

***Originalen på engelsk befinner seg på denne nettsiden:***

<https://genderreport.ca/canada-bill-c6-gender-conversion-therapy/>

Oversettelsen nedenfor holder seg nært opp til den engelske originalen, men noen få steder har vi justert teksten litt for å tilpasse den norske forhold.

Den juridiske og politiske situasjonen i Norge og Canada er ikke identisk. Men selv om det finnes forskjeller, er debatten og argumentene omkring temaet konverteringsterapi svært like. Vi er derfor overbevist om at alle som er interessert i tematikken vil ha utbytte av å lese denne teksten, og dessuten kikke på dokumentasjonen i en del av de viktige og nyttige linkene i fotnotene.

---

***Innspill til canadiske myndigheter fra en canadisk advokat:***

## **Høringsuttalelse til Justis- og menneskerettighetskomiteen angående Bill C-6 om forbud mot konverteringsterapi**

Oktober 2020

Bestemmelsene i Bill C6 om konverteringsterapi angående kjønnsidentitet trenger betydelig omarbeiding. I Canada og over hele verden opplever et økende antall barn og unge, spesielt jenter, problemer med sin kjønnsidentitet. Mange av disse ungdommene befinner seg på autismspekteret og har andre komplekse psykiske helsetilstander.

Klinikere over hele verden sliter med den beste måten å hjelpe disse unge menneskene på. Det er økende bekymring for at den bekreftende omsorgsmodellen, som for tiden er dominerende, starter mange barn og unge på veien til irreversibel medisinsk kjønnsovergang [kjønnskifte] uten en ansvarlig psykisk helsevurdering.

Det nåværende språket i Bill C6 vil føre til at den bekreftende omsorgsmodellen blir styrket og holdt fast i en tid da modellen fortsatt er eksperimentell, og samtidig med at det er en økende bekymring for at den verken er trygg eller effektiv.

Vår bekymring i forbindelse med lovforslaget handler først og fremst om begrepet kjønnsidentitet. Lovforslaget tar ikke høyde for at **seksuell orientering og kjønnsidentitet er to forskjellige problemstillinger**.

Kjønnsidentitet og den økende trenden med å behandle kjønnsrelaterte problemer med medisinske intervensjoner skaper potensial for eksponensiell vekst i antall personer som blir medisinsk skadet. Invaderende og drastiske behandlinger, som hormonbehandling og kirurgi, har livslange medisinske konsekvenser.

Det er vår posisjon at det er viktig å sikre tilgjengeligheten av et bredt spekter av ikke-tvangsmessige, etiske psykoterapier for personer som opplever problemer de mener

er relatert til en konflikt mellom kjønnsidentiteten og kroppen deres. Gitt potensialet for en agenda-fri psykoterapi for å hjelpe unge mennesker med å løse slike problemer, og å begrense tilgjengeligheten til denne typen helsetjenester, og samtidig fremme "bekreftende" tilnærminger som baner vei for medisinsk kjønnskifte som folk senere kan angre, er ikke etisk.

## Kriminelle scenarier?

Utfallet av agenda-fri psykoterapi for følgende situasjoner kan føre til at unge mennesker identifiserer seg på nytt med sitt fødselskjønn – og endrer seg til "cis-personer". Definisjonen av konverteringsterapi i lovforslaget ville gjøre tilgang til psykologiske behandlinger nesten umulig i Canada, mens invaderende (drastiske) medisinske behandlinger blir lett tilgjengelige.

1. Hvordan hjelpe en 13 år gammel jente som begynte å identifisere seg som gutt kort tid etter at hun ble seksuelt overfalt, for å løse traumene hun opplevde?
2. Hvordan hjelpe en tenåringsjente som ofte blir utsatt for mobbing og trakassering på skolen, med å løse følelser av skam og forvirring fordi hun er tiltrukket av samme kjønn og har begynt å identifisere seg som gutt i en alder av 15 år?
3. Hvordan hjelpe en 12 år gammel gutt som ennå ikke er i puberteten, men som har blitt overbevist om at han egentlig er en "demi-girl" etter en skolepresentasjon om å være en transperson, når han i realiteten har en litt forsinket utvikling og opplever sosial isolasjon og angst?
4. Hvordan hjelpe en 14 år gammel jente som har bestemt seg for at hun er ikke-binær og krever testosteron og fjerning av begge bryst, når hun har udiagnostisert autisme og opplever puberteten som en medisinsk tilstand som må behandles? Autisme-undersøkelser blir ikke gitt som standard helseomsorg, så foreldrene hennes må oppsøke dette på eget initiativ, og uten å bli oppdaget og anklaget for ikke å være "bekreftende nok" i møte med datterens nye transkjønnede identitet.
5. Hvordan hjelpe en 16 år gammel ungdom med å løse hennes spiseforstyrrelse og avhengighet av støtte på sosiale medier samtidig som hun tar "T" (slangnavnet for testosteron), noe som gir henne en følelse av kontroll over kroppen sin og fører til at fett på kroppen hennes bare renner av.

Eksemplene ovenfor er basert på virkelige beretninger fra ungdommer som har angret på kjønnskifte, og fra bekymrede foreldre.

## Kjønnsdysfori og behandlingen av den

For å forklare de skadelige effektene av lovforslaget, er det først nødvendig å gjennomgå hva terapeuter som behandler kjønnsrelatert inkongruens, gjør.

Den *diagnostiske og statistiske manualen for psykiske lidelser (DSM-5)* i American Psychiatric Association inkluderer en tilstand av "kjønnsdysfori" som litt upresist kan defineres som ubehag og problemer en person føler på grunn av en

uoverensstemmelse mellom deres fødselskjønn og deres indre opplevelse av kjønnsidentitet.

Det er for tiden tre grunnleggende tilnærminger for behandling av kjønnsdysfori hos barn.

**Den første** er *årvåken venting*, og som navnet antyder, betyr å observere barnets utvikling. Hvis kjønnsdysfori forverres i senere puberteten, kan hormonbehandling startes.

**Den andre tilnærmingen** er *den bekreftende modellen*, som starter fra premisset om at et barn bør oppfordres til å utforske sin følelse av kjønnsidentitet og bli støttet med ulike intervensjoner for å gå over til motsatt kjønn. Disse kan begynne med en pubertetsblokkerende stoffer når barnet nærmer seg puberteten, etterfulgt av krysskjønnshormoner. Klinikker i Canada [og Norge] utfører ikke kjønnskifteoperasjoner på mindreårige, men det finnes leger i USA som vil operere bort begge brystene på pasienter så unge som tretten. (1)

**Den tredje tilnærmingen** er å unngå umiddelbar bekreftelse av kjønnsidentitet og å prøve å *behandle et barns problemer gjennom psykoterapi*. Barn med kjønnsdysfori har ofte andre psykiske problemer, og en terapeut vil forsøke å behandle disse problemene før de tar opp kjønnsproblemer. Terapeuten kan også utforske årsakene til barnets kjønnsdysfori og se etter måter å gjøre barnet komfortabelt i sin egen kropp. En terapeut kan til slutt anbefale medisinsk overgang til det andre kjønn, men hovedmålet er å løse barnets problemer uten behov for fysisk inngrep.

Terapeuter som praktiserer denne tredje tilnærmingen, beskriver det som en holistisk (helhetlig) modell eller som en utviklingsmodell. De som er motstandere av denne tilnærmingen, beskriver den som konverteringsterapi.

Det pågår en debatt mellom tilhengerne av bekreftelsesmodellen og tilhengerne av utviklingsmodellen i medisinske tidsskrifter og konferanser. Men på politisk nivå har forkjempere for den bekreftende tilnærmingen overtaket. En del medlemmer av transkjønnede grupperinger er lidenskapelig dedikert til den bekreftende tilnærmingen, og de har lyktes i å gjøre den til den eneste akseptable tilnærmingen i kjønnsklinikker og behandlingstilbud.

## **Virkingen av lovforslaget på terapi og psykologisk hjelp**

Det grunnleggende problemet med lovforslaget om konverteringsterapi er at det ikke er klart hva det forbyr og hva det tillater. Pkt. 320.101 definerer konverteringsterapi som en behandling eller tjeneste designet for å endre en persons kjønnsidentitet til cis-gender. Dette reiser spørsmålet om hva en "cis-gender"-identitet er. Det opprettes stadig nye kjønnsidentiteter som f.eks. ikke-binære, kjønns-skeive, kjønnsflytere eller panfil. Lovforslaget hevder at det skapes et unntak for terapi for å legge til rette for utforskning av kjønnsidentitet og dens utvikling, men det er ikke klart hvor utforskningen slutter og forsøket på endring begynner.

Lovforslagets generelle språk antyder imidlertid at utforskningen bare kan gå i én retning. Enhver terapeut som prøver å hjelpe et barn til å bli komfortabel med

kroppen sin før han eller hun fortsetter til sosialt eller medisinsk kjønnskifte, risikerer å bli anklaget for konverteringsterapi. **(2)**

Lovforslagets vaghet vil gjøre det vanskelig å håndheve. Det er muligens så vagt at det kan bli utfordret som grunnlovsstridig. Dette betyr imidlertid ikke at lovforslaget er ufarlig. Fem års fengselsstraff er en skremmende trussel å ha hengende over seg for en terapeut som sier gale ting til en pasient. Selv en mislykket kriminell anklage kan ødelegge en helsearbeider.

Foreldre eller barn og unge voksne med kjønnsdysfori som har angret og vendt tilbake til sitt fødselskjønn, vet av erfaring at konverteringsterapiforbud i delstatslovgivning eller det helsefaglige regelverket gjør det vanskelig å finne en terapeut som vil foreta seg noe annet enn å anbefale kjønnskifte, selv der det er tydelige tegn på andre alvorlige psykiske helseproblemer. En lov med strengere straffer vil gjøre denne situasjonen mye verre.

## Kan kjønnsidentitet endre seg

Et av premissene for den bekreftende omsorgsmodellen er at kjønnsidentitet er medfødt og ikke kan endres gjennom terapi. Dette synet er innlemmet i innledningen til lovforslaget, som sier at troen på at kjønnsidentitet kan eller bør endres er en myte.

Men faktum er at det finnes betydelige evidens for at kjønnsidentitet virkelig kan endre seg. Tidligere studier har vist at mellom 60 og 90 prosent av barna som oppsøkte en kjønnsklinikk, sluttet å vise tegn på kjønnsdysfori og aksepterte sitt fødselskjønn i puberteten. **(3)** I den siste studien, fra en nederlandsk klinikk, vedvarte 47 av 128 pasienter i kjønnsdysforien, 52 ga opp sitt ønske om å skifte kjønn, og 28 var ikke sporbare. Siden det på den tiden bare fantes én kjønnsklinikk i Nederland, er det rimelig å anta at de 28 som ikke kom tilbake til klinikken, ikke fortsatte med medisinsk kjønnskifte. **(4)**

I dag er det å oppgi sitt ønske om å skifte kjønn mindre sannsynlig fordi helsepersonell har større sannsynlighet for å anbefale å bekrefte ny kjønnsidentitet på tvers av kjønn, og mange foreldre begynner med sosialt kjønnskifte av barnet sitt før de oppsøker en kjønnsklinikk for å få medisinsk hjelp. **(5)**

De som går bort fra ønsket om å skifte kjønn, deltar sjelden selv i denne debatten. De fortsetter ganske enkelt med livene sine og har ingen grunn til å snakke høyt om kjønsspørsmål. Deres interesser blir formidlet av bekymrede foreldre og klinikere som tar til orde for en forsiktig tilnærming til kjønnsovergang. Spørsmål omkring det å ombestemme seg og tålmodighet er komplekst. Vi trenger objektiv forskning og nyansert diskusjon, ikke straffelover. **(6)**

«Detransisjon» betyr at folk som har begynt prosessen med å gå over til det motsatte kjønn, angret på sin beslutning og tar aktive skritt for å komme tilbake til fødselskjønnet. Noen har kanskje bare startet sosial overgang/transisjon til ny kjønnsidentitet, mens andre har gjennomgått kjønnskifteoperasjon. (Det finnes også folk som angret på beslutningen om kjønnskifte/transisjon, men som likevel bestemmer seg for å fortsette i sin nye identitet.)

Antallet som gjennomfører detransisjon er vanskelig å bestemme. Kjønnsklinikker sier at svært få av pasientene deres gjør det. De som har gjennomført detransisjon,

forteller imidlertid at de ikke lenger stoler på det kjønnsbekreftende medisinske miljøet. Som et resultat går de ikke tilbake til kjønnsklinikker eller svarer på undersøkelser drevet av transkjønnede organisasjoner. (7) De som gjennomgått detransisjon, har sine egne historier og bekymringer, men et vanlig tema er at kjønnsklinikker var for raske til å anbefale kjønnskifte, og at de ville ha blitt hjulpet av den typen utvidet psykologisk vurdering som blir stigmatisert som konverteringsterapi. (8)

Gruppen av dem som gjennomgår detransisjon, blir stadig mer synlige på sosiale medier og begynner å organisere sine egne interessegrupper. (9) De trenger forskning og støtte til sine medisinske behov. De vil ikke bli hjulpet av lovgivning som stempler deres opplevelse av å endre kjønnsidentitet som en myte.

## **Kan bekreftende tilnærming være homofil konverteringsterapi?**

Noen medlemmer av de homofile og lesbiske miljøene har sine egne bekymringer for den bekreftende tilnærmingen til kjønnsinkogruens. Studiene av folk som ombestemte seg, fant at mange av barna som viste kjønnsavvikende atferd som barn, vokser opp til å bli voksne med tiltrekning til samme kjønn. (10) Noen foreldre kan synes det er lettere å akseptere at barnet deres ble født i "feil kropp" enn at det føler seg tiltrukket av samme kjønn eller viser avvik på andre måter. (11)

En nylig gjennomgang av litteraturen om den bekreftende tilnærmingen publisert i *The British Psychological Journal* konkluderer:

«Motargumentet mot den kjønnsbekreftende tilnærming som ikke stiller spørsmål, er at prosessen med medisinsk kjønnskifte i seg selv kan vise seg å være en annen form for konverteringsterapi, skape en ny kohort av livslange pasienter som er avhengige av medisinske tjenester og gjøre minst noen lesbiske og homofile unge til etterligninger av «streite» medlemmer av det motsatte kjønn.» (12)

## **Støtter vitenskapen den bekreftende modellen?**

Tilhengere av den bekreftende modellen hevder at den er støttet av vitenskap og godkjent av store medisinske organisasjoner. Det er sant at ulike store medisinske organisasjoner har støttet den bekreftende omsorgsmodellen, men de har gitt dette godkjenningstemplett på grunnlag av veldig svak vitenskapelig evidens.

Grunnlaget for den nåværende bekreftende modellen er World Professional Association for Transgender Health ("WPATH"), *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People*, publisert i 2012. (13) Selv om disse retningslinjene ofte blir brukt og stolt på i Canada, har de aldri blitt formelt gjennomgått og godkjent av insitusjonene som evaluerer medisinske retningslinjer for å sikre at de ikke har blitt påvirket av uheldige faktorer eller interessekonflikter. (14)

American Academy of Pediatrics har også utstedt retningslinjer som støtter bekreftende omsorg for kjønnsdysfori hos barn og unge. Dr. James Cantor har gjennomgått argumentene og evidensen i disse retningslinjene, og han konkluderer: "Ikke bare sviktet AAP i å gi overbevisende evidens, de klarte ikke å legge fram

evidensbaserte argumenter i det hele tatt. AAP sine anbefalinger står der på tross av eksisterende evidens.» (15)

Carl Heneghan, redaktør for British Medical Journal og professor i evidensbasert medisin ved University of Oxford, publiserte nylig en oversikt over oppdatert evidens angående hormonbehandling av barn og unge med kjønnsdysfori. Han konkluderte med at «Det aktuelle evidens-grunnet støtter ikke informert beslutningstaking og trygg praksis for barn.» (16)

Marcus Evans, en tidligere guvernør ved Tavistock Clinic, som er den eneste offentlige kjønnsklinikken for barn i Storbritannia, trakk seg på grunn av sin bekymring for hvordan klinikken håndterte medisinsk kjønnskifte for barn. Han skriver:

– Den «bekreftende tilnærmingen» risikerer å sende barn ned en vei mot konkrete og noen ganger irreversible medisinske inngrep for det som i svært mange tilfeller er et psykologisk problem. Denne tilnærmingen er, etter mitt syn, drevet av politisk ideologi i stedet for kliniske behov og hemmer klinikerens nysgjerrighet og frihet til å utforske et barns underliggende trossystemer og motivasjoner. (17)

National Health Service (NHS) i Storbritannia har nylig gjort store endringer i transgender-veiledningen på sine nettsider. Det hevdes ikke lenger at pubertetsblokkere er reversible, og sidene gir mye mer informasjon om risikoen ved hormonbehandling. (18) NHS gjennomfører også en omfattende oversikt over kjønnsidentitetstjenester for barn og unge. (19)

I Sverige gjennomfører Nasjonalt råd for medisinsk etikk en undersøkelse av behandlingen av kjønnsdysfori hos barn. Det svenske pediatriforeningen har sendt ut et brev til støtte for en undersøkelse som konkluderer:

"Å gi barn rett til selvstendig å ta livsendrende beslutninger i en alder da de ikke kan forventes å forstå konsekvensene av disse beslutningene, mangler vitenskapelig evidens og er i strid med etablert medisinsk praksis." (20)

Canada bør ikke forankre den bekreftende omsorgsmodellen i strafferetten i en tid da et økende antall fagfolk over hele verden stiller spørsmål ved denne modellen.

## **Sameksisterende psykiske helsetilstander**

Diagnosen og behandlingen av kjønnsdysfori er vanskelig fordi den ofte eksisterer sammen med andre psykiske lidelser som depresjon, posttraumatisk stress og spiseforstyrrelser. Mange unge med kjønnsdysfori eller kjønnsforvirring er på autismspekteret. Den mulige interaksjonen mellom kjønnsdysfori og autisme er fortsatt dårlig forstått, og det er behov for mer arbeid med hensiktsmessige kliniske retningslinjer. (21)

Organisasjonen Canadian Gender Report har hørt beretninger fra mange kanadiske foreldre om hvordan barna deres ble godkjent for medisinsk kjønnskifte uten tilstrekkelig vurdering av psykisk helse. En del foreldre har signalisert at de vil være forberedt på å sende inn formelle uttalelser hvis de kan være sikre på at navnene deres ikke blir publisert. (22)

## **Risikoer ved den bekreftende modellen**

Hvert trinn i den bekreftende tilnærmingen har risiko. Sosialt kjønnskifte, der barnet får et nytt navn, klær og pronomen er en mild overgang i seg selv, men det øker risikoen for at et barns kjønnsdysfori vil vedvare, og at han eller hun vil gå videre til medisinsk kjønnskifte. **(23)**

Hvis et barn ennå ikke har fullført puberteten, kan en lege foreskrive en pubertetsblokker for å forhindre de fysiske endringene i puberteten. Tilhengere av den bekreftende modellen hevder at pubertetsblokkere fungerer som en "pauseknapp" for å gi et barn mer tid til å reflektere, og at de er reversible. Ingen av disse påstandene støttes av et pålitelig evidensgrunnlag.

Studier har funnet at 90 prosent av barna som fikk pubertetsblokkere, går videre med medisinsk kjønnskifte. Dette kan skyldes at deltakerne i studien ble nøye screenet (noe som ikke alltid skjer i dag), eller det kan være at kjønnsblokkerne selv får kjønnsdysfori til å vedvare ved å blokkere de normale endringene i hjernen som skjer i puberteten. **(24)**

Påstanden om at pubertetsblokkere er reversible, er basert på erfaring ved bruk på barn med for tidlig pubertet, og der man stopper med å bruke medikamentene når barnet når den normale alderen for pubertet. Denne erfaringen kan ikke overføres til tilfeller der stoffene startes i normal alder for puberteten. Ettersom så få barn som får pubertetsblokkere for kjønnsdysfori faktisk går gjennom normal pubertet, er det ikke mulig å si hva langtidseffektene er.

Medikamentene som brukes som pubertetsblokkere, har aldri fått allmenn godkjenning for bruk i behandlingen av kjønnsdysfori. De blir foreskrevet «off label», «utenfor godkjent indikasjon», på eksperimentell basis.

En klinikk i Amsterdam begynte å eksperimentere med pubertetsblokkere for kjønnsdysfori i 1998. Klinikker i Nord-Amerika har bare brukt pubertetsblokkere siden 2007. **(25)** Det finnes svært lite publisert forskning på effekten av pubertetsblokkere. Upubliserte resultater fra en studie i Storbritannia rapporterer om en rekke problemer, inkludert manglende utvikling av tilstrekkelig bentetthet og en økning i selvmordstanker. **(26)**

Pubertet er også en tid da nervenetverket i hjernen begynner å finne sin voksne form, og hormoner spiller en rolle i denne prosessen. Lite er kjent om effekten av å frata hjernen hormoner i denne avgjørende vekstperioden. Én studie viste en betydelig nedgang i IQ mens deltakere var på pubertetsblokkere. **(27)**

Pubertetsblokkere forårsaker ikke i seg selv sterilitet. Imidlertid vil et barn på pubertetsblokkere ikke utvikle fruktbare egg eller sæd med mindre han eller hun slutter med blokkerne og fullfører naturlig pubertet. De fleste barn som tar pubertetsblokkere, går videre med å ta kjønns hormoner, og dette vil føre til varig, livslang sterilitet.

Pubertetsblokkere kan også alvorlig skade den voksne seksuelle funksjonen. Helsepersonell som støtter den bekreftende modellen, innrømmer at de ikke vet nok om disse problemene. **(28)**

Det neste trinnet i den bekreftende omsorgsmodellen er kjønns hormoner. Fordi kjønnskifte hos yngre mennesker fortsatt er et nytt felt, finnes det lite sikker

kunnskap om de langsiktige effektene av kjønns hormoner på en voksende kropp. Det finnes imidlertid betydelig evidens for at testosteron-behandling er skadelig for kvinner i alle aldre. Risikoen for diabetes og hjertesykdom øker. Det kan oppstå nummenhet i klitoris og vanskeligheter med å oppnå orgasme. Problemer med kviser og mannlig skallethet er vanlige bivirkninger. Det kan oppstå humørsvingninger og økt sinne. Fysisk atrofi (muskelsvinn) i reproduktive organer er mulig, og mange leger anbefaler fjerning av livmor og eggstokkene. **(29)** Når hormonbehandlingen er startet, er man nødt til å fortsette med den resten av livet.

Den siste fasen av bekreftende behandling for kjønnsinkongruens er kjønnsbekreftende kirurgi. Ikke alle transpersoner gjennomgår kirurgi, og det utføres sjelden på pasienter under myndighetsalderen i Canada [og i Norge]. Det må imidlertid likevel vurderes ved gjennomgang av behandlingsoalternativene for unge pasienter.

Unge transmenn gjennomgår ofte en dobbel mastektomi (fjerning av begge bryst) så snart de blir atten og krever en hysterektomi (fjerning av livmoren) etter flere år på hormonbehandling. Pubertetsblokkere kan begrense de kirurgiske alternativene for unge transkvinner. Pubertetsblokkere vil gi dem med en penis med barnestørrelse som gjør en vaginoplastikk, der man bruker vev fra penis for å skape en neo-vagina, vanskeligere. **(30)**

## Redder bekreftende omsorg liv?

Talspersoner for den bekreftende modellen hevder at den redder liv. Hvis transkjønnede ungdommer ikke blir bekreftet i sin identitet, hevder man, har de høy risiko for selvmord. Evidensgrunnlaget angående selvmord støtter ikke disse påstandene.

En studie som har fått stor spredning, hevder å vise en sammenheng mellom konverteringsterapi og selvmord. Studien er publisert av Jack Turban M.D. og andre. Den gjennomgår resultatene av en undersøkelse fra 2015 av transpersoner og finner en sammenheng mellom en bevissthet om eksponering for konverteringsterapi og økt, livslang forekomst av selvmordstanker og -forsøk. **(31)** En fersk kritikk av denne studien påviser at den har store svakheter og at konklusjonene ikke er pålitelige. Studien er basert på et ikke-representativt bekvemmelighetsutvalg fra en undersøkelse utført av en aktivist-organisasjon. Dette utelukket derfor alle som hadde ombestemt seg, som utførte detransisjon eller som angret kjønnskiftet. Undersøkelsen var basert på ett enkelt spørsmål og kontrollerte ikke for psykisk sykdom, noe som er en av de største indikasjonene for selvmordsrisiko. **(32)**

Transpersoner har høyere risiko for selvmord enn den generelle befolkningen, men transkjønnede aktivistgrupper bruker selvmordsstatistikk på måter som er uansvarlige og villedende. Påstanden om at transpersoner har en 41% selvmordsrisiko er basert på en svært dårlig og upålitelig studie. **(33)**

Studier av selvmordsrisiko blant transpersoner er gjort på voksne og ikke på barn eller ungdom. Selvmordsrisikoen er fortsatt høy både før og etter kjønnskifte. Det finnes ingen evidens for at selvmordsrisikoen øker på grunn av utsettelse av bekreftende behandling eller medisinske inngrep hos ungdommer med kjønnsdysfori, dersom de får psykisk helsehjelp. **(34)**



## Hjelper bekreftende omsorg?

Påstanden om at pubertetsblokkere og hormonbehandling med ungdom er gunstig, er basert på én enkelt publisert studie i Nederland som fulgte en gruppe på 55 pasienter i ett år etter kjønnskifteoperasjon. Gruppen som var med i studien, var svært liten og kom fra bare én klinikk som ga omfattende vurderinger og psykologisk støtte. Studien vurderte ikke de langsiktige fysiske effektene av medisinsk kjønnskifte. **(35)**

Selv evidensgrunnlaget for at kjønnskifte gagnar voksne, er svakt. I 2019 publiserte American Journal of Psychiatry en stor studie basert på svenske data som hevdet å demonstrere at kjønnsbekreftende kirurgi resulterte i redusert bruk av psykiske helsetjenester. **(36)** Etter at en rekke fagpersoner skrev brev til redaktøren og kritiserte de statistiske metodene i studien, ba redaktørene om en gjennomgang av dataene, og tidsskriftet har nå publisert en korleksjon som slår fast at studien ikke fant noe evidens for at kjønnsbekreftende kirurgi forbedret mental helse. **(37)** Dessverre ble den feilaktige påstanden i den mangelfulle studien offentliggjort vidt og bredt, mens korleksjonen har fått liten publisitet.

Det har ikke gått nok tid til å kunne evaluere den bekreftende modellen i behandlingen av barn og tenåringer på en tilfredsstillende måte. En pasient som startet med kjønns hormoner i en alder av 16 år i 2007, ville vært 29 år i 2020. De fleste kanadiske ungdommer som mottar kjønns hormoner og kirurgi, er fortsatt i begynnelsen av tjuårene. Vi vet ikke hvordan de vil reagere når de kommer til alderen der jevnaldrende gifter seg og starter familier. Historier om lykkelige transpersoner promotert av aktivistiske organisasjoner er ingen erstatning for objektiv forskning.

## Endringer i kjønnsfordelingen

I årene som er gått etter at de første studiene over ungdom med kjønnsdysfori ble gjennomført, har helsepersonell sett en stor økning i antall henvisninger til kjønnsklinikker og en endring i forholdet mellom antall gutter og jenter. **(38)** En kanadisk klinikk med en pasientpopulasjon på 68% mannlig og 32% kvinnelig fra 1999 til 2005, opplevde at forholdet endret seg til 36% mannlig til 64% kvinnelig fra 2006 til 2013. **(39)**

Denne typen radikale endringer i en pasientpopulasjon tyder på at noen nye faktorer er i spill. Mange foreldre har rapportert at døtrene deres begynte å identifisere seg som transkjønnede i tenårene uten å ha vist noen tidligere tegn på kjønnsdysfori som barn. Én studie antyder at veksten av trans-identifikasjon hos unge jenter delvis kan forklares med sosial smitte fra jevnaldrende-grupper og fra sosiale medier. **(40)**

Tilhengere av den bekreftende modellen har kritisert studiens metodikk, men faktisk er den i samsvar med mange av studiene som brukt for å støtte den bekreftende modellen. **(41)**

En fersk artikkel av Annelou De Vries, som er en av de ledende forskerne ved Amsterdam kjønnsklinikk, konkluderer med at kjønnsdysfori som oppstår hos unge tenåringer, kan representere en ny utvikling som ikke er tilstrekkelig studert og som kan dra nytte av andre tilnærminger enn den bekreftende modellen. **(42)**

## Kan barn samtykke til kjønnskifte?

Vi hevder at barn ikke har evnen til å samtykke til irreversible og invaderende behandlinger som vil øke risikofaktorer for deres fremtidige fysiske helse, begrense deres muligheter for fruktbarhet og svekke seksuell nytelse. Den menneskelige hjerne fortsetter å utvikle seg til rundt 25-årsalder, og den delen som styrer risikovurdering og langsiktig beslutningstaking, er den siste som blir ferdig utviklet. **(43)**

Enhver medisinsk behandling krever informert samtykke. En fullstendig informert samtykkeprosess forutsetter at pasienten er i stand til å samtykke, at samtykket gis fritt og uten utilbørlig påvirkning og tvang, og at legen fullt ut avslører risikoen ved den foreslåtte behandlingen og diskuterer eventuelle alternativer.

Risikoen ved kjønnskifte er betydelig. De biologiske risikoene ble diskutert i forrige avsnitt. Det finnes også sosiale risikoer ved kanskje å bli isolert fra familiemedlemmer og ved den sterkt reduserte gruppen av mennesker som er forberedt på å inngå et langsiktig intimt forhold. Psykologisk risiko inkluderer distraksjon fra normale utfordringer i den personlige utviklingen og tap av livsglede hvis kjønnskiftet ikke fungerer. **(44)**

Dette er en lang liste og inneholder mange konsepter som er utenfor et barns eller en ungdoms forståelsehorisont. En 12-åring som aldri har hatt noen seksuelle følelser, kan ikke forstå hva tap av seksuell funksjon betyr. En 16-åring som er fordypet i mange vennskap på nettet, vil ha problemer med å forestille seg livet som en ensom 30-åring. Det er ganske sannsynlig at en ungdom med en rekke psykiske helseutfordringer kan oppleve et forsøk på å gi en grundig forklaring på risikoen ved kjønnskifte som en form for konverteringsterapi.

Kjønnsomgang er ikke en serie uavhengige stadier som kan betraktes én om gangen. Hvert trinn skaper sitt eget press for å gå videre til neste trinn. Barn som har startet på pubertetsblokkere, går nesten alltid videre til kjønns hormoner. Flere år med testosteron vil skade livmoren og gjøre en hysterektomi (fjerning av livmoren) til en medisinsk nødvendighet. En fullstendig, etisk informert samtykkeprosess bør vurdere dette.

En fersk artikkel om spørsmål rundt informert samtykke sier, med betydelig *understatement*:

«Å spørre et barn eller en ungdom om å ta en beslutning om hvorvidt de ønsker å sette i fare sin fruktbarhet, utviklingen av kjønnsorganer, evnen til full seksuell funksjon og deres hjerneutvikling, i en sammenheng der man har et uttrykt behov for å løse de umiddelbare problemer, er derfor etisk problematisk.» **(45)**

Informert samtykke må gis fritt. Foreldre blir nå presset til å samtykke til medisinsk kjønnskifte for sine barn ved villedende selvmordsstatistikk eller ved involvering av barnevernet. **(46)**

Avslutningvis må en etisk informert samtykkeprosess inkludere diskusjon av alternative behandlinger. Mange voksne som velger detransisjon, har funnet alternativer til kjønnskifte for å takle kjønnsdysfori.

Hos barn har forskning vist at kjønnsdysfori løser seg selv i puberteten i de fleste tilfeller. I andre tilfeller kan det løses etter behandling for underliggende tilstander som depresjon eller traumer. Det finnes nye terapeutiske teknikker som kognitiv atferdsterapi og dialektisk atferdsterapi som har blitt brukt til behandling av spiseforstyrrelser, som ofte er nært forbundet med kjønnsdysfori.

Lovgivning som forbyr konverteringsterapi, avbryter den informerte samtykkeprosessen ved å nekte pasienter alternativer til medisinsk kjønnskifte. Det gir absolutt ingen mening at det skal være lovlig å behandle sårbare tenåringer med medikamenter som vil ødelegge deres reproduktive systemer og gjøre dem til livsvarige medisinske pasienter, mens det samtidig skal være ulovlig å hjelpe dem med å akseptere kroppene sine gjennom samtaleterapi.

Lovforslaget vil forby all konverteringsterapi overfor mindreårige med eller uten samtykke, samtidig som bekreftende behandling av helsepersonell eller sexologer er fullt tillatt. Det betyr at en 17-årig jente har rett til å samtykke i forberedelser til å fjerne begge brystene når hun fyller 18. Men hun har ikke lov til å gå i samtaleterapi hos en psykiater for å overvinne sin avsky for brystene sine. Det regnes som konverteringsterapi og kan føre til ett år i fengsel for psykiateren.

## Konklusjoner

Spørsmålet her er ikke om den bekreftende behandlingsmodellen er gunstig eller ikke. Spørsmålet er om det skal innføres en strafferettslig lovgivning som gjør den bekreftende modellen til den eneste tillatte måten å behandle kjønnsdysfori på. Evidensgrunnlaget for svaret på det spørsmålet bør svært nær total visshet.

Svaret er nei. Evidensgrunnlaget til støtte for den bekreftende behandlingsmodellen avhenger fortsatt av et lite antall studier over kort tid. Det er økende bekymring for modellen over hele verden. Behandlingsbeslutninger relatert til en sjelden og kompleks medisinsk tilstand bør tas av helsepersonell, ved hjelp av den beste tilgjengelige forskningen, ikke av lovgivere og domstoler.

## Fotnoter m/ dokumentasjon

1. Johanna Olson-Kennedy et al., "Chest Reconstruction and Chest Dysphoria in Transmasculine Minors and Young Adults," *JAMA Pediatrics* 172, no. 5 (May 2018): 431–36, <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>.
2. James Cantor, "Bill C-6," *Sexology Today* (blog), October 13, 2020, <http://www.sexologytoday.org/2020/10/bill-c-6.html>.
3. James Cantor, "Do Trans- Kids Stay Trans- When They Grow Up?," *Sexology Today* (blog), January 11, 2016, [http://www.sexologytoday.org/2016/01/do-trans-kids-stay-trans-when-they-grow\\_99.html](http://www.sexologytoday.org/2016/01/do-trans-kids-stay-trans-when-they-grow_99.html).
4. Thomas D. Steensma et al., "Factors Associated With Desistance and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52, no. 6 (June 1, 2013): 582–90, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>.
5. Kenneth J. Zucker, "The Myth of Persistence: Response to 'A Critical Commentary on Follow-up Studies and "Desistance" Theories about

- Transgender and Gender Non-Conforming Children' by Temple Newhook et al. (2018)," *International Journal of Transgenderism* 19, no. 2 (April 3, 2018): 231–45, <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293>.
6. Jesse Singal, "What's Missing From the Conversation About Transgender Kids," *The Cut*, July 25, 2016, <https://www.thecut.com/2016/07/whats-missing-from-the-conversation-about-transgender-kids.html>.
  7. Lisa Marchiano, "The Ranks of Gender Detransitioners Are Growing. We Need to Understand Why," *Quillette*, January 2, 2020, <https://quillette.com/2020/01/02/the-ranks-of-gender-detransitioners-are-growing-we-need-to-understand-why/>.
  8. "NHS Gender Clinic 'should Have Challenged Me More' over Transition," *BBC News*, March 1, 2020, sec. Health, <https://www.bbc.com/news/health-51676020>.
  9. "Gender Care Consumer Advocacy Network," GCCAN, accessed March 2, 2020, <https://www.gccan.org>.
  10. Michael Biggs, "Research Evidence: Gender-Atypical Tots More Likely to Become Gay or Lesbian," *4thWaveNow* (blog), August 7, 2018, <https://4thwavenow.com/2018/08/07/research-evidence-gender-atypical-tots-likely-to-become-gay-or-lesbian-not-trans/>.
  11. Lucy Bannerman, "It Feels like Conversion Therapy for Gay Children, Say Clinicians," *The Times*, April 7, 2019, <http://archive.fo/FYWSN>.
  12. Lucy Griffin et al., "Sex, Gender and Gender Identity: A Re-Evaluation of the Evidence," *BJPsych Bulletin*, 2020, 1–9, <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.73>.
  13. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and GenderNonconforming People*, 7th ed. (World Professional Association for Transgender Health (WPATH, 2012), <https://www.wpath.org/publications/soc>.
  14. LisaMacRichards, "Bias, Not Evidence Dominates WPATH Transgender Standard of Care," *Canadian Gender Report* (blog), October 1, 2019, <https://genderreport.ca/bias-not-evidence-dominate-transgender-standard-of-care/>.
  15. James M. Cantor, "Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents: Fact-Checking of AAP Policy," *Journal of Sex & Marital Therapy*, December 14, 2019, 1–7, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1698481>. A free version can be found at <http://www.sexologytoday.org/2018/10/american-academy-of-pediatrics-policy.html>.
  16. Carl Heneghan and Tom Jefferson, "Gender-Affirming Hormone in Children and Adolescents," *BMJ EBM Spotlight* (blog), February 25, 2019, <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2019/02/25/gender-affirming-hormone-in-children-and-adolescents-evidence-review/>.
  17. Marcus Evans, "Freedom to Think: The Need for Thorough Assessment and Treatment of Gender Dysphoric Children," *BJPsych Bulletin*, 2020, 1–5, <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.72>.
  18. Kirkup, James. "The NHS Has Quietly Changed Its Trans Guidance to Reflect Reality | The Spectator." *The Spectator*, June 4, 2020. <https://www.spectator.co.uk/article/the-nhs-has-quietly-changed-its-trans-guidance-to-reflect-reality>.

19. "NHS England » NHS Announces Independent Review into Gender Identity Services for Children and Young People," accessed October 23, 2020, <https://www.england.nhs.uk/2020/09/nhs-announces-independent-review-into-gender-identity-services-for-children-and-young-people/>.
20. BLF [Swedish Pediatric Society] Supports SMER's [The National Council for Medical Ethics ] Letter on Gender Dysphoria, 2019-05-02, (translated with Google translate) <https://www.barnlakarforeningen.se/2019/05/02/blf-staller-sig-bakom-smers-skrivelse-angaende-konsdysfori/>
21. John F. Strang et al., "Initial Clinical Guidelines for Co-Occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in Adolescents," *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 47, no. 1 (January 2, 2018): 105–15, <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>.
22. Contributor, "Gender Dysphoria and Autism: A Parent Speaks Out," *Canadian Gender Report* (blog), March 9, 2020, <https://genderreport.ca/gender-dysphoria-and-autism/>.
23. "Could Social Transition Increase Persistence Rates in 'Trans' Kids?," *4thWaveNow* (blog), November 29, 2016, <https://4thwavenow.com/2016/11/28/could-social-transition-increase-persistence-rates-in-trans-kids/>.
24. Polly Carmichael et al., "Gender Dysphoria in Younger Children: Support and Care in an Evolving Context," in *WPATH Symposium* (Amsterdam, 2016), <http://wpath2016.conferencespot.org/62620-wpathv2-1.3138789/t001-1.3140111/f009a-1.3140266/0706-000523-1.3140268>. Michael Biggs, "The Astonishing Admission in the Health Research Authority Report: The Purpose of Puberty Blockers Is to Commit Children to Permanent Physical Transition," *Transgender Trend* (blog), October 17, 2019, <https://www.transgendertrend.com/health-research-authority-puberty-blockers-commit-children-permanent-physical-transition/>.
25. Annelou L. C. de Vries et al., "Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study," *The Journal of Sexual Medicine* 8, no. 8 (August 1, 2011): 2276–83, <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>.
26. Deborah Cohen and Hannah Barnes, "Gender Dysphoria in Children: Puberty Blockers Study Draws Further Criticism," *BMJ* 366 (September 20, 2019), <https://doi.org/10.1136/bmj.l5647>.
27. Maiko A. Schneider et al., "Brain Maturation, Cognition and Voice Pattern in a Gender Dysphoria Case under Pubertal Suppression," *Frontiers in Human Neuroscience* 11 (2017), <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00528>.
28. Brie Jontry, "Does Prepubertal Medical Transition Impact Adult Sexual Function?," *4thWaveNow* (blog), July 9, 2018, <https://4thwavenow.com/2018/07/08/does-prepubertal-medical-transition-impact-adult-sexual-function/>.
29. Kerry Smith, "Testosterone & Young Females: What Is Known about Lifelong Effects?," *4thWaveNow* (blog), June 18, 2018, <https://4thwavenow.com/2018/06/18/testosterone-young-females-what-is-known-about-lifelong-effects/>.
30. Korin Miller and Jennifer Nied, "Jazz Jennings Just Posted A Hospital Photo After Her 3rd Gender Confirmation Surgery," *Women's Health*, February 5,

- 2020, <https://www.womenshealthmag.com/health/a23828566/jazz-jennings-gender-confirmation-surgery-complication/>.
31. Jack L. Turban et al., "Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults," *JAMA Psychiatry* 77, no. 1 (January 1, 2020): 68–76, <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>.
  32. Roberto D'Angelo et al., "One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria," *Archives of Sexual Behavior*, October 21, 2020, <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>.
  33. "The 41% Trans Suicide Attempt Rate: A Tale of Flawed Data and Lazy Journalists," *4thWaveNow* (blog), August 3, 2015, <https://4thwavenow.com/2015/08/03/the-41-trans-suicide-rate-a-tale-of-flawed-data-and-lazy-journalists/>.
  34. J. Michael Bailey and Ray Blanchard, "Suicide or Transition: The Only Options for Gender Dysphoric Kids?," *4thWaveNow* (blog), September 8, 2017, <https://4thwavenow.com/2017/09/08/suicide-or-transition-the-only-options-for-gender-dysphoric-kids/>.
  35. Annelou L. C. de Vries et al., "Young Adult Psychological Outcome after Puberty Suppression and Gender Reassignment," *Pediatrics* 134, no. 4 (October 2014): 696–704, <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>.
  36. Richard Bränström and John E. Pachankis, "Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study," *American Journal of Psychiatry* 177, no. 8 (August 1, 2020): 727–34, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>.
  37. "Correction of a Key Study: No Evidence of 'Gender-Affirming' Surgeries Improving Mental Health," *Society for Evidence Based Gender Medicine* (blog), August 30, 2020, [https://segm.org/ajp\\_correction\\_2020](https://segm.org/ajp_correction_2020).
  38. Madison Aitken et al., "Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria," *The Journal of Sexual Medicine* 12, no. 3 (March 2015): 756–63, <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>.
  39. George Davis, "Increase in Transgender Teens," *TRANS RESEARCH* (blog), accessed March 15, 2020, <https://transresearch.info/tag/increase-in-transgender-teens/>.
  40. Lisa Littman, "Parent Reports of Adolescents and Young Adults Perceived to Show Signs of a Rapid Onset of Gender Dysphoria," *PLOS ONE* 13, no. 8 (August 16, 2018): e0202330, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.
  41. Lisa Littman, "The Use of Methodologies in Littman (2018) Is Consistent with the Use of Methodologies in Other Studies Contributing to the Field of Gender Dysphoria Research: Response to Restar (2019)," *Archives of Sexual Behavior* 49, no. 1 (2020): 67–77, <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01631-z>.
  42. Annelou L.C. de Vries, "Challenges in Timing Puberty Suppression for Gender-Nonconforming Adolescents," *Pediatrics*, September 21, 2020, e2020010611, <https://doi.org/10.1542/peds.2020-010611>.
  43. Suzanne O'Rourke et al., "The Development of Cognitive and Emotional Maturity in Adolescents and Its Relevance in Judicial Contexts : Literature Review" (Scottish Sentencing Council, February

2020), <https://www.scottishsentencingcouncil.org.uk/media/2044/20200219-ssc-cognitive-maturity-literature-review.pdf>.

44. Stephen B. Levine, "Informed Consent for Transgendered Patients," *Journal of Sex & Marital Therapy* 45, no. 3 (April 3, 2019): 218–29, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1518885>.
45. David Pilgrim and Kirsty Entwistle, "GnRHa ('Puberty Blockers') and Cross Sex Hormones for Children and Adolescents: Informed Consent, Personhood and Freedom of Expression," *The New Bioethics* (July 27, 2020): 1–14, <https://doi.org/10.1080/20502877.2020.1796257>.
46. Heather Brunskell-Evans, "Transgender Children: Limits on Consent to Permanent Interventions," *BMJ Sexual & Reproductive Health Blog* (blog), January 9, 2020, [https://blogs.bmj.com/bmj\\_srh/2020/01/09/capacity-gender-2/](https://blogs.bmj.com/bmj_srh/2020/01/09/capacity-gender-2/).