medlemmer innen samme minoritetsgrupper. Personlige egenskaper kan eksempelvis dreie seg om positivt selvbilde, intelligens, skoleprestasjoner, autonomi, selvtillit, problemløsende egenskaper, humor og god mental og fysisk helse (Meyer, 2007). Meyer (2003) er imidlertid særlig opptatt av de helsemessige fordelene ressurser på et gruppenivå kan ha, og som er tilgjengelige for alle minoritetsmedlemmer. Gjennom tilhørighet til minoritetsstøttegrupper, hevder han at stigmatiserte individer får oppleve sosiale omgivelser hvor de ikke stigmatiseres av andre samtidig som gruppen kan ha en støttefunksjon. For eksempel kan gruppen bidra til å sette stressende betingelser i perspektiv og gjøre at en tar mindre skade av slike (Meyer, 2003). Meyer (2003) mener at medlemmer av slike grupper gjerne sammenlikner seg med andre gruppemedlemmer heller enn medlemmer av den dominerende kulturen. I fravær av grupperessurser hevder Meyer (2003) at selv ellers ressurssterke individer vil kunne oppleve mangelfull mestring.

5 VITENSKAPSGRUNNLAG OG METODE

Den opprinnelige greske betydningen av metodebegrepet er «veien til målet», og metode i denne oppgaven dreier seg om fremgangsmåten for innsamling av empiri. Metoden hjelper oss igjennom studiens ulike faser, og er et hjelpemiddel for å kunne gi en beskrivelse av virkeligheten som studeres (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet med denne studien var å fremskaffe innsikt og kunnskap om hvordan stigmatisering oppleves for personer med kjønnsinkongruens. I dette kapitlet vil først vitenskapsteoretisk og faglig plattform som er særlig inspirert av Kvale og Brinkmann (2009) bli presentert. De beskriver forløpet i intervjustudier som en reise gjennom følgende syv faser: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering (Kvale & Brinkmann, 2009), og de ulike stadiene vil bli redegjort for i dette kapitlet. Videre redegjøres det for utvalgsstrategi og intervjupersoner og forskningsetiske vurderinger.

5.1 Vitenskapsteoretisk ståsted og tilnærming

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er hermeneutikk læren om fortolkningen av tekster. For å få svar på problemstillingen har jeg valgt et kvalitativt, utforskende design og en hermeneutisk tilnærming fordi jeg er opptatt av å forstå hvordan virkeligheten oppleves for personer med kjønnsinkongruens. I studien søkes det å fortolke intervjupersonenes opplevelse gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart fremkommer (Thagaard, 2003). Intensjonen er å belyse virkeligheten slik den fortoner seg for den enkelte intervjuperson og videre søke å fortolke intervjupersonenes virkelighet i lys av studiens kontekst. Hvordan jeg forstår intervjupersonenes livsverden vil med andre ord påvirke hvordan dataene tolkes (Kvale & Brinkmann, 2009). Hermeneutikken legger vekt på at mennesket er forstående og fortolkende vesener som ikke er løsrevet fra den konteksten de er en del av (Thornkvist, 2003). En grunntanke er at vår forståelse bygger på visse forutsetninger som bestemmer hva som er forståelig eller uforståelig. Gilje og Grimen (1999) henviser til Gadamer, som kalte disse forutsetningene for forforståelse eller fordommer. Forforståelse er nødvendig for å muliggjøre forståelse, og forforståelsen blir formet av erfaringer, kunnskaper

og praksis (Gilje & Grimen, 1999). Neumann og Neumann (2012) hevder at tolkning i stor grad preges av forskerens forforståelse, og at intervjupersonene påvirkes av forskerens nærvær, væremåte og måten forskeren stiller spørsmålene på. Videre hevder de at forskerens egen historie er medbestemmende for forskningsvalg og tilnærming, hvilket krever kritisk refleksjon fra forskerens side (Neumann & Neumann, 2012). Dette tilsier at alle ledd i studiens prosess vil være farget av min forforståelse. Selv har jeg fulgt et nært familiemedlem gjennom en mangeårig kjønnsbekreftende behandling. Gjennom alt vedkommende har delt vil jeg lett kunne gjenkjenne, leve meg inn i eller ta avstand fra intervjupersonenes ulike beskrivelser. Dette vil både kunne styrke og svekke studiens validitet. I tillegg har studiens litteratursøk bidratt til å øke min forforståelse på området.

Studiens tilnærming ivaretar ønsket om å komme så nær intervjupersonens subjektive livsverden som mulig (Polit & Beck, 2012). Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er all forskning i prinsippet hermeneutisk ettersom den alltid vil innebære fortolkning av tekst. De påpeker at hermeneutikk er relevant i dobbel betydning i intervjuforskning. Først fordi metoden belyser dialogen som produserer intervjuetekstene som skal fortolkes, og videre fordi den avklarer den etterfølgende fortolkning av intervjuene, som igjen kan oppfattes som en dialog eller samtale med tekstene. Kvale & Brinkmann (2009) hevder at hermeneutikk fokuserer på konteksten heller enn essensen av fenomenet under utforskning, og har til oppgave å redegjøre for hva forståelse og fortolkning er. I tillegg forsøker hermeneutikken å finne ut hvordan forståelse er mulig. Det en søker å forstå er grunnlaget for menneskers eksistens og meningsfulle fenomener knyttet til dette (Kvale & Brinkmann, 2009).

Hermeneutikk er bakgrunnen for humanvitenskapenes utvikling, og kommer ifølge Dalland (2006) inn under ett av to grunnleggende kunnskapssyn. Der positivismen og naturvitenskapene søker å forklare naturfenomener, prøver humanvitenskapene å forstå menneskelivet ut fra et mangfold av uttrykksformer. Mennesket blir her sett som en helhet sammensatt av mange deler av opplevelse (Dalland, 2006). Det å forstå individets opplevelse av stigmatisering rundt kjønnsinkongruens sett i ettertid av påbegynt eller fullført kjønnsbekreftende behandling, er sentralt i dette prosjektet. Dersom en naturvitenskapelig vinkling hadde blitt valgt som grunnlag for metoden, kunne det muligens blitt vanskeligere å holde på et individperspektiv. Naturvitenskapelige metoder er avgjørende for å finne forklaringer på fenomenet kjønnsinkongruens, men for å forstå intervjupersonenes

opplevelser av stigmatisering knyttet til kjønnsinkongruens kan vi få hjelp av hermeneutikken. Hermeneutikken kan bistå oss i å finne skjulte meninger bak fenomenet, og dermed tolke det (Dalland, 2006). Ved utforskning av menneskers erfaringer og opplevelser vil det være begrenset hva man finner med epidemiologisk forskningsmetode og statistisk hypotesetesting (Polit & Beck, 2012). Jeg mener derfor at en kvalitativ metode er et adekvat valg i forhold til studiens problemstilling. «Tekst, tolkning, forståelse, ny tolkning og ny forståelse, alt dette er deler i en helhet som stadig vokser og utvikles og er uttrykk for det genuint menneskelige» (Dalland, 2006, s. 57). I tråd med Kvale og Brinkmann (2009) ble det i studiens tematiseringsfase formulert forskningsspørsmål og formålet med studien klargjort. Deretter fulgte innhenting av forhåndskunnskap om kjønnsinkongruens og stigmatisering, før trinn to med planlegging av veien videre kunne fortsette.

5.2 Design

Problemstillingen indikerer et utforskende design for å bidra til ny innsikt om individets opplevelse av stigmatisering. Jeg har valgt et utforskende design fordi studiens tema er lite belyst i norsk forskningssammenheng. En utforskende tilnærming er fleksibel og kan ifølge Kvale og Brinkmann (2009) være velegnet når en søker ny informasjon om og nye innfallsvinkler til et emne.

Forskningsdesign beskriver retningslinjer for hvordan et prosjekt planlegges utført. Retningslinjene omfatter beskrivelser av hva som er studiens fokus, hvem som er aktuelle intervjupersoner, hvor undersøkelsen er gjort og hvordan den er utført (Thagaard 2006). Ifølge Polit og Beck (2012) styrer problemstillingen valg av design og metode for en forskningsstudie. Hva en ønsker å oppnå med studien angir altså utgangspunktet for fremgangsmåten. I tillegg til å fungere som en plan for gjennomføringen av studien, forteller designet noe om studiens kontekst, teoretiske grunnlag og plassering i en vitenskapelig setting. For at leseren skal kunne vurdere studiens pålitelighet er det nødvendig med en redegjørelse av den metodiske fremgangsmåten (Polit & Beck, 2012; Kvale & Brinkmann, 2009).

I utgangspunktet hadde det vært ønskelig med en longitudinell studie, der intervjupersonene følges over tid. Det hadde vært interessant og sammenliknet intervjupersonenes opplevelse av stigmatisering og strategier tilknyttet dette før, under og etter fullført kjønnsbekreftende behandling. Imidlertid ble det ansett som urealistisk å klare dette innen tidsrammen for masteroppgaven på to år. Kjønnsbekreftende behandling kan ta årevis. Dermed ble det valgt å gjennomføre en studie med kun ett intervju per deltager. Polit og Beck (2012) kritiserer tidsrelaterte hensikter bak valg av et slikt design, da resultatene angivelig kan bli misledende og tvetydige. Derimot hevder de at designet passer seg når det er logisk å anta at en variabel kom forut for den andre. I denne oppgavens tilfelle ville ikke intervjupersonene hatt behov for å håndtere stigmatisering rundt kjønnsinkongruens, uten at de selv hadde strevd med denne tematikken.

5.3 Datainnsamling

Til studien er kvalitative forskningsintervju benyttet for å få dybdekunnskap om hvordan personer som er under eller har fullført kjønnsbekreftende behandling opplever stigmatisering. Studien er basert på semistrukturerte dybdeintervjuer. Dybdeintervjuer gir med åpne spørsmål rom for relativt fri samtale, og retningen styres delvis av intervjupersonen (Tjora, 2012). Dette kan åpne for intervjupersonens spontane ytringer og synspunkt, og dermed gi forskeren mulighet til å gå i dybden for å kartlegge nyanser ved intervjupersonens opplevelse av fenomenet som studeres. Forskeren gis anledning til å stille oppfølgingsspørsmål og avklarende spørsmål. Intervjupersonen oppfordres dermed til å utdype sine svar og eventuelle misforståelser vil kunne avverges (Polit & Beck, 2012).

Da kjønnsinkongruens er relativt sjeldent forekommende, var håpet at mulighetene som ligger i dybdeintervjuets karakter ville kunne optimalisere datametningen. Tjora (2012) hevder at dybdeintervju kan være velegnet til å få se fenomenet fra intervjupersonens ståsted samt utforske intervjupersonens refleksjoner over levde erfaringer. Dessuten kan dybdeintervju være hensiktsmessig når man vet lite om fenomenet. Dybdeintervjuene er tatt opp på bånd, og utgjør den viktigste datakilden fordi de muliggjør det å komme nært på både personer og fenomener samt i noen grad å utforske og reflektere sammen med intervjupersonene. En av fordelene med kvalitative metoder er at de rettet mot å formidle forståelse (Polit & Beck,

2012). Å bidra til økt forståelse av hva kjønnsinkongruens innebærer er et overordnet mål ved studien. Styrker ved kvalitative metoder er at de tillater oppfølgingsspørsmål som kan gi klarhet i eventuelle uklarheter, og som kan gi viktig informasjon om relevante elementer som forskeren ikke hadde tenkt på forut. I tillegg åpner metodene for å endre synspunkt underveis, noe som er særlig viktig når en studerer noe som ikke har blitt studert på liknende måte tidligere (Silverman 2010).

5.3.1 Utforming av intervjuguide

Med utgangspunkt i studiens opprinnelige problemstilling og de to forskningsspørsmålene ble det utformet en semistrukturert intervjuguide med sentrale temaer og spørsmål som til sammen dekket de viktigste områdene undersøkelsen skulle belyse. At intervjuguiden er semistrukturert betyr ifølge Kvale og Brinkmann (2009) at den har noen hovedspørsmål som gir retning og fokus for samtalen samtidig som den er sensitiv for tema intervjupersonene tar opp. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at intervjuguiden gir samtalen struktur. Dessuten er intervjuguiden avgjørende for å oppnå det samme utgangspunktet for intervjupersonene i utvalget når data og resultat skal sammenliknes (Kvale & Brinkmann, 2009).

Med en semistrukturert intervjuguide kunne jeg gå inn i intervjusituasjonen med en fastsatt retning for intervjuet. Samtidig hadde jeg muligheten til å være fleksibel og stille relevante oppfølgingsspørsmål underveis. Dette var viktig grunnet studiens eksplorative design. Dessuten medførte semistrukturen at intervjuet kunne følge samtalen og innrette seg etter den informasjonen intervjupersonen gav fortløpende gjennom intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009). Fordi jeg ønsket spontane reaksjoner og var åpen for at fokus kanskje kunne skifte fra opplevelse av stigmatisering til for eksempel mestring av stigmatisering, fikk ingen av intervjupersonene intervjuguiden på forhånd. Altså fikk ingen anledning til å forberede seg.

I forkant av intervjuene foretok jeg et pilotintervju for å se hvordan guiden fungerte. Jeg ønsket blant annet å få et inntrykk av om mine spørsmålsformuleringer var klare og tydelige, om jeg fikk svar på det jeg ønsket å få svar på, samt å prøve ut min rolle som intervjuer. Jeg intervjuet en mann som oppfylte utvalgsriteriene for undersøkelsen. Dette resulterte i små justeringer av intervjuguiden.

5.3.2 Utvalgsstrategi og intervjupersoner

Utvalgsstrategi i studien er det Polit og Beck (2012) kaller et bekvemmelighetsutvalg. Intervjupersonene ble valgt etter lettest tilgjengelighet. Bekvemmelighetsutvalg omtales av Polit og Beck (2012) også som frivillighetsutvalg, og jeg benyttet denne strategien grunnet behovet for å få potensielle intervjupersoner til å tilkjenne seg frivillig og selv kontakte meg. Jeg brukte mye tid på å utforme inklusjonskriterier med tanke på å få intervjupersoner som kunne bidra med rikest mulig informasjon.

Det var ønskelig med et utvalg som kunne reflektere mangfoldet og variasjoner i individenes opplevelse av stigmatisering. Maksimum variasjon med en viss forskjell i alder, seksuell orientering, etnisitet og sosioøkonomisk situasjon kan ifølge Polit og Beck (2012) sikre informasjonsbredde. Når det likevel ble valgt bekvemmelighetsutvalg, er det fordi personer med kjønnsinkongruens utgjør en svært beskjeden andel av befolkningen. Jeg antok at rekruttering lettest kunne skje via Nasjonal Behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) eller en pasientforening for studiens aktuelle målgruppe.

5.3.3 Inklusjonskriterier

Utvalget endte med tre kvinner og tre menn i alderen 27 – 51 år som alle ble rekruttert via pasientforeningen Harry Benjamins Ressurssenter (HBRS): «Petter», «Heidi», «Atle», «Guro», «Beate» og «Henrik». For å innhente data ble det tatt utgangspunkt i to inklusjonskriterier. Disse presenteres her etterfulgt av en beskrivelse av hva hvert kriterium innebærer.

Menn og kvinner > 18 år som identifiserer seg med opplevelsen av å være født i feil kropp.

I denne studien innebar kjønnsinkongruens manglende samsvar mellom biologiske kjønn og psykologisk kjønnsidentitet, noe som av mange beskrives som en opplevelse av å være «født i feil kropp». Deltakere som eventuelt identifiserte seg under andre samlebegreper (eksempelvis transkjønnet/transseksuell/genderqueer/androgyn/annet) var også velkomne til å delta. Personene måtte ha påbegynt hormonbehandling. De kunne ha gjennomgått kjønnsbekreftende kirurgi, men dette var intet krav. Personer som hadde fullført

kjønnsbekreftende behandling ble også inkludert. Det krevdes ikke at personene planla, var eller hadde vært under behandling ved NBTS, og de trengte ikke å ha fått diagnosen transseksualisme for å delta.

Deltakerne må kunne snakke om og reflektere over sin egen livssituasjon.

Dette kriteriet innebar at deltakerne ikke skulle ha uttalte lidelser, som for eksempel demenstilstander eller alvorlig psykiske lidelser som kunne vanskeliggjøre en reell samtale. Deltakerne måtte kunne gjøre seg forstått på norsk eller engelsk.

5.3.4 Rekruttering av intervjupersoner

Etter å ha fått godkjent prosjektbeskrivelsen ble jeg tildelt en veileder i juni 2014. I samarbeid med veilederen ble det søkt Regional Komité for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) for godkjenning av prosjektet (vedlegg I). Etter at nødvendige godkjenninger forelå, avtalte jeg et møte med HBRS. Via ledelse i HBRS ble informasjonsskriv om studien (vedlegg II) samt samtykkeerklæringsskjema (vedlegg III) sendt til samtlige av foreningens medlemmer per e-mail. Medlemmene som ønsket å delta i studien kunne velge om de ville kontakte meg eller ledelsen ved HBRS per e-mail eller telefon for kontaktinformasjon. Jeg svarte fortløpende hver intervjuperson som kontaktet meg. Da kontakt var etablert fikk intervjupersonene tilsendt frankert konvolutt for innsending av signert informert samtykke. Ledelsen i HBRS måtte sende ut e-mail med informasjonsskriv om studien i to omganger, da kun to personer viste interesse første gang. Ved eventuell mangelfull rekruttering fikk jeg tillatelse til å gjøre informasjonsbrev og frankerte konvolutter tilgjengelig på venterommet ved NBTS, men dette trengte jeg ikke å benytte meg av. I tillegg tilbød ledelsen ved HBRS å være behjelpelige med snøballrekruttering ved manglende rekrutteringsrespons, noe jeg heller ikke fikk behov for. Etter rekrutteringsprosessen som varte fra oktober 2014 til januar 2015, fikk jeg etablert kontakt med åtte kandidater, hvorav seks personer til slutt ble intervjuet. Da en intervjuperson av personlige årsaker ikke møtte til to avtaler, ble det aldri avtalt et tredje tidspunkt for intervju.

5.3.5 Gjennomføring av intervju og forskerens rolle

Intervjupersonene fikk selv velge sted og tidspunkt for intervjuet. Etter avtale med hver enkelt intervjuperson, foregikk intervjuene på følgende arenaer: ett intervju ble gjennomført på arbeidsplassen til intervjupersonen, to intervjuer fant sted på et møterom ved Universitet i Oslo, mens de resterende intervjuene ble gjennomført hjemme hos forskeren. Ingen av intervjupersonene ønsket å benytte seg av eget hjem eller kafé og liknende som arenaer for intervjuet. Alle intervjuene foregikk i en skjermet sfære uten forstyrrelser som bakgrunnsmusikk eller liknende. Det var viktig for meg å skape en innledende ramme med klargjøring av mine intensjoner med studien for å vinne tillit hos intervjupersonene. Innholdet i informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen som de tidligere hadde fått utsendt ble repetert, og i et forsøk på å skape en avslappet atmosfære ble det servert lett bevertning mens forskeren sammen med intervjupersonene klargjorde intervjusituasjonen. Når intervjupersonen følte seg klar gikk vi over til intervjuguiden, der samtalen som avtalt ble tatt opp på båndopptaker. Hvert intervju varte uavbrutt fra 48 minutter til 2 timer og 23 minutter. I forkant av intervjuene forsikret jeg meg om at den enkelte syntes det var i orden med bruk av båndopptaker, selv om de på forhånd hadde blitt informert om dette.

Båndopptakeren gav meg anledning til å konsentrere meg om aktiv lytting til intervjupersonenes ulike måter å forstå, handle og tolke verden på. Den gav meg mulighet til å legge merke til det nonverbale kroppsspråket idet intervjupersonene formidlet, noe som igjen kunne gjøre meg observant på hvordan den enkelte hadde det underveis i samtalen. Kjønnssinkongruens kan være et sensitivt samtaletema, og det var viktig for meg underveis å forsikre intervjupersonen om at vedkommende ikke må føle seg forpliktet til å snakke utover komfortsone, eventuelt å gi vedkommende anledning til å få stoppe opp og samle seg før, han eller hun gikk videre i intervjusituasjonen. Silverman (2006) anser det som vesentlig at forskeren kan vise både fleksibilitet og evne til aktiv lytting overfor intervjupersonen. Som aktivt lyttende stilte jeg oppfølgingsspørsmål underveis, og det ble lagt vekt på ikke å låse samtalen til innholdet i intervjuguiden. Basert på intervjupersonenes vilje til å åpne seg og snakke om sine opplevelser i intervjusituasjonen, vurderte jeg det dithen at de opplevde innholdet i intervjuguiden som retningsgivende uten å være fastlåst. Intervjupersonen eide sine erfaringer og tanker, og uten å selv eie disse må jeg erkjenne at intervjuguiden stilte spørsmål som muligens baserte seg på mine antakelser, forforståelse og fordommer. Lerdal og Fagermoen (2011) omtaler forskeren som studiens viktigste verktøy, og intervjurollen er

avgjørende for å sikre pålitelige data. Videre understreker de at det å kommunisere ydmykhet, interesse og å skape et forum for fri tale og refleksjon er antakelig nøkkelen til et godt datamateriale, noe også jeg tilstrebet å få til. Kanskje ville ikke spørsmålene fått frem det som virkelig var viktig for intervjupersonen dersom den hadde vært fastlåst. Fordi det sentrale var å få frem intervjupersonenes opplevelser, forsøkte jeg å unngå spørsmål som bekreftet egne antakelser. I tråd med hermeneutikken anses kunnskap som subjektivt, fordi kunnskap konstrueres av enkeltpersonene i læringsprosessen samtidig som tidligere erfaringer påvirker kunnskapen (Gilje & Grimen, 1999). Det innebærer at jeg i samtale med intervjupersonene var i en relasjonell og medvirkende prosess, og at jeg dermed ble delaktig i kunnskapsgrunnlaget som denne studien har frembrakt. Det er i et slikt fellesskap valid og gyldig kunnskap kan oppnås (Kvale & Brinkmann, 2009).

5.4 Databehandling og transkripsjon

Straks intervjuene var gjennomført ble lydfilene lagret på en passord-beskyttet datamaskin. Lydfilene ble lyttet igjennom for å få en helhetlig forståelse før de i neste omgang ble transkribert til rådata. Å transkribere vil si at man går fra tale til skriftlig tekst for å klargjøre intervjumaterialet til analyse (Kvale & Brinkmann, 2009). Grunnet private omstendigheter ble ingen av intervjuene transkribert før etter fire måneder, selv om det i utgangspunktet hadde vært ønskelig å gjøre transkriberingen umiddelbart etter hvert intervju. Imidlertid ble det umiddelbart skrevet et sammendrag etter hvert intervju, der forskerens førsteinntrykk, tanker og stikkord ble notert til videre bruk i analysen. For å forenkle transkriberingsprosessen ble lydfilene overført til programmet Listen N Write og transkribert derfra. Lyder som latter, sukk og pauser ble markert, fordi ulike former for nonverbal kommunikasjon muligens kan signalisere følelser og skjulte meninger bak intervjupersonenes fortellinger. Skriften ble uthevet der hvor intervjupersonene la ekstra trykk i formidlingene. Når følelser kom til uttrykk på en markert måte, ble dette kommentert i parentes. For å sikre intervjupersonene best mulig mot gjenkjennelse ble dialekt og gebrokket tale kamuflert med utelukkende bruk av bokmål. Person- og stedsnavn ble anonymisert. Ord eller setninger som forskeren ikke klarte å få tak i ble markert med spørsmålsteget. For å optimalisere mulighetene for å «bli kjent» med datamaterialet, transkriberte jeg samtlige intervjuer selv. Det var en tidkrevende men interessant prosess, som parallelt innledet analyseprosessen. To av intervjupersonene

beveget seg ofte bort fra båndopptakeren, noe som resulterte i at deler av det som ble sagt ble umulig å høre. Dette er markert i parentes med svinn av en eller flere setninger, og kan ha resultert i tap av verdifull informasjon. En annen intervjuperson snakket gebrokkent, og selv om vedkommende gjorde seg godt forstått i intervjusituasjonen ble transkriberingen utfordrende med stor sjanse for at noe er feiltolket. Jeg har lyttet på intervjuene flere ganger og sammenliknet med transkripsjonene med båndopptakene. Ved et par tilfeller resulterte dette i oppdagelse av at jeg hadde hørt feil og mistolket ved tidligere gjennomlyttinger. Hvis transkriberingen av intervjuene var uklare eller det var noe med teksten jeg var usikker på, lyttet jeg til det aktuelle lydopptaket for å få tak i helheten i intervjuet. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2009), som hevder at en på denne måten får frem vesentlig mer av intervjuet enn fra en skrevet tekst alene.

5.5 Hermeneutisk meningsfortolkning som metode for dataanalyse

Begrepet analyseprosess viser til det arbeidet forskeren utfører for å utvikle en forståelse av det innsamlede datamaterialet, og å analysere betyr å dele opp i biter eller elementer (Kvale & Brinkmann, 2009). All kvalitativ forskningsanalyse handler om å redusere datamengden, og å abstrahere til mer generaliserbare kategorier og rekontekstualisere. Dette innebærer at det åpnes for konstruksjon av nye forståelser av teksten (Kvale & Brinkmann, 2009). Det finnes mange ulike metoder innenfor hermeneutisk analyse, men alle involverer en søken etter felles mønstre. Kvale og Brinkmann (2009) sier at en av de vanligste formene for analyse er koding eller kategorisering av intervjuuttalelsene, hvor forskeren leser gjennom transkripsjonene og kategoriserer de relevante avsnittene. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er hermeneutisk meningsfortolkning et verktøy for å gjøre analysen mer tilgjengelig. De mener at metoden kan utvide den opprinnelige teksten ved å se forbi den umiddelbare betydningen i det som ble sagt, og dermed legge til rette for en ny og dypere forståelse i tekstens innhold. De hevder at analyseprosessen skjer i flere trinn og på flere nivåer. Fremstilling av resultatene ble strukturert tematisk i tråd med Kvale og Brinkmanns (2009) tre tolkningskontekster: selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse. Ved å se disse tre i relasjon til hverandre kan utsagn og meninger gis mer dybde og sammenheng. Det er viktig å presisere at prosessen i denne studien har vært påvirket av min forforståelse av

helheten og at analysen har vært en kontinuerlig frem og tilbake prosess mellom deler og helhet slik Kvale og Brinkmann (2009) beskriver den hermeneutiske sirkel. Følgelig går trinnene og fortolkningskontekstene over i hverandre og meningen er ikke å betrakte dem som adskilte deler. Når de her er beskrevet separat er dette gjort i et forsøk på å gjøre fremstillingen av denne studiens analyseprosess så transparent som mulig.

5.5.1 Selvforståelse

Da intervjuene var ferdig transkribert ble råmaterialet forenklet med å fjerne unødvendige gjentakelser, lyder og liknende. Innen den første fortolkningskonteksten ble det formulert en kort utgave av hva jeg mente hvert enkelt utsagn ga uttrykk for. Jeg forholdt meg her meget nær utsagnene, og gjenga med egne ord og i kondensert form hva intervjupersonen sa. Jeg forsøkte altså å se det empiriske materialet fra intervjupersonens synsvinkel, noe Kvale og Brinkmann (2009) omtaler som intervjupersonens egen selvforståelse. I denne studien bestod det empiriske datamaterialet av 109 sider med skriftlig tekst. Omfanget gjorde det nødvendig å redusere datamaterialet og gjøre det mer oversiktlig. Lange setninger ble komprimert til kortere formuleringer, og resulterte i at innholdet i de seks intervjuene ble sammenfattet til mer konsise formuleringer. Meningsfortettingen, som Kvale og Brinkmann (2009) kaller det, gjenga til slutt intervjutekstens mening med få ord. Slik jeg tolker Kvale og Brinkmann (2009), utgjorde meningsfortettingen mine bestemmelser av de naturlige meningsenhetene slik intervjupersonene uttrykker dem. Utsagnene ble forsøkt gjengitt kortfattet uten å fordreie meningen med teksten, og jeg tilstrebet fordomsfrihet i fortolkningen. Med andre ord resulterte fortolkning på selvforståelsesnivå for at essensen av det empiriske materialet ble trukket ut.

For hvert intervju ble det opprettet et eget arbeidsnotat som bestod av et fortettet innholds- og meningsreferat. Dette arbeidet ble utført maskinelt i Word-dokumenter. Arbeidsnotatene bidro til å redusere mengden med tekst, og gjorde meningsdimensjoner i dokumentene tydeligere. Meningsfortettingen forenklet dessuten prosessen med å lese og få oversikt over materialet, og gjorde utsagnene mer brukervennlige for kommende steg i analysen. Sammen med råmaterialet la det meningsfortattede materialet grunnlag for meningskoding og senere for fortolkning. Videre ble det fortattede materialet sammen med rådataene gjennomgått systematisk for å forstå intervjupersonens meninger med uttalelsene. Derfra ble etter hvert meningsbærende enheter i transkripsjonene identifisert.

5.5.2 Kritisk forståelse basert på sunn fornuft

Neste fortolkningskontekst omtales som kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Denne har en bredere forståelsesramme enn selvforståelse men holder seg innenfor allmenn forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne fortolkningskonteksten ble utsagnene fortolket ved at det ble stilt kritiske spørsmål til tekstene i forsøk på å få svar på hva datamaterialet kunne fortelle om studiefenomenet. Underveis i analysen av intervjueteksten stilte jeg spørsmål som: hva går igjen i materialet, hva stiller utsagnene spørsmål ved, hva er utsagnene positive eller kritiske til, enige eller uenige i, og hva sier utsagnene om eventuelle mangler ved helsevesenet eller om juridiske og samfunnsmessige aspekter? Gjennom å være kritisk til intervjupersonenes uttalelser og fokusere på innholdet i deres utsagn, hevder Kvale og Brinkmann (2009) at tolkningen kan berikes tolkningen og åpne for et fortolkningsmangfold. Dette var viktig for meg, fordi jeg til tross for fokus på ikke å feiltolke uttalelsene, opplevde at både egen forforståelse og dagsform kunne gi grobunn for feiltolkning. Likevel føler jeg at jeg i denne prosessen har vært sensitiv overfor datamaterialet. Nedenfor beskrives i detalj denne prosessen.

Koding

Analyse på fortolkningsnivået kritisk forståelse kan gjøres på forskjellige måter. Grunnet den store mengden datamateriale ble det til denne studien valgt å kode samtlige meningsenheter, hvilket innebærer å knytte ett eller flere nøkkelord til dem for å få muligheten til å identifisere uttalelsene på et senere tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2009). Koding gir ifølge Kvale og Brinkmann (2009) en nyttig oversikt samtidig som forskeren blir kjent med samtlige detaljer i et stort materiale, hvilket også jeg fikk erfare. Jeg benyttet en kombinasjon av begrepsstyrt og datastyrt koding, der førstnevnte innebar bruk av allerede utviklede koder som jeg fant ved å konsultere relevant litteratur. Det var under kodingsprosessen jeg ble oppmerksom på at konseptene i Meyers (2003) minoritetstressmodell hadde mange fellestrekk med kodene jeg dertil hadde identifisert. For videre analyse besluttet jeg derfor å benytte meg av modellen som et hjelpemiddel. De datastyrte kodene ble i tråd med Kvale og Brinkmann (2009) utviklet induktivt underveis gjennom tolkning av meningsenhetene. Fordi jeg innimellom var i tvil om enkelte meningsfortattede utsagn representerte for eksempel stressfaktor eller en mestringsstrategi, fryktet jeg å miste verdifull data ved å redusere den til en mening som bare kunne fanges av én kategori. Dette kan ifølge Kvale og Brinkmann (2009) tale imot koding. For å løse dette ble samtlige meningsfortattede utsagn eksportert til et Excel-dokument som

åpnet for initialt å gi utsagnene flere koder de gangene jeg var i tvil om utsagnenes plassering. Kodingen medførte at all data som omhandlet det samme kunne plasseres i samme gruppe. Etter en nøye koding har Excel den fordel at utsagnene kan filtreres, slik at jeg senere kunne granske de utsagnene som for eksempel kun omhandlet internalisert transfobi. Dessuten åpnet Excel for muligheten til å granske kombinasjoner av koder. Ved ett tastetrykk fikk jeg ved behov utsagnene tilbake i sin opprinnelige rekkefølge, og hindret med dette at utsagnene blir tatt ut av sin kontekst. I dataprogrammet ble kodene tillagt definisjoner, og med fremskreden av ny innsikt ble det innimellom nødvendig å omkode. Excel lettet denne omkodingen betraktelig. Kodingen var kanskje den mest utfordrende og tidkrevende prosessen under studien, men den muliggjorde det å holde orden på datamaterialet. I Excel-dokumentet hadde jeg linker til råmaterialet, og fordi utsagnene var nedtegnet i opprinnelig rekkefølge var det enkelt å konsultere rådata når det var behov for å se på helheten i det som ble sagt.

Kategorisering

Videre abstrahering ble gjort ved å plassere de ulike kodene i passende kategorier. Det ble etter hvert tydelig at flere av kodene representerte ulike aspekter av samme sak. Kategoriene som dermed fremkom underveis i analyseprosessen, bidro til ytterligere struktur over tekstmaterialet og ga grobunn for å oppdage sentrale temaer. Med andre ord resulterte fortolkningen av intervjupersonenes utsagn i kategorier og sentrale tema som til sammen representerte studiens funn. Ved fordypning i minoritetsstressmodellen (Meyer, 2003), oppdaget jeg at flere av modellens begreper samsvarte godt med mine gryende underkategorier. Jeg besluttet derfor å formulere kategoriene i Meyers (2003) språkdrakt, og plasserte koder av relevans for problemstillingen under egnet kategori. Tabellen nedenfor er et eksempel på hvordan jeg har forstått og brukt de tre fortolkningskontekstene som brukt i min analyse:

SELV-FORSTÅELSE (Meningsfortettet utsagn)	KRITISK FORSTÅELSE BASERT PÅ SUNN FORNUFT			TEORETISK FORSTÅELSE
«Foreldrene mine mente dette var noe som måtte løses psykologisk og ikke ved å endre på kroppen».	Omgivelsenes mangel på kunnskap, forståelse og aksept.	KODE:	LACK	En ekstern, objektiv stressende hendelse som kan plasseres under stressfaktorer av relevans for minoritetspersoner (Meyer, 2003).
		UNDER-KATEGORI:	Stressende hendelser og møter med omgivelsene.	
		TEMA:	Minoritetsstressorer	

Bruk av tabeller

Tabeller i presentasjonen er benyttet for å oppnå en transparent prosedyre av analyseprosessen. Hovedsakelig viser tabellene en skjematisk fremstilling av studiens resultater.

5.5.3 Teoretisk forståelse

I den siste fortolkningskonteksten, **teoretisk forståelse**, går analysenivået lenger enn intervjupersonens selvforståelse og lenger enn tolkning basert på sunn fornuft. Med analyse gjennom teoretisk forståelse fortolkes funnene ut fra studiens teoretiske rammeverk og eksisterende litteratur på området. Dette resulterer til slutt i studiens hovedfunn med svar på forskningsspørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2009). I kapittel 7 er det gjort et forsøk på å løfte analysen av datamaterialet, fra kritisk forståelse basert på sunn fornuft og opp på et mer teoretisk nivå. Under fortolkningen av datamaterialet fremkom nye perspektiver innen temaene minoritetsstressorer og stresslindrende faktorer. Fordi fortolkning er svært

individuellt har jeg benyttet meg av muligheten til veilederens tilbakemeldinger når jeg har vært i tvil og stått fast. Særlig under analysen ble veilederens rolle avgjørende for å få et bredest mulig grunnlag for innspill til de gjentakende mønstrene som dukket opp i de seks intervjuene. De gjentakende mønstrene identifiserte jeg ved i første omgang å studere intervjupersonenes utsagn som kunne knyttes direkte opp mot opplevelsen av stigmatisering. Jeg forsøkte å være oppmerksom på både likheter og forskjeller i intervjupersonenes opplevelser. Til slutt vil vedes de tematiske trådene sammen til et integrert bilde av opplevelsen av stigmatisering.

5.6 Forskningsetiske vurderinger

I startfasen søkte jeg REK om gjennomføring av prosjektet. Dette var nødvendig fordi studiens målgruppe er en sårbar gruppe som befinner seg i eller har vært gjennom en vanskelig prosess. Intervjupersonene ble opplyst om REKs godkjenning av studien. Hvordan dataene fra intervjuene skulle ivaretas var tydelig og konkret formulert i informasjonsskrivet deltakerne mottok per e-mail forut for intervjuene. Samtlige intervjupersoner ble informert om at innsamlede data ville bli anonymisert, behandlet konfidensielt og at det kun var forskeren og studieveilederen som ville ha tilgang til råmaterialet. Fordi jeg på forhånd visste at utsagn fra intervjuene skulle benyttes til å bygge opp om funn i presentasjonen, ble intervjupersonene informert om at personidentifiserbare opplysninger ville bli anonymisert også her. Videre ble de forsikret om at lydopptak ville bli slettet når masteroppgaven ble levert og hadde gjennomgått sensur. Med dette mener jeg at formelle krav og anbefalinger fra Den nasjonale komité for medisins og helsefag (NEM, 2009) er overholdt. I tillegg hadde jeg i henhold til NEM (2009) et moralsk ansvar for at intervjupersonen ikke skulle lide psykisk overlast, hverken i selve forskningsprosessen eller som følge av negative konsekvenser senere. Jeg var bevisst intervjusamtalens potensiale for å aktivisere prosesser hos intervjupersonene som jeg ikke ville hatt mulighet eller kompetanse til å følge opp. Derfor sørget jeg for en back-up for intervjupersonene. I oktober 2014 ble det inngått en avtale med psykolog Asle Offerdal om nødvendig oppfølging til dem som måtte trenge det. Offerdal (spesialist i klinisk voksenpsykologi) var per 2014 tilknyttet HBRS, og hadde mange års erfaring innenfor kjønnsidentitetstematikk. Ingen har per mai 2016 benyttet seg av denne back-up muligheten. I møte med intervjupersonene reflekterte jeg i tillegg kritisk over egen

kommunikasjon og væremåte, og tilstrebet etter Kvale og Brinkmanns (2009) anbefalinger en følsomhet overfor deres personlig rom.

Alle intervjupersonene unntatt pilotpersonen leverte signert samtykkeerklæring i forkant av intervjuene. I tråd med NEM (2009) ble det gitt adekvat tid til lesing og ettertanke før intervjupersonene responderte. Det ble ikke satt noen tidsfrist for når signert samtykke måtte foreligge. I informasjonsskrivet ble det redegjort for formålet med studien, hva forskningsintervjuet vil innebære for intervjupersonen og om rettigheten til å trekke seg fra deltakelse når som helst og uten noen form for forklaring. Informasjonsskrivet inneholdt mine kontaktopplysninger slik at de som måtte ha behov for supplerende informasjon om studien kunne henvende seg til meg. To personer benyttet seg av dette tilbudet.

Pilotpersonen skulle i utgangspunktet ikke inkluderes i studien. Da vedkommende fikk forespørsel om deltakelse på et senere tidspunkt, fikk vedkommende etter ønske tilsendt det datamaterialet som eventuelt ville komme til å bli brukt i studiens presentasjon, og fikk dermed anledning til eventuell sensur. Først etter å ha gjennomgått aktuelt datamateriale, informasjonsskriv og samtykkeskjema leverte vedkommende signert samtykkeerklæring.

Dataanalysen ledet etter hvert frem til identifisering av to hovedtemaer (minoritetsstressorer og stresslindrende faktorer) med til sammen seks underkategorier. De grepene som er tatt for å sikre pålitelighet i studien vil bli drøftet i kapittel 6.

6 PRESENTASJON AV RESULTATER

Dette kapitlet presenterer intervjupersonenes opplevelser – resultatene av intervjuanalysen. Tabellen nedenfor viser temaer med tilhørende kategorier og underkategorier som jeg har analysert meg frem til:

MINORITETSSTRESSORER		STRESSLINDRENDE FAKTORER	
KATEGORI	UNDERKATEGORIER	KATEGORI	UNDERKATEGORIER
STRESSENDE BETINGELSER	Manglende uttrykksformer og tilgang på informasjon Puberteten Juridisk kjønn Behandlingsretningslinjene	PERSONLIGE EGENSKAPER	Motstandsdyktighet Undergrupper av motstandsdyktighet: F.eks. selv-aksept, emosjonskontroll, tilpasningsdyktighet, mot, utholdenhet og selvrealisering
STRESSENDE SITUASJONER ELLER MØTER MED OMGIVELSENE	Møtet med helsepersonell Skolehverdagen Seksualitet	MESTRINGS-STRATEGIER	Fortielse Avsløring Å utvide handlingsrommet
FORDOMSFULLE HENDELSER	Negative bemerkninger Mobbing Fysisk trakassering Transfobi og internalisert transfobi		
TRANSFOBI OG INTERNALISERT TRANSFOBI			

Grunnet oppgavens forskningsspørsmål vil presentasjonen i liten grad omhandle helsemessige og sosiale konsekvenser, selv om også dette fremkom som en gjentakende tematikk og som en del av totalopplevelsen av stigmatisering. Tematikken vil dermed bli nevnt der det er relevant, men det er temaene «minoritetsstressorer» og «stresslindrende faktorer» som danner utgangspunkt for presentasjon av funnene og som besvarer studiens overordnede problemstilling og forskningsspørsmål.

I presentasjonen har intervjupersonene fiktive navn og stedsnavn er markert med xBYx. Tolkninger er underbygget med sitater. Disse er redigert ut fra de transkriberte intervjuene for å ivareta anonymiseringen fullt ut. I flere tilfeller var redigering av teksten også nødvendig for å få lesbare sitater. Understrekinger og store bokstaver i sitatene er benyttet er det for å markere hvor intervjupersonene la trykket. Tegnene .. indikerer pause. Videre følger en presentasjon av intervjupersonene før funnene presenteres.

Presentasjon av intervjupersonenes første fornemmelser av kjønnsinkongruens samt hvor de var i den kjønnsbekreftende prosessen

Petter: Manglet på intervjutidspunktet kun urogenital kirurgi før fullendt kjønnsbekreftende behandling. Startet den kjønnsbekreftende prosessen som 18-19 åring. Første fornemmelse av å være født i feil kropp oppstod i forbindelse med at han på svømming ikke lenger fikk være med faren i guttegarderoben. Imidlertid ble han 16 år før han for alvor skjønnte at oppfatningen han hadde av å være mann var reell. Om tiden før dette sa han: «Det var noe som var rart, men forståelsen for at det var kjønnet kom mer krypende opp mot pubertetsalder».

Heidi: Levde i prinsippet i en gutterolle til 18-19-års alderen. Som 21-åring kom hun for alvor ut til slekt og venner, og hun etablerte seg som kvinne lenge før hun begynte på hormonbehandling. Fullførte kjønnsbekreftende behandling i midten av 20-årene. Var bare tre år gammel første gang hun forstod at noe var rart og annerledes. Det skjedde etter at familien flyttet og at hun i den forbindelse mistet kontakt med sin venninne. Om denne tiden sa hun følgende:

«Og da var det første gang det slo meg at dette var rart. Og dette var annerledes. Jeg skjønnte ikke hvorfor. Og ikke hadde jeg ord, og ikke hadde jeg uttrykk. Men jeg ville liksom gå i de utkleddingsklærne som jeg fikk lov til hjemme hos dem, men ikke hjemme hos oss».

Atle: Manglet på intervjutidspunktet kun urogenital kirurgi før fullendt kjønnsbekreftende behandling. Startet prosessen først når han var 28 år. Var 3,5-4 år da han først fikk en følelse av å være gutt. Han fortalte at han fra denne alderen benyttet guttetoilet i barnehagen. Han ville ikke gå med kjoler eller leke med dukker, noe han formidlet til sine foreldre:

«De ville ikke at jeg skulle ha på meg gutteklær, de ville ikke at jeg skulle leke med gutter. Det var en helt ordentlig jente de ville ha. I begynnelsen forsøkte jeg å føye meg, men jeg fortalte dem at jeg ikke likte det».

Guro: Ble henvist til NBTS allerede som 12-åring, men søknaden ble avslått. Hadde én konsultasjon ved NBTS før tilbudet stengte for nye pasienter. Måtte vente på hormonbehandling til hun ble 20 år. Fullførte kjønnsbekreftende behandling som 26-åring. Trodde hun var jente på lik linje med de andre jentene i barnehagen inntil hun som femåring var på toalettet med en annen jente og oppdaget at de var ulikt utstyrt nedentil: «Her er det noe som ikke stemmer. Da skjønnte jeg at det var noe galt da. Også sjekka vi også med en gutt, og han hadde samme type som jeg hadde! Og da var liksom forvirringen total for min del».

Beate: Kom for alvor ut til sine nære omgivelser da hun var 23 år. Fullførte kjønnsbekreftende behandling i midten av 20-årene. Hadde tidlig en fornemmelse av å være født i feil kropp:

«... 4- 5- 6-års alderen - rundt der, tenker jeg. Da merket jeg første gang, sånn på ordentlig at det var noe som ikke stemte helt, en følte seg annerledes. Hvorfor var ikke jeg sånn som de andre jentene liksom, hvorfor så jeg annerledes ut.. Sånne ting».

Henrik: Manglet på intervjutidspunktet kun urogenital kirurgi før fullendt kjønnsbekreftende behandling. Stod for alvor frem om sitt opplevde kjønn da han var 21 år, og startet med hormonbehandling i 20-årene. Har blitt fortalt av sine foreldre at han som liten var sint for at han hadde fått feil genitalier, og at han hadde diskutert hvorvidt han var lesbisk eller gutt. På spørsmål om når han først husker en fornemmelse av være født i feil kropp svarte han følgende:

«Jeg opplevde det vel heller omvendt. Jeg tenker at det var mer sånn at på et eller annet punkt så gikk det opp for meg at jeg kommer til å bli en dame. Det husker jeg. Da kan jeg vel ha vært sånn 8-9 år eller noe sånn».

6.1 TEMA 1: Minoritetsstressorer

Dette avsnittet dreier seg om sosiale stressfaktorer som oppstod på bakgrunn av å tilhøre en stigmatisert minoritet i samfunnet, og som for intervjupersonene var fremtredende i tiden før iverksettelse av kjønnsbekreftende hormonbehandling. Minoritetsstressorene kunne inndeles i kategoriene «stressende betingelser», «stressende situasjoner og møter med omgivelsene», «fordomsfulle hendelser» og «transfobi og internalisert transfobi». De tre førstnevnte var eksterne, objektive og eksisterte i sosiale omgivelser. De opplevdes belastende grunnet tilpasningskravene de påla intervjupersonene. Stressfaktorene under sistnevnte kategori var subjektive og dreide seg mer om indre prosesser som i motsetning til de eksterne stressfaktorene ikke var observerbare for andre. Samtlige kategorier kunne representere både kroniske og akutte minoritetsstressorer.

6.1.1 Stressende betingelser

Å mangle begreper som kunne definere kjønnsidentiteten fremkom som en kronisk stressende betingelse i barne- og tidlige ungdomsår. Dette bidro til manglende uttrykksmuligheter samt begrensede muligheter til å oppsøke informasjon. Hele utvalget opplevde kjønnsinkongruens som et usynlig tema på skolen og i samfunnet for øvrig. Før de kunne sette ord på hva dette de strevde med egentlig var, beskrev halve utvalget at det var stressende ikke å ha et begrep som kunne definere det som for flesteparten innebar en følelse av å være annerledes. Petter uttrykte det slik:

«Jeg hadde jo liksom aldri hørt noen andre som hadde det sånn. Å skulle sette fingeren på et helt fullstendig nytt begrep. Det var liksom ikke bare bare. Det var liksom ikke innenfor».

To intervjupersoner hadde flere nære voksenpersoner de stolte på og beskrev hovedsakelig et godt og tolerant oppvekstmiljø. Likevel klarte ingen av dem å snakke med andre om de vanskelige spørsmålene knyttet til kjønnsidentiteten, og manglende ord og uttrykk fremkom som medvirkende til dette. To andre intervjupersoner forsøkte på barne- og ungdomsskolen å snakke med helsesøster eller psykolog om det at de følte seg som det motsatte kjønn. Begge ga uttrykk for å bli møtt av noen med svak kompetanse på temaet, og den ene opplevde fravær av råd om hvem andre en kunne henvende seg til som en avvisning. En person fortalte at det ikke fantes pasientforeninger, og da hun var ungdom var heller ikke internett tilgjengelig. Da

hun fortsatt stod med kompliserte og ubesvarte spørsmål etter å ha snakket med helsesøster, søkte hun derfor kunnskap via andre midler, men også det viste seg å bli vanskelig:

«Jeg var jo av og til nesten bare på biblioteket. Jeg leste gjennom alle bøkene de hadde der, alle oppslagsbøker... etter dette begrepet. Eller noe som likner på Jeg føler meg som jente».

En mannlig og to kvinnelige intervjupersoner beskrev at de følte seg alene i verden om å være født i feil kropp. For noen av dem ble det en lettelse å komme over innlegg i aviser eller ukeblad der personer med kjønnsinkongruens stod frem. For andre ble veien mot selverkjennelse å oppsøke andre med kjønnsidentitetsutfordringer, for eksempel gjennom blogger eller HBRS.

Felles for intervjupersonene var at uoverensstemmelsen mellom fysisk og opplevd kjønn ble mer påtrengende etter hvert som kroppen begynte å utvikle sine sekundære kjønnskarakteristika. Fem av dem uttrykte at puberteten representerte en start på en utvikling i feil retning. Petter sa at «... nå går alt til helsike», hvilket var betegnende for utvalgets tanker om å komme i pubertet. Over halvparten brukte også benevnelsene «traumatisk» og «eksistensiell krise» om utviklingen i puberteten. Ingen i utvalget hadde fått pubertetsutsettende hormoner, og det fremkom i de fleste intervjuene at dette ikke var en behandlingsmulighet de hadde. En kvinne mente at dette fortsatt er «... forbeholdt unntaket», og ga uttrykk for alvorlige følger av å ha gjennomgått en maskulin pubertet: «...jeg håper jo den yngre generasjonen som kommer etter får pubertetsutsettende. At de slipper å miste både utdanning og jobbmuligheter». Hun og en annen kvinne som også hadde fullført kjønnsbekreftende behandling, rapporterte om varige skader som stor skostørrelse og uønsket kroppshårvekst. Den ene begrunnet dette med å ha fått avslag på henvendelse til NBTS ved pubertetsdebut. Den andre visste ikke i ungdomstiden at pubertetsutsettende behandling var mulig.

Puberteten representerte i denne studien en kronisk stressfaktor og en periode der alle opplevde at kjønnsidentitetsutfordringene tilspisset seg. Hele utvalget opplevde at de tilspissede utfordringene vedvarte minst inntil iverksettelse av feminiserende eller maskuliniserende hormonbehandling. Spesielt fremkom det at heteronormative forventninger ble forsterket i puberteten, og medførte et sterkere forventningspress om å tilpasse seg sitt fysiske kjønn. Henrik uttrykte dette på følgende måte:

«Reaksjonene deres på at jeg var veldig guttete av type, det ble jo på en måte bare strengere og strengere jo eldre jeg ble da. Så det ble ganske ekstremt etter hvert. Og

til slutt så tenkte jeg vel at enten så får en vel ikke være i livet mer, eller så... må jeg tilpasse meg det».

Med pubertetsalderen ble forskjellene mellom gutter og jenter tydeligere. Før dette uttrykte tre i utvalgt at de sjeldent tenkte over kjønnsforskjeller. To menn hadde gjennom barndommen blitt akseptert som «guttejenter». De opplevde nå et innskrenket handlingsrom fordi de ikke lenger lett fikk uttrykke seg etter eget ønske, slik de helt eller delvis hadde gjort tidligere. Den ene fikk nå reaksjoner fra omgivelsene på å gå med bar overkropp, mens den andre opplevde at han ikke lenger fikk delta i sine fritidssysler. Dermed ble en sterk følelse av ikke å passe inn seg noe som ledsaget puberteten. Petter uttrykte det slik: «Nå hørte jeg plutselig ikke hjemme noe sted!». Intervjupersoner av begge kjønn mente at biologiske jenter nok hadde større handlingsrom for å uttrykke maskulinitet enn biologiske gutter hadde for å uttrykke feminitet:

«Det er jo mer akseptert å være guttejente enn å være jentegutt. Det blir oftere oppdaget at gutter oppfører seg veldig rart. Sånn, hvis de kler seg med kjoler og sånne ting, så reagerer ofte foreldrene mer enn hvis en jente går med bukser da».

Alle unntatt én omtalte puberteten som en krise. For flere var det nå de for alvor innså at fornemmelsen av å være født i feil kropp var reell. Guro som hadde fått hjelp til å stå frem som jente som 12-åring, opplevde at det stadig ble mer utfordrende å skulle forene hårvekst og mørkere stemme med å leve i en jenterolle. Hos henne fremkom utseende og vansker med aksept fra omgivelsene som to kroniske stressfaktorer gjennom hele ungdomstiden.

Utvalget måtte forholde seg til biologisk kjønn som det juridisk gyldige helt frem til reproduksjonsorganer var fjernet, hvilket fortsatt gjaldt samtlige menn på intervjutidspunktet. Dette fremkom som en kronisk og stigmatiserende stresskilde for samtlige. Juridisk kjønn ble nevnt gjentatte ganger i alle intervjuene, og var særlig relatert til å måtte fremvise personnummeret i mange hverdagslige sammenhenger. Om dette sa Henrik følgende:

«Bare sånn som det å for eksempel skulle kjøpe linser, så må de vite hvilket biologisk kjønn du har. Da skal de ha personnummeret ditt, og da passer ikke det. Lånkort på biblioteket.. Det var veldig mange sånn der potensielle situasjoner som man kan oppleve diskriminering med kjipe folk da. Jeg har jo veldig lyst til å ha rett til privatliv, og det opplever jeg jo ikke at jeg har. ...».

Kjønnsinkongruente personer som ennå ikke har skiftet juridiske kjønn måtte ifølge Henrik medbringe en legeerklæring som forklarte situasjonen på reiser som krevde pass. At passet anga kjønn hadde skapt stressende situasjoner for flere inklusivt Heidi: «Jeg var på ferietur.. og skulle hjem ikke sant, og kom til flyplassen med et MANN i passet. Og rosa bukser og sminke og øredobber.. Det gikk ikke alltid helt like bra».

Heidi var den eneste intervjupersonen som gjennomgikk den kjønnsbekreftende prosessen før nettbankens tid. Hun måtte fysisk gå til banken, og opplevde ofte at juridisk kjønn satte en stopper for sine ærender der:

«Veldig ofte fikk jeg ikke ut penger, for jeg hadde ikke fullmakt fra min MANN - trodde den damen eller mannen som satt i skranken. Så jeg fikk veldig ofte ikke gjort noe. Hadde jeg ikke hatt brevgiro så ville jeg ikke få betalt regningene mine liksom».

I tilknytning til juridisk kjønn oppga halvparten av utvalget at kjønn tildelt ved fødselen forfulgte dem og fortsatte å skape akutt stressende situasjoner, selv etter juridisk skifte. Eksempelvis fremhevet enkelte at karakterutskrifter fra ungdoms- og videregående skole gjerne krevdes vedlagt jobbsøknader. Fordi dokumentene stadfestet opprinnelig navn og fødselsnummer hadde flere opplevd en økt belastning relatert til dette under jobbintervjuer og lignende. For studiens kvinner innebar mannlige juridisk kjønn tvungen militærtjeneste, hvilket enkelte beskrev som en belastning. To av dem måtte gjennomføre tjenesten, mens én fikk fritak på et annet grunnlag enn kjønnsinkongruens. Alle var på intervjuetidspunktet juridisk sett kvinner, hvorpå den ene uttrykte stor lettelse over å slippe repetisjonstjenester med hæren.

I samtlige intervjuer fremkom enkelte aspekter ved behandlingsretningslinjene som stressende betingelser. Kriterier for å få rett til og etter hvert for å komme videre i behandlingsforløpet ble særlig fremhevet. Å være avhengig av å få diagnosen transseksualisme gikk igjen hos flere. En person ga uttrykk for at «diagnosemaset» i seg selv bidro til økt stigmatisering, også innad i LHBT-miljøer: «... i forhold til andre som har samme livssituasjoner, så betyr det kjempe mye på å ha fått diagnose versus ikke å ha fått diagnose». Flere hadde kjennskap til personer i tilsvarende situasjon som dem selv, som ble ekskludert fra kjønnsbekreftende behandling fordi de ikke oppfylte kriteriene for diagnosen. Imidlertid var det flere som sa at det var positivt at diagnosen innebar økonomisk støtte til behandling.

Lang ventetid på å få starte med hormonbehandling utpekte seg som en stressfaktor som virket særlig belastende på den mentale helsen til flere i utvalget. Ventetiden ble for de fleste

ledsaget av følelser som «ulykkelighet», «tristhet» og «desperasjon». To av kvinnene rapporterte om selvmordstanker som et resultat av ikke å få kommet i gang med hormonbehandlingen, hvorav den ene uttrykte det slik:

«Det var helt forferdelig å gå så lenge og ikke vite hva som skulle skje, om jeg fikk hjelp eller ikke, eller noen ting. Så det var ikke noe moro. Det rare var det at fordi at jeg ikke visste noe, at det tok så lang tid der, så ble jeg forferdelig suicidal også».

Før innvilgning av hormonbehandling var det påkrevd med en virkelighetstest. Blant flere i utvalget testen tolket som et krav om å leve og fungere som sitt opplevde kjønn privat på alle samfunnsarenaer. En kvinnelig intervjuperson sa: «Det er ikke lett å slippe igjennom nåløye», før hun viderte presiserte:

«Et av problemene med at ting begynte å ta fryktelig lang tid etter hvert var jo at Rikshospitalet krevde at du liksom skulle fungere hele tiden for å få hjelp da, så det ble en ganske håpløs situasjon. ... Spesielt blir kravet om å fungere ekstra slitsomt, fordi at det var umulig å fungere på det tidspunktet slik som det var».

For de fleste intervjupersonene bød det på stressende situasjoner å skulle etterleve dette kravet samtidig som offentlige dokumenter tilsa at de var et annet kjønn. Her illustrert ved Henrik: «Før jeg begynte på hormoner, så var jeg nesten litt sånn her.. Jeg hadde lyst til å gi opp. Så tenkte jeg; Nei, særlig mye verre enn det kroppen min er nå, det kan det vel egentlig aldri bli». Det var store variasjoner i hvordan intervjupersonene håndterte dette, men det var gjennomgående at de forsøkte å gjøre det beste ut av situasjonen og beholdt fokus på at det en gang ville bli bedre. Én intervjuperson rapporterte om å holde tilbake informasjon overfor behandlingsteamet om blant annet OCD-diagnose og seksuell legning. Flere i studien sa at de ga de svarene de trodde behandlingsteamet ønsket under personlighetstestene, og noen «pyntet» på sannheten.

6.1.2 Stressende situasjoner og møter med omgivelsene

Alle unntatt én intervjuperson rapporterte om en dårlig opplevelse av hvordan de først ble mottatt vedrørende kjønnsidentitetstematikk, enten ved NBTS eller hos helsepersonell de var i kontakt med i påvente av henvisning til NBTS. En respondent opplevde responser som «... det er ikke noe godteri-butikk dette her», da vedkommende spurte om tidspunkt for hormonoppstart. En annen følte seg presset til å delta i et forskningsprosjekt. Denne personen

fryktet å bli oppfattet som lite samarbeidsvillig og at behandlingsprosessen ville forsinkes uten å samtykke til studien. Fastlegen til en i utvalget nektet å hjelpe med hormoninjeksjon, til tross for at vedkommende hadde med seg alt av nødvendig utstyr samt kunne vise til at resepten var utstedt fra RH. En mann og en dame i studien opplevde at psykologen eller psykiateren forvekslet deres kjønnsinkongruens med seksuell orientering. Mannen ble bedt om å bli trygg i en «lesbisk identitet», mens kvinnen opplevde å bli stemplet som en «feminisert homofil». En tredje person uttrykte en følelse av at enkelte i behandlingsteamet ved NBTS ikke viste forståelse for hva kjønnsinkongruens innebar:

«Hadde de faktisk forstått at jeg faktisk har vært jente hele tiden, og det er ikke noe jeg skal BLI. ...Jeg skal jo ikke BLI jente eller kvinne, sa jeg til dem, for det er jo noe jeg ER. Så fikk jeg høre: Jammen, hvorfor er du her da?».

Fire i utvalget oppsummerte imidlertid totalopplevelsen av møte med helsevesenet som godt, og Heidi sa endatil at «... det å ha et spesialisert behandlingsapparat som jobber med dette her VAR jo uvurderlig».

Ved siden av helsevesenet fremkom skolen som den mest stressende sosiale arenaen i studien. Det mest fremtredende i skolehverdagen var det marginale rommet respondentene hadde for å være seg selv, uten potensielt å bli utsatt for fordomsfulle hendelser. Klær, hår, være- og snakkemåte måtte konstant tas stilling til. Å måtte forholde seg til mange mennesker (kjente og fremmede) var noe halvparten av utvalget fremhevet som spesielt vanskelig med skolen. Guro uttrykte slik:

«Det var så vanskelig å møte mennesker med et utseende jeg ikke kunne gjøre noe med. ... Og så var det belastende det å gå rundt med gutteklær og kort hår, og bli sett av.. Jo flere mennesker det var i en situasjon jo verre var det da. Så det syns jeg var veldig traumatisk. Juletreffester på skolen og situasjoner hvor det på en måte var mer enn 2-3 mennesker - det var VELDIG ubehagelig».

Sitatet over er ett av flere i som illustrerer den konstante konflikten intervjupersonene var i gjennom ungdomstiden: De kunne velge å uttrykke seg som de ville og dermed lettere akseptere seg selv, men risikerte da negative reaksjoner. Ellers kunne de opptre som en annen person utad, med større sjanse for sosial aksept. Om sistnevnte brukte flere metaforer som «å holde en maske fremfor seg» eller «bruke kostyme». I forhold til større tilstelninger fremkom et økt press om å etterleve heteronormative forventninger. Slik kom dette til uttrykk hos Petter:

«Alt tilsa jo da at skulle jeg pynte meg så måtte jeg jo trø på meg en eller annen kjole, eller liksom være fin og feminin. Som jeg nevnte i stad syns jo folk alltid at det var veldig morsomt og gøy da. Mens det var de vondeste situasjonene for mitt vedkommende. Det var enda vondere enn å bli kalt gutt og bli kastet ut av jentetoiletet».

Guro var den eneste i studien som valgte å stå eksplisitt frem som jente før videregående, og fikk uoffisielt byttet til sitt nåværende navn allerede fra ungdomsskoletrinnet. I tillegg til store skoletilstelninger og utseende nevnte hun skolebussen som en særlig stressor: «Det var en sårbar posisjon å komme inn på en full skolebuss og være avhengig av at noen viste velvilje til å la deg sitte ved siden av».

Alle i utvalget vektla kjønnsdelte situasjoner som stressende, situasjoner som typisk gjorde seg gjeldende både i skole- og jobbsammenheng. Flere strevde med interne prosesser eller andres reaksjoner rundt bruk av herre- og damegarderober eller toalett. Tre personer sa at garderober representerte blant de verste situasjonene på skolen, og den ene fikk fritak fra gym og svømming fordi dette ble for vanskelig. En person syntes gymtimer der jentene skulle ha aerobic mens guttene skulle sparke fotball var utfordrende. For en annen ble det spesielt vanskelig å måtte bære kjønns spesifikk uniform gjennom hele barne- og ungdomsskolen. Adjektiver som gikk igjen i beskrivelsene av de ulike situasjonene var «forferdelig», «kjipt» og «traumatisk». For halve utvalget førte slike situasjoner til at skolen ble en kilde til mistriksel og isolasjon, noe Henrik uttrykte slik:

«På videregående så ville jeg vel egentlig ikke ha noe særlig venner, så da gadd jeg ikke å bli kjent med noen. Da prøvde jeg egentlig bare å gå litt i ett med tapetet på en måte. Så da levde jeg mest livet mitt på utsiden av skolen da».

Forelskelser og seksualitet fremkom som en sentral del av ungdomstiden, og var foruten de allerede nevnte situasjonene studiens mest omtalte minoritetsstressorer i tiden før kjønnsbekreftende behandling. Mens en person var bifil, rapporterte de øvrige i utvalget om en heterofil legning. Halvparten opplevde at manglende tilpasning til forventede kjønnsroller førte til at de ble ansett som homoseksuelle. Beate sa: «Ingen skjønnte hva det var med meg, og mange trodde jeg var homo». Flere ga uttrykk for at dersom det bare hadde vært den seksuelle legningen og ikke kjønnsidentiteten som stred imot majoritetsnormen, hadde det vært «piece of cake». Men å slite med at kroppen endret seg i diskrepans fra egen kjønnsidentitet gjorde

seksualitet ekstra utfordrende. Hos enkelte fremkom særlig indre konflikter i tilknytning til å leve ut seksualiteten, som hos Petter:

«Og da ville det jo vært sånn; Der er de to jentene som er sammen. Og DET - Gud, det var helt greit med to jenter som var sammen, men ikke at JEG var en av de, og det var som å tydeliggjøre at jeg var en jente. Og DET.. var ikke innenfor».

En kvinne sa at hun levde ut sin seksualitet i et BDSM-miljø, mens en av de mannlige intervjupersonene beskrev mislykkede forsøk i å være sammen med en av samme kjønn i håp om at hvis det funket så var han kanskje ikke kjønnsinkongruent likevel. To i utvalget fortalte at de ikke kunne ha sex før kjønnsorganet stemte overens med kjønnsidentiteten: «Det var klart det var vrient. Jeg hadde jo gutter jeg datet.. selvfølgelig med meg hjem.. og.. ha sex. Men jeg kunne jo ikke!». For to i utvalget var det ikke de intime relasjonene i seg selv som var vanskelige, men omstendigheter rundt. Den ene opplevde at kjæresten ønsket hemmelighold av forholdet i frykt for å bli mobbet. For Atle var det omgivelsenes reaksjoner som gjorde det å ha jentekjærester utfordrende: «Og så fant de ut at vi var kjærester da, og foreldrene hennes ble veldig sure! Og så kom de til meg og snakket med faren min. Da ble jeg slått!».

6.1.3 Fordomsfulle hendelser

Samtlige i studien beskrev at de før kjønnsbekreftende behandling gjentatte ganger hadde blitt møtt med negative bemerkninger og/eller verbal trakassering relatert til kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk. Fem intervjupersoner hadde opplevd dette også fra nærmeste familie. Da en av dem fortalte foreldrene at han ønsket kjønnsbekreftende behandling, responderte de med at dette «... var noe som måtte løses psykologisk, ikke ved å endre på kroppen». Andre opplevde responser som «nå må du slutte å tulle» og «ta det som en mann». Halve utvalget hadde opplevd negative bemerkninger i jobbsammenheng, både fra medarbeidere og ledere. På intervjutidspunktet var det én mann som fortsatt opplevde verbal trakassering på jobb. Stadig ble han møtt med kommentarer som «... liker ikke å jobbe med sånne rare folk». Uten tillatelse hadde daglig leder avslørt at han var i en kjønnsbekreftende prosess, hvilket resulterte langt mindre inkludering fra kollegene enn tidligere. Alle seks hadde opplevd mange episode med negative bemerkninger fra fremmede. Det kunne dreie seg om kommentarer fra tilfeldige på bussen eller i møte med offentlige instanser. Følgende sitat

eksemplifiserer både negative bemerkninger og noen av stressprosessene disse kunne fremkalle:

«Og hvis jeg da var steder der ikke folk kjente meg eller visste hvem jeg var, så fikk jeg sånn der 'Du hører ikke hjemme her', 'Du har gått på feil toalett', 'Du, det der er jentegarderoben', 'Du, hold deg unna' liksom. Og da ble det litt sånn sårhet det og. Så da var det sånn.. På den ene siden var jeg litt glad for å bli tatt for å være gutt, og på den andre siden så var jo ikke det noe greit, fordi nå hørte jeg plutselig ikke hjemme NOEN sted! For hvis jeg hadde gått i guttegarderoben, så hadde jeg jo blitt akkurat like mye kastet ut på en måte».

Samtlige kvinner samt én mann i studien hadde blitt mobbet på skolen over flere år. Hos jentene startet mobbingen allerede tidlig på barneskolen, mens for gutten startet mobbingen ved pubertetens frembrudd i fjerde klasse. To kvinner relaterte mobbingen til kjønnsuttrykk. De andre gikk ikke eksplisitt inn på deres opplevelse av bakgrunnen for mobbingen. Mobberne var hovedsakelig medelever, men i ett tilfelle deltok også lærere aktivt i mobbingen: «Fra medelever ble jeg kalt skada og veldig rar, og fra voksne [lærere] fikk jeg negative reaksjoner på håret mitt». Neste sitat belyser flere stressprosesser i kjølvannet av mobbing, slik det fremkom hos Guro: «Jeg reagerte på mobbingen med depresjon og ved å trekke meg inn i meg selv. Jeg var mye ensom, hadde ingen venner og havnet ofte i slåsskamper og konflikter». Kun to personer sa noe om på hvilke måter skolene og voksne grep inn i slike saker. Begge disse opplevde at skolen var behjelpelige med å henvise til BUP. Den ene fikk hjelp til å stå frem om sin kjønnsidentitet foran hele klassen, og skolen tilrettela slik at vedkommende fikk tatt i bruk sitt navn før et offisielt navn ble en realitet. I tillegg beskrev denne personen god støtte i en av skolens rådgivere, som blant annet satte henne i kontakt med en tidligere elev som hadde gjennomgått kjønnsbekreftende behandling.

Fra 8-års alderen opplevde Atle at familiemedlemmer forsøkte å korrigere hans maskuline kjønnsuttrykk, væremåte og fritidsinteresser med fysisk sanksjonering, fordi de ikke syntes dette egnet seg for en «jente». Stred hans adferd imot deres vilje hendte det at han ble fastbundet. Med jevne mellomrom opplevde han å bli slått:

«Mamma mente korrigerer var bra for meg og begrunnet det med at jeg ellers ville blitt sett ned på av alle – at samfunnet ikke ville kunne akseptere dette. ... Jeg ble slått til jeg flyttet ut som 20-åring».

Atle var den eneste som hadde opplevd og som fortsatt opplevde å bli utsatt for fysisk trakassering på arbeidsplassen: «Etter at eieren fortalte daglig leder om meg har daglig leder begynt å ta på meg, og en gang kjente han etter om jeg hadde BH». Også Guro opplevde gjentatt fysisk trakassering fra en nær relasjon under oppveksten. To kvinner opplevde episoder der de ble banket opp av eldre elever ved skolen. Den ene av kvinnene uttrykte seg eksplisitt om at hun opplevde volden som relatert til kjønnsidentitetsuttrykket, mens bakgrunnen for å bli banket opp var mer uklart hos den andre.

6.1.4 Transfobi og internalisert transfobi

Beskrivelsene under avsnitt 6.0 viste at personene i denne studien allerede i barneårene hadde en fornemmelse av uoverensstemmelsen mellom biologisk og psykologisk kjønn. Sitatene indikerte en opplevelse av ikke å føle seg akseptert, idet de uttrykte at noe var «rart», «galt», «annerledes» eller «ikke stemte». Flere i utvalget sa at de hadde hørt om andre personer med kjønnsinkongruens, hvorpå åpenhet hadde resultert i avvisning. En av dem hevdet at «Når man som liten speiler seg i andre og opplever at det er noe man ikke får positiv respons på, kan man begynne å utvikle angst og skam». Transfobi kom altså til uttrykk gjennom beskrivelser av negative holdninger og handlinger som var rettet mot dem eller mot andre i sammenliknbare situasjoner. Forestilt eller erfart transfobi i interaksjon med omgivelsene resulterte i en slags selv-stigmatiserende prosess (internalisert transfobi), der flere i utvalget vektla skamfullhet rundt kjønnsidentiteten som et medvirkende element. En person sa eksplisitt at mobbing bidro til usikkerheten på om det var noe galt med ham: «Og da ble jeg jo på en måte litt mer sånn usikker på om det var riktig og om det var lurt og sånn».

I samtlige intervjuer fremkom det at kjønnsrelaterte aspekter hadde blitt møtt med negative holdninger og handlinger allerede fra barndommen. Kombinasjonen av forestilte og erfarte negative reaksjoner knyttet til ønsket kjønnstilhørighet gjorde at det hos en overvekt av intervjupersonene oppstod ambivalens rundt kjønnsidentiteten. At transfobi ble internalisert gjenspeilte seg i at negative holdninger og verdier ble en del av enkeltes selvforståelse særlig under ungdomstiden. Dette kom til uttrykk gjennom frykten intervjupersonene hadde for å bli avvist eller krenket av familiemedlemmer, medelever eller i møte med helsevesen og andre

offentlige rom. Til tross for fullført behandling var dette en frykt Beate fortsatt strevde med på intervjutidspunktet: «Men jeg frykter jo det hele tiden, å bli møtt sånn. Så jeg tror en måte jeg kommer til å bli møtt sånn overalt, jeg». Også hos to mannlige i utvalget fremkom det tydelig at internalisert transfobi hadde innvirkning på dem selv etter at de passerte som seg selv. Den ene sa: «Hvis jeg snakker med noen som er eldre enn meg eller som har en høyere stilling, gjør jeg det på en jentete måte utav respekt». Den andre jobbet i helsevesenet sa at han tenkte mye på «... om andre mennesker opplever at det på en måte er en etisk greie å slippe meg ut blant pasientene sine».

Av erfarte handlinger som bidro til internalisert transfobi fremkom det at alle kvinnene som barn hadde opplevd å bli klippet kort hos frisøren mot sin vilje. Dessuten hadde halvparten av studiens utvalg av nære personer blitt nektet bruk av klær eller leker som var typiske for det motsatte. Slike erfaringer bidro sterkt til at konflikten mellom egen kjønnsidentitet og andres forventninger ble vedlikeholdt. Hos en mann ble konflikten ytterligere forsterket av religiøs overbevisning: «Å tukle med Guds skaperverk var en diskusjon jeg hadde med meg selv i mange år». På grunn av denne indre debatten satte spørsmålsteget rundt om han kunne være et godt forbilde for barna han jobbet for. I større grad enn andre minoritetsstressorer la internalisert transfobi begrensninger på intervjupersonenes muligheter til å uttrykke seg som de ønsket. Kun to mannlige intervjupersoner beskrev barndommen som en bekymringsløs tid med tilsyn på kjønnsuttrykket.

Transfobi og internalisert transfobi i denne studien kom til uttrykk som nært forbundet med å tilhøre en stigmatisert minoritetsgruppe. Ifølge Henrik forekom transfobi også innad i «skeive» miljøer: «Jeg har mange venner innenfor miljøet som jeg liker godt, ikke ønsker å miste og som jeg både er enig og uenig med i forhold til manges ubehag ved å kalle meg mann». Han skilte seg fra de øvrige intervjupersonene ved en følelse av at samfunnsutviklingen, og særlig utviklingen innenfor LHBT-miljøer, gikk i feil retning og mot økt diskriminering og stigmatisering. Der skyldfølelse og selvbebreidelse var mer fremtredende hos andre intervjupersoner, skilte Henrik seg ut ved ikke å anse sin kjønnsidentitet som det egentlige problemet: «Jeg har alltid hatt en tanke om at de der tingene som skjer med meg har vært ganske urettferdig.. At det på en måte ikke var meg det var noe gærent med». Heidi formidlet derimot et motsatt synspunkt på samme sak. Etter å ha etablert

seg som kvinne kom hun etter hvert til følgende konklusjon: «Egentlig var det MEG som hadde stigmatisert DEM, fordi jeg trodde at de ikke kom til å like meg eller ta avstand».

Som en konsekvens av å ha blitt banket opp på skolen, måtte én i utvalget flytte til en annen kommune å begynne på skole der. For en annen medførte negative bemerkninger fra skolens ledelse et halvårs forsinkelse i utdanningsløpet i påvente av å komme inn på en annen skole. Til sammen fikk to intervjupersoner et forsinket utdanningsløp grunnet ulike minoritetsstressorer. To kvinner sa at de på intervju tidspunktet led av posttraumatisk stress syndrom som følge av mobbing under oppveksten og lang ventetid på å få hormoner. Den ene av disse strevde i tillegg med depresjon og var uføretrygdet. De samme to anga bruk av cannabis for å takle hverdagen. Også en tredje intervju person hadde eksperimentert med alkohol og rusmidler en kort periode under ungdomstiden. Studien viste at flere alvorlige mentale helseeffekter av stigmatisering dreide seg om stressprosesser (angst, skam, frykt, selvmordstanker), som i stor grad avtok etter hvert som intervju personene kom ut og fikk hjelp fra NBTS. Samtlige i utvalget rapporterte om en kraftig økt livskvalitet etter iverksatt eller fullført kjønnsbekreftende behandling, og de fleste sa at situasjoner som før var stressende ikke lenger opplevdes stressende. Ingen i utvalget hadde selvmordstanker på intervju tidspunktet. 2/3 av utvalget var under eller hadde fullført høyere utdanning og ga uttrykk for tilfredshet med studie- eller arbeidssituasjon. Samtlige sa at de ikke angret på kjønnsbekreftende behandling til tross for at det hadde vært en stressende prosess. Som Guro uttrykte det: «Uansett hvilke skader du får av operasjoner så ville det vært verdt det for min del. Selv om man måtte gi bort en arm eller et ben, så ville jeg gjort dette her». Halvparten sa at de hadde gjort dette om de så måtte ha dekket kostnadene selv.

6.2 TEMA 2: Stresslindrende faktorer

Studiens utvalg viste til et bredt og variert spekter av måter å håndtere minoritetsstress på, samt av faktorer som bidro til å lindre effektene av minoritetsstressorene. Funnene ble plassert i to underkategorier som til sammen representerte en gradvis økende evne til å takle minoritetsstressorer. Både «personlige egenskaper» og «mestringsstrategier» er tolket som avgjørende for kapasiteten intervju personene i denne studien hadde til å unngå eller håndtere psykologiske problemer til tross for vanskelige livsomstendigheter. Med andre ord

representerte kategoriene essensielle elementer i deres utvikling av motstandsdyktighet gjennom en mangeårig reise i feil kropp.

6.2.1 Personlige egenskaper

Motstandsdyktighet, eller det å klare seg godt tross alvorlige trusler mot tilpasning og utvikling, fremkom overordnet andre personlige egenskaper og karaktertrekk ved intervjupersonene. Hos samtlige intervjupersoner kom en solid utvikling av motstandsdyktighet særlig til overflaten gjennom deres beskrivelser av livskvalitet på intervjutidspunktet sammenliknet med før behandlingen. Det var imidlertid store individuelle forskjeller i deres personlige egenskaper og mestringsstrategier som gjorde at motstandsdyktigheten kom ulikt til uttrykk.

Emosjonskontroll var en fremtredende personlig egenskap blant intervjupersonene. Hos fire av dem fremkom en evne til å avlede negative følelser gjennom for eksempel å rette oppmerksomheten mot jobb og skole. «Jeg jobba veldig mye også, for å slippe å tenke», var det en som sa. Det å drive med noe for å få tankene bort fra kjønnsidentitetsrelaterte utfordringer var betegnende for halve utvalget. Andre intervjupersoner beskrev at det som hjalp når det så som mørkest ut var å fokusere på fremtiden og på alle mulighetene som ville komme med en «riktig kropp». Som Atle sa: «Nå er det bare én stk [operasjon] til. Etter det blir det helt fint, og jeg kan leve et helt normalt liv. Jeg har en veldig lys fremtid nå». Ved risikofaktorer som mobbing og negative bemerkninger beskrev en intervjuperson en evne til å skru av følelsene rundt dette. En kvinnelig intervjuperson viste seg løsningsorientert ved å vurdere hva hun kunne gjøre annerledes for å passere som kvinne. En måte hun gjorde dette på var å komme positivt ut av å sammenlikne seg med andre, og blant annet landet hun på at hun ikke skilte seg så mye ut fordi «androgynstilen» preget mange damer i hennes ungdomstid. Blant dem som opplevde mobbing viste flesteparten en evne til revurdering, eller det å se positivt tilbake på en situasjon som opplevdes sårende den gangen det skjedde. For eksempel hadde Beate fått jente-kallenavn på skolen, og om dette sa hun følgende: «Jeg skjønnte at det egentlig var en form for mobbing, men egentlig så følte det ikke noe feil. Så jeg hadde egentlig ikke så veldig mye imot det altså». Revurdering til det positive var generelt betegnende for samtlige intervjupersoner. Særlig fremkom dette i deres fortellinger om møter med helsevesenet. Det at noen for eksempel ikke hadde fått hjelp av fastlegen til å sette

hormoninjeksjon eller blitt feilaktig betraktet som homofile av psykiateren, så de i ettertid som uttrykk på manglende kompetanse og erfaring heller enn uvilje og manglende aksept.

Petter uttrykte det slik:

«Så da fikk jeg bare noen andre til å sette på meg. Det ordnet seg. Men i ettertid når.. Han visste vel bare ikke hva han skulle gjøre når noen plutselig kom med anabole steroider og ville ha det».

En annen særlig fremtredende og felles egenskap hos utvalget var en formidabel tilpasningsevne. Eksempelvis gikk en av de mannlige intervjupersonene i flere år med musefletter. Med flettene oppnådde han å kunne kle seg i herreklær og drive med de fritidssystemene han ville, samtidig som han unngikk utkastelse fra offentlige toaletter. En kvinnelig intervjuperson løste WC-utfordringen før kjønnsbekreftende behandling ved å benytte dametoalettet på jobb (der hun hadde alles aksept og støtte), mens hun fortsatte å bruke herretoalett på andre arenaer. Guro som allerede som 12-åring etablerte seg i en jenterolle, fant sin måte å tilpasse seg og finne seg i de mange spørsmålene om hvorvidt hun var gutt eller jente. To intervjupersoner passerte som seg selv blant fremmede allerede før behandling, og møtte sjeldnere på utfordringer i forhold til typiske kjønnsdelte situasjoner. For å møte omgivelsenes forventninger innfant de andre seg med forsøk på å utstråle et for dem feil kjønn. Investeringene i å passere som en annen gikk på bekostning av dem selv, men likevel viste de et spekter av ulike styrker for å takle de interne konfliktene dette bød på. For Atles vedkommende var utholdenhet en slik styrke: «Jeg er ikke ferdig i prosessen min enda! Så da må jeg tåle litt».

Andre fellestrekk ved intervjupersonene var at mot og selvtillit gradvis kom til overflaten. Til tross for at de alle hadde opplevd å få bekreftet deres antakelse om avvisning, trosset alle forventninger om å bli avvist igjen gjentatte ganger. Selv om en kvinne fikk sine følelser latterliggjort av et familiemedlem, hevdet hun å reagere på dette på en slik måte at hun «... kom ut av det med styrket selvtillit». Hos de øvrige i utvalget kom selvtilliten implisitt til syne gjennom utsagn som «Det handler om at jeg har blitt tryggere» og «... at det ikke gikk inn på meg lenger tror jeg har med modenhet å gjøre». De to personene som gjentatte ganger opplevde vold, fortsatte å forsvare sin kjønnsidentitet overfor dem som hadde krenket dem. Dette til tross stor sannsynlighet for gjentakende fysisk mishandling. I forbindelse med jobbskifte valgte to intervjupersoner å stå frem om kjønnsidentiteten selv om at begge ved tidligere arbeidsforhold hadde opplevd å få sluttregnskapet i posten eller møtt fordommer og

diskriminering når de gjorde det samme. Å våge å stå opp for seg selv i stadig økende grad, er tolket som et uttrykk på at intervjupersonene hadde akseptert sin kjønnsidentitet og omfavnet sin likeverdige rett til eksistens. I denne studien fremkom dette som kanskje som noe av det mest essensielle i utviklingen av motstandsdyktighet.

Før intervjupersonene begynte med hormonbehandling, beskrev flesteparten en periode i årene forut som den verste tiden i sine liv. Flere nevnte årene fra de var 16-20 år som spesielt traumatiske. For enkelte varte perioden i 2,5 år, men for de fleste varte den lenger. Fire i utvalget hadde selvmordstanker eller selvmordsforsøk i løpet av denne tiden. Her kom varierte mekanismer i forhold til hva som holdt dem gående til uttrykk. To isolerte seg på en eller flere arenaer for å komme seg igjennom, slik som denne personen:

«Jeg hadde sittet hjemme. ... Ikke turt å gå ut, bortsett fra om natta. Prøvd å dekke til, og la håret henge ned foran ansiktet, gå med hettegenser, og.. På en måte ville jeg bare forsvinne i mengden da».

Å dyrke håp for fremtiden bidro for samtlige i denne studien til motstandsdyktighet. Mens de fortsatt var avventede til kjønnsbekreftende behandling, kom fremtidsdrømmene til uttrykk gjennom fokus på å utdanning, arbeid eller gjennom å spare penger til behandling i tilfelle de ikke skulle få diagnosen transseksualisme. Én person klarte ikke å sette fingeren på hva som holdt henne gående: «Jeg har ikke noe godt svar på hvordan jeg kom meg gjennom disse situasjonene, men jeg klarte det». Ikke bare kom intervjupersonene seg gjennom denne prosessen, men det fremkom at hele utvalget kom gjennom med styrket selvaksept, som blant annet Heidi viste ved at kjønnsidentiteten nå var en mer inkorporert del av hennes totale identitet:

«Jeg føler jo egentlig at de siste 27 årene har vært egentlig et veldig stort privilegium. Fordi du kan si, at det jeg har gjort etterpå [etter fullført behandling], har gjort meg i stand til å realisere den personen jeg er som person».

6.2.2 Mestringsstrategier

I den grad intervjupersonene snakket om avsløring i barndommen eller tidlige ungdomsår, indikerte utsagnene oftere et behov for noen å fortelle dette til uten at de våget dette. I forhold til å avsløre kjønnsidentiteten ble det i denne studien funnet en distinksjon mellom mennesker

i nære relasjoner, mennesker i mindre nære relasjoner og fremmede. Da intervjupersonene ble møtt med negative innstillinger fra sine nærmeste, fremkom dette for halvparten som et uttrykk for de næres uvitenhet heller enn for manglende aksept. I Heidi tilfelle ble avsløring positivt mottatt fra første stund: «Da jeg fortalte det til hele slekta fikk jeg ubetinget aksept og støtte hos så å si alle». For andre i utvalget ble avsløring til de nærmeste etterfulgt av en periode med diskusjoner, før de delvis eller komplett opplevde deres forståelse og støtte. Nære personer fremkom som de viktigste men samtidig de vanskeligste å være åpne om kjønnsidentiteten til. Et fellestrekk for dem som på intervjutidspunktet klarte seg bra på alle samfunnsarenaer, var at de hadde mange som støttet opp under deres opplevde kjønnsidentitet. Fire personer anga et noe distansert forhold til en eller begge foreldrene på intervjutidspunktet, men stort sett lå forhold utover kjønnsrelaterte aspekter til grunn for dette. Det gjaldt samtlige intervjupersoner at første gang de eksplisitt stod frem var det til andre enn nære familiemedlemmer.

Fem intervjupersoner var 17-28 år da de først besluttet å ta grep for å lindre belastningen ved å ha en kropp som ikke samsvarte med opplevd kjønn. For samtlige ble første skritt på veien å stå eksplisitt frem enten til venner eller helsepersonell. Hva andre kom til å synse og mene om dette ble nå mindre viktig enn tidligere, noe Henrik uttrykte slik: «Da jeg ikke gadd mer og bestemte meg for å begynne på hormoner tenkte jeg at folk får motta det som de ønsker. Det får gå som det går». Fire intervjupersoner sa at alternativet til behandling ville være å avslutte livet.

For å oppnå større samsvar mellom fysisk og psykologisk kjønn, kom ingen utenom å avsløre sin kjønnsidentitet ovenfor helsepersonell. To intervjupersoner ble henvist til BUP og snakket med psykolog om kjønnsidentitet allerede på barne- og ungdomsskolen. En av disse hadde kontinuerlig psykologisk oppfølging gjennom ungdomstiden. To personer søkte i slutten av tenårene og begynnelsen av tyveårene etter helsepersonell med ekspertise på kjønnsidentitetstematikk, og tok selv initiativ til å etablere kontakt for utredning. De øvrige benyttet fastlegen som et første ledd i utredningsprosessen. Flesteparten opplevde at møter med helsevesenet ble bedre enn forventet.

I tiden som fulgte beslutningen kjønnsbekreftende behandling, befant intervjupersonene i en situasjon der de i større grad etablerte seg som sitt faktiske kjønn. Spriket mellom fysisk og

opplevd kjønn ble derfor mer synlig for omgivelsene. For alle unntatt én ble dermed avsløring uunngåelig, selv om dette ikke var ønskelig for alle. I forhold til åpenhet ovenfor kolleger, var det en kvinne som sa: «Jeg var nødt til å være det, for det vistest så sinnsykt på utsiden. Jeg hadde ikke fått hormoner eller noen ting, jeg var full av hår». For 1/3 av utvalget kom ikke avsløringen overraskende på omgivelsene. En del familiemedlemmer, venner og kolleger hadde mistenkt det på forhånd. Halvparten rapporterte om å ha mistet noen venner, uten at noen hadde latt dette gå nevneverdig inn på seg. Det gikk igjen i intervjuene at nære vennskap forble uendrede. Fire intervjupersoner beskrev å ha målt opp ulike skrekkscenarier innen de fortalte om eller viste sine «sanne jeg», men at scenarioene sjeldent stemte overens med virkeligheten. En intervjuperson sa uttrykte det slik:

«Jeg hadde over mange år hatt mye angst og frykt for å være meg selv. Jeg visste ikke hvor redselen for å være meg selv kom fra, for sett i ettertid var det ikke så mye å være redd for».

Fem personer i studien fortalte om stort sett positive erfaringer med avsløring. Kommentarer tilsvarende «Jeg har fått noen negative tilbakemeldinger, men summa summarum har jeg fått fryktelig mange flere positive» gikk igjen hos flere. Imidlertid delte samtlige også mindre positive historier. Mindre nære og fremmede personer var dem som hyppigst møtte ulike former for avsløring med negativ respons. Etter å ha etablert seg som mann var Henrik den som beskrev flest negative episoder i møter med fremmede: «Da jeg hadde skiftet navn men fortsatt så ut som en jente opplevde jeg mye diskriminering». Han fortalte at han hadde blitt omtalt som «den» på politikontoret. Han berettet også om en rekke negative bemerkninger både fra sekretæren ved høyskolen, fra arbeidsstedet som nyansatt og fra fysioterapeuten. I tillegg opplevde han krenkende episoder både i passkøer og på sykehus, av personell som fant ut av at hans guttenavn og maskuline uttrykk ikke stemte overens med det kvinnelige personnummeret. Blant annet fikk han høre at «... sånne som deg syns jeg ikke noe om». Mens negative reaksjoner i nære relasjoner gjerne bunnet i manglende kunnskap, fremkom reaksjonene fra mindre nære og fremmede heller som et uttrykk for transfobi.

For de to i utvalget som allerede i barneårene implisitt avslørte kjønnsidentiteten ovenfor nær familie, ble dette svært negativt mottatt. For den ene ble en mestringsstrategi på dette å dekke seg bak nøytrale klær eller kjoler i hjemmet og på familiesammenkomster. Den andre personen forklarte at responsen hjemme gjorde at hun valgte å gjennomgå hele barneskolen i en gutterolle både privat og i det offentlige rom. Med andre ord ble fortielse en viktig

mestringsstrategi. Også i de øvrige intervjupersonenes fortellinger fremkom fortielse om opplevd kjønnsidentitet som den tydeligste mestringsstrategien. Fortielse preget særlig perioden fra puberteten og frem mot beslutningen om kjønnsbekreftende behandling. Samtlige intervjupersoner fortiet om eller skjulte kjønnsidentiteten for omgivelsene til de var 17-28 år, med unntak av at to menn som under barndommen opplevde å kunne utfolde seg fritt. For hele utvalget kom fortielse til uttrykk gjennom at de til omgivelsene fremstod som sitt fysiske kjønn. Å avverge mobbing og utfrysning fremkom som de vanligste årsakene til å undertrykke selvopplevd kjønnsidentitet. Selv om dette var vondt, sa flere at strategien ble en måte å gjemme seg på, noe Heidi uttrykte slik: «Jeg holdt en maske fremfor meg som jeg trodde de andre skulle se, men ingenting av det jeg gjorde kunne jeg identifisere meg med. Jeg gjorde det bare for å få fred». Selv om strategien tæret på energi og krefter, hadde den også lindrende effekter.

De fleste brukte navnet gitt ved fødselen gjennom hele fortielsesperioden, alternativt kun etternavnet. For dem i utvalget som fikk spørsmål vedrørende sin kjønnsidentitet, rapporterte flere at de ofte løy eller tilpasset sine svar. For halve utvalget innebar fortielse på et tidspunkt også et forsøk på å fortrenge sin kjønnsidentitet. I perioden Petter omtalte som «fornektelsesfasen» tenkte han: «Jeg er jente og må lære meg å fungere som det». Til tross for at han identifiserte seg som heterofil, gikk Petter inn i et kjæresteforhold med en gutt i håp om at hvis det funket var han nok bare i en fase. Henrik sa at han «... jobbet mye med å finne en trygg lesbisk identitet», etter råd fra psykologen. Fortielse viste seg som en defensiv forsvarsstrategi, der skamfølelse og frykt for andres reaksjoner ofte lå til grunn. Heidi uttrykte det slik:

«Fordi jeg var lei, desperat, skamfull og følte at ingenting stemte flyktet jeg inn i et forsøk på å leve som mann. ... Jeg hadde frem til jeg stod frem om min kjønnsidentitet på mange måter bare levd i en forvarsverden».

Hun trakk paralleller mellom fortielse og det å bære på en «stille sorg». I sitatet spesifiserte hun hvorfor hun tiet om og kamuflerte sin kjønnsidentitet. Også en annen intervjuperson var eksplisitt om årsaken til hvorfor det var vanskelig å stå frem om sin kjønnsidentitet: «Jeg hadde jo fått høre hele barneskolen at dette var veldig skam».

Fortielse viste seg å fremkalle store fysiske og psykiske belastninger for hele utvalget. Samtlige opplyste om at det å fortie om eller skjule sin kjønnsidentitet var slitsomt, stressende

og etter hvert uforenlig med et normalt liv. Enkelte fremhevet at det tappet dem for energi og ga redusert søvnkvalitet. En kvinne rapporterte å være «... et lurveleven av en vandrende katastrofe av følelser» i tiden hun forsøkte å leve i en mannsrolle. Om det samme beskrev en annen en følelse av «... å gå i en modus der planen bare var å overleve neste året». Begrepet «eksistensiell krise» gikk igjen hos halvparten, og ble brukt blant annet for å beskrive hvordan det følte å ikke kunne være seg selv utad. En person uttrykte det slik:

«Jeg var virkelig i en eksistensiell krise fordi jeg hver morgen våknet som jente. Det handlet ikke om at skolen eller livet var for kjipt. Å være mett av dage er det eneste begrepet som dekker følelsen jeg bar på».

Flere impliserte at fortielse ofte resulterte i interne konflikter, fordi de antok at skjuling av kjønnsidentiteten ville gjøre aksept lettere samtidig som selvaksept ble vanskeligere. Hos Petter kom dette frem på følgende vis:

«Når jeg prøvde å kanskje kle meg i noe bedre, følte jeg at jeg hadde tatt på meg et kostyme.. som egentlig funket til det formålet da! Det var ikke så mange som kastet meg ut av steder hvis jeg bare hadde en stram genser som viste at jeg hadde pupper, om enn bittesmå. Så var det liksom på den ene siden.. Det var lettere å bare bli akseptert [med et kostyme]. Og så var det vanskeligere å akseptere meg selv på en måte».

Alle i studien passerte på intervjudtidspunktet suksessfullt som seg selv, og de fleste uttrykte at åpenhet rundt kjønnshistorikken nå sjeldent var påkrevd. Dette muliggjorde på ny bruk av fortielse, men på en mindre belastende måte enn tidligere. Beate sa: «Mens jeg før var åpen og snakket for skoleklasser og forskjellig, åpner jeg meg ikke lenger om min situasjon til noen». Halvparten ga uttrykk for tilfredshet og større grad av privatliv etter å kunne velge å være åpen eller la det være. Henrik uttrykte dette slik: «Nå som jeg passerer er livet mye enklere, jeg slipper unna diskriminering og bestemmer selv hvem jeg vil fortelle det til».

Å utvide sitt handlingsrom fremkom ikke bare som blant de hyppigste, men også som en av de mest gunstige mestringsstrategiene i intervjupersonenes møte med stigmatisering og assosierte minoritetsstressorer. Hele utvalget uttrykk for å ha et visst handlingsrom til å være seg selv, også under «fortielsesperioden». Dette ved å søke ulike arenaer hvor dette var mulig. Eksempelvis hadde kvinnene feminine soveværelser, hemmelige jentegarderobes eller langt hår. Variasjonene i utvidelse av handlingsrommet var større enn dem som fremkom ved fortielse og avsløring, men noen fellestrekk gikk igjen. Samtlige valgte et miljøskifte i form

av å flytte for eksempel utenbys, og for de fleste ble flytting et første skritt på veien mot selvrealisering. Guro uttrykte det slik: «Jeg fikk en ny start i xBYx omgitt av folk som var snille mot meg. Folk kjente meg ikke igjen». To personer understreket særlig fritidsinteresser der de oppnådde innpass fordi de var flinke, og der kjønnsidentiteten ikke fikk fokus. Om idrettens betydning for sin kjønnsbekreftende prosess sa Atle følgende: «Det at vi har muligheter bare vi står på lærte jeg gjennom idretten. Idretten gjør meg glad og har styrket meg, og jeg kunne ikke klart meg uten». Halvparten skrev dagbøker for å få utløp for innestengte følelser, og flere formidlet at de hadde et fristed hjemme der de kunne være seg selv: «Hva enn jeg gjorde på rommet mitt var stort sett greit». En av de mannlige intervjupersonene beskrev at opplevde å få være gutt gjennom en intim relasjon til en jente, til tross for at jenta ikke kjente til hans opplevde kjønnsidentitet. Andre utvidet sine handlingsrom gjennom å oppsøke personer de kunne sammenlikne seg med, for eksempel gjennom å medlemskap i HBRS eller ved å etablere kontakter via internett.

7 DRØFTING AV FUNN

I dette kapitlet vil studiens funn belyses opp mot teori innen seksualminoritetshelse, stigmatisering, diskriminering og fordommer. Funnene vil drøftes i relasjon til Meyers (2003) minoritetsstressmodell og Goffmans (1975) teori om stigmatisering. I tillegg danner lovverk, internasjonale retningslinjer for kjønnsbekreftende behandling og nyere forskning aktuelle teoretiske kontekster. Til slutt foretas her en vurdering av studiens troverdighet.

7.1 Personer med kjønnsinkongruens – en stigmatisert minoritetsgruppe

Studiens overordnede fokus var knyttet til opplevelsen av stigmatisering, eller det at noen tillegges negative egenskaper på bakgrunn av ett bestemt kjennetegn eller «stigma» som gjør at de utskiller seg fra andre (Goffman, 1975). I denne studien førte kjønnsinkongruens både til forskjellsbehandling samt til en følelse av «annerledeshet» hos intervjupersonene. Weber (2010) fremhever oppfattelsen av merkede individer som fundamentalt annerledes som en komponent ved stigmatisering. Fordi denne oppfattelsen åpner for å anse merkede individer som mindre menneskelige, er merkede personer mer utsatt for negative hendelser (Weber, 2010). Begrepet stigmatisering ble ikke benyttet i intervju spørsmålene, men fordi intervjupersonenes opplevelser fra mitt ståsted reflekterte stigmatisering, vil diskusjonen være basert på denne oppfattelsen.

At samtlige i utvalget hadde opplevd negative bemerkninger, avvisning og fordommer kunne tyde på at deres utseende eller adferd ble ansett som avvikende i forhold til det allment forventede. Mer enn halvparten hadde også opplevd mobbing samt å måtte overkomme barrierer for å få rett til kjønnsbekreftende behandling. Også i Helsedirektoratets (2015) rapport «Rett til et kjønn – helse til alle kjønn» ble det konkludert med at kjønnsinkongruente personer ofte opplever negative reaksjoner fra omgivelsene, og at dette medfører store personlige belastninger og konsekvenser i form av psykiske lidelser og sosiale problemer. Dette kunne muligens vært unngått om ikke kjønnsinkongruens ble assosiert med et sosialt stigma. Intervjupersonens tidlige fornemmelser av å skille seg ut fra den heteronormative majoriteten bidro til min opplevelse av at de tilhørte en stigmatisert minoritetsgruppe, noe

som i denne studien gjorde seg gjeldende minst inntil iverksettelse av kjønnsbekreftende behandling.

Grunnet minoritetsstatusen ble samtlige i utvalget særlig fra pubertetsalderen tvunget til å spille en rolle mer i tråd med den allment aksepterte. Dette så ut til å ha sammenheng med blant annet frykt for avvisning. Som beskrevet i avsnitt 4.1.1-3 mener Goffman (1975) at vi i møte med fremmede mennesker inndeler stigmabærere i kategoriene «de potensielt diskrediterte» og «de diskrediterte», basert på fysiske misdannelser, karaktermessige avvik eller gruppemessige feil. Som en innfallsvinkel i opplevelsen av stigmatisering viste Goffmans (1975) teori om stigma seg interessant i relasjon til personene i denne studien. Dette fordi samtlige gikk fra å være potensielt diskrediterte, via å være diskrediterte, til på nytt å bli potensielt diskrediterte etter behandling. Intervjupersonene kan sies å ha vært potensielt diskrediterte mens de ennå kamuflerte opplevd kjønnsidentitet for omgivelsene. Da de begynte å signalisere denne, ble uoverensstemmelsen mellom opplevd og kroppslig kjønn (mer) synlig for omgivelsene, og de ble diskrediterte. Med kjønnsbekreftende behandling ble kropp-sinn dissonansen mindre, og intervjupersonene opplevde i stor grad å kunne være seg selv uten å bli møtt med negative reaksjoner. Grossman, D'Augelli og Frank (2011) hevder at ungdom med kjønnsinkongruens opplever stigma, fordommer og mobbing fordi kjønnsuttrykk som krysser kulturdefinerte normer generelt ikke er akseptert av andre. I samfunn som antar en binær klassifisering av kjønn, bryter kjønnsinkongruente personer med manges forventinger om å tilpasse seg samfunnets sosiale konstruksjoner (Grossman, D'Augelli & Frank, 2011).

7.2 Helsevesenet og skolen – de mest utfordrende samfunnsarenaene

I denne studien bemerket helsevesenet og skolen seg som de to arenaene hvor ekstern stigmatisering kom sterkest til uttrykk. Imidlertid representerte disse arenaene svært ulike komponenter av ekstern stigmatisering.

Innen helsevesenet ble stigmatisering tydeligst reflektert gjennom stressende betingelser, og da særlig gjennom diagnosekriteriene samt gjennom kriteriene for virkelighetserfaringen og juridisk kjønnskifte. Alle i utvalget identifiserte seg som menn eller kvinner som gjennom medisinsk og kirurgisk behandling ønsket større samsvar mellom kroppslig og psykologisk kjønn. I henhold til behandlingsretningslinjene måtte de dermed oppfylle diagnosekriteriene for transseksualisme (Hansen, 2008). På lik linje som helsepersonell må ha retningslinjer å forholde seg til ved diagnostisering og oppfølging av andre tilstander, har de også et behov for standardiserte behandlingsretningslinjer til kjønnsinkongruente personer. Manglende retningslinjer kan ifølge Poteat, German og Kerrigan (2013) resultere i ambivalens om å yte behandling. Imidlertid viser Hendricks og Testa (2012) til ulikheter i klinisk praksis, og de hevder at gjeldende kriterier av flere årsaker kan oppleves stigmatiserende. Vi så at enkelte intervjupersoner sammenliknet kriteriene med et «nåløye», og at noen kjente til kjønnsinkongruente som ikke slapp igjennom dette. Hendricks og Testa (2012) hevder at mange i gruppen identifiserer seg som alternative kjønn til mann eller kvinne, som ikke møter diagnosekriteriet. Ifølge Amnesty International (2013) er medisinsk og kirurgisk behandling i Norge forbeholdt personer med transseksualisme, og ennå mangler Norge et tilfredsstillende behandlingstilbud til dem som ikke får diagnosen. Dette kan bety at diagnosen i seg selv begrenser behandlingstilbudet for mange, hvilket muligens strider mot Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1b), som fastslår at: «Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt». NBTS regnes ifølge spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 1-2) som spesialisthelsetjenesten. Det er konkludert med at «... ulike former for kjønnsbekreftende helsehjelp ... er å regne som nødvendig helsehjelp for personer som opplever kjønnsdysfori» (Helsedirektoratet, 2015, s. 123). For å få rett til behandling er det med andre ord et kriterium at lidelsene må ha forårsaket redusert yrkesmessig, familiær eller sosial funksjon (Tønseth et al., 2010).

Hos utvalget i denne studien utløste tilstanden kronisk stress blant annet en frykt for å være seg selv. Noen uttrykte at lidelsene videre resulterte i lav selvfølelse og selvmordstanker. Med dette underbygget studien tidligere forskning, som har funnet uforholdsmessig høye forekomster av psykisk overlast, selvmordstanker og selvmordsforsøk hos gruppen grunnet økt eksponering for stigmatisering (Cohen-Kettenis, 2010; Lombardi, 2001; Terada et al., 2011). Kelleher (2009) mener at sannsynligheten for at personer med kjønnsinkongruens

rapporterer om angst, selvmordstanker og depresjon øker i takt med økt forventning om avvisning basert på kjønnsidentitet. Uavhengig av enkeltindividers selvopplevde identitet, er det nærliggende å tro at også personer som ikke møter diagnosedefinisjonen kan oppleve kjønnsdysfori. Spørsmålet er ikke om kjønnsbekreftende behandling er å anse som nødvendig helsehjelp, men om hvilke faktorer som tas til etterretning ved avgjørelser om hvem som får rett og hvem som ikke får rett til behandling. I tillegg indikerte studien et behov for å vie oppmerksomhet rundt vurdering av av pubertetsutsettende hormoner, og når pasienter kan få starte på videre hormonbehandling.

Flere intervjupersoner beskrev virkelighetserfaringen de måtte gjennom før de kunne få hormonbehandling som slitsom. Før denne hadde flere opplevd å miste venner som følge av å avsløre sin rette kjønnsidentitet. Noen hadde i tillegg mistet jobben, mens to personer opplevde fysisk mishandling fra sine nærmeste. Ifølge Barker og Wylie (2008, s. 122) innebærer virkelighetserfaringen «... the act of fully adopting a new or evolving gender role or presentation in everyday life...». Vurderingen baseres blant annet på at pasienten fungerer i en kombinasjon av arbeid, studier og i frivillig organisasjonsarbeid, og går til anskaffelse av et legalt kjønns spesifikt fornavn (HBRIS, 2011; Barker & Wylie, 2008). Ikke bare skulle intervjupersonene under virkelighetserfaringen trosse frykten for andres reaksjoner på deres «annerledeshet» (som nå skulle bli mer åpenbar for omgivelsene). De måtte samtidig overbevise NBTS om «somatisk, psykisk og sosial stabilitet (Hansen, 2008), hva enn «stabilitet» innebærer. Dette var dermed en annen betingelse innen helsevesenet som muligens bidro til deres opplevelse av stigmatisering. Flere i studien uttrykte store utfordringer med å mestre både skolehverdag og jobb i feil kropp. Slik jeg tolker kriteriene, kunne de som for eksempel utsatte studiene ha risikert ikke å komme videre i behandlingsforløpet. Barker og Wylie (2008) mener at kriteriene plasserer behandlingsteamet i en portvaktsposisjon som kan svekke behandler-pasient-relasjonen. Blant annet kan det føre til at pasienter lyver eller tilbakeholder viktig informasjon i frykt for at sannheten kan hindre prosessen (Barker & Wylie, 2008), hvilket også forekom i denne studien. På den ene siden er nødvendigheten av strenge kriterier for å slippe igjennom «nåløyet» forståelig. Kriteriene skal ifølge Barker og Wylie (2008) gi pasientene et realistisk bilde på tilværelsen i ønsket kjønnsstilling, samtidig som de skal beskytte eventuelt feildiagnostiserte pasienter fra senere å angre på delvis eller helt irreversible intervensjoner. Til tross for at Snelgrove et al. (2012) viser til en pasienttilfredshet på 94-96 % etter urogenital kirurgi, fastslår OUS (2016)

at en betydelig andel blant barn (> 16 år) i puberteten innser at de likevel ønsker å leve som det kjønn de ble født i. Imidlertid var fem av personene i denne studien over 16 år første gang de oppsøkte kjønnsbekreftende helsehjelp, og ifølge Coleman et al. (2012) er det gode holdepunkter for at vedvarende kjønnsdysfori inn i voksenlivet gjerne er et reellt uttrykk for diagnosen. Selv om mange pasienter støtter opp under virkelighetserfaringens kriterier, hevder Barker og Wylie (2008) at en betydelig andel av pasientene synes de er for rigide og begrensende.

Resultatene viste at flere i utvalget opplevde strenge regler relatert til å endre fornavn og juridisk kjønn. Blant de mannlige personene var ingen på intervjudispunktet juridisk sett menn. Samtlige hadde opplevd stigmatisering som følge av å måtte fremvise identifikasjon og offisielle dokumenter som avslørte kjønn tildelt ved fødselen. For dem som signaliserte opplevd kjønn (heretter «var ute»), resulterte slike situasjoner ofte i fordomsfulle hendelser, mens for de andre innebar slike situasjoner smertefulle interne prosesser. Ifølge Amnesty International (2013) finnes det ingen spesifikk lovgivning som regulerer endring av juridisk kjønn i Norge, og endring er bare mulig dersom det kan bevises at fjerning av testikler eller eggstokker har funnet sted. I norsk praksis er sterilisering dermed en obligatorisk forutsetning for å få endret juridisk kjønn. Litt forenklet kan en kanskje si at personer som ønsker kjønnsbekreftende behandling i realiteten har valget mellom å få være seg selv eller å få (flere) biologiske barn. Det sier litt om hvor essensiell beslutningen om kjønnsbekreftende behandling må være for dem det gjelder. Steriliseringskravet er en av flere årsaker til at Amnesty International (2013) mener at norske myndigheters behandling av personer med kjønnsinkongruens er stigmatiserende og bryter menneskerettigheter, inkludert retten til best mulig helse og likhet for loven. Noen vil kanskje mene at dette kravet alene forringer behandlingstilbudet til pasientgruppen, og at det sannsynligvis bidrar til at enkelte avstår fra å søke kjønnsbekreftende behandling.

En assosiasjon mellom transseksualisme og skam kom til uttrykk i halvparten av intervjuene, hvorpå funnene viste at flesteparten hadde fått implementert denne assosiasjonen fra sine omgivelser gjennom oppveksten. Samtlige indikerte at de følte seg annerledes enn andre, og de fleste hadde fått høre at de måtte slutte å handle utenfor forventede kjønnsnormer. Den ene personens foreldre trodde tilstanden måtte løses ved psykologisk rådgivning. Grossman, D'Augelli og Frank (2011) fant at 50 % av MtF-personer anga å ha foreldre som helte mot en

psykologisk framfor en kjønnsbekreftende tilnærming til «problemet». Muligens har diagnosens klassifisering som en psykiatrisk sykdomsdiagnose betydning for skam-assosiasjonen. Østrem (2016) som selv har diagnosen, problematiserer det at personer med psykiatriske diagnoser ofte omtales som sin diagnose. Hun skriver videre at en diagnose er noe man har – ikke noe man er, og hun mener det kommer av uvitenhet at hun av helsepersonell så vel som av andre ofte omtales som transseksuell (Østrem, 2016). Bockting (2009) støtter tilsynelatende opp under dette når han hevder at diagnosen i økende grad betraktes som en unødvendig sykeliggjøring som bidrar til kjønnsrelatert sosial stigmatisering. Bockting (2009) hevder at det ikke er usannsynlig at diagnosen i seg selv kan aktivere transfobiske reaksjoner, samt resultere i at kjønnsinkongruente får en negativ oppfatning av egen identitet.

I studien viste helsevesenet seg som en arena der intervjupersonene fryktet diskriminering, uten at utvalget faktisk erfarte dette. Frykten gikk hovedsakelig på ikke å bli godkjent for kjønnsbekreftende behandling, ved dårlig samarbeid eller ved å svare «feil» på psykologiske tester. Noen opplevde å bli møtt med nedsettende bemerkninger og lite forståelse for sin kjønnsidentitet også her, men flesteparten ga uttrykk for en generell tilfredshet med helsehjelpen. Studien skilte seg dermed fra forskning som hevder at diskriminering fra helsepersonell er vanlig, og der 24 % av transkjønnede har rapportert om det de oppfattet som diskriminering (Lombardi, 2010). På en side gjenspeiler dette kanskje noen fordeler med norsk praksis, der helsehjelp hovedsakelig er konsentrert til NBTS. Muligens har behandlingstemaet her opparbeidet en kompetanse og trygghet på feltet som gjør dem mer forberedt til å møte gruppen på en god måte. På den andre siden ville kanskje bildet sett annerledes ut hvis utvalget bestod av personer som ikke møtte diagnosekriteriene eller som ikke fikk godkjent virkelighetstesten.

Ved siden av betingelsene i helsevesenet fremkom skolen som den arenaen der stigmatiseringen intervjupersonene opplevde kom tydeligst og hyppigst til uttrykk. På skolen forekom ekstern stigmatisering særlig i form av fordomsfulle hendelser, men også gjennom kjønnsdelte situasjoner. Som følge av reaksjonene de fikk på å skille seg ut i kjønnsuttrykk, ga samtlige i utvalget uttrykk for ambivalens rundt egen kjønnsidentitet. Flesteparten rapporterte om manglende tilhørighet i skolelivet. Tre intervjupersoner isolerte seg fra medelever, mens to droppet ut av skolen og reagerte med depresjon. De ene av de to som led

av post traumatisk stress syndrom, relaterte dette til mobbing på skolen. Både Ros (2013) og Helsedirektoratet (2015) konkluderte med skolen som den arenaen som representerer de største utfordringene for gruppen. Ros (2013) beskrev i tillegg posttraumatisk stress syndrom og depresjon som vanlige mén blant unge med kjønnsinkongruens. Ifølge Grossman, D'Augelli og Frank (2011) dannes grunnlaget for våre mange identiteter under ungdomstiden, og for ungdom handler mye om å ta fatt på aktiviteter som kan gjøre sosiale, yrkesmessige og personlige forventninger til fremtidige realiteter. Dette er utfordringer som opptar skoleungdom flest, men for kjønnsinkongruente forsterkes utfordringer rundt selvkonstruksjonene ved samtidig å måtte fronte kjønnsidentiteten og stressfaktorene assosiert med dette (Grossman, D'Augelli & Frank, 2011). Skolen er en arena hvor ungdom tilbringer store deler av hverdagen, og hvor de har mange å sammenlikne seg med. Fordi skolen innebærer en konstant eksponering for potensielle reaksjoner, vil kjønnsinkongruente som føler på en annerledeshet muligens undertrykke kjønnsidentiteten her. I denne studien fremkom intervjupersonenes interne forhandlinger med motstridende identiteter som en sentral årsak til at skolen var en særlig risikoarena. Pearlin (1999) mener at utviklingen av en identitetsfølelse delvis skjer ved å sammenlikne seg med andre, og at det å komme negativt ut av en slik sammenlikning kan innvirke negativt på selvforståelsen. Mullen og Moane (2013) har pekt på sterke assosiasjoner mellom identitetsbekreftelse og mental helse. Dette kan sees i sammenheng med hvor viktig selvaksept så ut til å være i motstandsdyktighetsutvikling i denne studien.

Studien reflekterte et utall av tidligere studier som har konstatert store kunnskapshull om kjønnsidentitetstematikk både blant helsepersonell og samfunnet generelt (Snelgrove et al., 2012). Dette var en annen komponent ved stigmatisering som særlig kom til uttrykk gjennom intervjupersonenes beskrivelser av skolehverdagen. Blant annet ved at tematikken tilsynelatende var ikke-eksisterende på skolen, gjennom at intervjupersonene feilaktig ble stemplet som homofile og ved vanskelighetene de hadde i forhold til å sette ord på den opplevde annerledesheten. I tillegg var det lite som tydet på sensibilitet og hensyn overfor intervjupersonene ved kjønnsdelte situasjoner. Deriblant førte aktiviteter som aerobic til at en gutt begynte å mislike gym, mens en kvinnelig intervjuperson måtte fritas fra gym og svømming fordi det ble for vanskelig. Fem av de totalt seks personene rapporterte om å ha blitt kastet ut fra toaletter. På tvers av intervjuene uttrykte utvalget en felles antakelse om kjønnsinkongruente som en allment misforstått gruppe. Alle disse faktorene fremkom som

medvirkende til at kjønnsuttrykk på tvers av normene ble møtt med liten forståelse. Nesten alle ga uttrykk for mistriivsel, stress og manglende tilhørighet på skolen. Det fremkom ikke at det ble slått ned på mobbingen fra skolen side, og én person opplevde endatil å bli mobbet av lærere. Slike opplevelser antydte at utvalget i liten grad var beskyttet av Opplæringsloven (1998, § 9a-1-3) som stadfester at: «Alle elevar i grunnskolar og vidaregåande skolar har rett til eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring», og at «Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for å fremje eit godt psykososialt miljø, der den enkelte eleven kan oppleve tryggleik og sosialt tilhør». Ifølge Mullen og Moane (2013) kan allmenne misoppfatninger samt sosiale og kulturelle normer presentere barrierer for bekreftelse og støtte for transkjønnede. Hendricks og Testa (2012) hevder at personer som ikke ser andre lik seg selv i fellesskapet, kan utvikle en følelse av ikke å høre til. Dette kan forekomme selv uten å bli utsatt for avvisning eller mobbing (Hendricks & Testa, 2012). Det fremkom ikke av studien at noen hadde tilgang til kjønnsnøytrale toaletter eller på annet vis opplevde at garderobesituasjoner eller annet ble tilrettelagt for dem. Heller ikke kvinnen som fikk hjelp til å stå frem på ungdomsskolen. Ifølge Mullen og Moane (2013) er det grunnleggende for bekreftelse av sosial identitet at en opplever å passe inn i rådende normer. Basert på beskrivelsene ovenfor indikerte denne studien at skolen tilbød få muligheter for intervjupersonene til å få positiv bekreftelse på sin identitet. Muligens er dette sentrale forklaringer på hvorfor de fleste både i denne studien og i annen forskningslitteratur (Ros, 2013) opplevde skolen som kilde til stress og mistriivsel.

For to intervjupersoner var hjemmet åsted for de mest alvorlige hendelsene i denne studien, der begge gjentatte ganger opplevde fysisk sanksjonering. For flesteparten fremkom likevel ikke hjemmet som en arena der de hyppig ble møtt med negative reaksjoner. Over halvparten opplevde på intervjutidspunktet anerkjennelse fra foreldre og nære personer. Heller ikke arbeidsplassen representerte høy forekomst av negative responser, og 'kun' halvparten rapporterte om noen gang å ha fått negative reaksjoner på jobben. Imidlertid var diskriminering og trakassering tydeligere på jobbarenaen enn på skolen og innen helsevesenet. Blant annet hadde en person blitt ufrivillig befølt, mens en annen hadde fått sluttoppjøret i posten etter å ha stått frem som mann. I Norge skal personer med kjønnsinkongruens være beskyttet mot for eksempel å få sparken. Diskrimineringsloven (2013, § 5) sier at: «Diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk er forbudt. Forbudet gjelder diskriminering på grunn av faktisk, antatt, tidligere

eller fremtidig seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk». Likevel avslørte Helsedirektoratets (2015) rapport at mange voksne mister jobben underveis i behandlingen for kjønnsinkongruens. Rapporten konkluderte med at personer med kjønnsinkongruens opplever «høyere grad av trakassering, diskriminering og vold enn de i studien som oppgir å være lesbisk, homofil eller bifil» (Helsedirektoratet, 2015, s. 19).

7.3 Pubertet og eksistensiell krise

Hittil har dette kapitlet omhandlet det som i studien ble identifisert og definert som de eksterne og lettest observerbare minoritetsstressorene intervjupersonene ble utsatt for, og som blant annet så ut til å utløse usikkerhet og angst hos utvalget. Selv om stressende hendelser og betingelser var det som hyppigst bidro til opplevelsen av stigmatisering, var de ikke nødvendigvis viktigst. Internalisert transfobi fremkom som den minoritetsstressoren som kanskje begrenset intervjupersonene mest i forhold til å våge å være seg selv. Samtlige intervjupersoner uttrykte underliggende følelser som skam, frykt eller ambivalens rundt kjønnsidentiteten. Selv om disse følelsene var fremtredende under barndommen, nådde de for de fleste et krisepunkt under puberteten da kropp-sinn dissonansen ble markert forsterket. I en studie av Stensma, Biemond, de Boer og Cohen-Kettenis (2010) ble pubertetens frembrudd ledsaget av en intensivt forakt mot kroppen, som videre resulterte i ambivalens og tilbaketrekking. Denne studien kunne ikke svare på akkurat hva som forårsaket usikkerhet, men økt kroppsforakt i puberteten gjorde seg gjeldende også i dette utvalget. Som hos Stensma et al. (2010) var bekymringene for fremtiden særlig knyttet til de fysiske kroppsendingene.

Fra puberteten sjonglerte de fleste i studien internt mellom å være tro mot seg selv, og spille en rolle utad der selvaksept ble vanskeligere. Hos fem av de seks var fortieelse den mest framtrede mestringsstrategien gjennom puberteten, og for dem forble denne strategien den viktigste frem mot beslutningen om kjønnsbekreftende behandling. Fortieelse kom til uttrykk gjennom tilpasning av klesstil, snakkemåte, gange og andre mulige avsløringskilder. For alle fem innebar dette begrensninger på omgangskrets, interesser og uttrykksmåter, og flere hevdet at hele livet opplevdes stressende under tiden i fortieelse. Som beskrevet av Meyer

(2003) lå det et paradoks i at fortielse fungerte for å avverge negative konsekvenser, samtidig som det tæret på intervjupersonenes energi og forårsaket indre konflikter. Fordi negative forventninger i seg selv utløser stress som forsterkes av anstrengelser på å skjule seg, mener Hendricks & Testa (2012) at fortielse involverer et innviklet samspill med omgivelsene. Muligens kan derfor fortielsesstrategien delvis forklare hvorfor livet opplevdes vanskelig for intervjupersonene.

For samtlige intervjupersoner markerte puberteten starten på deres mest kritiske livsperiode. Ingen fikk pubertetsutsettende behandling, og uavhengig av kjønn kom mange av de samme psykiske og sosiale merbelastningene av å utvikle seg i kroppslig feil retning til uttrykk. Både kvinner og menn i studien trodde imidlertid at langsiktige konsekvenser som følge av puberten var verre for kvinner (født med mannlige genitalier), og to av kvinnene slet med varige skader i form av uønsket hårvekst og stor skostørrelse. Personen som etablerte seg som jente på ungdomsskolen hadde søkt hjelp fra NBTS uten å lykkes, både ved pubertetsens frambrudd og som 16 åring. Første gang var hun for ung i henhold til norsk praksis, og andre gang var NBTS stengt for nye pasienter. I takt med stadig mer maskuline trekk, virket det som om hun måtte tåle flere transfobiske reaksjoner fra omverdenen enn andre i studien. Ifølge Singh et al. (2011) dømmes personer med kjønnsinkongruens særlig etter hvor bra de passerer innenfor tokjønnsmodellen, og transfobi manifesterer seg i objektivisering, misforståelse og sykelliggjøring relatert til den enkeltes fysiske utseende. Dette resulterer videre i internalisert transfobi, som igjen ofte får store helsekonsekvenser (Singh et al., 2011).

Internalisert transfobi i denne studien så ut til å ha sammenheng med å være en del av et samfunn med lite rom for kjønnsroller og kjønnsuttrykk på tvers av kulturdefinerte kjønnskategorier. Merryfeather og Bruce (2014) hevder at dersom et barns kjønn er tvetydig ved fødselen, foretas i vestlige samfunn en beslutning om kjønnnet på den nyfødtes vegne. Hvis nødvendig gjennomføres det kirurgi for å støtte opp om beslutningen (Merryfeather & Bruce, 2014). Med andre ord virker det allment akseptert å utsette nyfødte for overgrep som senere kan vise seg skjebnesvangre. Samfunnets behov for et kjønns spesifikt personnummer virker i så måte til å veie tyngre, noe som ble reflektert av flere personer i denne studien.

I SOC har WPATH skissert anbefalte retningslinjer som ikke bare skal ivareta et behandlingstilbud uavhengig av selvopplevd kjønnsidentitet, men som også omfavner

mindreårige med kjønnsdysfori (Coleman et al, 2012). Cohen-Kettenis (2010) konkluderer i sin forskning med at pubertetsutsettende behandling resulterer i forbedret psykologisk funksjon hos unge med transkjønnethet, og at det gjør dem bedre rustet til en eventuelt kommende kjønnsbekreftende prosess. Olson et al. (2011) mener bekymringene for reaktiv depresjon relatert til uønskede sekundære kjønnskarakteritika burde veie tyngre enn mulige bivirkninger av pubertetsutsettende hormoner. For å kjøpe tid og redusere behovet for fremtidig medisinske intervensjoner, mener de at ungdom med kjønnsinkongruens ideelt sett bør behandles med slike hormoner. Likevel viste Helsedirektoratets (2015) rapport at kun én mann (KtM) og fem kvinner (MtK) fikk igangsatt pubertetsutsettende behandling ved NBTS i perioden 2011-2014. Grunnet lite informasjon om tematikken i samfunnet er det ikke usannsynlig at mange ikke vet om denne muligheten.

Minoritetsstressorene og ringvirkningene av disse hadde i min studie klare fellestrekk med dem som Meyer (2003) har identifisert blant LHB-personer. I denne studien ble det skilt mellom stressende hendelser (negative bemerkninger og mobbing) og betingelser (stigmatiserende behandlingsretningslinjer). Grunnet den hyppige eksponeringen som like gjerne kunne være fra mindre nære og fremmede som fra nære personer, representerte de kjernestressorer også i denne studien. Ifølge Hendricks (2012) er det disse lettest observerbare eksterne stressorene som er mest dokumentert på forskningsfeltet. Mange vil kanskje mene at studiens risikoperspektiv kan bidra til å vedlikeholde et syn på gruppen som annerledes. Imidlertid var det å få innsikt i relasjonen mellom risiko og motstandsdyktighet et vel så viktig fokus, hvorpå innblikk i hvordan ugunstige hendelser har påvirket individet tidligere ble antatt å være en forutsetning. Minoritetsstressmodellen omtales som en velegnet inngangsport ikke bare for å forstå hvordan minoritetsstressorer forårsaker økte forekomster av psykologiske og sosiale problemer hos transkjønnede, men også for å få innsikt i hvordan deres opplevelser i tillegg kan resultere i motstandsdyktighet (Hendricks & Testa, 2012; Singh et al., 2011). Dette vil belyses nærmere i neste avsnitt.

7.4 Motgangens vendepunkt

Etter å ha vært avventende i flere år, besluttet alle i studien å påbegynne kjønnsbekreftende behandling. Alle ga uttrykk for å nå et bristepunkt, som for de fleste innebar valget mellom å ta grep mot opplevd kjønnsstilthørighet eller å ende sine liv. Basert på sammenlikning av intervjupersonenes livssituasjoner før og etter dette vendepunktet, opplevde jeg at samtlige hadde utviklet en bemerkelsesverdig motstandsdyktighet. Samtlige intervjupersoner fremstod langt mer hardhudede på intervjuetidspunktet enn i barndommen og under puberteten.

Negative reaksjoner i senere tid prelet lettere av og gikk ikke inn på dem i samme grad som tidligere. De som tidligere hadde slitt med angst, kunne nå rapportere om at angsten var borte. Samtlige beskrev at de var langt lykkeligere og tilfreds med livet etter behandlingen. Med dette reflekterte studien funn som også er gjort i annen forskningslitteratur (Breslow et al., 2015; Meyer, 2007).

Det var to mestringsstrategier som utmerket seg som spesielle i forhold til en positiv utvikling av motstandsdyktighet. Intervjupersonene søkte seg stadig til flere arenaer med større rom for å leve ut opplevd kjønnsidentitet, og når de nærmet seg beslutningen om behandling ble avsløring en fremtredende strategi. Livsfasene denne studien fokuserte på var preget av at intervjupersonene i svært liten grad var åpne om opplevd kjønnsidentitet, og de kom seg gjennom sine livs vanskeligste perioder hovedsakelig ved hjelp av iboende drivkrefter. Dette taler imot Meyers (2003) påstand om at selv ressurssterke mennesker vil kunne oppleve mangelfull mestring av minoritetsstress i fravær av tilhørighet til støtteorganisasjoner eller andre grupperressurser. I den grad utvalget snakket om grupperessurser fra tiden før vendepunktet, var dette hovedsakelig i form av familie, venner, idretts- eller menighetsforbindelser (med flere) som støttet opp under deres mestringskapasitet uten å kjenne til kjønnsidentitetstematikken. Imidlertid benyttet noen psykologisk oppfølging for å få en større forståelse for og aksept av egen identitet. For de i studien som på ny eller fortsatt var lite åpne om sin fortid etter behandling, hadde samtlige på intervjuetidspunktet minst et par personer i sine liv som de åpnet seg for. Dette er i tråd med teorien om at isolasjon og ensomhet hemmer identitetsutviklingen, og at utviklingen av selvet er en stadig pågående prosess i møte med andre mennesker (Meyer, 2003; Pearlin, 1999). Først etter betraktelig utvidelse av sine handlingsrom, og nærmere beslutningen om kjønnsbekreftende behandling, sa enkelte sa at de ikke kunne klart seg uten å oppsøke for eksempel andre i tilsvarende situasjoner. Således fremkom bekreftelse fra personer utvalget hadde en tillitsrelasjon til som

viktig for en positiv identitetsutvikling. Som hos Hendricks og Testa (2012) fremkom dermed det å «være ute» i minst noen settinger som essensielt for å frigjøre ressurser som kunne fremme mestring og motstandsdyktighet.

Å være ute kan ifølge Hendricks & Testa (2012) ha ulike betydninger i ulike livsfaser for kjønnsinkongruente personer. Eksempelvis vil individer som avslører sitt opplevde kjønn før behandlingsprosessen, avsløre mer enn når de avslører det samme etter kjønnsbekreftende behandling (Hendricks & Testa, 2012). Samtlige intervjupersoner beskrev at de suksessfullt fremstod som seg selv på intervjutidspunktet, og flere formidlet at de nå kunne velge å være åpne om kjønnsbakgrunnen, eller la det være. Grunnet denne muligheten, og fordi de fleste intervjupersonene følte seg ferdige med sin kjønnslige fortid, valgte de fleste i møte med nye forbindelser å fortie om kjønnsbakgrunn. Det interessante var at fortielse på intervjutidspunktet ikke lenger fremkom som energikrevende. Bockting et al. (2013) mener at suksessfull passering hos kjønnsinkongruente personer kan bidra til realisering av kjønnsidentiteten, en egenskap som i denne studien ble identifisert som en viktig personlig egenskap. Datamaterialet bar altså preg av at avsløring og fortielse var svært ulikt benyttet, avhengig av hvilken livsepoke intervjupersonene var i og hvor i prosessen de var.

Belyst ut fra Goffmans (1975) teori responderte personene i denne studien på stigmatisering ved å gjøre noe med sitt stigma; gjennom kjønnsbekreftende behandling oppnådde de samsvar mellom kroppslig og opplevd kjønn. Imidlertid hevder Goffman (1975) at så lenge individer er kjent for å ha «reparert» sine stigma, så er det ikke sikkert de vil anses som helt «normale» i andres øyne. Denne refleksjonen var det få holdepunkter for i denne studien. Ingen i utvalget ga uttrykk for å føle seg unormale lenger. Tvert imot understreket alle at hverdagen i stor grad opplevdes normal, og at folk flest ikke lenger ga kjønnsidentiteten forrang foran deres andre egenskaper. Imidlertid var det flere i utvalget som opplevde personer med kjønnsinkongruens som stigmatiserte, hvis de ikke var kommet like langt i prosessen, eller hvis de ikke hadde kommet like heldige ut i forhold til å signalisere opplevd kjønnsidentitet for omverdenen.

Kun én av intervjupersonene var del av et minoritetsmiljø (hovedsakelig bestående av LHB-personer) under ungdomstiden, og ingen hadde arenaer der de fikk oppleve at kjønnsinkongruens representerte majoriteten. Trolig hadde dette sammenheng med at det fantes få foreninger tilsvarende HBRS. Eksisterende litteratur om utvikling av

motstandsdyktighet hos gruppen understreker viktigheten av engasjement i et transmiljø mer enn betydningen av personlige faktorer. Litteraturen hevder denne typen sosial støtte kan avverge psykologiske følger (angst og isolasjon) av stigmatisering, og fremme trivsel og velvære (Breslow et al., 2015; Bockting et al., 2013). Denne studien skiller seg fra andre som har tatt utgangspunkt i minoritetsstressmodellen på to viktige områder. Fortielse som her var den vanligste strategien blant samtlige, har i amerikanske studier med gruppen blitt identifisert som vanligste strategi kun blant 50 % av respondentene, der langt flere hadde lettere tilgang til og benyttet seg av støttende transmiljøer (Breslow et al., 2015). I denne studien fremkom stresslindrende faktorer uavhengig av slike grupperessurser som avgjørende i utviklingen av personlige egenskaper og mestringsstrategier. I den grad intervjupersonene benyttet grupperessurser, var det som et ledd i å utvide sine handlingsrom. Kapasiteten til å takle stigmatisering og unngå psykologiske problemer, virket hovedsakelig å være basert på intervjupersonenes iboende ressurser.

Som tidligere nevnt var trolig selvaksept og identitetsbekreftelse de viktigste personlige egenskapene i forhold til at utvalget opplevde en betydelig forbedret livskvalitet etter kjønnsbekreftende behandling. I tillegg fremkom tilpasningsdyktighet, mot, emosjonskontroll og dyrkning av fremtidshåp som sentrale egenskaper for deres oppnådde motstandsdyktighet. Det er ikke gjort mye forskning på dette relatert til kjønnsinkongruente personer, men ifølge Mullen og Moane (2013) som har funnet tilsvarende positive egenskaper, uttrykker gruppen karakteristika som tradisjonelt er knyttet opp mot psykologisk velvære. At disse egenskapene lot seg identifisere er ikke ensbetydende med at det faktisk var disse som resulterte i et generelt positivt utfall. Mullen og Moane (2013) hevder at slike egenskaper kan utvikle seg i respons på stigmatisering. I tråd med denne antakelsen kan den foreliggende studien tilby en begynnende innsikt i noen av de positive egenskapene intervjupersonene demonstrerte.

7.5 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet i kvalitativ forskning

Verifikasjon er det trinnet i forskningsprosessen som går ut på å kunne kvalitetssikre forskningen, hvilket er et krav innenfor vitenskapen. Hvorvidt en kvalitativ studie kan vurderes som troverdig handler om i hvilken utstrekning forskeren kan vise til resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare (Kvale & Brinkmann, 2009). Etterfulgt av en begrepsavklaring følger en diskusjon av studiens troverdighet basert på hvordan disse begrepene er benyttet.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) dreier gyldighet i samfunnsvitenskapene seg om hvorvidt studien undersøker det den er ment å skulle undersøke. De hevder at dette er et kvalitetsprinsipp som bør gjennomsyre hele forskningsprosessen – fra tematisering til rapportering. Pålitelighet handler ifølge Thagaard (2009) om hvor nøyaktig en har vært i nedtegning og analyse av data, og i hvilken grad en kan stole på funnene som fremkommer.

Overførbarhet relateres til om tolkninger som er basert på en enkelt undersøkelse også kan gjelde andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). Ifølge Thagaard (2009) samsvarer ikke overførbarhet i kvalitative tilnærminger med kravet om generalisering i kvantitativ forskning, og det trenger ikke alltid å være et mål i kvalitative studier. Ved bruk av kvalitative data handler det primært om å rekontekstualisere den teoretiske forståelsen knyttet til et bestemt prosjekt til en bredere sammenheng (Thagaard, 2009).

7.5.1 Metodologiske overveielser

Intervjuguiden skulle vise seg å bli utfordrende å utforme. Begreper som stigmatisering og diskriminering er følelsesladde og brukes ofte om hverandre. Dessuten kan ulike personer tillegge dem ulike meninger. I frykt for å legge en føring på samtalen ved å måtte definere og dermed kanskje svekke intervjusituasjonen er derfor disse begrepene unngått i intervjuguiden. I stedet fokuserer intervju spørsmålene på mer hverdagslige begreper som stress og stressende situasjoner, som jeg antok det ville være lettere for intervjupersonene å snakke om. Til tross for at jeg gjennomførte et pilotintervju ser jeg i ettertid at intervjuguiden burde vært langt

bedre gjennomarbeidet. Den er preget av at jeg ikke helt hadde landet på overordnet problemstilling og forskningsspørsmål. Fordi jeg ikke hadde arbeidet godt nok med en streng intervjuguide, endte jeg opp med å få mye stoff som ikke kunne brukes fordi det ikke besvarte forskningsspørsmålene. Dessuten lot det seg ikke gjøre å rapportere om alle potensielle funn som kom frem på grunn av intervjuenes lengde. Muligens kan dette ha bidratt til å svekke studiens pålitelighet. Samtidig gikk jeg inn i studien med relativt begrenset forforståelse om tema, og intervjuguiden fungerte godt i forhold til å holde samtalen i gang rundt ulike sider knyttet til det å være født i feil kropp. Den fungerte således som en ramme, hvilket var intensjonen. Spørsmålene ble ikke stilt i kronologisk rekkefølge, da det i intervjusituasjonene ikke følte naturlig. I intervjusituasjonene var jeg hele tiden åpen for intervjupersonenes fortellinger og opplevelser. Samtlige intervjupersoner delte til dels traumatiske livshistorier som jeg under intervjuene anså å være høyrelevant for tematikken. Jeg ville ikke risikere å svekke intervjusituasjonen ved å avbryte dem før de var ferdig snakket. Fordi jeg måtte ta høyde for at kjønnsidentitetstematikk kan være traumatisk å snakke om, tok innledningsspørsmålet sikte på å få i gang en samtale, og var ikke ment brukt til å belyse forskningsspørsmålene. Jeg håpet at en «ufarlig» start kunne åpne for spontane beskrivelser av studiens sentrale fokus.

I utgangspunktet hadde jeg mange intervju spørsmål med tilhørende oppfølgingsspørsmål. Oppfølgingsspørsmålene planla jeg å stille der det følte naturlig, eller hvis samtalen skulle stoppe opp. Det skulle imidlertid vise seg at jeg kun fikk stilt fire intervju spørsmål til samtlige intervju personer. Disse er uthevet med gul farge i vedlegg IV. Jeg opplevde at de øvrige spørsmålene ble besvart uten at jeg trengte å stille dem. Sånn sett oppnådde jeg å få spontane beskrivelser av relevante fenomener fra intervju personene, noe som ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er et mål ved bruk av utforskende tilnærming. Gyldighet ble tilstrebet gjennom å stille spørsmål som «hva mener du egentlig med ...?» og «har jeg forstått deg riktig hvis ...?» for å bekrefte at min oppfatning av det som ble sagt under intervjuene var riktig. Gjennom å kontrollere samsvar mellom transkribering og lydopptak samt ved å holde orden på hvem som sa hva, er pålitelighet forsøkt ivaretatt. Imidlertid har egen forforståelse av studiens tema og den valgte litteraturen på noen måter påvirket både utformingen av intervju spørsmålene samt resultatene som er presentert.

Fordi personer med kjønnsinkongruens er en skjult populasjon, lot det seg ikke gjøre å rekruttere et representativt utvalg. Derfor ble intervjupersonene rekruttert via en støtteforening for gruppen med et bekvemmelighetsutvalg. Fordi HBRS på rekrutteringstidspunktet hadde over 200 medlemmer håpte jeg kravet om maksimum variasjon kunne være mer realistisk enn hvis utvalget ble rekruttert via NBTS, som kun behandlet cirka 20 pasienter årlig. Likevel så jeg meg nødt til å senke kravet om maksimum variasjon, ettersom jeg maksimalt ville ende opp med åtte deltakere. Med de valgte inklusjonskriteriene antok jeg å kunne rekruttere et utvalg intervjupersoner med erfaringer og opplevelser som var relevant for å kunne belyse studiens problemstilling, hvilket jeg mener å ha lyktes i. At utvalget representerte en variasjon i alder, utdanningsbakgrunn og etnisitet samt at det bestod av like mange kvinner som menn ser jeg som en styrke ved studien. Forskning på kjønnsidentitetstematikk har ifølge Hendricks (2012) en tendens til å benytte «community-based sampling methods» (Hendricks, 2012, s. 462) der respondenter rekrutteres for eksempel via klinikker hvor de får behandling for rusavhengighet eller HIV. Som et resultat har disse utvalgene respondenter med status i mer enn én minoritetsgruppe, og opplever kanskje andre eller intensiverte minoritetsstressorer sammenliknet med denne studiens intervjupersoner. Ved denne studiens utvalgsstrategi unngikk jeg spesielt sårbare befolkningsgrupper, og oppnådde kanskje et riktigere bilde på minoritetsstressorer av særskilt betydning for personer med kjønnsinkongruens. Imidlertid kan det faktum at utvalget hadde tilgang til en støtteorganisasjon og at de identifiserte seg som menn og kvinner født i feil kropp ha vært en svakhet i studien. Intervjupersonenes opplevelser kan skille seg betraktelig fra kjønnsinkongruente personer som identifiserer seg med andre begreper og som ikke bor i nærheten av et støttetilbud. Da denne studien var eksplorativ og basert på et bekvemmelighetsutvalg blant personer med kjønnsinkongruens ville det ikke vært naturlig å overføre funnene til den generelle befolkningen, og overførbarhet var således ikke en målsetning. Imidlertid var dataene rike på dybdeinformasjon, og funnene ga verdifull innsikt om hvordan det å tilhøre en stigmatisert minoritetsgruppe i samfunnet kan oppleves. Ved detaljerte beskrivelser av funnene fikk leseren et grunnlag for selv å vurdere om resultatene kan overføres til en ny situasjon.

For å styrke påliteligheten er det tilstrebet et høyt fokus å være transparent i alle forskningsledd, blant annet ved en grundig fremstilling av hele prosessen under redegjørelsen for forskningsmetodisk tilnærming. Dette er gjort for å synliggjøre for leserne hvordan prosjektet har blitt utført. Å forplikte seg til transparens (gjennomsiktighet) er et

håndverksmessig kriterium ved forskning, som ifølge Polit & Beck (2012) innebærer å unngå og maskere valg og begrensninger ved studien for omverdenen. De understreker viktigheten av å begrunne forskningsmessige valg og lage en sti som gjør det mulig for andre å spore forskerens vei under prosessen. For å kunne å be om ekstern vurdering av avgjørelsene som er tatt i denne studien, er de identifiserte temaene med underkategorier samt eksempler på utsagn vedlagt (vedlegg V). Dette for å kunne bevise at underkategoriene og temaene er formulert ut fra intervjupersonenes data.

Polit og Beck (2012) hevder at kvalitative studier må baseres på informasjonsbehov, og datametning oppnås når en kommer til et punkt der intervjuene ikke bidrar til ny informasjon. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) tilsvarer nødvendig antall intervjupersoner «(...) så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 148). Med bruk av åpne intervju spørsmål resulterte intervjuene i livshistorier som alle bidro til ny informasjon. Jeg hadde anledning til å intervju ytterligere to personer, men etter seks intervjuer opplevde jeg ikke å få ytterligere informasjon av relevans for forskningsspørsmålene. Sannsynligvis ville det vært lettere å vurdere datametningen om jeg hadde hatt den endelige problemstillingen klar på intervjutidspunktet, og hadde hatt et litt klarere bilde av hva jeg egentlig ønsket svar på. Det andre kriteriet bidro til at jeg lyktes med å få intervju personer som evnet å kommunisere sine refleksjoner og opplevelser effektivt, og tross i liten utvalgsstørrelse mener jeg datamaterialet var tilstrekkelig for å belyse ulike mønstre og kategorier.

Kvale og Brinkmann (2009) understreker at forskningsetiske spørsmål må være knyttet til alle ledd i forskningsintervjuet. De fremhever informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle som fire etiske usikkerhetsmomenter som forskeren må være bevisst på i forskning som inkluderer intervju personer. Jeg mener at samtlige momenter er vel ivarettatt i denne studien.

8 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

På lik linje med den generelle befolkningen utsettes kjønnsinkongruente individer for generelle stressfaktorer som kan resultere i et bredt spekter av grunner til å oppsøke helsehjelp. I tillegg utsettes de for stressfaktorer som er unike og som gir dem betydelige merbelastninger. Opplevelsen av stigmatisering viste seg som en velegnet inngangsport for å forstå hvilke utfordringer personer med kjønnsinkongruens møter, og for å få et innblikk i deres kapasitet til å komme styrket gjennom alle utfordringene.

8.1 Hovedfunn

De seks personene i denne studien viste et likt mønster av livserfaringer, som startet med en tidlig fornemmelse av kropp-sinn dissonans. Videre fulgte en flere års forhandling og håndtering av ulike kjønnsidentiteter, før de til slutt startet prosessen med kjønnsbekreftende behandling. Som et resultat av ikke å svare til heteronormative forventninger til kjønn, opplevde respondentene både interne og eksterne minoritetsstressorer fra tidlig barndom. Utvalget viste et variert spekter av indre prosesser i respons på stigmatiseringen. Et fellestrekk var at psykologiske mekanismer så ut til å ha større innvirkning enn ytre prosesser i forhold til å våge å være seg selv. Faktorer påført utenfra forekom hyppigst i form av negative bemerkninger på å skille seg ut, og gjennom kompliserende betingelser. Ringvirkningene av intern transfobi ble forsterket ved pubertetens fremkomst, da diskrepansen mellom kroppslig og opplevd kjønn ble tydeligere for individet. For å avverge negative reaksjoner fra omgivelsene, ble fortielse den viktigste strategien i denne perioden. Å utvide handlingsrommet for eksempel gjennom flytting og andre livsendringer, åpnet for flere arenaer der de kunne være seg selv. Samtidig ble manglende samsvar mellom kropp og sinn mer synlig for omgivelsene, og de måtte håndtere mer negativ respons enn tidligere. Grove hendelser som fysisk trakassering, vold og diskriminering rammet halvparten av utvalget. Til tross for, eller kanskje i respons på de vanskelige omstendighetene, ble intervjupersonene gradvis tryggere på egen identitet, egenverdi og framtidsutsikter. Dette var viktige aspekter i utvikling av motstandsdyktighet, og gjorde avsløring av kjønnsidentiteten til omgivelsene til en mer fremtredende mestringsstrategi. Dette viste seg som en positiv strategi, og de fleste opplevde (etter hvert) støtte og aksept fra nære personer. En trygghet ble etablert i at opplevd

kjønn er det rette kjønn. Med denne selvforståelsen ga de fleste i studien uttrykk for å nå et punkt der alternativet til å justere kroppene deretter, hadde vært å ende sine liv.

8.2 Implikasjoner for veien videre

Lombardi (2010) hevder at forskningsfeltet ennå er i sin spede begynnelse og at omfanget av eksisterende forskning er begrenset. Mye av eksisterende kunnskap rundt kjønnsinkongruens er fremkommet som et biprodukt av forskning som primært fokuserer på HIV/AIDS. Mann (2013) mener det er et etisk ansvar for helsepersonell å oppfordre sine pasienter til å utvikle ferdigheter for å håndtere minoritetsstress samt gi tilgang til støtte som kan lindre den ødeleggende effekten av personlige eller sosialt genererte minoritetsstressorer.

Litteraturgjennomgangen resulterte i få funn om hvordan stigmatisering oppleves for denne gruppen, og hvilke mestringsstrategier de tar i bruk. At stigmatisering og assosierte skadelige effekter er så veldokumentert understreker viktigheten av å forske videre på dette. Resultatene fra denne studien, som også har fokusert på variabler med mulige lindrende effekter på minoritetsstress, kan sees som en begynnende kartlegging av terrenget. Selv om dette er en pasientgruppe sykepleiere foreløpig ikke møter ofte, avslørte litteraturgjennomgangen et stort behov for å sette kjønnsidentitetstematikk på dagsorden. Uten forståelse for kjønns mangfold (inkludert terminologi) og kjønnsinkongruente personers unike opplevelser og barrierer kan sykepleiere forårsake unødig og utilsiktet skade i møte med individene. Funnene indikerer et behov for økt allmennkunnskap om kjønnsidentitetstematikk med sikte på å redusere stigma og øke aksept. Fremtidig forskning bør gå nærmere inn på samspillet mellom minoritetsstressorer og stresslindrende faktorer, og hvordan samspillet innvirker generelt positivt eller negativt på individet.

9 REFERANSER

- Amnesty International (2013, 15. april). Transpersoners rettigheter ikke ivaretatt. Hentet 12. mai 2016 fra <http://www.amnesty.no/ikke-publisert/transpersoners-rettigheter-ikke-ivaretatt>)
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barker, H. & Wylie, K. (2008). Are the Criteria for 'Real-Life Experience' (RLE) Stage of Assessment for GID Useful to Patients and Clinicians? *International Journal of Transgenderism*, 10(3-4), 121-131.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bockting, W. (2008). Are gender identity disorders mental disorders? Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 53-62.
- Bockting, W. O. (2009). Transforming the paradigm of transgender health: a field in transition. *Sexual & Relationship Therapy*, 24(2), 103-107.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swimburne Romine, R. E., Hamilton, A. & Coleman, E. (2013). Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. *American Journal of Public Health*, 103(5): 943-951.
- Bouman, W. P., & Richards, C. (2013). Diagnostic and Treatment Issues for People with Gender Dysphoria in the United Kingdom. *Sexual & Relationship Therapy*, 28(3), 165-171.
- Breslow, A. S., Brewster, M. E., Velez, B. L., Wong, S., Geiger, E. & Soderstrom, B. (2015). Resilience and Collective Action: Exploring Buffers Against Minority Stress for Transgender Individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 253-265.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325-334.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Gooren, L. J. (1999). Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res*, 46(4), 315-333.

- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R. & Zucker, K. (2012). World Association for Transgendered Health (WPATH), Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexuals, Transgendered, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232.
- Dalland, O. (2006). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), (2009). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet 27. april 2014 fra <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- Diskrimineringsloven. Lov 21. juni 2013 nr. 58 om seksuell orientering.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1999). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Goffman, E. (1975). *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. København: Gyldendals samfunsbibliotek.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. & Frank, J. A. (2011). Aspects of Psychological Resilience among Transgender Youth. *Journal of LGBT Youth*, 8, 103-115.
- Hansen, T. M. (2008). Lite kunnskap om diagnosen transseksualisme. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(6), 782-783.
- Harry Benjamins Ressurscenter (HBRS) (2011), Håndbok Kjønnskorrigerende Behandling Rikshospitalet. Hentet 14. februar 2016 fra <http://www.hbrs.no/filestore/HNDBOKkjonnkorrigerendebehandlingredigert20112.pdf>
- Helsedirektoratet (2015). *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens*, IS-0496/2015. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/937/Rett%20til%20rett%20kj%C3%B8nn%20IS0496.pdf>

- Hendricks, M. L. & Testa, R. J. (2012). A Conceptual Framework for Clinical Work with Transgender and Gender Nonconforming Clients: An Adaption of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460-467.
- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *J Sex Med*, 11(1), 119-126.
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(4), 373-379.
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115-118.
- Kreukels, B. P. C., Haraldsen, I. R., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Gijs, L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. *European Psychiatry*, 27(6), 445-450.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oversatt av: T. M. Andersen og J. Rygge. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lenning, E. & Buist, C. L. (2013). Social, psychological and economic challenges faced by transgender individuals and their significant others: gaining insight through personal narratives. *Culture, Health and Sexuality*, 15(1), 44-57.
- Lerdal A. & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lombardi, E., Wilchins, R. A., Priesing, D. & Malouf, D. (2001). Gender Violence: Transgender Experiences with Violence and Discrimination. *Journal of Homosexuality*, 42(4), 89-101.
- Lombardi, E. (2010). Transgender Health: A Review and Guidance for Future Research—Proceedings from the Summer Institute at the Center for Research on Health and Sexual Orientation, University of Pittsburgh. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 211-229.

- Malavé, S., Ramakrishna, J., Heylen, E., Bharat, S. & Ekstrand, M. L. (2014). Differences in testing, stigma, and perceived consequences of stigmatization among heterosexual men and women living with HIV in Bengaluru, India. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 26(3), 396-403.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic. Resilience processes in Development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Mann, M. J. (2013). The Nexus of Stigma and Social Policy: Implications for Pastoral Care and Psychotherapy with Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Persons and Their Families. *Pastoral Psychol*, 62, 199–210.
- Merryfeather, L. & Bruce, A. (2014). The Invisibility of Gender Diversity: Understanding Transgender and Transsexuality in Nursing Literature. *Nursing Forum*, 49(2), 110-123.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*, 129(5), 674–697.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressors. I I. H. Meyer & M. E. Northridge (red.), *The Health of Sexual Minorities Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (s. 242-267). New York: Springer Science Business Media, LCC.
- Mullen, G., & Moane, G. (2013). A Qualitative Exploration of Transgender Identity Affirmation at the Personal, Interpersonal, and Sociocultural Levels. *International Journal of Transgenderism*, 14(3), 140-154.
- Nagoshi, J. L., Brzuzy, S. I., & Terrell, H. K. (2012). Deconstructing the complex perceptions of gender roles, gender identity, and sexual orientation among transgender individuals. *Feminism & Psychology*, 22(4), 405-422.
- Neumann, C. B. & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen. En metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm.
- Nuttbrock, L. A., Hwang, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M. & Macri, M. (2009). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47, 12-23.
- O'Brien, J. (2011). Spoiled Group Identities and Backstage Work: A Theory of Stigma Management Rehearsals. *Social Psychology Quarterly*, 74(3), 291–309.

- Olson, J., Forbes, C. & Belzer, M. (2011). Review article: Management of the Transgender Adolescent. *American Medical Association*, 165(2), 171-176.
- Opplæringslova. Lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa.
- Oslo universitetssykehus (2014). Informasjon om Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS). Hentet 24. februar 2014 fra <https://dub124.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgvci2yCyd4xGXXKQAhWtgMLA2&folderid=flgkgN-Rz-pEqDAIbxPVP41A2&attindex=1&cp=-1&attdepth=1&n=3842219>
- Oslo universitetssykehus (2015, 21. mai). Transseksualisme – Behandling. Hentet 25. april 2016 fra <http://www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/behandlinger/transeksualisme-behandling>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Pearlin, L. I. (1999). The stress process revisited: Reflections on concepts and their interrelationships. In C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (red.), *Handbook of the sociology of mental health* (s. 395-415). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Poteat, T., German, D. & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29.
- Ros, Janneke van der, (2013). Alskens folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetsproblematikk, Likestillingscenteret.
- Roth, N., Nykvist, K. & Boström, G. (2006). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt - personer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Selye, H. (1982). Stress and holistic medicine. I D. S. Sutterley & G. F. Donnelly (red.), *Coping with stress: A nursing perspective* (pp 69-72). Rockville, MD: Aspen Systems.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. London: Thousand Oaks. New Dehli. Sage Publications Ltd. (3rd Edition).
- Singh, A. A., Hays, D. A. & Watson, L. S. (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling & Development*, 89, 20-27.
- Smart, L. & Wegner, D. M. (2000). The hidden costs of stigma. I T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (red.), *The social psychology of stigma* (s. 220-242). New York: Guilford Press.

- Snelgrove, J. W., Jasudavicius, A. M., Rowe, B. W., Head, E. M. & Bauer, G. R. (2012). "Completely out-at-sea" with "two-gender medicine": A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Services Research*, 12(110), 1-13.
- Spesialisthelsetjenesteloven. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjeneste.
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F. & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.
- Store norske leksikon. (2014, 23. januar). Erving Goffman. Hentet 23. februar 2016 fra https://snl.no/Erving_Goffman
- Stryker, S. & Statham, A. (1985). Symbolic interactions and role theory. I G. Lindzey & E. Aronson (red.), *Handbook of social psychology* (s. 311-378). New York: Random House.
- Terada, S., Matsumoto, Y., Sato, T., Okabe, N., Kishimoto, Y., & Uchitomi, Y. (2011). Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Research*, 190(1), 159-162.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tønseth, K. A., Bjark, T., Kratz, G., Kirschner, R., Schreiner, T., Diseth, T. H. & Haraldsen, I. (2010). Kjønnskorrigerende kirurgi ved transseksualisme. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 130(4), 376-379.
- UCLA School of Law. (2016). Ilan H. Meyer Biography page. Hentet 23. Februar 2016 fra <https://law.ucla.edu/faculty/faculty-profiles/ilan-h-meyer/>
- Verdens helseorganisasjon (WHO). (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*, 10. utg. Hentet 5. april 2016 fra <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
- Weber, S. (2010). A stigma identification framework for family nurses working with parents who are lesbian, gay, bisexual or transgendered and their families. *Journal of Family Nursing*, 16(4), 378-393).

Vifladt, E. og Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring*. Oslo: NKLMS.

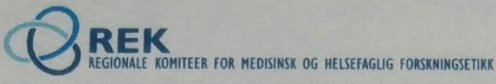
Østrem, M. (2016, 27. april). Man er ikke sin egen diagnose- jeg er ikke «transseksuell».

Hentet 12. mai 2016 fra

http://miriamakhila.blogg.no/1461792899_man_er_ikke_sin_egen_.html

10 VEDLEGG

VEDLEGG I: Godkjenning fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Claus Henning Thorsen	22845515	18.12.2014	2014/1747/REK sør-øst C
			Deres dato:	Deres referanse:
			12.12.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Ida Torunn Bjørk
Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag

2014/1747 Transkjønnethet: Når den psykologiske og biologiske kjønnsidentiteten ikke samsvarer

Forskningsansvarlig: Universitetet i Oslo
Prosjektleder: Ida Torunn Bjørk

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 12.12.2014 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst C på fullmakt.

Vurdering
De omsøkte endringene er beskrevet i skjema for prosjektendringer og består av endring av inklusjonskriteriene. Etter de nye kriterier inkluderes kvinner og menn over 18 år som identifiserer seg med opplevelsen av å være født i feil kropp. Det anføres at personer som identifiserer seg under andre samlebegreper (transkjønnet/transseksuell/genderqueer/androgyn/annet) også er velkomne til å delta. Det er et vilkår at personene må ha påbegynt hormonbehandling, og det forutsettes at de på engelsk eller norsk kan snakke om og reflektere omkring sin egen livssituasjon.

Det skal også foretas en endring i rekrutteringsprosedyre, idet deltakerne nå skal rekrutteres fra pasientforeningen Harry Benjamin Ressurssenter (HBRIS), i stedet for som tidligere omsøkt, fra Seksjon for Transseksualisme, Rikshospitalet.

Komiteén har ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet slik det nå foreligger.

Vedtak
Komiteén har vurdert endringsmeldingen og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningslovens § 11.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektendringen gjennomføres slik det er beskrevet i prosjektendringsmeldingen og endringsprotokoll, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst C.

Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo	Telefon: 22845511 E-post: post@helseforskning.etikkom.no Web: http://helseforskning.etikkom.no/	All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff
---	--	--

VEDLEGG II: Forespørsel om deltakelse + informasjonsskriv om studien

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

STIGMATISERING KNYTTET TIL OPPLEVELSEN AV Å VÆRE FØDT I FEIL KROPP

«Når den psykologiske kjønnsidentiteten og det biologiske kjønn ikke samsvarer»

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å øke samfunnets og helsepersonells kunnskap og forståelse rundt begrepet kjønnsinkongruens. I denne studien er begrepet ment å referere til personer som opplever å være «født i feil kropp». At det er liten kunnskap i helsevesenet om dette gjenspeiles i at det er ingen eller lite oppdatert kunnskap om tematikken i sykepleieutdanningen og andre helserelaterte utdannelse. Studien ønsker å utforske individets opplevelse av stigmatisering knyttet til opplevelsen av å være født i feil kropp. Om det å være under kjønnsbekreftende behandling har påvirket opplevelsen av stigmatisering vil også være sentralt. Hensikten med studien er å bidra til økt aksept gjennom økt kunnskap og forståelse. Du er valgt ut til studien fordi at du er > 18 år og er under eller har fullført kjønnsbekreftende behandling. Du kan dermed bidra med informasjon som kan gi verdifull innsikt vedrørende kjønnsinkongruens. Studien vil gjennomføres som et mastergradsprosjekt. I samarbeid med prosjektleder Ida Torunn Bjørk, vil studien gjennomføres av prosjektmedarbeider Stine Grande Ruiz som er tilknyttet Universitetet i Oslo. Rekruttering av prosjektdeltagere vil skje ved at Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS) samt Seksjon for Transseksualisme ved Rikshospitalet deler ut informasjonsskriv vedrørende studien. Deltagere som muligens ønsker å delta vil bli bedt om å signere på skjema for informert samtykke, og sende skjema i tilgjengelig frankert konvolutt til Stine Grande Ruiz. Innsending av skjemaet er ikke forpliktende.

Hva innebærer studien?

Når du har sagt deg villig til å delta i studien og skriftlig informert samtykke er sendt til Ruiz, vil du bli bedt om å oppgi kontaktinformasjon. Innen utgangen av august 2015 vil du bli kontaktet via mail eller telefon. Det vil da bli gjort avtale om egnet tid og sted for et intervju. Intervjuet vil være av 45-60 minutters varighet. Det vil bli benyttet båndopptaker, da intervjuet senere skal transkriberes. Det vil ikke være andre til stede enn deg og prosjektmedarbeider Ruiz under intervjuet. Du kan når som helst velge å trekke deg fra studien.

Mulige fordeler og ulemper

Da stigmatisering knyttet til kjønnsidentitet for mange er et sårbart tema vil samtalen/intervjuet mellom deg og forskeren kunne aktivere tanker og følelser hos deg som kan være belastende og i verste fall skape reaksjoner i ettertid. Forskeren vil tilstrebe å være følsom for dette. Du kan når som helst, også under intervjuet, velge å avbryte uten at dette får noen konsekvenser. Psykolog Asle Offerdal, som er tilknyttet HBRS, har tilbudt seg gratis oppfølging av deltakere som eventuelt måtte ha behov for oppfølging som følge av studien. Det vites ikke om denne studien vil kunne ha noen fordeler. Du vil ikke få noen økonomisk dispensasjon for å delta, men det vil bli tilrettelagt for at du skal unngå utgifter.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. All informasjon vil bli anonymisert umiddelbart etter at masteroppgaven har gjennomgått sensurering, senest innen utgangen av juni 2017. Innen samme tidsfrist vil båndopptakene bli slettet.

Så langt som mulig skal data som publiseres anonymiseres på en slik måte at identiteten til inkluderte ikke fremkommer. Dette innebærer for eksempel at deltakeres dialekt ikke vil fremkomme der sitater benyttes i presentasjonen.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du har fått dette informasjonsskrivet per mail fra HBRS og ønsker å delta i studien, trenger HBRS eller Stine Grande Ruiz din kontaktinformasjon. Dette for at du skal kunne motta frankert konvolutt for innsending av undertegnet informert samtykke. Du velger selv om du ønsker å kontakte HBRS eller Stine Grande Ruiz per mail eller telefon for dette formålet. Dersom du har fått informasjonsskrivet via Seksjon for Transseksualisme ved Rikshospitalet i Oslo og ønsker å delta i studien undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og poster denne i tilgjengelig frankert konvolutt. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Stine Grande Ruiz på telefon 98 64 96 47 eller e-mail s.g.ruiz@studmed.uio.no

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A.

Ytterligereinformasjon om personvern finnes i kapittel B.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse:

Menn og kvinner > 18 år som identifiserer seg med opplevelsen av å være født i feil kropp.

I denne studien innebærer betegnelsen «kjønnsinkongruens» at det biologiske kjønn og den psykologiske kjønnsidentiteten ikke samsvarer. Noen beskriver en opplevelse av å være «født i feil kropp». Deltakere som identifiserer under andre samlebegreper (eksempelvis transkjønnet/transseksuell/genderqueer/androgyn/annet) er også hjertelig velkomne til å delta. Personene må ha påbegynt hormonbehandling. De kan ha gjennomgått kjønnsbekreftende kirurgi, men dette er intet krav. Kjønnsbekreftende behandling kan være fullført. Det kreves ikke at personene planlegger, er eller har vært under behandling ved Rikshospitalet i Oslo.

Deltakerne må kunne snakke om og reflektere over sin egen livssituasjon.

Deltakerne må kunne snakke norsk eller engelsk.

Bakgrunnsinformasjon om studien:

Prosjektmedarbeideren er student ved Universitetet i Oslo: Det medisinske fakultet/Institutt for helse og samfunn/Avdeling for sykepleievitenskap. Studien representerer en masteroppgave i sykepleievitenskap. Prosjektmedarbeideren har ikke selv arbeidet innen forskningsfeltet.

Situasjoner som kan medføre at deltagelse i studien bli avsluttet tidligere enn planlagt:

- Deltakeren trekker sitt informerte samtykke
- Det rekrutteres flere deltakere til studien enn prosjektet har kapasitet til å inkludere. I så tilfelle vil det gjennomføres en loddtrekning. Deltakere som ikke blir inkludert i utvalget vil bli kontaktet for begrunnelse om hvorfor deltagelse avsluttes. Dette skal så langt det lar seg gjøre unngås

Kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er først og fremst navn og kontaktinformasjon (telefonnummer/mail/adresse). I tillegg vil det bli frivillig for deltakerne å fylle ut skjema med bakgrunnsinformasjon (alder, kjønn, etnisitet, utdanning, yrke, sivilstatus etc.).

Personidentifiserbare opplysninger vil behandles konfidensielt. Opplysningene vil bli anonymisert når sensurering av prosjektet foreligger (senest innen utgangen av juni 2017).

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at aidentifiserte opplysninger utleveres til ansvarlig prosjektleder fra Universitet i Oslo, Ida Torunn Bjørk.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien mottar ingen finansielle forskningsmidler.

Forsikring

Det opplyses om at deltakerne er omfattet av NPE-ordningen (Norsk Pasientskadeerstatning). Dersom deltakeren skulle lide psykisk overlast som følge av studien vil vedkommende tilbys gratis oppfølging av psykolog Asle Offerdal. Offerdal har erfaring innen det aktuelle forskningsfeltet, og er tilknyttet HBRS. Ved behov for oppfølging av psykolog, bes du ta kontakt med Stine Grande Ruiz (telefon 98 649 647/e-mail s.g.ruiz@studmed.uio.no)

Informasjon om utfallet av studien

Deltakerne har rett til å få informasjon om resultatet av studien. Dette vil tidligst kunne skje etter at sensur av masteroppgaven foreligger i desember 2016.

VEDLEGG III: Samtykkeskjema

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt skriftlig informasjon om studien. Jeg vil være tilgjengelig på mobilnummer 98 649 647 for den som måtte ønske muntlig informasjon om studien

Stine Grande Ruiz

(Signert, rolle i studien, dato)

PROSJEKTDELTAGERENS KONTAKTOPPLYSNINGER

Telefonnummer:

Mailadresse:

VEDLEGG IV: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Forsknings spørsmål

- 1) *Hvilke erfaringer har personer som opplever å være født i feil kropp med stigmatisering knyttet til kjønnsinkongruens? Hvordan oppleves dette for den enkelte?*
- 2) *Er det noen forskjeller på individets opplevelse av stigmatisering nå sammenliknet med før iverksettelse av kjønnsbekreftende behandling?*

Intervjuspørsmål (eventuelle oppfølgingsspørsmål i parentes)

- **Når hadde du først en fornemmelse av å være født i feil kropp?** (Kan du utdype dette? Kan du huske tankene dine rundt denne tematikken?)
- Har måten du har uttrykt din identitet på endret seg over tid? (På hvilke måter?)
- **Opplever du at noen situasjoner knyttet til din kjønnsidentitet er stressende på noen måte?** (Hva slags situasjoner er stressende? Hvordan opplever du disse situasjonene? Hva gjør du i slike situasjoner?)
- **Er det noen situasjoner du en gang opplevde som stressende, men som ikke lenger føles stressende?** (Hvilke?)
- Jeg kunne tenke meg å høre mer om dine erfaringer knyttet til din kjønnsidentitet, både gode og dårlige. Hvordan oppleves disse situasjonene for deg? (Når valgte du å oppsøke hjelp fra helsevesenet? Husker du hva som var utløsende i forhold til at du oppsøkte hjelp? Hvordan vil du beskrive at du har blitt møtt av helsevesenet?)

- Hvordan møter du positive reaksjoner knyttet til din kjønnsidentitet? Hvordan møter du eventuelt fordommer og negative opplevelser? *(Er det noen forskjell på hvordan du møter positive negative reaksjoner nå sammenliknet med før oppstart av behandling?)*
- Hvem var den/de første du åpnet deg for vedrørende din kjønnsidentitet? *(Hvordan opplevde du å åpne deg?)*
- Har du fortalt venner/familie/kolleger/medstudenter/helsepersonell/andre om din kjønnsidentitet? *(Hvem har du fortalt det til? Hvordan reagerte vedkommende? Hvilke reaksjoner har du møtt blant ulike folk?)*
- **Sånn alt-i-alt, hvordan vil du beskrive at du har det i dag?** *(Er det noen forskjell på hvordan du har det nå sammenliknet med før iverksettelse av kjønnsbekreftende behandling?)*

VEDLEGG V: Kategorier identifisert under de ulike temaene

Tema 1) Minoritetsstressorer

STRESSENDE BETINGELSER	
<p>«Det var noe som var rart, men forståelsen for at det var kjønnen kom mer kryptende opp mot pubertetsalder» - Petter</p> <p>«Jeg trodde jeg var jente på lik linje med de andre jentene i barnehagen inntil jeg som 5-åring var på da med en annen jente og oppdaget at vi var forskjellig utstyrt nedentil» - Guro</p> <p>«Selv om jeg var barn ikke skjønnte helt hva, forstod jeg at dette ikke var greit eller innenfor normalen» - Petter</p>	Tidlig fornemmelse av annerledeshet
<p>«Det var veldig traumatisk da kroppen i puberteten begynte å utvikle seg og få maskuline trekk med ansiktshår og mørk stemme» - Guro</p> <p>«Som liten var jeg tryggere på min kjønnsidentitet da alle tok for gitt at jeg skulle være gutt – noe jeg ikke lenger fikk lov til da jeg kom i puberteten» - Henrik</p>	Puberteten
<p>«Det blir antakeligvis en stund til jeg får fjernet indre kjønnsorganer og får bytte kjønn juridisk. Fordi personnummer kreves i mange sammenhenger er det mange situasjoner hvor man potensielt kan oppleve diskriminering» - Henrik</p> <p>«En gang stirret bussjåføren på M'en på skolebusskortet mitt og mente det ikke kunne stemme. Det var ekkelt og ikke så gøy fordi det kom masse folk forbi» - Beate</p> <p>«På reiser gikk det ikke alltid like bra å stille med sminke, øredobber og rosa bukser samtidig som passet tilsa at jeg var mann» - Heidi</p>	Behandlingsretningslinjer, diagnosekriterier og juridisk kjønn
STRESSENDE MØTER MED OMGIVELSENE	
<p>«Jeg ble fritatt fra gym og svømming allerede i 4. klasse fordi det ble for vanskelig.» - Guro</p> <p>«Kjæreste-situasjonene samt gym-situasjoner der guttene skulle spille fotball mens jentene skulle ha aerobic var vanskelige» - Petter</p>	Skole
<p>«Kjæresten visste ikke alt om meg, for hvordan skal man være ærlig med andre hvis man ikke klarer å være det overfor seg selv?» - Beate</p> <p>«Fra avsløringen og frem til jeg to år senere begynte på hormoner ble tiden med foreldrene mine vanskelig» - Petter</p>	Nære personer og intime relasjoner

FORDOMSFULLE HENDELSER	
<p>«Min første arbeidsplass bestod av en svært konservativ gjeng og jeg møtte masse fordommer. Det var masse kommentarer og jeg følte meg uvel, men det var den jobben jeg fikk» - Heidi</p> <p>«Jeg fikk mange bemerkninger av typen «homse» og «transegutt», blant annet fra min stefar. Det var vondt, og man føler seg veldig utenfor og mobbet» - Guro</p> <p>«Når jeg spurte Rikshospitalet om tidspunkt for hormonoppstart ble jeg møtt med kommentarer som 'Det er ikke noen godtebutikk dette her'» - Beate</p> <p>«En gang jeg var på politikontoret endte betjente med å snakke over huet på meg og kalle meg 'den'» -Henrik</p>	<p>Negative bemerkninger og verbal trakassering</p>
<p>«Noen ganger ble jeg slått til blods med wire, og etter det måtte jeg gå med side langermede skjorter for å dekke sårene» -Atle</p> <p>«Etter at eieren fortalte daglig leder om meg har daglig leder begynt å ta på meg, og en gang kjente han etter om jeg hadde BH» -Atle</p>	<p>Fysisk trakassering og vold</p>
<p>«Mamma mente korrigerer var bra for meg og begrunnet den med at jeg ellers ville blitt sett ned på av alle – at samfunnet ikke ville kunne akseptere dette» -Atle</p> <p>«Det virker som om helsevesenet tror de behandler pasienter som HAR LYST til å bli eller FØLER seg som det motsatte kjønn. Hadde de bare forstått at jeg faktisk har vært jente hele tiden. Hadde de hatt den forståelsen ville man blitt møtt med empati og forståelse og ikke blitt uglesett» - Beate</p>	<p>Mangel på kunnskap, forståelse og aksept</p>
<p>«Jeg opplevde å få slutt-regnskapet i posten etter at jeg åpnet meg på arbeidsplassen om min situasjon» - Henrik</p>	<p>Diskriminering og transfobi</p>
INTERNALISERT TRANSFOBI	
<p>«Da jeg begynte å jobbe med barn hadde jeg en indre konflikt som bestod i at jeg ikke syns jeg kunne være noe godt forbilde for disse barna» - Petter</p> <p>«Jeg tror at mye av stigmatiseringen kommer fra oss det gjelder, fordi vi antar at de har sine tanker om oss» - Heidi</p> <p>«Hvis jeg snakker med noen som er eldre eller har høyere stilling enn meg, gjør jeg det på en litt jentete måte utav respekt» - Atle</p> <p>«Det var en sårbar posisjon å komme inn på en full skolebuss og være avhengig av at noen viste velvilje til å la deg sitte ved siden av» - Guro</p> <p>«Ifølge psykogene trenger ikke reaksjonene en møter være så veldig negative før en begynner å utvikle skamfølelse, noe som nok skjedde med meg» - Beate</p> <p>«Under jobbsøking tenker jeg mye på om andre opplever det som uetisk å slippe meg ut blant pasientene sine» - Henrik</p> <p>«Jeg skjønte at noe ikke stemte, og jeg følte jeg måtte prøve å gå inn i en «komme-meg-ut-av-den-fasen» -mentalitet» -Petter</p>	<p>Indre prosesser. Forhandling og sjonglering mellom ulike identiteter</p>

<p>«Jeg opplevde egentlig hele livet som stressende, fordi jeg hadde rotet meg bort i en situasjon med benektelse og kastet bort mange muligheter til å fortelle det til noen» - Heidi</p> <p>«Jeg jobbet mye med å finne en trygg lesbisk identitet, uten at jeg tenkte det hadde vært så problematisk hvis jeg var lesbisk» - Henrik</p> <p>«Fra 9. klasse og ut 2. året på videregående kan man si at jeg kastet bort tida på flukt. Det er synd, men man blir litt desperat og lei» - Heidi</p>	
---	--

Tema 2) Stresslindrende faktorer

PERSONLIGE EGENSKAPER SOM FREMMET MOTSTANDSDYKTIGHET	
<p>«Jeg brukte litt blandete klær, en balanse som av og til var vanskelig» - Atle</p> <p>«Jeg gikk sånn halvveis mellom kjønnene, men på 80-tallet var det mange damer som hadde en androgyn stil. Halvparten av jentene så ut som gutter, så jeg skilte meg ikke så veldig ut» - Heidi</p> <p>«For å takle stadig strengere reaksjoner på at jeg var guttete prøvde jeg å tilpasse meg ved å gå i jenteklær» - Henrik</p>	Tilpasningsdyktighet
<p>«Etter hvert skjønte jeg at jeg var heldig, fordi jeg fra naturens side så nøytral ut og kunne passere som jente uten å gjøre annet enn å være meg selv» - Heidi</p> <p>«På en side var jeg glad for å bli tatt for å være gutt. På den andre siden var det sårt og ugreit fordi jeg plutselig ikke hørte hjemme noe sted» - Petter</p> <p>«Etter selvmordsforsøket som 16-åring var jeg klar på at hvis jeg ikke fikk passere som jente i fremtiden ville jeg ta livet mitt. (...) Når jeg begynte å passere som meg selv fikk jeg tilbake selvtilliten. (...) Etter bare 3 måneder på hormoner begynte jeg å passere, og etter 6 måneder kunne ingen se det lenger» - Guro</p> <p>«Nå som jeg passerer er livet mye enklere, jeg slipper unna diskriminering og bestemmer selv hvem jeg vil fortelle det til» - Henrik</p>	Å få passere som seg selv
<p>«Når jeg året etter russetiden involverte meg i en ny jente bestemte jeg meg for å fortelle henne om ståa før vi gikk lenger enn til kyssing» - Petter</p> <p>«Jeg hadde lest meg opp på hvordan jeg skulle gå frem og kontaktet selv en psykolog som ifølge HBRS hadde erfaring med problematikken» - Petter</p> <p>«Da jeg kom til xBYx på 80-tallet etablerte jeg meg som kvinne. (...) Fordi jeg ikke fikk hormoner som forventet brukte jeg veldig mye energi på å etablere meg som kvinne - i det sosiale, i samfunnet og hjemme – enten jeg var alene eller sammen med andre» - Beate</p> <p>«Jeg kom til et punkt der jeg sa at dette ikke er mitt liv, og jeg bestemte meg for å gjøre noe med det» - Atle</p>	Mot og besluttsomhet (tross i frykten for avvisning og negative konsekvenser)

<p>«Uoffisielt byttet jeg navn, og lærerne begynte å bruke mitt nåværende navn da jeg begynte på ungdomsskolen» - Guro</p> <p>«Første gang jeg skulle gå på dametoalett var jeg dritnervøs» - Heidi</p>	
<p>«Moren min kritiserte meg fordi jeg var guttete i gange og snakkemåte, og ble sur da jeg ikke lot meg korrigere» - Atle</p> <p>«Selv om det har vært en tøff vei å gå og negative tilbakemeldinger har vært vonde har jeg aldri vært i tvil om at jeg har gjort det riktige» -Petter</p> <p>«Jeg visste at jeg måtte trosse redselen for hva alle andre skulle mene og synse» - Beate</p> <p>«Jeg sa til mor at dette ikke er noe som er viljestyrt og som kan korrigeres med smertefulle sanksjoner» - Atle</p> <p>«Jeg var 16 år før jeg for alvor skjønnte at min oppfatning av å være mann er reell og ikke kom til å gå over» -Petter</p> <p>«I min verden er det ikke et spørsmål om å VILLE. Kroppen MÅTTE fikses» - Beate</p> <p>«Forståelsen av at det ikke er meg det er noe gærent med, at tingene som skjer meg har vært urettferdig og at det finnes noe mer for meg der ute holdt meg gående» - Henrik</p> <p>«Da jeg ikke gadd mer og bestemte meg for å begynne på hormoner tenkte jeg at folk får motta det som de ønsker. Det får gå som det går» - Henrik</p>	Bekreftelse og aksept av egen kjønnsidentitet
<p>«Sett i ettertid visste han vel bare ikke hva han skulle gjøre når noen plutselig kom for å få hjelp til anabole steroider» - Henrik [opplevde at fastlegen nektet å sette hormonsprøyten på ham til tross for at han hadde resept fra Rikshospitalet]</p> <p>«På ungdomsskolen ble jeg tatt for å være jente av medelever som ikke kjente meg fra tidligere. En del av reaksjonene jeg har fått oppleves som positive i ettertid» - Beate</p> <p>«Jeg oppdaget plutselig at det var meg selv og ikke andre som laget problemer ut av min situasjon. Det tok tid før jeg skjønnte at jeg kastet bort tid på unødvendig styr» - Heidi</p> <p>«Jeg tror hun [psykologen] mente det godt når hun bad meg jobbe med å finne en trygg lesbisk identitet men manglet kunnskaper om tema» -Henrik</p>	Evne til å revurdere situasjonen
<p>«Jeg tillot meg å gråte i en time ved rare blikk og kommentarer mens jeg tenkte gjennom hva som gjorde at de oppfattet meg som mann. Så prøvde jeg å finne en løsning. I starten hadde jeg inntrykk av at det var flere tårer enn løsninger» -Heidi</p>	Emosjonskontroll
<p>«Når de sa at fordi de er mine foreldre kan de bestemme over meg, svarte jeg at hvem og hva jeg leker med er mine valg og ikke noe de kan bestemme over» - Atle</p> <p>«Hva jeg gjør med mitt offentlige liv samt det å forhindre det å bli stuckt i en «stakkars-meg» -greie resten av livet er mitt ansvar» - Henrik</p> <p>«Navneloven var strengere da, og vi fikk avslag på navnebytte av fylkesmannen, et vedtak jeg og min mor klaget på hver 6. uke i 4 år» - Guro</p> <p>«Jeg har ikke noe godt svar på hvordan jeg kom meg gjennom disse situasjonene, men jeg klarte det» - Beate</p>	Utholdenhet, hardførhet

<p>«På videregående prøvde jeg å gå i ett med tapetet. Der eksisterte jeg bare, og prøvde å gjøre det bra med tanke på å kunne studere det jeg ville senere. Livet levde jeg mest på utsiden av skolen» - Henrik</p>	
<p>«Jeg føler at de siste 27 årene har vært et stort privilegium fordi det jeg har gjort siden har istandsatt meg til å realisere den jeg er som person og kvinne. Jeg har fått lov til å gjøre alt jeg har ønsket å gjøre» - Heidi</p> <p>«Til tross for deres stadige formaninger valgte jeg å gjøre som jeg ville. Jeg fortsatte med karate og hadde masse kjærester» - Atle</p>	Selvrealisering
<p>«Selv om man gjør alt man kan blir det ikke alltid gull, men står man på kommer det til slutt. Regner du nok matematikk er det helt sikkert at du får rette svar til slutt» -Atle</p> <p>«Det som holdt meg i live var tanken om at jeg som død aldri ville opplevd livet i riktig kropp» - Beate</p> <p>«Da jeg var frustrert før jeg begynte på hormoner tenkte jeg at kroppen kan ikke bli så mye verre enn nå» - Henrik</p> <p>«Jeg opparbeidet meg en slags sult etter «flukten» - Heidi</p> <p>«Planen var å legge av penger til behandling, da jeg fortsatt ikke visste at jeg kom til å få hjelp- Beate</p> <p>«Forståelsen av at det ikke er meg det er noe gærent med, at tingene som skjer meg har vært urettferdig og at det finnes noe mer for meg der ute holdt meg gående» - Henrik</p>	Dyrke fremtidshåp, se muligheter
<p>«Jeg gikk sånn halvveis mellom kjønnene, men på 80-tallet var det mange damer som hadde en androgyn stil. Halvparten av jentene så ut som gutter, så jeg skilte meg ikke så veldig ut.» - Heidi</p> <p>«Når jeg er trist tenker jeg på det positive, og på hvordan jeg kan komme ut av situasjonen. Jeg tror på at hvis du behandler folk bra får du gode ting tilbake – og motsatt.» - Atle</p> <p>«Dessverre må jeg leve med depresjon og traumer, men jeg er i hvert fall i live, og jeg er fornøyd med utseendet» - Guro</p>	Evne til å fokusere på det positive
MESTRINGSSTRATEGIER	
<p>«Jeg var nødt til å være åpen overfor kolleger fordi det vistes så godt på utsiden. Jeg hadde en ekstrem hårvekst, noe som er betraktelig redusert etter gjentatte laser-behandlinger» - Beate</p> <p>«Første skoledag på ungdomsskolen fortalte jeg det foran hele klassen. Halve klassen hadde jeg gått i klasse med gjennom barneskolen, men den andre halvparten måtte informeres» - Guro</p> <p>«BUP hjalp meg med å komme ut på skolen, og fra 5.-6. klasse fikk jeg være meg selv igjen» - Guro</p> <p>«Da jeg ringte min far for å informere om at jeg skulle gjennomføre denne kjønnsbekreftende prosessen ble han opprørt, men han tar det helt greit nå» - Atle</p> <p>«Jeg tilhører den lille gruppen som er veldig privilegert, for da jeg fortalte det til hele slekta fikk jeg ubetinget aksept og støtte hos så å si alle» - Heidi</p>	Avsløring

<p>«Jeg husker det som traumatisk å fortelle fastlegen om min situasjon. Det gikk veldig greit, og videre henvisninger førte til at jeg kom inn til Rikshospitalet da jeg var 23 år» - Beate</p>	
<p>«Å fremstå som gutt føltes rart samtidig som det var en måte å gjemme seg på» - Beate</p> <p>«Å leve som en gutt utad var som å leve i en kropp som ikke egentlig er din, og det var veldig rart og som om en på en måte bare observerer verden» - Guro</p> <p>«De trodde ikke lenger jeg var like ivrig etter å drive med politikk, og jeg kunne ikke fortelle dem om hvordan jeg følte det og at det egentlig handlet om at jeg ble trist av å bruke dameklær» - Atle</p> <p>«Jeg sparket fotball, drev med bryting og drakk for å få fred, for jeg trodde liksom det var slik en gutt skulle være» - Heidi</p> <p>«Et kostyme som avslørte at jeg hadde litt pupper fungerte greit når formålet var å unngå å bli kastet ut» - Petter</p> <p>«Under oppveksten gikk jeg inn i en rolle hvor jeg ikke klarte å slappe av og være meg selv. Jeg var ganske ansent og stressa under oppveksten» - Beate</p>	Fortielse
<p>«På skolen brukte jeg jentenavnet til jeg gikk ut av videregående, mens på andre arenaer benyttet jeg kun etternavnet» - Henrik</p> <p>«Med flettene kom jeg meg unna å gå i klær jeg ikke trivdes i. Da kunne jeg ellers gå i det jeg ville og likevel få gå på do» - Petter</p> <p>«Gjennom hele livet har jeg unngått å presentere meg som gutt eller jente og hatt et blandet uttrykk kjønnsmessig» - Atle</p> <p>«Alt jeg gjorde handlet om å etablere meg i en kjønnsidentitet fordi jeg var jente og ikke fordi jeg var i en prosess» - Heidi</p> <p>«Jeg hadde mange arenaer hvor det var greiere å være og hvor jeg i større grad kunne være meg selv. Innen spillmiljøet får jeg innpass fordi jeg er flink» - Henrik</p> <p>«Plutselig kom jeg til et punkt hvor jeg ikke klarte mer og bare måtte ta grep. Å flytte utenbys gjorde det lettere å kjøre på» - Beate</p> <p>«Jeg fant ut at det her ikke kunne fortsette, så jeg dro til USA som utvekslingsstudent» - Heidi</p> <p>«Med henne fikk jeg leve ut dagdrømmene mine om XX som fikk alle de søte jentene i klassen. Jeg fikk den søte jenta i klassen, men kun oss to visste om det» - Petter</p> <p>«Hva enn jeg gjorde på rommet mitt var stort sett greit, så jeg hadde et fristed hjemme» - Heidi</p> <p>«Etter skoletid hadde jeg to gode timer før foreldrene mine kom hjem fra jobb, og da tok jeg gjerne på meg gutteklær» - Atle</p> <p>«Gjennom politikken har det blitt veldig viktig for meg at folk skal få lov til å være det kjønn de vil» - Henrik</p> <p>«Rådgiveren ved videregående hadde tidligere hatt en elev i min situasjon, og klarte å få meg i kontakt med vedkommende. Det var godt endelig å få snakke med noen i samme situasjon, som hadde tips og lærdom» - Guro</p> <p>«Jeg hadde nok ikke klart det uten å oppsøke andre i samme situasjon» - Beate</p>	Utvide handlingsrommet

<i>«Det var deilig og trygt å komme til psykolog, og det virket som jeg hadde kommet til noen som forstod» - Guro</i>	
<i>«Jeg fikk beskjed fra guttene om at jeg ikke fikk bruke guttedoen, og jentene ønsket meg velkommen til dametoalettet. Jeg ble inkludert som en av jentene med en gang» - Heidi</i>	

Her gjengis kun eksempler på utsagnene fra Excel-dokumentet, som jeg brukte som et analytisk hjelpeverktøy. Dokumentet er for stort til at jeg kan legge det ved oppgaven i sin helhet. Tabellene er preget av at jeg ennå var i analyseprosessen da de ble laget.