



Til Dansk Psykiatrisk Selskab

4/8-2010

Vedrørende *Vejledning om kastration med henblik på kønsskifte* og B168

LGBT Danmark, Landsforeningen for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner er blevet opmærksom på, at I tilbage i 2006 udsendte et høringssvar (1) vedrørende *Vejledning om kastration med henblik på kønsskifte*, hvori I bemærkede at det er ønskeligt at lempe kravene for anerkendelse af juridisk kønsskifte. Ligeledes bemærkede I, at kriterierne diskriminerede transkvinder (MTK).

LGBT Danmark vil gerne benytte denne lejlighed til at gøre jer opmærksom på, at *Beslutningsforslag B168 om forbedring af transkønnedes rettigheder* (2) - herunder bl.a. en lempelse af adgangen til juridisk kønsskifte - i øjeblikket behandles af sundhedsudvalget.

Kønskriterierne

Landsforeningen har ligesom Dansk Psykiatrisk Selskab bemærket, at der diskrimineres imellem kønnene dels derved, at anerkendelse som kvinde i følge vejledningen forudsætter penectomi, hvorimod anerkendelse som mand ikke tilsvarende forudsætter vaginectomi. Et andet forhold er, at der i følge en operationsstatistik fra Sundhedsstyrelsen blev foretaget 5520 - 5676 hysterectomier og 5451 - 6131 operationer på ovariet årligt i perioden 1996 - 1999 (3). Kravene for anerkendelse som mand kan således opfyldes uden frygt for operationskomplikationer forårsaget af manglende ekspertise med indgrebene. Til sammenligning har Thorkil Sørensen og Preben Hertoft oplyst, at der blev givet tilladelse til 40 kastrationer med henblik på kønsskifte fra mand til kvinde i perioden 1951 - 1977, hvilket svarer til 1,5 tilladelser om året (4). Det fremgår ikke om alle benyttede tilladelsen. I et follow-up studium noterer Thorkil Sørensen i tabel 8 antallet af alvorlige operationskomplikationer (5). Hvis vi ser bort fra lettere eller forbigående vandladningsforstyrrelser og postoperative smerter kan det udledes, at de 23 transseksuelle kvinder i gennemsnit har haft 2,7 alvorlige operationskomplikationer. Det fremgår af artiklen, at 19 ud af 23 kvinder måtte opereres flere gange og at 7 af kvinderne måtte opereres i neovagina fire eller flere gange! LGBT Danmark har ikke kendskab til hvor mange transseksuelle, der faktisk er blevet opereret i nyere tid i Danmark, men et kvalificeret skøn er at der gennemsnitligt opereres 1 kvinde (MTK) og 2 mænd (KTM) årligt herhjemme. Konsekvensen heraf er, at den kirurgiske erfaring på området er så lille, at transkvinder ikke kan opfylde de krav, der stilles til anerkendelse som kvinde uden at frygte alvorlige operationskomplikationer i processen.

I *Vejledning om kastration med henblik på kønsskifte* fremgår, at hormonstatus bør foreligge, men ordet bør er jo som bekendt ikke absolut. Herved bliver kriterierne endnu mere paradoksale, fordi det betyder at en kvinde, der på grund af radikal cancerbehandling har fået fjernet ovarier og livmoder i følge vejledningen kan anerkendes som mand, hvis hun ønskede det! Omvendt findes der forskellige biologiske interkønnede tilstande, som fx cAIS (complete androgen insensitivity syndrome), hvor en person fødes med XY kromosomer og testes som en mand, men med en krop, der på grund af en mutation i SRY-genet ikke er i stand til at reagere på testosteronproduktionen. Ved ét af naturens luner bliver disse personer født med kvindelige udvendige genitalier og får på grund af testosteroninsensitiviteten ofte et højt, slankt udseende med en hudkvalitet over gennemsnittet, der gør dem særligt egnede som supermodeller og elitesportsudøvere. Tidligere fjernede man testes, når man fandt dem i bughulen, fordi man frygtede senere testikelcancer, men det er man gået bort fra i dag. Det betyder, at der findes kvinder, som aldrig har vidst, at de var interkønnede og har en krop, der af samfundet betragtes som et kvindeligt skønhedsideal samtidig med, at de ikke ville kunne anerkendes som kvinder, hvis de skulle vurderes efter samme kriterier som de transkønnede.

Vejledningen indebærer dermed, at nogle kvinder, der altid har set sig selv som kvinder og er blevet opfattet som sådan af andre kan anerkendes som mænd, mens andre kvinder, der altid har set sig selv som kvinder og er blevet opfattet som sådan af andre ikke kan anerkendes som sådan. Eksemplet med kvinder, der har gennemgået radikal cancerbehandling illustrerer meget fint, at det egentlige kriterium for kønnet bør være den enkeltes subjektive oplevelse af tilhørsforhold til et bestemt køn snarere end et biologisk kriterium. Dette vil i øvrigt være i overensstemmelse med et halvt århundredes erkendelser indenfor psykiatrien (6).

Kastrationskravet

I skriver i jeres tidligere høringssvar, at det bør være et krav at gonaderne er fjernet. Det er landsforeningens opfattelse, at dette er en fejltagelse. Dels fremgår det af ovenstående eksempel med cAIS kvinderne, at der findes personer hvor gonaderne ikke modsvarer det fænotypiske køn og det er derfor vanskeligt at opstille kastration som et kriterium for kønsskifte. (Egentlig er *kønskorrigerende behandling* et bedre ord i overensstemmelse med de nyeste strømninger på området ud fra den betragtning, at man ændrer kroppen, men ikke kønnet idet kønsidentiteten som udgangspunkt anses for at være stabil). Flere forhold taler imod kastration som krav for juridisk kønsskifte:

1. Sundhedsministeren fremhævede i sin tale vedr. B168, at operation skal foretages på medicinsk indikation, men i en ekspertudtalelse til den svenske socialstyrelse fremgår at tilstedeværelsen af testikler ikke udgør nogen helbredsmæssig risiko for transkønnede i hormonel behandling (7, s. 75). Idet transseksualisme grundlæggende er en oplevelse af uoverensstemmelse imellem den transkønnedes kønsidentitet og det tildelte køn betyder det, at der ikke er nogen medicinsk indikation for at fjerne testiklerne hos transkønnede, der ikke selv føler behov for det.
2. Den europæiske menneskerettighedskommisær bemærkede i sin rapport om transkønnede og menneskerettigheder at transkønnede er den eneste befolkningsgruppe, der underkastes et statsligt krav om kastration. Efter hans opfattelse er det en krænkelse af de transkønnedes menneskerettigheder og en praksis, der bør bringes til ophør:

”To require sterilisation or other surgery as a prerequisite to enjoy legal recognition of one’s preferred gender ignores the fact that while such operations are often desired by transgender persons, this is not always the case. Moreover, surgery of this type is not always medically possible, available, or affordable without health insurance funding. The treatment may not be in accordance with the wishes and needs of the patient, nor prescribed by his/her medical specialist. Yet the legal recognition of the person’s preferred gender identity is rendered impossible without these treatments, putting the transgender person in a limbo without any apparent exit. **It is of great concern that transgender people appear to be the only group in Europe subject to legally prescribed, state-enforced sterilisation.**

It needs to be noted that many transgender people, and probably most transsexual persons among them, choose to undergo this treatment, often including the elimination of procreative organs. The treatment is often desired as a basic necessity by this group. However, medical treatment must always be administered in the best interests of the individual and adjusted to her/his specific needs and situation. It is disproportionate for the state to prescribe treatment in a “one size fits all” manner. The basic human rights concern here is to what extent such a strong interference by the state in the private lives of individuals can be justified and whether sterilisation or other medical interventions are required to classify someone as being of the one sex or the other.” (8).

3. Ifølge Adoption & Samfund er der ikke noget i lovgivningen, der forhindrer transseksuelle i at adoptere og med den nye adoptionslovgivning er heteroseksuelle og homoseksuelle sidestillet i adoptionsammenhæng, hvorfor transseksuelle formelt kan adoptere uanset om de lever med partner af samme eller modsat køn. I *Lov om kunstig befrugtning* er der intet, der forhindrer transseksuelle i at deponere kønsceller til senere brug, tværtimod anbefaler *Standards of Care for Gender Identity Disorders* faktisk, at behandlerne drøfter muligheden for deponering af arvemateriale med de transkønnede (9). Endelig er det velkendt, at stigmatisering af persongrupper har en negativ indflydelse på deres mentale trivsel, deraf følger, at social anerkendelse af en transkønnets identitet om noget må forventes at forbedre personens mentale trivsel og forældreevne. Der er derfor ikke noget argument for, at kræve kastration af transkønnede samtidig med, at de uden problemer kan deponere arvemateriale eller godkendes som adoptanter. Slet ikke i betragtning af, at der i dag må forventes at eksistere et antal transkønnede forældre, som kunne opnå en forbedret mental trivsel ved at blive juridisk anerkendt i deres køn - de bliver jo heller ikke mindre forældre af at blive kastreret nu.

4. I udlandet findes flere eksempler på, at man ikke kræver hverken medicinsk vurdering eller behandling forud for eksempelvis ændring af kønsbetegnelsen til et X i passet. Se eksempelvis LGBT Danmarks henvendelse til justitsministeren (10).

5. Som illustreret tidligere er der rigtig mange komplikationer i forbindelse med danske kirurgiske kønskorrektioner, derfor bør alle transkønnede, der ønsker det henvises til operation i udlandet, hvor der er større ekspertise på området typisk i Thailand. Orchiectomi er **kontraindiceret** af den grund, fordi proceduren på sigt kan medføre at scrotum skrumper, hvilket giver mindre tilgængeligt væv til den endelige operation ligesom ar fra proceduren kan føre til mindre vaginal dybde. Nogle kirurger

afviser ligefrem at operere transkønnede, der har fået foretaget orchiectomi andre steder. Andre noterer, at tidligere orchiectomi medfører, at operationen tager en time længere og bliver væsentligt dyrere (11)(12),

6. Overlæge Ellids Kristensen har udtalt: "Sexologisk Klinik møder biologiske mænd og kvinder som primært ønsker kønsskifte med efterfølgende skift af cpr.nr. og navn. Det kan vel ikke udelukkes, at der findes personer, der ville undlade operativt indgreb, hvis de kunne opnå cpr.nr. ændring og navneændring i overensstemmelse med det køn de føler de tilhører." (13) Man må umiddelbart forvente, at de personer, der ansøger om kirurgisk kønskorrektion ud fra et personligt oplevet behov for den får større udbytte af korrektionen end personer, som primært ønsker operationen for at opfylde juridiske krav til anerkendelse af deres person jf. i øvrigt punkt 2.

Operation af transseksuelle

I jeres høringssvar skrev I, at man i moderne behandling af transseksuelle stiler imod mindst mulig *mutilation*. Landsforeningen LGBT Danmark er enige med Selskabet i, at et krav om kirurgisk kønskorrektion ikke bør indgå i betingelserne for ændring af det juridiske kønstilhørsforhold af den grund, at der findes personer, som ikke føler behov for kirurgiske indgreb og disse ikke indirekte bør tvinges til dem og af den grund, at de personer, der selv ønsker kirurgisk kønskorrektion må formodes at have større gavn af den end de personer, der ikke ønsker den. Omvendt mener vi, at det er en grov misforståelse at kalde den kirurgiske kønskorrektion for mutilation og dette finder ikke støtte i forskningslitteraturen eller moderne internationale behandlingsstandarder. På Sexologisk Klinik er der aldrig foretaget forskning i transseksualisme (14) og klinikken har angiveligt aldrig fulgt de internationale behandlingsstandarder (15). Derfor savnes der i høj grad viden om moderne behandling af transseksualisme i Danmark.

I 1976 udgav Georg Stürup et follow-up studium med ti opererede transkvinder, hvori han bemærker, at ni af de ti udtrykte tilfredshed med operationen og den tiende beskrives som *happily married*. Ingen af de opererede udtrykte fortrydelse (16). I den tidligere refererede artikel af Thorkil Sørensen noterer han, at 83% af de opererede på trods af de mange operationskomplikationer oplevede, at de havde det bedre psykisk efter operationen ligesom han anfører, at otte ud af 23 transseksuelle havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling i den periode, hvor de blev vurderet forud for operationen, hvorimod kun én person havde været det siden hen (5). I artiklen skriver han, at der findes en *kernegruppe* med en særlig personlighed, der tåler operation og kan forventes at være tilfredse med den. I lyset af nyere forskning tyder det imidlertid på at det langt mest afgørende for tilfredsheden med kirurgisk kønskorrektion er selve operationsresultatet (17).

Ser man på Thorkil Sørensens artikel i det lys fremgår det, at der i blandt de 23 opererede var 7 personer, der var blevet opereret fire eller flere gange i vagina og 7 personer, der var stærkt utilfredse. Ligeledes ses det, at kernegruppen har oplevet færre operationer end dem, der ikke er i kernegruppen. Sørensen tolker det i retning af, at disse personer af natur er mere tilfredse - og det kan der måske være noget om - men det kan umuligt være hele forklaringen, fordi bl.a. rectovaginale fistler og andre fistler dvs. åbninger imellem endetarmen og vagina eller andre åbninger fx mellem blæren og vagina er væsentligt mere udbredt blandt de personer, der ikke klassificeres i kernegruppen. Således har 44% udenfor kernegruppen imod kun 7% indenfor

kernegruppen oplevet rectovaginale fistler og 66% har oplevet andre fistler eller alvorlige infektioner udenfor kernegruppen imod kun 21% indenfor. Det er vanskeligt at forestille sig, at selv den mest *passivt, submissive* person ikke ville bemærke, hvis der kom sivende urin eller afføring fra vagina. Derfor er der god grund til at tro, at tilfredsheden hos kernegruppen i høj grad hænger sammen med, at de har været mere heldige med deres operationsresultater. Måske er det endda ligefrem sådan, at de ikke brokkede sig netop fordi de havde færre komplikationer og at det, at de ikke brokkede sig af forfatteren blev tolket som om, at de tilhørte gruppen af passivt submissive personer.

Lawrence har foretaget en undersøgelse iblandt 232 transkvinder, der blev opereret med samme teknik og af samme kirurg (17). Ingen af de opererede udtrykte direkte fortrydelse af operationen, men 15 personer havde lejlighedsvis oplevet perioder med fortrydelse. I blandt disse beskrev 8 personer, at de hang sammen med alvorlige operationskomplikationer og 5 personer beskrev, at de hang sammen med fordomme eller udstødelse blandt venner og familie. Hun foretog faktoranalyse på 70 forskellige sammenhænge, der er blevet sat i forbindelse med vurdering af transseksuelles operationsegnethed og fandt en meget stærk sammenhæng imellem den fysiske funktion af den konstruerede vagina og de tre tilfredshedsmål hun undersøgte ($p < 0.0001$), imellem antallet af alvorlige operationskomplikationer og tilfredsheden med resultatet ($p < 0.0001$) og imellem antallet af alvorlige operationskomplikationer og tilstedeværelse af perioder med lejlighedsvis fortrydelse ($p < 0.01$).

I artiklen har hun bl.a. bedt de transkønnede vurdere deres livskvalitet på en skala fra -10 til 10, hvor -10 betyder størst mulig forværring efter operationen og 10 betyder størst mulig forbedring efter operationen. I lighed med de danske transseksuelle vurderer informanterne, at operationen har medført en forbedring i livskvaliteten, men der er stor forskel på vurderingerne afhængig af operationsresultatet. Således vurderer repræsentanter for de første 49 personer, der blev opereret med den nye teknik i gennemsnit deres livskvalitetsforbedring til 5,6 hvorimod de personer, der blev opereret efter de første 255 i gennemsnit vurderer den til 8,1. Tilsvarende vurderer de 68%, der ingen komplikationer har haft deres livskvalitetsforbedring til 8,0 og de 24%, der har haft en enkelt komplikation vurderer den til 7,6. De 2% der har haft tre komplikationer vurderer den til 5,8. Med hensyn til tilfredsheden med indgrebet vurderede de 68%, der ikke havde haft komplikationer den til 9,2 ud af 10, hvorimod de 2%, der havde tre komplikationer vurderede den til kun 3,8. I øvrigt havde de informanter, der var opereret af denne kirurg i gennemsnit 0,4 komplikationer altså i runde tal syv gange færre end dem, der blev opereret i Danmark i følge den tidligere artikel. Kigger man igen på operationsåret var tilfredsheden med indgrebet 6,6 i blandt de første 49 opererede, mens den gennemsnitligt var 8,7 efter de første 255 operationer.

Heraf ses, at de transseksuelle - i lighed med de danske fund - oplever en markant forbedret livskvalitet efter operationen. Imidlertid er der en statistisk meget stærk sammenhæng imellem forbedringen af livskvaliteten og operationsresultatet og derfor bør operationerne kun foretages af kirurger med omfattende erfaring i at foretage dem, hvilket i praksis betyder, at behandlingen af danske transseksuelle bør visiteres til Thailand.

Sammenhængen imellem operationsresultatet og tilfredsheden underbygges af et litteraturreview, hvori tilfredsheden i blandt de opererede transkønnede blandt andet er undersøgt. De to inkluderede studier fra 80'erne noterer at 22 - 49,1% (45,3%) af de opererede er tilfredse eller meget tilfredse og 11 - 25,5% (23,5%) er neutrale. I de tre studier fra 90'erne er 45 - 76% (58,6%) tilfredse og 19 - 45% (33,9%) er neutrale. I de fire inkluderede studier fra 2000-årene er 80 - 88,3% (86,2%) tilfredse med den kirurgiske kønskorrektion og 0 - 10,3% (9,7%) er neutrale. I perioden fra 1990 - 2007 har 0 - 8% udtrykt utilfredshed med operationen, mens 31,1% gennemsnitligt var tilfredse i firserne (18, s. 554). Tal angivet i parentes er vægtede gennemsnit beregnet på baggrund af antallet af informanter i de opførte studier. Der bemærkes en tydelig øgning i tilfredsheden blandt de opererede transseksuelle i løbet af de tre årtier. Derudover bemærkes det, at det studium, der rapporterede om størst utilfredshed samtidig var det ældste studium og det med færrest informanter, hvorimod det studium med størst tilfredshed samtidig var det studium, hvor der indgik flest informanter. Begge dele underbygger tesen om, at en større erfaring med operation af transseksuelle medfører bedre kirurgiske resultater og dermed større tilfredshed hos de transseksuelle.

I en nylig rapport fra den svenske socialstyrelse fremgår:

"Ett antal uppföljningsstudier har påvisat förbättring av könsdysfori, psykologisk funktion, psykiatrisk och sexuell hälsa, livskvalitet och arbetsförmåga och grad av ånger efter hormonell och kirurgisk könskorrigering med mycket få ångerfall (Murad et al 2009, Hembree et al 2009, Johansson, Sundbom, Höjerback och Bodlund 2009, Smith et al 2005, De Cuyper et al 2005, Cohen-Kettenis & Gooren 1999, Eldh et al 1997). I en nyligen genomförd studie på 42 av totalt 60 personer som accepterats för könskorrigering i Lund och Umeå sågs en global förbättring hos flertalet och ingen som ångrade sig efter minst 5 år uppföljning (Johansson, Sundbom, Höjerback och Bodlund 2009)." (7, s. 16)

Idet vi minder om, at Thorkil Sørensen allerede i 1981 skrev, at otte ud af 23 af de opererede havde været indlagt på psykiatrisk afdeling forud for operationen, mens kun én person havde været det efterfølgende (5) vil vi referere til endnu et litteraturreview, hvori det fremgår, at 20% af de transseksuelle har forsøgt selvmord forud for operationen, hvorimod dette er drastisk reduceret efter operationen, således at kun omkring 1% begår selvmord senere. Ligeledes bemærkes det, at kun omkring 1% fortryder operationen:

"Regrets

Immediately after the surgical intervention, certain subjects experience a period of dissatisfaction that can lead to regret. This feeling is generally temporary and most often disappears during the year following the surgical transformation, without necessitating any new interventions [88]. Most often, it results from the confrontation of various difficulties (e.g., post-operative pains, surgical complications, unsatisfactory surgical results, departure of the partner, job loss, family conflicts, etc.). More serious and long-lasting regrets are rare. In a review of the literature, Pfafflin and Junge [89] report less than a percentage of regrets in FM subjects, and from 1% to 1.5% in MF (similar results have been reported by Kuiper: 0.5% in FM, 1.2% in MF subjects [50]) subjects (table II). An examination of the difficulties met by these different subjects reveals three major sources of regret: (1) diagnostic error (certain subjects show clear signs of psychosis); (2) absence of a real life test (the subjects were not part of a

prolonged assessment of the adaptation of their new gender); (3) surgical interventional protocols which are not adequately adapted and the presence of deceiving surgical results (certain subjects had to wait for long periods of time before being able to proceed to the surgical interventional stage; several subjects suffered from surgical results that were aesthetically unsatisfactory and/or not very functional).

Suicide

In the literature, depressed mood, suicidal thoughts, suicidal threats, suicidal attempts, and suicides are often grouped under the general term "suicide" [89] which constitutes a clear source of confusion.

Suicidal attempts

Before surgical transformation, at least 20% of subjects have suicidal tendencies (i.e., suicidal thoughts leading to a suicide attempt) [23,51,104,105,112]. Suicidal attempts can also be observed after the surgical transformation. Most often, they are the consequences of emotional problems [44] or surgical complications (inherent in sexual transformation) [25,56,107] where in this latter case, they do not reappear as long as the surgical problems have been rectified [60,107].

Suicide

Very few studies report suicide in sex change applicants. When it is mentioned, it is most often in cases where the transformation request was refused [64]. On the contrary, Kuiper observed that on average, 1.2% **of suicides in MF** and 0.5% in FM subjects [50] occur after surgical transformation. Other reviews report slightly higher percentages: 1.9% in MF, and 0.8% in FM subjects [65,84]. In their review, Pfafflin and Junge [89] report 16 suicides (from approximately 1000 to 1600 MF and from 400 to 550 FM subjects) after sex change. According to them, these suicides should not be systematically attributed to the sex change. Errors in medication, overdoses, medical complications (not imputable to the surgical transformation [115]), in addition to job loss or the appearance of emotional difficulties [37,44,110] could lead to this fatal issue." (19, s. 355).

Holland er vel nok det land i Europa, der udfører mest forskning vedrørende transseksuelle, når talen falder på moderne behandling må man derfor skele til Free University Medical Centre, Amsterdam's Gender Team, der behandler 95% af de transseksuelle i Holland. De har eksempelvis udgivet en hel volume med forskning i udvælgelseskriterier for transseksuelle operationskandidater og follow-up studier af opererede transseksuelle. I én af artiklerne heri fremgår det, at 58% af ansøgerne i Holland ender med operation. Til trods herfor har kun 2 ud af 188 opererede udtrykt, at de senere fortrød indgrebet, hvilket igen svarer til omkring 1% som tidligere nævnt (20).

Klinikken er desuden pionerer indenfor behandling af unge transseksuelle. I et af de tidligere follow-up studier i blandt gruppen af unge noterer forfatterne:

"Naturally, if a complete reversal of extreme and lifelong cross-gender identity were possible by treatment methods other than SRS, clinicians should refrain from SRS in adolescents, and indeed in older patients. However, the few published case studies of transsexuals (only some of them adolescents) who were "cured" after psychotherapy (Barlow et al., 1973, 1979; Davenport and Harrison, 1977; Dellaert and Kunke, 1969; Kronberg et al., 1981; for a review see Cohen-Kettenis and Kuiper, 1984) do not permit us to draw such conclusions, for several reasons. First,

operationalizations of gender identity differ considerably from report to report. Consequently, treatment success has been evaluated on the basis of diverse and sometimes questionable criteria. Second, few reports mention a long-term follow-up. Clinicians working with transsexuals know that some applicants refrain from SRS, even without psychotherapy, but, many years later, return to continue the procedure. So even the claimed cures might in fact have been postponements of SRS. Finally, the case studies usually describe patients who were highly motivated to "change" their gender identity, a characteristic rarely encountered in most of our applicants.

We believe that non-SRS treatment may be helpful in cases of gender confusion or certain - mild - forms of gender dysphoria. However, we doubt that the reported cases reflect a complete and stable (re)establishment of a gender identity corresponding with genital sex in persons with a lifelong and extreme cross-gender identity. Moreover, despite many years of intensive psychotherapy, permanent gender identity change is, even in the "milder" cases, not always achieved (Dulcan and Lee, 1984; Lothstein, 1980). These considerations have led us and many others to favor SRS as a treatment option for transsexuals. On the basis of the above arguments we also try to explore carefully the treatment boundaries for younger age groups. " (21, s. 2)

På baggrund af omfattende testpsykologisk vurdering, intelligencetest, oplysninger om social trivsel og interviews med de opererede unge noterer forfatterne, at *ingen* udtrykte nogen form for fortrydelse med behandlingen til trods for, at der blev stillet en håndfuld forskellige spørgsmål herom. Artiklen konkluderer "Starting the sex reassignment procedure before adulthood results in favourable postoperative functioning, provided that careful diagnosis takes place in a specialized gender team and that the criteria for starting the procedure early are stringent."

I en anden artikel i samme volume har forskerne sammenlignet langtidseffekten af at operere en gruppe unge transseksuelle to år tidligere end en anden gruppe og noterer:

"Results: Postoperatively the treated group was no longer gender-dysphoric and was psychologically and socially functioning quite well. Nobody expressed regrets concerning the decision to undergo sex reassignment. Without sex reassignment, the nontreated group showed some improvement, but they also showed a more dysfunctional psychological profile." og videre

"Functioning of the Delayed-Treatment Group

The small number of DT [Delayed-Treatment] individuals (n= 6) and the difference in size compared with the T [Treatment] group (n= 20) made adequate statistical analyses not possible. Nevertheless, most mean DT group scores on the tests measuring psychological functioning were higher than the mean T group scores. At pretest the DT group scored higher than the T group on four of the five NVM scales (Negativism: mean = 29.8, SD = 6.0; Somatization: mean = 14.3, SD = 10.3; Shyness: mean = 23.3, SD = 3.2; Psychopathology: mean = 9.3, SD = 4.0), and on six (Anxiety, Agoraphobia, Depression, Inadequacy, Sensitivity, Hostility) of the eight SCL-90 subscales, creating a higher total mean score on Psychoneuroticism (mean = 212, SD = 75.5). At posttest the mean DT scores on the UGS (mean = 39.8, SD = 6.0), the primary BIS (mean = 19.6, SD = 0.6), the NVM Shyness (mean = 17.4, SD = 10.2) and NVM Psychopathology scale (mean = 9.0, SD = 8.0), and the same six SCL-90 subscales and its total score (mean = 182, SD = 88.6), were higher than

the mean T group scores. In sum, the DT group was psychologically functioning more poorly than was the T group at pre- and posttest. At posttest the DT group also showed more gender dysphoria and more body dissatisfaction. However, it is worth remembering that four of the six persons were approached before they had completed the SRS because they were expected to belong to the NT [No-Treatment] group." og

"As for the T[reated] sample, our results were very similar to the results of the earlier retrospective study (Cohen-Kettenis and Van Goozen, 1997). The groups were comparable with respect to various background variables and in both groups gender dysphoria had disappeared after treatment. This, of course, is the main goal of SR. Postoperatively the adolescents were also more satisfied with their primary and secondary sex characteristics than at pretest and they functioned socially and psychologically quite well. Just as in the first study, the adolescents scored in the normal range with respect to psychological functioning. Above all, no one expressed feelings of regret concerning the decision to undergo SRS. Thus, one to five years after surgery, SR does seem to have been therapeutic and beneficial. Compared with 141 adult Dutch transsexuals, the adolescents seemed to fare better (Kuiper and Cohen-Kettenis, 1988)." (22, s, 44-45)

Også de professionelle organisationer for behandling af transeksualisme bakker op om kønskorrigerende kirurgi. Verdensorganisationen for behandling af transeksualisme, WPATH har fremsat en erklæring, hvori de skriver:

"The medical procedures attendant to sex reassignment are not "cosmetic" or "elective" or for the mere convenience of the patient. These reconstructive procedures are not optional in any meaningful sense, but are understood to be medically necessary for the treatment of the diagnosed condition." (23, s. 3) og den amerikanske lægeforening, AMA har vedtaget en resolution, hvori det hedder:

"An established body of medical research demonstrates the effectiveness and medical necessity of mental health care, hormone therapy and sex reassignment surgery as forms of therapeutic treatment for many people diagnosed with GID" (24, pt. 24).

I den internationalt anerkendte vejledning *Standards of Care for Gender Identity Disorders* fremgår:

"Sex Reassignment is Effective and Medically Indicated in Severe GID. In persons diagnosed with transsexualism or profound GID, sex reassignment surgery, along with hormone therapy and real-life experience, is a treatment that has proven to be effective. Such a therapeutic regimen, when prescribed or recommended by qualified practitioners, is medically indicated and medically necessary. Sex reassignment is not "experimental," "investigational," "elective," "cosmetic," or optional in any meaningful sense. It constitutes very effective and appropriate treatment for transsexualism or profound GID. " (9, s. 18). Vejledningen benytter i øvrigt begrebet *genital reconstructive surgery* omkring operationerne.

I en nyere vejledning, *Counselling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones* behandler man ikke direkte de positive effekter af operation, men dog noteres:

"Many clients report a drastic change in their lives after genital surgery. Although changes are often positive, with dysphoria replaced by the euphoria of being able to

live in a way that is more congruent with sense of self, there may be grief over lost time, a feeling of loss of direction, or a mourning for the idealized fantasy of self prior to change (Hansbury, 2005)." (25, s. 17).

og videre

"Doubt, dissatisfaction, or regret immediately after surgery may relate to physical issues (post-operative pain, surgical complications, changes to sexual function), disappointment with the results, or stresses caused by disclosure to loved ones (Lawrence, 2003; Michel, Anseau, Legros, Pitchot, & Mormont, 2002). These type of regrets are typically temporary and resolve spontaneously or with psychotherapeutic assistance (Pfäfflin, 1992), and do not necessarily signify regret relating to cross-gender living. A review of 82 outcome studies published between 1961 and 1991 found that gender dysphoria in the new gender role accompanied by attempts at reversal of surgical/role change was less than 1% among FTMs and less than 1-1.5% among MTF patients (Pfäfflin & Junge, 1992/1998)." (24, s. 31)
I øvrigt bemærkes det, at et af hovedformålene med vejledningen er at guide udvælgelsen af operationskandidater.

Også den amerikanske psykiatriforening APA synes med forslaget til den kommende udgave af diagnosekriterierne i DSM-V at lægge op til, at man opfatter operation som *kønskorrigerende kirurgi* idet arbejdsgruppen på området har omdøbt Gender Identity Disorder til Gender Incongruence, hvormed det forstås, at den transseksuelle er en person, som oplever uoverensstemmelse imellem sin faktiske kønsidentitet og det køn personen blev tildelt (typisk) på grund af genitalia. Formuleringerne i udkastet til DSM-V lægger op til, at dette misforhold kan korrigeres ved nytildeling af kønnet og at en person, der efter en sådan nytildeling har fået skabt balance imellem sit oplevede og tildelte køn ikke længere skal betragtes som transseksuel (26).

På baggrund af et overvældende antal kilder og udtalelser fra flere internationale fagorganisationer må det konkluderes, at kønskorrigerende kirurgi absolut ikke er umoderne. Tværtimod udtalte både WPATH og AMA, at operationen var en særdeles veldokumenteret, højest effektiv og i mange tilfælde medicinsk nødvendig procedure for de transseksuelle. Imidlertid bør den observerede, direkte sammenhæng imellem operationsresultatet og kirurgens erfaring føre til, at kirurgisk kønskorrektio for danske transseksuelle henlægges til udenlandske hospitaler med større ekspertise på området end de danske kirurger. I *Transgender Euro-Study* gav de transkønnede kvinder udtryk for at de ville foretrække operation i Thailand og det synes at være en god anbefaling om behandlingssted på baggrund af antallet af operationer, der foretages der.

Anmodning om støtte

Som anført indledningsvist har landsforeningen LGBT Danmark bemærket Dansk Psykiatrisk Selskabs høringssvar vedrørende *Vejledning om kastration med henblik på kønsskifte*. Vi er enige med Selskabet i, at kriterierne for anerkendelse af juridisk kønsskifte bør lempes ikke mindst ud fra den betragtning, at et behov for kønskorrigerende operationer bør være funderet i de transkønnedes eget udtrykte ønske herom i stedet for at udspringe af en juridisk nødvendighed, fordi dette alt andet lige må forventes at gøre udbyttet af dem bedre. Derudover ønsker vi, som de professionelle fagorganisationer, at bemærke, at der er solid evidens for, at kirurgisk kønskorrektio er en særdeles effektiv og nødvendig behandling for mange transkønnede.

Landsforeningen LGBT Danmark vil sætte stor pris på, hvis Dansk Psykiatrisk Selskab vil afgive en udtalelse til Sundhedsudvalget til støtte for lempelse af kriterierne for anerkendelse af juridisk kønsskifte i anledning af Beslutningsforslag B168, der i øjeblikket udvalgsbehandles. Udvalget kan kontaktes via http://www.ft.dk/Folketinget/udvalg_delegationer_kommissioner/Udvalg/Sundhedsudvalget/SUU_Kontakt.aspx
Hvis Selskabet - i øvrigt i lighed med de tilsvarende forhold for phalloplastik - vil bakke op om landsforeningens ønske om, at vaginoplastik udliciteres til behandling i udlandet vil det være rigtig dejligt.

Undertegnede står gerne til rådighed for spørgsmål i forbindelse med denne skrivelse eller transseksualisme i øvrigt.

Med venlig hilsen

ingeniør & sygeplejerskestud.	socialrådgiver & cand.mag. i psykologi og historie	stud.hum. & transpolitisk talsperson, LGBT Danmark
Vibe Grevsen	Elizabeth Japsen	Robin Svegaard

Transpolitisk Udvalg
LGBT Danmark, Landsforeningen for
bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner
Postboks 1023
1007 København K
transpol@lbl.dk
www.lgbt.dk

Referencer

- (1) Videbech P, Fink-Jensen AA. Vedr. Vejledning om kastration med henblik på kønsskifte. Udvalg for neuropsykiatrisk udredning og behandling, Dansk Psykiatrisk Selskab, 1.9.2006. URL: http://www.dpsnet.dk/fileadmin/web-filer/PDF/Horingssvar/2006_hoeringssvar_koensskifte.pdf
- (2) B168 Forslag til folketingsbeslutning om forbedring af transkønnedes rettigheder. Oppositionen, 26. marts 2010. URL: http://www.ft.dk/samling/20091/beslutningsforslag/B168/som_fremsat.htm#dok
- (3) Operationer 1996 - 1999 I: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2001;5(4). URL: http://www.sst.dk/nyheder/tidsskrifter/nyetal/pdf/01_05_04.pdf, s. 17.
- (4) Sørensen T, Hertoft P. Sexmodifying operations on transsexuals in Denmark in the period 1950-1977. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1980;61:56-66. S. 57.

- (5) Sørensen, T. A follow-up study of operated transsexual males, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1981;63(5):486–503. URL: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/120047495/abstract>
- (6) Gender Identity I: International Dictionary of Psychoanalysis. URL: <http://www.enotes.com/psychoanalysis-encyclopedia/gender-identity>
- (7) Arver S, Dhejne C. Expertyttrande avseende medicinska risker vid könskonträr hormonbehandling. I: Socialstyrelsen. Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar - Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd, Socialstyrelsen. Sverige: 2010. s. 68-84. URL: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-31>
- (8) Hammarberg T. Human Rights and Gender Identity. Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2009 URL: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365>
- (9) WPATH. Standards of Care for Gender Identity Disorders, Harry Benjamin International Gender Identity Dysphoria Association, Sixth Version, 2001. URL: <http://www.wpath.org/Documents2/socv6.pdf> s. 17
- (10) Henvendelse til Lars Barfoed, Landsforeningen LGBT Danmark, 29. juni 2010. URL: <http://www.ft.dk/samling/20091/almdel/reu/bilag/606/873554.pdf>
- (11) The case against bilateral orchiectomy before SRS. URL: http://www.myevenesce.com/forum/topic_show.pl?tid=1815
- (12) The Suporn Clinic. SRS Procedures. Suporn Clinic, 2006. URL: <http://www.supornclinic.com/restricted/SRS/SRSTechnique.aspx>
- (13) Kristensen E. Besvarelse af Trans-Danmarks spørgsmål til Sexologisk Klinik om klinikken og dens procedure. 5. marts 2003. URL: http://www.thranesen.dk/artikler/TD-20030305_SK_Svar-spgsm.pdf
- (14) Jakob Axel Nielsen. Besvarelse af Spørgsmål 223 af 15. februar 2008 om videnskabelige produktion om transseksualisme fra Sexologisk Klinik. Sundhedsudvalget, 2. april 2008. URL: <http://www.ft.dk/samling/20072/almdel/suu/spm/223/index.htm>
- (15) LGBT Danmark. Henvendelse om diagnosticering og troværdighed på Sexologisk Klinik, Sundhedsudvalget bilag 446, 21. juli 2010. URL: <http://www.ft.dk/samling/20091/almdel/suu/bilag/446/index.htm>
- (16) Stürup GK. MALE TRANSSEXUALS A Long-Term Follow-Up After Sex Reassignment Operations. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1976;53(1). P. 51 - 63
- (17) Lawrence, AA. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 2003;32:299–315. S. 307
- (18) Baranyi A, Piber D, Rothenhäusler HB. Male-to-female transsexualism. Sex reassignment surgery from a biopsychosocial perspective. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 2009;159(21-22):548-57.
- (19) Michel A, Anseau M, Legros JJ, Pitchot W, Mormont C. The transsexual: What about the future? *European Psychiatry*, 2002;17:353-62
- (20) Smith YLS, van Goozen SHM, Kuiper AJ, Verschoor AM, Cohen-Kettenis PT. CHAPTER 5 Predictors of the course and outcomes of sex reassignment - A prospective study I: Sex Reassignment : Predictors and Outcomes Of Treatment for Transsexuals. Universiteit Utrecht, 2002. s. 85-112. URL: <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2002-0808-103443/inhoud.htm>
- (21) Cohen-Kettenis PT, van Goozen SHM. Sex Reassignment of Adolescent Transsexuals: A Follow-up Study *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997;36(2):263-271. URL: http://www.pinktherapy.com/downloadables_new/trans/Trans_Youth/Sex_Reassignment_Adolescent_Trans.pdf
- (22) Smith YLS, van Goozen SHM, Kuiper AJ, Verschoor AM, Cohen-Kettenis PT. CHAPTER 2 Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery : A prospective follow-up study I: Sex Reassignment : Predictors and Outcomes Of Treatment for Transsexuals. Universiteit Utrecht, 2002. s. 31-50. URL: <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2002-0808-103443/inhoud.htm>
- (23) WPATH Clarification on Medical Necessity of Treatment, Sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S.A. The World Professional Association for Transgender Health, Inc., 2008. URL: <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- (24) Resolution: 122: Removing Financial Barriers to Care for Transgender Patients, American Medical Association House of Delegates, 2008. URL: http://www.tgender.net/taw/ama_resolutions.pdf
- (25) Bockting W, Knudson G, Goldberg JM. Counselling and Mental Health Care of Transgender Adults and Loved Ones, Vancouver Coastal Health, 2006. URL: <http://transhealth.vch.ca/resources/library/tcpdocs/guidelines-mentalhealth.pdf>
- (26) American Psychiatric Association. Gender Incongruence I: DSM-V Draft. APA, 2010. URL: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=482>