



**UiO • Universitetet i Oslo**

# **Hvilke sentrale teorier om kjønnsidentitet finnes i psykologien for å belyse fenomenet kjønnsinkongruens?**

***Kan disse teoriene bistå i etiske problemstillinger klinikere  
møter i sitt arbeid med barn og unge med  
kjønnsinkongruens?***

Sanne Engesland Øygarden og Margrete Sæland

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt  
UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2022

# Sammendrag

**Forfatterens navn:** Margrete Sæland og Sanne Engesland Øygarden

**Tittel på hovedoppgaven:** Hvilke sentrale teorier om kjønnsidentitet finnes i psykologien for å belyse fenomenet kjønnsinkongruens? Kan disse teoriene bistå i etiske problemstillinger klinikere møter på i sitt arbeid med barn og unge med kjønnsinkongruens?

**Veilederes navn:** Anne Wæhre, Erik Stänicke og Reidar Schei Jessen

I denne oppgaven diskuterer vi eksisterende teorier om kjønnsidentitet og hvorvidt disse kan gjøre rede for både normativ og ikke-normativ utvikling av kjønnsidentitet. Vi har skrevet en strategisk teoretisk oppgave hvor vi har valgt ut litteratur basert på sentrale teoretiske perspektiver for kjønnsidentitet. Teoriene spenner fra eldre teorier som Kohlbergs kognitive utviklingsteori, Banduras sosiale læringsteori og psykoanalysen til nyere teorier som Egan & Perry og Fausto-Sterling. I tillegg har vi inkludert et alternativt perspektiv på kjønnsidentitet med psykoanalytikerens Jacques Lacan og Judith Butler. Gjennom å sammenligne teoriene og se på hvilke mekanismer de beskriver mener vi at teoriene samlet sett kan gi et mer integrert og fullstendig bilde av hvordan et større mangfold av kjønnsidentiteter utvikles. Vi har også identifisert mangler ved teoriene, deriblant er det få som beskriver hvordan kjønnsidentiteten utvikles i ungdomstiden. Sett i lys av den kliniske situasjonen i dag hvor majoriteten av henviste pasienter er ungdommer, mener vi at det bør rettes fokus på denne perioden i utviklingen spesifikt i kontekst av kjønnsidentitet. Per dags dato er det et manglende empirisk grunnlag for behandling, og dermed er det usikkerhet knyttet til effektene av de medisinske intervensjonene som tilbys. Dette plasserer behandlere i et etiske dilemma da de er forpliktet til prinsipper som å gi evidensbasert behandling samt ikke-skade prinsippet. Vi diskuterer tre hypotetiske posisjoner en behandler kan ta i sin holdning til medisinske intervensjoner. Videre argumenterer vi for en triangulering av disse tre perspektivene i møte med den enkelte pasient. Den offentlige debatten er knyttet til behandling av kjønnsinkongruens er både polarisert og affektladet. For å forstå og nyansere dette bruker vi filosofen Taylors begreper om sterke og svake vurderinger. Vi mener diskusjonen mellom behandler og brukerorganisasjoner er preget av asymmetri ved at den foregår på ulike nivåer; for pasienter og brukerorganisasjoner handler det om eksistens, mens for en behandler vil det samtidig innebære en vektning av flere hensyn: etiske prinsipper, manglende empirisk kunnskap og sosiopolitisk press. Vi anerkjenner at dette er en krevende oppgave for behandlere.

“The best thing about being a girl is, now I don’t have to pretend to be a boy”  
(National Geographic, 2017)

## Forord

Ideen til dette prosjektet kom fra erfaringer fra hovedpraksis i BUP, der vi begge ble møtt med denne problemstillingen for første gang. Vi innså da hvor mye vi hadde å lære om temaet og hvor viktig det er for psykologer å ha kjennskap til denne problematikken. Vi ønsket derfor å bruke hovedoppgaveprosjektet på å opplyse oss selv, og forhåpentligvis også bidra med nyttig kunnskap til dette feltet.

Vi vil takke våre veiledere, Anne Wæhre, Erik Stänicke og Reidar Schei Jessen, for engasjerende, godt og trygt samarbeid gjennom denne prosessen. Vi setter pris på alle innsiktsfulle og konstruktive diskusjoner, og ikke minst deres tålmodige og varme veiledning gjennom en bratt læringskurve.

Takk til «barn av mosen» for samhold, vennskap og utallige lunsjer fylt med både frustrasjon, glede og latter.

Takk til venner og familie for støttende samtaler, korrekturlesning og for påspanderte kaffepauser.

Til slutt vil vi takke hverandre for et trygt og godt samarbeid og vennskap gjennom alle disse seks årene på studiet. Vi vil huske denne prosessen som krevende, lærerik og ikke minst fylt med mye humor.

Oslo, april 2022

Margrete Sæland og Sanne Engesland Øygarden

# Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	II
FORORD.....	IV
<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
<b>2 BAKGRUNN .....</b>	<b>4</b>
2.1 KJØNNSKONGRUENS.....	4
2.1.1 «Early onset».....	4
2.1.2 «Late onset» .....	5
2.1.3 Forekomst.....	5
2.2 BEHANDLING OG KOMORBIDITET.....	6
2.2.1 Behandling.....	6
2.2.2 Behandlingsmodeller .....	7
2.2.3 «The watchful waiting model».....	7
2.2.4 «The gender-affirmative model» .....	7
2.2.5 Utfall av behandling .....	8
2.2.6 Komorbiditet.....	9
<b>3 METODE .....</b>	<b>10</b>
<b>4 TEORI.....</b>	<b>12</b>
4.1 ESSENSIALISME OG SOSIALKONSTRUKSJONISME.....	12
4.2 BIOLOGISKE TEORIER.....	13
4.3 KOHLBERGS KOGNITIVE UTVIKLINGSTEORI.....	16
4.4 BANDURAS SOSIALE LÆRINGSTEORI .....	19
4.5 SANDRA BEMS KJØNNSKJEMATEORI .....	22
4.6 PSYKOANALYSEN .....	23
4.6.1 Klassisk psykoanalyse .....	23
4.6.2 Robert Stoller .....	25
4.6.3 Lacan.....	26
4.7 EGAN & PERRY .....	27
4.8 FAUSTO-STERLING.....	30
4.9 JUDITH BUTLER .....	32
<b>5 DISKUSJON.....</b>	<b>34</b>
5.1 LIKHETER OG ULIKHETER.....	34
5.1.1 Proksimale og distale årsaker.....	35
5.1.2 Lineære og ikke-lineære modeller.....	37
5.1.3 Essensialisme og sosialkonstruksjonisme .....	38
5.2 ETISKE IMPLIKASJONER .....	40
5.2.1 Intervenere på et komplekst fenomen i utvikling.....	41
5.2.2 Normative idealer versus relativisme.....	44
5.2.3 Sterke og svake vurderinger.....	45
<b>6 AVSLUTNING.....</b>	<b>48</b>
<b>7 REFERANSELISTE .....</b>	<b>50</b>

# 1

## Innledning

Proessen med å etablere en kjønnsidentitet er en av de mest universelle psykologiske prosessene som er observert på tvers av kulturer. Medlemmer av omtrent alle samfunn rapporterer en følelse av tilhørighet til spesifikke kjønnsgrupper, til tross for kulturelle forskjeller i språk, historie og ideologier (Nadal & Scharrón -del Río, 2021). Det at det ser ut til å være en universell prosess indikerer at kjønnsidentiteten har en funksjon. Men hvorfor er kjønn viktig? Sosialpsykologien trekker frem hvor essensielt det er for mennesket å tilhøre en gruppe (Frings, 2018). Kjønn er en sosial kategori som blant annet gir retning for hvilken atferd som er passende og ikke for å få være medlem av denne gruppen. Vi lever også i et kjønn samfunn, det vil si at kjønn er en kategori som har konsekvenser ved at det gir ulike muligheter og begrensninger.

Måten vi i dag forstår kjønn på er fremdeles under utvikling, og de siste 150 årene har det vært store endringer. Dette har vært en prosess preget av interaksjon mellom historiske, vitenskapelige og medisinske forståelser i møte med personer med kropp og identiteter som ikke passer inn i samfunnets normer (Slagstad, 2021b). I dag pågår det diskusjoner om hvorvidt kjønn kan sees på som et spektrum eller en dikotomi (Slagstad, 2021b). Det har vært flere forsøk på å definere kjønn. Det vanligste har vært å dele begrepet inn i to; «sex» og «gender». Verdens helseorganisasjon har definert «gender» som sosialt konstruerte karakteristikk, for eksempel normer, atferd og roller som er assosiert med kvinner, menn, jenter og gutter. De skiller begrepet fra «sex» som referer til biologiske og fysiologiske forskjeller mellom menn, kvinner og intersex-personer (WHO, u.å, Gender and health). Biologer har tradisjonelt definert «sex» i henhold til evolusjon av mennesket og evne til å produsere store eller små gameter. Med stadig mer forskning på genetikk og endokrinologi sent på 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet gikk man etter hvert bort ifra det smale gonadekriteriet for kjønn (Slagstad, 2021b). I dag har vi en forståelse av at «sex» er mer komplekst enn tidligere antatt, og det defineres nå ut ifra utviklingen av tre kjønnskriterier; kromosomer, kjønnskjerter og genitalia (Diseth, 2008).

Forståelsen av kjønn ble særlig utfordret for leger som tidlig kom i kontakt med personer som ikke like lett kunne kategoriseres som mann eller kvinne, eller personer som identifiserte seg som et annet kjønn og ønsket behandling (Slagstad, 2021a). Den tyske legen og sexologen Magnus Hirschfeld ledet en klinikk i Berlin (Institut für Sexualwissenschaft) som på 1920-tallet begynte å tilby det som i dag kalles kjønnsbekreftende behandling (Slagstad, 2021a).

Forskere og klinikere ved John Hopkins Hospital i USA introduserte begrepet «gender» på midten av 1900-tallet. Begrepet har vist seg å få enorm betydning for det moderne samfunn (Slagstad, 2021a). «Gender»-begrepet ble tidligere i utstrakt grad brukt blant feminister. Ved å skille begrepene «sex» og «gender» utfordret feministene diskriminerende strukturer i samfunnet som ofte ble begrunnet i biologiske «sex» forskjeller mellom menn og kvinner.

I Vesten har en av de sterkeste overbevisningene vært at «sex» og «gender» alltid samsvarer og følger en biologisk determinisme. I dag har vi en mer kompleks forståelse av disse to begrepene som også innebærer at de heller ikke trenger å samsvare. Harry Benjamin illustrerer dette gjennom følgende sitat:

Here are some of the kinds of sex I have in mind: chromosomal, genetic, anatomical, legal, gonadal, germinal, endocrine (hormonal), psychological and - also - the social sex, usually based on the sex of rearing... Even more flexible than any other is the next and highly important psychological sex. It may be in opposition to all other sexes. (Slagstad, 2021b, s.182).

Måten man tildeles kjønn er i dag fremdeles basert på ytre genitala. Likevel har man åpnet opp for muligheten for at tildelt kjønn ved fødsel ikke alltid samsvarer med barnets kjønnsidentitet. På slutten av 90-tallet ble begrepet «transgender» introdusert som et motsvar til medikaliseringen av transseksualisme og bruk av begrepet «feil kropp». «Transgender» er en samlebetegnelse for personer som identifiserer seg som et annet kjønn enn det de fikk tildelt ved fødsel (PKI, u.å., Grunnleggende begreper og termer). Dette åpnet opp for mange flere ikke-normative former for kjønnsidentitet- og uttrykk. I 2019 besluttet Verdens helseorganisasjon å flytte «gender identity disorder» fra kapittelet i diagnosemanualen ICD som omhandler psykiske lidelser til et kapittel om seksuell helse og endret betegnelsen til «kjønnsinkongruens» (Slagstad, 2021a). Kjønnsinkongruens kan defineres som et «markert og vedvarende manglende samsvar mellom et individs opplevde kjønn («gender») og tildelte kjønn («sex»)» (Aaserud, 2021, s.50). Dette har vært en viktig milepæl da det åpner opp for å inkludere flere kjønnsuttrykk i normalutviklingen. I Norge skal det i 2022 utredes for muligheten til å kunne ha et tredje juridisk kjønn.

De siste årene har trans og ikke-konforme kjønnsidentiteter- og uttrykk blitt mer synlig. National Geographic utga i 2017 et spesialnummer med hovedoverskrift «Gender Revolution». Det kan altså virke som at det er en økning av ikke-konforme kjønnsidentiteter-

og uttrykk de siste årene. Et spørsmål er imidlertid om det er en reell økning eller om dette mangfoldet alltid har eksistert, men at det først nå er såpass stor aksept at det er tryggere å være seg selv.

Selv om kjønnsinkongruens ikke lenger er ansett for å være en psykisk lidelse, er det fremdeles noe man møter i klinikken. Mange kommer i dag til behandling for å endre kroppen til å bli mer i samsvar med sin kjønnsidentitet. De siste 10 årene har det vært en eksplosiv økning i henvisninger til kjønnsidentitetsklinikker i flere land i Vesten, deriblant Norge (Kaltiala et al., 2020). Dette er en økning man ikke har sett med noe annet medisinsk fenomen. Hvordan kan man forstå dette? Målet med denne oppgaven er å se om sentrale teorier om kjønnsidentitet kan belyse fenomenet kjønnsinkongruens, og videre om disse kan bistå i etiske problemstillinger klinikere møter i sitt arbeid med barn og unge med kjønnsinkongruens.



## 2

## Bakgrunn

### 2.1 Kjønnssinkongruens

Diagnoseendringen i 2019 kan sees på som et uttrykk for at den sosiale og medisinske kjønnsforståelsen er i utvikling (Slagstad, 2021a). Normbrytende kjønnsidentiteter blir i dag ikke lenger sykeliggjort, men i stedet anerkjent som en del av normalvariasjonen. I tillegg forstår man kjønn som noe mer mangfoldig og flytende enn tidligere. Den nye diagnosen inkluderer også ikke-binære kjønnsidentiteter, det vil si de som verken identifiserer seg som kvinne eller mann (Slagstad, 2021a). Denne nye forståelsen reflekteres også i endringer av noen av de diagnostiske kriteriene. Blant annet er det ikke lenger et krav om at personen må oppleve kjønnsdysfori, det vil si et betydelig ubehag over det manglende samsvaret mellom sitt opplevde kjønn og sitt tildelte kjønn (Wæhre, 2022). Det er heller ikke slik at man må ha et ønske om behandling som skal resultere i «mest mulig samsvar» slik det tradisjonelt har blitt tolket; som kjønnsstereotypiske «mannekropper» eller «kvinnekropper» (Slagstad, 2021a). Slik blir det definerende diagnosekriteriet i stedet den markerte og vedvarende subjektive opplevelsen av manglende samsvar mellom opplevd kjønn og tildelt kjønn.

Kjønnssinkongruens kan oppstå både i barnealder, under og etter puberteten (Aaserud, 2021). Debut før puberteten refereres ofte til som «early onset», mens debut i forbindelse med puberteten eller i voksen alder klassifiseres som regel som «late onset». Diagnosen stilles imidlertid ofte ikke før barnet har nådd puberteten (Wæhre, 2022). I det følgende vil vi beskrive disse to utviklingsveiene til kjønnssinkongruens.

#### 2.1.1 «Early onset»

Det er ikke uvanlig at barn og unge oppfører seg på måter som bryter med våre forventninger om kjønn (Aaserud, 2021). Det er imidlertid viktig å skille dette fra kjønnssinkongruens. Diagnosen skal ikke settes på bakgrunn av normbrytende oppførsel og preferanser alene. Det må også være tydelig at barnet har et sterkt ønske om å være et annet kjønn enn det som ble tildelt ved fødsel. I tillegg må de utvise sterk motvilje mot egen kropp eller sterkt uttrykt ønske om å ha samme kropp som opplevd kjønn (Aaserud, 2021). Et sentralt spørsmål i møte med denne gruppen er om kjønnssinkongruensen vil vedvare inn i ungdoms- og voksen alder. Flere oppfølgingsstudier indikerer at de kjønnssinkongruente følelsene vil forsvinne i starten av puberteten. Majoriteten av disse barna vil i stedet identifisere seg selv som enten homofile, lesbiske eller bifile når de kommer i ungdomsalder (Ristori & Steensma, 2016). Disse refereres til som såkalte «desisters» («avhoppere»). De som har et vedvarende ønske inn i ungdomsalder kalles «persisters». Det er per i dag ikke

funnet noen sikre prediktorer for å forutsi hvilke av disse barna som blir «persisters» og hvilke som blir «desisters» (Steensma et al., 2013).

### **2.1.2 «Late onset»**

Hos denne gruppen oppstår de kjønnsinkongruente tankene og følelsene først ved oppstart eller etter pubertet. Det mangler forskningsevidens på behandling og på stabiliteten til de kjønnsinkongruente tankene og følelsene for de med sen debut. Derfor må behandlingen for denne gruppen anses å være på utprøvningsstadiet (Kyriakou, 2020). Studier av «persisters» og «desisters», samt økningen av pasienter med sen debut, har gjort at man i dag anser ungdomstiden som en kritisk periode for personer med kjønnsinkongruens. I denne perioden vil de kjønnsinkongruente tankene og følelsene som regel enten oppstå, forsterkes eller avta (Aaserud, 2021). Det har blitt identifisert noen «nøkkelerfaringer» og endringer som ser ut til å ha betydning for hvorvidt kjønnsinkongruensen vil avta eller vedvare inn i puberteten. Blant disse er erfaringer med egen kropp og seksualitet samt tilpasning til nye kjønnsroller og sosiale endringer (Aaserud, 2021). Viktigheten av ungdomstiden støttes også av generell utviklingspsykologi som trekker frem denne perioden som en tid preget av intens utvikling på flere områder, blant annet kognitivt, kroppslig, emosjonelt og sosialt (Jessen, 2021a). I tillegg er flere av utviklingsoppgavene i denne perioden knyttet til utvikling av identitet.

### **2.1.3 Forekomst**

I mangel på norske forekomststudier av mennesker med kjønnsinkongruens, kan man se på internasjonale prevalensstudier. Eksempelvis viser resultatene fra metaanalysen av Goodman et al. (2019) at andelen personer som identifiserer seg som noe annet enn det kjønn de ble tildelt ved fødsel ligger mellom 0,1-2,7%. Den samme forskningen viser også til raske endringer i denne populasjonen, både med tanke på størrelse og demografiske karakteristikk (Goodman et al., 2019). De siste årene har det blitt rapportert en eksplosiv økning i antall henvisninger til spesialiserte kjønnsidentitetsklinikker over hele verden. Økningen har primært bestått av ungdom med «late onset» kjønnsinkongruens som er tildelt jente ved fødsel (Kaltiala et al., 2020; Morandini, 2021). Årsakene til dette er fortsatt ukjent. Det bemerkes imidlertid at økningen i henvisningene sammenfaller i tid med økt tilgjengelighet til behandling, nye behandlingsformer samt større tilgang til kunnskap via internett og sosiale medier (Leibowitz & de Vries, 2016). Samfunnet har i tillegg de siste tiårene beveget seg i retning av mer oppmerksomhet og åpenhet for å utforske kjønn, og mot

mindre stigmatisering av ulike kjønnsidentiteter og kjønnsuttrykk. Det er imidlertid vanskelig å si noe om fenomenet alltid har eksistert i like stor grad, og at utviklingen den siste tiden har gjort dette mer synlig, eller om det har ført til en «reell» økning (Leibowitz & de Vries, 2016).

## **2.2 Behandling og komorbiditet**

Diagnoseendringen i 2019 har hatt flere følger, blant annet for hvordan helsetjenestene organiseres, hvem som får behandlingstilbud og for hva slags kompetanse helsepersonell skal ha (Bolstad, 2019).

### **2.2.1 Behandling**

For å kunne få kjønnsbekreftende behandling i dag er diagnosen kjønnsinkongruens en forutsetning. Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) på Rikshospitalet i Oslo er i dag landets eneste nasjonale behandlingssenter av unge og voksne med kjønnsinkongruens (Wæhre, 2021). I april 2020 lanserte Helsedirektoratet nasjonal faglig retningslinje med forslag om desentralisering av helsehjelpen med regionale tilbud (Helsedirektoratet, 2020). Behandlingen av denne gruppen er gradvis og oppdelt i ulike trinn: sosial transisjon (leve som opplevd kjønn), pubertetsblokkere, cross-sex hormoner (testosteron og østrogen) samt kirurgi. Sosial transisjon er den eneste behandlingen som er aktuell for prepubertale barn (Aaserud, 2021). Behandlingen med pubertetsblokkere blir først aktuell når den unge er i de første fasene av puberteten og vil føre til at denne utviklingen bremses. Hormonbehandling blir tilbudt ved 16 års alder, der målet med behandlingen er å endre kroppens sekundære kjønnskarakteristika, slik som bryster og skjeggvekst (Aaserud, 2021). Den siste delen av behandlingen er kjønnsbekreftende kirurgi. Et krav for å motta denne behandlingen er at den unge må ha levd som opplevd kjønn og fått cross-sex hormonbehandling i minst ett år. Brystkirurgi kan være aktuelt ved 16 års alder, mens genitalkirurgi blir ikke tilbudt før fylte 18 år. I dag er ikke kirurgisk behandling påkrevd (Wæhre, 2021). Målet med denne oppdelingen av behandling er å gi pasienten tid til å vende seg til forandringene, se virkningene av behandlingen og vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig å gå videre med mer irreversible behandlingsformer (Aaserud, 2021). For å bli tilbudt medisinsk behandling blir det gjort vurderinger av psykisk og sosial fungering, samt kognitiv og emosjonell modning (Aaserud, 2021). I tilfeller der barnet er under helserettslig myndighetsalder (16 år), kreves samtykke fra nære omsorgspersoner. Det er svært ulikt hva som ønskes av behandling av den enkelte (Wæhre, 2021).

### **2.2.2 Behandlingsmodeller**

I Europa og Nord-Amerika har det særlig vært tre kliniske hovedtilnærminger som har blitt brukt i arbeidet med barn og unge med kjønnsinkongruens; «Live in your own skin», «Watchful waiting» og «Gender-affirmative» (Aaserud, 2021). I dag er kun de to sistnevnte modellene aktuelle. «Live in your own skin»-modellen, som ble utviklet på 1980-tallet, ble kritisert for å drive «reparativ» terapi da behandlingens siktemål var å endre personens kjønnsidentitet slik at den samsvarte med tildelte kjønn ved fødsel. I dag anses denne tilnærmingen som både utdatert og uetisk (Aaserud, 2021).

### **2.2.3 «The watchful waiting model»**

Denne modellen ble utviklet på 1990-tallet i Nederland, og var den første modellen som tilbød pubertetsutsettende medisiner til unge med kjønnsinkongruens (Aaserud, 2021). I motsetning til «Live in your own skin»-modellen blir ikke den unge oppfordret til å leve som sitt tildelte kjønn. Behandlerne oppmuntrer imidlertid heller ikke til å foreta full sosial transisjon før puberteten til sitt opplevde kjønn, men støtter dette dersom ønsket er sterkt. Denne modellen argumenterer for at en slik beslutning ikke bør tas før barnet har opplevd de første stadiene av puberteten, for slik å kunne se hvorvidt dette fører til at de kjønnsinkongruente følelsene avtar eller vedvarer. Ifølge modellen skal man forholde seg nøytralt og observerende til den unges kjønnsidentitet, og følge med på utviklingen over tid. Dette er for å unngå å legge føringer for kjønnsosialiseringen, og for å gi den unge tid til å utforske videre og konsolidere sin kjønnsidentitet i trygge omgivelser (Aaserud, 2021). Den tilbaketente holdningen baserer seg også på kunnskap om at mange barn med kjønnsinkongruens i barndommen identifiserer seg med sitt fødselskjønn innen de når puberteten (Steensma et al., 2011). Den unge blir grundig utredet med et omfattende psykologisk testbatteri, og diagnostiske kriterier for kjønnsinkongruens må oppfylles for å kunne få rettigheter til behandling. Dersom kjønnsinkongruensen vedvarer inn i puberteten, vil medisinske intervensjoner, slik som pubertetsutsettende og cross-sex hormoner, være tilgjengelig for den unge. Modellen har blitt kritisert for å ikke oppfordre til sosial overgang før pubertet da det kan være psykologisk skadelig å ikke kunne leve som sitt autentiske kjønn (Aaserud, 2021; Jessen, 2021a).

### **2.2.4 «The gender-affirmative model»**

Den kjønnsbekreftende modellen har fått økt oppmerksomhet det siste tiåret. I motsetning til den nederlandske tilnærmingen anbefaler og støtter denne modellen sosial transisjon før pubertet for de barna og familiene som ønsker det (Aaserud, 2021). Bakgrunnen

for dette er en tanke om at det vil være mer skadelig å hindre «persisters» fra å leve ut sin autentiske kjønnsidentitet enn det vil være å risikere at barn som viser seg å være «desisters» må foreta en sosial reversering (Aaserud, 2021). Modellen argumenterer for at denne gruppens psykiske helsevansker som regel er et resultat av negative kulturelle og interpersonlige reaksjoner. Derfor rettes klinisk oppmerksomheten også mot å bygge toleranse og aksept for kjønnsmangfold blant familie og venner. Det er i denne modellen ikke et krav om psykologisk eller psykiatrisk utredning. Dette gjøres kun dersom det anses som nødvendig. Modellen kritiseres for å legge for mye vekt på barnets selvrappport, der de overvurderer barnets evne til å ha selv-kunnskap om egen kjønnsidentitet samt hvor reliabelt de kan kommunisere dette (Aaserud, 2021; Jessen, 2021a).

«Gender-affirmative»-modellen har størst utbredelse i Nord Amerika, mens det offentlige helsevesenet i Norden og Europa bygger mer på «watchful wait»-modellen. I nyere tid ser det imidlertid ut til at elementer fra begge modellene inngår i den norske tilnærmingen til tematikken. Det er foreløpig ikke tilstrekkelig forskningsmessig belegg for fremme den ene fremfor den andre (Aaserud, 2021).

### **2.2.5 Utfall av behandling**

Dagens kjønnsbekreftende behandling baserer seg på et svakt kunnskapsgrunnlag da det er en betydelig mangel på forskning på feltet. Det finnes imidlertid noen kliniske utfallsstudier. Den mest omfattende og systematiske forskningen kommer fra Nederland, der de har forsket på langtidseffekten av «watchful wait»-modellen. Forskergruppen de Vries, Steensma, Doreleijers & Cohen-Kettenis (2011) sammenlignet pasientenes (N=70) psykologiske fungering og kjønnsdysfori før og etter start av pubertetsblokkere. Alle deltagerne var ungdommer som i gjennomsnitt gikk på pubertetsblokkere i to år. Studien fant at alle ungdommene gikk videre med cross-sex hormonbehandling, og at alle bortsett fra én gjennomgikk sosial transisjon i løpet av denne tiden. Resultatene viste også en betydelig heving av det generelle funksjonsnivået samt en reduksjon av depressive symptomer, emosjonelle vansker og atferdsproblemer. Kjønnsdysforien ble imidlertid ikke endret mellom måltidspunktene, noe som indikerer at pubertetsblokkere alene ikke reduserer dette ubehaget (de Vries, 2011). de Vries og kollegaer foretok noen år senere en oppfølgingsstudie som undersøkte samme populasjon etter de hadde startet kjønnsormonbehandling og gjennomgått kjønnsbekreftende kirurgi. I likhet med forrige studie, fant de også her god effekt av behandlingen. Flertallet rapporterte om bedre psykisk helse, både emosjonelt og psykososialt.

I motsetning til forrige gang ble det observert en betydelig reduksjon av kjønnsdysforiske symptomer (de Vries et al., 2014). Kritikken til disse studiene har vært rettet mot strenge seleksjonskriterier, slik som vedvarende kjønnsinkongruens fra barndommen («early onset»), ingen uttalte psykiske helsevansker og tilstrekkelig psykososial støtte (Wæhre, 2021). I praksis møter helsepersonell en mer heterogen pasientgruppe enn dette, og det stilles derfor spørsmålsteget ved generaliseringsverdiene til disse funnene. Likevel har en funnet lignende resultater fra undersøkelser med en mindre homogen pasientgruppe, eksempelvis der pasientgruppen hadde ulike psykiske vansker (Frew et al., 2021). Behandlingstjenester i både Storbritannia og Finland rapporterer imidlertid at selv om kjønnsbekreftende behandling kan forbedre forholdet den unge har til egen kropp, vil ikke dette nødvendigvis føre til symptomlette av de psykiske helseplagene (Aaserud, 2021). Samlet indikerer likevel eksisterende forskning at cross-sex hormonbehandling og kjønnsbekreftende kirurgi er effektive behandlingsformer av denne pasientgruppen (Aaserud, 2021). I tillegg foreligger det evidens for at det er få som angrep kjønnsbekreftende behandling (Bustos, 2021). Det er likevel fortsatt behov for mer forskning. Vi vet blant annet lite om langtidseffektene av behandlingene. Forskingen til nå har i tillegg i liten grad inkludert deltagere med «late-onset», ikke-binære kjønnsidentiteter og mer komplekse symptombilder (Aaserud, 2021).

### **2.2.6 Komorbiditet**

Flere studier finner at ungdom med kjønnsinkongruens har psykiske tilleggssutfordringer. Prevalensratene varierer imidlertid stort, fra 32-64% (Kaltiala-Heino et al., 2015). Lignende funn rapporteres også fra NBTk der over halvparten av pasientene under utredning for kjønnsbekreftende behandling i 2019 (n=300), også hadde alvorlige psykiatriske symptomer. Dette var alt fra ulike former for depresjon og angst, autismspektretforstyrrelse, spiseforstyrrelser, rusmisbruk og psykotiske symptomer (Wæhre & Schorkopf, 2019). Over halvparten av disse hadde tidligere hatt kontakt med barnepsykiatrien av andre grunner enn kjønnsinkongruens. Det er imidlertid viktig å påpeke at flere med kjønnsinkongruens ikke rapporterer noen psykiske helseplager (Leibowitz, 2016). Det er også observert noen forskjeller innad i denne gruppen. Flere behandlere forteller at ungdommer med «late onset» oftere har et mer komplekst symptombilde enn de med «early onset» (Kaltiala-Heino et al., 2015). En sentral hypotese brukt for å forstå sammenhengen mellom psykiske helsevansker og minoritetsgrupper, kalles «minoritetsstresshypotesen». Denne hypotesen hevder at minoritetsgrupper ofte har en høyere andel helseplager enn majoritetsgrupper som følge av stress knyttet til økt stigmatisering og diskriminering (Jessen, 2021b). Komorbide plager og

lidelser kan potensielt komplisere behandlingen. Det er vanskelig å vite om vedvarende kjønnsinkongruens skaper psykiske vansker eller om kjønnsinkongruens er et symptom på underliggende psykiske helseutfordringer (Jessen, 2021a).

### 3 Metode

Dette er en teoretisk diskuterende oppgave der vi diskuterer ulike forståelser av kjønn, kjønnsidentitetsutvikling og fenomenet kjønnsinkongruens. Vi drøfter dette opp imot kliniske og etiske problemstillinger som behandlere møter i sitt arbeid med mennesker med kjønnsinkongruens. I tråd med oppgavens form baserer oppgaven seg i hovedsak på teoretiske kilder, men den er også supplert med noe kunnskap fra eldre og nyere forskning. De eldre teoriene bygger på studier gjort på den tiden de er skrevet i. Da vår forståelse av kjønn er i stadig utvikling, må disse studiene sees i lys av den historiske og sosiale epoken de ble utført i.

Utvalg av litteratur er strategisk. Det ble vurdert som nyttig å holde et mer åpent og ikke like forhåndsbestemt søk som i et systematisk litteratursøk. Vi valgte dette da vi ønsket å få et overblikk over hva som finnes av litteratur slik at vi i størst mulig grad kunne fange bredden i fenomenet. I oppgaven presenterer vi et utvalg litteratur fra ulike rammeverk som belyser temaet fra forskjellige perspektiver. De teoretikerne vi har valgt å ta med i oppgaven representerer sentrale retninger innenfor deres respektive områder og har bidratt i stor grad til utviklingen av dagens forståelse. Reidar Jessens doktorgrad (Jessen, 2021a) om tilsvarende tema og annen veiledning har også vært viktig for utvelgelsesprosessen. Den biopsykososiale forståelsesrammen har også fungert som utgangspunkt for vårt valg av teori og teoretikere. Dette fordi kjønn og kjønnsinkongruens anses som tverrfaglige fenomener, noe som fordrer en tverrfaglig tilnærming. De ulike faglige retningene bidrar med ulik kunnskap som er essensiell for å kunne besvare problemstillingen og som viser til kompleksiteten ved fenomenet.

Teoriene som er inkludert i oppgaven skiller seg ikke bare fra hverandre med tanke på teoretisk forankring, men også i hvilken grad de omtaler «normativ» og «atypisk» kjønnsutvikling, samt hvilken tidsepoke de er skrevet i. Denne brede tilnærmingen har som formål å vise et bredt spekter av tilnærminger, samt belyse utviklingen av dagens forståelse. Inkludering av eldre, såkalt «normative» teorier, slik som Bandura, Kohlberg og eldre psykoanalytiske teorier, begrunnes i at disse bidrar til å legge et viktig bakteppe til forståelsen

av fenomenene i dag. I lys av samfunnsutviklingen som har skjedd etter at disse teoriene ble skrevet, var vi også interessert i å se hvorvidt disse fortsatt er relevante i dag.

Kjønn er ikke bare et biologisk fenomen, men også sosialt, kulturelt og historisk betinget. Som en konsekvens av dette har teorier fra forskjellige tidsperioder ulik forståelse av sentrale begreper. Dette har til en viss grad komplisert sammenligningsprosessen. Vi har derfor valgt og spesifiserer hvilken forståelse som er aktuell. Det er også viktig å påpeke at denne oppgaven er preget av et kulturelt bias, da den baserer seg på kjønnsforståelsen som har vært dominerende i vestlige samfunn, det vil si i Europa og USA de siste 70 årene.

Vi ønsket å skrive en teoretisk oppgave om dette temaet, da en av styrkene ved denne type oppgave er at det kan åpne opp grunnlagsproblemstillinger som er førende og viktige å belyse. Det er også en mulighet for å knytte sammen litteratur, undersøke sammenhenger og identifisere utfordringer og kontroverser på området (Baumeiser & Leary, 1997). Det er imidlertid noen svakheter med denne type oppgave. Man kan argumentere for at det å undersøke et så subjektivt og komplekst fenomen kun ut ifra en teoretisk tilnærming, fører naturlig med seg en rekke begrensninger med tanke på hvilke innsikter man kan oppnå. En mer opplevelsesnær oppgave ville trolig i større grad kunne fange fenomenets kompleksitet og subjektivitet. Siktemålet med vår oppgave er imidlertid mer rettet mot å samle den overordnede forståelsen som eksisterer på fagfeltet i dag for å forhåpentligvis gi behandlere et større teoretisk kunnskapsgrunnlag for hvordan de skal møte denne gruppen.

I vårt arbeid har vi jobbet både selvstendig og sammen. Etter at vi samlet litteratur, ble dette fordelt mellom oss. Vi har hatt jevnlig møter med hverandre der vi har drøftet innhold og fremgangsmåte, samt jevnlig møter med veiledere. I løpet av arbeidet ble litteraturlisten naturlig utvidet da vi fikk en større forståelse av andre sentrale teoretikere på feltet. I løpet av denne prosessen har vi også forsøkt å sette oss inn i den offentlige debatten rundt kjønn. Vi deltok på en fagdag for kjønnsinkongruens i regi av Rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold i Oslo kommune. Vi har også hørt på podcasts og sett dokumentarer om temaet. Vi opplever at dette har vært et viktig supplement til vår forståelse da det i større grad har inkludert synspunktene til de menneskene dette angår direkte. Dette tror vi har bidratt til å gi oss en mer opplevelsesnær innsikt i tillegg til det rent teoretiske.



## 4

## Teori

Med diagnoseendringen av kjønnsinkongruens i 2019 kan man argumentere for at kjønnsidentitet ble plassert i «forsetet» (Slagstad, 2021a). Med det menes at vår forståelse av kjønnsinkongruens i dag vektlegger den subjektive opplevelsen av kjønn, altså kjønnsidentiteten, fremfor den kroppslige opplevelsen. Derfor er det nærliggende å tenke at kjennskap til teorier som gir oss en forståelse av hva kjønnsidentitet er og hvordan det utvikles, vil være nyttig for behandlere i møte med pasienter med kjønnsinkongruens. I neste del av oppgaven vil vi introdusere de sentrale teoriene på feltet.

### 4.1 Essensialisme og sosialkonstruksjonisme

Medisinske fremskritt parallelt med store historiske og sosiale omveltninger har ført til endringer i hvordan man forstår ikke-kjønnskonformitet og følgelig hvilken posisjon og rettigheter denne gruppen har hatt i samfunnet. På 1960-tallet begynte flere minoritetsgrupper å organisere seg, og sentralt i denne sammenhengen er kvinnebevegelsen og den homofile bevegelsen (Jessen, 2021a). Disse inspirerte og banet vei for andre marginaliserte grupper, deriblant transbevegelsen som organiserte seg noen tiår senere. Man kan se flere paralleller mellom den homofile bevegelsen og transbevegelsen, blant annet bruken av essensialistiske argumenter for å legitimere sin identitet og måte å leve på. Essensialisme er en filosofisk gren som stammer fra Platon og som har vært dominerende innenfor vitenskapelig tenkning frem til det 20. århundre (DeLamater & Hyde, 1998). Moderne essensialisme referer til forskning og teori som har en biologisk basis. Et essensialistisk perspektiv på et fenomen bygger på tre premisser: 1) at fenomenet har en iboende essens; 2) at det er kategorisk og 3) at det er stabilt og uforanderlig (DeLamater & Hyde, 1998). Et kjent essensialistisk slagord brukt av LGBTQIA+-bevegelsen er «Born this way» som henviser til at deres identitet er noe medfødt og uforanderlig (Jessen, 2021a). Dette er en retorikk som har bidratt med å etablere aksept og toleranse for flere marginaliserte grupper (Salamon, 2010 i Jessen, 2021a).

Feministisk og sosiologisk forskning på 1970- og 80-tallet kritiserte denne måten å tenke rundt identitet og kjønn på, da de hevdet det er både deterministisk og begrensende (Aaserud, 2021). De argumenterte i stedet for at kjønn er et sosialt konstrukt, det vil si at forskjellene mellom kjønn er formet av sosiale forventninger og kulturell praksis. Et kjent sitat som kanskje best fanger feministenes posisjon er Simone de Beauvoirs «*one is not born, but rather becomes a woman*» (de Beauvoir, 1949, i Rutherford, 2021, s.4). Beauvoir hevder med dette at kjønn ikke er noe man er født som, men noe man lærer seg å bli. Denne

prosessen skjer gjennom såkalt «kjønnssosialisering», en prosess der barnet lærer hvilke sosiale forventninger som er knyttet til sitt kjønn, og slik tilegner seg feminine eller maskuline trekk og atferd (Mikkola, 2022). Feministenes argumenter bygger på en sosialkonstruktivistisk tankegang som er basert på en antagelse om at virkeligheten er sosialt konstruert (DeLamater & Hyde, 1998). Med det menes at mennesker skaper en felles virkelighet gjennom å organisere opplevelser i kategorier, og disse gis mening gjennom språket. Fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv forstås altså kjønn som noe som skapes i interaksjoner mellom mennesker, samt gjennom språk og diskurser i kulturen (DeLamater & Hyde, 1998).

I kjønnsdebatten i dag er det få som vedkjenner seg en radikal essensialistisk eller sosialkonstruksjonistisk posisjon da man i stor grad anerkjenner et komplekst samspill mellom flere årsaksfaktorer. Likevel har denne debatten vært viktig i utviklingen av dagens forståelse. Ikke bare har den bidratt til delingen av begrepet kjønn inn i sosialt kjønn («gender») og biologisk kjønn («sex»), men som vi skal se utgjør den også et viktig rammeverk å forstå teoriene ut ifra.

## 4.2 Biologiske teorier

Skillet mellom begrepene «sex» og «gender» førte også til en ny forståelse av kjønnsutviklingen, der man skilte mellom kroppslig og psykoseksuell utvikling. Den kroppslige kjønnsutviklingen refererer til utviklingen av kromosomer, kjønnskjertler og genitalia (Diseth, 2008). Psykoseksuell utvikling omfatter utviklingen av kjønnsrolleatferd, kjønnsidentitet og seksuell orientering (Aaserud, 2021). Forskning de siste årene har hatt sikte på å få en ny forståelse for hvordan disse prosessene henger sammen, blant annet ved å undersøke hvordan biologiske faktorer påvirker kjønnsidentitetsutviklingen.

**Kjønnsbiologiens kompleksitet.** I de første ukene av fosterlivet har alle fostre like kjønnskjertler og ytre kjønnsorganer. Rundt uke 5-6 av svangerskapet starter en kompleks differensieringsprosess der tradisjonelt sett «kvinnelige» og «mannlige» kjønnskaraktistikka utvikles. Hvilken utviklingsvei fosteret tar bestemmes i utgangspunktet av dets kromosomsammensetning (Wæhre, 2021). I de fleste tilfeller vil fostre med kromosomsammensetningen XX utvikle vagina og eggstokker, og fostre med kromosomparet XY utvikler som oftest penis og testikler (Aaserud, 2021). Et gen på Y-kromosomet kalt SRY-genet (sexdetermining region on Y) induserer kjønnsutvikling til gutt ved at kjønnskjertler utvikler seg til testikler. Testiklene starter å produsere kjønnshormonet

testosteron rundt 6.-8. fosteruke, noe som resulterer i at fostrene eksponeres for ulike hormonmiljøer i fosterlivet (Diseth, 2008). Guttefostre vil som oftest eksponeres for større mengder testosteron, mens jentefostre eksponeres for mer østrogen og progesteron (Wæhre, 2021). Det er imidlertid ikke alltid at de tre biologiske kjønnskriteriene (kromosomer, kjønnskjertler og anatomisk kjønn) samsvarer på den måten som anses som normen for kroppslig kjønnsutvikling (Hines, 2010). De vanligste eksemplene på dette er CAH (congenital adrenal hyperplasia), en tilstand der XX-barn eksponeres for forhøyede nivåer av testosteron (maskuliniserende hormoner). Som følge av dette viriliseres ytre genitalia, slik at klitoris hos noen ligner en liten penis (Aaserud, 2021). Et annet eksempel på dette er XY-fostre med tilstanden AIS (androgen insensitivitetssyndrom). Disse barna har svekket sensitivitet for mannlige kjønnshormoner, noe som ofte fører til utviklingen av vagina, vulva og klitoris. Det er viktig å påpeke at variasjoner i kroppslig kjønnsutvikling ikke må forveksles med kjønnsinkongruens. Som vi skal komme tilbake til, så har studier av denne gruppen fremmet vår forståelse for kjønnsutvikling og kjønnsinkongruens.

**Hormonhypotesen.** En stor del forskning har vært orientert rundt konsentrasjonsforskjellen av hormoner i fosterlivet og hvilken betydning dette har for den psykoseksuelle kjønnsutviklingen. Den dominerende teorien på feltet omtales gjerne som «hjernedifferensieringshypotesen». Teorien ble lansert av Phoenix et al. (1959) og baserer seg på eksperimenter av gravide marsvin som ble tilført testosteron under svangerskapet (Aaserud, 2021). Resultatene viste at de eksponerte hunnkjønnede avkommene viste tydelig mer maskulinisert paringsatferd sammenlignet med kontrollgruppen. På bakgrunn av disse funnene foreslo Phoenix et al. at prenatale kjønnshormoner påvirker kjønnsetferd indirekte gjennom å permanent organisere hjernen enten «maskulint» eller «feminint» (Hines, 2020). Selv om denne hypotesen har fått støtte fra et betydelig antall eksperimentelle studier i ettertid, er forskningsfeltet fortsatt i startfasen av å kartlegge de involverte nevralk mekanismene. Så langt har man sett at testosteron former hjerneutviklingen i regioner som har reseptorer for disse hormonene, slik som eksempelvis hypothalamus, amygdala og kortikale områder involvert i visuell prosessering (Alexander, 2003; Hines, 2010). I tillegg har man sett at kjønnshormonene trolig har størst virkning i begrensede utviklingsperioder (Hines, 2020). Disse periodene sammenfaller hos mennesker med tidspunkt der testosteronkonsentrasjonen er høyere for guttebarn enn jentebarn; før fødsel (prenatalt), de første årene etter fødsel (postnatalt) og så igjen i puberteten (Aaserud, 2021; Hines, 2020).

**Lekepreferanser.** Forskning kobler flere atferder til disse kjønnsforskjellene i hormonnivå. Blant annet skårer kvinner i gjennomsnitt høyere på verbal flyt og empati (Chapman et al., 2006). Menn skårer i gjennomsnitt høyere på visuospatiale og matematiske oppgaver samt fysisk aggresjon (Mathews, 2009). Meta-analytiske studier av effektstørrelsen til disse kjønnsforskjellene finner imidlertid at de fleste er svært små (Hyde, 2005). Det mest robuste funnet mellom hormoneksponering og atferd er relatert til lekepreferanser (Hines, 2010). Denne korrelasjonen ble etablert blant annet gjennom studier av XX-barn med CAH (Hines, 2010). Disse barna viser konsistent mer «guttete» lekeatferd (tog, biler) og redusert interesse i «jentetypisk» lek (dukker). Motsatt viser studier av XY-barn med AIS ( redusert eksponering av testosteron) økt interesse for «jentelek» og mindre interesse for «guttetypisk» lek (Hines, 2010). Det er imidlertid viktig å huske på at ulike sosialiseringprosesser spiller inn på det samme utfallet, og at det ikke er mulig å fullt ut kontrollere for dette. Et gjenværende spørsmål er likevel hvilke nevrale mekanismer prenatal testosteroeksponering virker gjennom for å skape disse kjønntypiske lekepreferansene. Stereotypiske «gutteleker» slik som tog og biler har til felles at de beveger seg i rom. En hypotese er at testosteron påvirker utviklingen av det visuelle systemet, noe som gjør at gutter er mer orientert mot objekter i bevegelse og at de følgelig utvikler en preferanse for lek som involverer dette (Jessen, 2021a). Strukturelle kjønnsforskjeller i visuell cortex støtter denne hypotesen (Hines, 2020). Dette er funn som kan bidra til å fremme vår forståelse for kjønnsidentitetsutviklingen, da barns lekepreferanser kan ha betydning for videre sosialisering og kjønnsutvikling. For eksempel vil en gutt som foretrekker «gutteleker», trolig ha flere gutter som lekekamerater, noe som kan resultere i en mer maskulin sosialisering (Jessen, 2021a).

**«Mannehjerne» eller «kvinnehjerne»?** En sentral hypotese om kjønnsinkongruens har de siste årene vært at normavvikende hormonnivåer prenatalt fører til utviklingen av en «atypisk» kjønnsidentitet (Hines, 2020). Studier av kvinner med CAH (oppvokst som jenter) gir støtte til denne hypotesen da flere i denne gruppen rapporterer om redusert tilfredshet med sitt tildelte kjønn og der omkring 3% uttrykker et ønske om å leve som menn i voksen alder. Dette står i kontrast til kvinner uten denne tilstanden, der tallet er 0.005% (Dessens, 2005; Hines et al., 2004). Det er imidlertid ikke mulig å kontrollere for alle relevante sosialiseringsfaktorer. Hjerneavbildningsstudier har vært sentrert rundt spørsmålet om kvinner som ble tildelt gutt ved fødsel (transkvinner)

har en typisk «kvinnehjerne» eller «mannehjerne», og motsatt (Jessen, 2021a). Grunnlaget for sammenligningen er identifiserte hjerneforskjeller mellom menn og kvinner i cisbefolkningen, det vil si mennesker som opplever at deres kjønnsidentitet samsvarer med det kjønn de ble tildelt ved fødsel (PKI, u.å., Grunnleggende begreper og termer). På gruppenivå finner man blant annet volumforskjeller totalt og i enkeltstrukturer, i kortikal tykkelse, utvikling og mengde av hvitt og grått materie samt forskjeller i hjerneforbindelser (Goldstein et al., 2001; Gur et al., 1999; Luders et al., 2006). Noen studier viser en større likhet strukturelt og funksjonelt mellom hjernene til de med samme kjønnsidentitet (Kreukels & Guillamon, 2016; Kruijver et al., 2000). Sagt med ord finner noen studier større likhet mellom transkvinner og ciskvinner, enn mellom transkvinner og cismenn. Det er likevel ikke snakk om en fullstendig match, og andre studier finner ikke slike korrelasjoner (Guillamon, Junque & Gómez-Gil, 2016). Resultatene fra slike studier har sammenlagt vært inkonsistente, og de har også blitt kritisert. Kritikken har blant annet vært rettet mot små utvalg, fokus på små regioner og for å ikke kontrollere for kjønnsbekreftende hormonbehandling (Hines, 2020; Ramirez et al., 2021).

**Hjernemosaikkhypotesen.** Den tradisjonelle hjernedifferensieringshypotesen har i nyere tid blitt kritisert for å basere seg på en lineær tankegang (Joel et al., 2020). Det vil si at den antar at alle delene av hjernen påvirkes av kjønns hormoner på lik måte, altså at de maskuliniseres eller feminiseres i like stor grad, og at dette resulterer i kun to fenotyper; en «mannehjerne» eller en «kvinnehjerne» (Joel, 2021). Denne binære tankegangen har blitt utfordret av forskning det siste tiåret som viser at kjønnsforskjeller i hjernen er mediert av flere faktorer. Det foreligger i dag evidens for at flere av kjønns hormonene og flere gener på X- og Y-kromosomene er involvert (Joel, 2021). I tillegg viser studier at erfaringer kan påvirke hjernestruktur, og at ulike miljøbetingelser kan interagere med kjønn (Hines, 2020). Samlet antar man at dette mangfoldet vil kunne skape mer variasjon enn det man kan forvente fra kun én faktor (Joel et al., 2020; Joel, 2021). Denne nye forståelsen støttes av hjerneavbildningsstudier som viser betydelig variasjon i struktur og funksjonalitet innad i de ulike kjønnskategoriene. Et eksempel på en slik studie er Joel et al. som i 2015 undersøkte over 1400 hjerner til mennesker med antatt cisidentitet. De fant at de fleste deltakere ikke hadde et konsistent kjønnsstypisk mønster i de hjerneregionene som viser de største kjønnsforskjellene. De observerte i stedet at hjernene var unike sammensetninger av maskuliniserte og feminiserte trekk,

såkalte «kjønnsmosaikker» (Joel et al., 2015). Det er viktig å påpeke at det ikke ble argumentert mot at det finnes nevrologiske kjønnsforskjeller. Det ble i stedet hevdet at forskjellene ikke eksisterer i en slik grad at det er meningsfylt å plassere dem langs et mann-kvinne-kontinuum eller dele dem inn i to distinkte kategorier (Joel, 2021). «Kjønnsmosaikkhypotesen» har fått støtte av flere ulike typer forskning, deriblant eksperimentelle studier på gnagere, MRI-studier av mennesker og post-mortem studier (Joel et al., 2020).

**Genetiske og epigenetiske studier.** Forskning har også vært rettet mot å finne et genetisk grunnlag for kjønnsinkongruens. Tvillingstudier gir indikasjoner på at det er en sterk genetisk komponent med i utviklingen av kjønnsinkongruens (Heylens et al., 2012). Epigenetiske studier, det vil si studier som ser på interaksjonen mellom miljø og gener, har funnet variasjoner i DNA-sekvensene knyttet til ulike kjønnsormonreseptorer. En hypotese er at disse variasjonene kan modulere sensitiviteten til disse reseptorene, og slik påvirke den biologiske aktiviteten som er involvert i hjernedifferensieringsprosessen (Ramirez et al., 2021; Ristori et al., 2020). Så langt indikerer forskningen på feltet at kjønnsidentitet har en polygenetisk basis, det vil si at det er et produkt av interaksjoner mellom flere gener (Ramirez et al., 2021).

Oppsummert viser forskningsfeltet i dag at den biologiske etiologien til kjønnsinkongruens er kompleks og multifaktoriell, og man er fortsatt i startfasen av å kartlegge de involverte genetiske, epigenetiske og nevralk mekanismene (Ramirez et al., 2021). Noe av den hyppigste kritikken av studier som søker å finne nevrologiske kjønnsforskjeller er knyttet til teknologiske begrensninger, små utvalg og at mye av forskningen fortsatt er basert på ikke-menneskelige primater (Aaserud, 2021; Hines, 2020). Det er i tillegg fortsatt mangel på longitudinelle studier og studier av interaksjonseffekter (Hines, 2020).

### **4.3 Kohlbergs kognitive utviklingsteori**

Lawrence Kohlberg var en amerikansk psykolog (1927-1987) som i 1966 presenterte sin utviklingsteori hvor han også beskrev tilegnelsen av det han omtaler som kjønnsrelatert atferd. Teorien er basert på Jean Piaget sin teori om kognitiv utvikling og Kohlberg ser på kjønnsidentitet og kjønnsatferd som en del av den generelle kognitive utviklingen (Kohlberg, 1966). Kjernen i teorien er at barn aktivt søker å forstå

betydningen av kjønn gjennom å observere og interagere med verden rundt seg. Ved hjelp av indre kognitive skjemaer organiseres, endres og utvides informasjonen etter hvert som barnet observerer noe nytt.

**Kognitiv utvikling.** Piagets teori går ut på at man gjennom utviklingen går gjennom universelle, kvalitative endringer i måten å tenke på. Dette finner vi igjen i Kohlbergs teori der han beskriver kvalitative endringer i måter å «tenke om kjønn» på. Disse endres med alder og er i tråd med Piagets teori. Overordnet beskriver Kohlberg en prosess som består av tre stadier som foregår i tidsrommet mellom 2 og 6 års alder. Omtrent ved 30 måneder kan barn kategorisere seg selv som jente eller gutt (Kohlberg, 1966). Det begynner med at barn hører verbale merkelapper som brukes om hvem de er; «gutt» eller «jente». Denne selvkategorieringen av kjønnsidentiteter er ifølge Kohlberg den mest elementære delen av barnets forståelse av kjønnsroller og som igjen ligger til grunn for kjønnsrelatert atferd. I 3-4 års alderen vil barn forstå at kjønn er noe som er stabilt. Med det menes at «jentebarn» har en oppfattelse av at de blir kvinner når de vokser opp og «guttebarn» forventer at de skal bli menn. Til tross for denne forståelsen av en viss stabilitet har ikke barn på dette tidspunktet forstått at kjønn også er stabilt på tvers av situasjoner. Eksempelvis at en jente ikke blir en gutt dersom hun tar på seg «gutteklær» eller leker med typiske «gutteleker». Dette utviklingsstadiet kommer omtrent ved 6 års alder og kalles «kjønnskonstans». Kohlberg (1966) merket seg at utviklingen av en uforanderlig og stabil kjønnsidentitet ser ut til å sammenfalle i tid med utviklingen av det Piaget kalte objektkonstans (Kohlberg, 1966). Med det menes at en oppfatter gjenstander i omgivelsene som stabile til tross for at det observeres under ulike betingelser. Det at kjønnskonstans og objektkonstans sammenfalt i tid, forsterket hans hypotese om at kjønnsidentitetsutviklingen er en del av den generelle kognitive utviklingen hos barn.

Den kognitive utviklingsteorien legger til grunn at observasjon av sosiale roller er en del av det å tilegne seg kjønnsrolle-holdninger, men poengterer at denne læringen i seg selv er kognitiv ved at den er selektiv og styres av de indre skjemaene som barnet har etablert om kjønn. Et annet sentralt poeng for Kohlberg er at han hevder denne læringen foregår uavhengig av ytre forsterkningsbetingelser. I stedet mente han at når man stabilt har kategorisert seg som jente eller gutt, vil dette være relativt irreversibelt og det vil igjen føre til at man tillegger positiv verdi til objekter og handlinger som er konsistent med sin kjønnsidentitet. «Jeg er en gutt, derfor vil jeg gjøre gutteting, og derfor vil også muligheten til å gjøre gutteting oppleves belønnende for meg» (Kohlberg, 1966).

Selv om det legges vekt på at det er kognisjon som driver denne utviklingen anerkjenner Kohlberg også at motivasjonelle og emosjonelle aspekter er involvert. Dette kan forstås i lys av selvet og identifikasjon. Motivet for å identifisere seg med foreldre-modeller i barneårene kommer først og fremst av barnets tilpasning til virkeligheten og behovet for å opprettholde et stabilt og positivt selvbilde (Kohlberg, 1966). Tilegnelsen av maskuline og feminine verdier vil føre til at barnet identifiserer seg med likekjønnede personer, særlig den likekjønnede forelderen. Dette vil igjen føre til et ønske om å imitere en maskulin eller feminin modell. Identifikasjon med en likekjønnet person og dannelsen av kjønnsrolle-verdier kan fasiliteres av passende foreldreatferd. Likevel ser det ut til at denne prosessen skjer uavhengig av om den likekjønnede forelderen er til stede og også til tross for variasjon i barneoppdragelsen. Kohlberg forklarer at det derfor er lite sannsynlig at identifikasjon med foreldre er den primære årsaken til utvikling av så grunnleggende aspekter som feminitet og maskulinitet, noe vi skal se står i strid med psykoanalytiske teorier. Et argument han trekker frem i denne sammenhengen er at det er såpass mange ulike utviklingsmessige og kulturelle krefter som produserer «normale» kjønnsrolle-holdninger at det derfor ikke kan være betinget av helt spesielle relasjoner til foreldremodeller. Ifølge Kohlberg kan det tenkes at helt særegne eller patologiske personlighetstrekk er et resultat av bestemte identifikasjonsprosesser, men at normal utvikling i all hovedsak ikke er det (Kohlberg, 1966).

«**Gender role identity**». I henhold til Kohlbergs teori er barnets opplevelser av sin kjønnsrolle og kjønnsidentitet et resultat av dets aktive fortolkning av universelle kjønnskategorier. Atferden og verdiene som skapes på bakgrunn av disse vil derfor være barnets egne. Barnet vil vurdere og evaluere seg opp mot disse kjønnskategoriene. Denne evalueringen vil være motivert av et behov for å tillegge verdi til det som er konsistent med eller likt med en selv. Et sentralt begrep i Kohlbergs teori er «gender role identity» som viser til i hvilken grad et individ anser seg selv som maskulin eller feminin (Kohlberg, 1966). Graden av samsvar mellom normer i kulturen og individets vurdering av egne egenskaper gir personen delvis svar på spørsmålet «hvor maskulin eller feminin er jeg?». En viktig distinksjon som gjøres av Kohlberg er at det ikke er noen enkel sammenheng mellom usikkerhet om sin kjønnsidentitet og grad av maskulinitet og feminitet. Kohlberg hevder at en «objektivt» maskulin mann kan tvile sterkt på sin kjønnsidentitet, mens en «objektivt» feminin mann kan gå gjennom hele livet uten å tvile på sin «gender role identity». Han argumenterer derfor for at selv-vurdering av maskulinitet-feminitet og seksualitet ikke er det samme som selvkategorisering av



biologisk kjønnsidentitet (Kohlberg, 1966). En trygg kjønnsidentitet som mann er altså mulig selv om individet ikke ser på seg selv som maskulin i henhold til kulturelle standarder.

Kohlbergs kognitive utviklingsteori knytter altså utviklingen av kjønnsidentitet og kjønnsatferd opp mot generell kognitiv utvikling. Fordi barns måter å tenke på endrer seg kvalitativt med alder, vil dette også påvirke måten barn tenker om kjønn på. Sentralt i hans teori er tanken om at barn aktivt søker mot å interagere med objekter som er assosiert med sin kjønnskategori etter at de har kategorisert seg selv som enten gutt eller jente. Innvendinger mot Kohlbergs teori er at den legger stor vekt på kjønnskonstans da andre teoretikere, slik som eksempelvis Bandura, hevder at andre komponenter av kjønnkunnskap tilegnes tidligere. En annen kritikk er at den kognitive utviklingen fortsetter også inn i ungdomsalder, noe Kohlberg ikke tar høyde for i sin teori.

#### **4.4 Banduras sosiale læringsteori**

Sosial kognitiv læringsteori ble utviklet på 1980-tallet av psykologene Albert Bandura og Kay Bussey. Teorien vektlegger læring og rollen sosial interaksjon har for tilegning av kunnskap. Sentralt i denne teorien er tanken om at læring ikke bare skjer direkte gjennom egne erfaringer, men at man også lærer gjennom å observere andre, såkalt observasjonslæring (Bussey & Bandura, 1999).

**Utvikling.** Bandura kritiserer Kohlbergs hypotese om at det er en korrelasjon mellom kjønnskonstans og kjønnsidentitet. Bakgrunnen for denne kritikken kommer fra empiriske studier som ikke finner en slik korrelasjon (Huston, 1983), samt studier som finner at barn viser kjønnstypiske preferanser og modellerer samme-kjønnete modeller rundt 2-års alderen, altså lenge før oppnådd kjønnskonstans (Lobel & Menashri, 1993; Carter & Levy, 1988). Ifølge sosialkognitiv teori kan heller ikke «kjønnete» preferanser forklares av biologiske faktorer da de hevder at dette ikke kan gjøre rede for variasjon og endring i kjønnsatferd over tid. I stedet hevder teorien at preferansene er sosialt installert. Med det menes at preferansene er et produkt av samfunnets ulike forventninger og behandling av gutter og jenter. Ifølge Bandura vil dette føre til at jenter og gutter vil bli tilbudt og oppfordret til å engasjere seg i ulike typer lek. Eksempelvis vil gutter oftere bli oppfordret til å leke med lekeverktøy og biler, og slik utvikle en preferanse for dette (Bussey & Bandura, 1999).

**Den triadiske gjensidige kausalitetsmodellen og sosialisering.** Bandura vektlegger den aktive interaksjonen mellom individet og det sosiale miljøet i læringsprosessen, og beskriver dette samspillet gjennom den triadisk gjensidige kausalitetsmodellen. Ifølge denne modellen er læring en prosess som består av gjensidig samhandling mellom personlige, miljømessige og atferdsmessige faktorer. Interaksjonsmønsteret og det relative bidraget fra hver komponent er ikke fastsatt, men varierer med situasjon, tid og aktivitet. Eksempelvis vil personlige faktorer, slik som kognitive og affektive prosesser, ha mindre innflytelse i samfunn med rigide sosiale roller sammenlignet med samfunn med «svakere» miljøbetingelser, som betegner mer egalitære sosiale systemer (Bussey & Bandura, 1999).

Bandura trekker også frem flere ulike sosialiseringsarenaer og agenter som viktige for barnets kjønnsutvikling, og poengterer at heller ikke disse opererer isolert fra hverandre, men i kontinuerlig interaksjon (Bussey & Bandura, 1999). Ifølge Bandura har nære omsorgsgivere en sentral rolle i å sette kursen for barnets kjønnsutvikling, blant annet ved å reagere og modellere kjønnet atferd samt tilrettelegge for læringssituasjoner. Han argumenterer for at denne tidlige sosialiseringen ofte er betinget av barnets kjønn. Et eksempel på dette er hvordan foreldre evaluerer og reagerer på barnets kjønnsatferd avhengig av om barnet er gutt eller jente. En studie fant at fedre oftere reagerer mer negativt enn mødre dersom deres sønn engasjerer seg i «feminin lek» (Idle, Wood & Desmarais, 1993). Etaugh & Liss (1992) fant også at det er mer sannsynlig at foreldre vil kjøpe de lekene barnet ønsker seg som er kjønnsstradisjonelle enn utradisjonelle, noe som igjen kan legge føringer for mer kjønnsstradisjonell lek. En kritikk rettet mot forskning på foreldres innflytelse på kjønnsutviklingen er imidlertid at de ofte ser på foreldre som en homogen enhet, og slik ikke tar høyde for variasjon innad og mellom familier.

Etter hvert som barnet blir eldre, vil jevnaldrende bli en annen viktig agent i kjønnsutviklingen. I barnehagen og på skolen vil det sosiale miljøet i større grad struktureres rundt kjønn, blant annet ved å dele inn i «jentegrupper» og «guttegrupper» for ulike aktiviteter. Sammen med kjønns spesifikke preferanseforskjeller i lek vil dette kunne ha en forsterkende effekt på miljøet slik at det blir enda mer differensiert. Dette kan igjen øke innflytelsen jevnaldrende har på kjønnsutviklingen (Bussey & Bandura, 1999). En annen viktig sosialiseringsagent som Bandura var tidlig ute med å utpeke, er media. Han var opptatt av å studere hvordan media utvidet mangfoldet av kjønnsmodeller tilgjengelig for barn, og hvorvidt dette påvirket deres kjønnsidentitetsutvikling. Han viser blant annet til studier som viser en korrelasjon mellom grad av eksponeringen for

stereotypiske kjønnsroller i media og stereotypisk kjønnsrolleatferd (McGhee & Frueh, 1980). Denne studien fant at barn som i stor grad eksponeres for kjønnsstereotypiske representasjoner gjennom media, viser mer stereotypisk kjønnsrolleatferd enn de som eksponeres for dette i lav grad. Motsatt fant en studie at gjentatt eksponering av egalitære roller reduserer kjønnsstereotypisk atferd (Ashby & Wittmaier, 1978). Ifølge Bandura indikerer dette at mangfold og ikke-stereotypisk fremstilling vil utvide forestillingene om hva en anser som passende for sitt kjønn (Bussey & Bandura, 1999).

**Observasjonslæring (modellæring).** Ifølge Bandura er observasjonslæring en av de mest gjennomgripende og effektive måtene å overføre holdninger, verdier, tanke- og atferdsmønstre på. Observatøren lærer ikke bare gjennom en enkel «kopieringsprosess», men ved abstrakt modellæring. Med dette menes at barnet henter ut reglene og strukturene som ligger bak modellenes atferd, for slik å generere nye atferdsmønstre som er konforme til, men ikke nødvendigvis identiske med, de lærte strukturene. Bandura kobler denne formen for læring sammen med prosesser knyttet til oppmerksomhet, hukommelse og motivasjon. Blant annet trekker han frem at barn har en sosialt lært selektiv oppmerksomhet for likekjønnede modeller, og at dette er med på å skape større forskjeller i hva som læres, og følgelig hva som uttrykkes av kjønnsatferd (Bussey & Bandura, 1999). Bandura er også opptatt av hvordan motivasjon er med på å skape kjønnsforskjeller. Ifølge Bandura sanksjonerer og belønner samfunnet gutter og jenters atferd ulikt. Dette resulterer i at de utvikler ulike forventninger om belønning og straff, noe som vil gi ulik motivasjon for å uttrykke samme atferd. Et eksempel på dette er hvordan media oftere viser at kvinners aggressive atferd straffes enn menns. Jenter vil da trolig forvente en høyere grad av negative sanksjoner for å uttrykke denne type atferd enn gutter (Bussey & Bandura, 1999).

**Regulering av kjønnsatferd.** Bandura hevder at kjønnatferd ofte er sterkt sosialt sanksjonert i de fleste samfunn. Dette setter krav til at barnet lærer normer og sanksjoner som er aktuelle for dets sosiale miljø (Bussey & Bandura, 1999). I følge sosial kognitiv teori vil kjønnatferdsregulering gradvis skifte fra å være overveiende styrt av eksterne sanksjoner til å bli gradvis mer indre styrt. Dette skiftet kobler Bandura opp mot barnets kognitive utvikling, mer spesifikt evnen til å observere og reagere på seg selv. Studier indikerer at dette skjer i aldersrommet mellom 3 og 4 år (Bussey & Bandura, 1999). Barnet utvikler denne selvregulerende funksjonen ved å konstruere «personlige standarder» for kjønnatferd. Disse standardene bygger på sosiale sanksjoner, og konstrueres gjennom reflektiv prosessering av de mange innflytelseskildene de

eksponeres for. Reguleringen skjer ved en «matchingsprosess» der egen atferd måles opp mot disse standardene. Atferd som samsvarer med standarden belønnes ved at det gir en følelse av selvværd, og vil følgelig forsterkes. Barnet avstår fra atferd som bryter med deres standarder for å unngå selvsensur (Bussey & Bandura, 1999). På denne måten reguleres atferd både av selvevaluerende og sosiale reaksjoner, og dette samspillet vil forme kjønnsatferden.

Sosial kognitiv læringsteori vektlegger altså det gjensidige avhengige samspillet mellom barnet og det sosiale miljøet i kjønnsutviklingen. Ifølge Bandura er kjønnsforskjeller mellom jenter og gutter et resultat av ulik behandling og forventninger i det sosiale miljøet. I likhet med Kohlberg knytter Bandura utvikling av kjønnsidentitet til andre prosesser, slik som den kognitive og verbale utviklingen. Banduras teori skiller seg imidlertid fra Kohlberg ved at den vektlegger i større grad sosiale faktorer slik som forsterkningsbetingelser i miljøet. I tillegg hevder Bandura at preferanser og motivasjon knyttet til kjønnsutviklingen er sosialt installert, mens Kohlberg mener dette er mer indre styrt. Banduras teori har blitt kritisert for å gi lite rom til biologiske faktorer, for å bygge på en binær kjønnsforståelse og for å være preget av et kulturelt bias.

#### **4.5 Sandra Bems kjønnskjemateori**

Kjønnskjemateori er en utvidelse av kognitiv utviklingsteori som også forsøker å forklare hvordan mennesker blir «kjønnet». Sandra Bem var en amerikansk psykolog som var særlig opptatt av hvordan den amerikanske kulturen i stor grad var kjønnpolarisert og hvilken påvirkning dette har for utviklingen av den enkeltes kjønnsidentitet (Starr & Zurbriggen, 2016). Konseptualiseringen av maskulinitet og feminitet som motpoler på samme kontinuum mente hun satte begrensninger for hvordan vi kan forstå kjønn. Bems radikale bidrag var androgynitetshypotesen som hevdet at et individ kan ha både maskuline og feminine egenskaper (Bem, 1974). Disse ideene var en motvekt til kjønnpolariseringen og en begynnende spekterforståelse av kjønn.

Teorien bygger i likhet med Kohlberg og Bandura på ideen om at individer organiserer informasjon i mentale skjemaer. Et eksempel på dette er «jenter har langt hår og går med kjole». Disse skjemaene brukes som en mal for å raskt og enkelt kunne forstå ny informasjon, eksempelvis «den personen har på seg kjole, derfor må det være en jente». Et skjema er en kognitiv struktur, et nettverk av assosiasjoner som organiserer og

påvirker individets oppfatninger (Brannon, 2016). Disse skjemaene påvirker informasjonsprosessering, problemløsning og regulerer atferd. Bem hevdet at disse utvikles i tidlig alder (Starr & Zurbriggen, 2016). Ifølge kjønnskjemateorien bruker barna skjemaer til å utvikle en forståelse av seg selv og andre, og kjønnskjemaene inkluderes i barnets selvskjema eller selvkonsept. Disse skjemaene utvikles når individet utvikler evnen til å kategorisere seg selv og andre som jente eller gutt, og utvides og formes i interaksjon med miljøet. Bem hevdet at når skjemaet er utviklet, er det forventet at barn vil oppføre seg mer konsistent med tradisjonelle kjønnsroller (Brannon, 2016). I likhet med Kohlberg vil kjønntypiske individer motiveres til å opprettholde atferd som er konsistent med internaliserte standarder for kjønnsroller.

Bem plasserer altså barnets motivasjon for å tilegne seg og uttrykke kjønntypisk atferd i den kjønnpolariserte kulturen. Dette samsvarer i større grad med Banduras teori enn Kohlbergs, som hevder at motivasjonen kommer fra barnet selv. I Bem's teori legger hun i større grad vekt på prosessen og hvordan disse skjemaene regulerer atferd, heller enn det konkrete innholdet i kjønnskjemaene. Hovedpoengene i Bem's teori er ideen om at individet oppfatter og integrerer informasjon om sitt kjønn i sitt selvkonsept. Utviklingen av kjønnsidentitet foregår i en sosial kontekst og et individ kan ha både maskuline og feminine egenskaper.

## **4.6 Psykoanalysen**

Utviklingen av psykoanalysen begynte på slutten av 1890-tallet med Sigmund Freud. Også han var opptatt av kjønn som fenomen og la særlig vekt på forskjeller mellom menn og kvinner. I kontrast til Kohlberg og Bandura, trekker psykoanalysen i større grad inn det biologiske og fysiologiske som faktorer som har betydning for kjønn. I psykoanalytisk teori er kjønn en del av selvet og personligheten, og en tenker at det utvikles gjennom de samme prosessene. Freud var særlig opptatt av hvordan utviklingen av og fungeringen ved personligheten er forskjellig mellom menn og kvinner (Heenen-Wolff, 2021). Han beskrev kjønn som et komplekst fenomen og han hevdet at ingen mennesker bare er maskuline eller bare feminine, verken biologisk eller psykologisk.

### **4.6.1 Klassisk psykoanalyse**

**Psykoeksuelle stadier og ødipuskomplekset.** Selvet blir i den strukturelle modellen til Freud beskrevet som en psykisk struktur som gradvis utvikles og består av id, ego og superego. Disse tre utvikles over tid til stabile aspekter ved personligheten

(Gullestad & Killingmo, 2013). Id representere det Freud omtalte som drivkreftene, ego representerer forholdet til virkeligheten og medierer driftene i henhold til superego som representerer moralske forbud og idealer (Brannon, 2016). Mer spesifikt beskrev Freud personlighetsutviklingen gjennom psykoseksuelle stadier som begynner ved fødsel og fortsetter inn i voksenlivet (Brannon, 2016). Ego er et kroppslig ego og utviklingen av subjektivitet skjer gjennom økt bevissthet om kroppslige impulser (Jessen, 2021a). Særlig ble de tidligste fasene beskrevet som formende for personlighetsutviklingen. Den falliske fasen begynner i 3-4 års alderen og er den første av fasene hvor Freud beskriver forskjeller i personlighetsutviklingen mellom jenter og gutter (Brannon, 2016). Fra og med denne fasen oppstår seksuell nytelse i genitale områder og dette tenkte Freud førte til seksuell tiltrekning til det motsatte kjønn. Denne dynamikken oppstår ubevisst og legger grunnlaget for det Freud kalte Ødipuskomplekset. Freud hadde en hypotese om at alle gutter ville føle sjalusi, hat og aggresjon for far og utvikle seksuelle følelser overfor mor. Dette vil for gutter føre til en konkurranse med sine fedre om mors kjærlighet. Når guttene kommer i den falliske fasen vil de bli oppmerksomme på den anatomiske forskjellen mellom kjønnene og innse at jenter ikke har penis. Dersom jenter ikke har penis kan det bety at det er mulig å fjerne den (Brannon, 2016). Denne oppdagelsen fører til frykt for å bli kastret av far på grunn av sine seksuelle følelser overfor mor. For å lette på angsten dette medfører må gutten fornekte sine følelser for mor ved å identifisere seg med far. Gjennom identifisering med far gir gutten opp den seksuelle konkurransen og streber nå heller mot å bli lik sin far. Det innebærer å «bli maskulin» og etter hvert vil gutten også utvikle en seksuell identitet som innebærer seksuell tiltrekning til kvinner (Brannon, 2016). Løsningen på Ødipuskomplekset er altså identifikasjon, det vil si en psykologisk prosess hvor subjektet tar til seg en egenskap eller et aspekt ved den andre (Laplanche & Pontalis, 1988). I den falliske fasen vil også jenter bli klar over de anatomiske forskjellene mellom kjønnene. Mangelen på penis vil ifølge Freuds teori føre til en følelse av underlegenhet. Jentene vil legge skylden på mor for at de ikke har penis og utvikle fiendtlige følelser overfor henne og seksuelle følelser for far. Da jenter ikke har en penis og dermed ikke har noe «å miste», oppleves ikke den falliske fasen like traumatisk som for gutter. Likevel må også jenter gi opp sine seksuelle ønsker og identifisere seg med mor (Brannon, 2016). Ifølge Freuds teori er kjønn forutbestemt og det utvikles gjennom symbolske slektsrelasjoner (Heenen-Wolff, 2021). En implikasjon av dette er at det da må finnes en form for normative relasjoner eller samspill og at dette vil fremme en normal utvikling, noe som står i strid med Kohlbergs teorier.

#### **4.6.2 Robert Stoller**

Flere teoretikere innen psykoanalysen har videreutviklet og omdefinert deler av teorien til Freud. En av disse er Robert Stoller som var en av de første sentrale psykoanalytikerne som jobbet aktivt med transkjønnede og ikke-kjønnsnormative barn og unge på 1960-tallet (Jessen, 2021a). Tankene hans ble oppfattet som radikale da han argumenterte for at det ikke er en persons kjønn («sex»), definert som ytre genitalia, kromosomer og hormoner, som avgjør en persons kjønnsidentitet («gender») alene. Med kjønn («gender») mente han graden av maskulinitet og feminitet i en person. Han introduserte begrepet «kjerne-kjønnsidentitet» som han beskrev som første steg i utviklingen av kjønnsidentiteten (Stoller, 1985). Kjerne-kjønnsidentitet er definert som en persons grunnleggende opplevelse, bevisst eller ubevisst, av å tilhøre et kjønn og ikke et annet (Jessen, 2021a). Han tenkte seg at kjerne-kjønnsidentitet var et resultat av bevissthet om egne genitala, foreldrenes anerkjennelse av ens kjønn («gender») og «a biological force». Stoller var ikke sikker på hva «a biological force» konkret innebar, men så for seg at det var relatert til genetik og dets påvirkning på hjernen (Stoller, 1985).

Stoller observerte tidlige spedbarn-foreldre-relasjoner og han hadde en hypotese om at dette nære samspillet tidlig i livet er sentralt for utviklingen av kjerne-kjønnsidentiteten. Da Freud var mest opptatt av den ødipale fasen, var Stoller mest interessert i den pre-ødipale fasen og den intense intimiteten mellom spedbarn og mors kropp og psyke som finner sted i denne perioden (Stoller, 1985). Til å begynne med er både guttebarn og jentebarn identifisert med mor og dermed har de allerede tilegnet seg noe feminint. Dersom denne intimiteten vedvarer uten avbrytelser, eksempelvis ved at far ikke involverer seg, vil ikke spedbarnet være motivert til å separere seg fra mor (Stoller, 1985). For guttebarn vil et resultat av dette føre til en feminin utvikling. Dermed kan man forstå utviklingen av kjønnsidentitet som både en identifikasjonsprosess, men også som en «av-identifikasjonsprosess» (Jessen, 2021a). Stollers hypotese innebar også at dersom det ikke er intimitet mellom mor og spedbarn, eller at separasjonen skjer for brått, vil det kunne føre til en avspalting av affektive tilstander som er assosiert med det feminine. Med det menes at en ikke forholder seg til de feminine aspektene ved seg selv, og i stedet utvikler en overdreven maskulin identitet. For jenter kan den samme prosessen føre til at maskuline trekk som autonomi og uavhengighet blir fremmedgjort for dem (Jessen, 2021a).

Stoller anser altså denne separasjonen fra mor i den pre-ødipale fasen som en viktig hendelse i etableringen av kjerne-kjønnsidentitet, samt den videre utviklingen av maskulinitet og femininitet i kjønnsroller som vil fortsette inn i voksenlivet. Både normativ kjønnsidentitet og ikke-konforme kjønnsidentiteter har opphav i den samme dynamikken (Stoller, 1974). I kontekst av trans og ikke-konforme kjønnsidentiteter beskriver Stoller at symbiosen mellom mor og barn er mer intenst enn ved en normativ utviklingsprosess og at det heller ikke skjer en gradvis separasjon som forventet (Stoller, 1974).

#### **4.6.3 Lacan**

En annen psykoanalytiker vi har valgt å inkludere i oppgaven er Jaques Lacan (1901-1981). I motsetning til Freud og Stoller adresserer han ikke kjønnsutviklingen direkte. Likevel bidrar han med et interessant perspektiv da han utfordrer en grunnleggende antagelse mange «kjønnsteorier» bygger på, nemlig at utviklingen av kjønnsidentiteten er knyttet opp til selvet. Lacan har blitt omtalt som den mest kontroversielle psykoanalytikeren etter Freud, og beskriver en forståelse av selvet som er ganske annerledes enn hva vi i oppgaven har beskrevet så langt. Blant annet skiller han seg fra tidligere psykoanalytikerne ved å hevde at egoet ikke er et subjekt, men et objekt, og at dette objektet består av ubevisste, adopterte ideer og holdninger fra andre. Lacan var inspirert av strukturalismen og lingvistiske teorier. Han fremhevet språk og sosiale symboler som det mest avgjørende for menneskelig erfaring (Mitchell & Black, 2016). I Lacans teori består psyken av tre registre; det imaginære, det symbolske og det ekte («the real»). Disse utvikles i gjensidig avhengighet til hverandre sammen med tilegnelsen av språk (Jessen, 2021a).

Det ekte («the real») er grunntilstanden hos et nyfødt spedbarn og på dette tidspunktet er barnet i ett med mor. Opplevelsen av å ha et selv etableres gjennom visuell identifisering med eget speilbilde (Mitchell & Black, 2016). Dette tidspunktet i utviklingen kaller Lacan «the mirror stage». Mellom 6-8 måneders alder vil barn for første gang oppdage sitt eget speilbilde, og dette beskrives som en definerende erfaring. Før dette har barnets erfaringer vært fragmenterte og ufullstendige ved at de ikke har kontroll over egen kropp. De har heller ikke en overordnet organisering for å integrere ulike tilstander. Det som derimot reflekteres i speilbildet er et imaginært, helt, koordinert og integrert bilde av seg selv. Egoet fremtrer slik som et objekt når barnet ser seg selv i speilet. Barnet ser muligheten for å overvinne sin nåværende fragmenterte tilstand og



strever etter å bli hel gjennom selvidentifikasjon med det idealiserte speilbildet (Mitchell & Black, 2016). Dette er starten på en livslang prosess der målet er å bli dette «ideal jeg-et». I følge Lacan er dette imidlertid noe vi aldri kan oppnå da selvet er en illusjon. Barnet blir etter hvert klar over at andre observerer dem og at de speiler tilbake et bilde av hvordan de fremstår fra deres perspektiv. Dette kaller Lacan «den andre», som er et slags alter-ego, en indre stemme som gjentar stemmen til reelle mennesker som evaluerer deg positivt eller negativt. Dette hevder han gir retning for atferd. Ego består av ubevisste adopterte ideer og holdninger fra andre. Lacan hevder derfor at «the self is the other», det vil si at selvet er en sosial konstruksjon basert på refleksjoner av «den andres» perspektiv. Ideen om at en har et autentisk, autonomt selv der styringen kommer innenfra er ifølge Lacan en illusjon da selvet er en fiksjon (Elliot, 2020).

Det siste aspektet ved psyken er det symbolske. Her kommer Lacans strukturalistiske og lingvistiske bakgrunn tydelig frem. Han knytter det symbolske, altså språket, nettverket av ord, meninger og verdier som strukturerer kulturen, sammen med de mulige identitetsalternativene som er tilgjengelige for subjektet. I den ødipale fasen plasseres barnet i en symbolsk verden av språk, kultur, sosiale normer, lover og plikter (Elliot, 2020). Gjennom tilegnelse av språk vil de ødipale begjærene radikalt endres for å tilpasses denne symbolske sosiale strukturen.

Til nå har vi beskrevet teorier som stammer fra 1900-tallet. I det følgende vil vi ta for oss nyere teorier, det vil si teorier skrevet etter 2000-tallet. Forskjeller og likheter ved de eldre og nyere teoriene vil senere drøftes for å forsøke å gi et bilde av utviklingen av vår kjønnsforståelse.

#### **4.7 Egan & Perry**

Ifølge Susan Egan og David Perry (2001) konstrueres kjønnsidentiteten aktivt over tid gjennom en prosess der barnet vurderer sin kompatibilitet med, og motivasjon til å passe inn i, en kjønnskategori (Nadal & Scharrón-del Rio, 2021). Kjønnsidentiteten ses på som et multidimensjonalt konstrukt, der særlig fem komponenter vektlegges: (1) kunnskap om medlemskap til en kjønnskategori, (2) følt grad av kjønnstypiskhet, (3) følt press for kjønnskonformitet, (4) kjønnsstilfredshet og (5) holdninger mot kjønnsgrupper. Barnet bruker disse fem dimensjonene som informasjonskilder for å etablere såkalt «kjønnskunnskap». På bakgrunn av denne kunnskapen vil barnet føle mer eller mindre kompatibilitet med sin tildelte kjønnsgruppe (Egan & Perry, 2001). De ulike

komponentene som inngår som en del av kjønnsidentiteten kan deles i to kategorier: de som er avhengig av barns forståelse av forskjellene *mellom* kjønnene og de som avhenger av barns oppfatning av forskjellene *innad* i samme kjønnskategori. Den første kategorien er synlig fra førskolealder (3-5), mens sistnevnte kategori blir mer gjeldende i starten av barneskolen som følge av kognitiv utvikling. I løpet av skolealder vil de fleste barn ha stabilisert sin posisjon på de respektive dimensjonene av kjønnsidentitet (Egan & Perry, 2001).

Formene for kjønnsidentitet som avhenger av kunnskap om forskjellene mellom kjønn er kjønnstilfredshet, opplevd press for kjønnskonformitet og holdninger mot kjønnsgrupper (Egan & Perry, 2001). Barnets tilfredshet med eget tildelt kjønn innebærer en vurdering både av eget kjønn, samt en sammenligning av fordeler og ulemper ved å være gutt versus jente. Kjønnskonformitet refererer til følt press for å leve opp til sosiale forventninger knyttet til sin tildelte kjønnskategori, samt motivasjon for å unngå negative sanksjoner for ikke-konform atferd. Holdninger mot kjønnsgrupper er tendensen til å se eget kjønn (inn-gruppe) som bedre enn andre (ut-grupper). Alle disse formene for kjønnsidentitet antas å være et resultat av intergruppe-kognisjoner, som blant annet innebærer overdrivelse av forskjellene mellom kjønnene samt devaluering og homogenisering av ut-gruppen. Slike kognisjoner kan promotere kjønnssegregering der barna finner sine sosiale grupper og tilegner seg kjønnstypisk atferd. Dette kan bidra til å skape større forskjeller mellom kjønnene. Intergruppe bias og følt press på kjønnskonformitet pleier å avta med årene, mens kjønnstilfredshet forblir stabil. Gutter skårer i gjennomsnitt høyere på kjønnstilfredshet og følt press for kjønnskonformitet enn jenter. Jenter skårer i gjennomsnitt høyere enn gutter på intergruppe bias (Egan & Perry, 2001).

Formene for kjønnsidentitet som avhenger av kunnskap om forskjeller innad i samme kjønnskategori kan deles inn i to; følt samme-kjønn typiskhet og følt annet-kjønn typiskhet. Barnet vurderer sin respektive typiskhet ved å sammenligne seg selv med kjønnsmodeller av samme og motsatt kjønn på flere kjønnsdifferensierte egenskaper, slik som personlighet, interesser og kompetanse. I tillegg sammenligner barnet seg med et indre konsept av en prototype av eget kjønn. Høy grad av samme-kjønn typiskhet er korrelert med trygg tilknytning til foreldre og jevnaldrende, mens lav grad korrelerer med forventning om en ikke-heteroseksuell fremtid, følt kjønnsatypiskhet og utrygg tilknytning (Egan & Perry, 2001). Følt samme-kjønn typiskhet tenderer å øke gjennom sen barndom og tidlig tenårene, og er i gjennomsnitt høyere for gutter. Følt annet-kjønn

typiskhet følger ingen tydelig alderstrend, og er på gruppenivå høyere hos jenter (Egan & Perry, 2001).

**Kjønnsstilfredshet og psykososial tilpasning.** Teorien skiller seg fra andre teorier ved at den inkluderer en følelsesmessig komponent i kjønnsidentitetsutviklingen. I følge Egan & Perry er kjønnsstilfredshet den komponenten som har størst betydning for psykososial tilpasning, det vil si de sosiale og psykiske forholdene som har betydning for en persons helse og mentale fungering (Svartdal, 2020). Barn med høy følt annet-kjønn typiskhet og lav kjønnsstilfredshet vurderer seg selv som lite kompatible med sin tildelte kjønnskategori. Dette er assosiert med negativ sosial tilpasning, slik som internaliserende og eksternaliserende vansker, sosiale problemer og tap av selvtillit (Egan & Perry, 2001). I følge Egan og Perry vil en slik «kjønnsprofil» indikere en viss grad av kjønnsdysfori, selv om det mangler forskning på sammenhengen mellom en slik profil og senere utvikling av kjønnsinkongruens (Egan & Perry, 2001). Ifølge androgenitetshypotesen til Bem (1974) vil disse skårene ikke automatisk føre til slike utfall. Dersom barnet identifiserer seg både med samme kjønn og annet kjønn, vil det kunne motvirke de negative psykososiale utfallene, blant annet ved at disse barnene ofte har mindre kjønnsopolariserende kognisjoner (Egan & Perry, 2001). Dersom barnet skårer høyt på følt press for kjønnskonformitet og eksponeres for sterke kjønnsdifferensierte stereotyper, vil dette imidlertid kunne forverre disse barnas psykososiale fungering (Egan & Perry, 2001).

Oppsummert definerer Egan og Perry kjønnsidentiteten som samlingen av tanker og følelser en person har om sitt medlemskap til en kjønnskategori (Egan & Perry, 2001). I likhet til eldre teorier knytter også Egan og Perry kjønnsidentitetsutviklingen til andre prosesser, slik som den kognitive utviklingen. Teorien skiller seg imidlertid fra de overnevnte ved at det ser på kjønnsidentitet som et multidimensjonelt konstrukt, samt at den inkluderer en affektiv komponent i kjønnsutviklingen. Til tross for at teorien åpner opp for at man kan være utilfreds med det kjønnnet man ble tildelt ved fødsel, kritiseres den for ikke å redegjøre for andre kjønnsidentiteter enn mann og kvinne (Nadal & Scharrón-del Rio, 2021).

## 4.8 Fausto-Sterling

En annen moderne teoretiker vi har valgt å inkludere i oppgaven er Fausto-Sterlings dynamiske kroppsliggjørende systemforståelse av kjønnsidentitetsutvikling. Hennes modell er utviklet på tidlig 2000-tallet og inkluderer også ikke-normative kjønnsidentiteter (Aaserud, 2021). Den amerikanske sexologen og professoren Anne Fausto-Sterling beskriver i denne modellen kjønn som et fenomen som oppstår dynamisk og relasjonelt. Fausto-Sterling skiller seg fra de andre teoriene ved å bruke begrepet «gender/sex» heller enn å dele det opp i «sex» og «gender». Dette begrunnes med at det er svært vanskelig å avgjøre hvor mye av et spesifikt trekk eller en atferd som er påvirket av biologi versus sosiale faktorer (Fausto-Sterling, 2021). I Fausto-Sterlings teori bruker hun begrepet om kroppsbaserte karakteristikker som er formet av sosiale interaksjoner (Fausto-Sterling, 2021). Teorien hennes går ut på at en «gender/sex»-identitet er avhengig av bestemte erfaringer som kommer av å ha en kropp med motoriske og perseptuelle evner, slik som resonnering, hukommelse, emosjoner og språk (Fausto-Sterling, 2021). I det ligger det at kjønn ikke er en abstrakt «ting» som finnes i sinnet, men heller en dynamisk prosess som kommer av kontinuerlige erfaringer over tid.

I følge Fausto-Sterling vil de fleste ved barn som vokser opp i WEIRD-kulturer (western, educated, industrialized, rich, democratic) gi uttrykk for en subjektiv «sex/gender»-identitet ved tre års alder (Heinrich et al., 2010, i Fausto-Sterling, 2021). Uttrykk for «sex/gender»-identiteten er målt gjennom preferanser og atferd som i disse kulturene er ansett som mer eller mindre passende for gutter sammenlignet med jenter, og motsatt. I de første årene av livet er det omsorgsgiver som i stor grad styrer og kontrollerer barnets kjønnsuttrykk gjennom å velge ut klær, leker, frisyre osv., men ved 3 års alder ser det ut til at barn selv viser tydelige preferanser og agens i slike valg (Todd et al., 2018, i Fausto-Sterling, 2021). I modellen beskrives tre faser i utviklingen av «sex/gender»-identiteten. Overordnet og på tvers av disse fasene er målet med utviklingen at spedbarnet gradvis separerer seg fra dyaden med omsorgsgiver og blir et mer selvstendig og uavhengig individ. Den første fasen varer fra fødsel til omtrent 14 måneder og i denne perioden tilegner spedbarnet seg evnen til gjenkjennelse basert på «sex/gender». Blant annet demonstrerer spedbarn i denne alderen at de kan skille mellom menn og kvinner basert på stemme og ansikter. Fausto-Sterling trekker frem viktigheten av kroppslige erfaringer i denne perioden, og hvordan disse registreres gjennom sensoriske-motoriske systemer i kroppen (Fausto-Sterling, 2021). Spedbarnets sensoriske

input vil til å begynne med være avhengig av hva omsorgsgiver tilbyr i form av visuelle inntrykk, berøring og lyd. Studier har gitt indikasjon på at dette kan variere både med kjønn på omsorgsgiver og kjønn på barnet. Fausto-Sterling fant at mødre av spedbarn på 3 måneder engasjerte seg mer i motorisk lek med sine sønner enn døtre (Fausto-Sterling, 2021). En annen studie fant at mødre og døtre tilbrakte mer tid ansikt til ansikt i spedbarnsalderen (Lavelli & Fogel, 2002, i Fausto-Sterling, 2021). De kroppslige erfaringene i denne første fasen vil ifølge Fausto-Sterling danne basis for generelle læringsmekanismer.

To play may look instinctive in children – as when toddlers cuddling a doll or pushing a toy truck across the floor – but every piece of such actions requires learning and tuning of neural circuits to the specific sensory, motor, social, cultural, and motivational demands of both object and environment (Elliot, 2018, i Fausto-Sterling, 2021, s.6).

Overgangen til fase to (15-18 måneder) skjer ved økt presisjon av motoriske evner og tilegnelsen av språk. Sistnevnte muliggjør utviklingen av symbolisering av tanker og handlinger. I denne fasen vil den kroppslige hukommelsen man har tilegnet seg bli omgjort til kognitive minner. Gradvis vil en begynnende selvstendig, subjektiv følelse av seg selv som system etableres gjennom at erfaringer gjentas. Man kan se for seg at barn er statistikere og at gjennom frekvensmålinger utviner de kunnskap som er relevante for å forstå betydningen av kjønn. I tredje og siste fase, det vil si mellom 18 til 36 måneders alder, vil kunnskapen om «gender/sex» stabiliseres. På dette tidspunktet vil opplevelsen av å ha en «gender/sex»-identitet internaliseres selv om dette er en prosess som også fortsetter gjennom intersubjektiv feedback gjennom hele livet.

Basert på denne modellen er både utvikling, opprettholdelse og formingen av identitet forstått som et sett av kontinuerlige prosesser som er både intra- og intersubjektive (Fausto-Sterling, 2021). I det ligger det også at det er en interaksjon med verden og omgivelsene som gir en kontekstualisert betydning av «gender/sex». I et større perspektiv er denne modellen også kompatibel med en forståelse av at «gender/sex»-uttrykk og -identitet er et kontinuum. Fausto-Sterling hevder at de mange variasjonene som finnes i det individuelle barnet, foreldrene, dyadiske samspillsmønstre, motorisk

atferd og sannsynligvis også annen relevant atferd, vil kunne føre til utviklingen av en rekke ulike former for «sex/gender»-identiteter (Fausto-Sterling, 2021).

#### 4.9 Judith Butler

Noen av Fausto-Sterlings tanker finner man også igjen hos den amerikanske filosofen og kjønnteoretikeren Judith Butler. Blant annet deler de ideen om at kjønnsutviklingen er en prosess uten et definert endepunkt, og at det er noe som kontinuerlig forhandles og produseres i møte med det sosiale miljøet (Morgenroth & Ryan, 2018). I boken *Gender Trouble* (1990) skisserer Butler sin mest kjente teori «kjønnsperformativitet». Denne teorien er blant annet inspirert av Lacans psykoloanalyse og lingvistiske teorier, noe som kommer tydelig frem i hennes kritikk av synet på kjønn som noe essensielt og binært, samt hennes kritikk av sosiale identitetskategorier (Jessen, 2022). Butler utfordrer hvordan vestlig kultur tradisjonelt har sett på «gender» som en iboende, ubestridelig sannhet, der kjønned atferd er et uttrykk for denne indre essensen. I stedet hevder hun at kjønnsidentitet *er* disse kjønnede handlingene da man ikke kan hevde at det finnes en indre essens av «gender» før sosiale krefter begynner å virke (Fellugo, 2002). Sagt med andre ord hevder Butler at «gender» ikke er noe vi *er*, men noe vi *gjør*. Hun definerer kjønnsidentitet slik; «...*gender identity is the stylized repetition of acts through time*» (Butler, 1990, s. 179). Med dette mener hun at gestikuleringer, handlinger, måten vi snakker og går på vil over tid konsolidere et inntrykk av å være kvinne eller mann. Kjønnsidentitet blir slik en «performative act», og siden den ikke er basert i noen indre kjerne, vil den kun eksisterer gjennom sin egen performance (Morgenroth & Ryan, 2018). Denne performansen består av å imitere og repetere de dominerende ideene og forestillingene i samfunnet om hvordan kvinner og menn skal oppføre seg. Denne kontinuerlige produksjonen og reproduksjonen av to polare «genders» vil så skape en illusjon om at det eksisterer to iboende, «naturlige» og prediskursive kjønn (Morgenroth & Ryan, 2018). Butler argumenterer imidlertid ikke bare for at «gender» er en sosial konstruksjon, men at dette også er tilfellet for «sex». Hun argumenterer for at biologiske prosesser i seg selv ikke resulterer i to «naturlige», distinkte og meningsfulle kategorier av mennesker ved å vise til forskning på mennesker født med ulike kroppslige variasjoner, slik som CAH og AIS (Morgenroth & Ryan, 2018). Det er imidlertid viktig å påpeke at Butler ikke avviser at det eksisterer biologiske forskjeller mellom kjønnene. I stedet argumenterer hun for at kroppene ikke finnes utenfor en kulturell

fortolkningsramme, og at denne tolkningen tradisjonelt har resultert i et forenklet, binært syn på kjønn (Mellingen, 2013). Ifølge Butler vil dette gjøre en distinksjon mellom «sex» og «gender» meningsløs.

**Identitet og variasjon.** Butler er en av grunnleggerne bak «Queer theory», en teori som stiller spørsmål ved, og er kritisk til, alt det vi er sosialisert til av samfunnet og hvordan dette påvirker marginaliserte grupper (Nadal & Scharrón-del Río, 2021). Teorien retter et kritisk blikk på sosiale identitetskategorier, og søker å utfordre disse ved å normalisere tanker, atferd og forståelser som ikke passer inn i disse kategoriene. Butler viser også tydelig preg av Lacans tankegang ved å hevde at mennesker er overgitt til språket og det eksisterende rammeverket av sosiale identitetskategorier, i søken etter å forstå seg selv (Mikkola, 2022). Hun kritiserer hvordan dette rammeverket i stor grad bygger på patriarkalske og heteronormative maktstrukturer. Disse strukturene søker å reproducere og opprettholde seg selv ved å sanksjonere ikke-normativ «gender performance» og foreskrive «passende» performativitet gjennom kjønnstereotyper og kjønnsnormer (Mikkola, 2022). Hun hevder at det sosiale presset til å være konforme etter heteronormative standarder visker ut alle former for kjønns- og seksualitetsmangfold (Morgenroth & Ryan, 2018).

**Kritikk.** En stor del av kritikken rettet mot Butlers teori kommer fra transsamfunnet. En av de vanligste misforståelsene av kjønnsperspektivitetsteorien er at den hevder at «gender» er et valg. Butler har blitt kritisert for bruken av begreper som «å gjøre kjønn» og «performance» da det kan indikere at «gender» er bevisste, viljestyrte handlinger (Mikkola, 2022). Butler svarer på denne kritikken ved å skille mellom begrepene «performance» og «performativity», og benytter primært sistnevnte. Performativity refererer ifølge Butler til hverdagslige «acts» som ikke er planlagte, ofte ubevisste og som er repeterte over tid (Mikkola, 2022). Butler svarer også på kritikken ved å fremheve hvordan maktstrukturer i samfunnet i stor grad styrer hvordan vi «gjør kjønn». Dette vil, ifølge Butler, føre til lav grad av valgfrihet for hvordan den enkelte kan forholde seg til egen kropp, seksualitet og kjønnsidentitet (Mellingen, 2013). Noen kritikere av Butlers teori hevder at den utgjør et så ekstremt ytterpunkt til essensialistisk teori at biologisk determinisme er byttet ut med sosialkonstruktivistisk determinisme (Jessen, 2022). Butler hevder imidlertid at på samme måte som språklige praksiser kan bidra til å bevare heteronormative maktstrukturer, så kan de også bidra til å destabilisere dem (Mellingen, 2013).

## 5

## Diskusjon

Teoriene som har blitt drøftet i denne oppgaven har flere likheter og ulikheter. I det følgende vil vi argumentere for at det er fordeler og begrensninger ved alle teoriene, og undersøke om de samlet kan forklare mer av variasjonen i kjønnsidentitetsutviklingen. Vi vil videre drøfte hvorvidt, og i så fall på hvilken måte, det å se dem samlet kan hjelpe behandlere i etiske dilemmaer i møte med mennesker med kjønnsinkongruens.

### 5.1 Likheter og ulikheter

Teoriene belyser fenomenet fra ulike perspektiv ved at de vektlegger forskjellige årsaksfaktorer og deler av utviklingen. For diskusjonens skyld har vi delt de ulike teoriene inn i tre grupper; eldre utviklingsteorier, nyere utviklingsteorier og alternative teorier. Gruppene skiller seg fra hverandre på flere måter, blant annet i hvilke grunnleggende antagelser de bygger på, i hvilken grad de åpner opp for variasjon i utviklingen og hvorvidt de fokuserer på hvordan kjønnsidentitet utvikles eller hva kjønnsidentitet er. Den historiske og sosiale konteksten teoriene er skrevet i har betydning for noen av disse forskjellene da det setter rammer for hva de forsøker å forklare. De eldre teoriene, det vil si sosial læringsteori, kognitiv utviklingsteori, kjønnskjemateori og psykoanalytisk teori, ble alle utviklet før 2000-tallet. Alle disse teoriene, med unntak av Robert Stoller, bygger på en binær og normativ modell for kjønnsutvikling, det vil si at de legger til grunn at utviklingen har to utfall; kvinne eller mann. Nyere teorier, slik som Egan & Perry og Fausto-Sterling, er skrevet etter århundreskiftet. Disse er i større grad preget av en dimensjonal kjønnsforståelse, der et bredere spekter av kjønns mangfold anerkjennes som en del av normalutviklingen. Det er imidlertid noe overlapp mellom de eldre og nyere teoriene. Blant annet kan man argumentere for at flere av de eldre utviklingsteoriene, som for eksempel Bem og Freud, også åpner opp for mer dimensjonal forståelse blant annet ved å fremheve hvordan en person kan ha både maskuline og feminine trekk. I likhet med de aller fleste av de eldre teoriene, diskuterer heller ikke Egan & Perry og Fausto-Sterling utviklingen av andre kjønnsidentiteter direkte. De åpner imidlertid opp for større grad av variasjon i utviklingen og et større mangfold av kjønnsuttrykk. I tillegg belyser de at man kan være mer eller mindre tilfreds med sitt tildelte kjønn ved fødsel. De alternative teoriene, det vil si Butler og Lacan, ser på kjønnsidentitet som en sosial konstruksjon der et større kjønns mangfold undertrykkes av det patriarkalske, heteronormative samfunnet som søker å opprettholde en binær kjønnsmodell. De eldre og nyere teoriene kan man



argumentere for at primært fokuserer på hvordan kjønnsidentiteten blir utviklet, mens de alternative teoriene vektlegger i større grad hva kjønnsidentitet er.

Vi vil nå se teoriene samlet og argumentere for at de kan utfylle hverandre. Der de skiller seg fra hverandre eller der de samsvarer, vil kunne fremheve sentrale aspekter ved fenomenet og forhåpentligvis gi en mer fullstendig forståelse av kjønnsidentitet, samt si noe om stabilitet og endring ved fenomenet. I det følgende tenker vi at ulikheter og likheter ved teoriene kan belyses ytterligere ved å diskutere dem opp imot hvordan de stiller seg til proksimale og distale årsaksforklaringer, om de er lineære eller ikke-lineære modeller, og om teoriene hviler på en form for essensialisme eller sosialkonstruksjonisme.

### ***5.1.1 Proksimale og distale årsaker***

Selv om flere av teoriene på overflaten kan være nokså ulike, vil man ved å se på dem på «mekanismenivå» se at de har flere likheter. Blant annet trekker mange av teoriene frem de samme årsaksfaktorene. Det å se teoriene samlet på dette nivået kan gi mer nærgående innsikt i hva som trekkes frem som sentralt for utviklingen av kjønnsidentitet. En måte å forstå dette på er gjennom begrepene distale og proksimale mekanismer. Dette er ikke to avgrensede kategorier, men må forstås som relative begreper, der en årsaksfaktor defineres som mer eller mindre distal eller proksimal sammenlignet med en annen (Krieger, 2008). Et eksempel på en distal årsaksfaktor for kjønnsidentitet er evolusjonære forklaringer og genetiske forskjeller. En mer proksimal årsaksfaktor som søker å forklare det samme kan være ulike kjønnsmodeller og forsterkningsbetingelser som gutter og jenter utsettes for i det sosiale miljøet. Distale og proksimale faktorer kan plasseres på en skala av hvor direkte eller indirekte effekt de har på det aktuelle fenomenet. Distale mekanismer vil ha en mer indirekte, «fjern» effekt på kjønn, ved at de jobber gjennom andre mekanismer. Et eksempel på dette er hvordan ulike kjønnskromosomer virker gjennom å skape forskjellige kjønnshormonnivåer i fosterlivet, noe som vil påvirke barnets kjønnstypiske lekepreferanser, hvilket igjen vil ha innvirkning på barnets kjønnete sosialisering (Hines, 2010). Proksimale mekanismer har en mer direkte, «nær» effekt på fenomenet, ved at det ikke arbeider gjennom like mange ledd i årsak-effekt-rekken. På samme skala, vil en også kunne plassere antall årsaksfaktorer for det aktuelle fenomenet, der man kan tenke seg at jo lenger distalt man kommer desto færre forklaringer vil en til slutt stå igjen med. Beveger en seg imidlertid i

motsatt, mer proksimal retning i forklaringsrekken, vil det i stedet bli flere og flere mekanismer som bidrar til å forklare fenomenet.

De fleste teoriene vi har inkludert i oppgaven innehar både proksimale og distale mekanismer. Man kan argumentere for at disse likevel har en overvekt av proksimale mekanismer eller vektlegger disse i større grad enn distale forklaringer. Hva kan teorier med et mer «proksimalt fokus» eller «mer distalt» fokus bidra med i vår forståelse av fenomenet? På den ene siden kan distale mekanismer gi oss mer overordnet informasjon, det vil si at de kan belyse noe generelt om mennesket. Det er knyttet til små endringer over lang tid, og kan kanskje derfor gi oss mer informasjon om det som er relativt stabilt ved kjønnsidentitetsutviklingen. På den andre siden kan man argumentere for at proksimale faktorer hjelper oss å forstå mer variasjon på individnivå. Sammenlignet med distale faktorer, kan disse mekanismene endre seg raskere enn eksempelvis evolusjonære mekanismer og genetikk, og slik gi en mer umiddelbar forklaring for variasjon i kjønnsuttrykk over kortere tid. Samtidig kan man argumentere for at slike mekanismer også er mer dynamiske ved at samme faktor vil kunne variere mer på individnivå.

Alene vil både proksimale og distale faktorer være forenklede forklaringer. For eksempel vil genetikk bli en «for distal» forklaring alene da eksempelvis en ciskvinne (XX) og en transmann (XX) kan ha de samme kjønnskromosomene, men fremdeles ha ulik kjønnsidentitet. Et eksempel på hvordan proksimale mekanismer heller ikke kan forklare kjønnsidentitetsutviklingen alene er sosialisering til kjønnsmodeller. Eksempelvis vil to personer med samme kjønnskromosomer som har vokst opp i samme samfunn, være utsatt for flere ulike kjønnsmodeller. I de aller fleste tilfeller vil disse likevel utvikle samme kjønnsidentitet.

Da distale og proksimale årsaksfaktorer alene ikke kan gi en tilstrekkelig forklaring på kjønnsidentitetsutvikling, vil de da i stedet kombinert gi en mer integrert og kontinuerlig forståelse? Et eksempel som kan belyse dette er ved å se på årsaksfaktorene i de alternative teoriene og utviklingsteoriene samlet. De alternative teoriene vektlegger hvordan store samfunnsmessige strukturer, kultur og historisk kontekst påvirker enkeltindividets kjønnsidentitet, uten å gå særlig inn i de spesifikke mekanismene i dette. Utviklingsteoriene forklarer denne sammenhengen gjennom mekanismer som identifikasjon og internalisering. Eksempelvis trekker alle utviklingsteoriene frem at en del av «kjønnskunnskapen» barnet lærer fra det sosiale miljøet samles og internaliseres i barnet, for eksempel i form av kognitive skjemaer, personlige standarder eller som

objektrelasjoner. Funksjonen og motivasjonen bak dette er som oftest knyttet til noen form for reguleringen av kjønnsuttrykk og kjønnsatferd for å opprettholde et godt selvbilde. Slik kan man argumentere for at disse teoriene kan utfylle hverandre og samlet gi en mer kontinuerlig forståelse av hvordan endringer på samfunnsnivå kan påvirke enkeltindividets utvikling av kjønnsidentitet.

Vi vil argumentere for at de nyere teoriene i større grad enn de eldre teoriene anerkjenner et større mangfold av distale og proksimale årsaksfaktorer som interagerer over tid. De har heller ikke en like tydelig vektning av årsaksfaktorer som de eldre. Et eksempel på dette fra de eldre teoriene er Banduras vektlegging av sosiale læringsprosesser som pådriver for utviklingen av kjønnsidentitet. Både nyere biologiske og psykologiske teorier kan man argumentere for at i større grad integrerer det kroppslige og biologiske med sosial påvirkning gjennom interaksjon med miljøet. Et eksempel fra biologien er at forskningsfeltet i dag i større grad også fokuserer på epigenetiske studier. Kanskje er dette et tegn på en endring i feltet, der vi beveger oss mot en forståelse av at vi trenger både proksimale og distale faktorer for å få en mer kontinuerlig og helhetlig forståelse av kjønnsidentitet.

Samlet sett vil vi argumentere for at en behandler har bruk for begge formene for årsaksforklaringer, og at de vil ha ulik nytteverdi. Det kan tenkes at proksimale forklaringer kan være mer nyttige for klinikere i møte med den enkelte pasient da de i større grad kan forklare hvordan pasienter kan være forskjellig fra hverandre. Motsatt vil trolig distale forklaringer ha større nytteverdi i behandlingsforståelse og psykoedukasjon om hvordan fenomenet kan forklares på gruppenivå.

### ***5.1.2 Lineære og ikke-lineære modeller***

Lineære forklaringsmodeller forklarer utvikling som i en rett linje (APA, u.å. Dictionary of psychology). Fra matematikken kjenner man lineære modeller som punkter i et koordinatsystem som utgjør en lineær sammenheng. I psykologisk teori forstår vi slike lineære forklaringsmodeller som en utvikling som har en «rett» utviklingsbane. Et eksempel på dette er Kohlbergs kognitive utviklingsteori. Denne teorien kan kalles lineær da den er bygd opp i stadier som følger en kronologisk rekkefølge. Etter at et barn ved 2-3 års alderen selv kategoriserer seg som gutt, vil man kunne predikere den videre utviklingen. Barnet vil etter dette begynne å verdsette tradisjonelle «gutteting» og etter hvert utvikle en stabil kjønnsidentitet som gutt. Kohlberg åpner opp for lite variasjon i denne «utviklingsbanen», og utviklingen beveger seg i én bestemt retning. Man kan

argumentere for at flere av de eldre utviklingsteoriene kan klassifiseres som lineære modeller. En fordel ved slike modeller er at de i større grad enn ikke-lineære modeller kan predikere hvordan utviklingen vil bli. Det slike modeller derimot ikke kan predikere er unntak fra hvordan majoriteten utvikler sin kjønnsidentitet. Ikke-normative utviklinger blir i slike modeller sett på som «feil» i utviklingen. Robert Stoller argumenterer imidlertid for at «slike avvik» opptrer med såpass stor hyppighet, at de ikke lenger kan anses som avvik, men som en del av normalutviklingen. «*There is a question of whether a rarity is simply an inconsequential event or hides generalities, as is usually the case in biology (including psychology)*» (Stoller, 1985). Sitatet til Stoller illustrerer hvorfor vi også trenger andre modeller som i større grad kan fange denne variasjonen og forstå det som en del normalutviklingen. Dette er en fordel med ikke-lineære modeller som inkluderer flere variabler i ligningen og slik kan forklare mer variasjon. I disse modellene er det imidlertid ikke like lett å predikere hvordan utviklingen vil bli. Et annet kjennetegn ved ikke-lineære modeller er at de er mer dynamiske, det vil si at det ikke er like knyttet til en bestemt rekkefølge i utviklingen. I denne sammenhengen forstår vi ikke-lineære forklaringsmodeller som modeller som beskriver prosessutvikling. Eksempler på dette er de nyere teoriene, slik som Fausto-Sterling og Egan & Perry, som beskriver utviklingen som mange prosesser som interagerer med hverandre over tid. Disse teoriene har også noen lineære aspekter ved seg ved at de beskriver noen stadier i tidlig utvikling. De skiller seg imidlertid fra de eldre utviklingsteoriene ved at de ikke beskriver en like «lukket» utviklingsbane. Med det menes at de åpner opp for mer variasjon innad i de ulike stadiene, og prosessen har ikke et like definert «endepunkt», men fortsetter som en kontinuerlig prosess gjennom livet. En implikasjon av dette er at utfallet av en slik utvikling kan være mer individuelt.

### **5.1.3 Essensialisme og sosialkonstruksjonisme**

Teoriene om utvikling av kjønnsidentitet varierer i hvilken grad de beskriver dette fenomenet som noe essensialistisk eller sosialkonstruksjonistisk. Dette er relative begreper som kan plasseres på en skala hvor essensialisme og sosialkonstruksjonisme utgjør hver sin ende. Den mest radikale posisjonen av essensialisme antar at kjønn er medfødt, at det er kategorisk, stabilt og uforanderlig (DeLamater & Hyde, 1998). Motsatt vil ytterpunktet i sosialkonstruksjonismen argumentere for at en slik essens ikke eksisterer, men at det er et sosialt konstruert fenomen. Til tross for at det er få som vedkjenner seg de mest radikale posisjonene, kan det likevel være nyttig å bruke dette

som et rammeverk for diskusjon, da det utgjør et viktig bakteppe for å forstå de ulike teoriene og utviklingen av vår kjønnsforståelse.

Utviklingsteoriene trekker frem at kjønnsidentitet blir til over tid. I det ligger det at kjønnsidentiteten ikke er ferdig formet ved fødsel, men at det blir til gjennom interaksjon med miljøet. Flere teorier beskriver at det er «noe» ved kjønnsidentitet som stabiliseres i relativt tidlig alder (ca 0-6 år), og at utviklingen etter dette blir mer motstandsdyktig for ytre påvirkning. I tillegg trekkes det frem at dette gir retning for videre sosialisering. Det kanskje tydeligste eksempelet på dette finner vi i Kohlbergs teori, der «stabiliseringsprosessen» starter med selvkategorisering og ender med kjønnskonstans. Parallelt med denne gradvise stabiliseringen hevder Kohlberg at ytre påvirkning begrenses, og at videre sosialisering i større grad styres av barnets selvsosialisering. De ulike utviklingsteoriene varierer imidlertid i hvor mye sosialisering som skal til for at dette «noe» stabiliseres og i hvor stor grad sosiale kilders innflytelse begrenses etter dette. Både Bandura og psykoanalysen åpner opp for at flere sosialiseringprosesser skjer i forkant av denne stabiliseringen. De ulike utviklingsteoriene knytter kjønnsutviklingen også i ulik grad opp mot biologiske faktorer og andre, universelle utviklingsprosesser, eksempelvis kognitiv, verbal og kroppslig utvikling. Slike universelle prosesser indikerer at det også eksisterer et essensielt aspekt ved kjønnsidentiteten. Det er ingen av disse teoriene som inntar et radikalt essensialistisk perspektiv da de alle åpner opp i ulik grad for at sosiale faktorer påvirker utviklingen. Likevel kan man argumentere for at det er noe essensialistisk ved denne stabiliseringen da denne «essensen» ser ut til å føre til en slags motstandsdyktighet som i mer eller mindre grad begrenser kjønnsidentitetens plastisitet. Heller ikke nyere biologiske teorier inntar en rent essensialistisk posisjon da de i større grad åpner opp for interaksjon mellom miljømessige og biologiske faktorer, eksempelvis gjennom økt fokus på epigenetiske studier.

De alternative teoriene bryter radikalt med utviklingsteoriene ved å plassere seg som sosialkonstruksjonistiske ytterpunkter. Disse teoriene stiller seg kritiske til ideen om at det i det hele tatt kan eksistere en slik indre «essens» ved kjønnsidentitet. Blant de mest ekstreme tankene fra disse teoriene er Butlers argument for at også «sex» er et sosialt konstrukt. Som nevnt tidligere er dette ikke en fornektelse av biologiske forskjeller mellom kjønnene, men at det ikke er mulig å se på dette uten «kulturelle briller». På bakgrunn av dette kritiserer Butler skillet mellom «sex» og «gender». En lignende tankegang finner vi igjen hos Fausto-Sterling som også hevder at kroppen er noe som må

fortolkes i lys av erfaringer og omgivelsene. Fausto-Sterling skiller heller ikke mellom «sex» og «gender», men anerkjenner i større grad enn Butler virkningen av både biologiske og sosiale faktorer for kjønnsidentitetsutviklingen. Hun skiller seg imidlertid fra de andre teoriene ved at hun ikke forsøker å «sortere» biologiske og miljømessige faktorer bidrag til denne utviklingen. Hun hevder dette er umulig da disse er i en uløselig og kontinuerlig interaksjon.

Fra et rent sosialkonstruksjonistisk perspektiv, vil man trolig i takt med samfunnsendringer som større aksept og anerkjennelse av et kjønns mangfold, forvente å se endringer i utviklingen av kjønnsidentiteten. Det kan tenkes at en slik åpning av normer muliggjør flere måter å bli kjent med og iscenesette seg selv. Økningen vi har sett i klinikk med barn og unge med kjønnsinkongruens sammenfaller i tid med endringene som nevnes ovenfor. Dette kan være med på å støtte opp under Butlers ideer om at kjønnsidentitet er sterkt relatert til diskurser i samfunnet. Likevel kan man argumentere for at også et essensialistisk perspektiv kan forklare det samme ved at individer som ikke tidligere vedkjente seg inkongruens nå kan stå frem. Sistnevnte kan få støtte fra nyere biologisk forskning slik som hjernemosaikkhypotesen, som kan gi en forklaring for variasjonen av kjønnsidentiteter vi ser i dag. I tillegg er det fortsatt slik at de aller fleste utvikler en kjønnsidentitet som samsvarer med tildelt kjønn ved fødsel. Samlet kan dette gi støtte til at kjønnsidentitet heller ikke «bare» er et sosialt konstrukt. I dag er det imidlertid ikke empiri som kan si noe om årsak eller retningsforhold mellom økningen av kjønnsvariasjoner og de nevnte samfunnsendringene.

## 5.2 Ethiske implikasjoner

Som nevnt har det vært en betydelig økning av henvisninger til helsevesenet det siste tiåret. I dag har vi beveget oss bort fra en patologisk forståelse av mennesker med kjønnsinkongruens. Likevel er dette en gruppe vi fortsatt møter i klinikk. Diagnoseendringen i 2019 førte også til at gruppen som oppsøker hjelp er mer heterogen enn tidligere, både med tanke på identitetsuttrykk, utviklingshistorie, komorbiditet og behandlingsønske. Forskningen på feltet har ikke klart å holde følge med på denne eksplosive veksten, hvilket har resultert i at behandlere i dag må møte kliniske problemstillinger uten god nok støtte fra empirisk kunnskap. Man kan argumentere for at dette har ført til at behandling ikke bare har blitt et klinisk dilemma, men også et etisk dilemma, der behandlingsprinsipper slik som å *ikke gjøre skade* og krav om evidensbasert behandling blir vektet opp mot andre helsefaglige grunnprinsipper slik som å *gjøre godt*

og å *respektere selvbestemmelse* (Ursin, 2021). På mange måter kan man si at behandlere har blitt kastet ut i et relativt ukjent landskap. I denne delen av oppgaven ønsker vi å diskutere hvorvidt teoriene kan bistå i å navigere i dette nye terrenget. Vi vil i det følgende diskutere tre etiske dilemma knyttet til behandling. Disse er relatert til det å intervensere på et komplekst fenomen under utvikling, normative og relative idealer for behandling og den asymmetriske relasjonen mellom behandler og pasient. Vi vil diskutere hvorvidt, og i så fall hvordan, teoriene kan tas i bruk av behandlere i møte med disse dilemmaene.

### ***5.2.1 Intervenerere på et komplekst fenomen i utvikling***

Som nevnt tidligere er en fellesnevner i de fleste teoriene at kjønnsidentitet er noe som utvikles og at deler av kjønnsidentiteten stabiliseres relativt tidlig. Hovedandelen av pasientene som kommer til klinikken i dag er ungdommer hvor kjønnsinkongruensen har oppstått nettopp i ungdomsårene (Kaltiala et al., 2020). En annen erfaring fra kliniske studier har vært at noen barn med kjønnsinkongruens finner seg til rette med sitt medfødte kjønn ved oppstart av puberteten (Ristori & Steensma, 2016). Dette gir en indikasjon på at ungdomstiden kan være en viktig periode for denne utviklingen. At nærmest ingen av teoriene, med unntak av biologiske teorier, omtaler denne perioden eksplisitt gjør at de ikke kan forklare utviklingen av kjønnsidentitet fullt ut. Ungdomstiden blir derfor en «missing link» i teoriene. Derfor vil det å intervensere på noe som er under utvikling og som man ikke vet hvor ender være et etisk dilemma som behandler må ta stilling til. Noe som kompliserer dette ytterligere er hypotesen om at «early onset» og «late onset» er to ulike utviklingsveier for kjønnsinkongruens (Aaserud, 2021).

Man kan argumentere for at behandlere i dag ikke har nok støtte i verken empiri eller teori. Norge har heller ikke forpliktet seg til en behandlingsmodell, altså ikke tatt et standpunkt med tanke på «watchful wait»-modellen eller «gender-affirmative»-modellen. Sammenlagt kan man tenke seg at dette åpner opp for at behandlere i Norge i dag kan ha ulike holdninger til hvordan de skal forholde seg til behandlingen. Vi har valgt å diskutere dette ut ifra tre ulike hypotetiske posisjoner vi mener behandlere kan innta: en «aktiv-intervenerende» posisjon, en «proessorientert» posisjon og en «alternativ tredjeposisjon». Disse skiller seg fra hverandre i hvordan de vektlegger ulike helsefaglige prinsipper, empiri og teori.

**Aktiv-intervenerende.** Vi tenker oss at denne posisjonen er nært knyttet opp mot «gender-affirmative»-modellen. En behandler vil ut ifra en slik posisjon vektlegge

bekreftende strategier gjennom å støtte personen i det uttrykket de presenterer, det vil si deres opplevde kjønnsidentitet. Behandlingsmessig vil en slik posisjon oppfordre barnet til sosial transisjon før puberteten og vil også ha en mer liberal holdning til pubertetsblokkere. Med det menes at de ikke har like strenge krav til diagnostisk kartlegging før slike medisiner tilbys. Bakgrunnen for dette er at de tenker at pubertetsblokkere vil virke tilretteleggende for videre kjønnsutforskning da det vil gi den unge rom og tid til å utforske uten den overhengende angsten av at kroppen utvikler seg i «gal» retning. I en vurdering av ikke-skadeprinsippet vil en ut ifra denne posisjonen trolig vektlegge psykologiske skadevirkninger som det å ikke leve som sitt autentiske selv. Vi vil argumentere for at en slik behandler i større grad enn en «proessorientert» behandler vil ledes av barnet, og at barnets agens og autonomi veier tungt. En innvending mot denne posisjonen vil være at en slik behandler vil overvurdere barnets evne til å vite slike «sannheter» om seg selv i så ung alder. Videre også at de slik ikke tar tilstrekkelig hensyn til kognitiv og emosjonell modning, og det at barnet er i en utviklingsprosess. En kritiker av denne posisjon vil kunne referere til nyere rettsaker i både Storbritannia og Sverige der pubertetsblokkerende medisiner har blitt vurdert som «eksperimentell» og der de hevder det er høyst usannsynlig at den unge er samtykkekompetent for en slik behandling i så ung alder (Lilleeng & Kringstad, 2022; Savage & Greenhalgh, 2020). En aktiv-intervenerende posisjon vil kunne trekke frem forskning som viser at det er mange som går videre med hormonbehandling etter oppstart av pubertetsblokkere (de Vries, 2011), noe som tolkes som en bekreftelse på at det var rett å tilby denne behandlingen. Man kan tenke seg at de utviklingsteoriene som kan klassifiseres som lineære modeller, slik som eksempelvis de eldre utviklingsteoriene, vil kunne gi støtte til denne behandlerposisjonen da det indikerer at kjønnsidentitet etableres tidlig og at det er stabilt gjennom livet. Dette vil trolig gi best støtte til behandlere i møte med «early onset»-pasienter. Teorier preget av et mer essensialistisk syn vil også kunne støtte denne posisjonen da det fremhever en form for stabilitet og motstandsdyktighet.

**Proessorientert posisjon.** Denne posisjonen tenker vi er mer knyttet opp mot «watchful wait»-modellen. En proessorientert behandler vil sannsynligvis vekte utforskende strategier, slik som å utforske den unges kjønnsforståelse og forventninger til behandling. Dette fordi de vil være opptatt av å ikke legge føringer for utviklingen da det ikke er mulig å predikere dette utfallet. En behandler vil også ut ifra denne posisjonen ikke oppfordre den unge til sosial transisjon før puberteten og være mer tilbakeholden med tanke på pubertetsblokkerende medisiner. En slik beholders syn på pubertetsblokkerende



medisiner vil være at det kan begrense en videre utforskning da det intervensjoner med en naturlig modningsprosess. Det kan blant annet hindre den unge i å få erfaringer som er viktige for å ta et så stort valg, slik som erfaringer med egen kropp, sosiale, seksuelle og romantiske erfaringer. Det betyr imidlertid ikke at pubertetsblokkerende medisiner ikke tilbys, men at det vil kreve en grundig kartleggings- og utforskningsprosess før det blir aktuelt. Som nevnt vil mange unge som starter på pubertetsblokkere medisiner starte på kjønnsbekreftende hormoner (de Vries, 2011). I motsetning til en aktiv-intervenerende behandler, vil en fra et prosessorientert perspektiv reflektere mer over hvorvidt de pubertetsblokkerende medisinene kan ha virket ledende, det vil si om de har startet en prosess som lukker videre utforskning og fremmer en retning videre.

En prosessorientert behandler vil i større grad lede prosessen enn en aktiv-intervenerende behandler. Dette begrunnes i en forståelse av at den unge fortsatt er i kognitiv, kroppslig og emosjonell utvikling. Videre vil behandler sannsynligvis også vekte det manglende empiriske grunnlaget og være bekymret for hvilke konsekvenser dette vil ha. De vil også kunne trekke frem forskning som viser at det i dag ikke er mulig å predikere hvilke pasienter som vil ha vedvarende kjønnsinkongruens inn i ungdomstiden og voksenlivet (Ristori & Steensma, 2016). Med tanke på ikke-skadeprinsippet vil en behandler som jobber ut ifra denne posisjonen i større grad vektlegge de potensielle medisinske konsekvensene enn en aktiv-intervenerende behandler. Som nevnt er det ikke nok empirisk kunnskap om langtidseffektene ved den medisinske behandlingen. Dette kombinert med kravet om evidensbasert behandling vil støtte denne posisjonen. Denne posisjonen kan imidlertid kritiseres for at behandlerne får en slags «portvokterfunksjon», der pasienter må overbevise om at deres opplevelse er reell. Dette kan være problematisk da det ikke finnes noen objektiv måte å avgjøre noens kjønnsidentitet på (Aaserud, 2021). Denne posisjonen vil også kunne bli kritisert for å undervurdere skadene av å ikke få leve som sitt autentiske jeg. Teorier som vil kunne støtte en slik posisjon vil være mer prosessorienterte, ikke-lineære modeller da de forklarer en mer dynamisk utvikling over tid. Slike teorier åpner opp for at kjønnsidentitet ikke er like etablert i tidlig barndom som tidligere tenkt.

**Tredjeposisjon.** Dette er en hypotetisk posisjon som ikke er knyttet direkte til noen av de nevnte behandlingsmodellene. Vi tenker oss en behandler som inntar en slik posisjon er sterkt påvirket av de alternative teoriene som tar et radikalt sosialkonstruksjonistisk standpunkt. Vi kan se for oss at en slik behandler vil vektlegge bekreftende strategier, der man støtter pasienten i det kjønnsuttrykket de har. Fokuset

ville da mulig være på å «gjøre kjønn» heller enn å finne ut hvilket kjønn man er. En slik behandler vil trolig kritisere tradisjonell behandling for å være rettet mot individet, og slik implisere at det er individet som det er noe galt med, i stedet for å jobbe med samfunnet og opponere mot trange kjønnsnormer. Dersom behandling skulle tilbys kan man tenke seg at dette ikke ville vært tradisjonell medisinsk behandling, men i stedet psykoterapi med fokus på å tilrettelegge for at individet kan leve ut sin kjønnsopplevelse på sin egen måte. Når det kommer til ikke-skadeprinsippet ser vi for oss at en slik posisjon trolig vil vekke de psykologiske skadevirkningene av å ikke kunne leve som seg selv. En innvending mot denne posisjonen er at det er et stort ansvar å legge på en så sårbar gruppe. Man kan argumentere for at dette er en posisjon som kan tale de ressurssterkes sak og kan derfor stå i fare for å bli en nærmest elitistisk posisjon. I tillegg kan denne posisjonen undervurdere verdien av å tilhøre en gruppe, som ifølge minoritetsstresshypotesen er en resiliensfaktor (Jessen, 2021b). Forskning som kan støtte denne posisjonen er blant annet Egan & Perry og deres forskning på sammenhengen mellom ikke-kjønnskonformitet og psykososial tilpasning. Egan & Perry hevder at det ikke er det å være ikke-kjønnsnormativ i seg selv som fører til ubehag knyttet til kropp og identitet, men at problemet oppstår når de møter sterkt press for kjønnskonformitet blant annet gjennom eksponering for stereotypiske forestillinger av kjønn (Egan & Perry, 2001).

Det er ikke et mål å fremme en posisjon som «bedre» enn de andre da alle har valide argumenter for sitt perspektiv. Det er heller ikke et mål å fremstille dem som definitive posisjoner eller gjensidig utelukkende. Slik vi vurderer det ser vi for oss at oppgaven for alle behandlere vil være å triangulere disse posisjonene og tilpasse dette i hvert enkelt pasientmøte.

### ***5.2.2 Normative idealer versus relativisme***

De siste 20 årene har samfunnsmessig endringer, deriblant internett og sosiale medier, ført til en større bredde i kjønnsmodeller og representasjon som vi eksponeres for. Dette er noe de fleste teoriene trekker frem som betydningsfullt for kjønnsidentitetsutviklingen. Tilsynelatende kunne man tenke seg at det er «lettere» å finne sin kjønnsidentitet i dag nettopp fordi det er et så stort mangfold av modeller og fordi vi beveger oss mot en mer aksepterende og dimensjonal kjønnsforståelse. Til tross

for dette rapporterer psykologer som jobber med kjønnsstatistikk blant unge, at pasientene opplever en forventning om både å være autentisk i sitt kjønn, samtidig som det også forventes at de følger normative, binære kjønnsroller og atferd (Jessen & Roen, 2019). Dette indikerer at det fortsatt er utfordrende og forvirrende å utforske sin kjønnsidentitet i dag. Bandura gir en mulig forklaring på dette ved å hevde at et bredere mangfold av modeller og mindre rigide kjønnsroller setter større krav til den unges evner til å trekke ut, veie og integrere informasjon fra flere, ulike kilder (Bandura & Bussey, 1999). Slik argumenterer han for at det å vokse opp i et egalitært samfunn kan gjøre prosessen med å utforske egen kjønnsidentitet vanskeligere.

Et annet perspektiv på det «motstridene» presset om å både være autentisk og samtidig konform henter vi fra Lacan og Butler. I henhold til Lacan vil det å i det hele tatt tenke seg at man kan ha et autentisk selv, være en blindvei. Det kan tenkes at Lacan og Butler vil kritisere dagens behandling for å være binær, det vil si at utredning og utfall av behandling er orientert rundt å finne sin plass i én av to alternativer. Butler og queer theory vil trolig problematisere at det i det hele tatt finnes normative idealer for kjønn (Nadal & Scharrón-del Río, 2021). Det kan tenkes at de vil hevde at kjønnsbekreftende behandling der en endrer kroppen i en maskulin eller feminin retning vil være en form for konformitet til det binære. Med den nye diagnoseendringen kan man si at behandlingen ikke er like binær som den tidligere har vært. Pasienter har nå krav på en mer individualtilpasset behandling, og man kan argumentere for at man nå beveger seg mot en mer relativistisk holdning til kjønnsbehandling. Vi anerkjenner samtidig at dette er med på å komplisere vurderingene for behandlere ytterligere.

### ***5.2.3 Sterke og svake vurderinger***

Den offentlige debatten rundt behandling kan beskrives som polarisert og til tider også affektladet. På den ene siden har man pasientene, deres familier og brukerorganisasjoner som ønsker desentraliserte, raskere og individtilpassede behandlingstilbud. På den andre siden har man behandlere som skal vekte enkeltindividets ønsker og sosiopolitisk press opp mot medisinske vurderinger av forsvarlighet (Wæhre, 2021). I det følgende vil vi anvende den kanadiske filosofen Charles Taylors begreper om sterke og svake vurderinger i et forsøk på å forstå hvorfor situasjonen rundt behandling har blitt slik. Vi velger å bruke Taylor da han knytter spørsmål om identitet og etikk nært sammen (Svendsen, 2019). Ifølge Taylor er sterke vurderinger knyttet til eksistens og forestillinger om hva slags person man ønsker å være.

Svake vurderinger handler om utfall av en handling og om et middel vil føre til et ønsket mål (Svendsen, 2019). Det er viktig å poengtere at ordene sterk og svak i denne sammenheng ikke refererer til styrken i vurderingen. Det er heller ikke synonymt med «gode» og «mindre gode» vurderinger. I stedet viser det til grad av eksistensiell nærhet. Taylor hevdet sterke vurderinger er nært knyttet til eksistensielle spørsmål slik som hva slags person man ønsker å være og hva som gjør livet meningsfullt og verdt å leve. Slike vurderinger er derfor nært knyttet opp mot vår identitet og våre verdier. Svake vurderinger beskjeftiger seg derimot ikke med eksistensielle spørsmål, men er i stedet mer sentrert rundt handling og utfall, altså hvorvidt et gitt middel vil føre til et ønsket mål. For enkelthetens skyld vil vi i dette tilfellet diskutere videre vurderingen av å tilby medisinsk behandling versus å ikke tilby noen form for medisinsk behandling. Vi vil argumentere for at det i en behandlingssituasjon vil skje vurderinger på ulike nivåer og av ulik type. Valget mellom å tilby medisinsk behandling eller ikke, vil for en behandler kunne sees på som en svak vurdering da det ikke direkte berører eksistensielle temaer for behandleren, men i stedet ens rolle som behandler. For pasienten vil det å ta imot medisinsk hjelp imidlertid være en sterk vurdering da det er knyttet opp mot eksistensielle spørsmål slik som; «får jeg være den jeg opplever å være?» og vurderinger av ens egen livskvalitet med og uten behandling. Det er viktig å påpeke at dette ikke betyr at de to utgjør absolutte posisjoner i den betydning at en behandler ikke også vurderer pasientens livskvalitet eller at pasienten ikke gjør vurderinger om behandlingen vil føre en nærmere ønsket kjønnsuttrykk.

Behandlere og pasienter vil ikke bare ta disse vurderingene ut ifra ulik grad av eksistensiell nærhet, men også fra ulike maktposisjoner. Selv om disse vurderinger rundt behandling ikke tas isolert, men involverer dialog mellom partene, så er det til syvende og sist behandler som tar beslutningen om å tilby behandling eller ikke. Et relevant spørsmål å stille seg blir da på hvilken måte denne asymmetrien vil påvirke behandlingssituasjonen og relasjonen mellom pasient og behandler?

Det at behandler er den med tilgang på ressursene og midlene til «løsningen» på pasientens eksistensielle spørsmål, kan man tenke seg presser pasienten inn i en posisjon der hen må overbevise behandler om styrken og stabiliteten i sitt ønske om kjønnsbekreftende behandling. Dette fokuset på å formidle sin sikkerhet kan kanskje stenge ute og begrense utforskning av ambivalens og alternative forståelser. Samtidig kan dette sette behandler i en posisjon som «dommer», som kan oppleve en slags berøringsangst knyttet til utforskende spørsmål da dette kan oppleves for pasienten som

en trussel mot deres identitet og eksistens. Slik kan en tenke seg at utforskningsrommet kan bli trangere, dialogen spissere og mer affektladet.

Behandler og pasient skiller seg også fra hverandre i hvilken informasjon de baserer disse vurderingene på. Forenklet sett vil pasienten sitte med informasjon om sin subjektive opplevelse i tillegg til sine forestillinger, vurderinger og ideer om livet med eller uten behandling. Behandler vil imidlertid sitte på informasjon om forskning, behandling, risiko og teoretisk kunnskap. Denne informasjonen må veies og integreres opp mot informasjon fra pasienten, lover og regler om forsvarlig medisinsk behandling samt etiske prinsipper. I tillegg skiller denne behandlingssituasjonen seg fra flere andre ved at behandlere blir bedt om å utføre behandling på en frisk kropp, og på et tynnere empirisk grunnlag. Kanskje kan man si at pasienten må bære mer av overbevisningen og behandler må bære mer av usikkerheten?

Trolig har både pasient og behandler det samme overordnede målet: at pasienten skal få det godt. Man kan argumentere for at et «godt» behandlingsutfall kan vurderes ut ifra hva man ønsker å oppnå, men også hva man ønsker å unngå. Slike vurderinger vil være knyttet til vekting av de helsefaglige prinsippene om å *ikke gjøre skade og å gjøre godt*. Behandler og pasient vil trolig begge inkludere disse i vurderingen, men kanskje er det slik at de vekter dem ulikt? En pasient vil naturlig nok også ønske å unngå skade, men kanskje i større grad vektlegge hva som kan oppnås, og kanskje også den skaden det er for personen å bli nektet behandling og ikke få leve som sitt autentiske selv. En behandler er først og fremst pålagt å ikke gjøre skade og må vurdere potensielle medisinske konsekvenser, samt psykologisk skade ved angring. Kanskje vil dette føre til at behandler i større grad vektlegger unngå-aspektet ved behandling?

Vi har i denne delen forsøkt å fremheve kompleksiteten ved disse vurderingene. Vi vil argumentere for at det eksisterer en asymmetri mellom pasient og behandler når det kommer til vurderingsform, maktposisjon og hvilken informasjon de baserer sine beslutninger på. Denne asymmetrien kan kanskje være med på å forklare hvorfor den offentlige debatten rundt behandling i dag er polarisert og affektladet.

## 6

## Avslutning

Samfunnsmessige endringer og forskning de siste årene har ført til at vi har fått en forståelse av kjønn som mer mangfoldig og komplekst enn antatt for 70 år siden. Bakgrunnen for denne oppgaven har vært å samle teoretisk forståelse på feltet og se om dette kan bidra til å støtte behandlere i møte med en voksende, mer heterogen pasientgruppe. I oppgaven vår har vi delt inn de sentrale teoriene i tre grupper; eldre utviklingsteorier, nyere utviklingsteorier og alternative teorier. Felles for de nyere og eldre teoriene er at de har et utviklingsperspektiv, det vil si at kjønnsidentiteten ikke er ferdig formet ved fødsel, men utvikles over tid via aktiv interaksjon med det sosiale miljøet. Flere av de eldre teoriene beskriver utviklingen lineært, det vil si at kjønnsidentitet utvikles gjennom stadier, hvor det er en bestemt rekkefølge og et mer eller mindre definert endepunkt, som er et stabilisert binært «sluttpunkt». Slike teorier har som fordel at de har en viss predikasjonssevne når det gjelder «normativ» utvikling, men kommer til kort med å forklare andre former for utvikling. De omtaler dette i stedet som avvik. De nyere teoriene har også et utviklingsperspektiv, men har i større grad en prosesstilmærming og kan beskrives som ikke-lineære. I det ligger det at de åpner opp for interaksjon mellom mange faktorer, noe som kan gi mer variasjon i utfall. Disse teoriene setter imidlertid noen rammer for utviklingen, men det er ikke en like definert rekkefølge og det er mer dynamisk innad i stadiene. De alternative teoriene beskriver ikke i like stor grad en utvikling, men diskutere i stedet mer hva kjønnsidentitet er. Gjennom en radikal sosialkonstruksjonistisk posisjon utfordrer de ideen om at det eksisterer en indre essens som kjønnsidentiteten kan utvikles ut ifra. En felles mangel i alle teoriene, med unntak av biologiske teorier, er at ingen av dem trekker ungdomstiden frem som en viktig periode i kjønnsidentitetsutviklingen. Likevel impliserer erfaring fra klinikk og kliniske studier at dette sannsynligvis er en viktig periode for utviklingen i kjønnsidentitet. Dermed blir dette en såkalt «missing link» i teoriene. Felles for alle teoriene er at de trekker inn at det sosiale miljøet påvirker kjønnsidentitetsutviklingen. Utviklingsteoriene beskriver denne påvirkningen gjennom proksimale mekanismer slik som identifikasjon og internalisering, der motivasjonen ofte er knyttet opp mot å opprettholde et konsistent og positivt selvilde. En annen proksimal mekanisme som trekkes frem av alle teoriene er at denne utviklingen innebærer en form for aktiv læring, der individet får «kjønnskunnskap» ved å interagere med omgivelsene. Flere av teoriene kobler kjønnsidentitetsutviklingen til mer

universelle utviklingsprosesser, slik som kognisjon og språk. Teoriene skiller seg fra hverandre i hvor stor grad de inkluderer distale, biologiske faktorer.

Felles for punktene vi har diskutert under likheter og ulikheter er at de kan fortelle oss noe om stabilitet og endring. Det å se teoriene samlet på «årsaksnivå» og i lys av en distal og proksimal ramme, kan gi oss en mer integrert forståelse av kjønnsidentitetsfenomenet. Vi argumenterer for at de proksimale og distale faktorene som trekkes frem i teoriene kan utfylle hverandre, og gi en mer kontinuerlig forståelsen av utviklingen. Et sosialkonstruktivistisk og essensialistisk perspektiv belyser at det er en interaksjon mellom miljøet og biologien. Det er også et viktig rammeverk for å forstå utviklingen av dagens kjønnsforståelse. Vi har forsøkt å forstå den polariserte og ofte affektladete debatten som eksisterer på feltet gjennom Taylors begreper om sterke og svake vurderinger. Vi argumenterer for at noe av grunnen til den affektladete debatten kan forklares av asymmetrien som eksisterer i relasjonen mellom behandler og pasient. Denne asymmetrien er blant annet knyttet til at behandler og pasient foretar vurderinger som er av ulik natur, men også fra ulike maktposisjoner. For pasienten kan man argumentere for at spørsmålet om behandling er et mer eksistensielt spørsmål, altså en sterk vurdering, mens for behandler vil denne vurderingen kunne klassifiseres som svak, da den ikke er like nært knyttet til eksistens. For behandler vil en slik vurdering være svært komplisert da den innebærer en vektning av flere hensyn; etiske prinsipper, manglende empiri og sosiopolitisk press. I vår oppgave har vi også diskutert behandling ut ifra tre hypotetiske posisjoner vi tenker en behandler kan innta: aktiv-intervenerende, prosessorientert og tredje posisjon. Det har ikke vært et mål å argumentere for at den ene posisjonen er bedre enn de andre. I stedet tenker vi at premissene som ligger til grunn for hver posisjon er valide og at det må heller vurderes individuelt i hvert tilfelle hvilken posisjon en behandler bør innta. Vi vil argumentere for en integrert og individualtilpasset tilnærming, der behandler har ansvar for å triangulere de ulike perspektivene. Vi anerkjenner imidlertid at dette er en kompleks oppgave for behandlere. En nysgjerrig, utforskende holdning som behandler vil kunne bane vei for å finne ut hva som vil være det beste for den aktuelle pasienten. Man kan tenke seg at begrensninger som eksisterer både i teori og empiri på feltet, stiller enda høyere krav til dialog mellom behandler og pasient, og dette igjen fordrer et åpent utforskningsrom.

- Aaserud, R. (2021). Kjønnssinkongruens hos ungdom: hvordan kan man forstå ungdom som er usikre på egen kjønnsidentitet? (Vol. 1). Gyldendal
- American Psychological Association (u.å). APA Dictionary of Psychology. Hentet fra [https://dictionary.apa.org/nonlinear\\_model](https://dictionary.apa.org/nonlinear_model)
- Alexander, G.M. (2003). An evolutionary perspective of sex-typed toy preferences: Pink, blue, and the brain. *Archives of Sexual Behavior*, 32(1), 7-14. <http://doi:10.1023/a:1021833110722>
- Ashby, M.S & Wittmaier, B.C. (1978). Attitude changes in children after exposure to stories about women in traditional or nontraditional occupations. *Journal of Educational Psychology*, 70(6), 945-949. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.70.6.945>
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R (1997). Writing Narrative Literature Reviews. *Review of General Psychology*, 1(3), 311-320. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311>
- Bem, S. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162. <http://doi.org/10.1037/h0036215>
- Brannon, L. (2016). *Gender – Psychological perspectives*. (6.utg). Routledge, Taylor & Francis Group. New York.
- Bolstad, S.H. (2019). ICD-11. Helse til alle kjønn. Tidsskrift for Norsk psykologforening. ISSN 2703-9528
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychol Rev*, 106(4), 676-713. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.4.676>
- Bustos, V.P., Bustos, S.S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A.J., Ciudad, P., ... & Manrique, O.J. (2021). Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 9(3), e3477. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003477>
- Butler, J. (1999). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge. [https://selforganisedseminar.files.wordpress.com/2011/07/butler-gender\\_trouble.pdf](https://selforganisedseminar.files.wordpress.com/2011/07/butler-gender_trouble.pdf)
- Carter, D.B., & Levy, G.D, (1998). Cognitive aspects of early sex-role development: The influence of gender schemas on preschooler's memories and preferences for sex-typed toys and activities. *Child Development*, 59(3), 782-792. <https://doi.org/10.2307/1130576>
- Chapman, E, et al, (2006). Fetal testosterone and empathy: Evidence from the Empathy Quotient (EQ) and the "Reading the mind in the eyes" Test. *Social Neuroscience*, 1(2), 135-148. <http://doi:10.1080/17470910600992239>
- DeLamater, J. D. & Hyde, J. S. (1998) Essentialism vs social constructionism in the study of human sexuality. *The Journal of sex research*, 35(1).10-18 <https://doi.org/10.1080/00224499809551913>
- Dessens, A.B. et al. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with



- congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual behavior*, 34(4), 389-397.  
<http://doi:10.1007/s10508-005-4338-5>
- de Vries, A.L., Steensma, T.D., Doreleijers, T.A. & Cohen-Kettenis, P.T (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276-88.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943>
- de Vries, A.L., McGuire, J.K., Steensma, T.D., Wagenaar, E.C., Doreleijers, T.A & Cohen-Kettenis, P.T (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696-704. <http://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- Diseth, T. (2008). Barn født med uklar kjønnskarakteristika. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 128(5), 576-580. ISSN 0029-2001
- Egan, S. K., & Perry, D. G. (2001). Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Dev Psychol*, 37(4), 451-463.  
<https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.4.451>
- Elliot, A. (2020) *Concepts of the self*. 4 (utg.) Wiley
- Etaugh, C., & Liss, M.B, (1992). Home, school, and playroom: training grounds for adult gender roles. *Sex Roles: A Journal of Research*, 26(3-4), 129-147.  
<https://doi.org/10.1007/BF00289754>
- Fausto-Sterling, A. (2021). A Dynamic Systems Framework for Gender/sex Development. From sensory input to subjective certainty in Toddlerhood. *Front. Hum. Neuroscience* 15(613789). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.613789>
- Fellugo, D. (2002, 17.juli). «Modules on Butler: On Gender and Sex”. Introductory Guide to Critical Theory.  
<https://cla.purdue.edu/academic/english/theory/genderandsex/modules/butlergendersex.html>
- Ferguson, A. (2021) *Intersectional Approaches to Queer Psychology*. I K. Nadal. & M. R. Scharrón-del Río. *Queer Psychology: intersectional perspectives*. Springer Nature. Switzerland.
- Frew, T., Watsford, C. & Walker, I. (2021). Gender dysphoria and psychiatric comorbidities in childhoods: a systematic review. *Australian Journal of Psychology*, 73(3), 255-271.  
<https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1900747>
- Frings, D (2018) *Social psychology* (1.utg) Routledge, London
- Goldstein, J.M. et al. (2001). Normal sexual dimorphism of the adult human brain assessed by in vivo magnetic resonance imaging. *Cerebral cortex*, 11(6), 490-497.  
<http://doi:10.1093/cercor/11.6.490>
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations: A Narrative Review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(2), 303–321.  
<https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>
- Guillamon, A., Junque, C & Gómez-Gil, E. (2016). A Review of the Status of Brain Structure

- Research in Transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1615-48  
<http://doi:10.1007/s10508-016-0768-5>
- Gulgoz, S., Glazier, J. J., Enright, E. A., Alonso, D. J., Durwood, L. J., Fast, A. A., ... & Olson, K. R. (2019). Similarity in transgender and cisgender children's gender development. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 116(49), 24480-24485.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.1909367116>
- Gullestad., S. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Gur, R.C. et al. (1999). Sex differences in gray and white matter in healthy young adults: correlations with cognitive performance. *The Journal of Neuroscience*, 19(10),4065-72.  
<http://doi:10.1523/JNEUROSCI.19-10-04065.1999>
- Heenen-Wolf, S. (2021). Gender and transgender: a metapsychological contribution to the genesis of the sexual ego. *International Journal of Psychoanalysis*, 102(3), 464-478.  
<https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1846457>
- Helsedirektoratet (2021, 09.juni) *Nasjonalt faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens*. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjønnsinkongruens>
- Heylens, G. et al. (2012). Gender identity disorder in twins: a review of the case report literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 751-757.  
<http://doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02567.x>
- Hines, M. (2010). Sex-related variation in human behavior and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(10), 448-456.<https://doi:10.1016/j.tics.2010.07.005>
- Hines, M. (2020). Neuroscience and Sex/Gender: Looking Back and Forward. *J Neurosci*, 40(1), 37-43.<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0750-19.2019>
- Hines, M. et al. (2004). Androgen and psychosexual development: core gender identity, sexual orientation and recalled childhood gender role behavior in women and men with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *Journal of Sex Research*, 41(1), 75-81.  
<http://doi:10.1080/00224490409552215>
- Huston, A.C (1983). The development of sex typing: Themes from recent research. *Developmental Review*, 5(1), 1-17. [https://doi.org/10.1016/0273-2297\(85\)90029-0](https://doi.org/10.1016/0273-2297(85)90029-0)
- Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *Am Psychol*, 60(6), 581-592.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.581>
- Idle, T., Wood, E., & Desmarais, S. (1993). Gender role socialization in toy play situations: mothers and fathers with their sons and daughters. *Sex Roles: A Journal of Research*, 28(11-12), 679-691. <http://doi.org/10.1007/BF00289987>
- Jessen, R.S & Roen, K. (2019). Balancing in the margins of gender: exploring psychologist's meaning-making on their work with gender non-conforming youth seeking puberty suppression, *Psychology & Sexuality*, 10(2), 119-131.  
<https://doi.org/10.1080/19419899.2019.1568290>
- Jessen, R.S. (2021a). Inside out and outside in: Towards a clinical and dialectical model of gender dysphoria amongst transgender and gender non-conforming youth. University of Oslo.

- Jessen, R.S. (2021b, 31. desember) Minoritetsstress. I *Store norske leksikon* [https://snl.no/Judith\\_Butler](https://snl.no/Judith_Butler)
- Jessen, R.S & Sandberg, K. (2021) Psykologisk og medisinsk behandling av barn og ungdom med kjønnsinkongruens – en fagetisk og menneskerettslig diskusjon. I A. Hellum & A. Sørli (Red). *Retts, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk*. Gyldendal
- Jessen, R.S. (2022, 3. januar) Judith Butler. I *Store norske leksikon* [https://snl.no/Judith\\_Butler](https://snl.no/Judith_Butler)
- Joel, D., Berman, Z., Tavor, I., Wexler, N., Gaber, O., Stein, Y., ... & Assaf, Y. (2015). Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 112(50), 15468-15473. <https://doi.org/10.1073/pnas.1509654112>
- Joel, D. (2021). Beyond the binary: Rethinking sex and the brain. *Neurosci Biobehav Rev*, 122, 165-175. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.11.018>
- Joel, D., Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. (2020). The Complex Relationships between Sex and the Brain. *Neuroscientist*, 26(2), 156-169. <https://doi.org/10.1177/1073858419867298>
- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N.M., Rischel, K.E., Frisé, L., ... & Wæhre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1). <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. I E. Maccoby (Red.), *The Development of Sex Differences*. Stanford University Press.
- Kreukels, B. & Guillamon, A. (2016). Neuroimaging studies in people with gender incongruence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 120-128. [http://doi:103109\(09540261.2015.1113163](http://doi:103109(09540261.2015.1113163)
- Krieger, N (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221-230) <https://doi.org/102105/AJPH.2007.111278>
- Kruijver, F. et al (2000). Male to female Transsexuals have Female Neuron Numbers in a Limbic Nucleus. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(5), 2034-41. <http://doi:10.1210/jcem.85.5.6564>
- Kuo, J. H., Albaladejo Carrera, R., Cendra Mulyani, L., Strong, C., Lin, Y. C.,... & Lin, C. Y. (2021). Exploring the Interaction Effects of Gender Contentedness and Pubertal Timing on Adolescent Longitudinal Psychological and Behavioral Health Outcomes. *Front Psychiatry*, 12, 660746. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.660746>
- Kyriakou, A., Nicolaidis, N.C. & Skordis, N. (2020). Current approach to the clinical care of adolescents with gender dysphoria. *Journal of Biomedical Science*, 91(1), 165-175. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9244>
- LaPlanche, J., & Pontalis, J.P. (1988) The language of psycho-analysis (D.Nicholson-Smith, trans.) W.W Norton & Company.
- Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry*, 28(1), 21-35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844>

- Lilleeng, S. & Kringstad, K. (2022, 3. april). Sverige har strammet inn behandling til unge transpersoner. I Norge går vi motsatt vei. *NRK*.  
<https://www.nrk.no/trondelag/hormonbehandling-og-pubertetsblokkere-til-transpersoner-sverige-strammer-inn-norge-gar-motsatt-vei-1.15874823>
- Lobel, T.E., & Menashri, J. (1993). Relations of conceptions of gender-role transgressions and gender constancy to gender-typed toy preferences. *Developmental Psychology*, 29(1), 150-155. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.1.150>
- Luders, E. et al. (2006). Gender effects on cortical thickness and the influence of scaling. *Human Brain Mapping*, 27(4), 314-324. <http://doi:10.1002/hbm.20187>
- Mathews, G.A. et al. (2009). Personality and congenital adrenal hyperplasia: Possible effects of prenatal androgen exposure. *Hormones and Behavior*, 55(2), 285-291.  
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2008.11.007>
- McGhee, P.E., & Frueh, T. (1980). Television viewing and the learning of sex-role stereotypes. *Sex Roles: A Journal of Research*, 6(2), 179-188. <https://doi.org/10.1007/BF00287341>
- Mellingen, H.I (2013) *Fra smertespråk til lykkenormativitet: kjønn, seksualitet og religiøs identitet i et performativitetperspektiv* [Doktorgradsavhandling, Universitet i Agder]  
[https://uia.brage.unit.no/uiaxmlui/bitstream/handle/11250/139461/Mellingen\\_Avhandling\\_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://uia.brage.unit.no/uiaxmlui/bitstream/handle/11250/139461/Mellingen_Avhandling_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Mikkola, M (2022, 18. januar). Feminist Perspectives on Sex and Gender. I Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-gender/>
- Morandini, J.S., Kelly, A. de Graaf, N.M., Charmichael, P. & Dar-Nimrod, I.D (2021). Shifts in demographics and mental health co-morbidities among gender dysphoric youth referred to a specialist gender dysphoria service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*  
<https://doi.org/10.1177/13591045211046813>
- Morgenroth, T. & Ryan, M.K. (2018). Gender Trouble in Social Psychology: How Can Butler's Work Inform Experimental Social Psychologist's Conceptualization of Gender? *Front.Psychol.* 9:1320. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01320>
- Mueller, S. C., Guillaumon, A., Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Uribe, C., . . . & Luders, E. (2021). The Neuroanatomy of Transgender Identity: Mega-Analytic Findings from the ENIGMA Transgender Persons Working Group. *J Sex Med*, 18(6), 1122-1129. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079>
- Mitchell, S.A. & Black, M.J (2016) *Freud and Beyond*. Basic Books, Persus Book Group, New York.
- Nadal, K., Scharrón-del Río, M. R., (2021) Introduction to Queer Psychology. I K. Nadal. & M. R. Scharrón-del Río. *Queer Psychology: intersectional perspectives*. Springer Nature. Switzerland.
- Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (2021, 29. april). Kjønnsinkongruens – utredning og behandling av barn og unge under 18 år  
<https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/kjonnsinkongruens-utredning-og-behandling-av-barn-og-unge-under-18-ar>
- National Geographic (2017) *Gender Revolution* Hentet fra

<https://www.nationalgeographic.com/magazine/issue/january-2017>

- Pasient organisasjonen for kjønnsinkongruens (u.å). Grunnleggende begreper og termer. Hentet fra <https://kjonnsinkongruens.no/ressurser/begreper/>
- Puzio, A., Forbes, A (2021). Gender Identity as a Social Developmental Process. In: Nadal, K.L., Scharrón-del Río, M.R (red) *Queer Psychology: intersectional perspectives*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-74146-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-74146-4_3)
- Ramirez, K., Fernandez, R., Collet, S., Kiyar, M., Delgado-Zayas, E., Gomez-Gil, E., ... & Pasaro, E. (2021). Epigenetics Is Implicated in the Basis of Gender Incongruence: An Epigenome-Wide Association Analysis. *Front Neurosci*, 15, 701017. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.701017>
- Ristori, J. & Steensma, T.D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Ristori, J., Cocchetti, C., Romani, A., Mazzoli, F., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Brain Sex Differences Related to Gender Identity Development: Genes or Hormones? *Int J Mol Sci*, 21(6).<https://doi.org/10.3390/ijms21062123>
- Rutherford, A. (2021). *Psychology at the intersections of Gender, Feminism, History, and Culture* (Elements in psychology and culture). Cambridge: Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/9781108751094>
- Savage, R. & Greenhalgh, H. (2020, 1. desember). UK court rules against trans clinic over treatment for children. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-britain-lgbt-transgender-trfn-idUSKBN28B3AV>
- Slagstad, K. (2021a) Transkjønn i medisinen – en historie om diagnoser mellom stigma og omsorg. I A. Hellum & A. Sørli (Red). *Rett, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk*. Gyldendal
- Slagstad, K. (2021b). The political nature of sex – Transgender in the history of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 308(11), 1070-1074). <https://doi.org/10.1056/NEJMms2029814>
- Siegler, R., Eisenberg, N., Saffran, J. R., Gershoff, E. T., Campbell, L. (2020) *How children develop*. (6.utg). Worth Publishers, Macmillan International Higher Education.
- Starr & Zurbriggen (2016). Sandra Bem's Gender Schema Theory After 34 years: a review of its reach and impact. *Sex Roles*, 76(9-10), 566-578 <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0591-4>
- Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P., Beekman, A.J & Cohen-Kettenis, P.T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582-90. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Stoller, R. (1974). *Sex and gender: the development of masculinity and femininity* (Vol.1) Jason Aaronson.
- Stoller, R. (1985). *Presentations of gender*. Yale University Press.
- Sumia, M., Lindberg, N., Tyolajarvi, M., & Kaltiala-Heino, R. (2016). Early pubertal timing is

common among adolescent girl-to-boy sex reassignment applicants. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 21(6), 483-485. <https://doi.org/10.1080/13625187.2016.1238893>

Svartdal, F. (2020, 12. juni). Psykososial. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/psykososial>

Svendsen, L.F.H (2019, 22. august) Taylor, Charles – forfatterskapet. Hentet fra: <https://civitav2.prod10.dekodes.no/bokanmeldelse/taylor-charles-forfatterskapet/>

Ūrsin, L (2021, 30. november) De fire prinsipper. I *Store norske leksikon*. [https://sml.snl.no/de\\_fire\\_prinsipper](https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper)

World Health Organization (u.å) *Gender and health*. [https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1)

Wæhre, A- Schorkopf. M (2019) Kjønnsvariasjon, medisinsk behandling og vårt ansvar. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 139(7). DOI:10.4045/tidsskr.19.0178

Wæhre, A (2021) Medisinsk perspektiv på behandling av medfødt variasjon i kroppslig kjønnsutvikling og kjønnsinkongruens hos barn og unge. I A. Hellum & A. Sørli (Red). *Rett, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk*. Gyldendal

Wæhre, A. (2022, 7.februar). Får Oda det bedre som Ola? Nå skal 1200 pasienthistorier kartlegges. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/Kzk5gG/faar-oda-det-bedre-som-ola-naa-skal-1200-pasienthistorier-kartlegges>

Zucker, K. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*, 14(5). <https://doi.org/10.1071/SH17067>

Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., ... & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLOS ONE*, 13(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>